

# EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO  
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

## PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

La correspondencia administrativa y giros al Administrador.

La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121

# PHOSPHODRENAL

## ROBERT

Reconstituyente  
granular, elixir e inyectable



# NATROXITRAL

## ROBERT

Antidispéptico  
granulado y en comprimidos

# ARPHOS ROBERT

Reconstituyente inyectable.

# PLURICARDIOL

## ROBERT

Tónico cardíaco  
Inyectable.

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



Estreñimiento habitual  
**CASCARINE LEPRINCE**

Laxante perfecto

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

*AFECCIONES del HÍGADO  
ATONIA del TUBO DIGESTIVO*

**Eumictine**

*Santalol - Salol - Hexametileno - Tetramina*

*Antigonocócico - Diurético*

*Analgésico - Antiséptico*

*Blenorragia - Cistitis - Nefritis*

*Pielitis - Pielo - Nefritis - Piuria*

*8 a 12 cápsulas al día*

**FOSFOTERAPIA RACIONAL**

por el **RHOMNOIL**

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

y el **NEO-RHOMNOIL**

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

*Afecciones - Infecciones - Convalecencias.*

*Tratamiento racional y científico de la DIABETES*

por las **Píldoras del Dr. Sejourner**

*a base de Santonina*

**ANTIDIABÉTICAS - RECONSTITUYENTES**

*sin régimen especial*

*Una píldora en cada comida.*

*Específico de la Hipertensión*

**GUIPSINE**

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

**REGULADOR del TRABAJO del CORAZÓN**

**DIURÉTICO**

*Antialbuminúrico - Antihemorrágico - Antiescleroso*

**MEDICACIÓN ELECTIVA DE TODOS  
LOS ESTADOS ESPASMÓDICOS**

*Reguladora del Sistema Nervioso Simpático*

**FREINOSPASMYL**

*2 a 4 comprimidos diarios*

*Laboratorios del Dr.*

**Maurice LEPRINCE**

*62, Rue de la Tour*

**PARIS (16<sup>e</sup>)**

*y todas Farmacias.*

Sucursales de los Laboratorios M. Leprince: **BARCELONA**. — Apartado 205.  
Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.



sonas a quienes en derecho corresponda presentarán estas certificaciones auténticas del proveído en la Caja Nacional de Seguros de Accidentes para que se haga

Art. 171. No actuando la representación directa de la Caja Nacional con arreglo al artículo 161, la representación y defensa del Fondo de garantía, en todas las diligencias de ejecución y en las de justificación de insolvencia, a que se refiere el presente capítulo, así como en el pleito, en el caso de ser demandado, responderá, en las capitales de provincias, a los abogados del Estado, y por delegación de éstos en los demás Juzgados, a los liquidadores del impuesto de Derechos reales, y a falta de ellos, por incompatibilidad u otras causas, a los fiscales municipales de las respectivas localidades.

Art. 172. El laudo que dicten los amigables componedores, o la sentencia arbitral, a los efectos del artículo 160, se ajustarán siempre a lo dispuesto en la ley de Enjuiciamiento civil, y su ejecución competirá al presidente del Tribunal industrial correspondiente, si lo hubiere en el partido en que se dictó, y, en su defecto, al juez de primera instancia del mismo.

Art. 173. Los actos en que se declare la insolvencia, total o parcial, a que se refiere el artículo 170, no serán definitivos, pudiendo, en cualquier tiempo en que se conozcan bienes al ejecutado, instarse el embargo de los mismos.

A este efecto, para promover la oportuna pesquisa, la Caja Nacional llevará un registro de todas las declaraciones de insolvencia que se dicten por las autoridades competentes, de las que se dará conocimiento a las Delegaciones de aquella y a los inspectores de Seguros sociales para que haya una constante vigilancia ejercida sobre insolventes, a fin de que, en el momento de que hayan adquirido bienes que puedan ser objeto de embargo, lo comuniquen a la Caja.

Art. 174. Comprobada por ésta la exactitud de la denuncia por medio de su representante, acudirán al Juzgado o Tribunal que haya dictado la declaración de insolvencia para que por la vía de apremio, y a costa del insolvente, se haga efectiva la cantidad que el Fondo

ser abonada al obrero víctima del accidente o a sus derechohabientes.

Las tarifas serán revisables por el Consejo de la Caja, correspondiendo a la Dirección de la misma la fijación del subgrupo correspondiente a cada caso asegurable en la Caja.

Las decisiones adoptadas por la Dirección podrán ser objeto de recurso ante el Consejo de administración de la Caja, que resolverá definitivamente.

Art. 147. Las bases técnicas para el cálculo de rentas serán, mientras la experiencia no aconseje lo contrario:

Para los cónyuges y ascendientes de fallecidos por causas de un accidente del trabajo y para la víctima con incapacidad parcial permanente, se utilizará la tabla de mortalidad C. R. (Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse.)

Para los descendientes de los fallecidos a consecuencia de un accidente de trabajo, la tabla de mortalidad C. R. prolongada.

Para las víctimas de accidente con incapacidad permanente total o absoluta, la tabla R. I. (Classe des Retraites pour les Invalides.)

La tasa de interés, en todos estos casos, será de 3 y medio por 100. Este tipo podrá ser modificado por el ministro, a propuesta de la Caja. Cualquiera iniciativa relacionada con modificación de los tipos a que se refiera este artículo habrá de ser tramitada con audiencia de la Caja Nacional y del Consejo de Trabajo.

Los recargos de las primas únicas, valores de estas rentas, modificables cada año, se fijarán por orden ministerial, a propuesta de la Caja Nacional.

Art. 148. La Caja Nacional, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 146, deberá aceptar los seguros de todos los patronos comprendidos en este Reglamento que lo soliciten en condiciones reglamentarias.

Art. 149. Toda proposición de seguro dirigida a la Caja Nacional, con arreglo a los modelos e instrucciones aprobados por ella, debe ser contestada en el plazo de quince días, comunicando al proponente la clasificación y prima que le corresponde. Sin embargo, cuando el patrono se comprometa anticipadamente a aceptar



la clasificación y prima que la Caja estome aplicable, se entenderá hecho el seguro, para todos los efectos, desde la fecha y hora en que la proposición tuvo entrada en la Caja.

Art. 150. Para el pago y prescripción de las rentas se aplicarán las normas contenidas en los artículos 34 al 51 del Reglamento de operaciones y financiero del Instituto Nacional de Previsión de 17 de agosto de 1910.

Art. 151. La entrega por el asegurador a la Caja Nacional del capital que, según tarifa aprobada, sea necesario para la renta correspondiente a la incapacidad permanente declarada, o a los derechohabientes, librá a aquel de toda responsabilidad ulterior, salvo las que sean consecuencia de las revisiones de rentas que este Reglamento autoriza.

Art. 152. La falta de pago por los patronos, en la fecha de su vencimiento, de las primas del seguro concertado con la Caja Nacional, dará lugar a que se haga efectivo su importe, más los intereses legales correspondientes, por el procedimiento judicial de apremio, mediante certificación acreditativa del descubierto e intereses, librada y autorizada por la Inspección de Seguros Sociales, de oficio, a requerimiento de la Caja o de sus Delegaciones, que le suministrará los datos precisos.

Art. 153. Las Compañías de Seguros o las Mutualidades patronales que hubiesen concertado con la Caja Nacional la entrega de capitales para la constitución de pensiones, deberán efectuarla, declarada que sea la renta debida por incapacidad del trabajo o muerte, dentro del plazo de un mes, y en caso de no realizar la entrega, se hará efectiva esa responsabilidad sobre la fianza de dichas entidades por Orden ministerial, con arreglo a certificación del descubierto, librada y autorizada por la Caja.

La entidad responsable deberá reponer la fianza en el plazo de quince días, y si no lo efectuase, incurrirá en causa de disolución, previa la liquidación correspondiente.

Art. 154. La Caja Nacional puede exigir, con arreglo a los artículos 1.895 y siguientes del Código civil,

siempre al representante del Fondo especial de garantía, y procederá, sin necesidad de promoción de parte, a la justificación de la insolvencia, total o parcial, aportando al efecto los elementos de prueba siguientes:

1.º Una certificación autorizada por el alcalde de cada una de las localidades donde haya residido el ejecutado, en los cinco años anteriores y del de su actual domicilio, expresiva de los bienes que se le conozca e informes de los que pueden atribuírsele.

2.º Otras certificaciones e informe de los Juzgados y Tribunales de los mismos puntos, expresiva de iguales extremos con referencia a los asuntos judiciales de cualquier clase en que haya intervenido el condenado o que le afecten.

3.º Certificaciones de los Registros de la Propiedad y de las Oficinas liquidadoras de las mismas localidades, expresivas de los inmuebles o derechos reales que figuren o hayan figurado inscritos a su nombre en el mismo plazo de los cinco años, y en su caso, de las transacciones de que hayan sido objeto y en virtud de qué título, y de los créditos y derechos que en ese tiempo hayan sido transmitidos o reconocidos al ejecutado.

El juez o presidente cuidará de la urgente aportación de los expresados documentos, expidiendo los requerimientos que sean necesarios al efecto. Obtenidos tales documentos, el juez o presidente convocará a las partes y al representante del Fondo especial de garantía a una comparecencia oral, en el término de cinco días, invitándoles a que concurran a ella con los elementos de prueba de que dispongan en relación con la insolvencia de que se trata.

Dentro del segundo día el juez resolverá, por medio de auto y sin ulterior recurso, cerca de la insolvencia, total o parcial, del ejecutado; si denegare la insolvencia, acordará el embargo y declarará afectos, en su caso, al procedimiento de ejecución de sentencia, con las reservas que hubiere lugar en cuanto a terceras personas, aquellos bienes que no hubieran sido objeto de trabajo y fueran conocidos por virtud de la justificación practicada.

Fijada por el juez la cantidad que deba abonarse con cargo al Fondo especial de garantía, la persona o per-



## GRAN BALNEARIO de Medina del Campo

Verdadero Sanatorio para la escrófula, según informe del Real Consejo de Sanidad.

Aguas cloruradosódicas, sulfurosas, bromoyoduradas de fuerte mineralización. Unicas en España que elaboran **aguas madres**, análogas y muy superiores a las de Salies de Bearn y Briscous, en Francia; de Kreuznach y Nauheim, en Alemania; de Lavey y Tarasp-Schulz en Suiza.

Eficacísimas para el **linfatismo escrofuloso** en todas sus manifestaciones, tuberculosis locales, mal de Pott, artrocaes, coxalgias, oftalmías, corizas, oenas, raquitismo, herpetismo, reumatismo, anemias, metritis, histerismo, corea, neurastenia y parálisis reflejas.

**Manantial alcalino « ANITA »**

Aguas cloruradosódicas bicarbonatadas. Variedad litínicas y bromuradas superiores a las tan famosas de Carlsbad en Austria Hungría. Indicadas en las afecciones crónicas del estómago e intestinos, infartos del hígado y bazo, cólicos hepáticos y nefríticos; catarros de la vejiga, diabetes, gota y obesidad. Esmerado servicio de fonda y gran hotel. Espaciosas habitaciones con luz eléctrica, capilla para el culto. Automóviles a la llegada de los trenes.

**Temporada oficial del 15 de junio al 15 de septiembre.**

Médico director: **D. Clodoaldo García Muñoz**, catedrático de la Facultad de Medicina de Valladolid.

Para más detalles y correspondencia, al administrador del Balneario.

### 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 artritisismo 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.

### Jarabe “ DEYEN ” de Manzana Laxante

Utilísimo en los adultos e inimitable en los niños

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

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

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

¡Cuidado! Páid el DEYEN pues hay Imitaciones.

## ALZOLA

(Guipúzcoa)

Oligo metálica, marcadamente litínica, radioactiva, 30°

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

Temporada:

15 de junio al 15 de octubre.

## 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

## 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**



La **ANTIPHLOGISTINE**, usada en Dermatología, actúa exclusivamente como un tónico estimulante. Ya bien sea en casos de Dermatitis exfoliativa, Eczema impetiginoso o seco, Liquen o Psoriasis, los resultados son comúnmente rápidos y seguros.

El escozor intolerable del Eczema desaparece, dando al paciente descanso completo.

El efecto de la medicación interna se prolonga e intensifica por medio de la acción deterensiva de la **Antiphlogistine** aplicada antes de comenzar el tratamiento específico.

Solicite muestra y literatura

PRESCRIBA

## ANTIPHLOGISTINE

Para Prurito. - Urticaria. - Acné.  
Eritema multiforme. - Envenenamientos externos, etc.

The Denver Chemical Mfg. Co., 163 Varick St., Nueva York, E. U. A.

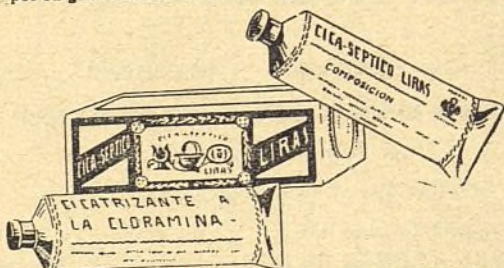
Agentes exclusivos de venta para toda España:

HIJOS DEL DR. ANDREU.—Calle de Folgarolas, 17.—BARCELONA

La Antiphlogistine se fabrica en España

### Cica-Séptico Liras

De sorprendentes resultados en quemaduras, grietas de pechos, úlceras atónicas, forúnculos abiertos y en toda clase de heridas. La clase médica los receta, no por su procedencia castellana, sino por su gran resultado.—No se pega el apósito a las heridas.



**CICATRIZANTE A LA CLORAMINA**

Muy eficaz en casos idénticos y se prefiere Cloramina.  
En Centros Farmacéuticos y Farmacias surtidas.

Muestras a médicos.—Laboratorio Liras.—Burgos (Villadiego).

### VACANTES

El Boletín Oficial de Cáceres, fecha 29 de junio, anuncia la de Valdehúncar, por renuncia del que la venía desempeñando, la plaza de médico titular e inspector municipal de Sanidad de esta villa, y se anuncia para su provisión interinamente, por medio del presente, por el plazo de treinta días, a contar desde la fecha en que aparezca este anuncio en la *Caceta de Madrid*.

Los concursantes dirigirán sus instancias debidamente reintegradas a esta Alcaldía.

(Continúa en la página XVI.)

HIGIENE DE LOS OJOS



## OFTALMOL

PODEROSO ANTISEPTICO DE LAS INFECCIONES DE LOS OJOS

**LAVADOS Y BAÑOS OCULARES**

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

EL FRASCO LLEVA UNA BAÑERITA

Com.: Cia. hidrargvr., 0,03 gr.—Ac. carbazot., 0,01 gr.—Sal. seda.  
Homberg, 6 gr.—S. Clorenalina, XX gotas.—Ag. bidestilada, 800 gr.

LABORATORIO IBERIA. -- Rambla Moncada 29. -- VICH (Barcelona)



# TERTULIA MEDICA

## HISTORIA - ARTE - CRITICA

### AMENIDADES

15-VII-1933

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

### ¡Bebed jugo de frutas!

Antes de que la Cruz Roja emprendiese a través del mundo su campaña de propaganda higiénica, frutas y legumbres, ocupaban en ésta un

**Acidol-Pepsina**  
Gastritis-Dispepsias  
Diarreas gastrogenas

lugar harto insignificante. Como se vive esclavo de una "moda" del vestido, una "moda" de la alimentación, hacia apegarnos a ciertas tradiciones y rutinas. El descubrimiento de las vitaminas y otros progresos realizados en la ciencia de la nutrición, han permitido, al fin, reconocer la capital importancia que en un régimen racional de alimentación debe concederse a las frutas y legumbres.

En otros tiempos y en la mayoría de los países, la leche se consideraba como el único alimento que, hasta llegar a los doce o catorce meses, podía darse a los niños. Hoy, por el contrario, a partir del cuarto mes y en una u otra forma, las frutas y legumbres entran a formar parte de la alimentación infantil.

Pero aún hay muchas gentes que no han llegado a apreciar en su justa medida el considerable valor que tie-

### “MALTOPOL”

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

nen en nuestra alimentación frutas y legumbres. La fruta, sin embargo, con su riqueza en vitaminas y sus grandes cantidades de azúcar, sales minerales y otros elementos indispensables a nuestro organismo, constituye uno de los alimentos que pueden con-

siderarse meritos costosos en proporción a su alto valor nutritivo.

En otros tiempos las frutas, o se consumían en su estado natural o se utilizaban para elaborar con su jugo fermentado bebidas alcohólicas. Pero precisamente es esta fermentación la que hace perder a la fruta la mejor parte de sus elementos nutritivos. Y aún ha de añadirse que éstos quedan reemplazados por el elemento tóxico que representa el alcohol. Se ha calculado que un litro de sidra, que antes de la fermentación contiene 150 gramos de substancia sólida, después de ésta no conserva más de 30.

En los últimos años se ha podido comprobar una creciente tendencia a utilizar los jugos de frutas, tanto en

## ¡RUSIA!

### véala con sus propios ojos

Viajes individuales y colectivos  
con programas **especiales**  
**para médicos**

**VIAJES ESPAÑA**  
Marqués de Cubas, 18. — Madrid

el estado de salud como con ocasión de alguna dolencia. En ciertas regiones vinícolas, muy señaladamente en Francia, constituye una verdadera moda el realizar una cura de uvas, durante la cual el alimento único es el jugo de esta fruta. El tratamiento da los mejores resultados, y la persona que lo observa puede después volver a sus ocupaciones con sus órganos digestivos muy fortificados por el reposo así logrado.

Muy recientemente aún, por ignorancia de los procedimientos para lograrlo, no podía realizarse la conservación de los jugos de fruta no fermentados. Pero el aprecio que empezó a darse al jugo de fruta natural

y la superproducción de ciertas regiones, obligadas a buscar una utilización de sus excedentes, llevaron a emprender estudios especiales que han permitido llegar a interesantes conclusiones.

Suiza se puso a la cabeza de este

TRATAMIENTO DEL REUMATISMO

Gota y litiasis biliar

## REUMOSALIL

Salicilacetato de Parafenetidina  
Eteniletilendiamina, agua destilada en  
ampollas de 5 c. c.

movimiento. Muy estudiados cálculos permitieron establecer que si todas las manzanas disponibles se vendiesen a 30 céntimos suizos el kilogramo, los productores podrían obtener un beneficio de 180 millones de francos suizos; vendida la cosecha bajo la forma de sidra no fermentada y al precio de 40 céntimos el litro, el beneficio podía ser aún de 160 millones de francos. Pero esta misma cosecha, vendida para la fabricación de bebidas alcohólicas, no da un beneficio superior a 48 millones de francos. Se demuestra así que la producción de sidra no fermentada es mucho más provechosa que la de bebidas espirituosas o fermentadas. Ello sin tomar en consideración otras ventajas materiales y otros beneficios de la substitución de las bebidas alcohólicas por las que no lo son.

Para obtener una sidra no fermentada que pueda conservarse, se han de destruir o filtrar los fermentos que

## CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88.—MADRID

transforman en alcohol el azúcar contenido en la manzana. Este procedimiento exige algunos conocimientos técnicos que han procurado resolverse en Suiza, constituyendo asociaciones que proporcionan el personal y los aparatos necesarios. Uno y otros van

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



**Aquel empresario carnicero...**

pasando sucesivamente por las granjas adheridas, y en las que desea convertir la cosecha de manzanas y peras en jugo no fermentado. El personal de estos equipos puede reducirse a dos personas experimentadas.

Ya en muchas regiones de Suiza la sidra no fermentada va sustituyendo a las gaseosas, bebida insípida formada con agua y productos aromáticos, más costosa siempre que aquélla. El valor nutritivo de la gaseosa es casi nulo y, en cambio, el del jugo de uva o el de la sidra no fermentada, es considerable. Cada una de estas dos bebidas tiene sus propiedades particulares y la elección de una u otra será aconsejada por las facilidades que ofrezca la región y por otros diversos factores. Ambas bebidas, de virtudes muy similares para el organismo humano, verán de día en día más extendido su consumo con beneficio para la salud y también para la propia agricultura.

**Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemiol Purganti (Jarabe de frutas)**

(Véase anuncio. página XX.)

yendo a las gaseosas, bebida insípida formada con agua y productos aromáticos, más costosa siempre que aquélla. El valor nutritivo de la gaseosa es casi nulo y, en cambio, el del jugo de uva o el de la sidra no fermentada, es considerable. Cada una de estas dos bebidas tiene sus propiedades particulares y la elección de una u otra será aconsejada por las facilidades que ofrezca la región y por otros diversos factores. Ambas bebidas, de virtudes muy similares para el organismo humano, verán de día en día más extendido su consumo con beneficio para la salud y también para la propia agricultura.

(Comunicado por la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja. París.)

**Sipolysin**  
"Henning"

**Obesidad,  
endógena y exógena**

VISTOS A CIERTA distancia, los objetos blancos parecen mayores que los objetos negros del mismo tamaño. Este fenómeno se llama *irradiación* y tiene por causa, probablemente, que la impresión producida en la retina por la imagen blanca no queda limitada por su contorno, sino que rebasa este límite.

Así nos explicamos que una misma mano parezca mayor con guante blanco que con guante negro; que un cuadrado blanco sobre fondo negro parezca también mayor que un cuadrado negro sobre fondo blanco, a pesar de ser iguales, y, en fin, que un tablero de damas, visto desde alguna distancia, nos engañe, haciéndonos creer que los cuadros blancos se juntan por sus vértices y que se separan los negros

Cierto empresario amigo mío, que pone en el negocio teatral su entusiasmo y arriesga, además, su dinero, me decía la otra noche:

—No podemos vivir; usted lo sabe... Esto va de mal en peor. No es que el público se retraiga, sino que todos son a estrujarnos y a abusar de nosotros: la Sociedad de Actores, el Sindicato, los de la orquesta, los de la maquinaria, los electricistas, las asistencias; hasta la mujer que limpia los retretes... Así es imposible. Usted lo sabe... Usted lo sabe...

Claro que lo sé. Y sé también de que viejos polvos proceden estos lodos de ahora. Quien quizá no lo se-

**ANTIPHLOGISTINE**

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

pa es mi amigo el empresario. Por eso voy a referirle estas escenas que yo presencié hace veinticinco años, en mis primeras andanzas juveniles por los tablados madrileños.

\*\*\*

Contaduría de un teatro de segundo orden. El empresario está sentado ante una vieja mesa de despacho y examina la hoja de ingresos del día anterior que el contador acaba de entregarle. Entra el primer actor acompañado de Gutiérrez, modestísimo artista de la compañía.

El primer actor.—Felices, don Aurelio.

El empresario.—Hola, Manolo. ¿Qué ha habido en el ensayo?

El primer actor.—Puede usted anunciar "Guzmán el Bueno" cuando quiera.

El empresario.—Muy bien. La pondremos el sábado, en función "monstruo". "Guzmán el Bueno" y "La carcajada". ¡Vaya programi-

**JARABE ALMERA**

a base de fosfato de cal gelatinoso, el más asimilable

ta!... Y el domingo, dos funciones, "monstruos" también. Por la tarde, "La pasionaria" y "La aldea de San Lorenzo", y por la noche, "El gran galeoto" y "Guzmán el Bueno".

El primer actor.—Lo que ocurre es que no hay decoración para el último acto del "Guzmán". Ya sabe usted: la torre almenada desde don-

de tengo yo que arrojar el cuchillo a los moros.

El empresario.—¡Caray! ¿Y me lo dices ahora?... ¡Es que no os ocupáis de nada! En fin. Di que preparen el decorado de "Juan José": el de la cárcel. Se pone un trasto con

de médicos de España a los CONVALESCIENTES el **96%** los recetan **Elixir CALLOL**

una escalerilla para que tú subas y tires el cuchillito..., ¡y aviados!

El primer actor.—Bueno, bueno... ¿Quiere usted algo más?

El empresario.—Nada, hombre. Ayer me gustaste en el "Don Alvaro". ¡No; si cuando tú quieres trabajar!... Lo malo es que quiere pocas veces.

El primer actor.—¿Que no quiero trabajar, con esos programitas "monstruos" que usted confecciona?

El empresario.—A ver si dándote tres duros te voy a tener metido en el cuarto!

El primer actor.—En fin, hasta luego... ¡Ah! ¿Cómo está su niña?

El empresario.—Mediana, mediana... Le ha vuelto a dar la calentura.

El primer actor (aparte a Gutiérrez).—¡Ya a puesto mala a la niña! El lunes no hay nómina, como si lo viera... ¡Es el truco! (Al empresario): Pues que se alivie... Buenas tardes. (Se va echando lumbre.)

El empresario.—Anda con Dios,

**CARABAÑA: el mejor purgante**

Manolo. (A Gutiérrez): Y tú ¿qué quieres?

Gutiérrez.—Pues yo, la verdad..., como vamos a hacer el "Galeoto"..., necesito sacar un traje nuevo que tengo empeñado... Si usted me adelantase siete pesetas...

El empresario.—¡Vaya! ¡Adelantar! ¡Para eso estoy aquí yo! ¡Y al negocio, que lo parta un rayo! ¿Pero qué os habéis creído vosotros? ¡Hay que ver! ¿Tú no ganas catorce reales?

Gutiérrez.—Sí, señor.

El empresario.—¿Y todavía tienes que andar empeñando la ropa?... ¡Ni que fueses un meritorio! Es que no sabéis administrarlos... El café, el tabaco, las cenas a última hora, las juerguecitas... ¡Os dais vida de príncipes! (Sacando del cajón un duro en calderilla y dos pesetas en plata.) En fin. Toma, toma... Que me estéis saqueando. ¡Ah! Te advierto

(Continúa en la página XVI)



# eficaz e inocuo



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

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

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

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

# ANTIBLEFARINA

LITERATURA  
Y MUESTRAS  
PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

## LIBROS DE INTERES

Los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO pueden solicitar de la Administración los libros que deseen. No serviremos ninguna obra sin previo pago. Los libros siguientes son los únicos que se pueden remitir contra reembolso, cargando 75 céntimos por esta forma de envío:

	Pesetas
<i>Sinónimos de medicamentos modernos</i> , por Gustavo López y García. Rústica.	4
<i>El problema médico-social de la tuberculosis</i> , por Tomás de Benito. Rústica...	7,50
<i>El bandido de Fontfreda</i> , por R. Comenge. Novela (parte II). Rústica.....	6
<i>Tratado práctico de etiqueta y distinción</i> . Rústica .....	4
<i>Programas y Reglamentos de Médicos titulares, Lucha antivenérea</i> (dos pesetas). <i>Sanidad Militar, Estatutos de los Colegios Médicos, Provisión de vacantes de médicos y farmacéuticos</i> , cada uno .....	1,50
<i>Monografías</i> .....	1,50
<i>Contestaciones al Programa de médicos titulares</i> , 4 tomos. Rústica .....	25
<i>Paseos de un solitario. Hombres y mujeres de mi tiempo</i> , por C. M. <sup>a</sup> Cortezo. Rústica.	
Primera serie .....	5
Segunda serie .....	6
<i>Indicaciones del Forceps y técnica operatoria del mismo</i> , por el doctor Paulino A. Pons. Rústica .....	4

## 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



# COLITIQUE

VACUNA CURATIVA ANTICOLIBACILAR

*Doble superioridad:*

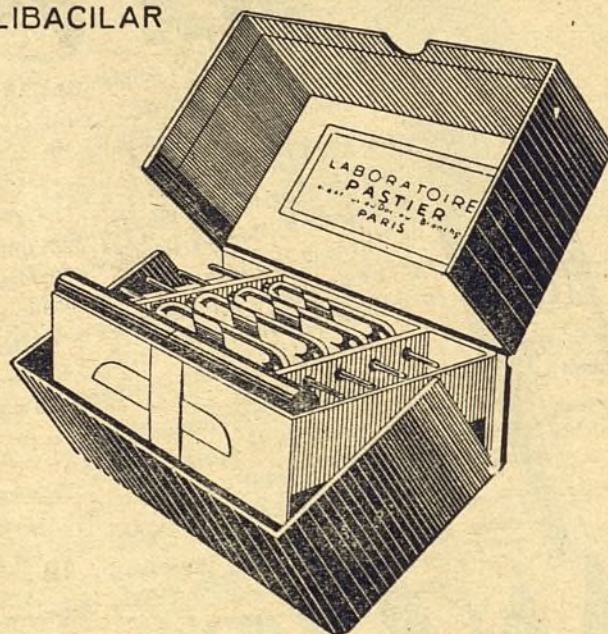
*Acción directa sobre el microbio*

*No produce reacción febril alguna*

*Forma bucal, la más activa*

*El COLITIQUE está adoptado  
por los Hospitales de París*

*Muestras y literatura*



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

SUCURSALES

BARCELONA · calle del Bruch, 129  
MILÁN — LONDRES

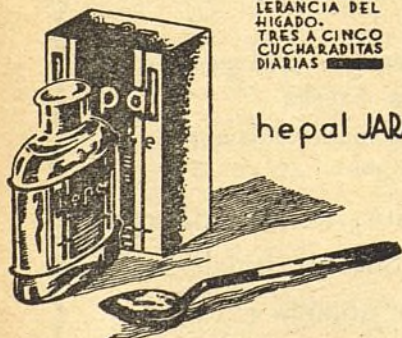
BUENOS AIRES : Potosí, 4058 a 4060  
NEW-YORK — VARSOVIA

PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANÉMIA

# hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA  
PERFECTA  
DEL  
METODO DE MINOT-MURPHY

FRASCO DE 100cc  
EQUIVALENTE A  
1kg DE HIGADO  
FRESCO.  
ELIMINA EL SA-  
BOR Y LA INTO-  
LERANCIA DEL  
HIGADO.  
TRES A CINCO  
CUCHARADITAS  
DIARIAS



hepal JARABE

principio  
aislado  
con hierro

antianémico  
del hígado  
y cobre

PRODUCTO NACIONAL

Laboratorio Juste  
APARTADO DE CORREOS 9030



MADRID

hepal PROPORCIONA LAS SUBSTANCIAS ORGANICAS QUE FORMAN EL GLOBULO ROJO Y LOS  
ELEMENTOS INORGANICOS QUE PRODUCEN LA HEMOGLOBINA

LA EFICACIA DE  
300 gr DE HIGADO  
EN UNA AMPOLLA DE 2cc

EN AMPOLLAS DE 2cc  
CONTENIENDO EL PRIN-  
CIPIO ANTIANÉMICO DE  
20gr DE HIGADO Y  
CORRESPONDIENDO  
EN EFICACIA A 300gr  
DE HIGADO FRESCO  
UNA A TRES AMPO-  
LLAS POR VIA SUB-  
CUTANEA INTRAMUS-  
CULAR O INTRAVE-  
NOSA DIARIAMEN-  
TE

hepal  
INYECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA





# EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

## PROGRAMA CIENTIFICO

Lema: progressi sumus, progredimus, 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:** Revisión de los resultados obtenidos con el procedimiento de Albee en el tratamiento del mal de Pott en la infancia, por el Dr. Juan Garrido Lestache. — Contribución al estudio de las arterias pulmonares, por el Dr. Fernando Bernáldez. — **Sesiones clínicas:** Hospital de San Lázaro (Granada). — **Periódicos médicos.**

### Revisión de los resultados obtenidos con el procedimiento de Albee en el tratamiento del mal de Pott en la infancia

POR EL

DR. JUAN GARRIDO LESTACHE

Del Hospital del Niño Jesús de Madrid

Esta ponencia no tiene otro objeto, como su título indica, que el hacer una revisión de los hechos de la clínica; es preciso encauzar sus resultados, es necesario escucnar todas las opiniones y que cada cual aporte el caudal de su experiencia. Cuando F. V. Albee, de Nueva York, dió a conocer su procedimiento, en el año 1911, exponiéndolo un año después en el Congreso Internacional de Medicina de Londres, los cirujanos españoles, siguiendo la corriente de la escuela americana, practicaron el nuevo método, y no pocos, López Durán, Rodríguez Mata, Sloker, Goyanes, Viguera, Blanc y Fortacin, Arquellada, Garrido Lestache, entre otros que yo recuerde, dieron a conocer por entonces los resultados de sus primeras observaciones. Lo propio ocurría con la escuela francesa, en la que Ombredanne, Sorrel, Dujarier, Delore, Creysse, Berard y Tuffier publicaban también sus opiniones, después de haber practicado los primeros ensayos empleando la técnica descrita por el autor. Análoga conducta seguían los cirujanos ingleses y alemanes (Bergman, Cohnband, etc.). Y no faltaron tampoco desde el primer momento contradictores que en teoría y únicamente tomando por base los conocimientos que la anatomía y la fisiología de la columna vertebral, así como los de los estudios anatómo-patológicos de la lesión en sí y de las modificaciones que a la función estática aquella proporciona, unido a la manera de actuar y a los resultados obtenidos con el tratamiento ortopédico propiamente dicho, incruento hasta entonces empleado, se mostraron desde el primer momento nada partidarios de un método curativo que, según su autor, venía a abreviar la curación del proceso, y desde luego a hacer más soportable el tratamiento para estos enfermos, ya que reducía a los límites más pequeños el período largo y pesado de reposo e inmovilización a que eran en la mayoría de los casos sometidos.

Pero, señores, ha pasado ya el tiempo suficiente de nuestras primeras observaciones; ya los clínicos de las

diversas partes del mundo van dando a conocer sus impresiones sobre el proceder de Albee para el tratamiento del mal vertebral de Pott; es preciso que nosotros aquilatemos sus ventajas, si es que existen, y demos a conocer sus inconvenientes, si es que los tiene dentro siempre del campo de la cirugía infantil, que es el que aquí hoy nos congrega, comparemos los hechos midiéndolos en la balanza de la sinceridad y preguntémosnos: ¿Sus resultados han correspondido a las esperanzas? Por último, que se sepa ante un niño afecto de tuberculosis vertebral anterior qué conducta hay que seguir en el tratamiento para llegar a la más pronta, pero si también a la más segura curación del enfermo con la mayor integridad posible en las condiciones anatómo-fisiológicas del funcionamiento de su columna vertebral.

\* \* \*

Sabemos que la curación de los enfermos que padecen de mal de Pott se verifica a expensas de las anquilosis óseas o fibrosas que se realizan entre las vértebras lesionadas, y que la formación de esas soldaduras se ve favorecida por una inmovilización lo más completa posible de la parte enferma. La radiografía hoy sigue perfectamente la marcha del proceso en su parte local y los estudios anatómo-patológicos nos dan a conocer el foco caseoso, las caries óseas, los sequestros, los abscesos, las placas de paquimeningitis, los reblandecimientos de la médula, la evolución de las fungosidades, la formación de las bridas cicatriciales, la fusión de las lesiones y su transformación más tarde en tejido esclerótico, las anquilosis resultantes y el callo óseo que, al formarse, asegura la mayor integridad posible en la curación de la parte enferma.

Albee, como todos sabemos, fija las vértebras enfermas y algunas de las vecinas por medio de un trozo de hueso obtenido del mismo enfermo, con lo que pretende inmovilizar la columna vertebral, pero únicamente en el segmento en el que asienta el cuerpo de la vértebra lesionada; con ello pretende reducir a cinco o seis semanas el período de inmovilización en posición horizontal del enfermo, continuando después éste el tratamiento general si es posible, pero ya en posición vertical, pudiendo, si es un adulto, dedicarse a sus ocupaciones habituales al cabo de los seis meses (algunos operados por el autor del método a las seis u ocho semanas), de haberse practicado el acto operatorio; no limitaba la edad; su estadística de 1916 de 299 enfermos intervenidos por su procedimiento, acusaba un re-



sultado positivo en 229, y tampoco haya contraindicación para el momento del acto operatorio con la presencia de un absceso o la existencia de una parálisis; todos estos datos favorables hicieron que la aplicación del método fuera extendiéndose, y por no pocos recibió con verdadero entusiasmo.

Pero hay que decir también que ninguno de los clínicos que por primera vez emplearon el método que nos ocupa para el tratamiento de la lesión local, ni el propio Albee, olvidaron que si bien la existencia del foco vertebral era un hecho evidente, también lo era el que ello respondía siempre a un estado de infección general con la localización primitiva o secundaria que se manifestaba en aquellos momentos en la columna vertebral, en cuya lesión existen gérmenes que, difundiendo sus productos tóxicos por todo el organismo predispuesto, lo impregnan, determinándose en algunas ocasiones la existencia de nuevos focos (coxalgias, espigas ventosas, lesiones ganglionares, etc.), que vienen a complicar siempre la marcha de la enfermedad, por lo que se desprende que el tratamiento quirúrgico de que nos ocupamos no libra jamás a estos enfermos de someterse a un tratamiento general, incluyendo en éste todo lo que se refiere a un régimen dietético, al helioterápico, el climatológico y el medicamentoso general, siendo una de las causas a la que el propio Ombredanne atribuye el fracaso del procedimiento de Albee en su clínica de París a que aquel último, el autor del método, operaba a sus enfermos bajo el ambiente casi siempre favorable para esta clase de lesiones de un clima marino.

Por lo tanto, si pensamos en estos hechos que acabamos de referir; si recordamos de nuevo que Albee no toca para nada la lesión del cuerpo vertebral, sino que su procedimiento es puramente de sujeción de la parte enferma, la lesión en sí, es decir, el foco tuberculoso vertebral, ha de evolucionar favorecido por esa sujeción de la zona enferma; pero, además, a expensas de que el organismo del enfermo mejore con el tratamiento general a que nos acabamos de referir, es lógico que pensemos que la evolución de un foco tuberculoso, aun en las condiciones favorables, no es en la mayoría de las ocasiones cuestión de pocos meses, sino que su curación completa se cifra a veces en años, saltando desde el primer momento la duda de que efectivamente pudiera abreviarse la marcha de la enfermedad en sí hasta los límites que el autor en sus trabajos determinaba, solamente por el hecho de haberse aplicado el injerto óseo, cuyo papel inmovilizador podrá ser todo lo seguro que se quiera, pero que en la posición vertical no creo sirva para descargar a la vértebra enferma de que sobre ella gravite el peso del resto superior de la columna vertebral.

\* \* \*

La técnica del acto operatorio por nosotros seguida es la misma aconsejada por su autor: colocación del enfermo en decúbito lateral izquierdo, preparación del campo operatorio en la región de la columna vertebral correspondiente a la zona en la que asienta la lesión, preparación también de la pierna derecha, de cuya parte anterior e interna de la tibia ha de sacarse el trozo de hueso que nos ha de servir de injerto; anestesia clorofórmica, por nosotros preferida salvo excepciones en la infancia por razones que no son del caso ahora exponer; incisión de la piel en forma de media luna, como indica la fotografía número 1, tallando un colgajo que tanto en su comienzo como en su final ha de comprender dos vértebras por encima y otras dos por debajo de la vértebra en la que existe el foco tuberculoso; levantando este colgajo así tallado quedan al descubierto de esta manera en el centro del campo operatorio las apófisis espinosas de las vértebras correspondientes; con un bisturí se incinden los ligamentos espinosos e inter-

espinosos, y por último de este primer tiempo del acto operatorio, con un osteotomo fino y un martillo, o en los niños simplemente con un pequeño cuchillo de resección, con lo que se evita todo traumatismo cerebro medular, se seccionan las apófisis espinosas, naciendo una hendidura longitudinal a manera de canal, que es la que nos ha de servir para en ella implantar el injerto; si existe una cifosis muy pronunciada aprovechamos este tiempo de la operación, si es que aquella es producida por el saliente del vertice de alguna de las apófisis espinosas, para seccionarlo, reduciendo con ello de manera notable la cifosis que el enfermo por dicha causa padecía en esta parte de la intervención. Nosotros, en la primera época de practicar este procedimiento de Albee, empleábamos el material eléctrico aconsejado por el autor con las sierras correspondientes, de la que la doble la usábamos más tarde para obtener el trozo de hueso que nos ha de servir de injerto. Hemos deshechado el empleo de este instrumental eléctrico porque siempre su funcionamiento, sobre todo cuando se emplea la sierra doble para trazar el trozo de hueso de la tibia, al frotar a aquella con ésta cuando el motor se pone en marcha se aprecia la producción de calor que en nada ha de favorecer a la vitalidad del hueso, pues destruyendo, tapando y lesionando los canales de Havers y los elementos vasculares y medulares, puede hacer incluso que el injerto no llegue a prender más tarde, o si lo realiza, ello no se verifique con la rapidez y resistencia suficiente para la seguridad y éxito de la intervención; con el osteotomo y martillo el injerto no resulta tan limpio como cuando se emplea la sierra, pero en cambio tiene la ventaja, además de las ya enumeradas, de que el tamaño en su espesor se calcula mejor y se le da la forma que creemos más conveniente, recortando después los bordes por medio de una cizalla para poder aplicar el injerto en el canal vertebral que hemos abierto.

El segundo tiempo del acto operatorio tiene por objeto extraer el trozo de hueso que nos ha de servir de injerto, para lo cual, después de haber recubierto con paños esterilizados la herida y colgajo de la columna vertebral, se vuelve al enfermo para poner bien al descubierto la región antero interna de la tibia derecha; se tallan dos pequeñas incisiones, una superior y otra inferior en sentido horizontal y de un par de centímetros, colocadas una de otra de distancia en la pierna, según la longitud que ha de tener el trozo de hueso que deseamos obtener; después se unen los límites internos de estas dos pequeñas incisiones por otra longitudinal y se profundizan todas para al levantar ese colgajo de piel que así resulta dejar al descubierto una gran parte de la cara anterior e interna de la tibia, en la que con un escoplo fino y un martillo se limita el trozo que nos ha de servir de injerto y que ha de comprender periostio, hueso y la parte de médula correspondiente; se procurará que tenga la forma de cuña, que sea del mayor grosor y largo posible, que admita la canal vertebral sobre la que ha de injertarse, teniendo en cuenta que si la cifosis es grande al amoldar a aquél al surco, pierde en longitud, por lo que ha de ser un poco mayor para que al darle la forma necesaria no nos resulte pequeño; obtenido ya el injerto se pone en un trozo de gasa o en un paño esterilizado, cerrándose con puntos de catgut la herida del periostio y la de la piel con puntos de seda, colocándose el apósito correspondiente y terminando con ello el segundo tiempo de la intervención.

Ya no hay más que colocar el trozo de hueso tibial en el surco labrado anteriormente en las apófisis espinosas (figura número 1) de modo de que la cara medular mire hacia el fondo de la excavación de la herida interespinosa, quedando la cara perióstica colocada al nivel del vértice de las apófisis espinosas y sujetarlo en esa posición, manteniéndolo fijo por medio de puntos



entrecortados de catgut, que van uniendo los músculos y ligamentos del raquis de un lado con los músculos y ligamentos del otro lado, terminando después con la sutura de la piel, bien hecha por puntos de seda o con agrafes, prefiriendo la primera, y colocando a continuación un apósito de gasa, bastante cantidad de algodón en forma de que resulte un almohadillado en el que se colocan dos tablillas a manera de tutores recubiertas también de algodón para que no puedan hacer daño al enfermo, aunque éste se mueva; todo el apósito se sujeta bien con un vendaje corriente alrededor del cuerpo del enfermo y se le coloca a éste después sobre su cama, que debe ser un poco dura para que en ella no pueda hundirse el cuerpo, manteniéndolo en decúbito supino, quieto, hasta los diez o doce días, si antes no hay motivo (elevación de la temperatura, por ejemplo) para levantarle el apósito, época en la cual ello se realiza para quitarle los puntos de sutura de la piel, continuando después el enfermo en posición horizontal o en un lecho de escayola un tiempo variable que, según Albee, ha de ser de unas cinco a doce semanas, a contar desde el día del acto operatorio (tiempo que el autor cree suficiente para que pueda prender el injerto) para comenzar después poco a poco a andar el enfermo sin llevar el cuerpo sujeto con aparato de ninguna clase, pero cuyo tiempo nosotros creemos insuficiente por lo menos en la infancia por la recaída, que siguiendo esa conducta aconsejada por el autor hemos visto en los enfermos que, creyéndose curados de su lesión, vuelven a realizar su vida normal como si nada hubieran padecido.

La operación en sí no ofrece dificultades de ninguna clase, y con un poco de hábito se acaba por realizar con bastante rapidez; no da apenas hemorragia, y por los niños es muy bien tolerada, no habiendo yo tenido en mis operados, el menor de dos años de edad, complicación ninguna dependiente del acto operatorio.

\* \* \*

Albee, en sus primeros trabajos, no limitaba en absoluto para nada las indicaciones de la operación ni en la edad veía contraindicación alguna para el acto operatorio; los niños, al igual que los adultos, podían someterse a este método, comprendiendo su estadística desde los veinte meses hasta los setenta y cinco años de edad; tampoco veía contraindicación con la presencia de un absceso, siempre que éste no recayera en el campo operatorio, en el que había que intervenir y, desde luego, la existencia de síntomas de parálisis tampoco lo era. La localización de la lesión no la tenía en cuenta, pues si bien en todas las estadísticas publicadas sobre el particular acusan una preponderancia grande de la lesión en las regiones dorsal y lumbar, aumentando en frecuencia desde la primera dorsal a la duodécima, para descender después poco a poco desde la primera a la quinta vértebra lumbar, hecho que también en mis estadísticas tengo comprobado, hay que pensar que después de esta región sea la correspondiente al Mal sub-occipital la más frecuente y que la cortadad de las apófisis espinosas de la región

occipital fuera un obstáculo al fijar el injerto con los límites convenientes para que pueda realizar su misión; lo que movió a Rugh a solventar este inconveniente, labrando una pequeña fosita en el occipital que sirviera para sujetar al injerto en esta zona de implantación.

Nosotros, en nuestras primeras observaciones, creímos y seguimos creyendo aún ahora; pero, desde luego, aún más restringidos que entonces, que no todos los enfermos afectos de Mal vertebral de Pott deben ser tratados por el método de Albee; siguiendo refiriéndome como ya indiqué antes, a la práctica infantil, dando a conocer en mi trabajo del año 1917 las condiciones que yo creía que debían de reunir los enfermos para considerarlos no aptos para ser intervenidos, que eran, a saber:

Primero. Aquellos enfermos cuyo estado general fuera muy deficiente.

Segundo. A los que padecen alguna otra lesión tuberculosa, lo que prueba la gran impregnación del organismo por el agente productor de la enfermedad (lesiones óseas, pulmonares, peritoneales, ganglionares, etc.).

Tercero. A los que padezcan cualquiera otra enfermedad que contraindique todo acto operatorio.

Cuarto. Cuando acompaña un absceso por congestión cerca del campo operatorio en el que hay que actuar.

Quinto. A los menores de dos años.

Sexto. Cuando la lesión asienta por encima de la séptima vértebra cervical.

Por el contrario, escogía como más favorables:

Primero. Aquellos en los que la lesión existía en la región dorsal y lumbar las más frecuentes de padecerla según todas las estadísticas; y

Segundo. A algunos que padeciendo fenómenos de comprensión medular, parálisis, siempre que en la médula no existan fenómenos de paquimeningitis ni procesos

degenerativos de ninguna clase del cordón medular.

Esta selección de los casos, hecha entonces por nosotros, hoy tampoco la compartimos en la infancia en la que, como luego veremos, y en vista de los resultados obtenidos, reservamos la fijación del injerto solamente a casos excepcionales, cuyas condiciones más adelante hemos de mencionar.

\* \* \*

Dos factores importantes juegan el principal papel en la aplicación del procedimiento de Albee, de una parte, el injerto, y de otra, la columna vertebral; el primero, el injerto, al ser implantado, dice Albee, produce rápidamente una regresión del proceso tuberculoso local inmovilizando y fijando las articulaciones en forma tal, de que más tarde haga inútil la aplicación de ningún aparato ortopédico, y este papel inmovilizador, negado por algunos, dada la movilidad y longitud de la columna vertebral es, sin embargo, admitido por otros. En realidad, puede decirse, que si bien la inmovilización de la parte enferma no se verifica en las condiciones de seguridad necesarias y que resulte todo lo completa para que el proceso pueda curarse sin ninguna otra clase de reposo; lo que pretende conseguir es unir las partes en-

### Avance de sumario para el número próximo (22 de Julio de 1933)

DR. JULIÁN RATERA Y BOTELLA.—¿De qué número de unidades internacionales consta la dosis de eritema?

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

DR. AMAND. BARBOSA.—Estado actual de la terapéutica antipalúdica.

Sesiones clínicas: Servicio del Dr. Codina Castellví, Hospital provincial. Hospital de la Princesa.

Prensa extractada.

Sección profesional.



fermas con las sanas, a manera de tutor, que coadyuva a evitar, en lo posible, cuando la destrucción del cuerpo vertebral es muy extensa, el derrumbamiento de la zona en donde asienta la lesión, con todas las consecuencias que esto trae consigo, pero sin que la aplicación del injerto sirva para que el enfermo pueda dejar la posición horizontal hasta que el foco tuberculoso se haya curado; es, por lo tanto, el procedimiento de Albee un método de sujeción que por sí solo no se basta para fratar el proceso que nos ocupa.

Pero aún hay más; algunos autores, no convencidos del papel inmovilizador que Albee atribuye al injerto, pretenden que éste tenga propiedades curativas por el estímulo que su presencia pueda reportar a la proliferación del tejido óseo, a las modificaciones vasculares, que su implantación lleva consigo al ingreso de sales de cal que le acompaña, acciones que a distancia pueden favorecer la marcha de la lesión tuberculosa de la vértebra, hechos que Heitz Boyer pretenden demostrar por medio de los estudios radiográficos practicados en zonas en las que se habían implantado un injerto, observando que a medida que iba disminuyendo el tamaño de éste, aumentaba, por el contrario, en espesor, el hueso sobre el que estaba implantado así como en sus vecindades, achacando ello a una relación de causa a efecto entre la porción ósea del injerto que desaparece y la neoformación del mismo tejido en sus vecindades, creyendo que ello puede ser debido a una acción química provocada por el hueso injertado.

Las ideas actuales sobre la evolución del injerto, independientes de las propiedades a que me acabo de referir, fija a cada una de las partes de que aquél consta: periostio, sustancia ósea propiamente dicha y médula, la participación que en su evolución toman cada una de ellas, de lo que se desprende la necesidad de que al obtener el injerto esto se realice sin que falten en aquél ninguna de las partes que hemos mencionado. En efecto, las células óseas del fragmento injertado se reabsorben en su totalidad; quizá a la falta del periostio y de la médula se deba la reabsorción rápida de algunos injertos; el periostio y la médula, en plena actividad, en la infancia forman hueso nuevo a expensas de los elementos de nutrición que adquieren de las zonas vecinas a donde ha sido implantado. Kauschka demostraba el papel primordial de la médula practicando un buen injerto aunque en éste no exista periostio, con tal de que si haya médula ósea suficiente para poder por sí sola iniciar la regeneración.

La soldadura del injerto que Albee califica como un hueso vivo, en el caso particular de que nos ocupamos al hablar de su técnica, se realiza con bastante rapidez, notándose, más tarde, radiográficamente, que alrededor de las apófisis espinosas, así como también del injerto, el tejido óseo prolifera, habiéndose comprobado en algunas ocasiones, por mí en repetidos casos, en cambio, la total desaparición o reabsorción del injerto; y no hablemos de aquellos casos en que se elimina, como un secuestro, por la infección de la herida operatoria, ya que en ello no puede considerarse como la marcha normal de la intervención practicada.

\* \* \*

Todos sabemos que las lesiones tuberculosas en el Mal vertebral de Pott tienen su asiento en el cuerpo de las vértebras, y que éstas, las vértebras, colocadas unas sobre las otras, constituyen una verdadera columna de sostén para el peso de la cabeza, sirviendo de punto de apoyo de la jaula torácica, así como de la mayor parte de las vísceras que forman nuestro organismo, encerrando dentro de sí como una verdadera vaina protectora a la médula espinal.

Esta columna vertebral alcanza su máxima movilidad en la infancia, teniendo las vértebras cervicales, las dorsales y las lumbares una cierta independencia, estando separadas entre sí por una lente de tejido gelatinoso que constituye una verdadera almohadilla, que desaparece con el fibro cartilago en el Mal de Pott, jugando un gran papel en el equilibrio de la columna vertebral y que recibe el nombre de Nucleus Pulposus; en cambio, las vértebras sacro coxígeas pierden esa individualidad constituyendo dos huesos únicos: el sacro y el coxis, formados por las vértebras correspondientes íntimamente unidas, que han perdido, por lo tanto, los movimientos que particularmente a cada una les correspondía; conforme se llega a la edad adulta, la movilidad de la columna vertebral va siendo cada vez menor, y ya en la vejez, los cuerpos vertebrales se aplanan, las vértebras adquieren cierta tendencia a soldarse entre sí y los movimientos de la columna vertebral, en el adulto y en el viejo, son más limitados, lo que quizá favorezca el que sea fijada más fácilmente con la aplicación de un injerto.

La columna vertebral rectilínea, en la primera época de la vida intrauterina presenta, después, una serie de incurvaturas antero posteriores que hacen que su resistencia, como columna de sostén, sea diez veces mayor que si aquélla tuviera una dirección recta única; en el género humano existen cuatro curvaturas: la primera, corresponde a la región cervical y es convexa hacia adelante; la segunda, a la región dorsal y es convexa hacia atrás; la tercera, convexa también hacia adelante, corresponde a la región lumbar, y, por último, la cuarta, convexa hacia atrás, corresponde a la región sacro coxígea.

Esa movilidad, unida a las curvaturas que la columna hemos visto tiene, hacen que cuando se presenta en ella algún proceso destructivo que venga a poner en peligro el equilibrio natural que como columna de soporte necesita como, por ejemplo, ocurre en el Mal vertebral de Pott al ser destruido el cuerpo de la vértebra en su totalidad o en parte por el asiento del foco tuberculoso y su reblandecimiento consecutivo, la columna vertebral, para defenderse y mantener ese equilibrio, busca la compensación en actitudes correctas, siendo las regiones cervical y lumbar susceptibles de sufrir una hiperextensión y la dorsal una extensión solamente, enseñándonos la fisiología unida a la clínica el que no puede producirse una cifosis sin que inmediatamente aparezcan las lordosis compensadoras, una por encima y la otra por debajo del lugar en donde asienta la lesión vertebral; en el Mal de Pott dorsal, que a causa de no ser hiperextensible esta región no se verifican lordosis correctoras en la proximidad del foco, las lordosis espontáneas se verifican entonces a distancia, es decir, en las regiones cervical y lumbar, por lo cual, como sabemos, la jibosidad resulta siempre mayor comprendiendo más número de vértebras; además, la destrucción del Núcleo Pulposus, del que ya nos ocupamos antes, al desaparecer éste hace que el cuerpo de las vértebras descansa el de unas sobre las otras, sin el almohadillado intermedio que aquél le proporciona, contribuyendo ello también a favorecer la producción de la cifosis.

De todo esto se desprende que en el Mal de Pott lumbar el proceso sigue en cuanto a la dirección de la columna vertebral una marcha favorable que solamente necesita ser ayudada con un tratamiento conveniente no ocurriendo lo mismo en el Mal de Pott dorsal en el que además de curar la lesión, es preciso corregir la deformidad si ésta ya existe o evitarla si es que está en su comienzo y es aun poco o nada marcada, esa lordosis lumbar y cervical sin tratar la cual se podrá curar la lesión del cuerpo de la vértebra; pero persistiendo indefinidamente la deformidad cada vez más difícil de corre-





# PERCAINAL



"CIBA"

**Pomada analgésica**

**astrigente**

**antiflogística**

**antipruriginosa**

Eczemas  
Maceraciones  
Herpes  
Grietas  
Intertrigo  
Prurito  
Fisuras  
Quemaduras  
Hemorroides

**CIBA SOCIEDAD ANONIMA DE PRODUCTOS QUIMICOS**

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

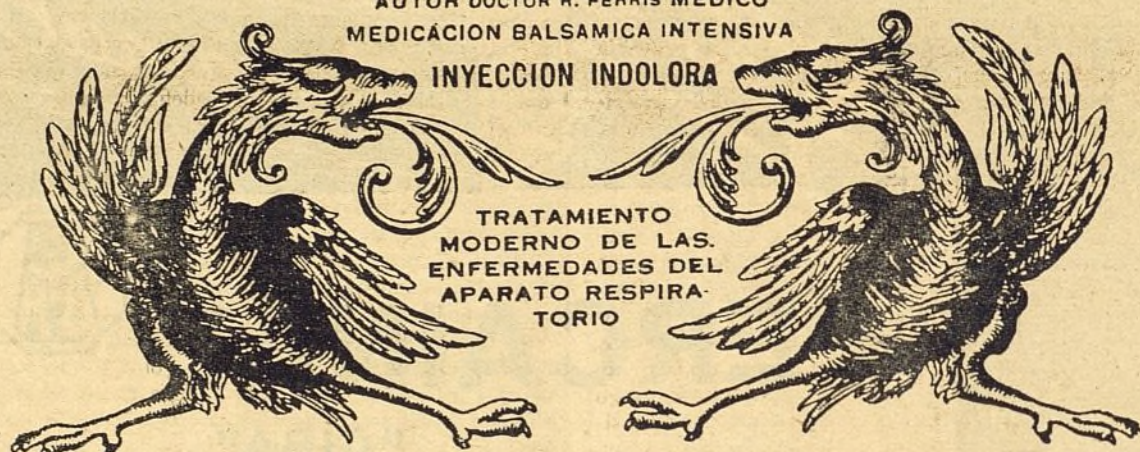




# NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO  
MEDICACION 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



gir lo que claro está no se consigue con la aplicación de ningún injerto óseo, sino que únicamente es la terapéutica ortopédica correctora incruenta en decúbito supino, colocado el enfermo, la que a la larga, además de curar la lesión ha de reducir la deformidad haciendo que disminuya la lordosis lumbar, pues su aumento produce la agravación de la cifosis, hay que buscar esas lordosis terapéuticas lo más cercanas posibles al foco de la vértebra.

Este hecho es evidente; de ello es la consecuencia del fracaso del método de Albee en muchos de los operados en la clínica infantil, incluso en la escuela americana que dice ahora que, después de las operaciones, nota un aumento de la jibosidad en un setenta por ciento de los casos en los sujetos menores de diez y seis años, lo que nosotros también hemos comprobado en nuestra clínica, sobre todo en los enfermos que, una vez intervenidos, eran dados de alta de la intervención a las cinco o seis semanas pasando a su domicilio en el que a pesar de nuestros consejos las madres, creyéndoles ya curados, por el hecho solamente de haber sido operados, los dejaban hacer su vida corriente como si nada tuvieran, volviendo después, en un plazo más o menos largo a nuestra consulta, con la cifosis aumentada y hasta algunos con la presencia de un absceso por congestión, lo cual prueba que el injerto, como medio de tratamiento, no dió resultado y que por el contrario la lesión vertebral ha seguido avanzando como lo indica la presentación del absceso, y como consecuencia de todo ello el que el acto operatorio no haya servido en estos enfermos absolutamente para nada.

Peró aun hay más, hay otro dato muy interesante en la infancia que también puede explicar el que la aplicación de un injerto óseo inmovilizador de un segmento vertebral no llegue a desempeñar su papel en la forma deseada y es el que se refiere al crecimiento de las distintas partes que constituyen la vértebra en sí, el trabajo de osificación de las vértebras en general, que comienza en el centro del cuerpo vertebral en la región dorsal irradiándose después a los extremos con extraordinaria lentitud, no terminándose de una manera definitiva la total osificación hasta la edad de veinticinco a treinta años, época ésta en la cual la columna vertebral llega a alcanzar su verdadero desarrollo, ese apogeo de actividad en que se encuentra el desarrollo de todas las partes que constituyen la columna vertebral en la infancia, es indudable el medio ambiente más favorable para que, aumentando las resistencias orgánicas se logre destruir localmente el foco tuberculoso en el niño más rápidamente que en el adulto y que a pesar de sufrir la vértebra grandes destrucciones, éstas se lleguen a reparar con relativa facilidad, con una buena soldadura de las partes lesionadas, lo que no ocurre en el adulto, en el que esa reparación es mucho más lenta, adquiriendo la lesión la forma latente o dormida a pesar de un tratamiento apropiado lo que se verifica con una frecuencia desesperante y en cuyos casos quizás la aplicación oportuna de injerto logre obtener un resultado favorable además de como tutor por los cambios bioquímicos que su implantación trae consigo y a los que ya nos hemos referido anteriormente.

No se puede creer, como muy bien dice Taberner (Sociedad de Cirugía de Lyon enero de 1930), en la sujeción que un injerto puede producir en los niños de tres a seis años, pues si bien los arcos posteriores están a esa edad, íntimamente unidos, la lesión continúa su marcha evolutiva en los cuerpos vertebrales debido a que aquéllos y éstos, es decir, los arcos posteriores y los cuerpos vertebrales no se llegan a soldar hasta los seis años, siendo ésta una de las razones más poderosas que conducen al mencionado clínico a no practicar la intervención de Albee antes de esa época de la vida.

Y quizás haya otro hecho que, a nuestro juicio, le-

jos de favorecer el injerto, la curación y soldadura del cuerpo vertebral, lo que hace es impedir el que aquella se verifique, y es el que no ignoramos el que la formación del callo óseo en las lesiones de que nos ocupamos, ha de verse favorecida por la superposición de las dos superficies que limitan la lesión, radiografía núm. 1, un tutor colocado en la parte posterior en las apofisis espinosas que realmente fijase las vértebras en su totalidad, no tiene más remedio que mantener separadas esas dos superficies con lo que se comprende que en este caso la curación se retarda indefinidamente, pues ella se verificaría a expensas más que de un callo óseo por uno de índole fibroso (por tejido medular, Menard, por organizaciones fibrosas de las fungosidades, Lannelongue, por proliferación de tractus óseos de origen perióstico, en forma de columnas antero laterales, Natch-Cloquet, o por reacción perióstica de la capa perióstica que reviste el ligamento vertebral anterior, Gayet), que rellenaría, por decirlo así, el espacio comprendido entre los límites de la lesión, claro está que siendo más lenta la reparación y sin que ésta obtenga la consistencia que un callo óseo primitivo llega a alcanzar, afortunadamente en estos casos el injerto no fija a las vértebras en la forma que su autor nos la refiere, sigo hablando de la infancia, y las dos superficies que formaban la zona, límite de la lesión, llegan en la mayoría de los casos a ponerse en contacto, señalándose con esto el comienzo de la reparación, y, por lo tanto, el de la curación de la parte enferma.

\* \* \*

Veamos ahora después de todas estas consideraciones que me acabáis de escuchar, si a través de las cuales, los hechos controlados en la clínica han sustituido a los conceptos de aplicación que Albee prodigaba en sus trabajos para tratar el mal vertebral de Pott, y como aquel optimismo de la primera época que, en realidad, se refería más que a los resultados del método, hablo de nosotros y lo mismo ha ocurrido con otros clínicos, se puede decir que, en su mayoría, a los del acto operatorio en sí, y que los primeros; es decir, los resultados, únicamente el tiempo y hasta entonces era corto, sería el que había de confirmar o denegar las bondades del método para poder ser aceptado o no como un procedimiento que venía a sustituir y a mejorar a los que hasta entonces eran aplicados para curar a la lesión vertebral de que nos ocupamos, el tiempo por lo que se refiere a los resultados en la clínica infantil ha venido a dar la razón a los escépticos desde el primer momento (Decref, entre otros); el acto operatorio no ha acusado al menos, en mis observaciones, mortalidad ni ninguna complicación de momento inherente a toda intervención cruenta, por lo tanto, bajo este punto de vista, no hay inconveniente en aceptar el procedimiento que quizá tenga aún un mayor ancho campo para su general aplicación en otros procesos de la clínica quirúrgica infantil, en los que para su tratamiento sea necesario la aplicación de un injerto, siguiendo la técnica descrita por el profesor Albee.

Mis primeras observaciones publicadas, como ya indiqué el año 1917, se referían a un total de veintidós enfermos intervenidos, cuya filiación, teniendo en cuenta la edad de los mismos, comprendía desde los dos hasta los catorce años, y en cuanto a las regiones, la dorsal, acusaba un total de 18 casos, correspondiendo a la lumbar los cuatro restantes; después de esta época la cifra de los enfermos intervenidos por nosotros se acerca a un centenar, habiendo en algunos empleado la técnica también americana aconsejada por Russell A. Hibbs, si bien no en todos hemos podido seguir la marcha del proceso hasta el final, según nuestro de-



seo, por tratarse en su mayoría de enfermos de hospital, algunos fuera de Madrid; otros, que se cansan de la pesadez del tratamiento, y que una vez en sus casas, al ser dados de alta de la operación los creen ya curados, unas veces por abandono y otras, las más, por no poder seguir dicho tratamiento en sus habitaciones, faltas en la mayoría de aire y de sol, y, además, carentes los enfermos de los recursos necesarios para los alimentos y fármacos que en su plan necesitan en el curso postoperatorio de la intervención.

Nosotros, a las cinco o seis semanas de ser intervenidos, los dábamos de alta para continuar el tratamiento en sus casas, lo que como digo, casi nunca es posible, pero lo hacíamos no dejando su cuerpo suelto como aconseja el profesor Albee, sino colocándoles previamente un vendaje escayolado con una amplia ventana que, al mismo tiempo que nos servía para vigilar al injerto, era utilizada para que el enfermo pudiera ser sometido a la práctica de la helioterapia, aunque no fuera más que en su aspecto local, nuestros entusiasmos del comienzo por el método se fueron poco a poco enfriando, hecho que, como luego veremos, también ha ido ocurriendo a otros clínicos: la aplicación del injerto no reúne las condiciones de seguridad suficientes para librar al enfermo de los medios ortopédicos que hasta ahora hemos empleado, sobre todo cuando su lesión se encuentra en plena actividad, y si esto ocurre así y además vemos lo favorablemente que evoluciona un foco tuberculoso vertebral en un niño, tratado por el plan ortopédico incurrente, ¿es justo someterle a un acto operatorio que nada le beneficia de momento, y que como hemos observado en nuestros enfermos, ni aun reduce el tiempo de su curación, hecho en el que se cifran más los beneficios del método, del cual nos ocupamos? Este es, sin duda, el secreto de que los clínicos como Ombrédanne, Loeffler, Lexer, Gohrhardt, Stor, Calve y Galat desechen el acto operatorio hoy día, y que Kemell, Fromme, Lortholair, Roederer y la misma Sociedad Americana de Ortopedia reduzcan el campo de sus indicaciones hasta llegar a manifestar que éstas son bastantes limitadas.

Un resumen de conjunto que abarca en su totalidad los resultados de nuestra clínica puede condensarse en los hechos que a continuación expongo:

1.º El acto operatorio en sí es soportado sin contratiempo alguno en la infancia, sin que en los casos por nosotros intervenidos hubiéramos tenido complicación alguna no solamente durante la operación, sino que también en el curso postoperatorio que pudiera imputarse a la misma.

2.º Los dolores espontáneos que los niños con gran frecuencia transmiten a la región abdominal, y que ellos mismos dan a conocer, desaparecen inmediatamente si, bien nosotros creemos que ello es más que, a consecuencia de la intervención como resultado de la posición horizontal en la que estos enfermos son colocados, por cuanto el mismo hecho sucede solamente con ponerles en este decúbito supino sin haber sufrido las consecuencias del acto operatorio.

3.º La gibosidad disminuye en algunos casos cuando va acompañada de la resección del vértice de las anófis espinosas que sobresalen en aquéllas; en el caso contrario, no hay motivo alguno para que ello suceda como consecuencia del acto operatorio, esa disminución de la gibosidad se verifica en aquel caso, no por que la columna vertebral se haya enderezado mejorando con ello su posición, sino que se realiza como consecuencia de la resección sufrida, lo que diferencia de gran manera el resultado obtenido con esta disminución aparente de la gibosidad, sobre todo para las ventosas inferiores que con la función anatomo-fisiológica de la columna vertebral han de procurar obtenerse, y

el enderezamiento que, más a la larga, pero en mejores condiciones, se verifica con la inmovilización del enfermo en posición horizontal, tendido en su canal que, como ya hemos indicado, no creemos pueda librarle de ella el acto operatorio.

4.º El injerto es tolerado en la mayoría de los casos perfectamente, no siendo eliminado más que cuando se produce la infección de la herida operatoria, saliendo entonces como un secuestro, pero sin que este hecho pueda ser imputado más que a un descuido en la intervención, siempre que no haya ya un estado séptico en el campo operatorio, en cuya caso es lógico que no se debe de intervenir.

5.º En ninguno de los casos que hemos seguido con más asiduidad el enfermo ha podido ser dado de alta curado en el tiempo indicado por el autor del método, no pudiendo tampoco fiarnos de la sujeción que el injerto le producía, ya que en los casos en los que el enfermo era dado de alta de la intervención y la familia lo llevaba a su casa abandonando todo otro tratamiento posterior, a pesar de nuestros consejos en contra, el enfermo en un plazo de tiempo más o menos largo era traído de nuevo a nuestra consulta en igual o peor estado que en el que se encontraba antes de haberle practicado la intervención: el injerto en algún caso se había fracturado, en otros, reabsorbido; la gibosidad en todos aumentado, los dolores vuelto a aparecer, y la formación de un absceso tampoco era raro; el estado general, en una palabra, se había empeorado sin que el tratamiento cruento le hubiera servido para nada.

6.º El estado general en todos los enfermos intervenidos ha mejorado de manera notable en el curso postoperatorio, pero ello tampoco creo sea una consecuencia de la operación en sí, sino que lo creo debido a la alimentación sana, al tratamiento general higiénico y al reposo aún más severo que después de la intervención estos enfermos deben ser sometidos.

7.º En los enfermos que se acompaña de parálisis por compresión con el acto operatorio seguido de la inmovilización prolongada en posición horizontal también, algunos los hemos visto evolucionar favorablemente normalizándose poco a poco sus movimientos, pero ello mismo nos ha sucedido cuando empleábamos solamente el reposo en posición horizontal, hecho que se comprende porque hace descansar al foco suprimiendo las fuerzas de aplastamiento que en la posición vertical se realiza, desapareciendo de aquella manera los síntomas de parálisis siempre que no haya un proceso degenerativo medular, en cuyo caso pueden mejorar, pero la curación total es menos precisa.

8.º En los abscesos y traverosos fistulosos existentes en algunos de los enfermos operados nada hemos visto que nos hiciera pensar en una acción favorable sobre ellos por la intervención: en cambio, si hemos visto a algunos intervenidos en los que después del acto operatorio se les formó un absceso o se les presentó síntomas de parálisis, lo que indica la marcha invasora de la lesión vertebral a pesar de haberse realizado la operación: claro está que estas observaciones últimas se refieren casi siempre a enfermos que después de intervenidos han abandonado todo tratamiento posterior.

9.º Como consecuencia de todas nuestras observaciones creo que para tratar hoy día en la edad infantil a los enfermos del Mal vertebral de Pott, el único tratamiento que deja en reposo a la vértebra enferma, el que verdaderamente le libra del peso que tiene que soportar, causa indudable de la aparición y aumento de la gibosidad, así como el que más favorece la aparición de las lordosis compensadoras o terapéuticas de que hemos hablado antes, es la posición en decúbito supino o la ventral, siendo la primera la más corrientemente admitida por los autores.

10.º Que además del tratamiento local siempre hay



que instituir un tratamiento general y que tanto aquél como éste únicamente se pueden realizar en los Sanatorios adecuados para la gente pobre, la más necesitada siempre, y en las que con más frecuencia se presentan las lesiones tuberculosas, siendo el número de camas que hoy existe insuficiente para albergar a todos los enfermos una vez diagnosticada la enfermedad, lo que hace que un proceso curable no se cure, o, si lo realiza, es a expensas de dejar en los organismos las huellas consiguientes a una cicatrización viciosa de su columna vertebral.

\* \* \*

Como se ve, el tratamiento del Mal vertebral de Pott en la infancia hoy por hoy, en la mayoría de los casos, no es cuestión de la ejecución de un acto operatorio; en la actualidad no es otra cosa que un problema de Sanatorios, sin la existencia de los cuales no es posible una terapéutica severa y adecuada a la importancia de la enfermedad, así como a sus reliquias, y si bien en España esos Sanatorios los hay, y meritísimos, con todas las exigencias modernas, lo largo del tratamiento y la gran cantidad de Potticos hacen que el número de los que se pueden admitir sea insuficiente y su ampliación necesaria para remediar la situación de estos enfermos, sobre todo en el hogar de los humildes, los más castigados por la peste blanca.

En el niño la gran actividad en que se encuentra su sistema óseo hace que con una terapéutica apropiada incurra el foco tienga marcadamente a desaparecer haciendo que se limite o reabsorba el tejido atacado y se pongan en contacto sus límites, formándose el callo que ha de unir los restos de las vértebras lesionadas, y aunque esto ya es lo suficiente para rechazar toda intervención cruenta aun siendo bien soportada como ya dijimos, lo es la que nos ocupa también; hay que pensar que un traumatismo en un organismo tuberculoso en actividad en la gran mayoría de los casos nada puede favorecerle.

\* \* \*

La operación de Albee, en general, no la creemos indicada en la infancia y menos en todos los casos que padecen un Mal vertebral de Pott, en virtud de los resultados por nosotros obtenidos con su aplicación; de esta misma opinión son ya hoy clínicos entusiastas paladines en el alborear del método después que de su aplicación no han obtenido las ventajas prometidas, y así vemos como Goch excluye la intervención antes de los diez años, época sin duda alguna la más frecuente para padecer el mal; Bier, Ombredanne, Mouchet y Lexer, entre otros, la desechan en absoluto en la infancia; el mismo Stor de Montpellier, aun afirmando la eficacia del método en cuanto se refiere al valor anquilosante y a los resultados favorables que dice haber obtenido en los abscesos, en los dolores y en los trastornos de compresión, manifiesta que los métodos americanos (Albee y Russell A. Hibbs) no están indicados en el niño, al que sólo la inmovilización dice, puede curar; Calve de Berk también la estima poco ventajosa para la edad infantil; Sorel y Rocher dicen que el Mal de Pott, del niño, en nada se parece al del adulto, absteniéndose en aquellos de los métodos cruentos, ya que curan de un modo completo con los procedimientos ortopédicos que hasta ahora se han empleado; Bergmann y Gohrhan también manifiestan que no debe de operarse nunca a los niños; Yruegas, entre nosotros, también la rechaza como tratamiento de la lesión y únicamente la cree aplicable en algunas ocasiones para tratar las secuelas vertebrales cuando ha habido una destrucción grande de vértebras y hace falta un tutor, que fije su columna vertebral, opinión ésta que nosotros compartimos; por úl-

timo, son elocuentes las manifestaciones de la escuela americana cuyos resultados poco favorables acusan, como ya he indicado, un aumento de la jibosidad en el 70 por 100 de los casos en los operados menores de diez y seis años.

\* \* \*

La aplicación de un injerto óseo constituye el más afortunado procedimiento para realizar hoy día la osteosíntesis, y si bien Albee aconsejaba su método solamente para el tratamiento del Mal vertebral de Pott, creo que ello, en la infancia, no tiene una indicación tan general como su autor preconizaba, ni en su comienzo, ni en su fase activa que, como ya hemos dicho, responde admirablemente bien en su aspecto local a los medios ortopédicos empleados hasta ahora, de los que no les libra el método cruento de fijación de que nos acabamos de ocupar; sin embargo, en las grandes pérdidas de sustancia ósea radiografía número 3, cuando es necesario unir la columna vertebral por medio de la aplicación de un tutor, en las mismas formas torpidas de la enfermedad menos frecuentes en el niño que en el adulto, en las que hay dentro de lo posible que reemplazar un segmento enfermo o deficiente por hueso sano y fuerte, entonces el proceder de Albee tiene más ancho campo en que desenvolverse, sin que nunca creamos que sirva para sustituir en el Mal de Pott infantil a los demás medios terapéuticos hasta hoy día empleados, ni siquiera para abreviar la marcha del proceso que ha de seguir evolucionado, según se verifica siempre, es una operación que coadyuva en los casos a que me acabo de referir a consolidar a la parte enferma y que en otros procesos de la columna vertebral como son las fracturas, cuyos fragmentos tiendan a desplazarse, en las mismas luxaciones cuando recidivan con facilidad, en algunas espondilitis, hasta en las escoliosis graves, afirma Tuffier, la operación de Albee puede ser de resultados positivos; no hay, por lo tanto, que rechazar el método, sino que, por el contrario, admitirlo, si bien limitando sus indicaciones a los casos en que, realmente, sea útil su aplicación.

## Contribución al estudio de la esclerosis de las arterias pulmonares

POR EL

DR. FERNANDO BERNALDEZ  
Profesor clínico de la Facultad de Medicina

Las arterias pulmonares, pueden como las demás arterias de la economía, sufrir una porción de alteraciones que constituyen el cuadro tan conocido de las lesiones ateromatosas y esclerosas. Sin embargo, así como estas lesiones son muy frecuentes en el sistema de la gran circulación, son extraordinariamente raras en la circulación pulmonar, hasta el punto de que Bichat, por ejemplo, llegó a creer que el ateroma era un privilegio de los vasos de la circulación mayor.

Los primeros trabajos sobre este asunto se remontan a principios del siglo pasado en que, investigadores como Andral, Bovilland, Dillrich Bristowe, Klob etcétera, etc., se observan de este interesante tema. Mas adelante encontraremos observaciones aisladas y en las cuales el diagnóstico clínico jamás se hacía. Era en la mesa de autopsia y en los estudios histológicos donde se llegaba a aclarar este proceso, cuya sintomatología se confundía en la inmensa mayoría de los casos con otras enfermedades.



Emery estudia en su tesis, en 1889, la esclerosis de la arteria pulmonar, analizando casos de investigadores anteriores a él. Romberg estudia detenidamente la génesis del proceso. Kust describe un caso con estudio anatómopatológico completo.

Las observaciones de investigadores posteriores van aclarando este proceso. Los argentinos Ayerza y Arrillaga hacen un estudio completísimo y muy documentado de esta enfermedad, conociéndose desde entonces con el nombre de enfermedad de Ayerza-Arrillaga. Ayerza designó a estos enfermos cardíacos negros, designación que, a nuestro entender, es de una gran precisión, puesto que no prejuzga sobre la etiología ni sobre la patología de esta enfermedad, haciendo resaltar únicamente dos fenómenos que llaman en seguida la atención cuando examinamos a estos enfermos; por una parte la cianosis, intensísima en algunos casos, y, por otra, los accidentes relacionados con la insuficiencia cardíaca.

#### ETIOLOGÍA

Brooks ha sido quizá el primero en achacar a la sífilis la causa del proceso. Lo mismo piensa Scott Warthin. Arrillaga, desde su tesis, sostiene exactamente la misma hipótesis de estos autores.

Arrillaga y Elizalde han podido demostrar su tesis por el aspecto muy típico de las lesiones histológicas, por las reacciones biológicas y por el hallazgo de treponemas en el espesor de los vasos. Para Arrillaga se trataría de una localización particular del treponema en las arterias pulmonares, localización que en muchas ocasiones estaría favorecida o condicionada por la existencia de lesiones pulmonares de tipo inflamatorio agudo (pneumonías y bronconeumonías).

Posselt, por su parte, por su estadística de 172 casos de esclerosis de la arteria pulmonar, encuentra la sífilis en los antecedentes de estos enfermos solamente en un 7 por 100 de los casos. En cambio, la estenosis mitral se observa en el 27 por 100; procesos miocárdicos de diversa índole en el 15 por 100; arterioesclerosis generalizada en el 12 por 100; aneurisma de la pulmonar en el 10 por 100; lesiones congénitas del corazón en el 9 por 100; pericarditis en el 9 por 100. En el resto de los casos el tanto por ciento de lesiones coincidentes con el proceso que tratamos es mucho menor.

Acevedo de González niega, fundándose en dos casos observados por él, la influencia de la sífilis, ya que siempre observó un Wassermann negativo. En cambio, concede una gran importancia a los antecedentes alcohólicos y al paludismo. En nuestros casos existían claros antecedentes alcohólicos. Por otra parte, existen a veces antecedentes reumáticos muy evidentes.

Respecto al paludismo no podríamos asegurar que intervenga en gran proporción.

#### GÉNESIS DEL PROCESO

La hipótesis de la arteritis ha sido defendida por un gran número de investigadores como Virchow, Cornil, Ranvier, etc. Sin embargo, hoy día parece más seguro que, como ocurre en la esclerosis generalizada del sistema arterial, intervengan factores más importantes en el desarrollo, y, especialmente, en la localización de este proceso. Nos referimos a los factores físicos mecánicos, y muy especialmente a los factores químicos. El trastorno consiste esencialmente en un proceso de destrucción progresiva de las arterias pulmonares, unido a depósitos de determinados productos metabólicos y a fenómenos de proliferación, así como de deformación creciente.

Desempeña en este proceso un papel importante la alteración de la sustancia de unión o fundamental que

envuelve y une en diferentes espesores los complicados sistemas muscular, elástico y colígeno.

Es preciso que recordemos, para aclarar la patogenia de este interesante proceso, algunos detalles importantes. ¿En qué consisten los depósitos y cuáles son las proliferaciones que caracterizan la esclerosis de la pulmonar? En primer lugar llama la atención tanto por el aspecto macrópico como el microscópico la infiltración adiposa que justifica plenamente la designación de aterosclerosis. Esta infiltración adiposa es la que conduce a lesiones circunscritas de la íntima con formación de pequeñas cavidades.

Es casi seguro, como cree Torhorst, que esta infiltración comience en la sustancia que une y enlaza el tejido fibrosoelástico. Más adelante, cuando el proceso avanza, toman parte las células en el depósito de grasa. Se trata, pues, de un proceso de infiltración adiposa en la sustancia fundamental de sostén y más exactamente de un almacenamiento o precipitación de las sustancias grasas de los tejidos circundantes. Pero se admite que son precipitadas otras sustancias, además de los lípidos. Ocupan el primer lugar, después de éstos, los cuerpos albuminoides de la sangre. Estos precipitados albuminosos son fáciles de ver en la túnica interna y justifican la designación de hialinosis. De igual modo que en la lipoidosis, se localizan los acúmulos albuminosos, principalmente en la sustancia fundamental o de enlace entre las fibras elásticas y las colágenas. Estos almacenamientos llevan consigo un espesamiento general de la íntima, haciendo comprensible que en los puntos donde más tarde, por motivos determinados, sea más intensa la actuación del plasma sanguíneo, se intensifiquen estos procesos de almacenamientos. Estos procesos suelen ser irreversibles desarrollándose de un modo creciente el cuadro de la esclerosis de la pulmonar. Además del acúmulo de grasas y de albúminas hay que contar con el de mucina que adquiere mayor profundidad predominando generalmente en la túnica media.

El último depósito está constituido por los acúmulos de cal, excluyendo, naturalmente, las calcificaciones secundarias que pueden suceder en las alteraciones de la íntima. Se consideran como tales, es decir, como acúmulos de cal, aquellos asentados en la media, independientemente de la lipoidosis y hialinosis de la íntima y que junto con la mucinosis forma el cuadro completo de la esclerosis de los vasos preferentemente de tipo muscular. No hay por qué insistir en la intensa proliferación celular de la íntima y capas internas de la media alrededor de los focos lipoides y hialinosos. Todos estos fenómenos son la expresión de procesos de reparación que inclinaron a Virchow a concederlos erróneamente un carácter activo, inflamatorio.

Sin embargo, estos procesos proliferativos de la íntima y capas más internas de la túnica media, ocurren a veces independientemente de los depósitos anteriormente descritos, hecho que es preciso resaltar, pues en la definición se da una importancia igual al proceso proliferativo y al de infiltración adiposa y calcificación de la túnica media.

Y puesto que estos depósitos proceden del plasma sanguíneo, un enriquecimiento con la sustancia en cuestión pueden favorecer su depósito en las paredes vasculares. Este aumento en el plasma puede provenir por ingestión aumentada en la alimentación o por mayor producción en el organismo. Pero aun sin un aumento apreciable de estas sustancias en la sangre, es posible pensar en su almacenamiento cuando por determinadas condiciones resulte éste favorecido.

Así resulta de determinadas lesiones *mecánico-funcionales* de la pared vascular, las cuales provocan el almacenamiento de una manera primitiva o secundaria a lesiones histológicas de su célula o de la subs-



# SUPOSITORIOS POMADA MIDY

4

PRINCIPIOS ACTIVOS  
POR LO TANTO, EFICACIA  
INDUDABLE



ADRENALINA  
ESTOVAINA  
ANESTESINA

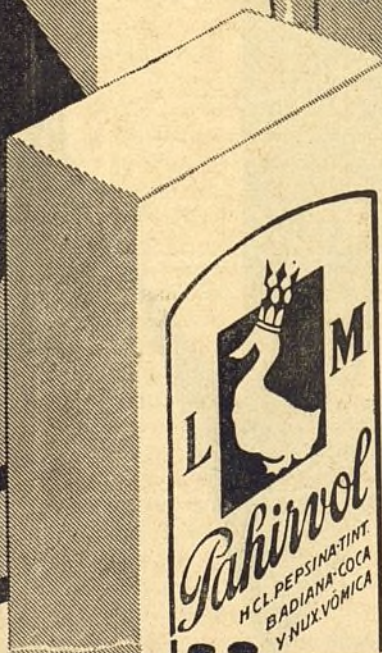
Extracto de CASTAÑAS  
de INDIA FRESCAS  
estabilizado.

LABORATORIOS DE LA  
PIPERAZINA MIDY - Aragon 228 - BARCELONA

## HEMORRÓIDES



**LABORATORIO  
MIRABENT  
BARCELONA**



# MORRHUËTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA  
Y DE LA PUBERTAD.

**JUNGKEN**

MEDICACIÓN YODADA  
POR EXCELENCIA

SE USA TODO EL AÑO = SABOR GRATÍSIMO = TOLERANCIA PERFECTA

## NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN  
"FACILITA" LA LACTANCIA MATERNA

## PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL  
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS

Ayuntamiento de Madrid



tancia fundamental. De todas formas, es evidente que no podemos explicar la genesis de estos trastornos por una causa única. Los trastornos metabólicos no pueden explicar por ellos mismos las alteraciones de la túnica media y de la íntima. Hay muchos procesos, entre ellos la neerosis lipóide, que cursan con gran colesterehinemia sin que podamos encontrar las lesiones que hemos descrito en las paredes arteriales a pesar de estar aumentado el dintel de la colesterehina. La reacción actual de la pared intravenal de un modo evidente. Esta demostrado que esta reacción se desvía hacia la acidez con la vejez de los animales, y está demostrado así mismo que en estas condiciones aumenta la infiltración lipóide de los tejidos. Como en la mayor parte de los enfermos con esclerosis localizada en el sistema de la arteria pulmonar se trata de individuos jóvenes, hemos de admitir que existen una serie de causas desencadenantes, las cuales alteran la reacción del sistema arterial. Estas causas no pueden concretarse de una manera terminante, pero en general podríamos decir que deben agruparse en dos grandes secciones: una constituida por todas las inflamaciones crónicas del parénquima pulmonar y otra por todos los trastornos en la mecánica de la circulación menor.

Poco más sabemos respecto a la precipitación de las sales de cal en las paredes arteriales. ¿Por qué esa localización exclusiva en el sistema arterial de la pulmonar? Si ya resulta difícil explicarnos la calcinosis generalizada del sistema arterial, más aún ha de resultar esta localización tan particular. Es preciso admitir un estado particular que predisponga a la media arterial, haciéndola receptora de las sales de cal. Provocando artificialmente una sobrecarga de cal, en los medios orgánicos, se produce también un almacenamiento de cal en la media arterial. En este sentido quizás influyan los trastornos en la mecánica de la circulación menor produciendo un éxtasis grande en todo su recorrido lo cual favorecería la precipitación de las sales de cal. La adrenalina no es posible que desempeñe ningún papel, pues se trata de un producto de secreción que se repartirá por igual en todo el torrente circulatorio y no explicaría las lesiones exclusivas en las arterias pulmonares.

Es imposible poner en evidencia variaciones rápidas de la tensión del sistema arterial pulmonar, aunque de todos modos se concibe que teóricamente algunas lesiones oricovalvulares puedan producirlas. Es este, pues, un dato que hemos de tener en cuenta al considerar el mecanismo patogénico de la esclerosis del sistema arterial pulmonar.

La oclusión espasmódica de los vasa-vasorum produciría lesiones definitivas de las paredes arteriales. Estos espasmos serían achacables en última instancia a elevaciones repentinas de la tensión arterial en la circulación menor y estarían favorecidos por la misma causa que antes hemos expuesto.

¿Existiría una afinidad específica de las toxinas para los elementos de la pared arterial? Es éste otro factor que habría que tener muy en cuenta. En efecto, en un tanto por ciento muy elevado de casos, encontraremos infecciones crónicas del parénquima pulmonar, infecciones que a veces preceden durante muchos años a las lesiones de las arterias pulmonares. La relación de causa a efecto es innegable y no podemos dejar sin reseñar este hecho que se observa, como decíamos más arriba, en los antecedentes de muchos de estos enfermos.

Vemos, pues, las dificultades que existen para aclarar el mecanismo genético de este proceso en el que intervienen alteraciones de la nutrición o del metabolismo. Si sólo intervinieran estas alteraciones del metabolismo, cabría esperar alteraciones difusas en todo el sistema arterial, lo que no vemos de ningún modo en nuestros casos. En algunos de los publicados, las lesiones eran difusas, con predominio especial en el sistema arterial

pulmonar. En el nuestro, con comprobación necrópsica, no existían más lesiones arteriales que las del sistema pulmonar, y estas lesiones eran muy evidentes y avanzadísimas. Quizá este tipo de predilección de las lesiones tuviera una explicación en las diferentes exigencias del sistema vascular, lo que pondría de manifiesto la cooperación de factores mecánicos en el desencadenamiento del proceso y en la producción de los almacenamientos. En la lactancia, por ejemplo, las alteraciones perceptibles se localizan en el origen de la aorta. En la pubertad es en la aorta torácica y en la vejez en la aorta abdominal y en las arterias periféricas. ¿Qué de extraño, pues, que en determinados casos estas lesiones tengan su única representación en el sistema arterial pulmonar? Y, precisamente, como antes decíamos, en casi todos ellos encontramos datos en sus antecedentes que vienen en apoyo de nuestra tesis.

Lo que no podemos de ninguna forma es suscribir la hipótesis de Arillaga, para quien el síndrome estaría producido en la inmensa mayoría de los casos por la sífilis. Designa a estos casos con el nombre de arteritis pulmonar, concepto que desde luego no compartimos, pues prejuzga ya sobre la naturaleza inflamatoria de la afección.

Son muchos los factores que intervienen y demasiadas las causas que coinciden en estos enfermos para participar de hipótesis tan simplista. Creemos que en el estado actual de nuestros conocimientos no existe una causa única ni siquiera predominante de esta afección, y que este criterio ecléctico es el único que se desprende del estudio detenido de los diversos casos publicados y de la patogenia más verosímil que explanan sus autores.

#### CUADRO CLÍNICO

El aspecto de estos enfermos es sumamente característico. El primer síntoma que aparece en ellos es la cianosis, aún antes de que se observen signos subjetivos de insuficiencia cardíaca. Es más adelante cuando aparecen estas manifestaciones. Y a veces existe un lapso de tiempo grande entre la cianosis y los síntomas de insuficiencia cardíaca. Esta cianosis es muy marcada y tan intensa en algunos casos que indujo a Ayerza a designar a estos enfermos con el nombre de cardíacos negros, denominación con que hoy se les conoce. Esta cianosis es evidente en la cara y en las extremidades. En la cara especialmente todo está cianótico: labios, punta de la nariz, orejas, lengua, mucosa bucal, úbula, pared posterior de faringe, etc. Toda la cara, hasta la parte inferior del cuello está fuertemente cianótica. La conjuntiva ocular muy inyectada y las venas del cuello dilatadas.

También existe cianosis en las manos, hasta la articulación medio carpiana, y en las uñas y dorso de los pies. Los accesos de tos exageran intensamente el tono de la cianosis.

Nosotros hemos podido comprobar la hiperglobulia moderada que existe en las publicaciones de otros autores. Desde luego, no existen otras alteraciones de la sangre.

Otro sistema importante es la disnea, la cual va aumentando gradualmente de intensidad, como todas las disneas de origen cardíaco. El cardíaco negro, en fase de descompensación, se fatiga al menor esfuerzo: al dar unos pasos, al incorporarse en la cama, etc. Son frecuentes las hemoptisis en estos enfermos. En su génesis intervienen dos grandes factores: por un lado, las lesiones casi constantes del parénquima pulmonar, y por otro la hipertensión de la circulación menor, y las alteraciones del sistema arterial.

Son frecuentes las cefalalgias, mareos, zumbidos de oídos y a veces pequeños síncope.

En la etapa final se observa somnolencia. Nosotros



hemos podido comprobar de una manera evidente esta tendencia irresistible al sueño, esta torpeza intelectual y pereza de los sentidos que hace adoptar al enfermo una actitud especial.

Posselt ha descrito en estos enfermos lo que él llama dispragia intermitente angioneurótica pulmonar; se caracteriza por crisis acompañadas de intranquilidad, angustia, opresión y aumento de la cianosis con dolor en la base del corazón, dolor que se corre hacia atrás, hacia la profundidad de los pulmones. Estos accesos se provocan por esfuerzos corporales, emociones, excitaciones físicas, etc., guardando cierto parecido con otros síndromes producidos por déficit de riego. Desde luego, estos dolores se distinguen del *angor pectoris*; falta la intensa irradiación de las crisis anginosas, aumentando la cianosis sin que aumente la disnea.

Por inspección no suele observarse nada en zona precordial. A veces existe latido epigástrico.

El choque de la punta suele estar debilitado.

La percusión demuestra una dilatación muy clara de todas las cavidades derechas, especialmente de la aurícula.

Por auscultación, el primer tono suele ser normal. Respecto al segundo, se observa refuerzo en el foco pulmonar. No existen soplos. Si hay dilatación excesiva de la pulmonar se oye un soplo de insuficiencia de las sigmoideas pulmonares.

En los últimos períodos se oye un ruido de galope derecho, probablemente con la misma patogenia que el ruido de galope izquierdo en las grandes hipertensiones.

El pulso suele ser regular, tenso.

La presión arterial normal.

Eppinger y Wagner insisten en la ausencia de las llamadas células cardíacas.

Es muy importante el estudio radiográfico de estos enfermos, pues se pone en evidencia la gran dilatación de las cavidades derechas. Los ortodiagramas y las radiografías son bastante expresivos. Se observa que la aurícula derecha sobrepasa enormemente el reborde esternal derecho; por otra parte, se ve la punta elevada sobre el plano que le forma el diafragma, como acontece en los casos en que la punta se halla formada por el ventrículo derecho hipertrofiado.

En el lado izquierdo de la silueta cardíaca encontramos alteraciones muy interesantes de la arteria pulmonar. Por debajo de la prominencia constituida por la aorta, suele encontrarse una prominencia muy evidente en algunos casos, prominencia formada por el tronco de la arteria pulmonar dilatada. Esta dilatación acompaña en muchos casos, no en todos, a la esclerosis del sistema arterial pulmonar.

En ocasiones, las sombras hiliares del lado izquierdo hacen imposible la clara percepción de la sombra de la arteria pulmonar en la posición frontal. Recurrimos entonces a las posiciones oblicuas, siendo la de elección la oblicua anterior izquierda. En esta posición, entre la sombra cardíaca y la columna vertebral, por debajo de la aorta, se observa la prominencia que forma la arteria pulmonar.

Es preciso tener en cuenta que el signo radiológico de éxtasis del tronco de la arteria pulmonar no basta para hacer el diagnóstico por sí solo, puesto que se trataría de una localización especial del proceso. Para que el cuadro clínico se complete es necesaria la invasión del proceso a las ramas medianas, y, sobre todo, a las venas más finas de las arterias pulmonares. La dilatación exclusiva del tronco de la arteria pulmonar daría síntomas relacionados con dicha dilatación; pero de ninguna manera el cuadro descrito anteriormente en los casos de esclerosis difusa del sistema arterial pulmonar.

Desde el punto de vista electrocardiográfico, obser-

vamos un predominio evidente del ventrículo derecho. En ocasiones, se observa un pequeño aumento del espacio *P Q*.

Cuando existen trastornos pulmonares, el cuadro clínico se enriquece con los síntomas dependientes del proceso pulmonar. Los más frecuentes son: enfisema, bronquitis crónica y bronquectasis. Si existe estenosis mitral, tendremos en cuenta los trastornos motivados por ella.

A continuación referimos la historia clínica de un caso con comprobación necropsica.

Julián Romero Leon, de cuarenta y un años, natural de Almendral (Badajoz). Profesión carretero. Tiene dos hijas y un hijo sanos. Ingresa en la clínica el 8 de octubre de 1931.

Antecedentes hereditarios: sus padres murieron de sesenta y un años, no precisando de qué. Han sido cuatro hermanos. Uno falleció, según cuenta, de una afección del corazón. Los demás están bien.

Antecedentes personales. A los doce años, proceso febril que le duró un mes, quedando luego completamente bien. No vuelve a estar enfermo hasta los treinta y un años en que padece fiebre por espacio de quince días. Pasados estos, amaneció una mañana con fiebre intensa y dolores localizados que le impedían moverse. Estos dolores le duraron tres días, quedándole luego un dolor en el costado izquierdo. Por entonces empezó a toser y a expectorar. Mejoró de todo esto y volvió a trabajar. A los treinta y tres años tuvo ciática en la pierna izquierda, durándole dos meses. Es fumador y bebe con moderación.

Historia de la enfermedad actual: Hace tres años empezó a notar que la expectoración y la tos aumentaba, apareciéndole una gran disnea de esfuerzo que no había tenido hasta entonces. Notó al mismo tiempo que se le ponía azulado el rostro, especialmente cuando hacía algún esfuerzo físico. Empezó a tener nicturia. Comprobó también que se le hinchaban los tobillos. El edema malar fue aumentando, llegando en ocasiones a estar anasarquico.

#### EXPLORACIÓN

Enfermo con gran cianosis que llama poderosamente la atención. La cianosis se localiza en la cara y parte superior del cuello. La coloración azul es evidente en las mucosas (labios, lengua, faringe, amígdalas, etcétera). Venas del cuello dilatadas. Edemas muy intensos sobre todo en piernas.

Aparato circulatorio: Gran fatiga que le obliga a dormir con tres almohadas. Choque de la punta del corazón en quinto espacio intercostal algo por fuera de la línea medioclavicular. No hay ruidos palpables. Área de matidez cardíaca, considerablemente aumentada de tamaño, especialmente a la derecha del corazón. No se oyen ruidos de soplo al auscultar. Tonos débiles. Pulso pequeño, rítmico. Frecuencia 100 pulsaciones por minuto. Tensión arterial máxima 17, mínima 8.

Aparato respiratorio: Mucha fatiga, Mucha tos. Expectoración abundante de aspecto muco-purulento. Vibraciones vocales sin alteración. Zona de submatidez en ambas bases pulmonares plano posterior. Gran cantidad roncus y sibilancias en todo el área pulmonar. Extertores inspiratorios de pequeñas burbujas en ambas bases pulmonares.

Aparato digestivo: Poco apetito. Lo que come no le produce molestias. No tiene ardores ni vómitos. Estreñimiento.

Abdomen algo abultado: Tumefacción en región hepática con dolor evidente a la palpación. Bajo no se palpa. Zona de matices esplénica normal. El borde inferior del hígado no se puede palpar por el edema de



la pared abdominal. Ligera ascitis. Genitales muy abultados por el edema.

Orina alrededor de 400 c. c. en veinticuatro horas.

En los demás aparatos no se observa nada patológico.

Análisis de orina: Cantidad en veinticuatro horas, 400 c. c. Aspecto turbio. Reacción ácida. Densidad, 1.021. Cloruros, 3 gramos por 1.000. Fosfatos, 3 gramos por 1.000. Urea, 18 gramos por 1.000. Ácido úrico, 0'47 por 1.000. Albúmina y glucosa no contiene.

Wassermann, Kahn y Müller, negativos.

Recuento globular: Hematíes, 6.790.000. Leucocitos, 7.500. Hemoglobina, 80 por 100. Fórmula leucocita: Polinucleares, 64 por 100. Eosinófilos, 3 por 100. Basófilos, cero. Linfocitos, 23 por 100. Monocitos, 10 por 100. Total de células contadas, 100.

Dado el estado de gravedad del enfermo fué imposible hacer un examen radiográfico.

Se le prescribe un purgante drástico, tónicos cardiacos y 800 c. c. de leche en las veinticuatro horas. Mejora algo los primeros días, pero a continuación siguen aumentando los edemas y la fatiga. La cianosis llega a adquirir caracteres extraordinarios. Continúa oligúrico. Durante el día permanece en una especie de sopor y de modorra. Delira en algunas ocasiones. A pesar de la disnea, él, subjetivamente, no se encuentra mal. Duerme muy poco. Contesta incoherentemente a nuestras preguntas. Las sangrías y la dieta absoluta le reaniman algo, pero a las pocas horas vuelve al estado anterior. Así permanece unos días, falleciendo el 20 de noviembre.

#### PROTOCOLO DE AUTOPSIA

Sistema nervioso central sin alteración apreciable.

Tórax: Pulmón izquierdo con algunas adherencias a pared lateral del tórax. Al corte sale alguna serosidad que aumenta al comprimir un trozo de pulmón. Base muy congestiva. Bronquitis evidente y peribronquitis. Algunos ganglios antracósicos. Las arterias pulmonares se aprecian con su pared ligeramente engrosada. Siguiendo su trayecto en el interior del parénquima se ve con gran claridad cómo todas ellas, y lo mismo las ramas gruesas que las más finas, presentan en su superficie interior un gran número de placas ateromatosas amarillentas y blanquecinas. En algunos sitios son muy extensas y en otros confluyen. En el pulmón derecho encontramos también edema y congestión, y en las arterias idénticas lesiones que encontrábamos en el lado izquierdo.

Vías respiratorias superiores (faringe, laringe y tráquea) muy congestivas.

Corazón muy hipertrofiado. El tejido muscular de las paredes es bastante más pálido que lo normal. Paredes hipertrofiadas. Cavidades en general dilatadas, especialmente las cavidades derechas.

La aurícula derecha tiene un volumen doble del normal y el ventrículo derecho está también muy aumentado de volumen. Válvulas auriculares, triculares y sigmoides sin alterar. Tronco de la arteria pulmonar normal. Las placas ateromatosas comienzan a nivel de hilo del pulmón, aumentando en seguida y continuando ya por todas las ramas.

Aorta normal. En el cayado se ven algunas pequeñas placas de ateroma. En el resto del sistema arterial no hay placas de ateroma visibles.

Bazo duro, muy congestivo y algo esclerosado.

Glándulas suprarrenales congestivas.

Riñones se decapsulan bien. Consistencia aumentada. Congestivos y algo esclerosados. Uréteres permeables. Vejiga normal. Próstata un poco aumentada de tamaño.

Estómago con mucho moco. Mucosa muy congestiva con pliegues muy salientes. Duodeno congestivo. Resto de intestino normal.

Hígado aumentado de tamaño, congestivo. Aspecto moscado muy evidente. Hipertrofia del tejido conjuntivo. Vías biliares permeables y de aspecto normal. Páncreas congestivo.

#### ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

El estudio detenido de cortes de todas las vísceras y del sistema arterial, especialmente del sistema arterial de la pulmonar, puso de relieve la existencia de un proceso de esclerosis y degeneración de las tunicas arteriales del sistema de la pulmonar. La esclerosis era más evidente en las arterias medianas y finas. En el tronco de la arteria pulmonar las lesiones eran insignificantes lo mismo que en los troncos gruesos. En el sistema arterial de la gran circulación las lesiones de tipo arterioescleroso eran también insignificantes. En las ramas viscerales de la gran circulación las lesiones esclerosas eran muy poco evidentes, contrastando enormemente de las profundas alteraciones casi exclusivas de las ramas de la pulmonar.

#### BIBLIOGRAFIA

- E. Maixner. — *Lungenarteriosklerose*. — "Ref. Zentralblatt. f. Herz und Gefaskrankheiten". 1914.
- Malte Sjungdahl. — *Untersuchungen über die Arteriosklerose des Kleinen Kreislauf*. 1915.
- Hart. — *Isolierte Sklerose der Pulmonalarterie*. — "Berliner Klin. Woch". 1916, número 12.
- Elizalde y Arrillaga. — *Caracteres histopatológicos en la enfermedad de Ayerza*. — "Sociedad de Biología". 4 diciembre, 1920.
- Eppinger y Wagner. — *Zur pathologie der Lunge*. — "Wiener Archiv. für innere Medicin". 1920. Tomo I.
- C. Gamma. — *Sull'arteriosclerosi pulmonare*. — "Pathologica". 1921, número 299.
- Ribierre et Giroux. — *Sclerose de l'artere pulmonaire à des processus bronchopulmonaires*. — "Société Medicales des Hopitaux". 1921.
- Lereboullet et Heitz. — *Pathologie de l'artere pulmonaire*. — "Paris Medicale". Julio, 1932.
- Mattirolo. — *Sclerosi primitiva dell'arteria pulmonare*. — "Archivio per la science mediche". Tomo XLIV.
- Rierre y Giroux. — *Sclerose de l'artere pulmonaire*. — "La Medicine". Marzo, 1922.
- K. Löwenstein. — *Über thromboarthritis pulmonalis*. — "Frank. für Zeits. f. Pathologie". Tomo XXVII.
- Arrillaga. — *Esclerosis de la arteria pulmonar*. — II Congreso Nacional de Medicina. 1922.
- Routier. — *Valeur de la constatation a l'ecran de la dilatation de l'artere pulmonaire*. — "Société de Radiologie". 1922.
- W. Hobilz. — *Die Klinische Diagnostik der schweren durch eine isolierte primäre Arteriosklerose der Lungengefasse hervorgerufene Herzinsufficienz*. — "Deut. Arch. f. Klin. Mediz". Marzo 1933.
- C. Pezzi. — *Un caso de esclerosis primitiva de la arteria pulmonar*. — "Soc. Lom. Scienze Med.". Junio, 1923.
- P. Engelen. — *Sklerosen im Gebiet der Arteria pulmonalis*. — "Deutsche Mediz. Woch.". 3 agosto, 1923.
- E. Münzer. — *Gefasssklerosen. Sklerosen der arterien im arteriolocapillaren im Gebiete der Aorta und Arteria Pulmonalis*. — "Ergebnisse der gesamte Medicin". 1923.
- G. Pilotti. — *Sull'arteriosclerosi primitiva diffusa del piccolo circolo*. — "Rivista ospedaliera". Roma, octubre, 1923.
- Posselt. — *Zur Klinik und Pathologie der primären und sekundären Atherosclerosis pulmonalis, insbesondere der Betzeren unter Berücksichtigung des Pulmonalarterienaneurysmas*. — "Wiener Medizinische Wochenschrift". 10 y 17 octubre 1931.



## SESIONES CLINICAS

### Hospital de San Lázaro

(GRANADA)

**Clínica médica del Dr. Fidel Fernández**

*Sesión científica del 28 de abril de 1933.*

DOS CASOS DE HERIDA VAGINAL DURANTE EL COITO

**Dr. Hernández López (Claudio):** Doña M. V. H., de veintinueve años de edad, contrajo matrimonio el 28 de marzo de 1926. Al día siguiente, a las ocho de la mañana, soy llamado con urgencia para asistirle de grave hemorragia, consecutiva al primer coito. Encuentro un himen extensamente rasgado y sangrante. La herida se continúa tres centímetros a lo largo de la pared vaginal posterior, apareciendo una superficie sangrante, anfractuosa, y de un centímetro de lecho. Dos puntos de sutura en la pared vaginal y un punto en cada uno de los bordes de la herida del himen. Buen estado general.

El marido, muy impresionado, manifiesta haber sido prudente en sus contactos, que durante la noche no pudieron realizarse por completo, y que ya de madrugada se consumaron algo más violentamente. La enferma aquejó grandes dolores desde aquel momento, y empezó a sangrar. Agotados los recursos caseros: lavado, comprensión, me llamaron, venciendo los reparos consiguientes.

No hay en el marido anormalidad ni desproporción genital, ni hubo violencias de ninguna clase.

Dados los consejos oportunos, reanudan su viaje a los cuatro días, en buen estado.

Algún tiempo después, el 30 de noviembre de 1928, vuelve esta señora a mi consulta. Primigrávida. Última regla el 4 de marzo de 1928. Siempre bien menstruada. Ningún accidente, después del citado anteriormente.

Explorada, encuentro: fondo a los rebordes costales; cabeza, abajo, movable, dorso derecha; feto, vivo, que se toca muy bien por ser flácidas las paredes abdominales. B. I. 23., B. C. 25., B. T. 28. Baudelogue, 19 (?). Vagina, con ligera cicatriz antigua, por el desgarramiento mencionado. Carúnculas himeneales irregulares. Vulva no muy estrecha. C. diagonal, once y medio. Fondos vaginales poco depresibles. Tipo asténico.

7 diciembre. Parto. Dilatación desde las once de la mañana a las once de la noche, a cuya hora se rompe la bolsa espontáneamente. Bolsa pequeña. Contracciones medianas. A las once y treinta, tacto rectal. Cuello no se toca claramente. Cabeza entre segundo y tercer plano, vértice, derecha, posterior. Feto, bien.

Continúa con contracciones cada vez más intensas hasta las tres de la mañana, a cuya hora expulsa alguna sangre. Feto, bien. Tacto rectal: cabeza casi en cuarto plano, rotando. Sangra algo, aunque poco, en las pausas.

A las cinco y quince, expulsa un chico vivo, previa episiotomía media para evitar un desgarramiento que se iniciaba. Hemorragia mediana. Masaje. Pituitrina. Utero se contrae bien. Sigue sangrando. Crede fácil. Placenta íntegra. Sigue sangrando. Pituitrina. Masaje.

Como continúa la hemorragia a pesar de estar el útero bien contraído, viene a mi memoria el desgarramiento de himen y vagina del año 1926, y exploro cuello. En comisura izquierda hay un desgarramiento de cuatro centímetros que requiere tres puntos de sutura. La hemorragia se cobia en seguida. Sutura de la episiotomía con tres puntos en masa, con crín. Puerperio normal. A los ocho días, se retiran los puntos. Alta. Bien, el 19 de diciembre.

Doña M. L. G., de cuarenta años, casada. Ha tenido tres partos normales. Vivos y viven. El último, hace seis años.

El día 5 de junio de 1928, me llama a las diez de la mañana por hemorragia abundante de genitales. Última regla el 7 al 11 de mayo, algo abundante. Reglas anteriores, bien. La enferma sangra más que medianamente por la vulva. Pulso, 80-90.

Tacto vaginal: vagina llena de coágulos, que salen por expresión. Cuello cerrado. Utero un poco aumentado de tamaño, y doloroso. Durante el tacto, se introduce el dedo súbitamente por un orificio irregular del tamaño de una moneda de cinco céntimos, situada en el fondo del saco lateral derecho, cerca del fornix, y que avanza algo hacia el fondo de saco anterior.

Expuesto el campo con valvas, se observa que el citado orificio es una herida por desgarramiento de tres centímetros cuyo fondo y bordes sangran, viéndose una arterioliola pequeña a chorro. Profundidad del desgarramiento, unos dos centímetros. La traslado rápidamente al Sanatorio y la trato convenientemente con dos puntos de sutura y taponamiento vaginal. Suero.

Interrogado el matrimonio me dicen que el marido, empleado fuera de Granada, pasa ausencias de quince o veinte días y en la madrugada de hoy había regresado de uno de sus viajes. Cohabitan con más excitación sexual que lo corriente y súbitamente, casi al terminar, dolor brusco de la esposa en bajo vientre. Terminado el coito, observan la salida de sangre, sin alarmarse, por que ella espera su menstruación de un momento a otro. Como la sangre sigue en aumento, y el dolor persiste, me llaman a las cuatro o cinco horas. No ha habido posturas violentas para el coito; el marido, sano y fuerte, no se encontraba en estado alcohólico, y sus genitales son normales.

Hago el siguiente diagnóstico: rotura de vagina por coito; probablemente a consecuencia de un espasmo sexual violento de la vagina, coincidiendo con estado premenstrual.

Curso afebril. A los dos días retiro el tapón. Al tercero vuelve a sangrar, pero explorada con valvas, observo que se trata de sangre menstrual uterina. A los nueve días retiro los puntos. Estado general bueno. Alta.

El tres de febrero de 1933 viene a mi consulta. Ha continuado menstruando bien, aunque con alguna intensidad, desde el año 1928. Desde noviembre del 1932 las hemorragias no se interrumpen, siendo pocos los días en que se ve libre de ellas.

Tacto vaginal: vulva y vagina de tipo senil. Pequeña carúncula uretral.

Utero aumentado de tamaño, como una pera grande; movable con facilidad. Cuello irregular al tacto, y ligeramente sangrante, blando. Con valvas, aprecio ligerísima erosión en cuello, no maligna clínicamente. Por el cuello fluye un líquido sanguinolento, siruposo y ligeramente fétido. No encuentro señales de la herida vaginal de 1928.

Diagnóstico: probable carcinoma del cuerpo uterino.

Aceptada la operación, elijo la vía abdominal, por lo angosto del campo vaginal. Operada el 5 de febrero de 1933. Raquí perfecta. Laparatomía media infraumbilical. Utero con una joroba miomatosa poco acentuada, en cara posterior. Anexos, libres. Histerectomía total con ajejos, fácil. Ligadura de muñones, previo cierre de la vagina. Peritonización. Cierre de pared por planos.

La pieza extirpada presenta al incidirla un solo nódulo miomatoso, que hace relieve en la cavidad uterina, del tamaño de una almendra. Mucosa enrojecida y con ligeras sufusiones sanguíneas, sobre todo en la periferia del nódulo. El resto de la pieza y los ovarios, normales.

A las ocho horas de operada, avisan que sangra intensamente por los genitales. Al explorarla, encuentro la vagina llena de coágulos. Por el examen directo veo que han saltado los puntos del ángulo izquierdo del collar vaginal, cuyo borde sangra abundantemente. Hemostasia con pinzas, difícil, por lo estrecha que es la



vagina. Dos ligaduras en los vasos que se ven sangrar en el reborde vaginal. Dos puntos de sutura en vagina, para cerrarla, dejando entre ellos una mecha de gasa que hace drenaje del espacio supravaginal. Columnización de la vagina con gasa. Estado general bueno. Curso post-siguiente, absolutamente normal. Retiro el tapón vaginal a los cuatro días. La vagina no sangra. Quito los puntos abdominales a los ocho días. Cicatriz *per primam*. Alta el 16 de febrero, en buen estado.

Examen microscópico de la pieza: formol, inclusión en parafina; hematoxilina y eosina; cortes de cuello a nivel de la inserción de la vagina, para estudiar ésta, y otros en el nódulo miomatoso; en este segundo, se encuentran bastantes haces y cordones miomatosos típicos; en el primero, no hay nada anormal en cuello ni en vagina y solamente se aprecia en ésta el poco espesor de la capa epitelial, y en algunas zonas abundancia de vasos con extravasación de hematies. Vean ustedes las preparaciones correspondientes, que presento ya enfocadas en el microscopio.

Se trata, como habéis oído, de dos casos de desgarro vaginal durante el coito, realizado en ambos casos en condiciones normales, sin posturas violentas ni estados de excitación especial, a parte de la genésica. En ambos casos se han repetido más tarde nuevos desgarros vaginales y cervicales, que son verdaderamente extraños en las condiciones que acompañaron al parto y a la operación. Esto nos hace pensar que existe en dichas enfermedades una predisposición a padecerlos.

En ambos casos se trata de mujeres cuyo tipo constitucional encaja dentro del descrito por Stiller, Glenard, Mathes y otros con el nombre de estado asténico, caracterizado, entre otras cosas, por la elasticidad disminuida del tejido conjuntivo, que pierde resistencia lo mismo que todo el sistema muscular. En las fotografías que os proyecto, se aprecia claramente el estado asténico de las dos enfermas.

En resumen, yo creo que la causa de estos desgarros es la siguiente:

- 1.º El tipo asténico común a las dos enfermas.
- 2.º En la primera, un himen ligeramente resistente por la edad (veintinueve años) y excitación sexual un poco exagerada del marido a causa de los fracasados intentos de coito.
- 3.º En la segunda, un espasmo sexual de la vagina, favorecido por el estado premenstrual.

*Dr. Puyol Casado (Enrique):* Felicito al doctor Hernández por su interesante comunicación. Los dos casos son de gran valor didáctico, y creo que debemos tenerlos muy en cuenta los ginecólogos, por que el estado asténico es bastante frecuente. Prometo estudiar detenidamente en lo sucesivo todas las enfermas que ofrezcan esa constitución.

*Dr. Vega Rabanillo (Miguel):* También felicito al doctor Hernández por los bien estudiados casos que nos ofrece, y le agradezco que llame la atención de los cirujanos en general, sobre el estado asténico que ocasiona frecuentes lamentables fracasos quirúrgicos.

*Dr. Hernández López (Claudio):* Muchas gracias a los señores Puyol y Vega por su cariñosa intervención, y un ruego a todos para que comuniquen todas las observaciones que vayan encontrando sobre rasgaduras o roturas vaginales, a fin de ir aumentando la estadística de esta interesante y no muy frecuente lesión de los genitales femeninos.

#### APENDICITIS Y OXYURUS

*Profesor Rodríguez López Neyra:* Correspondiendo a la noble invitación que se me ha hecho, voy a continuar en estos Jueves clínicos la labor de colaboración médico-naturalista que nos lleve a estudiar a fondo una porción

de cuestiones del más alto interés. Proyecto organizar para el curso venidero unos cursillos dedicados a los médicos prácticos, que se celebrarán en mi Instituto Helminológico; pero ello no es obstáculo para que yo tenga mucho gusto en traerlos aquí puntos a debatir, en los que aportando yo los datos naturalistas y trayendo ustedes los que se refieran a la clínica, demos cima a importantes investigaciones, que son hoy de gran actualidad.

Tratemos hoy, para empezar, del proceso evolutivo de los oxyurus (*enterobius vermicularis*), que son generalmente un motivo de desprecio para los no iniciados, y que tienen, sin embargo, altísimo interés.

Ustedes saben mejor que yo lo vulgar que resulta este parasitismo, y lo corriente que es, no tan sólo entre los niños, sino también en los adultos. Ustedes saben que es un parásito pertinaz que molesta años y años, aun a pesar de tratamientos antihelmínticos eliminadores específicos. Todos conocéis sus reincidencias periódicas cada cuatro a siete semanas, que desesperan a los pacientes, aburren a los médicos y hacen pensar en la inutilidad del vermífugo empleado, sea el que sea. Y, sin embargo, la oxyuriasis no es una enfermedad despreciable porque da origen a alteraciones más trascendentes de lo que suelen creerse: trastornos nutritivos y psíquicos inherentes a las parasitosis, lesiones locales perianales con formaciones ulcerosas, metritis, vulvitis y hasta se ha hablado de quistes de ovario desarrollados alrededor de un oxyurus; peligro grave de onanismo, y otra porción de cosas que ustedes conocen mucho mejor que yo. Todo esto da lugar a que este padecimiento que se desprecia en general por el médico práctico deba ocupar un lugar mucho más importante, dándole el valor que le corresponde, y tratándolo con severidad, para evitar consecuencias que pueden ser muy graves. Es decir, que en la clínica se impone una atención mayor para el asunto, y que en terapéutica queda mucho que hacer. Ustedes pueden ayudarme en este sentido con vuestras observaciones y comentarios, así como yo puedo auxiliarles en el aspecto biológico y naturalista, que dicho sea en honor de la verdad, está tan necesitado de estudio y de meditación como el campo de ustedes, a pesar de las muchas publicaciones que en tiempos no muy recientes se dedicaron a estos parásitos.

Siguiendo la opinión general de Leuckart, se creía que el ciclo evolutivo de los oxyurus era el siguiente: los huevos ensuciaban los alimentos, llegando con ellos al estómago e intestino, produciéndose así la primera infección. Las larvas se hacen adultas en el intestino grueso, y las hembras fecundadas descienden hasta el ano para efectuar la puesta en sus bordes, dejando, según Leuckart, unos doce mil huevos cada hembra. El picor producido hace que el individuo se rasque, y el transporte de los huevos hasta la boca por las uñas sería la causa de la autorreinfeción.

A iguales conclusiones llegaron otros investigadores, como Heller; pero Kuchlenmeister, Sill, Trump, Goebel, Koch y otros han puesto en duda este ciclo, en el que es preciso un paso por el exterior, y admiten otro ciclo exclusivamente endógeno, en el que también se verifica la necesaria autorreinfeción, causa de la pertinaz rebeldía del parasitismo por estos vermes. Suponen estos investigadores que las hembras pueden poner los huevos en el intestino; que los huevos maduran allí hasta dejar salir al larva, y que ésta llega allí a la edad adulta, con lo que se logra la autoinvasión, en cuyo caso el descenso de las hembras hasta el ano para la puesta queda como medio de propagar el parasitismo a otros sujetos.

Salta a la vista el interés que tiene este problema, puesto que en el primer caso basta un procedimiento profiláctico de asepsia, para que, acabándose el transporte de huevos de boca a ano, se acabe el parasitismo, mientras que, por el contrario, en el segundo supuesto precisa una



cura vermícida que impida la evolución de los gusanos en el interior del huésped.

Muchas pruebas se han dado en favor de una y de otra opinión. Zawadowsky y Schalmow dicen haber observado que los huevos de oxyurus encontrados en el apéndice jamás contienen en su interior la larva en forma de renacuajo, única forma en que los huevos han de ser puestos para proseguir su evolución, y han llegado a creer que esos huevos con larva que han visto algunos observadores no habían sido puestos por la hembra, sino que se encontraban en el interior de ella, y han salido por expresión, durante las maniobras que hacía el cirujano para extirpar el apéndice. Aseguran, además, que los huevos con larva en forma de renacuajo no siguen la evolución de un ambiente que no tenga oxígeno.

Yo he encontrado un elevadísimo porcentaje de apéndices parasitados por oxyurus, y esto en apéndices introducidos en formol en el acto mismo de extirparlos, sin que quepa, por consiguiente, pensar en acción ulterior del oxígeno, y no solamente he encontrado huevos con embrión en forma de renacuajo, sino otros en período de segunda larva, y hasta saliendo del huevo. Y, para que lo puedan apreciar expongo microfotografías y preparaciones que lo demuestran sin dejar lugar a duda.

Por otra parte, he de decir a ustedes que en todos los apéndices parasitados por estos gusanos he encontrado puntos hemorrágicos correspondientes a sus mordeduras, y esta investigación no es de ahora, puesto que ya en 1925, al pronunciar el discurso de apertura del curso universitario, hice constar que había encontrado estas lesiones y la presencia de oxyurus en el 70 por 100 de los apéndices extirpados por apendicitis, y en el 10 por 100 de los recogidos en cadáveres de sujetos no apendicíticos.

Desde entonces para acá seguimos confirmando estos hallazgos, y aquí está presente el señor Burgos que les enseñaré a ustedes un corte de apéndice en que se ve perfectamente dos hembras clavadas hasta su mitad en la pared, lo cual viene a corroborar la opinión de Penso de que las hembras atraviesan la mucosa para hacer la puesta de huevos.

Queda, pues, claramente demostrada la evolución endógena del parásito.

Se han citado casos de metritis y vaginitis producidas por oxyurus, y hasta se ha publicado algún caso de quiste de ovario, con huevos de oxyurus en su interior. ¿Cómo han podido llegar a estos sitios? La explicación es muy difícil para los primeros casos, porque al descender las hembras hasta el ano para el desove pueden penetrar por la vulva ya las larvas salidas de los huevos, o ya la misma hembra. En cuanto al quiste de ovario, sin desestimar la posibilidad de un transporte de huevos por vía linfática, yo pienso que al penetrar la hembra en la pared intestinal puede no detenerse en la zona submucosa, sino que, atravesando por completo la barrera, caiga en el peritoneo, y errando por él puede llegar al ovario, fijarse allí y poner los huevos, que luego se encontraron en el interior del quiste. Corroboran esta manera de pensar los casos de oxyurias del chimpancé estudiados por Troisier y Deschiens (*Annales de Parasitologie*, pág. 562, 1930), en los que se han encontrado oxyurus en el peritoneo después de haber atravesado la pared intestinal.

Vista la biología y evolución de estos vermes dentro del huésped que los alberga y el elevado porcentaje de parasitismo en los apéndices parasitados, hay que preguntarse qué relación pueden tener con la patología del apéndice. Es indudable que las mordeduras han de producir erosiones y trastornos inflamatorios de la mucosa, tanto más intensa cuanto mayor sea el número de parásitos, y siendo ésta la causa posible de pequeños trastornos apendiculares pasajeros y sin trascendencia. Pero

como el intestino está constantemente habitado por bacterias, es lógico pensar que una vez hecha una pequeña herida por la mordedura del oxyurus les sea fácil a esas bacterias invadir el espesor de la pared apendicular. Y si, por otra parte, se tiene en cuenta que el oxyurus se alimenta en el intestino y está su tubo digestivo lleno de bacterias, hay que pensar que cuando penetra en el espesor de la pared realiza una verdadera siembra de gérmenes patógenos. Y véase cómo un parasitismo que suele calificarse de vanal, puede producir consecuencias gravísimas.

De aquí se deduce la necesidad de una medicación que destierre totalmente al oxyurus. Desgraciadamente los medicamentos usados contra los nematodos consiguen expulsar los parásitos que hay en la luz intestinal, pero como no se expulsan ni las hembras ni los huevos incluidos en la pared, resulta que a las cuatro o seis semanas está otra vez invadido el intestino, produciéndose de este modo continuas recidivas que hacen interminable el tratamiento. No hay, pues, otro camino que el de tratar al enfermo de tal manera, que antes de que las hembras maduras puedan vivir en el intestino, la medicación las destruya. En este sentido, yo aconsejo a ustedes que ensayen dosis pequeñas y repetidas de santonina (tres a cinco centigramos durante cinco días, con descansos y repeticiones).

*Dr. Torres López (Antonio J.):* Felicito al profesor López Neyra por la lección tan interesante que nos acaba de ofrecer, abriendo horizontes amplísimos al campo de los cirujanos y al de los médicos. Y confirmo con mi experiencia personal los buenos métodos del método terapéutico que ha aconsejado a base de dosis pequeñas y muy repetidas de santonina. Otro día volveremos sobre el tema, y yo os presentaré numerosos casos de curación lograda por ese procedimiento.

*Dr. Vega Rabanillo (Miguel):* El problema que el profesor López Neyra nos acaba de plantear es interesantísimo para nosotros, los cirujanos. Yo creo que después de oír su autorizada palabra no cabe duda de que la oxyurias interviene mucho en la génesis de la apendicitis, no por que estos helmintos sean capaces de producirla, sino porque al morder las paredes del ciego o del apéndice abren puertas de entrada a la infección. Falta averiguar en qué proporción ocurre esto, y para contribuir en lo posible a su esclarecimiento ofrezco al profesor López Neyra enviarle en lo sucesivo todos los apéndices que extirpe, a fin de que él proceda a su examen parasitológico.

*Dr. Blasco Reta (José):* Existiendo muchas veces relaciones anatómicas directas entre apéndice y ovario derecho, podría pensarse en uno de estos tres caminos para explicar el paso de los oxyurus desde la luz apendicular hasta los quistes de ovario: por continuidad, a través de ligamentos más o menos laxos que algunas veces existen; por vía linfática; por perforación de pared apendicular, caída a cavidad de peritoneo y movimientos propios hasta el ovario.

*Profesor Rodríguez López Neyra (Carlos):* Muy agradecido a todos por su intervención. Creo que, como dice el doctor Torres, se curarían muchas vermicosis si en vez de un tratamiento de ataque se hiciera una cura sostenida con dosis pequeñas y repetidas de santonina. Estimo en mucho la colaboración del doctor Vega. Creo que son posibles las tres vías a que acaba de referirse el doctor Blasco: vía linfática para los huevos; vías mesoapendicular o peritoneal para los parásitos adultos.



## PERIODICOS MEDICOS

### Extranjeros

**J. Konrad. TRATAMIENTO DE LAS TUBERCULOSIS CUTÁNEAS.**—Se utilizan para ello métodos farmacológicos, quirúrgicos, físicos, biológicos y, recientemente, se han preconizado los dietéticos.

**Tratamiento general.**—Junto con los medios corrientes para aumentar la resistencia del organismo como tónicos, buena alimentación, clima de altura, arsénico, etcétera, hay que mencionar las radiaciones luminicas generalizadas, que pueden hacerse utilizando la luz del sol, donde exista, y en los países y estaciones en que escasea sirviéndose de la lámpara de Jesionek o del sol artificial (lámpara de cuarzo con vapores de mercurio). Se recomienda radiar toda la superficie del cuerpo en cuatro sesiones: primer día, tórax; segundo día, parte anterior de las extremidades inferiores; tercer día, espaldas; cuarto día, parte posterior de las extremidades inferiores. El tratamiento se continúa durante doce semanas, como máximo. Si se utilizan lámparas artificiales se colocarán a 50 centímetros de distancia del cuerpo, y sólo se radiará hasta que aparezca un eritema débil. Si se utiliza la luz del sol se comenzará por radiaciones muy cortas para no producir tampoco nunca reacciones violentas. El foco morbozo también se radiará diariamente con dosis débiles. La duración de las radiaciones dependerá: 1.º De la sensibilidad del enfermo a la luz (pigmentados o pálidos). 2.º De que el enfermo se radie con sol natural o con sol artificial. 3.º En este último caso, de la calidad de la lámpara y de que sea más o menos rica en rayos ultravioletas. Cuando se emplea el sol artificial se comenzará con sesiones de uno a tres minutos, que se van prolongando hasta diez y veinte minutos por día. La tensión eléctrica en la red en que se intercala la lámpara de sol artificial será de 110 a 220 voltios.

Para reforzar la acción de los rayos se han recomendado las inyecciones endovenosas de tripaflavina, sustancia de alto poder bactericida, y que en inyección endovenosa aumenta de modo marcado la sensibilidad del organismo ante la luz. Esta acción sensibilizante es más intensa en primavera y verano que en otoño e invierno, a tal punto que en las estaciones de primavera y verano basta con pequeñas dosis de tripaflavina para que la luz del sol produzca intensos eritemas y hasta dermatitis ampollosas. Nosotros utilizamos la siguiente técnica: al principio inyectamos cinco a diez centímetros cúbicos de una disolución de tripaflavina al medio y uno por ciento, haciendo las inyecciones diarias. Posteriormente dejamos tres, cinco y hasta ocho días de intervalo entre cada dos inyecciones. Estas se hacen muy lentamente, y retirando varias veces el émbolo para que el líquido de la inyección se mezcle con la sangre en la misma jeringuilla. Las radiaciones luminicas deben hacerse inmediatamente después de la inyección. Advertir al paciente que la orina tendrá una fluorescencia verde-amarillenta. En total, se darán de quince a veinte inyecciones de tripaflavina.

**Tratamiento local.**—En el lupus vulgar recurrir lo antes posible a la electrocoagulación con electrodos de agujas, que destruyen radicalmente los nódulos. También es útil la excisión local, hasta un centímetro, alrededor de la piel que parezca sana. Muchos emplean aún el ácido pirogálico con la potasa. Recientemente se ha recomendado la electrotomía con anestesia local, tanto para el lupus como para la tuberculosis verrugosa. El autor previene contra el empleo sistemático del radium y de los rayos Roentgen en el tratamiento del lupus,

pues casi siempre va seguido de lesiones tardías desagradables.

Recientemente se ha preconizado mucho la dieta de Gerson y la de Sauerbruch-Hermannsdorfer, pobres en sal, ricas en vitaminas y en vegetales, con mucha albúmina y grasa y pocos hidratos de carbono.

En el lupus vulgar de las mucosas es útil el ácido láctico al 50 por 100. En estos lupus sirven más las radiaciones luminicas y el radium.

**Lupus miliaris disseminatus.**—Hay que diferenciarlo del acné vulgar y del acné rosado. Los rayos Roentgen, la comprensión con cuarzo y las inyecciones intracutáneas de tuberculina, dan muy buenos resultados. Puede asociarse a este tratamiento el arsénico y la aplicación local de una pasta de aceite de hígado de bacalao y cinc al 5 por 100.

**Tuberculosis verrugosa.**—Extirpación de las verrugas, cauterizando después con ácido pirogálico o radiando con Roentgen o radium. También es útil la electrotomía.

**Escrofulodermas.**—En primer término, tratamiento general. Como tratamiento local, la punción o la incisión de los núcleos reblandecidos y la enucleación de los antiguos. Radiar las cicatrices hipertróficas. En casos recientes o con inflamaciones agudas hacer fomentos con yoduros, según la fórmula de Ischler.

**Liquen escrofuloso.**—Desaparece de ordinario con radiaciones generalizadas, sostenidas durante dos a tres semanas, sin pasar nunca de la dosis suberitematosa.

**Tuberculides papulonecróticas.**—Radiaciones generalizadas con sol artificial asociadas con arsénico—**tuberculoterapia intracutánea.**—Sólo en casos raros precisan radiaciones locales.

**Eritema indurado de Bazin.**—Fomentos con yoduros en los nódulos ulcerados. Arsénico al interior. Radiaciones luminicas generalizadas con dosis suberitematosas, aumentando la sensibilidad a la luz con las inyecciones de tripaflavina.

**Granuloma anular.**—Se localiza en el dorso de las uñas de manos y pies. Lo mejor es extirparlo parcialmente y hacer algunas inyecciones intracutáneas de tuberculina.

**Lupus eritematoso.**—En las formas aguda y subaguda reposo en cama, obscuridad, fomentos de agua boticada, enema permanente a gotas con suero fisiológico e inyección intravenosa de cinco a diez centímetros cúbicos de una disolución de argo-flavina al 1 por 100. Su pronóstico es muy malo. En las formas crónicas evitar toda clase de radiaciones, utilizar pomadas que protejan contra la luz (resorcina, ictiol, etc.). Aplicaciones locales de alcohol absoluto, inyecciones intravenosas de oro, comenzando con dosis muy débiles y evitando las reacciones locales y las generales. Se han recomendado, igualmente, las cauterizaciones con nieve carbónica, así como el tratamiento holandés (quinina al interior y tintura de yodo en el foco). (*Wiener med. Woch.*, núm. 15, 1933.)—F. G. D.

**S. Doubrov. LOS CÁNCERES DEL PULMÓN DE ORIGEN PROFESIONAL.**—Entre los cánceres de origen profesional, el cáncer del pulmón tiene prioridad histórica. Es la "enfermedad de los mineros" del siglo XVII. En Alemania, el cáncer de los "mineros de Schneeberg" o "enfermedad de Schneeberg", que recientemente se le concede carácter neoplásico, y puesta al día por Rostoski, Saupé, Schmorl y Assman.

Clinicamente, el cáncer de Schneeberg casi no difiere de los restantes cánceres pulmonares; igual sucede desde el punto de vista anatómopatológico.

Problema de importancia primordial en los cánceres profesionales es el etiológico. Desgraciadamente, en la actualidad, todavía reina obscuridad. La proximidad geográfica de las dos explotaciones mineras (Schneeberg



y Joachimsthal), en las que se observan estos procesos, hacen pensar en condiciones geológicas idénticas de las minas en cuestión, y muy particularmente en la composición química del mineral.

El polvo de las minas de Schneeberg es gris con reflejos dorados; de gran fineza; microscópicamente, partículas angulosas y muy cortantes; químicamente presencia de azufre, arsénico, sílice, cobalto y cobre, y al examen metalográfico, finas partículas de acero, provenientes de las perforadoras.

La acción irritante de estos materiales pulverulentos es confirmada por los autores alemanes, por la frecuencia de las dermatosis eczematiformes en los obreros expuestos.

A veces se encuentran vanadatos y uranatos de radioactividad elevada.

Interesa conceder valor etiológico a los factores mecánicos, químicos y radioactivos de los polvos de las minas.

Por muchos autores se rechaza la neumoconiosis por polvos de Schneeberg, como acción cancerígena: "Si se quiere atribuir a la inhalación de partículas de polvo un papel etiológico en la producción del cáncer de Schneeberg, se deberá explicar por qué las demás categorías de obreros, trabajando expuestos a las restantes neumoconiosis, no presentan el cáncer del pulmón con la misma frecuencia, sino por el contrario, sucumben ordinariamente a la tuberculosis".

En Tchécoslovaquia, el análisis del mineral permite comprobar los mismos elementos químicos, al mismo tiempo que en el aire hay una carga importante de emanaciones de radio. Ebler ha demostrado la absorción de las sustancias radioactivas por los silicatos, lo que aumenta considerablemente el peligro del polvo silíceo.

Mayor importancia es el problema médico-legal levantado por el cáncer de Schneeberg. En Alemania se asimila a los accidentes del trabajo; en Tchécoslovaquia está en estudio.

Las medidas de higiene promulgadas en Alemania consisten en la prescripción obligatoria de ropa de trabajo para proteger la piel del contacto del polvo irritante. Un examen de la permeabilidad de las vías respiratorias; se practicará periódicamente, así como todos los indicios de intervención quirúrgica. Finalmente, visita profiláctica con estudio radiológico, obligatoria anual por especialista. (*Paris Médical*, París, 21 marzo 1931. Año 2. Núm. 12, pág. 287).—M. A. C.

*Giovannini Cattaneo*. LAS ENTORSIS DE CODO EN LOS NIÑOS Y SU TRATAMIENTO.—Después de un detallado estudio acerca del mecanismo, frecuencia, anatomía patológica, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de estas lesiones, el autor nos da las siguientes e importantes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Estas lesiones son asaz frecuentes y ocupan, según el profesor Morel, el tercer lugar en la clasificación de las lesiones de codo en los niños, al lado de las fracturas epitrocleares.

2.<sup>a</sup> Que el arrancamiento epifisario se identifica con la entorsis, y la transición de uno a otro es insensible. Respecto al tratamiento hace estas otras:

1.<sup>a</sup> Que el tratamiento Kinesiterápico se halla contraindicado en el período inicial.

2.<sup>a</sup> Que el excitar la osteogénesis producirá trastornos de la misma.

3.<sup>a</sup> Que la inmovilización debe durar poco tiempo.

4.<sup>a</sup> Que es necesario restablecer el restablecimiento funcional pronto.

5.<sup>a</sup> Que éste se logra mediante el masaje y el movimiento.

6.<sup>a</sup> Que la helioterapia y la hidroterapia pueden muy

bien ayudar al tratamiento Kinesico en estas lesiones.

7.<sup>a</sup> Que la mecanoterapia incluida en el tratamiento Kinesiterápico lo completa y favorece el funcionamiento articular normal. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 16 febrero 1933. Núm. 7).—JUAN H. SAMPELAYO.

*G. Jeanneney*. EL MÉTODO ESCLEROSANTE EN LAS ANEMIAS DE ORIGEN HEMORROIDAL.—La repetición o bien la intensa hemorragia hemorroidal pueden llevar al paciente a un estado avanzado de anemia, es decir, a una anemia grave, siendo a veces tal ésta que llega a hacer dudar al cirujano si su intervención no será fatal a causa del fatal estado del enfermo. Estas anemias presentan el tipo clínico habitual de los estados anémicos por exfoliación sanguínea—palidez, astenia, disnea—a más de signos indirectos—dispepsias con anorexia rebelde, cefálicas, artralgias—. Estos últimos síntomas, sobre todo la cefálea y la anorexia, son de gran persistencia, llegando incluso ésta a su límite hasta varias semanas, ya pasadas de la desaparición de las hemorragias.

Aparte de la higiene—como regla—instituida a estos pacientes y como tratamiento general, el que mejor resultado nos ha dado ha sido el de hierro-manganeso asociado a uno orgánico de hígado, bazo y adrenalina.

Respecto al tratamiento para las hemorroides utilizamos el clorhidrato doble de quinina y urea al 5 por 100 en inyección perihemorroidal; usamos para ello el anoscopio de Beusande, practicando la inyección con una jeringa de 5 c. c. y una aguja larga de acero marcada para indicarnos los 6 milímetros—no más que debe ser introducida—; cada vez debe inyectarse de 4 a 5 c. c. de la solución antedicha, siendo muy suficiente para lograr la curación realizar de seis a siete inyecciones. (*Journal de Medecine de Bordeaux*, 10 marzo 1933. Número 7).—JUAN H. SAMPELAYO.

*Flanques, Riser y R. Sorel*. LA PRESIÓN RAQUÍDEA EN LOS HIPERTENSOS ARTERIALES.—Los autores han realizado su trabajo basándose en 21 observaciones de enfermos con hipertensión arterial, habiendo estudiado en ellos la presión venosa, arterial y raquídea.

Han repartido a dichos pacientes en dos grupos; uno—compuesto de trece enfermos—, son los hipertensos con presión venosa normal, y otro—de ocho—, los con presión venosa aumentada. Los primeros dieron una tensión raquídea normal y los segundos elevada.

Un tercero y pequeñísimo grupo, tan sólo compuesto de tres pacientes hipertensos con tensión arterial normal, han dado una raquídea muy elevada. Se puede decir—dicen los autores—, basándose en lo anteriormente expuesto, que:

La hipertensión arterial al presentarse sola no da la hipertensión raquídea y que la hipertensión venosa, asociada a la arterial, es una causa importante y frecuente de hipertensión raquídea.

Cuando vemos una hipertensión céfalo-raquídea en un hipertenso arterial, es de regla fijada el tomarle la tensión venosa.

Para lograr bajar la tensión raquídea los autores dicen haber empleado con éxito la sangría, la digital y los diuréticos. Terminan éstos su trabajo diciendo que si la tensión venosa es normal, la hipertensión raquídea guarda íntegra todo su valor neurológico en la inmensa mayoría de los casos. (*La Presse Médicale*, núm. 26, 1 abril 1933).—JUAN H. SAMPELAYO.



CONTIENE  
LOS

**MINERALES**

INDISPENSABLES

**SODIO**

**POTASIO**

**FOSFORO**

**CALCIO**

**HIERRO**

**MANGANESO**

# DURANTE LA PREÑEZ Y DESPUÉS DEL PARTO

es indispensable un tratamiento adecuado. El Jarabe de Fellows es el tónico más apropiado y mejor compuesto de que puede disponer el facultativo.

Contiene todos los minerales necesarios en proporción científica y en forma de fácil asimilación: Manganeseo y Hierro para enriquecer las arterias de sangre empobrecidas por la constante pérdida; Calcio para restituir el que continuamente ha sido agotado; Potasio, Sodio y Fósforo para contrarrestar la depresión neurótica; Estricnina como un tónico del metabolismo de las células; y Quinina como un estimulante gástrico.

No existe tónico como el Jarabe de Fellows para la paciente parturienta y post-parturienta. Durante estos dos períodos la dosis que se sugiere, es la de una cucharadita tres veces al día, bien diluida en un vaso con agua.

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

## JARABE de FELLOWS DE LOS HIPOFOSFITOS

¿Desea usted un Antiséptico eficaz...

...que pueda emplear frecuentemente, sin peligro alguno, y con la seguridad de obtener los mayores efectos bactericidas y terapéuticos?...

Prescriba el Antiséptico

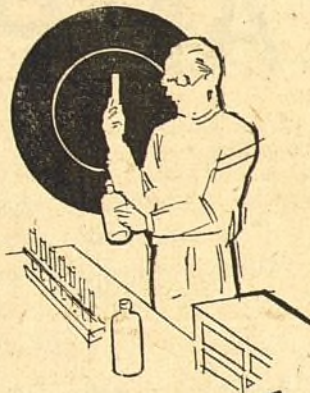
# LISTERINE

Posee muchos puntos de superioridad sobre los antisépticos ordinarios:

1.º Su eficacia ha sido comprobada científicamente. La prestigiosa revista médica inglesa «The Lancet» (véase «The Lancet» Sept. 21st 1929 p. 616) demuestra que el Antiséptico Listerine sin diluir mata en quince segundos el siguiente número de microbios:

2.º Mata los microbios sin irritar los tejidos más delicados.

Propietarios:  
LAMBERT PHARMACAL Co.  
ST. LOUIS, - Mo. E. U. A



	Microbios muertos en 15" ± 37°
Estafilococo aurea.....	612.000.000
Streptococo hemolítico.....	650.000.000
Streptococo viridans.....	720.000.000
Pneumococo... más de.....	800.000.000
Bac. acidófilo odontológico tipo 1 (1).....	640.000.000
Bac. acidófilo odontológico tipo 11 (1).....	600.000.000

(1) La causa, al parecer, de la caries dental.

Concesionario: FEDERICO BONET  
Apartado número 501 - Madrid



Tratamiento de la **TOS** en general

Tos seca - Bronco-neumonía

Bronquitis - Gripe

Tuberculosis

Asma

**GERMOSE**  
Gotas del Dr.  
**BAYRAC**  
(NO TOXICO)

Específico  
contra la Coqueluche  
(Tos ferina)

A base de Fluoroformo estabilizado en extractos vegetales.

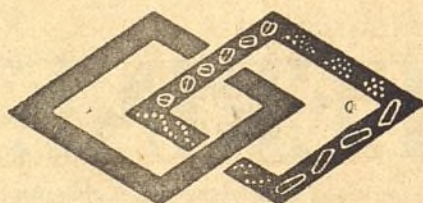
LABORATOIRES LEBEAULT.—3 y 5, Rue Bourg-l'Abbé.—Paris.

Agentes generales: Giménez-Salinas y C.<sup>a</sup>, Sagüés, 2 y 4. Barcelona (s. G.)

# LOS AMPHO-VACCINS

de Ronchèse

Lisado  
bacteriano



Bacterias tratadas  
por el bromo.

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

Lista de los Ampho-Vaccins:

## INYECTABLES

ANTIINFECCIOSO  
ANTIESTAFILOCÓCCICO  
INTESTINAL  
PULMONAR  
URINARIO

## A INGERIR

ANTIINFECCIOSO  
ANTIESTAFILOCÓCCICO  
ANTITIFOIDICO T. A. B.  
INTESTINAL  
PULMONAR  
URINARIO

## TÓPICOS

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

Para la pulverización del Ampho-Vaccins Rinofaríngeo el

**AMPHO-PULVERIZADOR RONCHESE**

REPRESENTANTES: **PAGÈS & SARRIAS**

ARGENSOLA, 5, mod.-Tel. 41934.-MADRID    PUERTA FERRISA, 16.-Tel. 25844.-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 Carrión. — Los igualatorios médicos contra el censo, por el Dr. Ramón Giner. — Academias, Sociedades y Conferencias. — Sección oficial. — El ejercicio profesional en España. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Reglamento de la Ley de Accidentes del Trabajo en la industria. — Tertulia Médica. — Anuncios.

## BOLETIN DE LA SEMANA

*La salud del Dr. Cortezo.—Hechos y rumores de interés capital.*

Dentro del estado de gravedad en que se mantiene la dolencia de nuestro querido Director y sin que la sintomatología fundamental se haya modificado estimablemente, podemos hoy anunciar a nuestros lectores que en el estado general del ilustre enfermo parece iniciada una mejoría desde el miércoles último.

No obstante los temores fundados que nos alarman, deseamos participar a nuestros buenos amigos esta esperanza que desde hace días nos sostiene.

\* \* \*

La *Gaceta* del sábado último publicó tres importantes disposiciones del Ministerio de Justicia. La primera de ellas es un decreto en que se dispone que la Prisión Central de Mujeres, establecida en Alcalá de Henares, se transforme en Hospital Psiquiátrico Judicial, titular exquisitamente seleccionada entre el Ministerio y el pomposo Consejo Superior Psiquiátrico.

Es indiscutible la bondad de fundamentos de esta disposición, cuyos abolengos se reconocen por el ministro en el preámbulo del decreto. Pero este preámbulo es lo que se llama en términos castizos *una cosa seria*. Este preámbulo, que ocupa ¡SIETE COLUMNAS Y MEDIA! de la *Gaceta*, nos da un poco la sensación de una *selva* de razonamientos, y en una *selva* se pueden cazar muchas nobles fieras y se pueden también deslizar reptiles y anidar en ella aves de presa.

No queremos restar por esto las alabanzas que merece la intención palpitante en el deseo de que el Hospital Psiquiátrico Judicial tenga una *Dirección médica única y técnicamente especializada*; ¿quién discutiría eso? Lo que queremos es publicar íntegro el decreto, como lo haremos próximamente, para que se vea lo frondoso de sus razonamientos en de-

fensa de la forma de proveer esa Dirección técnica. Porque a veces ocurre que con tanto deseo de hacer bien las cosas parece que se quieran hacer mal.

\* \* \*

La segunda de las disposiciones a que nos referimos organiza una Sección de Sanidad e Higiene en la Dirección general de Prisiones y determina el reglamento de tales servicios. La Sección estará regida por el inspector-médico del Cuerpo de Sanidad Nacional designado con arreglo al decreto de 3 de febrero de 1933. Se crea un laboratorio y centro farmacéutico para análisis y provisión de material y medicamentos, cuyos servicios serán dirigidos por un farmacéutico, nombrado *por concurso, con sueldo o gratificación, según se decida*.

\* \* \*

Por la tercera disposición se crea el Hospital y Asilo Penitenciario en el edificio que fué Prisión Central de Segovia, y se establece el reglamento de su servicio.

Como pueden ver nuestros lectores, en el Ministerio de Justicia se atiende a la Sanidad y a la Higiene con un celo digno de aplauso. A nosotros, que hemos conocido durante muchos años la intimidad de dicho Ministerio, nos asombra un poco ese viento sanitario que le anima. ¿Quién sopla tan fuerte? ¡Sople, sople quien sea; pero que no se levante polvo!

\* \* \*

En el Registro General del Ministerio de Instrucción Pública ha llamado la atención el gran número de médicos rurales que, poseyendo el título de maestro de primera enseñanza, han solicitado tomar parte en el cursillo que se anunció para proveer las vacantes del magisterio.

No es cosa de asombrarse, porque un médico sienta deseo de ser a la par maestro; pero sí asombra que, dado el sentimiento de las categorías académicas,



y las que siempre se estimaron ventajas económicas del médico sobre los ingresos del maestro, se hayan puesto de tal manera las cosas que tengan nuestros compañeros que recurrir al abandono de la Medicina para vivir de la pedagogía primaria. Síntoma bien claro es éste de la angustiosa situación profesional que atravesamos. Mientras tal síntoma se produce, resulta que, del período preparatorio de la carrera de médico, se suprime la prueba de suficiencia en el idioma alemán, no por conveniencias de la enseñanza, sino de la reorganización de los Institutos. El período preparatorio de la carrera de Medicina era, hasta hace pocos años, el único, aunque no muy fuerte, valladar para la selección de quienes pretendían ingresar en la Facultad de Medicina, y ahora resulta que, no obstante haber variado en mucho, de veinticinco años a esta parte, la rigidez de las pruebas preparatorias, aún se suprime una de ellas, ¡y luego nos quejamos de que aumente el número de médicos!

\* \* \*

Se dice que cuando los médicos de la antigua Lucha Antituberculosa fueron destituidos por el doctor Pascua y, en una Junta general en el Colegio de Madrid, requirieron el auxilio de la Directiva, fracasaron por obra y gracia del poco caso que hicieron de tal asunto los señores de la Federación de Colegios, no obstante haber prometido su intervención. Parece ser que ahora se piensa, por los mismos señores directivos, hacer gestiones cerca del Dr. Bejarano... A buenas horas, señores de la Federación de Colegios.

\* \* \*

Corre un rumor, del que se ha hecho eco parte de la Prensa profesional, acerca del cual no podemos guardar silencio por mucha que sea nuestra voluntad de guardarle. Se ha dicho que se piensa vender el edificio construido en la Moncloa para Colegio de Huérfanos, en el estado que actualmente se encuentra, y repartir los huérfanos educandos en los distintos Colegios provinciales de médicos, para que éstos se ocupen de su educación y mantenimiento.

No tenemos que decir lo que nos parece tal idea. Queremos recordar sólo a este respecto la famosa frase de Fernando de Aragón, bajo cuyo lema asistió a las justas de su célebre matrimonio:

*Como yunque aguanto y callo  
por el tiempo en que me hallo.*

\* \* \*

También se rumorea que la Escuela Nacional de Sanidad va a ser objeto de una gran reforma, que puede redundar en beneficio de ella y de alguna otra institución de gran prestigio en la Sanidad nacional, y se dice también que la Comisaría Sanitaria desaparecerá en breve, absorbidas sus funciones por el Instituto Nacional de Previsión.

La reforma de la Escuela Nacional de Sanidad es un buen anuncio. La absorción de la Comisaría Sanitaria por el Instituto Nacional de previsión nos parece síntoma de que la cuestión del seguro médico ha tomado paso de galope, y *traspasa la alta sierra, ocupa el llano, no da paz a la mano...*, y ¡Dios tenga en la suya a nuestra gloriosa profesión!

DECIO CARLAN

## Los igualatorios médicos contra el censo

¿Es un bien para la colectividad la sociabilización de los Estados, en lo que concierne a la profesión médica?

El más clásico argumento contra el socialismo, cuando éste deja, como en España, de ser meramente teórico y académico, es el que considera que con el colectivismo estatal se ciega esa fuente de eficacia que es dejar manar el caudal de energía y de iniciativa de que es capaz cada hombre, acuciado individualmente por el afán de superarse y mejorar con respecto de sus vecinos.

Pues bien, nosotros, no sólo nos sumamos a los que esgrimen este argumento, sino que absolutamente creemos que no será nunca rebatido con justicia.

Y en ningún aspecto de la actividad humana dicha supresión paulatina de la singularización personal puede ser más funesta que en la medicina social.

Acaso arbitrariamente hayamos confeccionado un adjetivo particular para nuestra personal concepción; pero nosotros llamamos "social" a esa clase de asistencia de urgencia, prestada por el médico cotidianamente en el domicilio del paciente.

Para enfermos crónicos, para cirugía, para la atención eficaz y más premiosa en dispensarios y laboratorios, todo cuanto desarrollen las corporaciones privadas o públicas nos parecerá poco. Ahora bien, cuando se trate de salvaguardar ese aspecto apremiante y dramático del enfermo agudo que en su domicilio precisa de una asistencia "de corazón", no "standardizada", quiebra fatalmente todo lo que no sea la labor heroica y de sacrificio del médico particularizado directamente con su cliente.

\* \* \*

El sistema de sociedades de régimen de igualatorio que monopoliza el 90 por 100 de la asistencia médica en Madrid, por ejemplo, lleva al cementerio infinitas de víctimas al año, especialmente niños.

Hemos estudiado bien el asunto para poder lanzar sin remordimientos de conciencia tan grave afirmación. Muchos casos concretos podríamos citar..., más ¡Dios nos libre de semejante heroísmo! Además, que por estar esto en el ánimo de todos, no es ello necesario.

¿Qué médico privado podrá negar esto?: Que un infante hiperpirético, con amenaza meningítica, necesita durante tales horas de la vigilancia casi permanen-



te del médico...; que una parturienta sin diagnóstico precoz de distocia corre el peligro de ser injuriada por la matrona o por el mismo médico, cuando más tarde y a destiempo se la atiende.

Pues bien, si ningún médico privado nos podría negar lo anterior, ¿qué médico de Sociedad nos podría honradamente asegurar que puede prestar tal asistencia en la forma que preconizamos? Ninguno.

No es posible, ni aun siendo en bondad un Francisco de Asís y en actividad un mago, poder "estar al quite" de las evoluciones de una afección aguda en todo paciente, cuando centenares o docenas de ellos soliciten tal actividad en domicilios dispares de barriadas extensas.

En general tales profesionales no pueden hacer más de lo que hacen. Pero lo evidente, lo terrible es que el régimen de esas empresas, de competencia y de lucro, manda al cementerio a muchos seres.

¿Qué facultativo no ha intervenido en alguna ocasión en el caso grave de un padre, hijo o hermano..., amigo o simplemente vecino suyo, quien al interrogarle: "¿Y qué dice el médico de su Sociedad?", ha contestado: "Como don Fulano no volverá hasta pasado mañana."

Los que hemos dejado atrás la cuarentena recordamos con añoranza aquella sociedad de nuestra infancia, sin esa ciencia moderna—entre cuyas indudables conquistas tantas inutilidades pedantes se han infiltrado—, pero en la que todos, ricos y pobres, nos permitíamos tener a nuestro paternal "don Fulano", familiar incondicional y sin tasa de tiempo para la asistencia. El que esto escribe, por ejemplo, de familia modesta, sorteó estados enteríticos coleriformes gravísimos, que a buen seguro en estos tiempos sin entrañas de los igualatorios, del teléfono y de la velocidad, lo hubieran llevado, a no dudar, velozmente al otro barrio.

Para el cirujano o especialista, el corazón sobra y aun perjudica; para el clínico de enfermería el corazón es lo primero.

Más, seamos justos y tampoco aclaquemos del todo a dichas sociedades estas miserias. Su significación aiena—en general en sus dirigentes y animadores—a la profesión, algo las disculpa. ¿La lucha por la vida es inexorable!

Aquí la principal víctima es el principal victimario: el público.

Se dice de países de América, donde todos retribuyen mejor y hacen uso de médico particular, que es porque son más ricos. Nada de eso.

Lo que acontece es que existe en las gentes una mejor ponderación en orden de importancia distributiva de los presupuestos familiares. Que allí suelen ser así: 1. médico y botica; 2. habitación; 3. alimentos; 4. "lo demás".

No incluimos "educación de los hijos", porque esto, en las clases modestas de los países mejor organizados, corre por cuenta del Estado.

¿Es en el orden anterior como dichas clases nuestras entienden la ordenación de sus presupuestos? En Madrid, salvo excepciones, una familia de las clases media a obrera, con ingresos pocos pero seguros, ordena sus gastos por este orden: 1. cine, café, bar...; 2. vestir "permanen", etc.; 3. alimentos; 4. habitación; 5. (si queda) asistencia médica, ahorro...

Para asistencia médica y casa, las últimas provisiones. Y en Londres, París, Buenos Aires, etc., los médicos y alquileres son más costosos: más no existe el rufinario clamor contra caseros y médicos, por la razón misma de que los cines, cafés, etc. de esas capitales, son proporcionalmente menos en número y concurrencia.

En la Argentina, donde tantas fortunitas se han hecho horadamente en nuestra profesión, el secreto de

ello sólo estriba en que el más modesto agricultor de la Pampa guarda preferentemente su caudal para retribuir al facultativo que lo cure si el caso llega.

Los otros víctimas, victimarios también, que siguen, son los médicos, los que en una población de la importancia fija y flotante de Madrid sólo viven un 20 por 100 de los que podrían hacerlo, precisamente por tal estado de cosas.

Pierden, pues, el público enfermo, los médicos y el Estado, en su interés y prestigio. ¿Quién gana entonces aquí?

Nadie o poco menos; es decir, muy pocos.

Digamos por último que ya sabemos que todo esto no es nuevo, que ha sido muy debatido; pero hasta que la razón de abordarlo no desaparezca, consideraremos cada vez más justificado machacar sobre el "hierro frío" del tema.

DR. RAMÓN GINER

## Academias, Sociedades y Conferencias.

### ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Sesión especial, día 8 de junio de 1933

LA DIETÉTICA EN MEDICINA INTERNA

Ponente: Dr. D. Manuel Izquierdo

#### CONCLUSIONES

1.ª La ración alimenticia debe componerse de las siguientes sustancias:

Un alimento calórico (hidratos de carbono, proteínas y grasas).

Un alimento plástico (albúminas, sales minerales).

Un alimento complementario (vitaminas).

Agua.

2.ª La dietética cumple en Medicina un papel preventivo y un papel modificador o curativo de las enfermedades.

3.ª Los alimentos tienen una acción directa sobre el aparato digestivo, al ingerirse o eliminarse, y sobre el aparato urinario en esta última fase, y una acción general sobre el metabolismo.

4.ª Las anteriores nociones nos permiten dividir la dietética en dos grandes grupos:

Dietética local (en las enfermedades del aparato digestivo y del aparato urinario).

Dietética general.

5.ª La dietética local no puede emanciparse de la general cuando las alteraciones concomitantes del metabolismo lo requieran.

6.ª En la dietética local intervienen los siguientes factores de sintomatología subjetiva los más, algunos no exclusivos de aquella:

Anetico.

Hambre.

Aversión y repugnancia.

Sensación de hartura.

Indice de saciedad del alimento.

Digestibilidad del alimento.

Grado de utilización del alimento.

7.ª Las enfermedades del aparato digestivo y algunas otras generales modifican los anteriores factores, así como, en parte, las del aparato urinario.

8.ª Los factores que intervienen en la dietética general no son, por lo general, de sintomatología subjetiva, y por ello es más difícil su conocimiento por parte del enfermo.



9.<sup>a</sup> Excluida la que denominamos dietética local, propia de las enfermedades del aparato digestivo y urinario, podemos esquematizar la dietética general en los siguientes grupos:

Régimen para febricitantes.

R. en las alteraciones del M. global (obesidad, delgadez).

R. en las alteraciones del M. proteico y del M. nutricional (gota).

R. en las alt. del M. de los H. de C. (diabetes, lactosuria, etc.).

R. en las alt. del M. de las grasas (heces fecales, grasas, lipemia, etc.) de los lipoides, de la colesteroína, de los ácidos biliares, de la hemoglobina y de los pigmentos hemático y biliar del M. pigmentario.

R. en las alt. del M. de las sales minerales y del recambio hídrico.

R. en los estados avitaminósicos.

R. en los estados anafilácticos.

R. en las enfermedades propias del riñón.

10.<sup>a</sup> La dietética no influye de una manera directa, sobre todo en su aspecto cualitativo, en las enfermedades del aparato circulatorio, respiratorio (salvo la tuberculosis) y nervioso si no existe una alteración del metabolismo que pueda servir de espina humoral para las mismas.

11.<sup>a</sup> El estudio de todos y cada uno de los alimentos, es de capital importancia en dietética, y es preciso adaptar los regímenes a los alimentos propios de cada país. La economía en dietética es, también, de gran trascendencia.

12.<sup>a</sup> Desde el punto de vista de los alimentos que los componen, podemos dividir los regímenes en:

R. de acción específico-dinámica elevada (ricos en albúmina).

R. de acción específico-dinámica baja (ricos en hidratos de carbono).

R. de acción específico-dinámica normal.

Regímenes especiales:

Dieta absoluta.

Dieta hídrica.

Dieta hídrica relativa.

Curas de Guelpa y Allen.

Dieta láctea.

Restricción del líquido.

Régimen hiperazoadado.

Régimen hipergrasoso.

Régimen hiperhidrocarbonado.

Regímenes hipermineralizados (cal, sodio, fósforo, hierro).

Régimen hipoclorurado.

Régimen hiperclorurado.

Régimen vegetariano.

Régimen de Whipple.

Régimen de Gerson.

13.<sup>a</sup> Respecto a los alimentos industriales, creemos que mientras no exista una legislación que obligue a inscribir en su envase el análisis del mismo—controlado por la autoridad—no deben prescribirse sino los que posean con toda garantía este requisito.

*Dr. Bermejillo:* Esta ponencia debiera orientarse en el sentido metabólico y estudio de los distintos alimentos, de los principios inmediatos dentro del recambio intermediario, para así sacar consecuencias generales a los grupos de enfermedades.

Igualmente pudiera haberse tratado de cuestiones dietéticas litigiosas que constituyen todavía errores en la práctica corriente.

A pesar de los modos de enfocar el tema, todos de manifiesta amplitud, sería de gran interés decir algo sobre dietética en las enfermedades cardiovasculares, en las enfermedades renales; sobre la azotemia cloropriva; sobre la elevación de los productos nitrogenados en la

sangre por privación de cloruro sódico en la alimentación. El régimen de clorurado está bastante estudiado; precisa llamar la atención de que la disminución de la cloremia por bajo del 4 por 1.000 provoca manifestaciones de gran importancia y grave pronóstico; cuadros comatosos semejando fenómenos urémicos desarrollados con motivo de cualquier maniobra clínica, un paracentesis, un lavado de estómago, la administración de un purgante, etc.

Sobre diabetes quiero añadir que siendo una enfermedad del recambio hidrocarbonado, interviene también las alteraciones del recambio nitrogenado; son enfermos en los que además precisa vigilar el recambio hidrocarbonado y el nitrogenado, sin olvidar que tratamiento dietético más insulina, si produce una disminución de la glucemia, regula el metabolismo nitrogenado.

Refiriéndome al aspecto vitamínico del tema, tiene especial interés en cuanto a las enfermedades infecciosas; durante la convalecencia de éstas, además de los cuidados específicos, hay que vigilar lo ambiental, y cuando el enfermo está en período de crecimiento la relación calcio-fósforo y la vitamina D, verdadero mordiente del calcio.

*Dr. Gutiérrez Arrese:* Pocas veces en las enfermedades del aparato digestivo se actúa localmente con el régimen alimenticio; es el régimen antiácido con la leche; es el régimen pobre en residuo en afecciones intestinales. Las enfermedades del aparato digestivo se consideran hoy desde el punto de vista general, y como tal se desarrolla la dietética.

En el tratamiento de los síndromes colíticos la importancia de las vitaminas no se puede considerar con criterio local; hay que valorarla desde el punto de vista general.

En ponencia de dietética hay que prestar atención a la utilizada en tuberculosis. Hasta ahora se daba preferencia a los hidratos de carbono. Se ha llegado a conocimiento que los mayores gastos son de proteínas y de grasas, sobre todo en febricitante. Es por lo que algunos autores llegan a aconsejar 200-300 gramos de grasas al tuberculoso. Se sabe que el aumento de la lipemia excita las defensas del organismo contra el bacilo tuberculoso. La evolución del tuberculoso es más rápida con alimentación rica en hidratos de carbono.

Muy interesantes son los trabajos sobre dietética en cuanto a la alergia intestinal; en ésta es posible llegar a conocimiento del alérgeno responsable.

Al hablar de vitamina no olvidemos que de la vitamina C no hay preparado mejor ni más barato que el limón; para administrar vitamina C se debe preferir a todos los preparados comerciales que dicen contener vitamina C. No es lo mismo cuando precisamos en clínica vitamina D; hemos de recurrir a los preparados comerciales.

*Dr. Carrasco Cadenas:* En todo régimen dietético se precisan los tres alimentos calóricos, y si unos pueden ser sustituidos por otros, sólo es parcialmente. Además, en el régimen dietético hemos de considerar como constituyente esencial el alimento físico; el complemento físico; elemento que no se ingiere por su composición química, sino para obrar por acción de lastre. Es lo que en ciertas dietas pone papel de filtro para aumentar a lo necesario el componente físico, la cantidad de celulosa.

Admitimos la división de dietética local y dietética general. Lo difícil en práctica será fijar hasta dónde actuamos localmente. La mayoría de las enfermedades, como la dietética, actúan como general. Sería muy interesante en dietética considerar siempre la digestibilidad y apetencia por los alimentos ante un determinado enfermo.

En dietética de diabetes, además de las relaciones de prótidos, lípidos y glúcidos, consideremos el equilibrio



ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

PREMIO ORFILA  
1872



PREMIO DESPORTES  
1904

# DIGITALINE NATIVELLE

## CRISTALIZADA

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

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

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession — PARIS (XV<sup>e</sup>)

Draeger.

# ANTALGOL DALLOZ

**Granulado**

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

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



Adoptado por los servicios sanitarios de Francia  
Bélgica - Inglaterra - Italia - Estados Unidos - Polonia

**EN ESPAÑA**

Incluido en petitorio y controlado por el Laboratorio  
Central de Medicamentos de **SANIDAD MILITAR**

**EL  
NOVARSENOBENZOL  
BILLON**

Dioxidiamino arsenobenzol-metileno-sulfoxilato de Sosa

DE ACTIVIDAD CONTROLADA Y UNIVERSALMENTE  
RECONOCIDA COMO IGUAL A LA DE SUS SIMILARES  
MÁS RENOMBRADOS

ES EL MEDICAMENTO DE ELECCIÓN, COMO TRATAMIENTO  
DE ASALTO DE LA  
**SÍFILIS**

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**SPECIA**

MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"  
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8<sup>e</sup>)

Para solicitar muestras dirigirse al agente general D. JAVIER COLL, Córcega, 269, Barcelona.

# SPASMOSÉDINE

**Antiespasmódico - Sedante nervioso**

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

Laboratorios DEGLAUDE  
Medicamentos cardíacos especializados  
P A R I S

Muestras y Literaturas  
**José M<sup>a</sup> Balasch Cuyás** (Farmacéutico)  
Avenida 14 de Abril, 440.—BARCELONA

## = BARACHOL =

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

LABORATORIOS FAUS. — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)



de la ración alimenticia; el aprovechamiento de la misma; el mameadonismo de cada uno de los elementos dietéticos, agregando lo relativo a la remineralización, especialmente la fijación de fosforocalcio.

Al hablar de vitaminas en dietética interesa conocer la campaña que se realiza en favor del aceite de oliva, contiene vitamina B y vitamina D (antirraquitica); con el hemos podido curar el raquitismo experimental.

*Dr. Martínez Nevot:* El análisis de alimentos españoles desde el punto de vitamínico (aceite, naranjas, limones, etc., etc.) es de gran interés; es la manera de hacer tablas dietéticas con alimentos españoles para nuestros enfermos, con sus especiales apetencias. A este trabajo ofrezco mi colaboración; creemos es una labor de interés nacional.

*Dr. Carro:* En la dietética de las enfermedades digestivas siempre tenemos en cuenta la capacidad y preferencia alimenticia de los enfermos. Es la manera de evitar que un determinado enfermo evite la intolerancia de alimentos que no le agradan y nos manifieste que le va bien con alimentos que le hemos prohibido.

*Dr. Serrada:* En esta ponencia hay que sentar indicaciones de orden práctico para los médicos en general. Estos, generalmente, son los primeros que ven los enfermos de aparato digestivo. En éstos vemos muy frecuentemente errores dietéticos; en hepáticos con hipoclorhidria, en ictericos con insuficiencia hepática, la dieta láctea; en dispepsias de fermentación permitir abundantes cantidades de pan, de cocido o bien purés de legumbres. Son enfermos que, aun con proceso antiguo, modifican rápidamente sus trastornos con cambiar de régimen alimenticio.

*Dr. Vital Asa:* Al oír la ponencia sobre dietética en medicina interna, recordamos la tendencia, de bastantes clínicas ginecológicas, en los últimos meses del embarazo la tendencia a disminuir el cloruro sódico alimenticio. Las estadísticas de varios autores demuestran que las embarazadas que en sus últimos meses de la gestación siguen un régimen alimenticio pobre en cloruro sódico tienen una mayor facilidad para el parto.

M. ACEÑA

\*\*\*

## ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD

### Conferencias del Dr. Sayé, de Barcelona

El ilustre fisiólogo Dr. Sayé ha dado dos conferencias en la Escuela Nacional de Sanidad, sobre el tema "Algunos problemas de la organización de la Lucha Antituberculosa". Inició su primera conferencia con el estudio del ciclo epidémico de la tuberculosis en los diferentes países, en sus tres fases: pretuberculación, tuberculación masiva y detuberculación. Citó ejemplos detallados de lo que ha ocurrido en distintos países de Europa y América.

A continuación analizó los datos que permiten precisar las modificaciones que la lucha antituberculosa introduce en la curva epidémica natural. Se ocupó luego de los órganos de lucha, comenzando por los dispensarios, detallando cuál debe ser su misión, precisando cuáles deben ser los índices de efectividad de los mismos. En una interesante serie de proyecciones expuso algunos de los resultados que él ha logrado en el Dispensario central de Barcelona. Fué objeto de un análisis detenido todo lo referente a sanatorios, los cuales en un porvenir muy próximo se deberán modificar para mejor cumplir su misión. Terminó su primera conferencia con la exposición de los datos recogidos por él referentes a la vacunación preventiva por el B. C. G., demos-

trando con cifras estadísticas la ventaja del método, sobre todo teniendo en cuenta el enorme ahorro económico que representa en la lucha contra la tuberculosis.

En su segunda conferencia trató de la lucha en España, analizando las características epidemiológicas de cada región. En estos momentos, el Estado cumple en nuestro país una función de emergencia, pero en porvenir muy próximo debe limitarse a estos tres puntos:

- 1.º Legislación apropiada.
- 2.º Ayuda económica.
- 3.º Coordinación de todos los esfuerzos.

El ilustre conferenciante fué muy aplaudido.

\*\*\*

Como en años anteriores, durante esta época, los alumnos de la Escuela Nacional de Sanidad realizan su viaje de prácticas, que, en el curso actual, ha sido organizado en la siguiente forma:

Día 21 de junio: Salida para Almadén en el autobús de la Escuela. Noche en Ciudad Real.

Día 22 de junio: Llegada y estancia en Almadén. Visita a las minas. Regreso a Ciudad Real.

Día 23 de junio: Visita al Instituto provincial de Higiene y otras instituciones sanitarias de Ciudad Real. Regreso a Madrid.

En esta parte del viaje acompaña a los alumnos el profesor auxiliar de Higiene del Trabajo, Sr. Bilbao Lumbreras.

Día 6 de julio, ocho mañana: Salida en autocars de la Escuela Nacional de Sanidad. Almuerzo en Burgos. Noche en Irún.

Día 7 de julio: Irún. Servicio de fronteras. Fábrica de fósforos y de chocolates.

Día 8 de julio: Legazpia. Metalúrgica Legazpia. Visita por la costa: Guetaria, Zumaya, Orio.

Día 9 de julio: Tolosa. Fábrica de boinas. Papelera Española. Sanatorio Antituberculoso de Andazarrate.

Día 10 de julio: Pasajes. Puerto y estación sanitaria.

Día 11 de julio: San Sebastián. Casa de maternidad. Instituto provincial de Higiene. Instituto del Cáncer. Conferencia del Dr. Eizaguirre.

En esta parte del viaje acompañará a los alumnos el profesor auxiliar de la Escuela, Sr. Lastra y Soubrier.

Días 12, 13 y 14 de julio: Salida para Jaca. Llegada a medio día. Visita al Centro de Higiene rural. Estudio de su funcionamiento. Salida para Huesca. Noche en Huesca.

Días 15, 16, 17 y 18 de julio: Estancia en Huesca. Instituto provincial de Higiene y otras instituciones sanitarias. Visita a los grandes embalses de los ríos del Alto Aragón. Salida para Valencia. Almuerzo en Lérida. Noche en Tarragona.

En esta parte del viaje, acompañará a los alumnos el Ingeniero de Caminos, profesor agregado de esta Escuela, Sr. Escario.

Día 19 de julio: Salida de Tarragona. Almuerzo en Vinaroz. Noche en Valencia.

Durante su estancia en Valencia, acompañarán a los alumnos los médicos de Sanidad del Puerto, Sres. Bellon y Viciano.

Días 20, 21, 22, 23 y 24 de julio: Estancia en Valencia. Instituto provincial de Higiene. Abastecimiento de aguas. Sanatorio de Malvarrosa. Puerto y Estación Sanitaria. Zonas arroceras y frutera. Salida para Madrid y noche en Madrid.

Durante los días 25, 26, 27 y 28 de julio, los alumnos descansarán y pondrán en orden los apuntes sobre las impresiones y enseñanzas logradas en el viaje, con el fin de redactar una Memoria, que habrán de presentar



al regreso de las vacaciones y que quedará glosada al expediente personal de cada uno.

Día 29 de julio: Salida para Cáceres y Navalmoral de la Mata, donde permanecerán hasta el comienzo de las vacaciones.

## SECCION OFICIAL

### PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS

#### DECRETO

*Implantando los servicios sanitarios que se indican en Cataluña*

Con arreglo a lo prevenido en el artículo 25 del decreto de 21 de noviembre de 1932; visto lo acordado por la Comisión mixta del Estatuto de Cataluña, y de acuerdo con el Consejo de Ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo único. Se implantan los acuerdos sobre adaptación de servicios de Sanidad interior consignados en la certificación de la Comisión mixta que se transcribe como anejo a este decreto.

Dado en Madrid, a 24 de mayo de 1933.—*Niceto Alcalá-Zamora y Torres*.—El presidente del Consejo de Ministros, *Manuel Azaña*.

#### *Anejo a que se refiere el precedente decreto*

El infrascrito, don Rafael Closas Cendra, letrado, secretario de la Comisión mixta creada por decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros de 21 de noviembre de 1932, para la formación del inventario de los bienes y derechos del Estado que se ceden a la región autónoma de Cataluña y adaptación de servicios que pasan a la Generalidad,

Certifico: Que en sesión del 28 de abril próximo pasado, la referida Comisión acordó lo siguiente:

Visto el extremo d) del artículo 12 del Estatuto de Cataluña, en relación con el número 5.º del artículo 5.º del propio texto, referentes a funciones de Sanidad interior, y también el contenido del artículo 13 del propio Estatuto, y atendida la circunstancia de que a juicio de la Comisión mixta de traspaso la Generalidad tiene ya establecidos los organismos necesarios para que pueda tomar a su cargo, en cuanto se aplique el presente acuerdo, la realización de los servicios de Sanidad interior, se acuerda:

Artículo 1.º Se traspasan a la Generalidad de Cataluña las funciones y servicios que con respecto a la Sanidad interior están hoy encomendados a la Dirección general de Sanidad del Ministerio de la Gobernación, y demás departamentos y oficinas ministeriales y autoridades y funcionarios delegados de la Administración central que actúen en el territorio de Cataluña (salvo la facultad que tiene el Estado de fijar las bases mínimas de la legislación sanitaria interior), en cuanto afecten a las siguientes materias, sin perjuicio de la acción del Estado en aquellos casos que trasciendan a intereses extrarregionales:

A) Defensa sanitaria contra las enfermedades transmisibles.

B) Policía sanitaria de los medios de comunicación que no traspasen en su normal funcionamiento los límites de la región autónoma.

C) Abastecimiento de aguas potables.

D) Eliminación y tratamiento de excretas y aguas residuales y basuras.

E) Higiene de la vivienda.

F) Higiene de la alimentación, mercados, mataderos y demás centros e instituciones relacionados con las subsistencias.

G) La vigilancia e inspección de las mercaderías y productos alimenticios elaborados en la región autónoma.

H) Higiene de las vías públicas, de locales públicos y de reunión, espectáculos, etc.

I) Higiene escolar e inspección médicoescolar.

J) Higiene prenatal e infantil.

K) Lucha antituberculosa.

L) Lucha anticancerosa.

M) Lucha contra el tracoma y otras causas de ceguera.

N) Lucha antivenérea.

O) Lucha contra el paludismo.

P) Higiene rural.

Q) Asistencia psiquiátrica e higiene mental.

R) Organización y régimen de las profesiones relacionadas con la sanidad y asistencia médica, esto es, sanitarios, médicos, farmacéuticos, veterinarios, practicantes, comadronas, enfermeras, etc.

S) Organización sanitaria municipal, comarcal y regional.

T) Sanidad veterinaria.

U) Régimen médicosanitario de las aguas medicinales.

Art. 2.º Los servicios que se traspasan se llevarán a efecto por los funcionarios con que cuenta la Generalidad de Cataluña y por aquéllos que en la actualidad, como dependientes del Estado, cuidan de las respectivas materias, a cuyo fin, dentro del término de treinta días, a contar de la publicación de este acuerdo en la *Gaceta*, la Comisión mixta determinará los correspondientes funcionarios del Estado que deban pasar a la Generalidad, con arreglo a las normas establecidas por esta Comisión en su acuerdo publicado en la *Gaceta* de 2 de abril de 1933.

Art. 3.º En calidad de propuesta al Gobierno, según el final del artículo 17 del Decreto de normas de la Comisión mixta de 21 de noviembre de 1932, se manifestará a aquél la necesidad de establecer una función de enlace entre la Dirección general de Sanidad y los servicios sanitarios de la región autónoma por medio de un funcionario del Estado que, como director inmediato de los intereses de éste y coordinador de sus servicios con los de la región autónoma, sirva de nexo de unificación, correspondencia y mutuo auxilio para contribuir a la más rápida y eficaz relación de las autoridades sanitarias de la Generalidad de Cataluña y del Estado, y a dicho fin las representaciones de éste y de aquélla adoptarán las medidas necesarias para colaborar, así en los aspectos de personal y material, como económico, a la lucha contra las situaciones anormales contra las enfermedades transmisibles que, existentes en cierto momento en Cataluña, puedan por su gravedad y difusibilidad constituir un peligro para el resto de la nación española, o por su importancia en sí.

Art. 4.º Habida cuenta de la anterior propuesta, las autoridades de la Generalidad de Cataluña darán conocimiento global en periodos adecuados al delegado de enlace de las circunstancias en que funcionan en la región autónoma las grandes instituciones hospitalarias o de aislamiento, leproserías, enfermerías para los tuberculosos, sífilicomios y otros establecimientos análogos, cuya información posee una indudable importancia extrarregional.

Art. 5.º Para el debido funcionamiento de los servicios que por su carácter predominantemente extrarregional tienen que continuar en su esencia atribuidos



al Estado, se dictan las siguientes normas para aquellos aspectos parciales suyos que afectan a la sanidad interior:

A) Es de competencia de la Generalidad de Cataluña el régimen de baños, establecimientos y régimen de industrias alimenticias, mercados y locales de venta de pescado, etc., aun cuando estén enclavados en puertos y fronteras.

B) La ejecución de las obligaciones internacionales establecidas por convenios internacionales, en cuanto no afecten a intereses extrarregionales, en cumplimiento del artículo 13 del Estatuto.

C) El suministro a las autoridades del Estado de la información apropiada de las enfermedades de declaración actualmente obligatoria y de los grandes datos estadísticos en los periodos hoy en vigor o fijados por las leyes, singularmente la mortalidad por todas causas, mortalidad infantil, morbilidad y mortalidad por infecciones, y demás antecedentes que permitan sospechar en cierto momento la aparición de anomalías de mucha entidad en la salud pública.

D) El régimen sanitario del traslado de cadáveres que no trascienda los límites regionales.

E) Para la vigilancia de los terrenos limítrofes y aguas que salgan del territorio regional hacia el resto de España, cuya contaminación o impurificación pudiera afectar al resto del territorio, la Generalidad de Cataluña y el delegado de enlace se pondrán de acuerdo sobre el procedimiento que deba seguirse para evitar duplicaciones e interferencias de servicios.

F) La colaboración en su caso con las autoridades de todo orden del Estado, en la restricción de estupefacientes y vigilancia y control de los traficantes de este tipo de drogas, que en su conjunto será desarrollada por dichas autoridades.

Artículo adicional. Como complemento de las precedentes resoluciones, esta Comisión mixta fijará el coste de estos servicios traspasados a la Generalidad de Cataluña, de acuerdo con el artículo 16 del Estatuto.

Y para que conste, expido el presente en Madrid, a 7 de mayo de 1933.—*R. Closas*.—Visto Bueno: el presidente, *Carlos Esplá*.—("Gaceta" del 25 de mayo 1933.)

## MINISTERIO DE LA GOBERNACION

### *Servicio antivenéreo*

#### ORDEN

Ilmo. Sr.: Hallándose vacante una plaza de médico clínico del Servicio Antivenéreo, con la dotación de 3.000 pesetas anuales, en cada una de las poblaciones siguientes: Elche y Orihuela (Alicante); Don Benito (Badajoz); Baena, Lucena, Pueblonuevo, Priego y Puente Genil (Córdoba); Guadiz y Loja (Granada); Alcalá la Real, Andújar y Martos (Jaén); Antequera (Málaga); Caravaca, Jumilla, Lorca y Yecla (Murcia); Aller, Langreo y Mieres (Oviedo); La Estrada (Pontevedra); Morón de la Frontera (Sevilla); Sagunto (Valencia), y dos clínicos y una de bacteriólogo en Chamartín de la Rosa (Madrid), con idéntica dotación, y una también de clínico en Santa Cruz de Tenerife, que a más de las 3.000 pesetas indicadas sumará el 30 por 100 de dicha cantidad como bonificación de residencia.

Este Ministerio, en virtud de lo dispuesto en la Orden de 2 de diciembre de 1932 (*Gaceta* del 5), ha acordado sean provistas mediante concurso de traslado entre los médicos del Servicio oficial Antivenéreo.

Los aspirantes concretarán en sus instancias las plazas

que soliciten y el orden con que las prefieran, dirigiéndolas a la Dirección general de Sanidad hasta las dos de la tarde del día 17 del corriente, en que finalizará el plazo de admisión de las mismas.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y efectos oportunos. Madrid, 5 de julio de 1933.—*P. D., J. Bejarano*.—Señor Director general de Sanidad. (*Gaceta* del 6 de julio de 1933.)

### *Lucha antivenérea*

#### ORDEN

Ilmo. Sr.: Teniendo en cuenta lo que dispone el apartado 9.º de la Orden de 2 de diciembre de 1932, aprobatoria del Reglamento de Médicos adscritos a la Lucha Antivenérea, en relación con las permutas entre los mismos y con objeto de regular la concesión de las dichas,

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

La Dirección general de Sanidad continúa facultada para resolver en cada caso, libremente, las permutas que se soliciten, teniendo en cuenta las necesidades y conveniencias de los servicios; pero quedará establecido, a partir de esta disposición, que todo médico que ocupa un cargo de la Lucha Antivenérea mediante permuta, no podrá solicitar ninguna nueva en plazo mínimo de dos años, ni tomar parte durante ese tiempo en ningún concurso de traslado.

Lo que digo a V. I. para su conocimiento y efectos que procedan.

Madrid, 27 de junio de 1933.—*P. D., J. Bejarano*.—Señor Director general de Sanidad. (*Gaceta* del 29 de junio de 1933.)

## DES RATIZACION Y DESINSECTACION

#### ORDEN

Con el fin de evitar la repetición de los desgraciados accidentes que vienen produciéndose en las operaciones sanitarias realizadas con gas cianhídrico y para determinar los casos en que, según la práctica ha demostrado, el empleo del mismo constituye una necesidad por su eficacia y garantía de los resultados obtenidos,

Este Ministerio se ha servido disponer lo siguiente: Solamente será aplicable el gas cianhídrico como medio de desratización y desinsectación en los casos siguientes:

1.º Operaciones en puertos para barcos y locales de la zona marítima que se encuentren aislados de todo edificio habitado, efectuándose siempre ambas operaciones bajo la dirección de la autoridad sanitaria correspondiente.

2.º Ferrocarriles y sus almacenes y locales anejos, dependientes de los mismos, cuando se encuentren en condiciones de absoluto aislamiento con respecto a otros locales habitados, y asimismo bajo la dirección de la autoridad sanitaria correspondiente.

3.º En cualquier otro caso que fuese considerado conveniente a juicio de las autoridades sanitarias y mediante autorización expresa para cada uno de ellos por la Dirección general de Sanidad.

Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan al cumplimiento de la presente orden.

Madrid, 2 de junio de 1933.—*Casares Quiroga*.—Señor director general de Sanidad.



## El ejercicio profesional en España

A LAS CORTES CONSTITUYENTES

El estado de inquietud económico-social que agita al mundo, ha determinado el desplazamiento de productos y de individuos de unos a otros países, en tal magnitud, que las naciones se han visto obligadas a establecer medidas defensivas contra estas inmigraciones excesivas. A los países desfavorables del comercio exterior, han opuesto el sistema de contingentes; pero empieza a desarrollarse la invasión de intelectuales que, sobre todo en España, producirá gravísimos trastornos. En virtud de estas consideraciones, los diputados que suscriben tienen el honor de dirigir la siguiente

### PROPOSICION DE LEY

Artículo primero. Para ejercer en España cualquier profesión facultativa se necesita:

- 1.º Ser ciudadano español.
- 2.º Estar en posesión del título oficial, español, correspondiente.

Art. 2.º Por convenio diplomático podrá eximirse la nacionalidad española, para los ejercicios profesionales. Pero en estos casos, será imprescindible el establecimiento de paridad entre el número de profesionales originarios de los países con los que se pacte, y el de españoles que ejerzan en aquéllos.

Art. 3.º Los que ostentando títulos extranjeros deseen convalidarlos en España, habrán de sujetarse al mismo tiempo de escolaridad que se exija a los estudiantes españoles.

Art. 4.º Para el ejercicio de función pública, no podrá dispensarse la nacionalidad española, teniendo en este caso el profesional que ser español o naturalizado con cinco años de anterioridad.

Palacio de las Cortes, 6 de julio de 1933.—Antonio Tuñón de Lara.

## GACETA DE LA SALUD PUBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,6; ídem mínima, 705,0; temperatura máxima, 34,6; ídem mínima, 17,8; vientos dominantes, NE. SE. y O.

En la presente semana han ocurrido frecuentes casos de anginas, algunas flegmonosas y las descuidadas complicadas con otitis medias supuradas.

También se han presentado algunos casos de gastroenteritis, y lo característico ha sido que se han iniciado unas y otras por epistaxis.

En los niños abundan ya los trastornos intestinales propios de la estación.

### CRONICAS

Pliegos de la obra "Oposiciones".—Hemos venido anunciando en varios de nuestros números que no serviríamos, por extravió, pliegos de esta obra sino dentro de los ocho días siguientes al del envío.

Algunos de nuestros suscriptores suelen pedir pliegos que se mandaron hace más de dos meses; pero ni aun los corrientes los mandaremos sino es dentro del plazo ya mencionado. Comprenderán nuestros suscriptores que el sólo hecho de retirar un pliego de la obra, nos ocasiona la pérdida de un ejemplar y ello viene a causarnos el perjuicio que fácilmente pueden deducir.

Así pues, toda reclamación que no se haga dentro de los ocho días siguientes al envío efectuado, será suplida con el pago de una peseta por pliego, cantidad insignificante si se tiene en cuenta el perjuicio a que hacemos mención.

**Noticias.**—Ha sido nombrado don Evelio Salazar y García, catedrático numerario de pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

**Código Penal vigente.**—En un folleto encuadernado en rústica hemos reunido el Código Penal, que al precio reducidísimo de 2,50 pesetas, para nuestros suscriptores, serviremos contra el envío de dicha cantidad.

**Index.**—Este es el título de un magnífico periódico gráfico, que dedica sus numerosas páginas, llenas de rotograbados, a temas industriales, de comercio, construcciones, literatura, deportes, modas, cinema, etcétera, etc. En el número correspondiente a julio puede apreciarse el valor de esta revista.

**Aparato de corrientes galvánicas, farádicas y continuadas, transportable, en perfecto estado, se vende en precio ventajoso.** Calle de Florida, 1, entresuelo izquierda, Madrid.

**Fin de carrera.**—En los pasados exámenes y con muy brillantes notas ha acabado la de odontólogo el culto y estudioso joven don Antonio Fernández Coppel. Nuestra más cálida enhorabuena a la par del deseo de que alcance altos triunfos en el ejercicio de esta profesión.

**Obras recibidas.**—"Manual de diagnóstico ginecológico". Casimiro Población. Editor, J. Morata. Madrid, 1933. 25 pesetas.

"El examen funcional del hígado en las enfermedades alérgicas". Calderón y Gómez, tesis doctoral. Madrid, 1933.

"Fisiología y patología de la vesícula biliar". César Serrano. I. Medicina. Madrid, 1933.

"Estudio sobre la cuestión del parto sin dolor". Carlos Colmeiro. I. Moret. Coruña, 1933.

"II lecciones sobre reumatismo". Doctor Marañón. Editor, Javier Morata. 1933. 10 pesetas.

"Lo que la Cruz Roja hace por la salud en el mundo". Conferencia dada por el Dr. René Sand, asesor técnico de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, en el Dispensario Central de la Cruz Roja Española el 30 de mayo de 1933; traducida del francés por la dama enfermera señorita Sara Innerarity. Folleto, 16 páginas.

### SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

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

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

**Sil-Al** Silicato de aluminio, fisiológicamente puro  
Laboratorio Gámir, Valencia — J. Gayoso, Madrid

Medicación por la quinina. — Fiebres palúdicas, gripales, etc.

**NIÑOS** { **Quininfantina**  
— Delgado Ronco —

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

Imprenta Zolla Ascáibar, Martín de los Reros, 69, Madrid.



# Suero anti-asmático de Heckel



Para adultos:  
Caja de 12 ampollas de 5 c. c.  
Caja de 6 ampollas de 5 c. c.

Para niños:  
Caja de 12 ampollas de 2 c. c.

ELABORADO POR D. ERNESTO MOLINA GATTEAU  
FARMACEUTICO  
EN EL LABORATORIO E. BOIZOT  
Luis Cabrera, núm. 47. MADRID

En muchos casos la inyección de media y aun de un cuarto de

## SUERO ANTIASMATICO DE HECKEL

basta para hacer cesar el espasmo.

La crisis de asma causada por la excitación del neumogástrico cede inmediatamente por la inyección del Suero Antiasmático de Heckel, por excitación del gran simpático.

## METODO CITOFILÁCTICO DEL PROFESOR P. DELBET

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

# DELBIASE

Comprimidos de Sales halógenas de  
**MAGNESIO**

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL  
POR HYPERMINERALIZACIÓN  
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

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

### PRINCIPALES INDICACIONES

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

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

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

Muestra medical sobre pedido.

Muestra y Literatura: A. SERRA PAMIES S. A., Apartado 26,

# Lipiodol Radiológico

Acelte Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

## "ASCENDIENTE" Y "DESCENDIENTE"

Permite la exploración y el estudio sobre el vivo, sin dolor y sin que haya ningún incidente fastidioso, en las cavidades más nobles del organismo ni en los territorios que hasta ahora han permanecido cerrados a las miradas de los investigadores.

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPIODOL LAFAY**

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



## SANATORIO NEUROPATICO

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

Directors: Dr. GONZALO R. LAFORA  
Plaza de la Independencia, 8. — MADRID. — Teléfono 11380

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

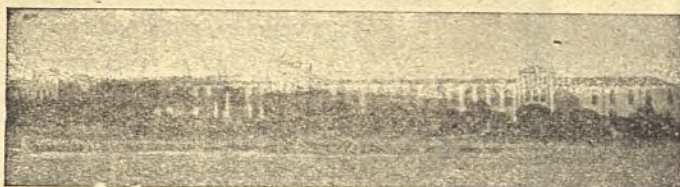
CARABANCHEL BAJO. — Calle de Pablo Iglesias, núm. 12. — Teléfono 71 C.

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



**Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO Carabanchel Alto**  
 Director: Dr. Jaime Esquerdo Sáez



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

**IODASA BELLOT**

Solución titulada de IODO - PEPTONA - BELLOT  
 SIN IODISMO

Cada Vgotas contienen un centigramo de iodo combinado con la peptona.  
 XX gotas obran como un gramo de yoduro alcalino.

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

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

LA IODASA se prepara en España desde el año 1907  
 F. BELLOT.—Antonio López, 163.—MADRID

**¡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)

*Características de la plaza que se anuncia*

Partido: Valdehúncar, y su anejo Millanes de la Mata.

Categoría: cuarta.

Sueldo asignado: 1.500 pesetas y 125 de Inspección de Sanidad.

Número de familias pobres: veinticinco.

Forma de proveerla: concurso de méritos.

Valdehúncar, 23 de junio de 1933.

El alcalde, Domingo Ramos.

El Boletín Oficial de Castellón, fecha 27 de junio, anuncia la de Canet lo Roig, plaza de comadrona titular de esta población, dotada con el sueldo anual de 600 pesetas, por haber quedado desierto el concurso anunciado en 23 de marzo último, queda abierto otra vez el correspondiente concurso reglamentario para la provisión en propiedad de la citada plaza de comadrona, por el plazo de treinta días hábiles, a contar desde el siguiente al de su inserción en el Boletín Oficial de esta provincia.

Debiendo acompañar a la solicitud certificación de nacimiento, título profesional o copia autorizada del mismo, certificado de antecedentes penales, certificado de conducta, y podrán hacerlo de todos aquellos que justifiquen méritos que desean puedan ser tenidos en cuenta.

El Ayuntamiento se reserva el derecho de poder apreciar libremente los méritos que aleguen a las concursantes.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Canet lo Roig, 20 de junio de 1933.—El alcalde, Francisco Mesquer.

(Continúa en la pág. XVIII.)



que te las descontaré de la primera nómina...

Gutiérrez.—Sí; desde luego... ¿Manda usted algo?

El empresario.—¿No he de mandar, hombre? ¡El recibo! ¡Que luego me hago un lio de cuentas! (Viendo que Gutiérrez coge un pliego de papel de los que hay sobre la mesa y se dispone a escribir.) ¿Pero... qué haces tú?

Gutiérrez.—Lo que usted me pide, D. Aurelio: el recibo.

El empresario.—¿Y vas a estro-

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

pear una hoja de barba para eso? ¡Ya se conoce que a ti no te cuesta!... ¿No tienes por ahí un pedazo de papel cualquiera?

Gutiérrez.—No; no tengo...

El empresario (rebuscando en sus bolsillos).—Ni yo tampoco... ¡Es que no traeis mas que complicaciones!... ¡A ver si no va a haber ahora media cuartilla!... Bueno, mira; haz aquí el recibo... (Arranca una tira del margen blanco de un número de "El Imparcial" y se la da a Gutiérrez. Este redacta el documento y se va.)

El contador (al empresario).—Quedamos en que ayer se hicieron seiscientos pesetas...

El empresario (revisando la hoja de ingresos).—No, hombre, no... Tú has sumado mal... Ahora verás... (Sumando entre dientes): ... y tres, ocho, y cuatro, doce... Dos, y llevo una...

El contador.—A mí me parece que está bien.

El empresario.—¿No, señor; no está bien! ¡A mí me salen mil ciento cuarenta y dos pesetas!

El contador (espantado).—¿Don Aurelio!... ¡Eso no es posible!

El empresario.—¿Cómo que no?

**SARNA**

Cúrase con **Sulfureto Caballero**

¡Míralo, míralo!... (Se interrumpe para preguntar al taquillero, que acaba de despachar unas localidades.) ¿Qué quería ese, García?

El taquillero.—Dos anfiteatros.

El empresario.—¿Y qué se ha llevado?

El taquillero.—Pues eso: dos anfiteatros.

El empresario.—¿Lo ves? ¡Así no hay negocio posible! ¡A ese le has podido colocar dos butacas de entresuelo!... ¡Es que estáis en la lu-

na! (Siguiendo la discusión con el contador): Vuelve a sumar y verás cómo sale lo que yo digo.

El contador.—¿Que no, señor! ¡Que salen seiscientos!

El empresario.—Fíjate bien, hombre... Cinco y tres, ocho... Ocho y cuatro, doce...

Un individuo (acercándose a la taquilla).—Tres butacas para esta noche. Que sean de buena fila...

El empresario (al taquillero).—Aguarda, García, que voy yo a despachar. (Se levanta, va a la taquilla y pregunta al individuo): ¿Quería usted...?

El individuo.—Tres butacas de buena fila.

El empresario.—De buena fila, no sé... (Repasando los tacos de billetes.) No quedan mas que de atrás... ¿Por qué no se lleva usted un palquito?

El individuo (con una lógica aplastante).—Porque quiero butacas.

El empresario.—Desde un palco se ve mucho mejor. Y no siendo usted...

**Solución salicilato sódico Domingo.**

Cada cucharada contiene dos gramos de salicilato sódico puro.

**J. DOMINGO CHURTÓ**  
C. Libertad, 14, BARCELONA

des más que tres estarán comodísimos... Nadie les molestará entrando y saliendo... Además, el precio viene a ser igual... (Siguiendo convenciendo al individuo.)

El taquillero (al contador).—Este D. Aurelio es de lo que no se encorrambra...

El contador.—¿Mira que empeñarse en que ayer se hicieron más de mil pesetas!...

El individuo (abrumado por los razonamientos del empresario).—¡Vaya, deme usted el palco!

El empresario.—Ahí va... Sí, nueve pesetas... Entrega el billete al individuo, cobra y vuelve a su mesa, diciéndole al taquillero.) ¿Lo ves? ¡Así hay que despachar!

El contador.—Bueno, D. Aurelio: a mí siguen saliéndome seiscientos pesetas.

El empresario.—¿Nada, que te has empeñado en sumar de cualquier modo! Sumaré yo otra vez... (Repite el trabajo con el mayor esmero, y al terminar lanza una interjección rotunda.) ¡Caray!... ¡Ahora me salen cuatrocientos dieciocho!... No, si es que acabáis volviéndole a uno loco... (Suma por tercera vez.) Cinco y tres, ocho..., y cuatro, doce... (Desesperado.) ¡Lo dejaremos para cuando vuelva Manolo, el primer actor, que sabe de cuentas!

El chico de la carnicería (entran-

do apresuradamente).—¡Guás tardes!

El empresario (malhumorado, al chico).—¿Qué traes tú?

El chico.—Que dice el encargo que hoy no hay ternera. No han querido despacharla en el Matadero, porque no sé qué pasa con los matarifes... Conque usted dirá lo que s' hace...

El empresario.—¡Maldita sea mi sombra!... ¡Que todos son conflictos!... (Al chico, despidiéndole.) Voy ahora mismo... (Al contador.) Por

**STROPHANTUM**  
**PALLARES**

**XV gotas contienen 1/2 miligramo de Estrofantina**

si acaso, haz otra vez la suma... Yo me voy a la carnicería, porque aquello es lo seguro y no hay que abandonarlo... ¡Que ya lo tengo bastante descuidado con este barullo del teatro!... ¡Que maldita sea la hora en que me metí a empresario!... ¡Que no gano más que quebraderos de cabeza!... ¡Que el público, y los cómicos, y los de la taquilla, y los tramoyistas, y todo el mundo es a explotarle a uno!... (Y se marcha, renegando de lo humano y de lo que no es humano.)

Telón rápido.

TARTARIN

**Contra las neuralgias aconsejadas**  
**Cerebrino Mandri**

LOS ANTIGUOS directores de orquestas marcaban el compás con el pie. Juan Bautista Lulli, notable músico florentino y director de la orquesta de violines de Luis XIV, fué el primero que usó, para dicho fin, un bastón de dos metros de altura, origen de las actuales y pequeñas batutas.

Por cierto que su invención fué causa de su muerte, pues dirigiendo un *Tedéum* en la capilla real, se dió un golpe en el pie con el enorme bastón; gangrenóse el pie y falleció el maestro, entre horribles sufrimientos, en 1687.

\*\*\*

ZAHAREÑO, palabra árabe, es un adjetivo que se aplica al pájaro bravo que no se amansa, o que con gran dificultad se domestica. También se dice del hombre desdenoso, esquivo, intratable o irreductible.



## Las grandes figuras de la Cruz Roja La doctora Alice G. Masarykova

Digna descendiente de una de las más ilustres figuras de la Europa contemporánea, la doctora Masarykova, ha recibido en herencia una gran parte de las excepcionales cualidades que, en 1918, elevaron a Masarykova a la primera presidencia de la nueva República de Checoslovaquia. Si la vida del padre se consagró al abnegado servicio de la política de su pa-

Sedante del dolor, de la tos, de todo estado de excitación **Atropaver** reúne los alcaloides del opio y de la belladone

tria, la de la hija, con entusiasmos no menores, ha tenido por sola devoción el bienestar social de su país. En ambos vemos el mismo gusto por las disciplinas liberales. Y así como el padre, después de dedicar una parte de su juventud a la enseñanza de la Filosofía, hace de su vida un apostolado para la educación moral del pueblo checo, la hija, tras una formación en las Universidades de Praga, Berlín y Leipzig, que la familiarizan con las más importantes cuestiones de la medicina, la historia y la ciencia económica, pone su madurez espiritual al servicio de todos los graves problemas de la moderna sociología.

Al crearse, después de la firma del tratado de Paz de Versalles, la nueva república de Checoslovaquia, la doctora Masarykova fué elegida miembro del Parlamento, donde sus intervenciones, en la ardua obra de organizar el joven Estado, fueron brillantísimas.

La Cruz Roja checoslovaca, creada en 1919, tuvo en la doctora Masarykova su verdadera fundadora. Y na-

**HEMORROIDES** internas, externas y afecciones del recto. Mediación hemorroidal completa Dr. Ribalta. Prospectos gratis.

Rambla Cataluña, 44. — BARCELONA

die mejor que ella podía ser llamada a ocupar la presidencia de la Institución a la que, desde dicha fecha, viene dedicando toda su inteligencia y sus fervores humanitarios.

A la doctora Masarykova se debe también la fundación en Eslovaquia de una escuela de servicio social, cuyo programa se ha adaptado a las particulares condiciones del país. Ayudó igualmente a la creación de la Unión central de sociedades benévolas de higiene y de servicio social, y desempeñó su presidencia.

Pero la realización que expresa mejor que ninguna otra la elevación de su espíritu fué la "Tregua de la Cruz Roja" que por primera vez se celebró en 1921, y que desde entonces, con ocasión de las fiestas de Pascua, abre un paréntesis de paz en las querellas de los partidos, las polémicas de los diarios y en cuantas pugnas puedan dividir el país. Esta anual manifestación, cuya ceremonia inaugural se celebra en el Parlamento con asistencia del Presidente de la República, Gobierno y Cuerpo Diplomático, ha tomado ya el carácter de un acontecimiento nacional.

La doctora Masarykova ha representado a la Cruz Roja checoslovaca en diferentes Congresos y reuniones internacionales y, desde 1928, desempeña la presidencia de la Conferencia Internacional de Servicio Social.

No es fácil resumir la vida de la doctora Masarykova en una rápida enumeración de hechos y fechas. En la variedad y amplitud de su obra lo más admirable es el talento de organización, la agilidad de visión y la sensibilidad de que siempre sabe dar muestra. Un volumen de cartas

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

dirigidas a un amigo prisionero político, en Viena, durante la guerra, revelan, mejor que pudiera hacerlo el más afortunado de sus biógrafos, toda la elevación de su alma y la nobleza de sus aspiraciones e ideales. Y en la Cruz Roja, la doctora Masarykova viene poniendo toda la fe de su espíritu en lograr lacer de ella una poderosa fuerza moral que traiga un poco de luz y esperanza a los sombríos días que vivimos; que combata sin desmayo toda idea bélica y prepare en la paz y en la bondad el advenimiento de una humanidad más sana, más fraternal y más unida.

(Comunicado por el Secretariado de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja. París.)

**ARTE GRAFICO**  
Fotografado. Hortaleza, 21. Tel. 14623  
— Especialidad en trabajos para Laboratorios. —

LA PROFESORA.—Si una criada limpia una habitación en dos horas, ¿cuánto tardarán dos criadas trabajando juntas?

EL ALUMNO.—Cuatro horas.

## Investigaciones y novedades

Hemos recibido el número primero de esta Revista, que será el órgano de divulgación de inventos e innovaciones. Aparecerá mensualmente.

Efectivamente, en el presente número trae "Investigaciones y novedades", novedades de mucho interés, presentando con originalidad los anuncios y constituyendo el texto un conjunto parcial y total que se hace leer con sólo mirar a cada uno de los títulos. Porque ¿quién se resiste a enterarse de lo que encierra el artículo "Los mudos hablan", que es uno de los primeros trabajos publicados? ¿Quién no lee los medios empleados para conocer si un camión ha ido con velocidad excesiva y en qué trayectos ha llevado carga superior o inferior a la de partida o una mecánografía ha escrito menos de lo que debió rendir en una jornada de trabajo?

A nosotros nos ha llamado mucho la atención—no deja de ser muy original—la relación de patentes y modelos registrados recientemente en España, y habiendo escogido, naturalmente, aquéllas que se hacen más curiosas, encontramos números elevadísimos (128.737), registrando modelos de aparatos, objetos, invenciones, tales como estas: "Un aparato automático para la confección de cigarrillos, colocado en una petaca". "Un aparato para arrancar el corazón o parte interior de... los pimientos y cortar la punta de los mismos". "Un nuevo procedimiento de fabricación de tacones desmontables"...

Correspondemos al saludo que dirige esta Revista a la Prensa, y le deseamos larga vida y muchos aciertos.

Las personas que se interesen por esta Revista pueden solicitar ejemplares a su Administración, Ríos Rosas, 31, Madrid.

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

LA EXPRESION latina alma máter significaba la patria. Era sobre nombre que se daba a las diosas Ceres, Cibele, Tellus y Rhea. Algunas universidades, la de París entre ellas, recibieron este nombre.

\*\*\*

EL DOCTOR.—¿Está usted mejor, verdad? ¿Tiene apetito? ¿Le gusta el pescado? Bien. Dale usted dos cucharadas de aceite de hígado de bacalao.



## ► Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS  
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS  
WAGNER, 51  
BARCELONA

## ► Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

**Acción derivativa, descongestiva y antiflogística se obtiene en todos los casos con el**

**Vejigatorio líquido del Dr. Masó Arumí**

**INDICACIONES: PLEURESÍAS — NEUMONÍA — NEURITIS — CIÁTICA, ETC.**

**Muestras y literatura: Farmacia del DR. NADAL. — Rambla de Canalejas, 1. — BARCELONA**

## CATARROS **BIFOSFOTIOL** TOSES

SOLUCIÓN ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

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

## PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINA (Nombre registrado)

**Calma, regulariza y fortifica los nervios**

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

## BOLEASE MONAL

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

**COLAGOGO - TÓNICO - HEPÁTICO - ANTI-TÓXICO**

**Enfermedades del Hígado  
y del Intestino**

DOSIS : 4 à 6 glóbulos por día



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

**LABORATOIRES MONAL & C<sup>IE</sup>, 6, RUE BRIDAINÉ, PARIS**

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



# SANATORIO PEÑA - CASTILLO

SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física. Hotel de dietética. Dos hoteles para psiconeurosis. Pabellón especial de radioterapia profunda. Sección de toxicómanos.

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

HOZNAYO.—La mejor agua de mesa

**¡DOCTOR!...** ¿Quiere usted

que el alcanfor que ha de inyectar a sus enfermos obre de manera rápida y segura? Pues use siempre el

**Canforetil B. Martín**

(Nombre registrado)

Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)

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

## ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.<sup>a</sup> 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

## 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.

Médico con larga práctica profesional se ofrece para sustituir a compañero en partido médico, por dos o tres meses de la estación de verano.

Para informes, dirigirse a don Agustín Valverde, médico titular de Villaverde Mogina (Burgos).

## Correspondencia

### administrativa

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

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

D. Cipriano Villalonga Guerra.—Pagado fin de diciembre de 1933.

D. Baldomero Romero.—Id. fin marzo 1933.

D. Tomás Hernández.—Id. fin agosto 1933.

D. Antonio Banzá Roca.—Id. fin mayo 1934.

D. José González y González.—Id. fin octubre 1933.

Doña Eulalia González.—Id. fin mayo 1933.

D. Rafael Mateu Martorell.—Id. fin mayo 1934.

D. Ricardo Pelayo Guilarte.—Id. fin diciembre 1933.

D. José María Polo Herrera.—Id. fin mayo 1934.

D. Fernando Palenciano.—Id. fin marzo 1934.

(Continúa en la página siguiente.)

### Dos libros de gran interés para los médicos

#### Anatomía Patológica y Patogenia de la Tuberculosis

por el DR. VALDES LAMBEA

El concepto actual de la evolución de esta enfermedad, expuesto en forma sencilla e ilustrado con grabados y radiografías.—Obra de gran sentido práctico. Primer tomo de la Biblioteca de Revista Española de Tuberculosis.—Interesante colección que ha de componer un tratado completo de la especialidad, escrito por los mejores autores. **Precio: 10 pesetas.**

**Trabajos del Hospital Nacional** (Tercer volumen) contiene documentados originales del DR. M. TAPIA y sus colaboradores y gran profusión de grabados.

**Precio: 16 pesetas.**

Pedidos Revista Española de Tuberculosis, Alcalá, 84.—MADRID  
o a EL SIGLO MEDICO Serrano, 58, Madrid.



to que se fijará en las Casas Consistoriales; otro que se remitirá a la Cámara de la Propiedad o a cualquiera otra agrupación equivalente, si aquella no existiera, obteniendo acuse de recibo, y otro que se colocará en el sitio público del Tribunal.

Tratándose de muebles o bienes similares, se anunciará la subasta por edictos, que se publicarán solamente en el lugar acostumbrado.

Para la redacción de edictos que afecten a inmuebles y para la celebración de la subasta de los mismos, se tendrá presente lo dispuesto en las reglas 8.<sup>a</sup> y 13 del artículo 131 de la ley Hipotecaria, según previene el párrafo último del mismo precepto.

Art. 167. Los peritos y depositarios nombrados judicialmente, están obligados a aceptar su designación, salvo motivo bastante, en concepto del juez, bajo la multa de cinco a 50 pesetas, y si persistieren en su negativa, se les exigirá responsabilidad criminal.

Art. 168. En lo no previsto en los anteriores artículos, se estará a los trámites dispuestos en la ley de Enjuiciamiento civil para la ejecución de las sentencias dictadas en juicios verbales, todo ello sin menoscabo de la iniciativa judicial, que se determina en esta disposición para llevar a efecto sin moción de parte la sentencia firme.

Art. 169. Las tercerías que se promuevan por virtud de la ejecución de esta sentencia, se propondrán ante la jurisdicción civil ordinaria. El mismo día en que se presente, el juez comunicará la interposición de la demanda al presidente del Tribunal Industrial para que obste en derecho a los efectos del procedimiento.

La víctima del accidente o sus causahabientes, y, en su caso, el fondo especial de garantía para el cobro de las indemnizaciones, se entenderán comprendidos en el número 2 del artículo 1.924 del Código civil.

Los jueces desestimarán de plano las tercerías de mejor derecho en las que no se admita esta prelación.

Art. 170. Si el condenado al pago de las indemnizaciones mencionadas careciese de bienes bastantes para cubrir el importe de aquéllas, el juez o presidente del Tribunal Industrial lo hará saber al ejecutante, y

la restitución de las rentas pagadas indebidamente, y denunciará a los Tribunales a aquellos que fraudulentamente perciban o intenten percibir rentas que no les correspondan.

Art. 155. Con el fin de descubrir y evitar los fraudes en materia de accidentes del trabajo, la Caja Nacional organizará y mantendrá al día un fichero central de inválidos, en el que se procurará que figuren todos los que sufran incapacidades permanentes para el trabajo, sea cual fuere la causa productora de dicha incapacidad.

Las Compañías de Seguros de accidentes de toda clase, la Mutualidades y los servicios médico-militares y benéficos transmitirán a la Caja Nacional todos los datos que ésta reclame, y que posean anteriores a la entrada en vigor del presente Reglamento, así como los referentes a las incapacidades de que posteriormente tengan conocimiento.

La Caja Nacional informará gratuitamente a las Mutualidades, Compañías y Autoridades de si figura en el fichero central de inválidos la persona que interesen, transmitiéndoles, en caso afirmativo, los datos que posea.

Art. 156. La Caja Nacional de Seguro administrará el Fomento especial de garantía, con separación de sus restantes bienes y responsabilidades, según las normas de su gestión financiera y las establecidas en el presente Reglamento.

Art. 157. La misma Caja atenderá al fomento del Seguro mutuo de Accidentes del trabajo, preparando especialmente la reglamentación de Mutualidades, procurando su organización asesorándolas para lograr la unidad de gestión y pudiendo mediar en sus conflictos con el concurso, en su caso, de las Cajas colaboradoras.

Art. 158. Todas las funciones que el Reglamento de 25 de agosto de 1931, relativo a la aplicación a la Agricultura de la ley de Accidentes, confiere al Instituto Nacional de Previsión, se entienden transferidas a la Caja Nacional de Seguros de Accidentes del trabajo.

Art. 159. La Caja Nacional actuará como parte actora o demandada ante los Tribunales de Justicia, ordinarios o especiales, con beneficio legal de pobreza, sin



necesidad de su declaración, ya por Procuradores, con poder en forma, ya mediante funcionarios de la misma a los que, según los Reglamentos de la Caja, corresponda representarla ante el Tribunal de que se trate, lo que acreditarán mediante certificación autorizada por el presidente de dicha Caja.

## CAPITULO VI

### DEL FONDO ESPECIAL DE GARANTIA

Art. 160. Si el patrono o alguna de las entidades a que se refieren los apartados b) y c) del artículo 90 no ingresara en la Caja Nacional, en el plazo de un mes, el capital necesario para adquirir la renta por incapacidad permanente o muerte, que haya sido declarada por sentencia judicial, decisión arbitral o laudo de amigables componedores, o acerca de cuya procedencia estén conformes ambas partes y la Caja Nacional, el pago inmediato de dicho capital correrá a cargo del fondo especial de garantías.

Art. 161. Una vez pagado dicho capital, correspondan a la Caja Nacional, como organismo gestor del fondo de garantías, los derechos y acciones reconocidos al obrero víctima del accidente.

El fondo de garantía tendrá acción directa sobre los bienes del patrono o de las mencionadas entidades, incluso respecto de éstas sobre la fianza que haya depositado, para reintegrarse del importe de las indemnizaciones abonadas y de los gastos que ocasionare el reintegro, así como para el cobro de la cantidad que pudiera corresponderle en el caso previsto en los artículos 29, número 5.º, y 179, número 4.º, gozando a tales efectos de la calidad de acreedor singularmente privilegiado.

Gozará asimismo el fondo de garantía del beneficio legal de pobreza, sin necesidad de su declaración, y de todos los que establece la Ley, así como de las preferencias en ellas concedidas.

Art. 162. En el caso de que el patrono o entidad que le sustituya no haga efectivas las responsabilidades por accidentes del trabajo a cuyo pago haya sido condenado por sentencia firme o arbitral, o laudo de amigables

componedores, se llevará ésta a efecto por el juez o presidente del Tribunal Industrial que la dictó, basando para que el procedimiento ejecutivo se practique sin instancia de parte en todos sus trámites, la solicitud del que obtuviere a su favor la ejecutoria o de sus derechos bienes, o, en su caso, del fondo especial de garantía.

Art. 163. Para hacer efectiva la cantidad líquida determinada en la sentencia, el juez dispondrá que el alguacil proceda al embargo y depósito de bienes del ejecutado, por ante el secretario y previa citación del ejecutante, guardando el orden que señala la ley de Enjuiciamiento civil. No será necesario previo requerimiento al deudor. El acreedor podrá en la misma diligencia designar bienes para el embargo por el orden indicado y nombrar depositario. El juez determinará si éste, en todo caso, ha de prestar fianza y la forma y cuantía de la misma.

Art. 164. Si el embargo recayese en bienes inmuebles, se requerirá en el acto de la traba al deudor o a la persona que haga sus veces en ese momento, para que se lo haga saber a aquél, con el objeto de que dentro del quinto día presente en la Secretaría los títulos de propiedad de aquéllos. Si no lo hiciere, el juez suplirá, en lo posible, de oficio la falta de titulación, adoptando las medidas que estime necesarias, aportando en todo caso certificado de las inscripciones vigentes, así del dominio como de toda suerte de desmembraciones o gravámenes del mismo que consten en el Registro de la Propiedad. También proveerá oportunamente a la anotación preventiva del embargo.

Art. 165. Si dentro de tercero día de practicado el embargo de bienes susceptibles de tasación, las partes no acuden al Tribunal proponiendo el nombramiento de peritos, nombrará el juez dos de oficio, y, en caso de que las partes los propongan, designará el juez un perito de entre los que cada una de aquéllas señale, y uno más de su libre elección.

Art. 166. Hecho el avalúo o acreditado el valor de los bienes embargados, y obtenidos en su caso, los datos posibles en cuanto a la titulación, se sacarán aquéllos a pública subasta, librándose para divulgarla en todos sus anuncios, si se tratase de bienes inmuebles, un edic-



- D. A. Chordi Bergua.—Pagado fin diciembre 1933.  
 D. Eduardo Alvarez.—Id. fin diciembre 1934.  
 D. Fernando Baquero Fernández.—Id.  
 D. Rafael Villalobos.—Id. fin junio 1934.  
 D. Bernardo Aguilera.—Id. fin mayo 1934.  
 D. Lorenzo Pérez Herrero.—Idem fin diciembre 1934.  
 D. Luis Eugenio Santos.—Idem.  
 D. Secundino Sáez.—Id. junio 1934.  
 D. Angel Alonso Alegre.—Id. fin diciembre 1934.  
 D. Francisco Martínez Ricart.—Idem.  
 D. Francisco Monfort.—Id.  
 D. Bautista Duque.—Id. fin diciembre 1933.  
 D. Alfredo Cadroy Mateu.—Idem fin diciembre 1934.

- D. Lorenzo Hernández Díaz.—Idem.  
 D. José Andrés Garcés.—Id.  
 D. Ignacio Caverro.—Pagado fin diciembre 1934.  
 D. Emiliano Combarros.—Id. fin mayo 1934.  
 D. Luis Contreras.—Id. fin septiembre 1933.  
 D. José María Pérez.—Id. fin diciembre 1934.  
 D. José Salado.—Id. fin septiembre 1933.  
 D. Crisanto Gil Mateo.—Id. fin diciembre 1933.  
 D. José Caballero.—Id. fin diciembre 1934.  
 D. Angel Rodríguez Moslares.—Idem.  
 D. Antonio Cubero.—Id.  
 D. Benito Ruiz.—Id. fin junio 1934.  
 D. Emiliano Rodríguez.—Id. fin diciembre 1934.  
 D. Higinio Baz.—Id. fin junio 1934.

(Se continuará.)

## Biblioteca de EL SIGLO MEDICO — MONOGRAFIAS

Precio de cada tomo 1,50 pesetas (para los suscriptores de «El Siglo Médico»).

- I. **Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas**, por el Dr. Valdés Lambea.
- II. **La demencia precoz**, por el Dr. Vallejo Nágera.
- III. **Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes**, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.
- IV. **Los problemas clínicos de la úlcera del estómago**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- V. **La blenorragia aguda y su tratamiento**, por el Dr. Angel Pulido Martín.
- VI. **El médico rural ante las distocias más frecuentes**, por el Dr. Vital Aza.
- VII. **Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- VIII. **La Epilepsia**, por el Dr. José M.<sup>a</sup> de Villaverde.
- IX. **El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea**, por el Dr. García Vicente, y **Alteraciones de la voz, laringitis y ronquera**, por el Dr. Huarte Mendicoa.
- X. **El tratamiento del reumatismo**, por Federico Peco y Manuel M. Sellés.

Los envíos a reembolso llevan un aumento de 0,75 pesetas, por lo cual conviene el previo pago de 1,50 pesetas en sellos de correos o giro postal.



*Removido Municipal  
P. Vella 3*

**DULCIMIDA  
MORATO**

Para muestras y literatura dirigirse a  
**LABORATORIOS MORATÓ**  
Paseo de la República, 87. — BARCELONA

Tabletas de 0,03 gramos  
de sal sódica del sulfími-  
do benzoico de la Far-  
macopea.

Sabor agradable.

No contiene hidratos de carbono.

**Dosis:** Cada tableta tiene  
el dulzor de un terrón do-  
ble de azúcar. Indíquese:  
Una o dos tabletas para  
dulzor agradable en té,  
café, leche, agua, etc., etc.

Indispensable en Diabetes,  
Glucosuria, Artritis, Obesidad,  
Gastroenteritis y Gastrocoleritis.

**Dieta hídrica.** — Dp./  
Agua hervida, 1.000. Dul-  
cimida, 8 a 10 tabletas:

Colutorios y gargarismos,  
edulcorar con 2 tabletas.  
Dulcimida por 250 c. c. de  
colutorio o gargarismo.  
Colirio ligero astringente:  
lavados y baños oculares,  
al 1.62 por 100 de Dulci-  
mida en agua.

## LABORATORIO FARMACEUTICO

**PONS, MORENO Y C.<sup>^</sup>**

Director: D. BERNARDO MORALES

**BURJASOT** VALENCIA  
E S P A Ñ A

**Jarabe Bebé**

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

Agentes exclusivos, J. URIACH Y C.<sup>^</sup>, S. A. — Barcelona.

**Tetradinamo**

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

**Septicemiol**

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Esti-  
mulante general de las defensas orgánicas a base de coleslerina, go-  
menol, alcanfor y estircina.

**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.