

# EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUED  
CONCENTADO

## HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

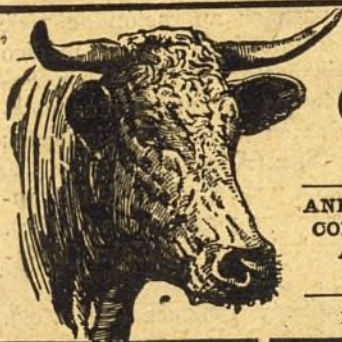
Boletín de Medicina, Gaceta Médica, Genio Médico-Quirúrgico, Fundador: Tejada y España.

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

## PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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



Reconstituyente muy Enérgico

## CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 ó 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



## PRIMERA DENTICIÓN

## JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones  
en las Encías

Establecimientos FUMOUE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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

## Clínicas de Europa

es un FORMULARIO CRITICO que publica **El Siglo Médico**, teniendo a la venta los siguientes tomos:

1.º A, 7 pesetas (2.ª edición). 2.º B C (agotado). 3.º D E, 8 pesetas (2.ª edición). 4.º F G H, 7,50 pesetas. 5.º I J K L, 7,50 pesetas. 6.º M N, 7,50 pesetas. 7.º O, 7,50 pesetas. 8.º P (hasta Partos) 8,50 pesetas. 9.º (se han publicado 672 páginas de este tomo que continuará una vez terminada la «Ley de accidentes del trabajo» que en forma encuadernable viene apareciendo en las primeras páginas de nuestros números).

Si usted quiere convencerse de la utilidad de esta obra solicite a reembolso uno de los tomos que se le enviará a correo seguido.

Facilitamos el envío a reembolso de un tomo cada mes.

Sus pedidos a **EL SIGLO MÉDICO**, Serrano, 58, Madrid  
Ayuntamiento de Madrid

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



**¿Viene usted a Madrid?**

**Hospédese**

**Hotel Los Leones de Oro**

(entre Puerta del Sol y Gran Vía)

**Calefacción — Baño :: :: ::**

**Precios económicos :: Muchas atenciones para los médicos**

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



**Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO Carabanchel Alto**

**Director: Dr. Jaime Esquerdo Sáez**



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

**¡Pies planos!**

**Lo único práctico y eficaz la**

**Plantilla «Victemor»**

**De corcho. Económica. Sin peso. No lastima**

**Precio: 3,50 y 4 pesetas par.**

**MAYOR, 82. — (Próximo a Capitanía)**

Ayuntamiento de Madrid

## Vacantes.

TRIBUNALES.—La *Gaceta* del 14 de julio publica el siguiente anuncio de la Dirección general de Sanidad:

*Tribunal de oposiciones para provisión de plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, con sujeción a lo dispuesto por la ley de 15 de septiembre de 1932, Reglamento para su aplicación de 7 de marzo de 1933 y Orden ministerial de 26 de junio del mismo año.*

Habiéndose anunciado en la *Gaceta de Madrid*, para su provisión en propiedad, por oposición, con arreglo a lo dispuesto en la ley de 15 de septiembre de 1932 y Reglamento para su aplicación de 7 de marzo último, las plazas de médico titular-inspector municipal de Sanidad de los Ayuntamientos comprendidos en la relación siguiente: Ibi y Sax (Alicante).

Muñana y agregados y Villafranca de la Sierra y agregados (Ávila). Almendralejo y La Haba (Badajoz).

Andraitx y Pollensa (Balears). Robledillo de la Vera (Cáceres). Nules-Mascarell, Peñíscola y Torreblanca (Castellón de la Plana). Almadén (Ciudad Real).

Rute (Córdoba).

Orgiva (Granada).

Zarauz (Guipúzcoa), dos plazas.

Baños de La Encina (Jaén).

Arganza y agregado (León).

Medrano-Daroca-Sojuela y Villamediana de Iregua (Logroño).

Piedrafita del Cebrero (Lugo).

Frigiliana (Málaga).

Aller, distrito cuarto, Collanzo y Pravia, distrito segundo (Oviedo).

Barro, La Cañiza y Salceda de Caselas (Pontevedra).

Carcagente y Estivella (Valencia).

Quintanilla de Abajo, Renedo de Esgueva, Sardón de Duero y Tordehumos (Valladolid).

Torres del Carrizal (Zamora).

Calatorao (Zaragoza).

Y aceptada la propuesta que por el Colegio Oficial de Médicos de cada una de las expresadas provincias ha sido hecha, de los médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad, que como vocales han de formar parte del Tribunal que ha de juzgar las citadas oposiciones, en armonía con lo dis-

(Continúa en la pág. IV.)



## CAPITULO VIII

## DE LA INSPECCIÓN, RECLAMACIONES Y SANCIONES

## Sección 1.ª—De la inspección.

Art. 206. La inspección, en lo que respecta a la obligatoriedad del seguro de Accidentes del trabajo, corresponderá a la Inspección general de Seguros sociales y sus delegados. En cuanto afecta a la declaración y revisión de la incapacidad y a la percepción de las rentas, la inspección será organizada por la Caja Nacional.

Art. 207. La inspección de la obligatoriedad del seguro tiene por objeto velar por el cumplimiento de la obligación patronal de asegurar a sus operarios contra el riesgo de accidentes que produzcan incapacidad permanente o muerte, así como de las demás obligaciones patronales contenidas en el capítulo V de este Reglamento.

Para practicarla se seguirán las normas referentes a la Inspección de Seguros sociales y las que dicte el Ministerio de Trabajo y Previsión a propuesta de la Caja Nacional.

Art. 208. Salvo lo dispuesto en los dos artículos anteriores, la inspección de cuanto se refiere al cumplimiento de los preceptos legales y reglamentarios sobre accidentes del trabajo y de cuanto afecta a la seguridad e higiene del obrero en los trabajos e industrias, corresponde a la Inspección del Trabajo, con sujeción a las normas generales de dicho servicio, consignadas en el capítulo segundo del Reglamento de 23 de junio de 1932, para la aplicación de la ley de 13 de mayo del mismo año.

Art. 209. Los obreros de industrias o trabajos comprendidos en este Reglamento podrán denunciar por escrito, a la Inspección del Trabajo o a la de Seguros Sociales, según proceda, el incumplimiento por los patronos o por las Mutualidades y Compañías de sus respectivas obligaciones.

hubiera abonado en su día al obrero o a sus derechohabientes.

Art. 175. Las declaraciones de insolvencia serán publicadas en la *Gaceta de Madrid*, en el *Boletín Oficial* de la provincia donde estuviere domiciliado el insolvente y en los Anales del Instituto Nacional de Previsión, por mediación en aquéllos del Ministerio de Trabajo y Previsión, rogando a cuantas personas tengan noticia de la mejora de fortuna del insolvente lo pongan en conocimiento de la Caja Nacional a los efectos oportunos.

Art. 176. Las diligencias de ejecución de sentencia en los casos de los artículos 162 al 169 y las de justificación de insolvencia a que se refiere el artículo 170, serán a costa del condenado en dicha sentencia, quien sufragará los derechos arancelarios, los del Timbre y los honorarios del representante del Fondo especial de garantía, siempre sin perjuicio del total completo y referente abono al ejecutante o, en su caso, al Fondo de garantía de la cantidad cuya exacción se persiga.

Art. 177. El Fondo especial de garantía tendrá derecho de repetición para resarcirse del importe de la indemnización que haya satisfecho por el patrono insolvente contra los bienes que éste tuviera durante un plazo de quince años.

Para el ejercicio de ese derecho podrá solicitar previamente la nulidad o rescisión de las ventas de bienes del patrono como hechas en fraude del Fondo especial de garantía.

El procedimiento de repetición será el de apremio una vez determinados los bienes propiedad del patrono responsable, a cuyo cargo serán las cuotas del mismo.

El procedimiento de nulidad de las enajenaciones en fraude será el de los incidentes ante el juez competente de la jurisdicción ordinaria, con arreglo a la ley de Enjuiciamiento civil.

En ambos actuará, en nombre del Fondo especial de garantía, el representante del mismo.

Art. 178. El Fondo especial de garantía gozará además del recurso extraordinario a que se refiere el artículo 496 del Código de Trabajo.



Art. 179. El Fondo especial de garantía se constituirá con los siguientes ingresos:

1.º Con las multas que se impongan por incumplimiento de las disposiciones legales en materia de accidentes en la industria.

2.º Con la cantidad que el Estado señale en su Presupuesto general anualmente.

3.º Con los capitales precisos para constituir una renta cierta temporal, durante veinte años, del 15 por 100 del salario de los obreros que mueran por accidentes y sin dejar derechohabientes, con arreglo al artículo 29, capitales que deberán ser satisfechos por el patrono o entidad responsable.

4.º Con las sumas que la Caja recuperará de los propios patronos responsables del accidente, en los casos en que el Fondo de garantía haya sustituido a los mismos en el cumplimiento de sus obligaciones; y

5.º Con cuotas anuales, que serán fijadas, cada año, por decreto del Ministerio de Trabajo, a propuesta de la Caja Nacional, en milésimas de las primas del seguro o de los capitales constitutivos de las rentas.

Art. 180. Las operaciones de la gestión administrativa del Fondo especial de garantía se reflejarán en una cuenta corriente que la Caja Nacional llevará al mismo Fondo, en la cual serán cargo las cantidades recibidas y data las indemnizaciones pagadas.

Art. 181. Anualmente la Caja Nacional formará y remitirá al Ministerio de Trabajo y Previsión un estado de situación del Fondo especial de garantía en el cual se demuestren las cantidades recibidas y las pagadas durante el último ejercicio y el saldo disponible al finalizar, justificándolo con la relación detallada de las indemnizaciones satisfechas, expresiva del nombre del accidentado, el del patrono insolvente, la fecha del auto declarativo de la insolvencia y autoridad que lo dictó.

Art. 182. En el caso de que en cualquier momento no existiera fondo disponible para atender al pago de las indemnizaciones declaradas, quedará el pago en suspenso hasta el ingreso de cantidades suficientes, informándose inmediatamente al Ministerio de Trabajo y Previsión acerca de las causas determinantes a que, a su juicio, obedezca la insuficiencia, y de los medios que

imprimir por su cuenta los Boletines estadísticos ajustándose exactamente al modelo aprobado.

Los demás patronos podrán solicitar los impresos necesarios de los Ayuntamientos o Delegaciones del Trabajo.

Art. 200. Los delegados del Trabajo remitirán a los jefes provinciales de Estadística los Boletines de accidentes del trabajo que hayan recibido durante el mes, dentro de los cinco primeros del siguiente, a fin de normalizar la elaboración de los datos. Asimismo enviarán a la Caja Nacional el duplicado de dichos Boletines.

Art. 201. Los jefes provinciales de Estadística, después de examinar y depurar los Boletines, procederán a la formación de los Estados trimestrales, con arreglo a los modelos que se les facilitarán por la Dirección general del Trabajo, enviándolos a este organismo dentro del mes siguiente al trimestre a que se refieran.

Art. 202. Las Audiencias, Juzgados de primera instancia y Tribunales industriales remitirán directamente al Consejo del Trabajo copia certificada de todas las sentencias ejecutorias que dicten en materia de accidentes del trabajo.

Art. 203. La acción administrativa se limitará, en los casos de desenvolvimiento normal de las disposiciones fundamentales, a un mero registro de accidentes; pero en aquellos casos en que el patrono no cumpla exactamente todos los trámites que en dichas disposiciones y en las reglamentarias se establecen, la Administración favorecerá, siempre que sea oportuno, las reclamaciones del obrero y cursará cuantas instancias estime pertinentes, participando al patrono la responsabilidad en que incurrir.

Art. 204. El trámite administrativo se dirigirá primeramente a reclamar del patrono el cumplimiento del precepto infringido, y si esta intervención resultara ineficaz, dará conocimiento al Tribunal industrial, y de no existir éste al juez de primera instancia.

Art. 205. De las gestiones realizadas gubernativamente y de sus resultados quedará constancia en la Delegación del Trabajo.



# 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

### Establecimiento Balneario de Arnedillo (Logroño)

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

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

Aplicaciones completas de Lodos vegeto minerales, únicos en España.

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

Estancia tranquila; clima muy saludable; altura sobre el nivel del mar 631 metros.

Viaje estación de CALAHORRA 15 de Junio a 30 de septiembre  
Detalles, folletos, etc., etc. Administrador del Balneario.

### 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

### Aguas de MARMOLEJO

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

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

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

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

Alquitranada la carretera que conduce a los manantiales.

**Gran Hotel del Balneario.** — Todo confort.

Pedidos de boletines e informes al señor Gerente, en

**MARMOLEJO (Jaén).**

### ALZOLA

(Guipúzcoa)

Oligo metálica, marcadamente litínica, radioactiva, 30°

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

Temporada:

15 de junio al 15 de octubre.

## AGUAS MINERALES NATURALES

DE

# CARABANA

«LA FAVORITA»

PURGANTES — DEPURATIVAS — ANTIBILIOSAS — ANTIHERPÉTICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

◀ MADRID ▶

Ayuntamiento de Madrid





# THUS- -SERUM

FÓRMULA	Tiocol . . . . .	0'25
	Gomenol . . . . .	0'05
	Lactofosf. cálcico . . . . .	0'25
	Extr. Malta . . . . .	0 5

Indicado en  
todas las afecciones de las

**VÍAS RESPIRATORIAS**

Laboratorios VIÑAS - Clarís, 71 - BARCELONA

## ◆ TRATAMIENTO EFICAZ ◆

**REUMATISMO  
YODOVISAL**

Salicilato sosa  
YODURO potasa

**ESQUIZOPRENIA  
MANGAN-ARSENILO**

Cacodilato de manganeso  
Cacodilato de sosa

Muestras y literatura:

**D. FENOLLOSA**  
**PAZ, 26 VALENCIA**



puesto por Orden ministerial de fecha de 6 de julio último,

Esta Dirección general, en cumplimiento de lo dispuesto en la Orden ministerial de 26 del expresado mes de junio, ha tenido a bien disponer que los Tribunales que han de juzgar las oposiciones, para la provisión de las plazas de referencia, queden constituidos en la siguiente forma:

*Alicante.*—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Vicente María Monfort, director de Sanidad del puerto de Alicante; D. José Viñes Ibarrola, subinspector provincial de Sanidad; D. Luis Pinedo Rodríguez; y secretario, D. Francisco Oncina Segura, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

*Avila.*—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Teodoro González y González Vela, epidemiólogo del Instituto de Higiene; D. Braulio García Sánchez de la Plaza, director interino de la Sección de Higiene infantil del Instituto de Higiene; D. Ramón Candelas; y secretario, D. Felipe Marcos, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

*Badajoz.*—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Mateo de la Villa Carretero, epidemiólogo del Instituto de Higiene; D. Cayetano Barriga Moreno, médico del Dispensario Antivenéreo; D. Tulio Pinna Casas; y secretario, D. Antonio Ossorio Bolaños, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.



# TERTULIA MEDICA

## HISTORIA - ARTE - CRITICA

### AMENIDADES

22-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

#### Errores corrientes en materia de primeros auxilios

#### El exceso de celo

He aquí un defecto común a la mayoría de los principiantes. Muy pocos entre ellos, al encontrarse en presencia de un herido o un accidentado, son capaces de actuar con discreción y medida. Así, tan pronto como se produce el accidente, el aficionado a los socorros de urgencia se presenta lleno del más pe-

que, si no contraproducentes, son al menos innecesarias e inadecuadas. Su vanidad de incipiente llega a hacerle creer que es él, y no la víctima, el verdadero protagonista del suceso. Y no escatima ningún medio para que toda la atención del público se concentre en sus gestos y palabras. Todo ello, claro es, realizado con la mejor voluntad y la más absoluta buena fe.

Por otra parte, no hay que desconocer

que es necesario una gran serenidad y una perfecta entereza de carácter para saber observar y escuchar, contenerse en los límites de una intervención ponderada y esperar la llegada del médico. Bien frecuentemente una actitud de entereza, ante atolondradas súplicas de la víctima o de los que la rodean, puede impedir que una fractura se complique o se agraven los sufrimientos del herido.

Se sabe que una fractura es simple o "cerrada" cuando la lesión ósea no va

## ¡RUSIA!

véala con sus propios ojos

#### "MALTOPOL"

Extracto de malta en polvo; contiene diastasa y vitaminas en forma concentrada

M. F. Berlowitz.—Alameda, 14, Madrid

Viajes individuales y colectivos con programas especiales

para médicos

## VIAJES ESPAÑA

Marqués de Cubas, 18. — Madrid

**Acidol-Pepsina**  
Gastritis-Dispepsias  
Diarreas gastrogénas

ligroso entusiasmo, separa a las personas que rodean a la víctima y con un petulante aire de autoridad y suficiencia da instrucciones y adopta medidas

acompañada de una herida, que se llama "abierto" cuando el hueso fracturado deja al descubierto una desgarradura de

con fuerzas para aplicarlo, debe callarse, acudir a los poderes y ponerle en obra, pero si permanece con él en la obscuridad de simple ciudadano ¿no es una locura que pretenda convertir las masas por conversaciones particulares? Aparte de esto, quisiera haceros algunas observaciones, mi buen sacerdote, puesto que me estoy dirigiendo a personas honradas, deseosas de emitir las opiniones con la mayor sinceridad para encontrar entre todas la verdad. Estos pensamientos míos quizá le parezcan a usted extraños, pero son el fruto de las reflexiones que me han inspirado las catástrofes de nuestros cuarenta últimos años. El sufragio universal que reclaman hoy los de la oposición, fué un principio excelente en la Iglesia, porque como usted lo ha hecho observar muy bien, los individuos pertenecientes a ella todos eran instruidos y disciplinados por el sentimiento religioso. Imbuidos del mismo sistema y sabiendo perfectamente lo que querían y a dónde iban. Pero el triunfo de las ideas con las cuales el liberalismo hace la guerra imprudentemente al gobierno próspero de los borbones, sería la pérdida de Francia y de los liberales mismos. Los jefes del partido de la izquierda lo saben muy bien. Para ellos esta lucha no es más que una simple cuestión de poder. Si, cosa que Dios no lo permita, la burguesía humillase ante el pendón de la oposición, las superioridades sociales contra las que su vanidad respinga, este triunfo sería seguido inmediatamente de un combate mantenido por la burguesía contra el pueblo,

que más tarde, vería en ella una especie de nobleza mezquina, en la que las fortunas y los privilegios le serían tanto más odiosas cuanto de más cerca las sintieran. En semejante combate, la sociedad, no me refiero con ello a la nación, perecería de nuevo; porque el triunfo de la masa apremiada que no pasaría de ser momentáneo, implica los mayores desórdenes. Se sigue de esto que un gobierno no está mejor organizado, ni es más perfecto, cuando se establece para la defensa de un privilegio más restringido. Lo que yo llamo en este momento privilegio no es ninguno de esos derechos concedidos abusivamente en otros tiempos a determinadas personas con detrimento de las demás; en modo alguno, expresa por el contrario, particularmente, el círculo social en el cual se encierran las evoluciones del poder. En cierto modo el poder es el corazón del Estado. Por otra parte, en todas las creaciones, la naturaleza ha estrechado el principio vital, para darle más fuerza; quiero explicar mi pensamiento con dos ejemplos: admitamos que en Francia hubiese cien pares no podrían causar más de cien roces. Abolid el par y todos los ricos se convierten en privilegiados; entonces, en lugar de ciento, tendremos diez mil, con lo que se habrá ensanchado considerablemente la plaga de las desigualdades sociales. El único privilegio que puede concederse al pueblo es el que le permita vivir sin trabajar. A sus ojos, todo el que consume sin producir es un explotador. No mira otra cosa que los trabajos visibles sin que conceda valor alguno a las producciones



los tejidos musculares y que tiene la consideración de "complicada" si han sido alcanzados los nervios o las gran-

movilizado éste. Actuar de otra manera es exponer a la víctima a las mayores complicaciones y a riesgos que pueden llevar hasta a la amputación.

Claro es que existen casos en que el carácter de la lesión exige la intervención inmediata que evite la agravación del mal. Una hemorragia importante, por ejemplo, ha de considerarse de atención más urgente que una fractura.

...Si nos encontramos en presencia de una herida extensa, no debemos intentar el aproximar sus bordes después de

### Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemiol Purgantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio, página V.)

des venas o han quedado desplazados algunos fragmentos de los huesos. Es evidente que una fractura simple puede complicarse si el paciente o el oficioso salvador no adoptan las precauciones aconsejables. Este peligro de agravar el mal ha de estar siempre presente en el espíritu del que interviene fortuitamente en el socorro de la víctima de un accidente en la calle o en la carretera. El rigor de la temperatura, la lluvia, el barro, las reclamaciones de los automovilistas que ven interceptado el paso, la impaciencia del herido o de los que le rodean, nada debe excusar, en el que da sus auxilios, un apresuramiento peligroso o una imprudencia tal, como hacer trasladar a un herido con un miembro fracturado sin haber previamente in-

El exceso de celo es igualmente muy temible en el tratamiento de las heridas. He aquí lo que a este propósito



se consigue en el manual de primeros socorros publicado por la Cruz Roja británica: "Solamente el cirujano puede lavar una herida grave o complicada por la fractura de un miembro. No debe tocarse jamás una herida con las manos si éstas no han sido previamente desinfectadas. Y aun así debe evitarse el tocar una herida si no es para retirar de ella algún cuerpo extraño muy visible...

haberla limpiado. Sólo el médico puede encargarse de ello mediante unos cuantos puntos de sutura. Claro que si éste no puede acudir antes de dos o tres días, puede ensayarse el aproximar los bordes de la herida utilizando una compresa que se fijará con una materia adherente en uno de los lados de la herida y se estirará hasta alcanzar su otro extremo. De esta manera, bajo el vendaje, los labios de la herida se aproximarán por sí mismos. Jamás debe aplicarse una banda adherente de una manera directa sobre la herida".

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

(Continúa en la página XX)

### CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88.-MADRID

### Antiséptico Glorógeno Lumen.

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22. - Jaén.

nes intelectuales que le enriquecen más. De modo que, aumentando los rozamientos, se extiende también el combate sobre todos los puntos del cuerpo social, en lugar de contenerle en un círculo reducido. Cuando el ataque y la resistencia son generales, la ruina de un país es inminente. Irremisiblemente tiene que haber siempre menos ricos que pobres; pero éstos se llevarán la victoria en cuanto la lucha sea material. La historia se encarga de apoyar mi principio. La república romana debió la conquista del mundo a la constitución del privilegio senatorial. Ahora mismo también el Senado fija el pensamiento del poder. Pero cuando los hombres nuevos y los caballeros quisieron extender el patriarcado, la cosa pública se perdió sin remedio. A pesar de Syla y después de César, Tiberio formó el imperio romano sistema en que el poder se concentra en un solo hombre, y con todo ello dió vida algunos siglos a aquel gran dominio. Cuando la ciudad eterna cayó en poder de los bárbaros, el Emperador no se encontraba en Roma. Cuando nuestro suelo fué conquistado, los francos que se le repartieron inventaron el privilegio feudal para garantizar sus posesiones particulares. Los ciento o los mil jefes que poseyeron el país establecieron sus instituciones con el fin de defender los derechos adquiridos por la conquista. De este modo la feudalidad duró tanto tiempo cuanto tuvieron restringido el privilegio. Pero cuando los hombres de esta nación, verdadera traducción de la palabra gentiles-hombres, en lugar de ser quinientos fueron cinco mil,

fué necesario que se hiciese en él la revolución. Por estar la acción de su poder demasiado extendida se hallaba sin recursos ni fuerza alguna, y, por consecuencia, sin defensa contra las manumisiones del dinero y del pensamiento que no habían previsto.

Luego el triunfo de la burguesía en el sistema monárquico tiene por objeto aumentar a los ojos del pueblo el número de los privilegios, y el triunfo del pueblo sobre la burguesía es el efecto inevitable de este cambio. Si semejante perturbación llega a tener lugar, tendrá como medio el derecho del sufragio extendido sin medida entre las masas. Quien vota discute. ¿Los poderes discutidos no pueden existir? ¿Imagina nadie una sociedad sin poder? ¿No? Pues bien: quien dice poder, dice fuerza. La fuerza debe descansar sobre las cosas juzgadas. Tales son las razones que me han conducido a pensar que el principio de elección es uno de los más funestos para la existencia de los gobiernos modernos.

Yo creo que he probado bastante mi apego hacia la clase pobre y menesterosa para que no pueda ser acusado de pretender causarla ningún malestar; pero todo cuanto la admiro en su laboriosidad cuando pienso rectamente en ella, por lo que tiene de sublime, de paciente y de resignada, la declaro sin rodeos incapaz de participar con provecho en el gobierno.

Los proletarios me parecen los menores de una nación y deben permanecer siempre bajo tutela. De este modo, según mi opinión, señores, la palabra elección



# LABORATORIO FARMACEUTICO

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

Director: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA  
ESPAÑA

**Jarabe Bebé**

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

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

**Tetradinamo**

(ELIXIR E INYECTABLE)

Medicación dinamófora 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 espiroquitosos en todas sus formas y  
manifestaciones. Perfectamente tolerable.

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

### ► Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS  
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS  
WAGNER, 51  
BARCELONA

### ► Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

## JARABE Cloofosfato ALMERA

es el preparado de fosfato de cal de más fácil ABSORCION y el más ASIMILABLE

Superior a todos sus similares, siendo el  
más activo de todos los reconstituyentes.



Más de 37 años de éxito creciente

De venta en: Xuclá, 21, Barcelona, en la Farmacia Almera y Laboratorio, Plaza de Guimerá, 14, Vilasar de Mar y en las principales Farmacias y Droguerías.

# SARNA

◀ (ROÑA) ▶

cura rápida y cómoda con el **Sulfureto Caballero**  
Destructor tan seguro del Sarcoptes Scabiei, que una  
sola fricción, sin baño previo lo hace desaparecer por  
completo, siendo aplicable en todas circunstancias y  
edades por su perfecta inocuidad.

**J. CABALLERO ROIG**

Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona.



GASTRITIS DOLOROSAS  
HYPERCLORHIDRIA  
ULCERAS

**KAOLINASE**  
KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO  
— TIÓ —  
Torrente de las Flores, 73  
BARCELONA

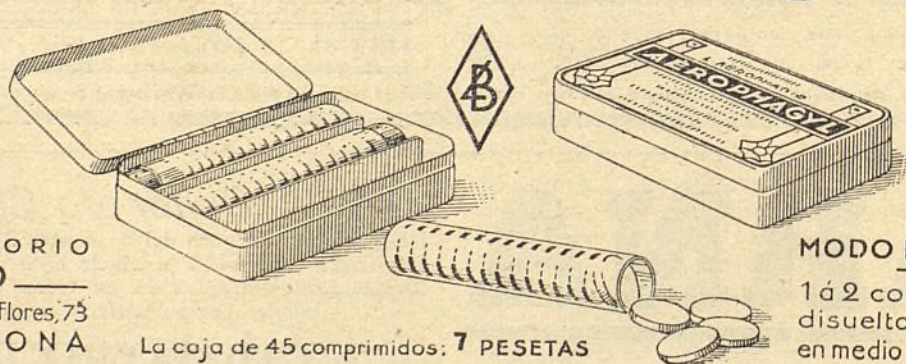


La caja de  
20 dosis  
de 10 gramos  
6 PESETAS

TRATAMIENTO DE LA **AEROFAGIA** Y SUS CONSECUENCIAS:

INSOMNIOS  
TRASTORNOS CARDÍACOS  
TRASTORNOS NERVIOSOS  
TRASTORNOS PULMONARES

**AÉROPHAGYL**



LABORATORIO  
— TIÓ —  
Torrente de las Flores, 73  
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: 7 PESETAS

MODO DE EMPLEO  
1 a 2 comprimidos  
disueltos en el agua  
en medio de las comidas



# 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:** ¿De qué número de unidades internacionales «r» consta la dosis de eritema?, por el Dr. D. Julián Ratera. — La herencia, predisposición y exposición de la tuberculosis, por el Dr. Felipe García Triviño. — ¿Qué acción ejercen los cambios de la presión atmosférica sobre el hombre?, por G. Schaitenbrand, adaptación española por F. González Deleito. — **Sesiones clínicas:** Hospital Provincial. — Periódicos médicos.

### ¿De qué número de unidades internacionales «r» consta la dosis de eritema?

POR EL

DR. D. JULIAN RATERA

Desde Seitz y Wintz se sabe que la dosis de eritema o de unidad cutánea (Hauteinheitsdose), conocida abreviadamente por la H E D de los alemanes, es aquella cantidad de rayos Roentgen que dada en una única sesión produce a los ocho días en la piel sobre la que se ha hecho actuar un ligero enrojecimiento, seguido de una pigmentación fácilmente apreciable a las cuatro semanas.

Pero si sobre el concepto de la dosis no hay duda ninguna, habiendo sido aceptada por todos los radiólogos, en cambio reina una verdadera anarquía en el número de unidades *r* que según los diferentes radiólogos es suficiente para provocar esta reacción, hasta el punto de que en una encuesta hecha en Alemania por Grebe y Martius, utilizando un instrumento de medida graduado sobre la unidad R de Behnken y midiendo las dosis de eritema que se daban en catorce Institutos y con veintisiete instalaciones, resultó que se obtenía la dosis de eritema con números de unidades que variaron desde 285 a 1.120 R.

Esto no tendría importancia si no supusiera un perjuicio por la confusión que produce, con la cual no queda bien parada la especialidad.

Para evitar esto convendría partir de puntos de partida fijos e inmutables, con los cuales se pudiesen controlar los datos suministrados por los diferentes dosímetros y que puedan evitar los defectos de dosificación inherentes a ellos.

A nosotros nos ha servido de guía durante toda la práctica de la roentgenterapia la unidad electrostática absoluta e del primitivo iontocuantímetro de Friedrich, con lo cual nos hemos puesto a cubierto de errores que de otro modo hubiéramos cometido aceptando el número de unidades actuales *r* considerado

como suficiente para la obtención del eritema en dosímetros cuyo número de unidades *r* para provocar esta reacción era mayor.

En 1919, cuando comenzamos de nuevo a recibir revistas y libros alemanes después de la guerra, recibimos el tercer tomo especial de "Strahlentherapie", titulado "Physikalische und Biologische Grundlagen der Strahlentherapie" (Fundamentos físicos y biológicos de la radioterapia), del cual eran autores el Dr. Bernhard Krönig, profesor de obstetricia y ginecología de la Universidad de Freiburg, y el doctor Walter Friedrich, en aquella época docente privado para física en la Universidad de Freiburg y asistente científico en la clínica ginecológica de la Universidad, hoy director del Instituto Universitario para investigaciones radiantes en Berlín y una de las más legítimas glorias de Alemania, pues entre otras distinciones ha conseguido el premio Nóbel de Física por haber conseguido la primera fotografía demostrativa de las interferencias de los rayos Roentgen.

Los valiosos datos contenidos en este libro son los que nos sirvieron de guía para el comienzo de nuestros trabajos de dosimetría. En él, y en su página 77, describe Friedrich la unidad de dosis, justificando la elegida por él por el hecho de que ésta debe ser indicada en lo posible en una medida absoluta, pues solamente de esta manera puede ser sometida a un control.

Friedrich adoptó como unidad de la dosis aquella cantidad de rayos la cual transporta por la ionización en 1 cm. c. de aire una cantidad de electricidad de una unidad electrostática en corriente de saturación, entendiéndose bajo unidad electrostática aquella cantidad de electricidad que carga a un conductor de la capacidad 1 (1 cm.) a la unidad del potencial (300 voltios).

Esta unidad ha sido designada por Kohlrausch con una *e* pequeña alemana, y se le ha dado la preferencia al megamegaíón, propuesto por Szillard, como unidad para la graduación de su iontocuantímetro, porque la unidad electrostática es empleada como unidad absoluta desde hace mucho tiempo en la enseñanza de la electricidad y para evitar introdu-



cir una designación nueva entre las numerosas unidades ya existentes.

Para calcular el número de unidades *e* necesarias para la dosis de eritema tomamos nosotros por base los datos contenidos en la parte biológica de este libro, en su página 178, al hablar de las observaciones comparativas entre la intensidad de la acción biológica de los rayos gama del radio o mesetorio, filtrados con 1,5 mm. de latón más 5 mm. de celuloide, y de los rayos Roentgen filtrados con 1 mm. de cobre, sobre la piel, según los cuales, en los casos observados por los autores, apareció el eritema sólo rara vez al hacer una irradiación por bajo de 150 *e*, dadas en una única vez; cuando esta dosis fué de 165 *e*, se apreció en el 30 por 100 de los casos un ligero eritema, en el sentido de un ligero enrojecimiento, rápidamente pasajero, con subsiguiente pigmentación: con 185 *e* apareció en la mayoría de los casos un ligero eritema, y con 210 *e* apareció en todos los casos un eritema de segundo grado con descamación de la piel y en muchos casos con formación de vesículas.

Consecuentes con estos datos y una vez en posesión de un iontocupímetro de Friedrich, comenzamos a hacer mediciones en 1922, que suspendimos al poco tiempo, pues deseosos de hacerlas del mejor modo posible, enviamos de nuevo a Freiburgo dicho aparato, para que corrigiesen la descarga espontánea que tenía, y que, habitual en todos los aparatos, era un poco excesiva en el nuestro, volviendo de allí con una descarga espontánea que comprobada por nosotros era de un 10 por 100. Actualmente este defecto del aparato ha desaparecido, por hacer el aislamiento de la conducción flexible que va desde la cámara de ionización al electrómetro con ámbar en lugar del aislamiento de goma empleado en los primeros aparatos.

En estas condiciones comenzamos de nuevo a hacer mediciones en 1924, las cuales nos llevaron al establecimiento de la dosis de eritema, que fijamos en 170 unidades *e*, sin que nunca observásemos nada más que dicha reacción y ninguna superior a ella.

Para proceder a hacer mediciones en las condiciones más iguales posibles a como se hacen las irradiaciones en la práctica, nos construimos un fantoma de cera, parafina y aceite de vaselina, cuya densidad era de un 10 por 100 inferior a la del agua, razón por la cual para compensar este defecto, al hacer el fantoma, en lugar de capas de un centímetro de espesor, lo que hicimos fué pesar las cantidades que tenían que formar cada una de estas capas, con lo cual se aumentó en un 10 por 100 el volumen de cada una de ellas. El único inconveniente que tenía esto es que al hacer las mediciones profundas, cuando colocamos la cámara de ionización debajo de un bloque equivalente a 10 centímetros de agua, quedó colocada en realidad a 11 centímetros de profundidad con relación a la superficie; pero este inconveniente nos garantizaba, en cambio, la dosis que debía llegar a 10 centímetros de profundidad, pues al estar alejada la cámara del foco un centímetro más de distancia, la dosis que acusaba era ligeramente inferior a la que en realidad había llegado a un centímetro antes, por la acción de la ley del cuadrado de la distancia.

Un detalle sobre el que no quisiéramos pasar por alto es la colocación de la cámara de ionización en el fantoma, pues con ocasión de medir hace año y medio dos instalaciones de nuestro servicio del Hospital provincial hubo discrepancias por parte de una persona técnica, por lo demás inteligentísima, respecto de si la cámara debía de hallarse inmediatamente encima del fantoma, en contacto con la superficie del mismo o incrustada en éste, alojada en un cajado hecho en él para contenerla, coincidiendo la cara superior de la cámara con la superficie superior del fantoma.

Nosotros creemos que la cámara debe de hallarse colocada de esta última manera; en primer lugar, porque queda al mismo nivel que la superficie cutánea que recibe la irradiación, pues de otro modo acusaría una mayor dosis de la que la piel recibe, al hallarse por encima de su nivel, y, por lo tanto, más cerca del foco de rayos. En estas condiciones ha estado colocada siempre que hemos querido averiguar la dosis de eritema, y los resultados obtenidos por nosotros en la práctica han concordado exactamente con los de las mediciones.

Además, si después de la dosis superficial se quiere pasar a hacer mediciones profundas, la cámara se halla ya colocada en perfectas condiciones para que al poner sobre ella el primer centímetro de cera del fantoma y medir de nuevo la distancia foco-superficie, quede alejada del foco sólo un centímetro más con relación a la distancia a que se hallaba durante la medición en superficie; de otro modo la diferencia de distancia, si la cámara hubiese quedado encima del fantoma, supondría la de este contenido más el grosor de la cámara, habiendo en este caso en realidad una distancia mayor que la de un centímetro, y siendo, por lo tanto, errónea la medición, puesto que la cámara acusaría una mayor dosis de la que en realidad recibe la piel, por la ley del cuadrado.

Por lo demás, colocando la cámara como decimos, limitamos perfectamente las condiciones en que queda colocada al irradiar una región muy frecuente: el obmen; en este caso, la comprensión ejercida sobre esta región hace que el compresor quede en contacto con la piel, quedando entre ambos e incluida en ella la cámara, que de este modo hace una medición perfecta; en los casos en que esto no sea posible, debe de acudir a los cuadros de dosis, que deben ser establecidos al hacer la medición de cada aparato, y en los cuales constan los distintos tiempos en que son obtenidas las dosis de eritema, según el tamaño del campo, la distancia, la tensión y el filtro, y realizar la medición conforme a estos datos. De la exactitud de ellos respondemos, pues cuantas veces las hemos querido comprobar, intercalando la cámara de ionización entre el compresor y la piel, cuando las condiciones de la región lo consentían, ha coincidido en absoluto la dosis calculada con la registrada en el dosímetro.

Por último, la acción de la retro-irradiación difusa no será la misma cuando la cámara se halle en el espesor del fantoma, que cuando esté colocada en la superficie del mismo, pues sólo en el primer caso recibirá la retro-irradiación difusa en análogas condiciones que la superficie de la piel, ya que en el segundo se halla rodeada de aire por todas partes menos por la que toca en el fantoma, en cuyo caso se



# Salicitiro

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

**Perfectamente tolerado por vía bucal**

Evita los trastornos gástricos.  
Aumenta la eficacia salicilica.  
Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

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

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



**NUEVA FORMA FARMACÉUTICA CONCENTRADA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL AJO** (Allium Sativum)

Anti-  
dia-  
reico

## ALLISATINA

**SANDOZ**

Anti-  
dis-  
pép-  
tico

(Principio activo del ajo fijado al carbón vegetal)

La Allisatina está dotada de un poder antidiapéptico bien definido y ejerce sobre el tubo digestivo una acción modificadora, estimulante y sedativa a la vez. Esta acción característica, unida a sus propiedades antiparasitarias y bactericidas, permite establecer con la Allisatina una medicación de las afecciones de las vías digestivas de un carácter nuevo y de un valor especial.

### INDICACIONES:

Afecciones intestinales crónicas con fermentaciones anormales y patógenas, flato, cólicos, calambres intestinales, colitis, enterocolitis y colitis mucomembranosa. — Diarreas subagudas y crónicas, disentería, dispepsias gastrointestinales con o sin diarrea, enteritis infecciosas y gastroenteritis. — Hipertensión. — Inapetencia. — Afecciones broncopulmonares.

**Productos farmacéuticos SANDOZ, Basilea (Suiza)**

OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA:

**Apartado 880. — Barcelona. — Plaza Cataluña, 9**



# ESTREÑIMIENTO

## Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE  
FERMENTOS LÁCTICOS  
LAXANTES

COMBATE EL  
ESTREÑIMIENTO  
LA ENTERITIS Y  
SUS CONSECUENCIAS  
RESTABLECE LA  
SENSIBILIDAD  
DE LA MUCOSA  
REEDUCA EL  
INTESTINO

*1 a 3 Comprimidos  
por día.*

MEDICAMENTO LAXANTE  
IDEAL PARA NIÑOS,  
ADULTOS Y ANCIANOS.

**LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS**  
PARIS • FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General  
Napoles 166 BARCELONA

SARVILL



halla en condiciones parecidas a las en que se halla cuando se hace la medición en el aire.

El primer servicio que nos hizo, pues, el ionto-cuantímetro de Friedrich fué el de poder averiguar con él la dosis de eritema, proporcionándonos unos datos de una fidelidad absoluta, según hemos comprobado constantemente en la práctica.

El segundo servicio fué el de permitirnos poder averiguar la constante del iontocuantímetro de Wintz. aparato que nos vimos en la precisión de adquirir, por la rapidez con que se establece con él la dosis de eritema, pues dado el considerable número de dosis de eritema que teníamos que averiguar, que en nuestros cuadros actuales se eleva a 100 dosis diferentes, nos llevaba más tiempo del que podíamos disponer para las mediciones, y aun cuando hubiésemos podido hacer éstas, nos hubiera sido imposible hacer con él nuestras tablas de dosis porcentuales profundas, en algunas de las cuales y sólo para hacer una medición de la dosis profunda a una determinada profundidad con una tensión de 200 kilovoltios bajo filtración de 2 mm. de cobre y colocado el foco a 70 centímetros de la superficie del fantoma, nos invirtió un tiempo de trece minutos para la descarga del electrómetro, siendo así que para la averiguación de la dosis de eritema desde 30 centímetros de distancia foco superficie, 180 kilovoltios y 0.5 mm. cobre, no fué necesario nada más que un tiempo de 9" para que recorriera la aguja la escala del electrómetro.

Por lo demás, la averiguación de esta constante en el iontocuantímetro de Wintz fué facilísima, siendo suficiente para ello dividir el número de minutos en el cual era obtenida la dosis de eritema con el ionto de Friedrich por el de segundos en el cual se obtenía la descarga con el de Wintz, manteniendo en ambos casos exactamente iguales las condiciones en que se realizaba la medición, y el cociente fué la constante de este último aparato que ya nos había de servir para siempre, no teniendo que hacer de allí en adelante nada más que multiplicar por ella el número de segundos invertidos al realizar una medición en superficie, para averiguar inmediatamente el de minutos en que se obtenía la dosis de eritema. Hoy ambos aparatos se hallan graduados en unidades internacionales *r*.

La averiguación de la constante del ionto de Wintz nos permitió, como hemos dicho antes, el hacer nuestros cuadros de dosis muy detallados, puesto que en ellos se hallaban los obtenidos con campos de  $6 \times 8$ ,  $10 \times 10$ ,  $10 \times 15$ ,  $15 \times 15$  y  $20 \times 20$  centímetros, desde 30 a 70 centímetros de distancia, con filtros de 0.5, 0.7, 1.0 y 2.0 mm. de cobre y con tensiones de 180, 190 y 200 kilovoltios, habiéndonos servido de ellos desde 1924, con una perfecta constancia en los resultados.

Cuanto a las dosis profundas sin el iontocuantí-

metro de Wintz nos hubiera sido imposible hacer nuestras tablas, habiéndonos exigido, aún así, su obtención, unas doscientas horas de medición, pero los resultados obtenidos con su empleo nos han compensado del trabajo invertido en su confección, por la precisión con la que nos han permitido trabajar.

El tercer servicio que nos ha hecho el iontocuantímetro de Friedrich ha sido el de que nos ha servido para averiguar el número de unidades *r*, con el cual debíamos obtener esta dosis de eritema con otros dosímetros, mediante la utilización de esta constante; en efecto, en diciembre de 1901 tuvimos que encargarnos del servicio de Fisioterapia del Hospital de Madrid, para lo cual hubimos de medir dos instalaciones de rayos X.

Dos dosímetros teníamos nosotros a nuestra disposición para hacerlo. El dosímetro Küstner y el dosímetro Hammer, los dos igualmente excelentes, por medir con absoluta independencia de la longitud de onda y hallarse controlados por un patrón de radio, expresando ambos las dosis en unidades internacionales *r*.

Nosotros dimos la preferencia al dosímetro Hammer por tener tres ventajas, que, a nuestro juicio, le hacían aparecer como más práctico: 1.ª, la de no exponer ni poco ni mucho a las radiaciones al hacer las mediciones; 2.ª, por no tener que hacer el transporte de la dosis mediante cálculo ninguno, toda vez que mide directamente la intensidad de las radiaciones durante la irradiación misma, y 3.ª, por poderse colocar

la cámara de ionización en cavidades del cuerpo, por ejemplo, en la vagina, al irradiar el cuello del útero, midiendo de un modo absolutamente seguro la dosis recibida a esa profundidad, e igualmente poder hacer con ella mediciones profundas en un fantoma de agua o de cera, siendo tanto las mediciones superficiales como las profundas de una absoluta garantía por el material de que se halla hecha la cámara de ionización permeable a los rayos.

A fin de saber qué número de unidades *r* del dosímetro Hammer constituía la dosis de eritema, hicimos la medición de las instalaciones primero con el iontocuantímetro de Wintz, del que ya conocíamos su constante, y una vez hecho esto pasamos a hacer la medición con el dosímetro Hammer, para lo cual se midió en segundos el tiempo empleado en obtener tres descargas del aparato, equivalentes a 15 unidades *r* (5 unidades *r* por descarga) y se dividió el número de segundos invertidos en estas tres descargas por el de minutos—convertidos a segundos—, en el cual había sido obtenida antes la dosis de eritema con el iontocuantímetro de Wintz, encontrándonos con que ésta equivalía, cuando la cámara se hallaba colocada en el fantoma de cera, a 1.200 *r*.

Este resultado está de acuerdo con lo expuesto por

### Avance de sumario para el número próximo (29 de Julio de 1933)

DR. FERNÁNDEZ SANZ Y MÉNDEZ.—La Neurología en la segunda mitad del siglo XIX.

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

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

Sesiones clínicas: Hospital de la Princesa. Hospital de San Lázaro (Granada).

Prensa extractada.

Sección profesional.



Behnken en el primer Congreso Roentgen Internacional, celebrado en julio de 1925, en una comunicación titulada "Medidas para la estandarización de la medición de la dosis Roentgen en Alemania", en la cual dice lo siguiente: "Respecto a la unidad de dosis biológica yacen las cosas prácticamente de manera que la dosis de eritema cutáneo (HED) es tomada en general como unidad biológica. Puesto que, por una parte, las calidades de rayos utilizados en roentgenterapia profunda no se diferencian demasiado y por otra parte la HED es una cantidad poco exactamente definida, se ha llegado, según las experiencias actuales, a emplear un valor medio utilizable que parece ser el número 1.200, de manera que puede hacerse valer la relación siguiente:

$$1 \text{ HED} = 1.200 \text{ R.}$$

Una especial preferencia es de ver en la unidad absoluta de dosis, según el modelo de Villard, mediante la cual puede alcanzarse que la unificación de la medición llegue a hacerse independientemente de cualquier aparato determinado y puede ser hecha en cualquier sitio y en todo momento.

Este mismo número de unidades R ha sido también propuesto por Grebe y Martius.

En el II Congreso Internacional de Radiología, celebrado en Estocolmo en 1928, se acordó adoptar la misma unidad R, con la única diferencia de que la temperatura del aire, en la cual se hiciese la medición fuese de 0° Celsius en lugar de 18°, adoptada por la Sociedad Roentgen Alemana para el establecimiento de esta unidad, representándose entonces por una *r* minúscula.

Esta diferencia de temperatura a que es obtenida la nueva unidad hace que sea más pequeña que la primitiva en la misma relación como se modifica la densidad del aire cuando se pasa de 18° a 0° Celsius. Fundándose en un coeficiente de extensión medio del aire de 0,003676, esta relación es calculada en 1.066. Por consiguiente, hay que multiplicar por este número los datos de un dosímetro actual graduado en unidades R a'emanas para obtener la unidad *r* internacional. De este modo quedarían convertidas las 1.200 unidades R alemanas en 1.279,2 unidades *r* internacionales, después de haber averiguado qué número de unidades *r* formaban la dosis de eritema hallándose colocada la cámara de ionización del dosímetro Hammer en el fantoma. Quedaba por averiguar el número de unidades *r* de esta dosis, haciendo la medición con la cámara de ionización en el aire, en inmediato contacto con la superficie del compresor y quitando el fantoma, conservando absolutamente iguales las restantes condiciones de la medición que al hacer éste, hallándose la cámara en el fantoma, número que forzosamente tenía que ser menor por faltar en este caso la retro-irradiación difusa proveniente de éste, como se comprobó, pues en el mismo tiempo que se invirtió en el caso anterior para obtener las 1.200 *r*, se obtuvieron ahora 978 *r*, es decir, 18,5 por 100 menos unidades *r*.

Por último, dado que el número de 978 *r* era mucho más elevado que el de 600 *r*, alrededor del cual gira la dosis de eritema obtenida en el dosímetro Küstner, hicimos una medición de comparación con ambos dosímetros, para comprobar qué número de

unidades *r* indicaba el dosímetro Küstner en el mismo tiempo con el que antes habían sido obtenidas las 1.200 y 978 *r* en el Hammer, y el resultado fué obtener en este tiempo un total de 660 unidades *r*, o sea un 32,5 por 100 menos que en el dosímetro Hammer.

De este modo quedaba explicada para nosotros la divergencia de dosis acusada por dos de los mejores y más modernos aparatos de medición, explicándonos esto el diferente número de unidades *r* que para obtener la dosis de eritema eran necesarios, según se hiciere uso de uno u otro dosímetro.

Una aclaración tenemos que hacer y es que queriendo comprobar la obtención de la dosis de eritema con el dosímetro Hammer días anteriores al de su confrontación con el aparato de Küstner, hicimos una irradiación en la espalda a un enfermo con una dosis de 1.200 *r* (medidas en el fantoma) que, como acabamos de ver, equivalen a 978 *r* en el aire y a 660 *r* del dosímetro Küstner, y a pesar de rebasar en 70 unidades *r* la dosis de 590, propuesta por este autor para la dosis de eritema, apenas hubo un ligero enrojecimiento de la piel ocho días después de hecha la irradiación, siendo así que de los tres grados de reacción expuestos por Küstner al rebasar esa dosis, o sea, quemadura de primer grado con 645 *r*, de segundo con 705 *r* y de tercero con 765 *r*, la cantidad de 660 *r* entraba de lleno dentro de la del primer grado. Este hecho estaba conforme con el establecimiento de la dosis de eritema para el dosímetro Hammer, partiendo de los datos de nuestras mediciones hechas desde el año 1922 con el sintocuantímetro de Friedrich y desde 1924 con éste y con el de Wintz.

Las conclusiones que se derivan del presente trabajo son las siguientes:

1.<sup>a</sup> Debería conservarse en el campo de la roentgenterapia la unidad electrostática absoluta *e*, que podría servir de unidad patrón para la graduación de los distintos dosímetros empleados en la práctica.

2.<sup>a</sup> Al indicar el número de unidades *r* dadas en un tratamiento Roentgen debe de mencionarse el instrumento con el cual ha sido hecha la medición.

3.<sup>a</sup> Es indispensable indicar la calidad de rayos utilizada en toda sesión de roentgenterapia, así como el filtro empleado, para darnos idea de la Halbwertschicht o capa de valor medio o hemirreductora.

4.<sup>a</sup> Sería de desear una unificación en los distintos dosímetros empleados en la práctica, a fin de que fuese lo más igual posible el número de unidades *r* indicado por todos ellos para la obtención de la dosis de eritema.

## La herencia, predisposición y exposición de la tuberculosis

POR EL

DR. FELIPE GARCIA TRIVIÑO

Jefe del Dispensario de enfermedades del pecho del Instituto Rubio

El estudio de la herencia, predisposición y exposición infantil a la tuberculosis, constituye un asunto siempre sugestivo e interesante por existir en él todavía cierta confusión en las ideas y orientaciones y por estar vin-



culada en esta cuestión la profilaxia antituberculosa en la infancia y derivar, por consiguiente, de ella la lucha contra la tuberculosis seria, científica y eficaz, ya que esta afección se inicia casi siempre en la infancia, evolucionando después de modos diferentes.

Vamos, pues, a señalar los puntos más fundamentales acerca de este asunto en el estado actual de nuestros conocimientos procurando deducir las conclusiones más útiles y provechosas desde el punto de vista práctico de esta cuestión de tan extraordinaria importancia médica y social por la enorme difusión de esta plaga en casi todos los países y el considerable número de víctimas que ocasiona.

El problema de la herencia en la tuberculosis hay que estudiarlo en tres aspectos diferentes: uno la herencia del germen, o sea, si es posible la transmisión del bacilo de Koch con el espermatozoide o el óvulo, otro el contagio del feto en el útero durante la gestación, y otro el contagio del feto durante el parto.

La transmisión del bacilo por medio del óvulo o del espermatozoide es una cosa que todavía no está comprobada, a pesar de las investigaciones de Baumgarten y Friedmann, que hablan en favor de esta posibilidad, pero que la mayoría de los autores, entre ellos Gaetner, que es uno de los que más amplios experimentos ha realizado acerca de este asunto, la deniegan y rechazan.

Virchow, con su autoridad indiscutible y su vastísima experiencia en las prácticas anatómo-patológicas, indicaba también que no había podido encontrar en sus numerosas secciones un caso evidente de tuberculosis congénita.

Baumgarten, como decimos anteriormente, es el que más ha sostenido la tesis de que la tuberculosis era una enfermedad genuina y típicamente hereditaria, es decir, congénita. Este autor, con su teoría denominada de la latencia del germen, pretende que el virus tuberculoso transmitido hereditariamente bajo una forma desconocida puede permanecer latente durante muchos años antes de revestir la forma reveladora tipo del bacilo de Koch ácido-resistente, explicando así la ausencia de lesiones anatómo-patológicas en los recién nacidos hijos de madres tuberculosas.

Esta teoría, sin embargo, no ha prevalecido en el mundo científico, si bien en los tiempos actuales el descubrimiento de los virus filtrables o ultravirus, de los que en seguida nos ocuparemos, han hecho pensar a algunos autores, sobre todo franceses, si acaso estas formas filtrables son las llamadas a fundamentar estas ideas de Baumgarten que hasta ahora no se fundamentaban más que en hipótesis.

Numerosos han sido los experimentos que para esclarecer este debatido asunto de la tuberculosis congénita se han realizado. Así Mafucci, infectando huevos de gallina con bacilos de la tuberculosis aviaria, comprobó que el embrión de la gallina se desarrolla a pesar de estar infectado, soportando altas dosis del bacilo que la gallina no sería capaz de resistir; Gaetner en sus experiencias con huevos de canarios, previamente infectados éstos con el bacilo tuberculoso humano e inoculados dichos huevos a caviar por vía intraperitoneal, pudo apreciar que solo en una escasísima proporción estaban infectados; este mismo autor, infectando hembras de ratón con inoculación en cavidad abdominal de dos decimas de centímetro cúbico de una emulsión concentrada de bacilos, apreció que de 96 crías que pudo obtener, sólo en dos, por inoculación intraperitoneal a otros ratones sanos, se comprobó la tuberculosis de dichas crías, datos y hechos experimentales todos ellos que permiten sostener con Lowenstein que la infección del huevo fecundado es cosa que no se apoya en ningún hecho cierto.

Evidentemente puede existir una lesión tuberculosa en el ovario o en el testículo y encontrarse en dichas lesiones bacilos tuberculosos vivos como lo han com-

probado Iassi y Westermeier y otros investigadores, siendo, por consiguiente, susceptibles de infectarse las células germinales a un paso a través de las trompas o de los conductos deferentes cuando dichos órganos están afectados por la tuberculosis; pero, como indican Simón y Redecker, en el hombre y en los animales domésticos no parece posible la germinación de un huevo infectado ya que embriones tuberculosos con menos de tres a cuatro meses de desarrollo no han sido hasta ahora observados, pudiendo aceptarse, por consiguiente, que la infección del feto no puede realizarse antes del desarrollo de la circulación placentaria y que la existencia de una tuberculosis germinativa en el hombre ha de considerarse por ahora como no demostrada.

Coincidiendo con esto, Debré y Lelong decían: "la doctrina de la herencia tuberculosa de germen no está fundada más que en algunos hechos excepcionales de contagio intranterino; la teoría de la tuberculosis congénita latente y la de la herencia de terreno no están fundadas más que en impresiones, no encontrándose detrás de estas impresiones ninguna prueba valedera.

Algo más confusa resulta, sin embargo, la cuestión en lo que se refiere a los otros dos puntos que enunciábamos al principio, es decir, al contagio del feto durante el embarazo y al contagio del feto durante el parto.

Para este contagio fetal, como indican Simón y Redecker, dos son los caminos en que puede realizarse, a través de las membranas del huevo o a través de la placenta; en el primer caso, tras la ruptura se produce la contaminación del líquido amniótico con bacilos tuberculosos y por la aspiración o ingestión del líquido amniótico se produce una tuberculosis por ingestión o por inhalación; en el segundo caso puede producirse también una irrupción en el líquido amniótico y tras ella una infección aerógena o por vía intestinal, si bien más frecuentemente llegan los bacilos a través de la sangre placentaria a la circulación del feto produciéndose una infección hematógena que puede conducir a muy diversas localizaciones primarias.

Muchos investigadores han estudiado el estado de la placenta en las tuberculosas pulmonares.

La tuberculosis placentaria, como indica Cuassimon, existe, pero es relativamente rara, siendo, no obstante, más frecuente que la tuberculosis fetal, ya que se ha visto y comprobado que la tuberculosis placentaria no produce necesariamente la tuberculosis en el feto. En algunos casos la inoculación de la placenta ha resultado positiva siendo esto valedero también para la sangre virulenta contenida en la misma placenta, así Brindeau y Cartier, entre 31 inoculaciones de placenta han obtenido 11 resultados positivos.

Las lesiones histológicas de la placenta son, a juicio de Cuassimon, completamente excepcionales aun en los casos en que la madre estaba afectada de tuberculosis muy grave, si bien a pesar de la integridad de la placenta no cabe duda que deja filtrar el germen tuberculoso siquiera sea en contadísimas ocasiones.

Las ideas actuales acerca de los virus filtrables han venido a enmarañar aparentemente la cuestión.

Como es sabido, Fontés, de Río Janeiro, en 1910, después de haber diluido pús caseoso, lo filtró a través de una bujía Berkefeld, inoculando la parte filtrada a un cavia, advirtiendo que en éste no se presentó chancro local ni en la autopsia se encontraron lesiones tuberculosas aparentes, en cambio, el bazo inoculado a otro cavia lo tuberculó.

Vaudremer, en 1923, afirma de nuevo la existencia de los virus filtrables encontrando en los cultivos de bacilos de Koch formas del bacilo tuberculoso desconocidas hasta entonces, no coloreables y filtrables a través de la bujía de Chamberland L. III; sembrando de nuevo en el medio de Petroff, obtenía la forma banal



clásica del bacilo de Koch, pero este filtrado inoculado no producía tuberculosis generalizada si no tan solo una induración local que desaparecía después de algunas semanas, encontrándose a veces tres o cuatro meses después de la inoculación un ganglio submaxilar o inguinal en vías de reblandecimiento, y el pús de este ganglio, sembrado en Petroff dada origen unas seis semanas después de repetidas siembras a cultivos discretos, conteniendo gránulas libres ácido-resistentes que después de otras siembras adquirirían la forma clásica del bacilo de Koch.

Valtis, en 1924, inoculando en caviar filtrados de esputos tuberculosos con bacilos, cultivos de bacilos en caldo glicerinado y pús de un ganglio reblandecido, determina una hipertrofia de los ganglios traqueo-bronquiales, y algunas veces, lesiones de hepatización pulmonar, apreciándose en los ganglios y en los pulmones bacilos ácido-resistentes.

En 1925 F. Arloing y A. Dufourt, poniendo a continuación diferentes lesiones tuberculosas de niños, filtran líquidos cefalo-raquídeos de meningitis tuberculosas, trozos de pulmones, de bazo afecto de granulía, de ganglios caseosos, de pús, de pnoneumotórax y de pús de gomas tuberculosas, consiguiendo en más de la mitad de los casos (16 veces entre 30) la infección de los caviar inoculados con los filtrados, describiendo dos modalidades experimentales y anatómicas de tuberculosis, llamando la atención la ausencia de chancro en el punto de la inoculación, ausencia comprobada por todos los autores que han trabajado acerca de este asunto.

Diversas experiencias e investigaciones confirmando todo esto han sido realizadas y publicadas casi simultáneamente por Calmette, Negre, Valtis y Boquet, que demostraron, a su juicio, la exactitud del paso del virus filtrante inoculando bacilos de Koch a caviar en gestación, empleando Arloing y Dufourt filtrados de productos tuberculosos humanos pudiéndose comprobar en las dos series de experimentos que se encontraban bacilos ácido-resistentes en los fetos de los caviar.

Todos estos hechos concuerdan, pues, como indica Valtis, en demostrar la existencia en los productos patológicos tuberculosos y en los cultivos del bacilo de Koch de elementos que pasan al través de los filtros de porcelana porosa y a través de ciertas membranas de colodión, como lo han demostrado recientemente Sanarelli y Alessandrini. Estos elementos están claramente dotados de una virulencia menor que los bacilos auténticos, puesto que no determinan en los cobayas más que una enfermedad atenuada en la mayoría de los casos, caracterizada por una tumefacción general del sistema linfático y sobre todo de los ganglios traqueo-bronquiales que contienen bacilos típicos, claramente coloreables por el Ziehl, faltando, sin embargo, determinar la forma bajo la cual estos elementos atraviesan las bujías porosas de porcelana y la placenta ya que nada prueba que estos elementos sean las llamadas granulaciones o gránulas de Much, como lo creía Fontés, pues no han podido jamás encontrarse ni aun después de una larga centrifugación de los productos tuberculosos.

A propósito de esta transmisión del virus filtrante, conviene recordar en el orden puramente clínico la observación presentada por Arloing y Dufourt a la Academia de Medicina de París, (marzo de 1926), en la que se trataba de un recién nacido prematuro, hijo de madre bacilar avanzada, siendo el niño separado inmediatamente de ella y colocado en una incubadora; al cabo de un mes fué adelgazando progresivamente, sin causa aparente, terminando por morir; en la autopsia no se encontraron lesiones tuberculosas visibles, pero, en cambio, en un grupo de ganglios meréntéricos hipertrofiados encontráronse algunos bacilos de Koch y for-

mas filtrantes; un cavia inoculado con el filtrado de los ganglios murió caquéctico, encontrándose en sus ganglios numerosos bacilos tuberculosos.

También son interesantes, a este propósito, las observaciones del profesor Couvelaire; en el servicio de partos de este profesor, desde el 1.º de enero al 23 de septiembre de 1926, parieron 99 mujeres tuberculosas y de los 100 niños o fetos fallecieron 21. De estos 21 se hizo la autopsia a nueve, bien entendido que estos niños o fetos, después de nacidos, no tuvieron el menor contacto con su madre tuberculosa; pues bien, de estos nueve casos en tres de ellos ha sido posible encontrar bacilos por medio del examen directo, y todos, los nueve, albergaban en sus vísceras y en sus ganglios elementos virulentos que provocaron siempre después de inoculados al cobaya formas bacilares clásicas coloreables por los métodos habituales.

Muy interesante es también el caso siguiente comunicado por Couvelaire y Lacomme a la Sociedad de Obstetricia de París el 2 de enero de 1927. Se trata de una joven de veintidós años primípara, que en su infancia padeció mal de Pott, tuberculosis del codo y coxalgia, ingresando en el servicio de partos al octavo mes de su embarazo, sin ninguna lesión ósea en actividad y con escasos focos pulmonares. Esta mujer padeció una meningitis que evolucionó en quince días; extracción del feto por cesárea cuarenta y ocho horas antes de la muerte de la madre que está en período comatoso.

El feto pesaba 2,750 gramos, e inmediatamente es separado de su madre. Este niño, que presentaba reacción negativa a la tuberculina, murió a los doce días de nacer, encontrándose en la autopsia los pulmones repletos de granulaciones, confirmando el diagnóstico de tuberculosis, la histología, la bacteriología y la inoculación al cobaya.

Todos estos hechos que nos hemos detenido en detallar algo minuciosamente para hacer honor a la imparcialidad, parece que debían modificar completamente el concepto que hasta ahora se tenía, y se sigue teniendo por la mayoría de los fisiólogos, de la herencia tuberculosa, o, por mejor decir, de la negación de la herencia en tuberculosis, salvo en algunos casos excepcionales.

Hay que afirmar que en el estado actual de nuestros conocimientos se puede admitir que existe una herencia tuberculosa, pero que se presenta con tanta rareza que prácticamente carece de toda significación.

El primer argumento de una fuerza persuasiva extraordinaria en contra de la insostenible teoría de la obligada herencia en tuberculosis, lo tenemos en los resultados obtenidos con las nuevas orientaciones en la profilaxia de la lucha antituberculosa que aconseja la inmediata separación después del parto de los niños hijos de madres tuberculosas.

Estos niños, como dicen Simón y Redecker, separados inmediatamente a su nacimiento y protegidos, por tanto, de infecciones extrínsecas, no dieron nunca positiva la reacción a la tuberculina, estando, por consiguiente, muy lejos de ser tuberculosos en el momento de su nacimiento, idea que coincide con las investigaciones de Bernheims con hermanos mellizos o gemelos, en los cuales el rápidamente separado de la madre tuberculosa no da reacción positiva a la tuberculina y permanece sano, en tanto que el que permanece al feto, observaciones que coinciden plenamente también lado de la madre presenta positiva esta reacción y con las de Mercier, que indica que de 30 niños, los 20 que fueron separados de los padres tuberculosos y trasladados a un Orfanato permanecieron sanos, en tanto que los diez restantes hermanos de los anteriores que no fueron separados enfermaron todos.



# TIFORAL

**Enterovacuna antitífica  
y antiparatífica (A y B)**

*S. Behring*

Las grageas de Tiforal permiten llevar a cabo con toda facilidad la inmunización de familias enteras y de grandes núcleos de población en épocas de epidemia.

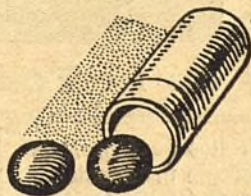
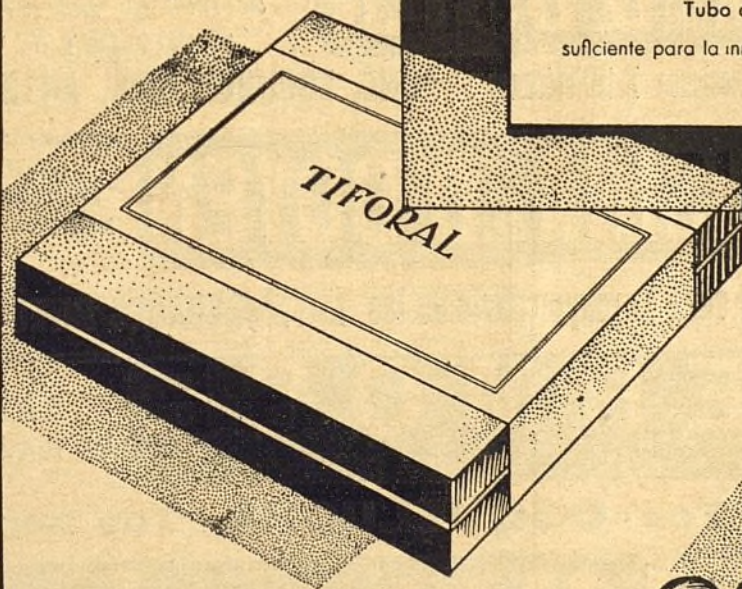
Dosificación: Una gragea a la mañana y en ayunas durante tres días consecutivos

Envase original

*Bayer-Meister-Lucius*

Tubo de III grageas

suficiente para la inmunización de una persona



**La Química Comercial y Farmacéutica, S. A.**

*Bayer-Meister-Lucius*

Apartado 280 - Barcelona



# Prescriba la **Urotropina** en el envase original: *Schering* TUBO DE 20 TABLETAS

Sólo así tendrá la garantía de que sea suministrado el producto original Schering. Su elaboración esmerada hace que el desprendimiento de aldehído fórmico sea en absoluto constante y por ello su acción terapéutica segura y libre de efectos secundarios.

**Si no es Schering  
no es Urotropina**



## **ESTAFILASA** del D<sup>r</sup> DOYEN

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

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

Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.

## **MICOLISINA** del D<sup>r</sup> DOYEN

2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA  
ESTABILIZADO EN LOS  
EXTRACTOS VEGETALES

## **GERMOSE** No Tóxico

SABOR  
AGRADABLE

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

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

## **Venosina**

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

Muestras y Literatura: **G. SALINAS Y Cia - 2 y 4 Calle Sagués-BARCELONA**

Ayuntamiento de Madrid



A mayor abundamiento y en una proporción numérica infinitamente superior están los incontrovertibles resultados obtenidos por la obra de Asranher en Francia, consistente, como todos sabemos, en la inmediata separación de los niños de sus madres tuberculosas pasando a casas u hogares aldeanos de matrimonios no tuberculosos, demostrándose plenamente que el porvenir de estos niños es completamente distinto al de aquellos que permanecen en el hogar infectada, experiencia copiosa que obliga a decir a Calmette que los conocimientos nuevos adquiridos sobre el ultravirus tuberculoso no modifica de ninguna manera las reglas de la profilaxis moderna antituberculosa que debe estar basado sobre la vacunación preventiva o preinmunización y simultáneamente por la separación inmediata, todas las veces que sea posible, del recién nacido de su madre bacilífera, con el fin de evitar las infecciones y las reinfecciones por bacilos virulentos que determinan los tuberculosos graves en los recién nacidos.

Hemos hablado del ultravirus tuberculoso o de los virus filtrantes que parecen modificar algo el concepto que de la negación de la herencia en tuberculosis se tiene, y que, a nuestro entender, no debe ni puede ser rectificado mientras no se cuente con otros elementos de juicio más demostrativo y convincentes.

Hay que tener presente, a propósito de este asunto, que al lado de los investigadores que han defendido la tesis de la filtrabilidad del virus de la tuberculosis, y, por consiguiente, la posibilidad de la herencia en esta afección, existen otros que han obtenido siempre resultados negativos, entre los que se encuentran Cooper, Petroff, Frank, Thomson, Frohbscher, etc.

Schmidt, en sus extensas y prolijas investigaciones acerca de esta cuestión, deduce que tanto desde el punto de vista bacteriológico como del anatomo-patológico no se puede hablar de una infección con virus filtrable; la infección sería debida a bacilos tuberculosos típicos y ocurrida por error de técnica o espontáneamente o por el paso de bacilos a través de la bujía filtradora, resultando de sus experiencias que no hay argumentos que puedan avalar la hipótesis de la existencia de una forma filtrable o invisible del bacilo de la tuberculosis, o sea la existencia de un ultra-virus tuberculoso.

Por otra parte, Dörr ha señalado que los filtros duros no eran por completo inatravesables, haciendo admitir a Fuller y Wethmar que de la misma manera que otros gérmenes algunos bacilos tuberculosos atraviesan el filtro, determinando las lesiones benignas encontradas.

Estos autores, lo mismo que Selter, Petraguani, Blumenberg y otros, deducen que ni de la experiencia propia ni de las investigaciones referidas en la literatura se puede tener fundamento para aceptar la existencia de un virus filtrante tuberculoso.

Toda esta cuestión del ultravirus filtrante está, pues, en espera de un debido esclarecimiento, y hay, por consiguiente, que admitir en los actuales momentos que sin negar rotundamente la herencia en tuberculosis, es tan extraordinariamente rara que prácticamente carece de toda significación, pudiendo resumirse este asunto diciendo, como lo hacen Simón y Redecker, que la infección tuberculosa antes del parto juega, desde el punto de vista de la frecuencia, un papel de escásima importancia en el desarrollo de la tuberculosis humana.

Y pasemos ahora al estudio de la predisposición en tuberculosis.

Al lado de la idea de la herencia en tuberculosis, otros han sostenido la teoría de la predisposición o disposición para la tuberculosis.

Según éstos, la tuberculosis no se hereda como tal enfermedad, pero sí la predisposición para ella.

En un trabajo que tenemos publicado hace ya tiempo, decíamos a propósito de los términos "predisposi-

ción" y "pretuberculosis" que resultaba muy cómodo ciertamente en los tiempos pasados disponer de palabras poco concretas y nada expresivas que velando y encubriendo un sin fin de errores ocultaban la completa desorientación por entonces reinante en lo que a la patogenia y evolución de la tuberculosis se refiere.

Eran la predisposición y la pretuberculosis dos términos que se prodigaban sobremanera, que se acataban como verdades incommovibles y que prosperaron de tal modo, que a nadie le era permitido comentar y mucho menos discutir las ideas tan por entonces en boga de "la semilla y el terreno", que convertían el complejo problema de la tuberculosis en la tan conocida parábola de Jesucristo.

En el momento que se veía un sujeto enflaquecido rápidamente, con piel pálida, tórax largo y estrecho, manos flacas, andar anheloso, etc., se le calificaba de "predisuesto", siendo así que su predisposición era siempre o casi siempre una tuberculosis clara y definida, cuyo diagnóstico se hubiera esclarecido poniendo a contribución debidamente los elementos de exploración necesarios, que nos dispensaban de pensar en la predisposición a una cosa que verdaderamente existía en el organismo.

Respecto a la predisposición que los médicos tradicionalistas todavía defienden con absurda obstinación, pocos, muy pocos argumentos bastan y sobran para desvanecer el error, puesto que en el ánimo de todos está que apenas nacemos ya estamos predispuestos a la infección tuberculosa, seguramente inevitable en la primera infancia, dada la extensión y difusión del bacilo tuberculoso por todas partes donde la tuberculosis es endémica y francamente consolidada, por consiguiente, en las últimas edades de nuestra vida.

Sergent declaraba implícitamente, hace ya años, que siendo la tuberculosis del adulto el despertar, ayudado por circunstancias ocasionales favorables, de una tuberculosis que dormía desde la infancia, las palabras predisposición y pretuberculosis carecían de fundamento, sin negar el papel que el terreno desempeña, no sólo en la evolución y el pronóstico de la tuberculosis, sino en las modalidades clínicas de la enfermedad, estimando que debe conceptuarse como "terreno tuberculoso" no ya el papel que este terreno puede desempeñar en el origen de la tuberculosis, sino las modificaciones que dicho terreno experimenta por el hecho de dicha tuberculización.

Es comprensible, como indican Simón y Redecker, que las mujeres tuberculosas, por las alteraciones que en su organismo provoca la enfermedad, den a luz niños atrasados, y mucho más si se tiene en cuenta que con gran frecuencia los hijos son prematuros; pero, en general, cada vez se está más convencido de la escasa diferencia existente entre los hijos de tuberculosas y los de mujeres sanas, siendo imposible a la edad de un año establecer diferencias entre el desarrollo de un niño procedente de tísicos y otros procedente de personas saludables, sucediendo esto mismo durante los años siguientes.

Pensando con Bandelier y Roepker, más se siente uno inclinando a admitir, en vez de una predisposición, una exagerada exposición en la primera infancia; es decir, el contagio post-natal, que comienza en el momento del parto y continúa después.

Resumiendo, pues, cuanto llevamos indicado, podemos decir que muchísima mayor influencia que la herencia y que las taras hereditarias, excepcionales, como hemos dicho, ejercen la circunstancia de exposición al contagio en que desde la más tierna edad se hallan los niños, como lo demuestra plenamente el que éstos permanecen sanos cuando, separándolos pronto de la madre, se les aleja de la familia contagiante, enferman-



do, en cambio, los hermanos suyos que quedaron en el hogar.

Y con esto llegamos al punto culminante de la cuestión: al contagio del niño, que es el punto de partida de la infección tuberculosa, y, por consiguiente, el punto de arranque también de la lucha antituberculosa eficaz.

El niño, desde el momento en que nace, constituye un terreno abonadísimo para la captación y desarrollo de la infección tuberculosa.

Numerosos e incontables son los casos de infección de niños de pecho que viven en contacto con individuos tuberculosos, siendo a este respecto altamente demostrativa la observación de Reich que refiere el caso de diez recién nacidos asistidos durante el parto en Neuenburgo por una matrona tísica y que murieron de meningitis tuberculosa en el espacio de catorce meses, en tanto que los demás niños que nacieron en la misma ciudad, pero cuyo parto fué asistido por otras matronas o por médicos no se observó ningún caso de muerte por esta causa, averiguándose que la citada matrona tuberculosa tenía la costumbre de practicar insuflaciones con la boca en las vías respiratorias del recién nacido, aun cuando no presentase señales de asfixia.

Por otra parte, como indica Lumiere, se ha señalado el hecho de que los niños nacidos de padres indemnes de tuberculosis y confiados a nodrizas tuberculosas morían a veces de meningitis; los niños de pecho amamantados por su madre, tuberculosa en último grado, sucumben también a veces por la misma enfermedad.

En todos estos casos la realidad del contagio postnatal no ofrece la menor duda, la historia de la matrona de Neuenburgo hasta tiene el alcance demostrativo de un experimento de laboratorio.

La inoculación accidental en el niño recién nacido también ha sido evidenciada; prueba de ello la que se ha indicado a veces entre los niños recién nacidos israelitas cuando se les infecta en el momento de la circuncisión ritual llevada a efecto por algún rabino enfermo de tuberculosis avanzada, al succionar la herida prepucial, con el fin de cohibir la hemorragia, evolucionando en este caso la infección como la tuberculosis de inoculación experimental.

El niño, por tanto, desde que nace está constantemente expuesto a repetidas infecciones y superinfecciones en el hogar, más adelante en la edad escolar y más tarde en la juventud.

Hay una edad, después de la lactancia, muy peligrosa, que es cuando el niño comienza a andar y a arrastrarse por el suelo, llevándose constantemente las manos sucias a la boca (infección del pequeño que lo toca todo, como indica Sergeant, o "Schnierfektion" de los alemanes).

Otra edad en que la exposición a la tuberculosis es muy destacada es durante la época escolar, por la convivencia con compañeros de tareas escolares o maestros posiblemente tuberculosos bacilíferos.

Todos estos hechos plantean a su vez, como fácilmente puede comprenderse, una multitud de problemas en los que se vincula la acertada y eficaz profilaxia contra la tuberculosis infantil, como el patrón tuberculoso, conocimiento de los focos tuberculosos, protección a la tuberculosa embarazada, separación inmediata de recién nacido hijo de padres tuberculosos bacilíferos, inspección médico escolar con vigilancia cuidadosa del niño, del maestro y de la escuela, etc., etc., asuntos de los que nos podemos ocupar por no dar una desmesurada extensión a este trabajo y de los que, por otra parte, ya nos hemos ocupado en otras publicaciones nuestras.

## Medicina geográfica climática

### ¿Qué acción ejercen los cambios de la presión atmosférica sobre el hombre?

POR

G. SCHAITENBRAND

Adaptación española por F. G. NÚÑEZ DELEITO

Los cambios de presión atmosférica ejercen una acción indudable sobre los procesos orgánicos del hombre y de los animales. En los últimos años se ha estudiado más detenidamente la acción de las grandes presiones sirviéndose de observaciones hechas en buzos y en trabajadores en túneles profundos. Hoy día se presta gran atención a los efectos de las presiones mínimas desde que la aviación ha tomado un desarrollo sorprendente.

Al nivel del mar, cada centímetro cuadrado de superficie externa y de la interna de los órganos respiratorios, soporta un peso aproximado de un kilogramo. Esta presión se soporta también por los tejidos situados debajo de la piel, y a nivel de los vasos sanguíneos contribuye a mantener en un nivel casi constante la presión intravascular. Por intermedio de los vasos sanguíneos, la presión atmosférica influye de un modo notorio sobre los órganos internos, protegidos por paredes rígidas, de la acción directa de aquélla. Entre estos órganos merecen citarse la médula ósea y el cerebro.

Tan pronto como cambia la presión atmosférica, se resienten los tejidos y órganos de la economía. Los tejidos se comportan como los cuerpos sólidos y líquidos en física; es decir, que los cambios de presión exterior apenas si se reflejan en mínimos cambios de volumen; pero no podemos negar que según cual sea su naturaleza, han de modificarse ciertas cualidades inherentes a los mismos; por ejemplo: en las membranas es fácil que se modifiquen sus propiedades elásticas y ciertos detalles de su estructura. De ahí el que las funciones circulatorias no sean exactamente iguales en las presiones máximas que en las mínimas. Kaiser atribuía los cambios de presión intravascular consecutivos a las modificaciones de la presión atmosférica, a trastornos en las funciones de las membranas. Sin embargo, en una serie de estudios hechos en perros narcotizados y siguiendo la técnica de Trendelenburgo, no pude encontrar relaciones constantes y fijas entre cambio de presión externa y alteraciones de la presión vascular.

Mas dentro de los tejidos existen gases cuyo volumen cambia mucho según cual sea la presión a que se encuentren sometidos, y en ellos si se reflejan de un modo activo los cambios de presión atmosférica. Citemos, en primer término, el tubo gastrointestinal.

En los fuertes descensos de presión se experimenta una sensación de plenitud de vientre que sólo cesa cuando la expulsión de gases por boca y ano restablece el equilibrio alterado. Por otra parte, hay gases en abundancia en los senos paranasales, en el oído medio y en las celdas de la mastoides, gases que se dilatan cuando desciende la presión externa y viceversa. Si hay comunicación amplia y pronta entre el aire de estas cavidades y el exterior, pronto se restablecerá el equilibrio; pero cuando existe, por ejemplo, un catarro de la trompa que cierra la comunicación de ésta con faringe, las altas presiones provocan un aumento de la presión externa de los tejidos que se refleja directamente en la membrana del tímpano, con fuertes dolores y secreción de líquido a través de las paredes de los vasos, que no encuentran



en el aire de estas cavidades cerradas un contrapeso bastante para equilibrar su presión interna.

Lo mismo que con estas cavidades cerradas ocurre con los depósitos de gases acumulados con fines terapéuticos; por ejemplo: con el neumotórax. Si desciende la presión atmosférica, el aire de los neumotórax se distenderá, y no es raro que aparezcan trastornos más o menos intensos, por lo que hay que ser cauto con los viajes aéreos de los enfermos con neumotórax. Lo mismo decimos de los casos en que se insufla aire dentro de las cavidades intracerebrales, sea con fines diagnósticos o terapéuticos. Estos depósitos de aire siguen las mismas vicisitudes que los neumotórax, y la figura adjunta representa los cambios de volumen de las burbujas de aire conforme se aumenta o disminuye la presión externa. Hay que admitir que parte de estos cambios de volumen se compensan por cambios directos del volumen del cerebro el que, como cuerpo relativamente esponjoso, puede rellenarse con cantidades variables de sangre. Otra parte de estos cambios se compensa con los cambios de volumen del líquido céfalo-raquídeo en la parte inferior del saco espinal, que no es tan rígido como el del cráneo, y puede dilatarse o colapsarse dentro de ciertos límites, especialmente entre los arcos vertebrales, en los que las partes periféricas son blandas.

Pero estas compensaciones son pequeñas y el proceso compensador principal es el aumento o disminución de la secreción y de la resorción del líquido céfalo-raquídeo. Importa mucho conocer este proceso. Cuando se introduce aire en el interior del cerebro, se estimula la secreción del líquido y aumenta la presión interna, apareciendo intensos dolores de cabeza y vómitos. Si colocamos este enfermo en un espacio en el que la presión exterior sea muy elevada, compensamos la hipertensión interna y desaparecen los síntomas molestos. Pero si llevamos el aumento de presión atmosférica más allá de lo debido, reaparecen dichos síntomas, porque hemos vuelto a alterar las relaciones entre presión externa e interna, esta vez en beneficio de aquella.

Se comprende la trascendencia de este experimento, porque nos demuestra que la cefalalgia y los vómitos pueden ser debidos, tanto a un aumento de presión intracraneana como a un déficit notorio de esta presión. Hay que continuar estos estudios y experiencias para ver si de este modo nos explicamos la génesis de muchas cefalalgias, que no podemos explicarnos por una hipertensión intracraneal.



Horas

- 1) 9<sup>35</sup> Presión normal
- 2) 10<sup>15</sup> Presiones bajas equivalente a 5.000 m. de altura.
- 3) 10<sup>25</sup> Presión normal.
- 4) 10<sup>45</sup> Presión aumentada en 3/4 de atmósfera.
- 5) 11<sup>10</sup> Presión normal.

Otro punto en que se exterioriza vivamente cualquier cambio de presión, es la cápsula de las articulaciones. Veámos lo que ocurre con la del hombro. En posición vertical y con los músculos completamente relajados, la

articulación soporta un peso de varios kilogramos mediante una superficie de pocos centímetros cuadrados, dirigida oblicuamente hacia abajo. La cápsula está íntimamente unida al cartilago y con la rigidez y tensión suficiente para poder introducirse en todos los repliegues intrarticulares. La presión atmosférica empuja en estos casos la cabeza del húmero contra la cavidad cotiloidea y contribuye a disminuir el peso del brazo. Mas cuando la presión externa disminuye, la cápsula se ve sometida a tiros mayores, toda vez que falta la colaboración de aquella y se experimentan sensaciones de tirantez y dolor. Si se trata de una persona con alteraciones capsulares, por ejemplo, las que padecen luxación habitual, los dolores a nivel de la articulación son muy violentos. Así pudo comprobarlo, autoexperimentalmente, el autor en una ascensión a 6.000 metros; los dolores fueron muy violentos en un hombro que se había luxado varias veces.

Los gases se disuelven mejor o peor en los líquidos según cual sea la presión a que se encuentren sometidos. La sangre tiene disueltos gran cantidad de gases y las repercusiones de los cambios de presión pueden ser muy llamativos en este punto. El brusco descenso de la presión externa deja en libertad gran cantidad de gases, hasta entonces disueltos, con los correspondientes trastornos (buzos que bruscamente salen del agua y se quitan la armadura). Cuando las presiones externas son muy altas, es tal la cantidad de oxígeno disuelto en la sangre, que la hemoglobina pierde mucha de su importancia. No obstante, cuando la presión es mayor de seis atmósferas, sobrevienen tales trastornos que la vida se hace imposible, probablemente porque se concentran también tan grandes cantidades de ácido carbónico y de otros gases, que los procesos vitales no se puedan efectuar en buenas condiciones.

Cuando disminuye la presión externa disminuye también la cantidad de aire en sus cavidades y su peso cambia, toda vez que la presión que sufre de abajo hacia arriba (igual al peso del volumen de aire que desaloja), es menor. Al disminuir la presión sanguínea a la mitad, el peso de un hombre de volumen normal aumenta unos 420 gramos. Este peso aparente disminuye, en cambio, en las intensas presiones. Ciertas funciones como la inervación y el lenguaje sólo se llevan a cabo normalmente en presiones de una atmósfera. Son muy llamativos los cambios de voz con las grandes presiones externas.

Bien conocidos son los estudios sobre las consecuencias del cambio de presión del oxígeno en las alturas. A estos cambios de presión se atribuyen el descenso en la presión sanguínea, la lentitud del pulso y los cambios en los movimientos respiratorios. Cuando el hombre no encuentra en el aire el oxígeno preciso para atender a sus necesidades, acude a los depósitos que tiene en la sangre y, sobre todo, a intensificar la formación de hematies para compensar el déficit de saturación de cada uno con el aumento del número. Por otra parte, acelera la circulación, intensifica el riego de los tejidos y aumenta la ventilación pulmonar, todo con el fin de que en la unidad de tiempo tengan a su alcance los tejidos la misma cantidad de oxígeno de que disponía antes. De todo el aparato circulatorio es el corazón el que más padece por esta sobrecarga de trabajo y la muerte por presiones débiles es muchas veces una muerte por el corazón.

También el sistema nervioso central padece con el déficit de oxígeno, y bien se comprueba esto con los múltiples síntomas nerviosos que aparecen en la enfermedad de las alturas. Los más llamativos son: cambios de humor, descenso de la atención y del poder de concentrarse y cierta falta de voluntad. Cuando se agravan los síntomas, aparecen, además, picotazos en las extremidades, vértigos, ataxia, pérdida del tono muscular y nistagmo. Por último, pueden presentarse pérdidas del conocimiento.



to y ataques epilépticos. Cuando el conocimiento se recobra queda una amnesia retrógrada.

Muy importantes son también las alteraciones de la presión del líquido céfalo-raquídeo. Pudo comprobar el autor que los aumentos de presión no se reflejaban en cambios en la presión de este líquido, pero el descenso de la presión atmosférica traía consigo aumentos en las presiones intra-raquídeas. Este aumento aparece en los paralíticos generales con presiones que corresponden a alturas de 3.000 metros, y en los epilépticos más tarde todavía. Probablemente la constitución del paciente y su enfermedad condicionan estos cambios. Este aumento de la presión del líquido es el primer síntoma del mal de las montañas y se comprueba incluso en animales sometidos a narcosis profundas.

De este aumento de presión del líquido es responsable en primer término, la falta de oxígeno. Todos los experimentadores están conformes en que falta de oxígeno o aumento de ácido carbónico en la sangre traen consigo hipertensiones del líquido céfalo-raquídeo. Como en las montañas disminuye la tensión del ácido carbónico de la sangre, sólo a la deficiencia de oxígeno puede atribuirse. Además, basta con hacer respirar balones de oxígeno para que tal hipertensión desaparezca en pocos segundos, con tal de que las presiones no hayan descendido a la mitad o más de la normal. Pero existen, indudablemente, otros factores desconocidos, pues cuando se llega a alturas de 7.000 metros no basta con respirar oxígeno en cantidad tal que su presión intraalveolar llegue a ser la misma que a nivel del mar, para que desaparezca por completo la hipertensión del líquido céfalo-raquídeo.

Todos estos estudios tienen un interés capital y merecen continuarse a fin de aclarar no pocos problemas de fisiología y patología humanas.

(*Muenchener medizinische Wochenschrift*, 1933, número 24.)

## SESIONES CLINICAS

### En el Hospital Provincial

Servicio de clínica médica y fimatológica del profesor  
Codina Castellví

Sesión del día 4 de mayo de 1933,

UN CASO DE ATELECTASIA PULMONAR ASOCIADA  
A UN PROCESO RENAL DE ORIGEN SIFILITICO?

El Dr. Codina Suqué: Enferma E. B. G., que ocupa la cama número 20 de este Servicio, de cuarenta y cuatro años, viuda, en cuyos antecedentes familiares hay de importante que su marido había tenido sífilis. Sin abortos; dos partos normales; viven los dos; la pequeña sana y la mayor, que ahora tiene veintidós años, tuvo entre los cinco y los trece años unas úlceras en las piernas que curaron con inyecciones, y le dijeron eran sifilíticas.

La enfermedad actual empezó hace una año con pesadez de muslos hacia abajo y edemas, que desaparecían con el reposo en cama. Sin edemas de párpados. Actualmente no tose ni expectora, ni lo ha hecho nunca; casi no se fatiga. Poco apetito, ardores después de la comida; deposición dura, cada dos o tres días. En urinario una micción nocturna de patológico. Alguna cefalalgia, sin calambres ni picores, ni disminución de vista u oído.

Examen.—Enferma mal nutrida, pálida, de 1,520 metros y 50,800 kilogramos. Pupilas iguales, reaccionan bien a la luz y acomodación. Paladar pálido; lengua con

punta seca y roja; sin leucoplasias. Sin ganglios en cuello y axilas. Tórax descarnado, pero sin atrofas ni hipertensas. Hemitórax izquierdo deprimido e inmóvil. No se ve latido de punta, se palpa de un modo difuso, en región del pezón. La percusión normal en hemitórax derecho, con diafragma que se mueve bien. No hay macidez esternal. El hemitórax izquierdo tiene una banda paraesternal clara, una zona submate paravertebral y el resto mate. No pueden limitarse ni el Krönig ni el diafragma de este lado. La auscultación del lado derecho es normal, excepto unas pequeñas crepitaciones en base, plano axilar. El lado izquierdo en la zona clara paraesternal, se oye el murmullo con soplo traqueal. En el resto desaparición del murmullo, con soplo bronco-cavitario, con timbre ligeramente anófico en la espiración, aumento de la resonancia de la voz con pectoriloquia afona y aumento de vibraciones, estando disminuidos todos estos fenómenos en partes bajas.

Por exploración radiológica (Radioscopia y radiografía) se apreciaba: ligera escoliosis dorsal media de concavidad derecha. Retracción hemitórax izquierdo. Diafragma derecho aplanado; el izquierdo no visible. Tráquea desviada a la izquierda, sin acodamientos bruscos, pudiéndose seguir en el espesor del hemitórax izquierdo sus ramificaciones dilatadas. Corazón muy desviado a la izquierda, dejando desnuda la columna vertebral. Campo pulmonar derecho con diseño muy marcado, un nódulo parietal al nivel del hilio y abundantes nódulos vasculares. El campo izquierdo obscuro todo él, más en partes bajas, con los aclaramientos de los bronquios dilatados.

La enferma tenía 37,4 con 116 pulsaciones y 11-9 de presión arterial en el Pachón. Análisis de sangre: Hemat., 4.700.000; leucocitos, 6.900; hemoglobina, 75; V. G., 0,79. Fórmula: Neutrófilos, 68; acidófilos, 11; linfocitos, 23. Formas de transición, 1; mononucleares, 7; aneít, 8, 16, 32, 12, 2. Total: 234. Colostérinemia, 1,10; glucemia, 0,58; velocidad de sedimentación, 83,75. Wassermann negativo. Orina ácida. Densidad, 1010. Cl., 5,80. Urea, 14,06. Albúmina, 3 gramos. Glucosa, no.

Lo primero que llama la atención en este caso es la ausencia de síntomas torácicos (tos, expectoración, hemoptisis, fatiga) en una enferma con alteraciones tan manifiestas en aparato respiratorio. Ello indicaría que el proceso se la instalado insidiosamente, dando tiempo al organismo a irse adaptando a las nuevas condiciones. La alteración renal, lo mismo que los edemas, único síntoma subjetivo que aqueja la enferma, pensamos explicarlo por un ectasis en la circulación de la vena cava inferior, debido al comodamiento a que tiene que estar sometida esta vena por la gran desviación del corazón. Más adelante ya veremos cómo hemos modificado esa interpretación por nuevas investigaciones.

No nos detendremos en el diagnóstico diferencial entre algunos procesos torácicos unilaterales, como derrames, neumonía total, etc., que no encajan en el cuadro presentado por la enferma; sólo trataremos de dos procesos: la fibrosis y la atelectasia, en los que cabe el cuadro fenomenológico de hemiretracción torácica presentado por la enferma.

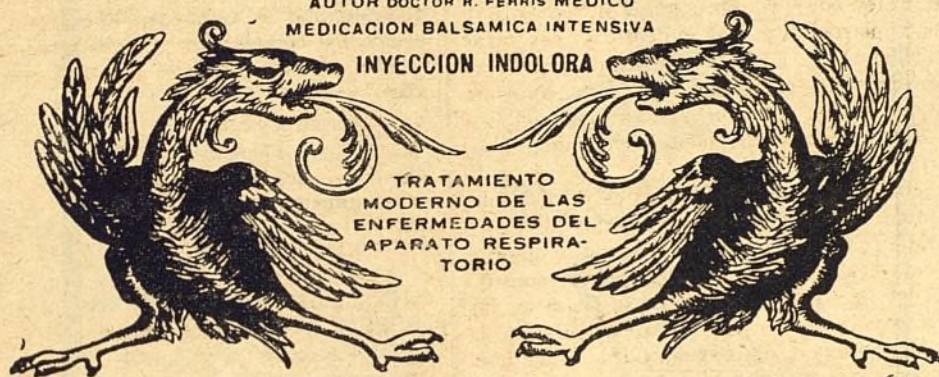
La falta de un proceso crónico pulmonar anterior; el hecho de que la tráquea no esté deformada en bayoneta, y que el diafragma no presente pinzamiento ni deformaciones, como pudo comprobarse haciendo ingerir bicarbonato y ácido cítrico, para que por el desprendimiento de aumentarse la cámara de gases del estómago, nos hacen rechazar el diagnóstico de fibrosis para aceptar el de atelectasia, al menos en el modo patogénico, pues ya sabemos que en un proceso atelectásico de larga fecha, como parecen indicar las dilataciones bronquiales, se instala una formación de tejido conjuntivo que trans-



# NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO  
MEDICACION BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA



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.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Para-iso-propilmetacresol, 1,50 g.; Metanol-3, 5,00 g.; Gomenol, 7,90 g.; Anhidroterpina, 10,15 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Trileínas eterificadas, c. s.

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.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Guayacol, 0,10 g.; Tímol, 1,00 g.; Estearopteno de menta, 1,50 g.; Esencia de Níauli, 20,00 g.; Cineol, 10,00 g.; Sulfuro de Alilo, 0,005 g.; Trileínas eterificadas, c. s.

Neyol n.º 3  
Niños

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

COMPOSICION POR 100 C. C. = Para-iso-propilmetacresol, 1,50 g.; Anhidroterpina, 10,00 g.; Esencia de Níauli, 20,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Trileínas eterificadas, c. s.

Neyol n.º 4  
Procesos agudos

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

COMPOSICION POR 100 C. C. = Lectina, 0,25 g.; Colesterina, 0,30 g.; Estricnina, 0,01 g.; Tímol, 2,50 g.; Gomenol, 7,45 g.; Eucaliptol, 7,55 g.; Mentol, 5,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Guayacol, 5,00 g.; Aceite de olivas esterilizado, c. s.

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.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Atropina, 0,0025 g.; Adrenalina, 0,005 g.; Guayacol, 5,00 g.; Tímol, 5,50 g.; Mentol, 4,50 g.; Gomenol, 10,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Aceite esterilizado, c. s.

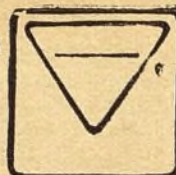
Todos los números tienen una indicación especial en los procesos gripales del aparato respiratorio.

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



## **Lactéol del Dr BOUCARD**



**Lactéol del Dr BOUCARD**  
Comprimidos de bacilos lácticos



**Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD**  
Ampollas de bacilos lácticos

**El Lactéol del Dr BOUCARD**  
(Comprimidos de bacilos lácticos) realiza una desinfección intestinal rápida Enteritis, Diarreas, Infección y autointoxicación intestinal

*Modo de emplearlo :*

9 a 12 comprimidos al día, desleídos en un poco de agua azucarada antes de las comidas.

**El Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD** (Ampollas de bacilos lácticos) se emplea para el tratamiento intensivo. Enteritis, Colitis y todos los trastornos de intoxicación y de infección intestinal.

*Modo de usarlo :*

2 a 4 ampollas por día, en un poco de agua azucarada

Muestras : R. SALA, Paris, 174 - Barcelona

**GYNOCALCION**

**ACCIDENTES DE LA PUBERTAD** **ACCIDENTES DE LA MENOPAUSIS**

**LABORATORIOS CORTIAL 15. Boul<sup>d</sup> Pasteur. PARIS**  
JUAN MARTIN. ALCALA 9 MADRID. CONSEJO DE CIENTO 341 BARCELONA



forma el pulmón en una masa fibrosa (la induración por colapso de los alemanes).

Tratamos de investigar uno de los síntomas más acusados de las atelectasias, la gran negativa pleural, que también nos proporcionaría datos sobre el estado del pulmón, practicando un neumotórax, pero nos encontramos con una pleura pegada en su casi totalidad, pudiéndose inyectar solamente 100 c. c. de gas, pasando la presión de 1, 2, a 0 y formándose una cámara pequeña entre el diafragma y la base del pulmón.

Las bronquiectasias se estudiaron por la inyección de lipiodol, que demostró, a más de las que se veían en la radio sin contraste, un nido de bronquiectasias en dedo de guante a nivel de hilio, cerca del plano posterior, no pudiéndose inyectar el bronquio principal inferior (¿por oclusión?).

Como no sabemos cuando ha empezado la historia patológica de la afección pulmonar, no podemos descartar completamente la suposición de que se trata de una atelectasia congénita, aunque la falta completa de síntomas, aún en dos embarazos y puerperios nos inclinan a creer que se trata de una afección adquirida. Entre éstas descartamos las atelectasias por compresión y las agudas (cuerpos extraños, en lo que hemos insistido en el interrogatorio: hamentisis y colapso agudo masivo).

Entre las atelectasias crónicas por obstrucción, hay que pensar en un tumor, goma o quiste, y para ver de llegar a la verdad se practicaron las siguientes investigaciones complementarias.

Una broncoscopia que, al lado de la desviación de la tráquea, demostró que los bronquios izquierdos eran rosapálido y relativamente rígidos, estando la mayoría de ellos obstruidos, liberándose muy pocos por aspiración. La impresión de los doctores Hinojar, que practicaron la exploración, es que podría tratarse de un tumor, sin poderse asegurar.

La falta de eosinofilia, un Casoni muy débilmente positivo y un Weinberg débilmente positivo para antígeno humano, de vaca y carnero, deben hacernos recluir la etiología por quiste hidatídico, a más de lo raro que debe ser; pero sobre todo el hecho de que la reacción Wassermann, después de reactivación se volvió positiva, lo que era de esperar en una enferma que clínicamente tenía que ser sífilítica, pues casada con un sífilítico había tenido una hija con manifestaciones de la misma enfermedad.

Hay que pensar que la sífilis pueda ser la causa etiológica de la atelectasia, especialmente por la formación de un goma que obstruya un bronquio, ya que la esclerosis no se hubiera limitado a un solo pulmón.

Esta causa también tiene importancia para enjuiciar la lesión renal. Al principio ya dijimos que, en vista de los primeros análisis, pensamos en un riñón de éstaxis, pero en análisis repetidos se ha visto que la densidad de la orina nunca ha sido superior a 1013, que la dosis de cloruros era baja y que en cambio la albúmina ha llegado hasta cantidades de 6,80 gramos por 1.000, con abundantes cilindros granulosos y céreos en el sedimento. Todo ello indica una alteración parenquimatosa en la que quizá la sífilis sea la responsable. El estudio funcional renal, por la prueba de Volhard, la investigación de urea e indican en el suero sanguíneo nos indicarán hasta qué punto está lesionado el tejido noble, y el tratamiento antisifilítico, llevado hasta qué punto estaban producidas por el virus sífilítico. El tratamiento también servirá para la lesión pulmonar; pero aunque la lesión primitiva fuera un goma, poco podemos esperar la restitución funcional del pulmón izquierdo que después de una larga atelectasia seguramente estará fibrosado y no podrá recuperar su estado normal.

Dr. García: De lo expuesto, queda en pie el proceso

renal que la enferma padece; no podemos confiar en el primer análisis de orina, puesto que los análisis posteriores nos confirman la presencia de cilindros y algún hematie; ya hay que sospechar que tal proceso está ligado etiológicamente a sus lesiones pulmonares, que tal vez tengan etiología sífilítica, por lo que creo que debería tratarse con neosalvarsán, a dosis de 0,15, y yoduros, y hacer análisis repetidos de orina, para observar si disminuye la albúmina y cilindros con el tratamiento, o por el contrario, si empeora, para suspenderlo.

Dr. Alvarez Merino: Haré resaltar en este caso la ausencia de lo que Patiño llamó reactivación biológica de la linfocitosis sanguínea, y que conste en que en aquellos casos de linfocitosis (y leucocitosis) normal y R. W. con el tratamiento se reactivarían, como las reacciones serológicas, y puede llegar la linfocitosis hasta un 40 por 100, que puede persistir, como signo indeleble de iniciación sífilítica; pero en este caso, como vemos, están normales, tanto las cifras de la cantidad de leucocitos como la de linfocitos, aun después de la reactivación.

Por otro lado, habiendo sacado la impresión de que todas las lesiones que presenta la enferma, tanto la de pulmón como su sintomatología nefrótica, es más probable que obedezca a la sífilis, tiene un gran valor, incluso para reafirmar el diagnóstico, el resultado de un tratamiento antisifilítico prudente, bien observado y bien dirigido, con lo cual no sólo mejoraría la sintomatología renal e incluso ésta curaría, sino que se evitaría que la tendencia evolutiva, esclerosa y crónica del pulmón diera lugar, bien por esto o por una endoperiarteritis, a defectos e incluso anulación del riego sanguíneo en determinados territorios pulmonares. Con las consecuencias de muerte del terreno no irrigado, que complicarían el cuadro y pronóstico, haciéndolos más sombríos. Por lo demás, en absoluto de acuerdo con el Dr. Codina Suqué, que en lo ya hecho en el pulmón poco o nada se conseguiría, fuera de este papel que yo me atrevo a llamar profiláctico.

Dr. Codina Castellví: A los conceptos señalados, podemos añadir también sugerencias que se desprenden de la posibilidad de una intervención etiológica de la tuberculosis, dada la cifra tan elevada de la velocidad de sedimentación que se obtuvo, pensando en una pleuritis primitiva, seguida de fibrotórax, contribuyera por compresión externa a la atelectasia y explicara a la vez la sínfisis pleural que ha impedido hallar el neumotórax, en lugar de habernos encontrado con la enorme negativa que caracteriza las atelectasias por obstrucción acompañadas de cavidad pleural libre. Aun aceptada esta posibilidad y por no coincidir los síntomas del proceso renal con la historia de una tuberculosis de los riñones, el admitir la intervención de la sífilis en la etiología del doble proceso completaría la explicación, unificándolos en su causa principal, inclinándonos a pensar en la nefrosis lipoidea y señalando el camino del tratamiento más eficaz.

\*\*\*

#### Sesión del día 11 de mayo de 1933

PLEURESÍA DERECHA CON GRAN DERRAME Y APARENTE ATRACCIÓN CARDÍACA EN UN CASO DE DEXTROCARDIA CON HETEROTAXIA

Dr. Balcázar Rubio (alumno): Se trata de una enferma de veinte años, soltera, que ocupa la cama número 22 de este Servicio; menarquia hace cinco meses; sin antecedentes hereditarios; ha tenido tosferina y sarampión; vino a la clínica con todos los síntomas de pleuresía, Dolor en hemitórax derecho que se aumen-



ta con la tos y en fuertes inspiraciones; fiebre, 38, etcétera; a veces el esputo está teñido con sangre; tenía también disnea, palpitaciones y otros síntomas cardíacos; a la exploración da macidez en todo el hemitórax derecho, abolición del murmullo y de las vibraciones vocales; es interesante que el corazón, a pesar del derrame, no se haya desviado; pero lo que más nos llamó la atención es que en hemitórax derecho por debajo de la sexta costilla no se notaba por percusión el sonido mata de hígado, sino timpánico, que nos hizo pensar en el Traube; además, en lado izquierdo se notaba por debajo de sexta costilla una macidez que hacía dudar si sería el bazo.

El análisis del líquido pleural da linfocitosis, lo mismo que los análisis de sangre. La radiografía da una mancha oscura en todo el hemitórax derecho; el corazón está normal al parecer; diagnosticamos, pues, pleuresía serofibrinosa. Al mes de estar en la clínica se le hizo otra radiografía, que mostraba que el corazón estaba en la derecha; se notaban los latidos en segundo espacio intercostal derecho y los tonos se oían en dicho lado; llamaba la atención la atracción tan enorme de corazón, que en tan poco tiempo lo había desviado a derecha; en el lado izquierdo, en lugar de la macidez cardíaca, se notaba a la percusión sonido timpánico y entonces en la nueva exploración radiológica nos hizo ver que, en efecto, el estómago estaba a la derecha y el hígado a la izquierda; esto explica claramente que no había tal atracción cardíaca, sino que primitivamente el corazón estaba a la derecha; vino el derrame y lo desplazó de tal modo, que aparecía como en situación normal; al reabsorberse el derrame, el corazón volvió a su posición, que pudiéramos llamar normal en esta enferma; había, pues, una *dextrocardia con heterotaxia*. Sabido es que las dextrocardias pueden ser adquiridas y congénitas, y éstas, a su vez, con heterotaxia, sin heterotaxia, pero con inversión cardíaca y sin heterotaxia y sin inversión cardíaca. El caso que nos ocupa pertenece a las dextrocardias con heterotaxia; en estos enfermos el gran eje cardíaco va de arriba abajo y de derecha a izquierda (signo de Petit Ravaut); pero lo más típico es el electrocardiograma, que también se hizo a esta enferma y que da, en primera derivación, una inversión de todas las ondas. o sea el llamado *electrocardiograma en espejo*. Estos sujetos suelen ser zurdos y se ha dicho que tenían invertidas las localizaciones cerebrales, y así en esta enferma se nota cierta tardanza en las contestaciones y un marcado negativismo, que muy bien pudiera ser debido a su heterotipia.

En los casos en que no hay heterotaxia suele haber alguna lesión cardíaca asociada, y en los que no hay inversión cardíaca el electrocardiograma en primera derivación es normal. Martinotti dice que en la vida embrionaria la vena onfalomesentérica derecha persiste, mientras que desaparece la izquierda; Serres dice que en los embarazos gemelares el que está situado a la derecha podría tener dextrocardia. Se admite en general que el embrión en vez de tirar a la izquierda lo hace a la derecha; en la dextrocardia sin inversión cardíaca el corazón no jira (en la vida embrionaria) y queda en el centro, y luego poco a poco la punta va a la derecha. El tratamiento en esta enferma es sintomático y antituberculoso, puesto que la sífilis se debe descartar por tener la reacción Wassermann negativa.

**Dr. Lluéna:** Desde el punto de vista quirúrgico de lo que tuvo en las rodillas, como se hace en la clínica del Dr. Olivares, se hubiera podido inyectar en las articulaciones unos 120 c. c. de aire, constituyendo lo que se llama neumoarticulación, con lo cual se puede juzgar mejor radiográficamente; por si se tratara de una lesión fímica también se podía hacer una exploración complementaria de cadera para ver si había o no asimetrías. La cifra baja de glucemia autoriza

a pensar que sea una tuberculosa que pueda llevar bien el tratamiento insulínico. Por la inversión visceral y los demás datos se puede suponer una impregnación por el virus sífilítico asociada a una esclerosis pluri-glandular de tipo endocrino, que coincide con menarquía tardía y otros estigmas de menor interés.

**Dr. Codina Castellvi:** El caso es muy importante; los bacilos de Koch confirman la naturaleza tuberculosa de la pleuresía; la negatividad del Wassermann no basta para desechar la sospecha sífilítica que despiertan el aspecto especial de la cara, la mirada vaga sin motivo, torpeza en su expresión, negativismo frecuente, oculismo constante, alteraciones menárquicas, crestas tibiales desiguales, bóveda palatina ojival, implantación dentaria no correcta y, por fin, la transposición visceral, que sospechamos al encontrar timpánica la región de la macidez hepática y que nos puso en camino de demostrarla, el hecho de ver que a medida que disminuía el derrame, desaparecía de la izquierda la sombra del corazón y se instalaba éste en la derecha, como estuvo antes, según confirman la inspección de los latidos, la auscultación y el electrocardiograma en espejo.

#### INSUFICIENCIA Y ESTRECHEZ DE LA MITRAL EN UNA OPERADA DOS VECES DE ESTÓMAGO

**Sr. Gómez López (alumno):** Se trata de la enferma S. L., de treinta y seis años, que ocupa la cama número 30 de este Servicio; fueron 17 hermanos; viven dos, los demás, muertos pequeños; la madre tuvo dos abortos; padecía grandes úlceras en las piernas y murió cardíaca. La enferma padeció escarlatina; antes de la primera menstruación erisipelas faciales, de repetición, durante un año. Ha sido operada dos veces por úlcus gástrico (a los veinticuatro y veinticinco años). Primera menstruación a los trece años; generalmente disminorrea y leucorrea; hace tres años amenorrea durante dieciocho meses; últimamente con frecuencia dos menstruaciones en el mismo mes. Después de operada por segunda vez notó fatiga y frecuentemente edemas maleolares; pero el comienzo de su enfermedad, la enferma, subjetivamente, lo refiere hace cuatro años y medio en que tuvo un ataque con pérdida de conocimiento, gran disnea, etc.; desde entonces, palpitaciones, disnea, tendencia a los edemas; ha tenido hemoptisis y fiebre ligera, alguna vez 39°; desde hace un año afonía persistente, y desde hace año y medio dolores torácicos, actualmente muy intenso en costado izquierdo. A veces dolor precordial de tipo anginoso; tos y expectoración espumosa frecuentemente con sangre; tiene las crestas tibiales desiguales y defectuosa implantación dentaria; orina bien y el análisis es normal; macidez cardíaca aumentada; punta en 6.º espacio línea para-mamilar; P. 66, macidez hepática aumentada. Refuerzo del segundo tono pulmonar; prolongado el primero en tricúspide; en mitral se oye un tono (suponemos que el primero) seguido de un gran soplo que se refuerza antes de extinguirse; Wassermann positivo. El trazado electrocardiográfico hecho en enero de 1931 da un diagnóstico de estrechez mitral. En la radiografía, sin embargo, la sombra cardíaca da una gran hipertrofia de ventrículo izquierdo; diagnóstico: insuficiencia y estrechez mitral con gran predominio de esta última. Admitimos que la lesión es adquirida y no congénita; dada la rareza de una estrechez mitral congénita, la falta de síntomas hasta los veinticinco años y el perfecto desarrollo de la enferma.

Por otra parte, aun admitiendo en la enferma una lues hereditaria, no creemos en esta etiología de su lesión valvular, la cual, a nuestro juicio, es consecuencia de las erisipelas de repetición en la pubertad, dado que las lesiones sífilíticas se localizan frecuentemente en aorta, con propagación a las válvulas, en personas adul-



tas, y que cuando hay una endomiocarditis sífilítica aparecen sobre todo grandes trastornos en la conducción cardíaca (bloques) dada la preferencia que tiene por el fascículo de His; admitimos posible que exista una miocarditis intersticial difusa, de naturaleza sífilítica, pero que no es la que ha producido la lesión valvular, sino que ésta fué producida por los estreptococos y siendo primitivamente una insuficiencia. El grado de dilatación de aurícula izquierda es tal, que ha producido una parálisis del nervio recurrente izquierdo, que produce la afonía con la característica voz bitonal. Aún cuando hay un primer tono en tricúspide algo prolongado, desechamos que exista una insuficiencia de esta válvula, pues falta el pulso venoso positivo (ventricular). Explicamos las hemoptisis por la misma tos, dada la hiperrepleción de los vasos pulmonares, y creemos que las crisis de disnea (asma cardíaco), no sólo dependen del éxtasis en los pulmones, sino también de una deficiente nutrición miocárdica por esclerosis de las coronarias. Creemos exista en los pulmones una induración parda y que dependa de la lesión cardíaca una pleuritis que existe en lado izquierdo y que da algunos roces a la auscultación, pues no hay síntomas que hagan pensar en infartos pulmonares con reacción pleural, por trombos. Es notable en la enferma la falta de arritmias. No creemos urgente un tratamiento específico. Hasta hoy la enferma ha mejorado con la medicación digitalica. Claro es que dentro de lo que a esta medicación pueda exigirse.

*Dr. García:* Me inclino a pensar que la lesión cardíaca sea congénita y en estado de compensación; que un trauma, como el acto operatorio, haya sido el motivo de la descompensación; que la enferma es sífilítica, y que por tanto, es posible que esta lesión cardíaca sea de tal naturaleza, y que las dos intervenciones de estómago que ha sufrido hayan sido por úlceras, quizás también de naturaleza sífilítica.

*Dr. Lluéna:* Las úlceras que padeció la madre podrían haber sido varicosas, pero cabe fueran específicas por los antecedentes luéticos. La ictericia que padeció en la juventud pudo explicarse por una hepatitis específica, por una lesión de estómago, con su sintomatología, y que dé reflejo en vías biliares. En cuanto al enanismo con sus dimenoreas y flujo blanco, tal vez esté ligado a un estado de infantilismo de sus órganos genitales.

*Dr. Alvarez:* A esta enferma la podemos considerar como una heredosífilítica; pero conviene conocer la fórmula leucocitaria para ver si hay linfocitosis. En el electrocardiograma hay un predominio de corazón derecho y me parece que lo que predominaba era un arrastre presistólico.

*Dr. Codina:* Clínicamente hay en favor de la sífilis, además de lo que se ha indicado, un hecho radiográfico y es una sombra que existe desde mitad de hilio derecho para abajo, la cual es considerada como un signo de la localización preferente de la lues en aparato respiratorio.

## BIBLIOGRAFIA (1)

EL EXAMEN FUNCIONAL DEL HÍGADO EN LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS. Calderón, Antonio. Tesis Doctoral. Madrid, 1933.

Pocas veces, las tesis doctorales llevan unido el interés de las mismas a la buena fe y al deseo de trabajo que en todas encontramos; pero si una vez se da el primer caso, es y bien típicamente en la que acabamos de leer de, el joven profesor americano Antonio Calde-

rón y Gómez. A más ha tenido éste la virtud de tratar en la suya de problema tan candente y de interés para todos como es el de el papel funcional del hígado en las enfermedades alérgicas, poniéndolo al descubierto de una manera clara y maestra. Avalora la misma una gran cantidad de gráficos muy diestramente realizados y una copiosa a la par que bien escogida bibliografía.

JUAN H. SAMPELAYO

\*\*\*

WALTHER, SCHMID-SACHSENSTAMM Y CARL WAITZ. Die Tuberkulose. Un prontuario para médicos prácticos. Un tomo de 230 páginas con 46 figuras en el texto y un cuadro esquemático de la evolución de la tuberculosis. Leipzig y Viena, 1933. Franz Deuticke, editor.

Como dice Schmid-Sachsenstamm, aunque pudiera parecer superflua la publicación de una nueva obra sobre la tuberculosis, no lo es la del presente libro. Los autores se han esforzado, y lo han conseguido, en presentar a los médicos generales el estado actual de nuestros conocimientos en lo que respecta a la tuberculosis. Prescindiendo de teorías y de discusiones sobre todo lo que se desconoce todavía en esta enfermedad, que no es poco, los autores exponen lo que hoy día se admite por todos o por casi todos como bueno, sin omitir hecho alguno. Dos son las peculiaridades de esta infección que le dan sello especial: de una parte el germen tiene para el organismo humano una toxicidad bastante limitada y además presenta una resistencia excepcional no sólo a determinados agentes físicos y químicos, sino también frente a ciertos procesos biológicos. Por otra parte, el organismo humano reacciona en forma especial, en tal forma, que nunca llega a adquirir una inmunidad absoluta contra el germen, sino sólo una relativa, que con el tiempo y por diversos procesos sufre oscilaciones en su cuantía.

Muy interesante y muy completo es el capítulo dedicado a la patogenia y anatomía patológica de la enfermedad y de gran valor práctico el que se ocupa del tratamiento general de la tuberculosis y en especial de la pulmonar.

Los autores han tenido también en cuenta que la situación social de los médicos no les permite hacer grandes gastos en la adquisición de obras y han procurado, de acuerdo con el editor, hacer un libro bueno y lo más barato posible. Por desgracia, entre nosotros que aún no sabemos recetar barato y teniendo en cuenta las posibilidades económicas de los enfermos, menos han de preocuparse los autores de esto último y antes sacrifican un comprador que una radiografía.

La edición está muy bien presentada.

F. G. D.

\*\*\*

ESTUDIO SOBRE LA CUESTIÓN DEL PARTO SIN DOLOR. Colmeiro Laforet, Carlos. Monografía. Imprenta Moret. Coruña, 1932. Sin precio.

Sobre tema de tanta pasión y trascendencia como es éste no sólo en el campo de la Medicina, sino en el de la Sociología, el Dr. Colmeiro ha tenido la amabilidad y el acierto de en las breves páginas de una monografía estudiarlo en toda su amplitud y desde todos sus puntos de vista con las ventajas y los inconvenientes que lleva aparejados.

Es obrita esta, en suma, de utilidad máxima no sólo para el tocólogo, sino para el médico general y rural que no puede en esta especialidad, como en otras, enviar a la enferma a el compañero especialista.

J. H. S.

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



## PERIODICOS MEDICOS

### Extranjeros

**Leo Hess. ESTENOCARDIAS VERDADERAS Y FALSAS.**—El autor encarece la importancia de hacer un diagnóstico diferencial entre ambas, toda vez que el pronóstico y el tratamiento es muy distinto en cada una de ellas. En las verdaderas, cuando son largas y permiten observar al enfermo, se encuentran síntomas objetivos abundantes: aceleración e irregularidad del pulso, hipertensión seguida de hipotensión vascular, rúces pericárdicos, pérdida brusca de las fuerzas y signos de éxtasis o de edema pulmonar, mientras que en las falsas estenocardias a lo sumo se encuentra una elevación pequeña y transitoria de la presión arterial. Aunque en las estenocardias verdaderas se observan localizaciones diversas e irradiaciones variables en el dolor, sin embargo, debe estimarse como regla general que en cada enfermo los ataques de estenocardia verdadera se reproducen constantemente en igual forma como si fueran verdaderas copias fotográficas, cambiando a lo sumo la intensidad de los síntomas. Por el contrario, en las estenocardias falsas cada ataque tiene una sintomatología distinta de los anteriores, apareciendo y desapareciendo uno o varios de sus componentes y es muy fácil observar síntomas accesorios que nada tienen que ver con el corazón, por ejemplo, crisis de lágrimas, diarreas, poliurias con tenesmo, crisis de eructos, etcétera. Las hiperalgias localizadas precisamente en la región precordial son casi exclusivas de las falsas estenocardias, y lo mismo decimos del dolor que algunos enfermos acusan cuando se les comprime ligeramente con el estetoscopio en los espacios intercostales.

El aparecer tras pequeños esfuerzos como andar deprisa, caminar contra el viento, elevar un pequeño peso, etc., es característico de las estenocardias verdaderas. El enfermo se ve obligado irresistiblemente a cesar en su movimiento y encuentra con ello un positivo alivio. Cuando en los neuróticos se observan cardialgias tras esfuerzos corporales no aparece esa sensación imprescindible de abandonar el movimiento, sino simplemente de hacerlo más lento o más cómodo y el dolor en el corazón no tiene tendencia a irradiarse como ocurre en las estenocardias verdaderas. En cambio, el autor no concede gran importancia a la localización del dolor en sitios atípicos como síntoma diferencial. En casos de estenocardias verdaderas pueden observarse dolores localizados en la región gástrica, detrás del esternón, en la parte izquierda de la región interescapular y en la mitad derecha del pecho. En las estenocardias verdaderas el dolor aparece al iniciarse el esfuerzo, si tras una pequeña pausa puede reanudarlos es fácil que se consiga terminar la tarea sin nuevas molestias. Esto sirve para diferenciar las estenocardias de las debilidades del miocardio, en las que el dolor va siendo más intenso conforme aumenta el esfuerzo. Lo que el dolor dure importa poco; en cualquiera de las formas pueden observarse dolores breves y dolores que se prolongan horas, pero cuando esto último ocurre en las estenocardias verdaderas hay una intensa pérdida de fuerzas y en las falsas existe un estado general bastante satisfactorio que contrasta con el dolor.

Más difícil es hacer el diagnóstico diferencial cuando se trata de accesos que aparecen durante el reposo o en el sueño. Tanto en las estenocardias verdaderas como en las falsas hay una sensación de angustia difícil de diferenciar. El que los accesos verdaderos se acompañen de edema pulmonar no es constante. De ordinario los accesos nocturnos son más graves y más propicios a terminar por la muerte que los que se pre-

sentan tras un esfuerzo. En las estenocardias nocturnas el dolor puede localizarse en el epigastrio o en el abdomen, originando confusiones con las dispragias intestinal, con las crisis tabéticas y con cólicos hepáticos o renales. Otras veces la estenocardia nocturna evoluciona sin dolor, el enfermo despierta sintiéndose mal, sin fuerzas, muy pálido y aunque casi siempre hay algo de edema pulmonar puede faltar la expectoración y presentarse una muerte repentina por broncoplegia hiperaguda. Desconocemos las causas que desencadenan los accesos de estenocardia que aparecen en el reposo y durante el sueño. Se observa su aparición en momentos determinados, por ejemplo, cuando la digestión está en todo su apogeo, a poco de acostarse o al amanecer, mientras que los accesos nerviosos no guardan horas fijas.

Como en todas las crisis, los enfermos de estenocardia verdadera sienten un verdadero bienestar cuando el ataque ha pasado, mientras que en las falsas estenocardias los enfermos se siguen quejando durante varios días de cansancio, molestias, dolores, etc.

Por último, el enfermo se comporta de un modo distinto, que no engaña al médico cuando tiene ocasión de ver el acceso. Los que padecen angina de pecho verdadera quedan pálidos, inmóviles, con un sudor de angustia, a veces se llevan la mano al pecho o se agarran fuertemente al sillón o a la ventana en actitud del que siente verdadero dolor e intensa angustia. En los neuróticos no se observa esta inmovilidad, sino una agitación general con ir y venir, levantarse y sentarse, etc., y nunca los vemos quietos y acostados sobre los lomos o sobre el vientre. (*Wien. klin. Woch.*, número 11, 1933.)—F. G. D.

**Max Langer. TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS DE LOS NIÑOS CON TANINO.**—Davidson recomendó en 1925 tratar las quemaduras de segundo y tercer grado con las disoluciones de ácido tánico, partiendo del supuesto de que la toxemia—causa de la inmensa mayoría de las muertes—podía evitarse si los productos de descomposición de los tejidos se combinaban con el ácido tánico, transformándose en albuminatos insolubles.

Ha utilizado el autor este tratamiento en muchos enfermos, durante más de cinco años, pudiendo convenirse de su eficacia. He aquí la técnica seguida: Previa anestesia general superficial con cloruro de etilo, punciona con un bisturí aséptico todas las ampollas y secciona por completo la epidermis, dejándolas en carne viva. Lava cuidadosamente con bencina para desengrasar y en seguida aplica compresas empapadas en una disolución reciente de ácido tánico al dos y medio por ciento. Mantiene la humedad de estas compresas echando sobre ellas pequeñas cantidades de la disolución y persiste en este tratamiento hasta que se forma una costra fuerte, cosa que acontece de ordinario a las veinticuatro a treinta y seis horas. Se quitan las compresas entonces y se coloca el paciente, sin apósito alguno, en una cama aséptica y se aguarda a que se desprendan las costras.

Si la quemadura es de segundo grado, lo corriente es que se desprendan las costras, quedando la quemadura curada y recubierta de epitelio. Si es de tercer grado es probable que las secreciones se hayan abierto paso a través de las costras y al desprenderse éstas queda tejido de granulación que se cura según las reglas generales.

El tratamiento se completa con la abundante ingestión de líquidos (también pueden darse en enemas), con la administración de cardiotónicos, si hay síntomas de choque, y con la transfusión sanguínea, si aparecen los de toxemias (disnea, pulso filiforme, convulsiones, cianosis y postración).

Con este tratamiento los dolores cesan muy pronto y



# MORRHUËTINE

## JUNGKEN

### CARACTERES ESENCIALES

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

**SE EMPLEA EN TODAS LAS  
ÉPOCAS DEL AÑO.**

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

*Eficaz en el  
tratamiento de las*

*Adenopatías  
Linfatismo  
Escrofulismo  
Raquitismo  
Diabetes  
Hereditosifilis  
Amenorrea y Dismenorrea  
Convalecencias  
Estados llamados "retuberculosos"*



**LABORATORIO MIRABENT BARCELONA**

**ESPECIALIDAD NACIONAL**



## **Cardioetil y Cardioetil Estrícnico**

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

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

## **Tratamiento curativo del estreñimiento Petrosina**

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

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

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

## **Neurotónico**

Elixir para vía gástrica. Inyectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina

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

## **Ciaticarina**

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

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

---

**LABORATORIO García Suárez**  
**Calle de Recoletos, 6, moderno. — MADRID**



el autor ha conseguido reducir la mortalidad en un 50 por 100. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, número 22, 1933).—F. G. D.

**L. Israel.** INFLUENCIA DEL RÉGIMEN DESCLORURADO O HIPOCLORURADO SOBRE EL PARTO.—La facilidad con que dan a luz de ordinario las mujeres sometidas durante algún tiempo de su embarazo a un régimen sin sal, por cardíacas, renales o hipertensas, hizo nacer en la mente de Hofstein y Petrequin, de Estrasburgo, la idea de ensayar este método en las mujeres grávidas normales de su clínica obstétrica. Los resultados de sus ensayos, dados a conocer en 1931, no podían ser más alentadores, y queriendo comprobarlos por sí mismo el autor de este trabajo, ha proseguido dicho estudio en 20 embarazadas (10 primíparas, seis secundíparas y cuatro tercióparas), tratando de encontrar en el análisis minucioso de diferentes humores el mecanismo de acción del régimen sin sal sobre el parto y la interpretación científica de sus beneficiosos efectos, entre los cuales son bien manifestos los tres siguientes:

Disminución del dolor en el curso del trabajo.

Acortamiento de la duración del parto.

Atenuación y aun supresión absoluta de las manifestaciones espasmódicas (dolores de localización lumbar, dolores demasiado próximos, dolores demasiado cortos o demasiado largos y espasmo del cuello con contracción activa del mismo.)

El régimen sin sal se muestra particularmente eficaz en el parto médico, asociado a la terapéutica propia (espalmagina, rotura de la bolsa).

Para poner en práctica el régimen desclorurado habrá que suprimir la sal de cocina, la carne, los huevos, la leche y el pan ordinario. Una dosificación de los cloruros urinarios nos pondrá en conocimiento de las infracciones cometidas por las enfermas. A continuación de un régimen estricto, seguido durante algunos días, se observa una eliminación por las orinas de 1 a 2 gramos de cloruro de sodio por veinticuatro horas. En caso de necesidad, bastará con que el régimen sea hipoclorurado (de 5 a 6 gramos de cloruro de sodio al día), que es casi a lo único a que podemos aspirar en clientela y aun en la clínica, por grande que sea la vigilancia desplegada para hacer seguir el régimen rigurosamente. El autor cree que no hay necesidad de ordinario de que el régimen sea absolutamente estricto; si lo es, tanto mejor; pero aunque sea solamente hipoclorurado, bastará para que el parto tenga lugar con facilidad. Si el régimen es seguido desde dos meses antes del término, el parto se verificará de un modo perfecto, y aun cuando no se siga más que un mes, y hasta quince días, dará en general buenos resultados. Muy rebelde tendrá que ser una enferma y muy poco psicólogo el médico para no conseguir una cura de quince días por lo menos.

Este método, a pesar de su mecanismo de acción complejo, está llamado a prestar grandes servicios a las mujeres que tengan la suficiente fuerza de voluntad para someterse a un régimen sin sal, que las proporcionará un parto rápido y con menos dolores, aparte de que con este régimen se pondrán también a cubierto de los accidentes toxémicos de la segunda mitad del embarazo. (*Gazete des Hopitaux*, número 32, 22 abril 1933).—T. R. Y.

**R. L. Masciottra y R. Martínez de Hoz.** UNA NUEVA PRUEBA BIOQUÍMICA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO: LA HIPERCOLESTEROLEMIA HORMONAL.—Dos hechos experimentales, perfectamente comprobados, sirven de base a esta nueva prueba biológica para el diagnóstico del embarazo.

El primer hecho consiste en la intervención de la hor-

mona prehipofisaria sobre el metabolismo colesterolémico, pues la inyección de hormona anterior a un animal, sea cualquiera su sexo, provoca en éste una hipercolesterolemia rápida y evidente.

El segundo hecho es el utilizado por Aschein y Zondek para su método de diagnóstico del embarazo, y consiste en la presencia de hormonas prehipofisarias en la orina de las embarazadas.

Así, pues, como se suponía teóricamente, la inyección a un animal de orina de mujer encinta en diversas épocas de su embarazo, se ha manifestado por un aumento del colesterol sanguíneo en la proporción del 30 al 50 por 100 y aún más. En cambio, la inyección de orina de mujer no embarazada (según comprobación quirúrgica), no ha provocado variaciones del colesterol, pues las pequeñas diferencias de 5 por 100 pueden ser atribuidas a errores en la comparación del colorímetro, ya que en algunos casos la segunda determinación ha acusado una cifra más baja que la registrada antes de la inyección.

Esta contraprueba viene a ser una confirmación categórica para el método, al que le concede un valor sólido y específico.

Aunque con las reservas propias de un estudio preliminar, el autor resume el estado de la cuestión en la forma que sigue.

La prueba de hipercolesterolemia hormonal está basada sobre un hecho biológico evidente, y la experimentación demuestra que es positiva en el embarazo.

Debe ser considerada esta prueba como positiva, cuando el colesterol sanguíneo del cobaya aumente del 25 al 50 por 100.

Además del valor de la reacción de Aschein y Zondek, presenta sobre ella las ventajas siguientes:

Es mucho más fácil de procurarse el animal reactivo, ya que no hay necesidad de seleccionar los animales, pues pueden emplearse sin inconveniente machos o hembras, púberes o impúberes y de cualquier peso o cualquiera edad.

La toma de sangre para hacer la comprobación es inofensiva para el animal, cuya vida no es necesario sacrificar.

La técnica no puede ser más sencilla: dos dosificaciones del colesterol conforme a la técnica de Grigaut.

La prueba es rápida, pues se efectúa en veinticuatro horas.

Tales son los hechos observados por los autores que nuevas y más numerosas determinaciones permitirán confirmar o modificar y establecer su valor y el verdadero porcentaje de exactitud. (*La Presse Medicale*, número 15, 22 de febrero de 1933).—T. R. Y.

**M. Bonanno.** LA INFECCIÓN PUERPERAL ESPONTÁNEA.—

Dos casos recientes de infección puerperal me han hecho pensar en la importancia científica y práctica de la infección puerperal.

Los dos casos se refieren a dos mujeres, primípara una, multipara otra. Ingresan en la sala en salud completa sin lesiones ni infecciones genitales; parto espontáneo sin la menor exploración y sin ser posible hallar señales de lesiones genitales. Las dos mujeres, pocas horas después del parto, tienen elevación térmica, a la que rápidamente siguieron todos los signos de una infección agudísima con curso rápido y mortal.

¿De dónde el contagio? Punto importante y cuestión que viene apasionando a los más renombrados tocólogos y bacteriólogos.

Fué Jeannin el que define la infección puerperal espontánea como originaria de los gérmenes existentes en cualquier punto del organismo; los que bajo influencia de condiciones especiales exaltan su virulencia, arriban al canal genital, si en él no se encontraban, haciéndose el punto de partida de accidentes morbosos más o me-



nos graves, según la resistencia del terreno. Son los casos de infección autógena, no siempre posibles de evitar.

Citar los gérmenes de la flora vaginal como capaces de determinar la infección puerperal autógena, sería lo mismo que enumerar todos los aerobios y anaerobios patógenos.

Conviene recordar el llamado poder protector de la vagina. Reside en la integridad del epitelio, en el poder bactericida del moco vaginal y de los loquios y en lo que Besredka ha llamado antivirulencia. El poder autoprotector de la vagina y del útero son indudables e innegables.

Las vías que los gérmenes pueden seguir para alcanzar la cavidad uterina son la ascendente o siguiendo la vagina; la descendente o a través de la trompa y la metastásica, bien hematógena o bien linfógena. Pero en verdadero concepto de la infección autógena, sólo la vía ascendente (gérmenes provenientes de la vagina) es la que debemos tomar en consideración y excluir los casos en los cuales los gérmenes son transportados al útero por vía hematógena o de un foco preexistente en el aparato genital.

La noción de la posible infección puerperal espontánea tiene importancia, no sólo desde el punto de vista científico, sino también del práctico.

La obstetricia moderna más que hablar de tratamiento de la fiebre puerperal habla de profilaxis como la única capaz de evitar víctimas. Ahora bien, la infección puerperal espontánea no conoce todavía normas precisas profilácticas ni tampoco síntoma preciso que revele su iniciación. (*Rinascenza Médica*. Nápoles, 1 de marzo de 1931. Año 8. Núm. 5, pág. 97).—M. A. C.

J. E. Fernández, de Maracaibo (Venezuela). EL PAPEL DE LA ATROPINA EN LA OPERACIÓN DE LA CATARATA.—Su empleo ha sido clásico; la atropina, por la midriasis que produce, facilita, en el momento de la extracción de la catarata, la salida del cristalino, por la creencia que prevenía después de la operación las reacciones irido-ciliares y los enclavamientos del iris. Sin embargo, nos parece que cuando se emplea la atropina se olvidan factores muy importantes.

Deseosos de contribuir a este problema, consignemos ideas que nos ha sugerido nuestra práctica personal.

La escuela bordolesa propone la midriasis adrenalinica; método seductor a primera vista; la inyección es indolora; la midriasis rápida, fácil de producir en pleno día, en quince a veinte minutos; persiste después de la abertura de la cámara anterior, sin influenciarse por la tensión ocular, al mismo tiempo que evita la iridectomía y todas sus consecuencias.

Consideramos la midriasis como sistemática, no sólo en el acto operatorio, sino en la exploración que le precede; manera de juzgar con seguridad la oportunidad de la intervención, la intensidad de la opacidad y la existencia de sinequias.

Se ha dicho que la midriasis operatoria facilita la salida del vítreo; este accidente se favorece por las presiones ejercidas sobre el globo ocular por el operador, la tensión intrínseca del globo y el estado de fluidez del vítreo.

Recientemente, J. F. Rubio (de Guayaquil, mayo 1930) aconseja el empleo sistemático de la atropina para prevenir las reacciones iridociliares y las cataratas secundarias.

Precisa usar la atropina con suma prudencia cuando la tensión intraocular es próxima a la tensión límite; no emplear la atropina cuando la tensión intra-ocular de cifras vecinas a 23 ó 25 al Schiotz o al Baillart. Conviene, para ello, medir la tensión intra-ocular no sólo antes de la operación, sino desde varios días antes, tres o cuatro, dos veces al día, para conocer

con precisión el régimen tonométrico estudiado. En resumen, precisa en el enfermo vigilar la tensión ocular como se haría en un glaucomatoso.

Diremos: el empleo sistemático de la atropina es peligroso; puede justificarse cuando se conoce la cifra de la tensión intra-ocular. En cuanto a las reacciones irido-ciliares, pensamos que el mejor medio de evitarlas es guardarse de cortar o de traumatizar el iris, siendo, en efecto, la iridectomía la responsable de muchas reacciones imposibles de prever, pues estas reacciones revelan factores etiológicos que escapan todavía a nuestros métodos de investigación. (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. París, noviembre 1930. Tomo I, núm. 11, pág. 1151).—M. A. C.

Dr. J. Valero Sebastián. SOBRE UN SUPUESTO CASO DE TUMOR CEREBRAL.—Nos aventuramos a creer se trata de un enfermo que padeció un proceso encefalítico que ha dejado como secuela una esclerosis lobular, esclerosis post-encefalítica.

Tuvo nuestro enfermo, niño de diez años de edad, fenómenos de hipertensión encefálica, probablemente por hidrocefalia ventricular, como demuestra el éxtasis papilar y la imagen radiográfica con separación manifiesta de las suturas.

La hipertensión cerebral fué cediendo y desapareciendo por completo todos los síntomas expresión de ella, quedando la hemiplejía con contractura hemiatetosis, exaltación de reflejos tendinosos y Babinski.

A pesar de acusar ligeras alteraciones la silla turca, que nos hicieron pensar en un proceso neoplásico, no debemos olvidar (como muy acertadamente hace notar Christiansen) que tales alteraciones pueden ser secuelas de un proceso encefalítico que el enfermo padeció anteriormente.

Por último, no son los rayos Roentgen los que hacen fijar el diagnóstico del cuadro clínico, sino el acuerdo de éstos con el comienzo, marcha de la enfermedad y la existencia o falta de síntomas neuro-oftalmológicos, que son los que nos guiarán a un diagnóstico preciso (*Medicina*, Madrid junio 1933, año IV, núm. 6, página 562).—M. A. C.

N. Leotta. SIMPLIFICACIÓN TÉCNICA DE LA ALCOHOLIZACIÓN DEL NERVO INTERCOSTAL.—El autor, en el comienzo de su interesante artículo, hace la comprobación de que en cada espacio intercostal cada nervio se halla situado en un espacio triangular al que el profesor Leotta ha dado el nombre de "triángulo costo-pleural". La base del mismo se halla dirigida hacia arriba y el vértice hacia abajo, la pared interior se halla formada por la pleura y la exterior por el ligamento intercostal posterior. Para lograr lo deseado—nos dice el autor—es necesario introducir el alcohol en el citado triángulo, procurando que si bien el líquido no llegue directamente al nervio, actúe sobre el último, infiltrándose en la sustancia celular; para lograr esto se inyecta el alcohol en la parte más alta y larga del citado triángulo, la aguja debe introducirse, por tanto, en contacto con el hueso. Antes de inyectar se hace una inyección de novocaína al 4 por 100, ésta será de un centímetro cúbico; pasados cuatro minutos de la misma, se realiza la de alcohol, que debe ser de 4 c. c.; el alcohol deberá ser de 90°. Nos dice, por último, Couvry que la técnica es muy fácil de realizar y que se soporta bien. (*Lotta contro la Tuberculossi*, núm. 2, febrero 1933).—H. S.



Productos Nacionales

# Laboratorios Abello

**ROSANIL**

**SANOCAL INTRAVENOSO**

**SANOCAL INTRAMUSCULAR**

**SANOCAL GRANULADO**

**OVULOS VAGINALES**

**SANOTION**

**LUMCALCIO**

EXCLUSIVISTA

**MADRID** Vinaroz 5

**HIJOS DE HONORIO RIESGO**  
Flor Alta 10

**SIL-AL**

Metahidrosilicato de aluminio  
fisiológicamente puro.

Sustituye al bismuto en  
terapéutica gástrica.

Existe el SIL-AL belladonado

Muestras  
y literatura:  
**A. GAMIR**  
Valencia

**BARDANOL**

Elisir de bardana y estaño eléctrico

**INDICACIONES:**

**Estafilococias en todas  
sus manifestaciones.**

Muestras  
y literatura:  
**A. GAMIR**  
Valencia

**BENZOFORMINA**

Comprimidos de 0,25 gramos

Exametilenoamina. . . 0,20  
Acido benzoico . . . . 0,05

Frascos de 50 comprimidos.

Gramos. Muestras  
y literatura:  
**A. GAMIR**  
Valencia.

**= 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)**



# Bactilose

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

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

## INDICACIONES

**Forunculosis. Septicemias  
Antrax. Escarlatina. Gripe.**

## NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

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

DEPOSITO GENERAL

VENTA EN FARMACIAS

**LABORATORIO  
QUIMICO - FARMACEUTICO  
DEL DR. B. OLIVER Y RODES**

CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA

# RADIO

**Stewart-Warner**

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

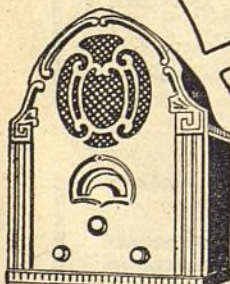
Con menos lámparas obtiene el máximo rendimiento alcanzado hasta el día

Está dispuesto para el adaptador de extra corta.

Posee toma y conmutador de "Pick-up."

Se fabrica en alterna y continua

Dispone de toma para televisión



REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA

**VIVÓ, VIDAL Y BALASCH**

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

**Baleares.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. José Porcel, director de Sanidad del puerto de Palma de Mallorca; D. Emilio Dardes Canavés, epidemiólogo del Instituto provincial de Higiene; D. Miguel Nebot Nebot; y secretario, D. Francisco Roselló Coll, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

**Cáceres.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Antonio del Campo Cardona, subinspector provincial de Sanidad; D. Antonio Martínez Cepa, director del Centro secundario de Coria; D. Telesforo Merchán Martín; y secretario, don Eusebio Pita Gandarias, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

**Castellón de la Plana.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Antonio Jiménez García, director de Sanidad del puerto de Castellón de la Plana; D. Francisco Cantó Ibáñez, médico del Dispensario Antivenéreo; D. Ramón Penichet; y secretario, D. José Forcada Príncipe, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

**Ciudad Real.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Domingo Martín Yumar, director del Centro secundario de Valdepeñas; don Teófilo Albertos Gonzalo, bacteriólogo y epidemiólogo del Instituto de Higiene; D. Mariano Rotellar; y secretario, D. Francisco Colás R. de la Sierra, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

**Córdoba.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Antonio García Pantaleón Canis, epidemiólogo del Instituto de Higiene; D. Lorenzo Isla Calandre, jefe del Dispensario Antituberculoso; D. José Chastang Alcón; y secretario, D. Leandro G. Soriano, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

**Granada.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Eduardo Suárez Peregrín, bacteriólogo del Instituto de Higiene; D. José Gay Prieto, director del Sifilocomio; D. Francisco Martín García; y secretario, D. José González Martínez, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

**Guipúzcoa.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Ezequiel Porta, director de Sanidad del Puerto de Pasajes; D. Jenaro Mañeru, médico del Servicio Antivenéreo; D. Manuel Celaya Cendoya; y secretario, D. Sabel Aranzadi, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

(Continúa en la pág. XXII.)

# 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



POR RONDAR a su dama Juan  
[Ceballos]  
anda hoy con los pies llenos de callos;  
y ella por asomarse noche y día  
víctima falleció de pulmonía.

Consecuencia del caso:  
No es bueno hacer el amor al raso.  
Por estar junto a Juana Pedro On-  
[duras,

de su suegra sufría mil torturas;  
y ella de tanto estar junto a Perico,  
se hizo empalagosa al pobre chico.  
Lo que a demostrar viene  
que amor hecho de cerca no conviene.

\* \* \*

Ya lo sabes, lector, amor es cosa  
que hecha de cualquier modo es peli-  
[grosa.  
B. C. N.

**Intestínol**  
"Henning"  
Dispepsia, Meteorismo etc.

—¿HA observado usted que la se-  
ñora Dupont tiene un ojo amoratado?

—Sí; y me parece un escándalo es-  
tando su marido ausente desde hace  
dos semanas.

## Consonantes no esperados

¡Bella Hortensia...! Tú bien sabes  
cuánto a todas te prefiero;  
pero, aunque mucho te... alabes,  
sé que el que absorbe tus graves  
pensamientos, no es sincero.

## JARABE ALMERA a base de fosfato de cal gelati- noso, el más asimilable

Cuando a un espejo me miro  
y en él mis años reflejo,  
romper quisiera el... ¡suspiro!;  
y echando atrás me retiro,  
a imitación del cangrejo.

Como lanzas a hurtadillas  
de tus ojos los fulgores,  
recelo hab'arte de... arcillas,  
de aquéllas que a tus mejillas  
prestan carmíneos colores.

Ni sabrás del alboroque  
que intento dar, como un Creso,  
si es que de tu boca un... toque  
recibo cuando te aloque,  
de Cupido, el dardo avieso.

## IODARSOLO Primer producto de iodo y arsénico. BALDACCI-PISA

Tu cara fué cincelada  
como artístico tesoro,  
y sabes cuánto la... enfada  
no ser por todos amada  
sin peligro y sin desdoro.

## CARABAÑA: el mejor purgante

Bellas hadas, por trebejo,  
tejen en tu pecho el lazo  
que incita a darte un... festejo.  
como relumbrante espejo  
repercusor de un bromazo.

Ya sabes, niña hechicera,  
que la reserva me obliga  
a que nada más te... espera  
que de tan vaga manera  
no acabas con mi fatiga.

## SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIOCOL,  
BENZOATO SODICO Y DIONINA

J. DOMINGO CHURTÓ  
C. Libertad, 14, BARCELONA

Como no me corresponde  
ser tu anfitrión, ni tampoco  
vociferar como un..., donde  
la dignidad no responde,  
no me gusta hacer el coco.

está a punto de causar tantos daños como los que ha  
cusado otras veces la palabra *conciencia*, o la palabra  
*libertad*, cuando han sido mal comprendidas, mal de-  
finidas, y echadas por los pueblos como símbolos de  
revolución, de desorden y de destrucción. La tutela de  
las masas me parece imprescindible para el sosteni-  
miento de las sociedades.

—El sistema que usted preconiza rompe tan franca-  
mente con todas las ideas que nos rodean hoy—dijo  
Genestas—, que nos consideramos con el derecho a  
solicitar de usted las razones en que se funda.

—Con mucho gusto, capitán.

—¿Qué es lo que pretenderá nuestro amo?—dijo Ja-  
coba cuando entraba en la cocina—. ¿No está precon-  
izando de este pobre hombre la idea de aplastar el pueblo?  
Pues todos los demás le escuchan con tanta atención.

—Jamás hubiera creído tal cosa del señor Benassis  
—dijo Nicolle.

—Si yo reclamo leyes vigorosas para sostener la  
masa ignorante—repitió el médico después de una lige-  
ra pausa—es porque considero que el sistema social tie-  
ne tendidas unas redes muy débiles y caprichosas, para  
que el que menos se piense pueda salir de entre la mul-  
titud y las viole, elevándose por capricho sobre todas las  
clases superiores. Todo poder tiende a su conservación.  
Para vivir hoy, como otras veces, los gobiernos deben  
asimilarse los hombre fuertes, buscándolos por donde  
quiera que se encuentren, con el fin de hacer de ellos  
sus mejores defensores, y prestar a las masas todas las

energías que pueden desarrollar. Ofreciendo a la am-  
bición pública, a la vez, caminos arduos y fáciles (ar-  
duos a las veleidades incompletas y fáciles a las volun-  
tades reales), un Estado previene las revoluciones que  
causa la tortura del movimiento ascendente de las ver-  
daderas superioridades hacia su nivel.

Nuestros cuarenta años de tormentos han debido pro-  
bar a un hombre de sentido común que las superiorida-  
des son una consecuencia del orden social. Poseen tres  
especies incontestables: superioridad de pensamiento;  
superioridad política y superioridad de fortuna. ¿No es  
el arte el poder y el dinero un principio, un medio y un  
resultado? Por otra parte, y suponiendo tabla rasa, las  
unidades sociales perfectamente iguales, los nacimientos  
en la misma proporción y dando a cada familia la mis-  
ma cantidad de tierra, al poco tiempo encontraríais des-  
igualdades sorprendentes en las fortunas, resultando de  
esta verdad que la superioridad de fortuna, de pensa-  
miento y de poder es un hecho que la masa considerará  
siempre como opresivo, aunque descansen los privile-  
gios en los derechos más justamente adquiridos.

El contrato social, partiendo de esta base, será, pues,  
un pacto perpetuo entre los que poseen algo contra los  
que no tienen nada. Según este principio, las leyes se-  
rán establecidas por los que se aprovechan de ellas, por-  
que deben tener el instinto de su conservación, y pre-  
ver los prejuicios que pueda acarrear. Están ellos más  
interesados por la tranquilidad de la multitud que ella  
lo está en sí. Se necesita para los pueblos una felicidad



El amor que en mí reflejas  
a toda edad causa antojos,  
y mirándome en tus... cejas,  
tú dirás qué me aconsejas  
para calmar mis enojos.

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

Por tu amorosa campaña  
conozco que eres muy lista;  
pero en tus ojos no hay... maña  
para ver claro en la uraña  
condición de tu conquista.

**La apatencia, Anemia, Debilidad**  
**VINO MADARIAGA**, tónico - fosfatado.

En fin, por hoy me despido;  
aunque ausente de tu lado  
siga de ti ena... partido,  
y por las flechas herido  
del Niño ciego y alado.

WENCESLAO BORRACHERO  
Illescas (Toledo), mayo 1933.

Fábrica especializada en Productos Dietéticos  
y de Régimen Vegetariano.

**CASA SANTIVERI, S. A.**  
[Call, 22. — BARCELONA

## TERTULIA MEDICA

ES INUTIL decir que el título de gentilhombre se aplica— en los pocos países donde todavía puede conferirse a alguien— a personas distinguidas que están al servicio inmediato de los reyes. Esto lo sabe, naturalmente, todo el mundo. Pero, ¿ha sido siempre así? A esto debe contestarse afirmativamente, pero añadiendo que el cargo de gentilhombre ha sido en otros tiempos un poco distinto de lo que es hoy. Los gentiles hombres antiguos tenían por oficio, si eran de casa o cámara, acompañar al rey al acostar-

**PAIDOTROFO**  
TONICO INFANTIL

se y levantarse, en las comidas y al salir de casa o entrar en ella, y si eran de boca, servían a la mesa del rey y le acompañaban a la capilla. Hoy estos títulos y estos oficios están refundidos en uno, y los gentiles hombres se limitan a acompañar al rey y a los embajadores en ciertos actos de palacio.

Un cargo análogo al de gentilhombre es el de caballero de capa y espada. Estos son ciertos funcionarios al servicio del Papa. Están a las órdenes del mayordomo de Su Santidad, y tienen a su cargo el cuidar de sus habitaciones, ya en realidad, ya como título honorífico. Se les llama así porque llevan una capa corta y un espadín como traje de uniforme.

—¿COMO te llamas, querida?  
—Teresa Susana Herminia.  
—Te llamaré T. S. H.

**ION-CALCINA**  
**PALLARES**

A base de Cloruro de Calcio  
Frasco e inyectables.

EL médico es la primera persona que nos atiende al llegar al mundo, y a menos que salgamos accidentalmente de él, la última que nos acompaña cuando lo dejamos. Tal lealtad merece los más altos elogios, y con frecuencia eso es todo lo que el médico recibe en recompensa.

Lapton.

**GOTAS SANGUINEAS**  
**ROYEN**  
FARMACIA DE PUERTO, CUBA Y SINGAPORE

—¿PERO por qué pegas a tu mujer?

—Porque va diciendo a todo el mundo que no es feliz conmigo.

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

efectiva. Colocándoos en este punto de vista para considerar a la sociedad, si la abarcáis en todo su conjunto, pronto reconoceréis conmigo que el derecho de elección no debe ser ejercido más que por los hombres que poseen fortuna, poder o inteligencia, y ustedes reconocen conmigo que sus mandatarios no pueden tener más que funciones restringidas. El legislador tiene que ser un hombre superior a su siglo. Comprueba la tendencia de los errores generales y precisa los puntos hacia los que se inclina una nación; por consecuencia, debe trabajar más mirando al porvenir que en el presente, y más también, para una generación que progresa que para una que se agota.

Por otra parte, si se llama al vulgo para que haga una ley ¿podrá ser nunca superior a sí mismo? De ninguna manera. Cuanto más una asamblea represente fielmente las opiniones de la multitud menos poseerá el sentido del gobierno, y sus ideas serán menos elevadas y menos justas, resultando su legislación más vacilante. La ley lleva consigo cierta sujeción con las reglas; toda regla está opuesta a las costumbres naturales y a los intereses del individuo. ¿La multitud soportará leyes que vayan en contra de ellas? Seguramente, no. Con mucha frecuencia, la inclinación de las leyes deben estar en razón inversa de las costumbres. Moldear las leyes sobre las costumbres generales no sería en España: lo mismo que dar primicias de aliento al fanatismo; en Inglaterra, cárselas al espíritu mercantil; en Italia, concedérselas al amor por las artes, destinándolas a representar

la sociedad, pero que no puede constituir en modo alguno la sociedad; en Alemania, a las clasificaciones nobiliarias y en Francia, a este espíritu de ligereza, a esta moda de las ideas y a las funciones que siempre nos han devorado. ¿Qué les ha sucedido desde hace más de cuarenta años a nuestros colegas que han puesto desde entonces las leyes en manos de los electores? Que nos han dado cuarenta mil leyes, y un pueblo que tiene cuarenta mil leyes, carece de ley. Quinientas inteligencias medianas, ¿han de tener el suficiente espíritu para llegar a estas consideraciones? De ningún modo. Los hombres que salen de quinientas localidades diferentes nunca comprenderán lo mismo el espíritu de la ley, y la ley ni puede ni debe ser más que una para todos. Todavía puede irse más lejos, más pronto o más tarde; una asamblea cae bajo el dominio de un hombre, con la diferencia de que en lugar de tener unas dinastías de reyes, tenemos las variables y costosas dinastías de primeros ministros.

En todas las discusiones sobresalen y se quedan solos: Mirabeau, Dantón, Robespierre o Napoleón; dos procónsules o un emperador. Es que se precisa necesariamente una cantidad determinada de fuerza que tiene que levantar un peso también determinado, y esa fuerza puede estar distribuida entre mayor o menor número de palancas, pero en definitiva, la fuerza tiene que proporcionarse con el peso, y en la política del peso es siempre la masa ignorante y sufrida que forma el primer factor de la sociedad en todos los pueblos.

Siendo el poder represivo, por naturaleza, tiene nece-



# Un número especial

de

# EL SIGLO MEDICO

de muchísimo interés para los médicos

Nuestros suscriptores pueden adquirirlo a un precio ventajosísimo: **tres pesetas ejemplar.**

He aquí el

## SUMARIO DE LA SECCION CIENTIFICA

El jubileo de EL SIGLO MEDICO, por el Prof. Dr. Santiago Ramón y Cajal.  
Sobre el equinococo del hígado, por el Prof. Dr. José Goyanes.  
Estrangulación herniaria en la primera infancia, por el Dr. A. Martínez Vargas.  
Recuerdos clínicos.—Paludismo.—606.—Estreptococias, por el doctor Francisco Huertas y Barrero.  
La operación de la catarata en los diabéticos, por el Prof. doctor Manuel Márquez.  
El ayer de un cirujano en la reserva, por el Prof. Dr. Enrique Isla.  
Evolución del concepto de las cinasas en la clínica, por el profesor Dr. Obdulio Fernández.  
Los remotos atisbos terapéuticos, por el Dr. Vicente Peset.  
Sobre la etiología emocional de la enfermedad de Addison, por el Dr. Gregorio Marañón.  
Los tres tipos de curvas diabéticas, por el Dr. R. Novoa Santos.  
El orosanil y la tuberculosis pulmonar, por el Dr. José Codina.  
Las ondulaciones del pulso arterial, por el Prof. Dr. Miguel Gil Casares.  
Algunas consideraciones acerca de las piurias de origen extraurinario, por el Prof. Dr. Rafael Mollá.  
La Higiene y el problema de la vivienda, por el Prof. Dr. Gustavo Pittaluga.  
Estado actual del tratamiento de la tos ferina, por el Dr. Jesús Sarabia y Pardo.  
Contribución al estudio de la torticolis en los niños, por el doctor Joaquín Decref.  
Relaciones clínicas entre procesos esquizofrénicos y maniaco-depresivos, por el Dr. Enrique Fernández Sanz.  
Contribución a la historia de la transfusión sanguínea, por el doctor Enrique Stocker.  
Ejemplos de cirugía restauradora y adaptación funcional, por el Dr. Antonio Oller.  
Dispositivo nuevo para Petter Bucky, por el Dr. R. Luis y Yagüe.  
¿Se obtendrá próximamente la curación del cáncer?, por el doctor Antonio Morales.  
Recuerdos clínicos, por el Dr. Rafael del Valle y Aldabalde.  
Investigaciones sobre la constitución del insomnio, por el doctor José Mouriz.  
Una pregunta a los señores clínicos, por la doctora Concepción Aleixandre.  
Dilatación quística de la desembocadura de un uréter, por el doctor Pulido Martín.  
Patología bronco-pulmonar postoperatoria, por el Dr. Blanc Fortacin.  
La quimioterapia como complemento de la Roentgenterapia en el tratamiento del cáncer, por los Dres. Julián y Santiago Ratera.  
Tratamiento de los síndromes nerviosos postencefálicos con exclusión del parkinsonismo, por el Dr. Gonzalo R. Lafora.  
Anemia perniciosa, síndromes digestivos y método de Minot Murphy, por el Dr. Santiago Carro.  
El reumatismo articular agudo en los niños, por el Dr. Baltasar Hernández Briz.  
Tuberculosis e hidronefrosis por vaso anormal, por el Prof. doctor Salvador Pascual.  
El glaucoma en el glaucoma, por el Dr. Baldomero Castresana.  
Los estudios de Medicina regional, por el Prof. Dr. Fidel Fernández Martínez.  
La práctica obstétrica y ginecológica en la Medicina rural, por el Dr. Vital Aza.  
Cuatro fechas en la psiquiatría española, por el Dr. Francisco Huertas y González del Campillo.  
Cardiopatología. 1854-1929, por el Dr. G. R. Gonzalo.  
Tratamiento de la locura en 1858 y en 1928, por el Dr. Antonio Vallejo Nágera.  
Posición racional del fimoaterapia en los tiempos modernos, por el Dr. Valdés Lambea.  
Juicio crítico acerca de los progresos realizados en la operación de la catarata. Técnica personal, por el Dr. Marín Amat.  
Contribución al conocimiento de las formas incompletas del síndrome talámico, por el Dr. José María de Villaverde.  
Las irradiaciones infrarrojas en el tratamiento de la otitis media aguda, por el Dr. Barajas y de Vilches.  
Cáncer gástrico y tetania, por el Dr. Luis Urrutia.  
Aportación clínica al concepto del terciarismo, por el Dr. José Fernández de la Portilla.  
Necesidad de que se generalicen los estudios de Topografía y Estadística médica, por el Dr. Félix Antigüedad.  
El cólera a través de EL SIGLO MEDICO, por el Dr. Emilio Luengo.  
Influencia de EL SIGLO MEDICO en la divulgación del método experimental, por D. Antonio Fernández Martín.  
La Oftalmología española en el año 1854. Martínez, Molina, oftalmólogo, por el Dr. Rafael Comenae.  
Tratamiento de la sífilis en los últimos setenta y cinco años a través de EL SIGLO MEDICO, por el Dr. Javier Tomé y Bona.  
Bibliografías.  
Prensa médica nacional y extranjera.  
(Este número fue publicado en el mes de enero de 1920.)

## ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

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

Laboratorio EGABRO. - CABRA (Córdoba), España.

## LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

## LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

Frasco de 250 gramos, 3,65 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



# Vías respiratorias

**JARABE FAMEL**  
a base de Lactoperoxido soluble

**ACCIÓN  
RÁPIDA  
Y  
SEGURA**

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

*Depósito general para España  
Castell y Morán-Aragón 238 - Bar*

**Jaén.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Miguel Benedicto, director de Centro secundario de Linares; D. Francisco Vena, epidemiólogo del Instituto de Higiene; D. Juan González Galán; y secretario, D. Antonio Casero Muñoz, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

**León.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Ildefonso Cortés Rivas, director del Centro secundario de Villafranca del Bierzo; D. José Vallinas, médico del Servicio Antivenéreo;

## 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.

D. José Bermejo Luna; y secretario D. Pedro Alonso Matanzo, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

**Logroño.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Claudio Calvo, bacteriólogo del Instituto de Higiene; D. Luis Hidalgo, médico del Servicio Antivenéreo; D. Alejandro Madurga; y secretario, D. Manuel Navarro Díaz, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

**Lugo.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Ricardo López Pardo, jefe del Servicio de Vacunación del Instituto provincial de Higiene; D. Manuel Pardo Balña, epidemiólogo del Instituto de Higiene; D. Manuel Barrio Basadre; y secretario, D. Marcelino Fernández Quintana, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

(Continúa en la página siguiente.)

## 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
Monografías .....	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
<i>Estudio histórico crítico de la Legislación sanitaria española,</i> por el Dr. Alvarez Sierra .....	2
<i>Código Penal vigente</i> (rectificado hasta el día).....	2,50



Acordada la cancelación, los expedientes pasarán al archivo de la dependencia.

Art. 197. Se llevarán además en cada Delegación de Trabajo dos libros registros:

- 1.º Libro de registro de accidentes.
- 2.º Libro de anotaciones alfabéticas.

En el primer libro, cada hoja estará dispuesta para las anotaciones correspondientes a un solo expediente.

En el segundo libro sólo constarán los apellidos y nombre de la víctima, inscriptos en el orden de la inicial divisoria correspondiente al primer apellido y con referencia a las páginas en que conste la inscripción en el libro registro de accidentes.

Art. 198. Los patronos y entidades aseguradoras que, con arreglo al artículo 183 de este Reglamento, están obligados a presentar en las Delegaciones de Trabajo o Ayuntamientos el parte, baja y hoja declaratoria de los accidentes del trabajo, acompañarán al propio tiempo y por duplicado, un Boletín estadístico, después de consignar en él con la mayor exactitud los datos respectivos.

Si al diligenciar este Boletín no fuese posible calificar la inutilidad producida por el accidente, se separará la parte superior del mismo cortándolo por la línea taladrada para remitirla, desde luego, a la autoridad gubernativa y se conservará la parte inferior, hasta que pueda llenarse con los datos correspondientes, para enviarla también al Delegado del Trabajo o al alcalde, en su caso. Las dos partes del Boletín llevarán la misma numeración a los efectos de confrontación.

No se cancelará el expediente, ni cesarán, por tanto, las obligaciones del patrono, mientras no ingresen en la Delegación del Trabajo el Boletín estadístico, incluso la parte inferior expresiva de la calificación de la incapacidad producida por el accidente.

Art. 199. Las entidades aseguradoras autorizadas para substituir al patrono en las obligaciones impuestas por la ley de Accidentes del trabajo, las Compañías de Ferrocarriles o de Navegación y, en general, las Empresas que tengan más de 100 obreros, así como los demás patronos que se hallen en este caso, deberán hacer

se pudieran adoptar para solucionar el conflicto y evitar la posible repetición en lo futuro.

## CAPITULO VII

### DEL PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE

#### Sección 1.ª—De los partes de accidente.

Art. 183. Para los efectos del conocimiento del hecho y de las reclamaciones e intervenciones a que pueda dar lugar, el patrono o asegurador, dentro de las veinticuatro horas siguientes al accidente, dará conocimiento al delegado del Trabajo, o, en defecto, de éste, el alcalde, por medio de un parte escrito y firmado por él o por quien lo represente, extendido en papel común, que remitirá certificado por correo. También deberá dar a los inspectores del Trabajo cuantos datos e informaciones le pidieran éstos relacionados con los accidentes.

A los efectos del párrafo anterior, en caso de accidente, el obrero, o sus familiares, darán parte del mismo al patrono.

En el parte que se dé a la autoridad se hará constar la hora y el sitio en que ocurrió el accidente, cómo se produjo, quiénes lo presenciaron, el nombre de la víctima, el lugar a que ésta hubiera sido trasladada, el nombre y domicilio del facultativo o facultativos que practicaron la primera cura, el salario que ganaba el obrero y el nombre de la entidad aseguradora, cuando exista contrato de seguro.

Art. 184. Caso de defunción inmediata, dará igualmente parte a la autoridad indicada anteriormente, haciendo constar los datos que sean pertinentes de los consignados en el párrafo tercero del artículo anterior.

Art. 185. Si el accidente ocurre en el mar, las veinticuatro horas de plazo para que el patrono dé el parte empezarán a contarse desde que el buque llegue a puerto español, o a puerto extranjero donde haya representante de España, sin perjuicio de que si el barco lleva aparato radiotelegráfico, lo comunique en el acto de ocurrir el accidente al primer puerto de su ruta donde haya que desembarcar; en el que exista representante de España, sino fuera puerto español.



Será obligación de los armadores repatriar al puerto de restitución, cuando el médico lo autorice, a los que desembarcaren por accidente de trabajo.

Art. 186. Además del parte mencionado, el patrono o entidad aseguradora dará conocimiento, por escrito, al delegado del Trabajo o al alcalde, si no hubiere delegado en la localidad, desde que haya empezado a hacer efectivo la obligación por la responsabilidad del accidente. La conformidad o disconformidad del obrero o las partes interesadas deberán hacerse constar por escrito, por sí o por personas que le representen.

Caso de indemnización, dará también conocimiento a la autoridad anteriormente indicada de haberla hecho efectiva, expresando la cuantía y el artículo, número párrafo del presente texto en que esté comprendida.

Art. 187. Si el patrono conceptúa que el accidente es debido a fuerza mayor o caso fortuito extraños al trabajo, lo manifestará así por escrito al delegado de Trabajo o al alcalde, sin que por eso pueda prescindir de las obligaciones consignadas en los artículos 52, 53, 183, 184 y 186, debiendo hacer constar, en su caso, la conformidad o disconformidad del obrero.

Art. 188. Todos los documentos se presentarán por duplicado. Uno de ellos quedará en poder de la autoridad a quien sea dirigido, y el otro, sellado con el sello oficial de la dependencia y autorizado con el recibo y la firma del funcionario que lo recoja, le será devuelto al patrono o entidad que haya actuado en el asunto.

Art. 189. El cumplimiento de las obligaciones consignadas en los capítulos precedentes para hacer efectivas las indemnizaciones a que hubiere lugar, no exige ni la intervención ni la mediación de ninguna autoridad mientras no se manifieste disconformidad entre las partes interesadas. Esto no obstante, el obrero tendrá derecho a hacer constar las deficiencias del cumplimiento de las disposiciones legales que, a su juicio, existan, ante la autoridad a que corresponda conocer el asunto.

Asimismo, el patrono o entidad aseguradora podrá comunicar, a los efectos consiguientes, a la autoridad el incumplimiento, por parte del obrero, de las prescripciones facultativas de la obligación de presentarse a las curas los días que se le hubieran fijado o de cualquiera

otra resistencia que de algún modo retrase o dificulte su curación.

Art. 190. La no intervención de la autoridad no excusa de las formalidades indispensables para que, en todo tiempo, los hechos y los acuerdos puedan tener la debida justificación.

#### Sección 2.ª—De los servicios administrativos.

Art. 191. Se considerarán dependencias administrativas para recibir los partes motivados por el accidente:

a) Las Delegaciones del Trabajo.

b) Los Ayuntamientos.

Art. 192. Serán recibidos los partes en los Ayuntamientos únicamente en las localidades que no sean capital de provincia.

En las capitales de provincia sólo serán recibidos en las Delegaciones del Trabajo.

Art. 193. Los partes que se reciban en los Ayuntamientos se remitirán inmediatamente a la Delegación de Trabajo de la provincia respectiva, que acusará recibo de oficio a vuelta de correo.

Art. 194. En las Delegaciones del Trabajo, al recibir el parte directamente de los Ayuntamientos, se abrirá un expediente, que sólo constará de una carpeta de titulación y de un índice de los documentos recibidos, registrados y contenidos en la carpeta.

Art. 195. La carpeta del expediente tendrá las siguientes titulaciones, ordenadas conforme al modelo que oportunamente se apruebe:

a) Número del expediente.

b) Inicial de la letra del primer apellido de la víctima del accidente.

c) Apellidos y nombre de la víctima.

d) Apellidos y nombre del patrono.

e) Clase de industria o de trabajo, y

f) Clave de registro.

Art. 196. Los expedientes se colocarán en casilleros dispuestos por orden alfabético del primer apellido.

Permanecerán en estos casilleros hasta que se acuerde la cancelación, que será siempre motivada, por haberse cumplido en todos sus trámites los efectos de la responsabilidad patronal.



**Málaga.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Luis Ortega Nieto, director de la Estación Sanitaria del puerto de Málaga; D. Matías García Leal, subdirector de la citada Estación Sanitaria; D. Antonio Maldonado Maldonado; y secretario, D. Antonio Carrillo Alborno, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

**Oviedo.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Isaac Rodríguez, director de Sanidad del puerto de Avilés; D. Alvaro Fernández Valvidares, bacteriólogo del Instituto de Higiene; D. Juan Gosalvez Gómez; y secretario, D. Paulino Prieto A. Buyla, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

**Pontevedra.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Benito González Geromade, bacteriólogo del Instituto de Higiene; D. Francisco Giménez Martín, epidemiólogo del Instituto de Higiene; D. José Loureiro Crespo; y secretario, don Telmo Bernárdez Santomé, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

**Valencia.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Mariano Bellogín, director de Sanidad del puerto de Valencia; D. Ramón G. Medina, médico del Servicio Antivenéreo; don Víctor Cuquerella; y secretario, D. Miguel Tortajada, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

Contestaciones al Programa de Médicos titulares. La obra única que responde a todos los temas está editada por EL SIGLO MÉDICO. 4 tomos, 25 pesetas.

**Valladolid.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. José Eleicegui, jefe del Centro secundario de Higiene rural de Villalón; D. Pedro Lozano, médico del Servicio Antipalúdico; D. Darío Gerardo de Castro Olmedo; y secretario, D. Tomás Cabezudo Elices, médicos titulares-

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

**ANALISIS**  
**de orinas, esputos, leches, sangre, aguas, etc.**  
**Laboratorio del Dr. E. ORTEGA**  
Sucesor del DR. CALDERON  
**Carretas, 14.-Madrid**  
**FUNDADO EN 1866**

inspectores municipales de Sanidad.

**Zamora.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Alfonso Marín Miguel, subdirector del Instituto de Higiene; D. Julio Ribera, médico del Instituto de Higiene; D. Abelardo Prieto Vega; y secretario, don Julio Quesada Peña, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

Las vacantes anunciadas a oposición se rigen por un programa cuyas contestaciones han sido minuciosamente hechas por EL SIGLO MÉDICO, confeccionando 4 tomos. Precio, 25 pesetas.

**Zaragoza.**—Presidente, el inspector provincial de Sanidad. Vocales: D. Fausto Gómez, subdirector del Instituto provincial de Higiene; D. Eduardo de Gregorio, director del Dispensario Antivenéreo; D. Tomás Tobajas; y secretario, D. Manuel de Frutos, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

Cuyos Tribunales actuarán únicamente en la presente convocatoria, debiendo celebrarse los ejercicios correspondientes dentro del mes actual, a cuyo efecto serán citados los opositores por el Tribunal respectivo, en armonía con lo dispuesto en el artículo 23 del Reglamento de 7 de marzo último.

Consulte nuestra obra Oposiciones, que responde a todo el Programa. 4 tomos, 25 pesetas.

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 D. Agustín Valverde, médico titular de Villaverde Mogina (Burgos).

Medicina, Cirugía, Higiene, Legislación Sanitaria. 4 tomos que responden al Programa para las oposiciones a las vacantes de médicos titulares. Editados por EL SIGLO MÉDICO. Precio, 25 pesetas.

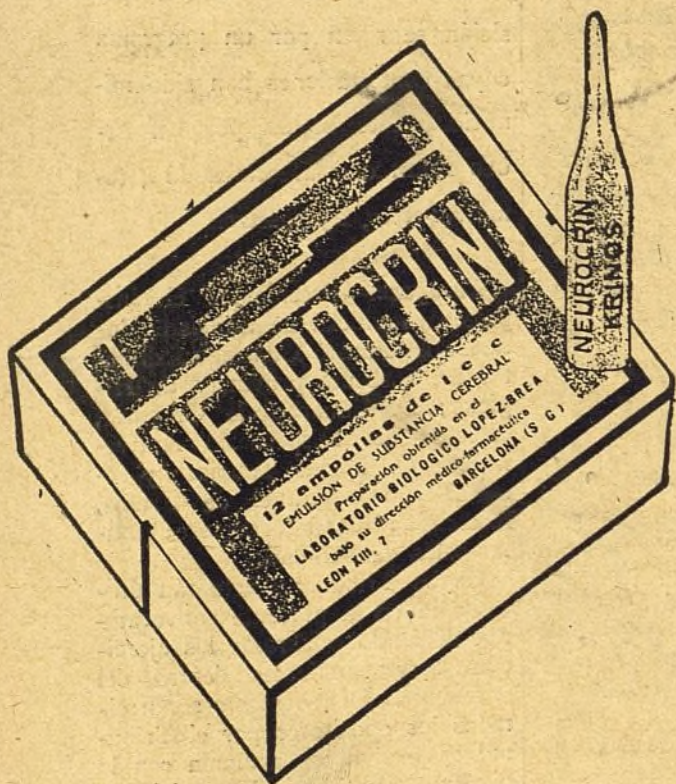
**TINTURA COCHEUX** cura la Gota, Reumatismo — y el Mal de Piedra. —

Exito en los Hospitales desde 1848

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

**HIERRO QUEVENNE** Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS  
A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar Cloro-Anemia; el único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue des Beaux-Arts, París





**Terapéutica Biológica de las Jaquecas**

## Neurocrin Krynol

(Emulsión aséptica de substancia cerebral)

### INDICACIONES

**Antineurálgicas** (jaquecas)  
**Anticonvulsivas** (síndromes epilépticos)  
**Antigénicas** (disonías vegetativas)

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

**Agotamiento nervioso,**  
**Psicosis depresivas, Surmenaje,**  
**Desnutrición y Raquitismo**

### ADMINISTRACIÓN Y DOSIS

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

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

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

*Remedio Municipal*  
*P. de la Villa 3*  
**TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES**

## OVARIOTONO

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



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

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

## HEMOSTONO

**COMPOSICIÓN** { Substancia mamaria, 0.10; Substancia placentaria, 0.05; Secale cornutum extr., 0.06; Hamamelis virg. extr., 0.04; Hidraxis canad. extr., 0.02.



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

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



## 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. — Las Universidades de América: Los doctores de Buenos Aires, por el Dr. Álvarez Sierra. — Colaboración independiente: Carta abierta: Lo que pienso de los Colegios Médicos, por Sisinio Crespo. — Academias, Sociedades y Conferencias. — Sección oficial. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Reglamento de la Ley de Accidentes del Trabajo en la industria. — Tertulia Médica. — Anuncios.

## BOLETIN DE LA SEMANA

*Sigue la mejoría. — Justo homenaje. — Balbuceos de la esfinge.*

Con la lógica lentitud que imponen las circunstancias del padecimiento y edad del enfermo, continúa mejorando el estado de salud del ilustre doctor Cortezo.

Una vez más agradecemos desde estas líneas el cordial interés que nos manifiestan las numerosas cartas recibidas en esta Redacción.

\* \* \*

El Dr. Codina Castellví, decano de la Beneficencia provincial y vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina, ha sido objeto de una demostración de homenaje y cariño por parte de los numerosos médicos que asisten a la sesiones clínicas, que con brillante labor se vienen celebrando en el Servicio de Clínica médica y Fimatología que dirige tan celosa y competentemente el ilustre profesor.

Nuestros lectores conocen el desarrollo de estos cursos por las referatas que publicamos, y aquí sólo nos cumple adherirnos al aplauso que se dedica al doctor Codina por quienes a su lado aprenden.

\* \* \*

La esfinge balbucea. El Colegio de Médicos de Madrid ha sido otra vez cátedra del pleno del Consejo general de Colegios Médicos de España.

La nota, que suponemos oficiosa, es, como de costumbre, una nota extensa y pomposa. ¡Una larga afarolada, que decimos los taurinos!

Entre los revuelos con que adorna su suerte el alto Consejo, véase lo que ilumina el farol, que no es mucho:

"Asistió el presidente del Colegio de Burgos, Dr. Gutiérrez, para tratar de varios e interesantes asuntos para la clase médica burgalesa (¿?).

"El Dr. Pérez Mateos dió cuenta de que invitado por el presidente del Sindicato de médicos de Cataluña había rea-

lizado una visita a dicha Institución, tratando con los señeros presidentes de Colegios y ponentes de todo el complejo problema del Seguro de Maternidad y del proyecto de unificación de Seguros Sociales que se está laborando en el Instituto Nacional de Previsión, siendo de gran importancia esta reunión para la gran obra de conjunto que ha de realizar toda la clase médica de España, en un frente único, ante el grave problema del Seguro Social de Enfermedad. El Dr. Pérez Mateos acabó expresando su gratitud por la delicada atención de que ha sido objeto por parte de los compañeros de Barcelona (¿?).

"El Consejo expresó su conformidad con la labor realizada por el Dr. Pérez Mateos, acordando que todos estos datos informativos sean enviados igualmente a todos los Colegios de España (¿?).

"Ocupóse el Consejo de la reorganización del periódico "España Sanitaria". Se autoriza a la presidencia para que una vez terminadas las gestiones con la Asociación de la Prensa y con Asesoría Médica proceda a oír proposiciones para la pronta publicación del periódico (¡¡!!).

"Sobre la creación de las secciones de médicos de ferrocarriles, se acuerda que se llevará la propuesta del Colegio de Barcelona sobre el reconocimiento por las compañías de los médicos sin sueldo, igualándolos con los demás funcionarios y retribuyéndolos con sueldos razonables.

"Sobre uso de armas de los médicos, y para que sean tenidos en cuenta los médicos en la organización de la segunda enseñanza, se acuerda hacer las oportunas peticiones ante los señores ministros correspondientes.

"Se acordó elevar al Gobierno la petición de una recompensa para el Dr. Casafont por el acto heroico realizado al curar un herido con riesgo evidente de su propia vida; y que el Consejo conceda una distinción honorífica a tan benemérito compañero.

"Se acordó la concesión de una distinción de honor para los ilustres compañeros doctores Rodríguez Rouco, de Coruña; Dr. Uruñuela, de Bilbao, y Dr. Casafont, de Santander, y hacer entrega de las mismas a los interesados en un acto público que coincida con la celebración de la próxima Asamblea Nacional.

"Se acuerda, a propuesta del Dr. Piga, recabar del Patronato del Colegio de Huérfanos conceda una distinción al Dr. Vital Aza por sus actos de desprendimiento en favor de los huérfanos del Colegio. (Enhorabuena, amigo Vital; menos mal que no te han metido en la cárcel por tu constante ayuda a los huérfanos.)

"Sobre las modificaciones al proyecto definitivo de la Iguala Médica se acordó que se tengan en cuenta aquellas que tienden a aclarar el espíritu del articulado, y proceder a la redacción definitiva: repartirlo entre los Colegios para que lo tengan en cuenta y puedan con carácter volun-



tario establecerlo previo acuerdo en Asamblea general convocada para este objeto y llevarlo, por último, a la superioridad para someterlo a su aprobación, procurando su adopción con carácter general.

"Se estudió la situación del Colegio de Huérfanos, especialmente en lo referente a las últimas disposiciones legales sobre enseñanza, y se acordó estudiar la nueva organización que debe darse en el nuevo aspecto que la ley señala, y pedir a aquellos Colegios que tengan hecho algún proyecto en este sentido, lo envíen para que sirva de información al Consejo, y pedir al director de Sanidad que se publiquen aquellas disposiciones prometidas en anteriores ocasiones para la reorganización del Patronato del Colegio de Huérfanos (¿?).

"Se examinó el problema debatido en la Prensa sobre una posible invasión en España de médicos extranjeros; resultando de la amplia información recogida que no hay motivos de alarma (¡!).

"Se acordó solicitar de la Dirección General de Seguridad que los Ayuntamientos sean obligados al cumplimiento de sus obligaciones económicas con los médicos titulares, de acuerdo con lo que determinan las recientes disposiciones legales.

"En apoyo a los antiguos médicos de la Lucha Antituberculosa se acordó pedir a la Superioridad sea resuelta justamente su situación actual."

Esto es, según nos lo cuentan, lo actuado por el alto Consejo.

Encontramos demasiado balbuceo en la nota, y nos sorprenden varios olvidos, de los que queremos salvar nosotros hoy éste solo:

La felicitación a la señora viuda del que fué modelo de médicos y de compañeros, Dr. D. Ricardo Becerro de Bengoa, por encontrarse ya fuera de peligro su hijo, bárbaramente tiroteado por unos pistoleros el mes pasado, cuando volvía de celebrar su último examen de carrera.

DECIO CARLAN

## Las Universidades de América

### Los doctores de Buenos Aires

La capital de la República Argentina, después de dominar toda la América del Sur con su riqueza, su belleza natural, su clima, su urbanización y sus facilidades de trabajo, se propuso ocupar un lugar preferente en la intelectualidad del mundo.

Y ciertamente que lo ha conseguido. Los abogados, médicos, ingenieros, farmacéuticos, filósofos, historiadores, humanistas, naturalistas, matemáticos, físicos y químicos, nada tienen que envidiar a los de Europa. Las cátedras de su Universidad son las de una nueva Sorbona, donde concurren no sólo los estudiantes del país, sino gran número de americanos de otras Repúblicas, deseosos de ampliar el horizonte de sus inteligencias.

Tres factores han sabido utilizar para convertir la Universidad de Buenos Aires en uno de los Centros culturales más prestigiosos: El dinero, entregado espléndidamente, para crear instituciones pedagógicas, laboratorios, bibliotecas y museos. La invitación hecha a sabios de fama universal para regir las primeras cáte-

dras. Por último, el criterio colectivo en que han sabido situarse frente al antagonismo de la civilización germánica y la latina.

La Universidad de Buenos Aires fué fundada el 11 de agosto de 1821 por el ministro don Bernardino Rivadavia y el gobernador general don Martín Rodríguez.

El primer rector fué don Antonio Sáenz. Se crearon cinco Facultades con un prefecto a la cabeza de cada una: Derecho, Medicina, Ciencias, Filosofía y Teología. Posteriormente se suprimió esta última y se organizaron otras dos: Agronomía e Ingeniería.

En la actualidad concurren a ellas más de la mitad de todos los estudiantes argentinos. En 1930 el número total de matriculados entre Córdoba, Tucumán, La Plata, Rosario y Buenos Aires ascendía a 14.000 y 7.700 correspondían a esta última.

Los únicos grados que se confieren son los de doctor, circunstancia por la cual todos los argentinos con título profesional, lo mismo abogados que ingenieros, médicos que filósofos, se denominan genéricamente *doctores*.

Varios patricios insignes, hombres eminentes y de positiva valía, contribuyeron en sus principios al engrandecimiento de los estudios universitarios argentinos. En Medicina, don Cosme Argeridi; en Ciencias Naturales, Burmeister, Berg y Ameghino; en Geografía, Latzina; en Derecho, Vélez Sarfield; en Historia, Mitre.

Las dos Facultades que están instaladas en edificios más suntuosos son las de Derecho y Medicina: La primera, todavía sin concluir, pero representa una verdadera joya arquitectónica de puro estilo gótico, en la calle de Santa Fe. La segunda ocupa dos extensas manzanas (llamadas allí *cuadras*), en la de Córdoba.

Filosofía y Letras con el rectorado tiene un nuevo local, severo, elegante y con espléndido confort, en los primeros números de la calle de Corrientes, cerca del puerto.

La Facultad de Farmacia está con la de Odontología en la Escuela de Medicina. La de Ciencias, próxima a la plaza de Mayo, en lo que fué antigua Universidad, en la calle de Bolívar.

Tanto los catedráticos como los alumnos y las autoridades, como los padres de los escolares, rivalizan en su deseo de que la cultura adquirida sea firme y en lograr el engrandecimiento de la ciencia nacional. Del mismo modo que tienen un comercio, una agricultura, una ganadería y una industria propias, aspiran a tener ciencia propia también. Durante los cursos académicos, que empiezan en marzo para terminar en noviembre, la labor pedagógica es de positiva intensidad y los exámenes rigurosos, serios.

Por lo que a la Medicina se refiere, la enseñanza tiene un interesante carácter teórico-práctico. Para la Anatomía cuenta con una sala de disección que nada puede envidiar a las mejores europeas y con el departamento de *la Morgue*.

En el Hospital Clínico cada sala constituye un Instituto, con sus laboratorios independientes, rayos X y cátedra. Las de Cirugía tienen su quirófano. Los grandes hospitales, nacionales y municipales, son utilizados para la enseñanza.

Llama la atención el hecho de que, no obstante la vida poliforme de la capital federal argentina, su fiebre de negocios y sus excesivos medios de distracción, la obra científica se realice austeramente, intensivamente, como los monjes de cualquier Monasterio del siglo XIV podrían hacerlo no teniendo más horizonte para sus sentidos que los tapiales de su huerta.

Buenos Aires es grandioso en todo, lo mismo en la extensión de su superficie que en la obra constructiva de su personalidad intelectual. Sus calles, con frondosos árboles, sus plazas, perfumadas por flores de exqui-



sitos aromas; el carácter porteño, activo e independiente, son circunstancias que han despertado a la juventud; un fermento de gloria y de triunfo que produce ya un numeroso grupo de investigadores capaz de competir con los docentes universitarios y profesionales de las viejas Universidades europeas.

Si en un principio tuvieron que vivir de precario, utilizando nuestra ciencia y aprovechándose de nuestros descubrimientos, en plazo máximo la Universidad de la gran capital argentina enviará su producción a otros países.

DR. J. ALVAREZ-SIERRA

## Colaboración independiente

### CARTA ABIERTA

## Lo que pienso de los Colegios Médicos

Pena, dolor e irritabilidad me produce el tener que escribir estas líneas, más necesidad obliga y no hay otro remedio que obedecer.

Empecé a ejercer la profesión con mala fortuna: me cupo en suerte un compañero que faltó a su palabra; cuando la epidemia gripal del 1918 era alumno de sexto curso y ayudé con mis escasas fuerzas a dos médicos, de los que uno de ellos ni me lo pagó ni me lo agradeció; luego, por formar parte como miembro de una Asociación de Médicos, tuve la desgracia de quedarme sin partido; fui obrero parado, a costa de mis padres; ya en posesión de partido pude tener la suerte de tener partido grande y cómodo, más por ser hombre de mi palabra me quedé sin él y un médico que formaba parte de la Asociación se aprovechó, y pasando por alto los acuerdos de la Asociación se metió por medio y yo me quedé en la calle; lo hice saber al Colegio de Médicos de la provincia de Burgos, no me contestó y yo me quedé sin el partido.

Estando yo enfermo de bastante cuidado, la necesidad me obligó a buscar trabajo, y deseando morir cuanto antes (manera de evitar el horrible suplicio al que he estado condenado seis años, se dice bien, seis años sufriendo, más hay que pasarlos), solicité pueblos todos lejanos de donde yo residía. Cúpome en suerte uno de la provincia de Cuenca, partido de Tarancón, Almendros se llama, lugar de 1.400 habitantes, muchos para un enfermo, más, repito, la necesidad me obligaba: tenía hijos y esposa a quien tenía obligación de mantener y nadie me lo daba. Ningún Colegio de Médicos me dirigió palabras de consuelo ni me ayudó a conllevar mi larga y penosa enfermedad.

Ya en posesión de mi nuevo partido, el anterior, Villanueva de Gumiel, provincia de Burgos, partido de Aranda de Duero, le tuve que dejar ante la imposibilidad de ejercer; el Ayuntamiento me concedió dos meses de permiso al caer enfermo, meses que tuve que dar el 80 por 100 a un médico con ejercicio en un pueblo limítrofe y compañero de ausencia; ejercí luego unos meses con mucho, muchísimo trabajo, hasta que mi cuerpo no quiso seguir, no podía seguir trabajando; nueve meses largos en la cama sucedieron a éstos y no repuesto tuve que buscarme trabajo. Dios y yo solamente sabemos lo que llevo sufrido.

Encuentro el partido de Almendros completamente deshecho: mi antecesor, anciano de sesenta y cinco años, enfermo con parálisis agitante, no puede atender el partido y el pueblo se aprovecha para tener médico sin pagarle; mis escasas energías me permiten ir rehaciendo el partido y según iba mejorando de salud así mejoraba el partido (doy las gracias a aquellas tierras, pues al salir de ellas no salí curado, pero sí en buenas condiciones para trabajar), cuando ya casi curado y rehecho el partido el alcalde, señor listo e inteligente persona, influyente en aquel lugar,

de muy buena posición, con numerosa familia y amigos, se le antoja el querer que su hijo, médico recientemente salido, sea el médico de su pueblo y a mí me quedan en la calle; acudo al Colegio de Médicos de Cuenca y no me contesta. Y todavía tiene el cinismo de girarme una letra por valor de 31 pesetas (¿con qué derecho me exige un Colegio deberes cuando no tengo ningún derecho?), letra que no acepté, y, por lo tanto, quedo en descubierto con dicho Colegio de Médicos. La suerte hace que no llegue a ser obrero parado y me depara un pueblo chiquinín a unos 400 kilómetros de Almentros, ¡buen salto!, en la provincia de Burgos; ya en ésta y por no querer ser nota disidente, solicité la colegiación, aun convencido de que no debe de existir ningún Colegio tal y como son hoy, y de que son un sello de oprobio e ignominia que pesa sobre los médicos y que llevan a cabo los mismos médicos. Vergüenza me daría a mí ser o formar parte de la Directiva de un Colegio y no poder ser nunca útil para nada a un médico.

¿No tengo derecho a aborrecer los Colegios? Yo creo que sí; también creo que una inmensa mayoría de médicos piensan como yo, y si quieren convencerse los Colegios de Médicos, llamen a una votación a todos los médicos y así se verá los que quieren y los que no queremos los Colegios tal y como son hoy; si sacáis mayoría, bien podéis decir que ocupáis un puesto digno, y si no, yo os considero como a los políticos que hacen juegos malabares para no dejar los puestos, que si dinero no os da, algo os dará cuando tanto os esforzáis por manteneros en ellos.

¿Y qué dais vosotros? ¿Habéis evitado alguna vez el que los médicos hayamos sido atropellados por los caciques? No.

¿Habéis conseguido alguna vez el que un Municipio pague puntualmente sus haberes a los médicos titulares e inspectores municipales de Sanidad? No.

¿Habéis conseguido alguna vez dignificar al médico indigno? No.

¿Habéis conseguido evitar que haya médicos latifundistas con gran perjuicio para los médicos sin ejercicio? No.

¿Habéis proporcionado alguna vez trabajo a los médicos sin partido? No.

¿Habéis amparado alguna vez a la vejez? No.

¿Podéis evitar el que las Facultades sean tan fecundas y lancen al mundo tantos y tantos médicos? No.

¿Servís para ilustrarnos? No.

¿Servís siquiera para amparar a nuestros huérfanos?

¿Habéis amparado y socorrido al médico que ha caído enfermo?

Os voy a contestar con el siguiente anuncio, que está inserto en el SIGLO MEDICO: "Se necesita urgente colocación, labores propias de su sexo, para poder atender a las necesidades de casa por estar su esposo enfermo." Se trataba de la esposa de un médico con residencia en Madrid.

Pues si no servís para evitar el que seamos atropellados; para evitar esas iguales que nos degradan; esas iguales de diez pesetas al año; esos partidos tan míseros que no dan casi para comer; si no servís para que aún pobres nuestros haberes nos les paguen; si no nos dignificáis e ilustráis; si no amparáis al caído y no dais la mano a la vejez; si no proporcionáis ningún bien moral ni material a los médicos, ¿queréis hacer el favor de decirme para qué existís y qué hacéis?

Si para ninguna cosa de estas, tan dignas todas, vale mi dinero, ¿por qué os esforzáis en sacármelo a la fuerza, ya que voluntariamente no os lo quiero dar?

¿Por qué he de tener el deber de entregaros una cantidad que me hace falta y que ningún derecho me proporciona?

¿Es esto justo? No.

La parte legal os asiste. ¿Y quién ha hecho esta ley a todas luces injusta?

Gran mal es éste; pero es mayor el que existan los Colegios, porque haya médicos que se constituyan en Directivas y amenacen a los médicos con denunciarles al gober-



nador de la provincia por no colegiarse, y estoy seguro que caso de que esta autoridad no haga caso, lloverán sobre ella oficios y más oficios hasta obligarle a que moleste al médico. ¿Hacéis igual cuando no pagan los pueblos, cuando hay destituciones caprichosas? Me diréis: ahí está el Tribunal de lo Contencioso. ¿Que no se me ocurra nunca el hacerlo! Moralmente no tenéis derechos sobre los médicos ni razón de existir.

Se me olvidaba. Servís para tener firme y gallardo lo que nos ha costado medio millón de pesetas: el Escalafón de médicos titulares. Para tanto servís, que ni siquiera figuráis en las diversas ponencias que hay para ver la manera de implantar el Seguro Social de Enfermedades, que no sabemos si será ruina o fortuna para la clase; pero sea lo que fuere, vuestra potencialidad no es suficiente para detener esa corriente que buena o mala nos ha de dañar.

Y ahora, dar golpes, que os cubrirán de gloria, sobre un médico que protesta de lo no justo y que emplaza desde aquí a quien le demuestre que en catorce años de ejercicio se ha portado mal con un médico y deba a alguna revista o asociación una cantidad y si sólo al Colegio de Cuenca, en atención a su buen comportamiento para conmigo.

Compañeros, poco valgo, pero os agradecería no tengáis miedo, y los que no estéis conformes con los Colegios, me lo digan.

No. No es grito de insubordinación, es que ya debemos, y yo lo estoy cansado de pagar, de tener deberes y no derechos.

SISINIO CRESPO

Padilla de Abajo (Burgos).

## Academias, Sociedades y Conferencias.

### ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 12 de junio de 1933.

#### CASO PARA DIAGNÓSTICO

*Dres. Vital Aza y Gargollo.*—Muchacha de diez y siete años de edad; sin antecedentes patológicos.

En septiembre de 1931 recibe una pedrada en región fronto-parietal derecha que le provoca, además de la lesión local, caída al suelo con pérdida de conocimiento y conmoción duradera; pasada ésta, acusa cefalalgia, molestias oculares ligeras, sensación de mareo, cambio de carácter (tendencia a la puerilidad y al llanto), con ligeras poliuria y polidipsia. Accidente que se desarrolla estando menstruando y cuyas molestias consecutivas sufren cierta agravación en el acto menstrual. Es la razón por la que vemos la enfermita sin encontrar el menor signo de ginecopatía.

Explorada médicamente, ninguna anormalidad encontramos en su organismo; la poliuria y polidipsia ligeras llevó a la exploración radiológica craneal, hallando cierto grado de opacidad de la hipófisis. Característica que interpretamos de la manera siguiente: El traumatismo provocaría una hemorragia de hipófisis o centros diencefálicos vecinos, hemorragia que en la actualidad está seguramente en período de calcificación. Nada hace pensar en el diagnóstico de diabetes insípida, pues la poliuria y polidipsia son ligeras y no han seguido las modificaciones propias de tal proceso.

Las modificaciones del carácter de nuestra enferma presta cierto interés médico legal al caso clínico, que no es del momento ocuparse.

*Dr. Vallejo Nájera.*—La interpretación radiológica del caso nos parece la más acertada. En cuanto a la cuestión neurológica del mismo todo hace razonable se trate

de una neurosis de deseo, con la que se pretende conseguir una ventaja en cuanto a indemnización.

#### UN CASO DE SECCIÓN DE MÚLTIPLES ADHERENCIAS PLEURALES EN EL CURSO DE UN PNEUMOTÓRAX TERAPÉUTICO

*Dr. José Abelló:* Son características las lesiones que presenta el muñón del neumotórax. Existe un paralelismo entre la evolución tuberculosa en los casos en que no se indica este tratamiento y las que se verifican en el muñón del neumo; casos hay en los cuales sin sintomatología clínica, o muy escasa, se desarrollan nuevas lesiones dentro del muñón del neumo, en particular si posee adherencias, haciendo este tratamiento ineficaz; dentro de los muñones pulmonares pueden desarrollarse con más rapidez resolución de lesiones.

Es de gran interés el estudio anatomopatológico y clínico de los muñones de neumo; las microfotografías son muy instructivas y demuestran cómo casi todas las lesiones, que en un período corto de tiempo no han terminado por resolución, se transforman en un proceso productivo, pero cuyo centro generalmente permanece caseificado y en actividad. Como consecuencia de los estudios de Rolland, de Kistler de Tomaszenwski se demuestra bien claro que la curación clínica en este tratamiento no marcha paralelamente a la curación anatómica, puesto que en clínica se ve que persisten focos jóvenes dentro del muñón, que el día de mañana pueden evolucionar. Es por lo que el colapso pulmonar tiene que ser lo más eficaz posible en cuanto a compresión de las lesiones, a fin de que rápidamente pueda llegarse a una buena cicatrización. Muchas dificultades encierra el diagnóstico de las lesiones, sobre todo cavitarias, situadas en el muñón del neumo: el estudio radiográfico concienzudo del muñón de neumotórax es quizá lo más interesante que actualmente presenta la fisiología, si bien un estudio mal hecho trae consecuencias fatales al enfermo. Son el tipo de cavidades de "intervalo", descritas por Redeker.

Hace varios comentarios sobre la situación de las adherencias y presenta en el caso motivo de comunicación, puede decirse que todas las circunstancias clínicas hacen que sea una enferma donde está indicada una toracoplastia; hay una línea marginal pleural que algunas veces permite verificarse el neumotórax; hay desviación de mediastino hacia el lado afecto y disminución de todo el campo pulmonar izquierdo, lo cual supone que el neumo no tendrá éxito. Sin embargo, se estableció este tratamiento, venciendo muchas dificultades. La enferma mejoró rápidamente; pero se estacionó por la existencia en el muñón de adherencias múltiples, las cuales dificultaban un colapso completo. Establecido el neumo a corto "intervalo" se logró que las adherencias se estimasen bastante, permitiendo la sección de adherencias.

Las radiografías correspondientes y los dibujos de las toracoscopias respectivas, la radiografía final demuestra, a pesar de que parecía que la operación de Jacobeus era casi imposible de realizar, se fué sucesivamente efectuando en varias sesiones, logrando una sección total de dichas adherencias. La enferma sigue su curso de neumo, mejorando rápidamente, llamando la atención de que no debe juzgarse como inútil un neumo hasta que no se establezcan todos los tratamientos actuales conocidos, como son: operación de Jacobeus, Plombages, frenicectomías, etc., complementarias a este tratamiento y que no son tan cruentas como la toracoplastia.

*Dr. Perera:* La técnica expuesta significa en España un avance de la terapéutica antituberculosa que, en verdad, es carácter definitivo en otras naciones. Todo lo realizado a tal fin, parte de la técnica e instrumental de Jacobeus, si bien últimamente un gran adelanto significa



el procedimiento de Maurer, que muchos autores consideran como adquisición y progreso en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Técnicas que, en realidad, tienen sus peligros, como la hemorragia y la perforación pulmonar, si bien la últimamente citada los disminuye en tal grado, que las hace posible entrar en la práctica diaria.

UN CASO DE CARDIOGRAFÍA, POR HERIDA DE VENTRÍCULO DERECHO. — ESTUDIO CLÍNICO, RADIOGRÁFICO Y ELECTROCARDIOGRÁFICO

*Dr. Ferre:* Lee la historia clínica de un caso operado de urgencia, con la aportación de material gráfico y electrocardiográfico, terminado por curación.

EL COMIENZO APARENTE POR ANGINA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

*Dr. Valdés Lambea:* Lee una extensa y bien documentada comunicación sobre este tema.

COLÉRESIS Y COLERÉTICOS

*Dr. Oliver Pascual:* En nuestros trabajos sobre el asunto hemos llegado al convencimiento de que la coléresis depende del determinismo constitucional, de las variaciones individuales del metabolismo y de la inervación de la circulación abdominal.

En cuanto a los coleréticos creemos conveniente dividirlos en fisiológicos o referentes, a los que integran la alimentación y otros coleréticos químicos, que hoy son usados en terapéutica como tales.

Entre los coleréticos químicos tenemos el atofán, los derivados del grupo naftalénico, las sales biliares, muy especialmente el colato de plata, la insulina, las soluciones puras de secretina, las vitaminas (especialmente las vitaminas D y C), el ácido salicílico, el ácido cinconínico, la aspirina, el piramidón, el benzoato sódico, varios de los integrantes de la serie grasa, los bicarbonatos y las aguas medicinales, en cuya composición entran y las sales de cal. Entre los coleréticos fisiológicos hemos estudiado la acción de la alcachofa y de la cúrcuma.

SARCOMA DE LA PLEURA

*Dr. Bermejillo:* Un caso de sarcoma puro de pleura con el gran interés de ser muy raros los publicados, acaso el primero de los existentes en la bibliografía nacional, especialmente porque el diagnóstico ha sido comprobado en la necropsia. Hace referencia a una mujer de treinta años, con historia breve de su padecimiento, que en la autopsia, además de comprobar el proceso pleural, se hallaron diversas metástasis paraviscerales, que es lo característico en esta blastomatosis maligna. El estudio anatomopatológico tumoral mostró tratarse de un sarcoma fusocelular con zonas mixomatosas.

M. ACEÑA.

\*\*\*

Sesión del 19 de junio de 1933

SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL EN LA POLIESCLEROSIS

*Dr. Raúl de Montaud:* El caso objeto de esta comunicación fué presentado en la sesión del 27 de marzo; poliesclerosis cerebral que hace tres años se inició por un síndrome de hipertensión intracraneal completísimo.

fracasó el tratamiento médico; la punción del cuerpo caudoso, con extracción de líquido ventricular, modicó rápidamente el cuadro. La mejoría rápida fue seguida de la reaparición del síndrome de hipertensión craneal; con radioterapia no se hizo esperar la normalidad. A los dos años se repite el síndrome; nuevamente tratado por radioterapia fueron obtenidos los mismos resultados benéficos. Quince días antes que presentamos este caso vemos al enfermo con el cuadro de esclerosis en placas y con radioterapia; en la actualidad se puede considerar clínicamente como curado.

Lo interesante del caso en su comienzo puramente cerebral es el resultado de la radioterapia, que en nuestra opinión es la más útil de cuanto se ha propuesto.

*Dr. Gómez Merino:* En casos semejantes merece decirse algo sobre patogénesis y clínica de la esclerosis en placas, en especial las modificaciones serológicas en líquido cefalo-raquídeo. Es manera de fijar el diagnóstico en estos enfermos.

*Dr. José M. de Villaverde:* En esclerosis en placas cabe el error diagnóstico cuando sólo vemos una vez al enfermo. En esta enfermedad hay que establecer diferencias cuando hay hipertensión craneal y extasis papilar. Este y no la atrofia parcial o total de la papila, como es típico en esclerosis en placa, pasa desapercibido al no hacer examen oftalmoscópico. Hemos visto poliesclerosis con hipertensión craneal pero no tenemos registrado ningún escleroso en placas con extasis papilar.

*Dr. Ratera:* Hablar de esclerosis en placas en radioterapia creemos preferible aportar casos clínicos. Es uno el que presentamos esta noche; esclerosis en placas que, después de este diagnóstico indudable, hemos tratado por radioterapia; iniciamos con un cuarto de dosis eritema; rápidamente disminuimos a sesiones de un vigesimo de dosis eritema sobre regiones craneales y solo un cuarto de eritema en zonas medulares; sesiones que hemos repetido durante once meses. En la actualidad la situación del enfermo es inmejorable.

SOBRE LA CURABILIDAD DE LA SÍFILIS (un caso típico de tratamiento abortivo)

*Dr. Fernández de la Portilla:* Los trabajos de Hoffman muestran la posibilidad y probabilidad de la curación de la sífilis cuando el tratamiento funciona precozmente, en dosis total conveniente, con acortamiento de plazos entre inyecciones y tandas del mismo. Optimismo de Hoffman del que participan muchos autores y ha llevado a normas nuevas en el tratamiento de la sífilis.

Para conseguir la curación total de la sífilis se requiere iniciar el tratamiento en estado de seronegatividad, antes de que en la fase de chancro haya serología positiva; antes de la aparición del secundarismo de la sífilis.

Se comprende la posibilidad de que pase a la historia del tratamiento crónico de la sífilis así como el proseguirle durante toda la vida sometiendo al enfermo a los peligros de las medicaciones activas antisifilíticas.

Para admitir el criterio de curabilidad de la sífilis se deben exigir ciertas condiciones: ausencia total de manifestaciones clínicas en sistemas y organismos; ausencia total de manifestaciones serológicas en sangre; ausencia total de manifestaciones serológicas en líquido cefalo-raquídeo. Condiciones que pueden conseguirse con relativa frecuencia, como lo confirman los estudios de Hoffman y la experiencia clínica de muchos autores. Nosotros disponemos de un caso clínico de esta naturaleza. Hace referencia a un hombre de cuarenta y tres años que en mayo de 1932 tiene coito sospechoso que repite veinte días después, y pocas fechas des-



pués se diagnostica microscópicamente una lesión chancrosa sifilítica. A los dos días de su aparición se da comienzo al tratamiento antisifilítico, inyectando en dos meses 6,90 gramos de neosalvarsán y 1,30 de bismuto liposoluble. La serología negativa se ha mantenido. A mediados de noviembre de 1932, con mantenimiento de serología negativa y silencio clínico, se hace tanda semejante de neosalvarsán y bismuto insoluble. Sin manifestaciones clínicas y persistencia serológica negativa en enero de 1933, sin la menor repercusión de orden sifilítico en su organismo, la punción lumbar proporciona un líquido céfalo-raquídeo completamente normal y negativo a sífilis. En estas condiciones de posibilidad para admitir la curación de su sífilis realiza otro coito sospechoso en el mes de marzo de 1933, y por razones que no son del caso deja evolucionar una lesión chancrosa genital, que aparece a los pocos días de tal coito, y que hasta el 3 de mayo de 1933 no le vemos cuando ya tiene serología positiva y roseola.

Vemos en este caso una reinfección próxima sifilítica demostrando la curación de la infección anterior y con ello confirmado el criterio de curabilidad de la sífilis. Al mismo tiempo muestra la obligatoriedad de no pasar a un tratamiento antisifilítico hasta tanto condiciones clínicas-serológicas obliguen a ello.

*Dr. Sáinz de Aja:* El caso presentado es de gran interés. Su excepción no lleva a la generalización. Si raro es en gonococia que el enfermo se presente a las pocas horas de la infección, lo es más que lo haga a las veinticuatro horas de la aparición del chancro sifilítico. Son enfermos que generalmente llegan al médico días y aun semanas de la aparición de la lesión primaria; cuando ya la serología es positiva.

Fijar conducta terapéutica en sífilis es problema que se ha resuelto de manera diferente, según la época. En la actualidad la dosis se ha quintuplicado a la aconsejada en los primeros años de neosalvarsán; ello merece muchas consideraciones y más que a la terapéutica arsenical se agrega la acción del bismuto, más intensa que la del mercurio.

En cuanto a tratamiento abortivo de la sífilis y en general en tratamiento de la sífilis, nada se puede hablar sin medicación arsenical; la medicación bismutíca la podemos considerar como inhibidora, como retardadora de la sífilis.

#### IMPORTANCIA CLÍNICA DE LA PSICOSIS POSTENCEFALÍTICA

*Dr. Vallejo Nágera:* Preocupa extraordinariamente a los psiquiatras los síndromes mentales consecutivos a las lesiones de los núcleos grises centrales determinadas por el virus de la encefalitis epidémica. Nos hallamos en una era que Schiff y Courtois han designado de investigación psiquiátrica de la encefalitis. En la actualidad se conoce perfectamente el síndrome neurológico pálido-estriado, y también los síndromes hiperfrénico (trastornos del carácter) y bradipsíquico postencefálicos. Las investigaciones clínicas oriéntanse en el sentido de saber si existe un síndrome mental propio de la encefalitis. Stern ha clasificado entre las psicosis postencefálicas atípicas un grupo perfectamente identificable con los síndromes parafrénicos, debido a su carácter alucinatorio-delirante, pero cuyas ideas delirantes dimanen de interpretaciones falsas de vivencias reales. La presente comunicación estudia dos casos sumamente interesantes y pretende llamar la atención de médicos y psiquiatras sobre estos síndromes.

El primer caso destaca por la mezcla especial que se observa de hiperfrenia y bradipsiquia, además de las frecuentes impulsiones al suicidio y las alucinaciones escénicas constituídas por sombras grises que nosotros

observamos en la postencefalitis y en la narcolepsia, y sobre cuyas características llamamos la atención.

El segundo caso fué diagnosticado de parálisis general por psiquiatras sudamericanos, y se caracteriza por constituir un síndrome depresivo ansioso, interrumpido por accesos catatónicos y alucinaciones placenteras, además del impulso al suicidio que asignamos como específico de la psicosis postencefálica.

*Dr. Montaud:* Mayor importancia tiene las consideraciones sobre psicosis postencefálica, en especial la tendencia al suicidio de estos enfermos. En nuestra estadística contamos dos de ellos en los que hemos visto realizado, o, por lo menos, intentado, el suicidio.

#### NUEVA PINZA CLAMP PARA PEDÍCULO RENAL

*Dr. L. de la Peña:* La ligadura del pedículo renal es un tiempo de gran importancia en las nefrectomías; sus accidentes es causa de muchos fracasos. Ello explica la necesidad de un perfeccionamiento técnico y pretendemos contribuir a él con la presentación de una nueva pinza clamp que consta de dos pares de ramas que dejan entre sí un espacio y que mediante ella practicaremos ligadura en masa en la parte de pedículo distal al riñón; otra ligadura en dos mitades del pedículo entre las dos ramas de la pinza y nueva ligadura entre pinza y pelvis renal para terminar con nueva ligadura de extremos vasos de pedículo renal cuando son posibles de aprisionar con pinza.

Instrumento o pinza que nos ha sido bien interpretada en la Fábrica Nacional de Armas de Toledo; pinza que hasta la fecha nos ha proporcionado facilidades técnicas en este tiempo de las nefrectomías.

M. ACEÑA

## SECCION OFICIAL

## MINISTERIO DE JUSTICIA

Médicos forenses

SUBSECRETARÍA

Vacantes las plazas de médicos forenses de los Juzgados números 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19 de Madrid, y los 11, 12, 13, 14, 15 y 16 de Barcelona, y prevenido en la primera de las disposiciones transitorias del Decreto de 17 de junio corriente, que la provisión de las mismas se haga por oposición libre, conforme a las reglas del artículo 9.º del citado Decreto, se convocan estas oposiciones, disponiéndose que los ejercicios de las mismas tengan lugar en el edificio de la Facultad de Medicina de San Carlos, de Madrid, y que den comienzo en el día que señale el Tribunal, dentro de la segunda decena de octubre próximo.

Los interesados presentarán sus solicitudes en este Ministerio, dentro del plazo de los treinta días siguientes a la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, acompañando a la misma:

- a) Certificación de nacimiento.
- b) Testimonio del título de doctor o licenciado en Medicina o certificación de haber hecho el pago del mismo.
- c) Informe del Juez de instrucción del lugar de residencia, que acredite su buena conducta pública y privada.
- d) Informe del Colegio Médico de la provincia en que resida, justificativo de su conducta profesional.





## ANUSOL- Goedecke

## ANUSOL

disminuye el catarro de la mucosa inflamada y ejerce una acción astringente sobre la superficie secretante,

por su gran poder antiséptico impide la infección de los nódulos hemorroidales y la formación de abscesos perirrectales,

provoca la granulación y estimula la reparación epitelial,

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

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

No mortifica los tejidos. No es tóxico.

GOEDECKE & CO. LEIPZIG, ALEMANIA

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



Alimento fisiológico completo

## Vino de Vial

Quina, carne,  
lacto-fosfato de cal

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

Es el reconstituyente más  
enérgico en los casos de  
desnutrición y de disminu-  
ción de los fosfatos cálcicos.

De venta en todas las farmacias.

Depositorio general para España:

## D. ANTONIO SERRA

Apartado 26, Reus (Tarragona)

## TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES  
Gripe, Escrófula, Raquitismo

## SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

### ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza  
las Lesiones tuberculosas.

### EUPÉPTICA y RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición  
y el estado general.

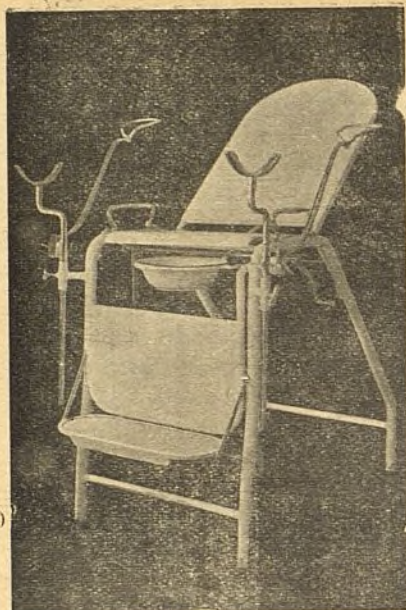
**L. PAUTAUBERGE**

10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositorios para España:

Jiménez Salinas y C.<sup>a</sup>, Barcelona Sagúés, 2 y 4, (S. G.)





Modelo 99.  
Mesa especial para ginecología, modelo doctor Velasco, muy práctica y sólida. Pintada al Duco. Pesetas 475.

SOLICITEN  
NUESTROS  
CATALOGOS  
GENERALES

DE

Mobiliario

E

Instrumental

# INDUSTRIAL MÉDICA "DORIA", S. A.

EXPOSICIÓN Y OFICINAS:

Calle de Raimundo F. Villaverde, número 1

(Glorieta C. Caminos)

Teléfono 40699.-MADRID

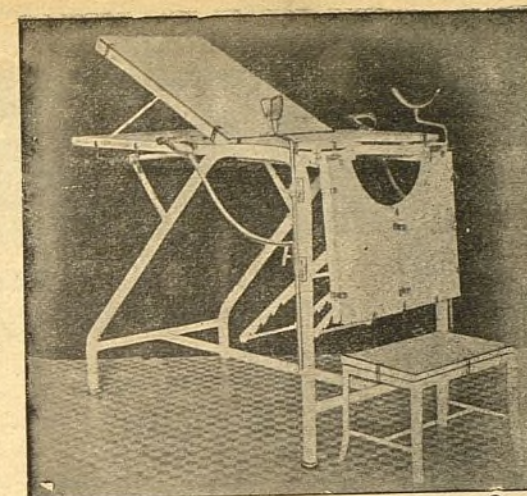
## Instrumental de Cirugía

NOTA PARCIAL DE PRECIOS



Modelo 114.

Luceta de techo propia para clínica, luz clara e igual.  
Pesetas 50.



Modelos 14 y 15.

Mod. 14.—Mesa de operaciones EUREKA construida en sólido tubo de hierro acerado con planos de luna. Grueso del asiento 15 mm. Con juego de horquillas y pedales. Lunas enteras. Ptas. 320.

Mod. 15.— La misma con lunas partidas. Ptas. 350.

	Pesetas.		Pesetas.		Pesetas.		Pesetas.
Abrebocas de Heister recto....	24,50	Cuchillos para amputación, de 18 centímetros de hoja..	22,00	Imperdibles para vendajes, mediados; docena.....	0,60	Mascarillas para cloroformo de Esmarch .....	0,60
— — — curvo .....	27 00	Cuchilletes para ojos lanceolares, clase superior.....	10,00	— — — grandes — .....	0,75	— — — de Schimmelbusch .....	15,00
Agujas para sutura ojo corriente curvas y semicurvas..	0,50	— — — Grafe — .....	10,00	Fórceps para partos, de Naegele.....	60,00	Oscilómetro de Pachon, último modelo.....	350,00
— — — resorte — .....	0,60	— — — párpados rectos y convexos.....	10,00	— — — de Tarnier, marca Esculape.....	98,00	Pelvímetro de Collin.....	38,00
— — — de Reverdin mango fijo.....	26,00	Cucharillas para resección dobles de Wolkman de 13 cm.	6,50	Fonendoscopios Bianchy, modelo corriente.....	25,00	Pinzas de Pean, articulación corriente.....	4,60
— — — inyecciones de acero de 25x6x10; docena	2,25	— — — con mango Wolkman.....	10,50	— — — reformado.....	30,00	— — — Collin.....	4,85
— — — 25x8x10 — .....	2,50	— — — uterinas cortantes de Recamier.....	14,50	— — — graduado.....	35,00	Pinzas de Kocher, articulación corriente.....	5,75
— — — 50x8x10 — .....	3 75	— — — para placenta y aborto roma.....	32,00	Guantes de goma, clase buena.....	3,50	— — — Collin.....	6,00
— — — de níquel puro Err-Eff de		— — — para vegetaciones, de Gottstein.....	15,00	— — — fuerte, superior. ....	4,50	— — — uterinas rectas.....	12,50
25 x 6 x 10; docena.....	9,00	Dediles de goma para reconocimiento; docena.....	1,10	— — — roja, de Chaput.....	14,00	— — — curvas.....	13,50
— — — de níquel puro Err-Eff de		— — — de Legue, de un dedo.....	2,50	— — — gris, — .....	14,00	— — — tiralenguas de Esmarch.....	12,50
25 x 8 x 10; docena.....	9,00	— — — de dos dedos. ....	3,25	Jeringas sistema Luer, todo cristal, de 2 c. c. ....	1,10	— — — de Mathieu.....	17,50
— — — de níquel puro Err-Eff de		Depresores de lengua, de Tobold, mango fijo .....	11,70	— — — de 3 — .....	1,35	— — — acodadas para oído .....	4,80
50 x 8 10; docena.....	15,00	— — — de metal, dobles fijos.....	5,00	— — — de 5 — .....	1,85	— — — para nariz.....	7,50
Albuminómetros de Esbach en estuche de madera.....	2,50	— — — de cristal.....	2,35	— — — de 10 — .....	2,85	— — — Roault para amígdalas.....	50,00
Amigdalotomos de Mathieu con tres anillas.....	30,00	Dilatadores uterinos de Sims, de tres ramas.....	56,00	— — — de 20 — .....	3,90	— — — de disección de 11 1/2 centímetros .....	3,25
Aspiradores de Potain, completos, en estuche fino y		Espécúls de vaginales de Ferguson. ....	7,50	— — — de 30 — .....	7,00	— — — de 13 — .....	3,75
frasco de 500 gramos.....	95,00	— — — de Cusco.....	20,00	— — — de 50 — .....	14,00	— — — de 13 — con dientes..	4,50
Basiotribos de Tarnier, último modelo .....	190,00	— — — para oído, juego de tres .....	4,40	— — — de 100 — .....	17,00	— — — de Mousseaux, para útero.....	21,50
Bisturries mango de metal articulados a pivot .....	5,50	— — — para nariz, de Duplay .....	8,00	Jeringas sistema Luer, descentradas de 3 — .....	2,00	— — — de Seroheder, — cuatro ganchos.....	16,50
— — — fijos, clase superior .....	6,50	Escarificador para ventosas de 6 lancetas.....	26,00	— — — de 5 — .....	2,50	Poartaagujas de Mathieu.....	20,50
Caja para intubación laríngea, en metal niquelado, con		— — — de 10 — .....	30,00	— — — de 10 — .....	3,50	— — — de Hagedorns.....	41,60
seis tubos dorados modelo Bayeus.....	250,00	Estiletes de metal doble oliva.....	0,80	— — — de 20 — .....	4,50	Portaalgodones laríngeos.....	0,90
Carteras de piel para instrumentos de dos cuerpos....	9,50	— — — con ojal.....	1,00	— — — de 50 — .....	16,00	Serras de arco pequeñas.....	44,20
— — — de tres — .....	13,50	Espátulas de metal dobles .....	3,25	— — — de 100 — .....	19,00	— — — medianas .....	48,10
— — — de cuatro — .....	17,00	— — — con elevador .....	3,00	Jeringas sistema Luer, cuadradas de 2 — .....	3,00	— — — grande .....	52,75
— — — triangular para bolsillo .....	2,25	Esfigmotsiónfono de Boullite Korotkow.....	145,00	— — — de 3 — .....	4,00	Separadores dobles de Farabeuf .....	7,80
Cánulas uretrales de cristal S. M. doble corriente ...	0,75	Espejos laríngeos sin mango .....	2,25	— — — de 5 — .....	5,00	Sondas de Nélaton, marca de Delamotte.....	1,50
— — — Tuffier .....	1,25	Mangos de metal para los anteriores.....	2,25	— — — de 10 — .....	7,00	— — — cilíndricas — Eynard.....	2,50
— — — Janet.....	0,65	Espejos frontales con banda de cinta 100 milímetros..	29,00	— — — de 20 — .....	9,00	— — — acodadas — .....	3,75
— — — vaginales S. M. metálicas .....	20,00	— — — de aluminio Simal 100 — ..	35,00	Jeringas curación, cristal y metal, de 50 gr. mos....	34,00	— — — metálicas, juego de tres.....	14,50
— — — de cristal curvas.....	0,60	— — — de fibra Jetter 100 — ..	35,00	— — — de 150 — .....	48,00	— — — acanaladas .....	1,40
— — — doble corriente con protector de por-		Estetóscopos de madera articulados.....	2,75	Jeringas para curación, todo metal, de 50 gramos....	32,00	Termómetros clínicos, prismáticos corrientes.....	2,75
celana.....	4,50	— — — fijos. ....	2,50	— — — de 100 — .....	42,00	— — — marca Hicks.....	6,50
Catéteres de Guyón, metálicos, números del 24 al 40		— — — articulados de tres piezas.....	9,50	— — — de 150 — .....	48,00	Tijeras rectas, articulación, Collin, 11 1/2 centímetros..	5,85
(alemanes), a.....	7,00	— — — de madera, modelo Pinard..	6,00	Lancetas para sangría, metálicas.....	3,00	— — — 13 — ..	6,40
— — — números del 41 al 60		Estuches de metal de 2 c. c. ovals.....	1,10	— — — vacuna — .....	3,00	— — — curvas, — 11 1/2 — ..	6,25
(alemanes), a.....	9,00	— — — de 3 — .....	2,25	— — — apostemera — .....	3,00	— — — 13 — ..	6,70
Cloroformizador de Esmarch, completo, en estuche de		— — — de 5 — .....	3,25	Martillos para percusión, modelo pequeño....	9,00	Trócares, juegos de cuatro usos.....	18,50
piel.....	40,00	— — — de 10 — .....	4,60	— — — grande .....	10,50	— — — de punción lumbar.....	3,25
Costotomos de Collin (pico de loro).....	28,00	— — — de 20 — .....	5,25	redondo con aro de goma....	10,00	Valvas de Sims, dobles.....	22,50
Cuchillos para amputación, de 13 centímetros de hoja..	18,50	Histerómetros de Sims, graduados .....	7,00	Microfonendoscopios, con estuche piel.....	11,70	— — — de Doyen, varios tamaños.....	26,50
— — — de 16 — .....	20,50	Imperdibles para vendajes, pequeños; docena.....	0,50			Ventosas de cristal, en estuche de madera, con tres	
						vasos, bomba metálica y alargadera.....	45,50

Ayuntamiento de Madrid





EN  
AMPOLLAS  
**5**  
CENTI-  
CUBOS

**Terapeutica Cacodilica Intensiva e Indolora**

# CYTO-SERUM

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

*Poderoso Estimulante  
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

**GRIPE  
TUBERCULOSIS  
PALUDISMO  
NEOPLASMA  
NEURASTENIA  
CONVALESCENCIAS**

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

**Solicítense Muestras Gratis**



EN  
AMPOLLAS  
**5**  
CENTI-  
CUBOS

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

# Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

**FORMAS FARMACÉUTICAS :**  
Inyecciones - Ampollas de 1, 2, 3 y 5 cc.

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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



**LIPIODOL  
LAFAY**

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



**¡CONTRA EL DOLOR!**

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

**ACONSEJAD**

## CEREBRINO MANDRI

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





## SANATORIO NEUROPATICO

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

**Directores: 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**



e) Certificación de no hallarse impedido físicamente para el desempeño del cargo; y

f) Declaración jurada de no hallarse comprendido en las causas señaladas por el artículo 110 de la ley orgánica del Poder judicial.

Después de examinados los expedientes de los aspirantes por el Tribunal de oposiciones, dentro de los treinta días siguientes, se publicará en la *Gaceta de Madrid* la lista de los que hayan sido admitidos, convocándoles para el día en que tengan que ser sorteados.

Con el número que obtengan en el sorteo, se formará la lista definitiva, que, autorizada por el secretario del Tribunal, será fijada en el tablón de edictos de la Facultad de Medicina de San Carlos.

Cada opositor deberá consignar la cantidad de 50 pesetas para derechos de examen, en la Habilitación del Ministerio de Justicia, dentro de los diez días siguientes a la publicación en la *Gaceta* de su admisión.

Los ejercicios se verificarán en la forma prevenida en las reglas sexta y siguientes del referido Decreto de 17 de junio actual, sirviendo de programa para el primer ejercicio el que, aprobado por este Ministerio, se publica a continuación de esta convocatoria.

Madrid, 5 de julio de 1933.—El subsecretario, *Leopoldo G. Alas*.

#### CUESTIONARIO PARA LAS OPOSICIONES A MÉDICOS FORENSES DE MADRID Y BARCELONA

##### CUESTIONARIO DE MEDICINA LEGAL

(Tres temas sacados a la suerte.)

1. Deberes legales y profesionales del médico forense.
2. Normas generales de la peritación por el médico forense.
3. El perito médico, en general, ante la Ley y ante los Jueces: modos de su intervención y normas generales.
4. Responsabilidad médica.
5. La autopsia en medicina legal: consideraciones generales; técnica.
6. Datos de interés médico legal que suministra la inspección general del cadáver.
7. Las equimosis en el cadáver: análisis e interpretación médico legal.
8. Las heridas en el cadáver: análisis e interpretación médico legal.
9. Otros datos especiales recogidos del hábito exterior del cadáver: análisis e interpretación médico legal.
10. Datos de interés médico legal que suministran las ropas y el ambiente del cadáver: análisis e interpretación.
11. Datos que para la identificación de un cadáver suministra el hábito exterior; interpretación médico legal.
12. Los huesos, los dientes y los ojos en la identificación de un cadáver.
13. Determinación de la naturaleza de restos cadavéricos.
14. Determinación del sexo y de la raza en restos cadavéricos.
15. Determinación de la edad en restos cadavéricos.
16. Estados que simulan la muerte; discriminación.
17. Diagnóstico de la muerte cierta.
18. Determinación de la data de la muerte; fauna cadavérica.
19. Determinación de la fecha de la muerte: datos que suministra la putrefacción.

20. Otros medios coadyuvantes a la determinación de la data de la muerte.

21. Descomposición anormal del cadáver; técnica general del embalsamamiento.

22. Muerte súbita por inhibición.

23. La muerte súbita en el recién nacido: causas y determinación.

24. La muerte súbita en el niño: consideraciones generales.

25. La muerte súbita en el adulto: consideraciones generales.

26. La muerte súbita en el viejo: consideraciones generales.

27. Consideraciones generales sobre el diagnóstico, pronóstico y complicaciones de las lesiones traumáticas a los efectos médicos legales.

28. Cuestiones médico legales en relación con las contusiones.

29. Cuestiones médico legales en relación con las heridas contusas, en general.

30. Cuestiones médico legales en relación con las heridas por atropello de automóvil, ferrocarril y tranvías.

31. Cuestiones médico legales en relación con las heridas por precipitación y hundimientos.

32. Cuestiones médico legales en relación con las heridas por puntería.

33. Cuestiones médico legales en relación con las heridas incisas.

34. Cuestiones médico legales en relación con las heridas incisopunzantes.

35. Cuestiones que interesan al médico forense en relación con las pólvoras, armas y proyectiles.

36. Cuestiones médico legales en relación con las huellas de pólvora en las ropas y en la piel.

37. Cuestiones médico legales en relación con los orificios de entrada y salida de los proyectiles.

38. Cuestiones médico legales en relación con la trayectoria seguida por el proyectil en el cuerpo.

39. Cuestiones médico legales en relación con la trayectoria seguida por el proyectil desde el arma hasta el sujeto receptor.

40. Clases de lesiones según la naturaleza del arma y del proyectil.

41. Clases de lesiones producidas por explosiones.

42. Mecanismo de las quemaduras: clases clínicas.

43. Determinación del agente casual de las quemaduras.

44. Cuestiones médico legales en relación con el pronóstico de las quemaduras.

45. Cuestiones médico legales que plantean los traumatismos de los tejidos externos del cráneo.

46. Cuestiones médico legales que plantean las fracturas del cráneo.

47. Cuestiones médico legales que plantean los traumatismos de la cara.

48. Cuestiones médico legales que plantean los traumatismos de los aparatos de los sentidos.

49. Cuestiones médico legales que plantean los traumatismos de los huesos, en general.

50. Cuestiones médico legales que plantean los traumatismos de las articulaciones.

51. Cuestiones médico legales que plantean los traumatismos de pecho y abdomen.

52. Cuestiones generales de interés médico legal en la muerte por asfixia.

53. Asfixia por medios físicos: diferenciación.

54. Asfixia por medios químicos: diferenciación.

55. La autopsia en la muerte por quemaduras y en los cadáveres carbonizados.

56. Cuestiones médico legales en relación con la muerte por la electricidad.



57. Cuestiones médico legales en relación con la muerte por el frío y el calor.
58. Cuestiones médico legales en relación con la muerte por inanición.
59. Cuestiones médico legales en relación con la muerte por degollación. Idem id. por descuartizamiento.
60. Cuestiones médico legales en relación con el suicidio.
61. Diagnóstico directo de la desfloración.
62. Signos extragenitales de interés legal en la desfloración.
63. Fecha de la desfloración.
64. Determinación del agente causal de la desfloración.
65. Determinación de coitos remotos.
66. Determinación de la desfloración en el cadáver.
67. Cuestiones médico legales que plantea el estupro.
68. Cuestiones médico legales que plantea la violación.
69. Cuestiones médico legales que plantean las enfermedades venéreas.
70. Cuestiones médico legales que plantea la sífilis.
71. Cuestiones médico legales que puede plantear el nombrado hermafroditismo.
72. Cuestiones médico legales que puede plantear la homosexualidad.
73. Diagnóstico del estado de gravidez.
74. Fecha del embarazo.
75. Cuestiones médico legales que puede plantear el embarazo ectópico.
76. El embarazo prolongado.
77. Diagnóstico del aborto espontáneo.
78. Diagnóstico del aborto provocado con fines terapéuticos.
79. Diagnóstico del aborto provocado por vía genital con fines criminales y medios científicos o vulgares.
80. Fecha del aborto y edad del embarazo.
81. Diagnóstico del aborto en el cadáver y su causa.
82. Aborto provocado por vía extragenital. Determinación del agente causal.
83. Signos generales del puerperio.
84. Determinación de la fecha del parto durante el puerperio.
85. Determinación de partos antiguos.
86. El parto inconsciente.
87. Diagnóstico del parto provocado con fines terapéuticos y criminales.
88. Muerte intrauterina del feto, espontánea y provocada; determinación de sus causas.
89. Muerte del feto durante el parto, espontánea y provocada; determinación de sus causas.
90. Edad del feto nacido muerto.
91. Muerte del feto extramáter, espontánea y provocada; determinación de sus causas.
92. Fecha de la muerte extramaterna.
93. Cuestiones médico legales que plantea el infanticidio en relación con el estado psíquico de la madre.
94. Cuestiones médico legales que plantea la esterilidad.
95. Cuestiones médico legales que plantea la impotencia sexual física.
96. El certificado prenupcial.
97. Investigación de la paternidad.
98. Interpretación y valoración del "estado anterior" en relación con los accidentes del trabajo.
99. Peritación de las incapacidades producidas por accidentes del trabajo.
100. Las enfermedades profesionales desde el punto de vista médico legal.
101. Métodos de identificación personal y criminal: consideraciones generales.
102. Huellas dactilares.

103. Cuestiones que al médico forense pueden plantear los fragmentos de pelo y cabello.
104. Cuestiones médico legales que puede resolver el estudio de los fragmentos de pelo y cabello.
105. Consideraciones generales acerca de las cuestiones médico legales que puede plantear y resolver el estudio de las manchas.
106. Manchas de naturaleza inorgánica: investigación y valor legal.
107. Manchas de naturaleza vegetal y animal: investigación y valor legal.
108. Manchas de origen urogenital: investigación y valor legal.
109. Manchas de origen extragenital, por productos normales y patológicos: investigación y valor legal.
110. Manchas de sangre: investigación química.
111. Manchas de sangre: investigación espectroscópica y microscópica.
112. Manchas de sangre: investigación biológica.
113. Cuestiones médico legales en relación con las manchas de sangre.

### CUESTIONARIO DE PSIQUIATRIA

(Dos temas sacados a la suerte)

1. Formación filogénica del psiquismo.
2. Lo psíquico y lo físico: diferenciación y relaciones mutuas.
3. Consciente y extraconsciente: diferenciación y relaciones mutuas.
4. Formación de la personalidad.
5. Fundamentos de la conducta.
6. Fisiopatología de la percepción. Pruebas mentales. Valor práctico de estas pruebas.
7. Fisiopatología de la atención. Pruebas mentales. Valor práctico de estas pruebas. Idem id. de la imaginación.
8. Fisiopatología de la memoria. Pruebas mentales. Valor práctico de estas pruebas.
9. Fisiopatología de la asociación de ideas. Pruebas mentales. Valor práctico de estas pruebas.
10. Fisiopatología de la capacidad de juicio. Pruebas mentales. Valor práctico de estas pruebas.
11. Juicio moral. Pruebas; valor práctico.
12. Fisiopatología de la afectividad. Pruebas mentales. Valor práctico de estas pruebas.
13. Fisiopatología de la sugestionabilidad y del automatismo. Pruebas mentales; valor práctico.
14. Concepto general de las pruebas mentales sintéticas.
15. Valor práctico, en Psiquiatría forense, de las pruebas mentales sintéticas.
16. Interpretación diagnóstica de los trastornos de la percepción.
17. Idem id. de los trastornos de la atención. Idem idem de los trastornos de la imaginación.
18. Idem id. de los trastornos de la memoria.
19. Idem id. de los trastornos de la asociación de ideas.
20. Idem id. de los trastornos de la capacidad de juicio.
21. Determinación y valoración legal de la condición morbosa de las falsas concepciones.
22. Interpretación diagnóstica de los trastornos de la afectividad.
23. Interpretación diagnóstica de los trastornos en las reacciones motrices voluntarias.
24. Interpretación diagnóstica de los síntomas físicos o corporales generales, en Psiquiatría.
25. Pauta general en el examen psiquiátrico del sujeto delincuente, para diagnóstico actual.



26. Pauta general en el diagnóstico retrospectivo ante sujeto actualmente enfermo mental, del estado de su psiquismo al realizar el delito.

27. Idem id. ante el sujeto actualmente sano de la mente, del estado de su psiquismo al realizar el delito.

28. Valor del psicoanálisis y medios auxiliares de investigación psicoanalítica, para el control de la sinceridad.

29. Simulación y disimulación de trastornos mentales. Cuestiones médico legales que plantean.

30. Consideraciones médico legales sobre el testimonio. El enfermo mental testigo.

31. El enfermo mental denunciador; idem autor por inducción; idem cómplice. Consideraciones médico legales.

32. El médico forense, como psiquiatra, ante la ley y ante los jueces; modos de su intervención; normas generales.

33. El secreto profesional de Psiquiatría.

34. El enfermo mental ante las doctrinas jurídico-penales.

35. El enfermo mental ante las doctrinas biológico-penales.

36. Idiocia, imbecilidad y debilidad mental: concepto general actual.

37. Concepto actual de lo nombrado "locura moral".

38. Desviaciones parciales del instinto.

39. Ciclotimias y locura maniaco-depresiva; concepto general actual.

40. El síndrome manía. Formas combinadas, mixtas y complicadas o asociadas.

41. El síndrome melancolía. Formas combinadas, mixtas y complicadas o asociadas.

42. Personalidad paranoide y paranoias: concepto general actual.

43. Delirios paranoicos de interpretación. Formas simples y combinadas o asociadas.

44. Delirios paranoicos de reivindicación o pasionales. Formas simples y combinadas o asociadas.

45. Grupo de las esquizopsiquias: concepto general y juicio acerca de la posible unidad del grupo.

46. Esquizopsiquias obsesiva y ansiosa: concepto general actual.

47. Histeria: concepto general actual.

48. Esquizotimias y esquizofrenias: concepto general actual.

49. Formas clínicas de las esquizofrenias.

50. Patogenia y evolución de las esquizofrenias.

51. Distimias reaccionales o de situación. Desviaciones instintivas reaccionales. Esquizopsiquias reaccionales.

52. Paranoias reaccionales: delirios de los sordos; delirio de los ciegos. Psicosis carcelarias. Psicosis de deseo.

53. Neurastenia.

54. Confusión mental: concepto general.

55. Formas clínicas de la confusión mental.

56. Reacciones psicopatológicas especiales en las toxi-infecciones agudas y crónicas.

57. Parafrenias: concepto general; su lugar en la Psiquiatría; formas clínicas.

58. Reacciones psicopatológicas especiales de origen endotóxico.

59. Reacciones psicopatológicas especiales de origen alcohólico.

60. Reacciones psicopatológicas producidas por drogas tóxicas.

61. Síndromes epilépticos: concepto general actual.

62. Accesos epilépticos y equivalentes físicos y psíquicos.

63. El epiléptico fuera de los accesos. "Carácter" epiléptico.

64. Demencias: concepto general.

65. Demencias primitivas: forma senil simple.

66. Demencias primitivas complejas o asociadas.

Idem id. atípicas.

67. Parálisis general: síntesis clínica.

68. Parálisis general: patogenia y evolución.

69. Parálisis general: diagnóstico.

70. Demencias secundarias no sifilíticas.

71. Cuestiones generales que la incapacidad del enfermo mental plantea al psiquiatra.

72. Consideraciones generales sobre la testación del enfermo mental.

73. Cuestiones generales que el matrimonio y el divorcio del enfermo mental plantean al psiquiatra.

74. Reacciones psicopatológicas en los accidentes del trabajo. Valoración a los efectos civiles.

75. Reacciones infracciones o reacciones delictuosas en la idiocia, imbecilidad y debilidad mental. Valoración penal. Peligrosidad. Capacidad civil.

76. Reacciones infracciones en la nombrada "locura moral". Valoración penal. Peligrosidad. Capacidad civil.

77. Reacciones infracciones en las desviaciones parciales del instinto. Valoración penal. Peligrosidad. Capacidad civil.

78. Reacciones infracciones en las ciclotimias y en la locura maniaco-depresiva. Valoración penal. Peligrosidad. Capacidad civil.

79. Reacciones infracciones en los paranoicos y paranoias. Valoración penal. Peligrosidad. Capacidad civil.

80. Reacciones infracciones en las esquizopsiquias obsesivas y ansiosa. Celos, odios familiares e impulsiones obsesivas. Valoración penal. Peligrosidad. Capacidad civil.

81. Reacciones infracciones en la histeria. Valoración penal. Peligrosidad. Capacidad civil.

82. Reacciones infracciones en las esquizofrenias. Valoración penal. Peligrosidad. Capacidad civil.

83. Reacciones infracciones en los trastornos mentales por choque psíquico. Valoración penal. Peligrosidad. Capacidad civil.

84. Reacciones infracciones de los trastornos mentales de origen tóxico-infeccioso. Valoración penal. Peligrosidad. Capacidad civil.

85. Reacciones infracciones en los trastornos mentales de origen endotóxico. Valoración penal. Peligrosidad. Capacidad civil.

86. Reacciones infracciones en los trastornos mentales de origen exotóxico: alcohol y drogas tóxicas. Capacidad civil.

87. Valoración penal de las reacciones infracciones en los trastornos mentales de origen exotóxico. Peligrosidad.

88. Reacciones infracciones en los epilépticos, durante o fuera de las crisis. Capacidad civil.

89. Valoración penal de las reacciones infracciones en los epilépticos, durante o fuera de la crisis. Peligrosidad.

90. Reacciones infracciones en las demencias en general. El llamado "período médico legal". Valoración penal. Peligrosidad. Capacidad civil.

91. El problema del comienzo de la parálisis general a los efectos legales. Idem de su remisión y curación práctica o social.

92. Valoración penal de las reacciones infracciones en la parálisis general. Peligrosidad. Capacidad civil.

## CUESTIONARIO DE TOXICOLOGIA

(Un tema, sacado a la suerte)

1. Concepto del veneno.

2. Clases de venenos.



3. Efectos generales y locales del veneno.
  4. Problemas médico legales de las dosis en toxicología.
  5. La autopsia en toxicología.
  6. Patología general de los envenenamientos.
  7. Toxicología del fósforo.
  8. Toxicología del arsénico.
  9. Toxicología del mercurio.
  10. Toxicología del plomo.
  11. Toxicología de los cáusticos.
  12. Toxicología de los venenos gaseosos.
  13. Toxicología de la morfina.
  14. Toxicología de la cocaína y el éter.
  15. Toxicología de la estricnina.
  16. Intoxicaciones alimenticias.
  17. Toxicología de los benzoles.
  18. Sueros y vacunas. Anafilaxia.
- (Gaceta del 6 de julio de 1933.)

\* \* \*

Ilmo. Sr.: Convocadas para la segunda decena de octubre las oposiciones para cubrir las plazas de médico forense vacantes en los Juzgados de primera instancia de Madrid y Barcelona, y de conformidad con lo prevenido en la primera de las disposiciones del artículo 9.º del decreto de 17 de junio último.

Este Ministerio ha acordado designar para formar parte del Tribunal que ha de juzgar los ejercicios de las referidas oposiciones, a D. Miguel Carazony de la Rosa, magistrado de la Audiencia de Madrid, presidente; don Inicial Barahona Holgado, catedrático de Medicina legal de Madrid; D. Leopoldo López Gómez, catedrático de Medicina legal de Zaragoza; D. Ricardo Pelayo Guíllarte, médico forense de Santander, y D. Vicente Rojo Teruel, médico forense de Valencia, como vocales, debiendo actuar de secretario D. Vicente Rojo Teruel.

Lo que digo a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Madrid, 7 de julio de 1933.—P. D., *Leopoldo G. Alas*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (Gaceta del 8 de julio de 1933.)

\* \* \*

Ilmo. Sr.: Con el fin de simplificar los concursos a que se refiere el artículo 11 del decreto de 17 de junio último, relativo al ingreso en el Cuerpo Médico forense, y para que queden asimismo determinados qué médicos por su calidad de sus títulos del forense, y cuáles por desempeñar el cargo con carácter interino, tienen o pueden tener derecho al referido ingreso en el citado Cuerpo, mediante la presentación a estos concursos,

Este Ministerio ha acordado:

1.º Que se forme relación de todos los médicos nombrados por este Ministerio que actualmente desempeñan el cargo de sustituto del forense, y otra relación con los que actualmente desempeñan el cargo con carácter interino, con nombramiento ministerial; expresándose en ambas relaciones el Juzgado donde prestan sus servicios, el tiempo de servicios en él prestados, cualquiera que éste sea, y la calidad del título facultativo que tengan.

2.º Que para la formación de esas relaciones, los jueces, en el plazo de quince días desde la publicación de esta orden en la *Gaceta*, remitirán a este Ministerio certificación, en que consten los extremos antes expresados; y

3.º Que con los datos recibidos y una vez formadas ambas relaciones, se publiquen en la *Gaceta de Madrid*, por si los interesados tuvieran alguna reclamación que formular.

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

consiguientes. Madrid, 11 de julio de 1933.—P. D., *Leopoldo G. Alas*.

Señor subsecretario de este Ministerio.

\* \* \*

### SUBSECRETARIA

Al publicarse en la *Gaceta de Madrid* correspondiente al 6 del corriente la convocatoria a oposiciones de las plazas de médico forense vacantes en los Juzgados de Madrid y Barcelona, se han cometido varias erratas en los temas del cuestionario para el primer ejercicio de las mismas, y debidamente corregidos se publican de nuevo íntegramente aquellos temas en que se padecieron las referidas erratas:

#### Cuestionario de Medicina legal.

43.—Determinación del agente causal de las quemaduras.

#### Cuestionario de Psiquiatría.

33.—El secreto profesional en Psiquiatría.

42.—Personalidad paranoide y paranoias: concepto general actual.

84.—Reacciones infracciones en los trastornos mentales de origen tóxico infeccioso. Valoración penal. Peligrosidad. Capacidad civil.

86.—Reacciones infracciones en los trastornos mentales de origen exotóxico: alcohol y drogas tóxicas. Capacidad civil.

87.—Valoración penal de las reacciones infracciones en los trastornos mentales de origen exotóxico. Peligrosidad.

Madrid, 11 de julio de 1933.—El subsecretario, *Leopoldo G. Alas*.

(Gaceta del 14 de julio.)

## MINISTERIO DE LA GOBERNACION

### TRIBUNALES MEDICOS TITULARES

Ilmo. Sr.: Habiéndose dirigido numerosas consultas a este Ministerio en relación con las cantidades que en concepto de dietas han de percibir los miembros de los Tribunales que han de constituirse para llevar a cabo la selección de aspirantes que establece el artículo 2.º de la ley de 15 de septiembre de 1932, con motivo de la provisión de plazas de médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad, por concurso, y no hallándose establecido en el Reglamento aprobado con fecha 7 de marzo último, para aplicación de la expresada ley, la cantidad que los miembros de los citados Tribunales han de percibir por tal concepto; teniendo en cuenta que con motivo de su actuación se les ocasionan gastos inherentes a su traslado y estancia fuera de su residencia habitual, de igual manera que en los casos en que los Tribunales han de constituirse para la provisión de estas plazas por oposición,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer que cuando la provisión de plazas de médico titular-inspector



municipal de Sanidad por concurso en que la selección de aspirantes haya de tener lugar mediante el Tribunal establecido por el artículo 2.º de la ley de 15 de septiembre de 1932 y 14 y 15 del Reglamento para su aplicación de 7 de marzo último, los miembros de los citados Tribunales percibirán en concepto de dietas la cantidad de 15 pesetas diarias, cada uno, durante su actuación, cuya cantidad, así como los gastos de viaje, serán abonados por la Corporación interesada en la misma forma que determina el artículo 12 del expresado Reglamento con respecto a aquellos casos en que la provisión de las plazas ha de tener lugar por oposición.

Lo que de orden ministerial comunico a V. I. para su conocimiento y efectos oportunos. Madrid, 12 de julio de 1933.—P. D., J. Bejarano.

Señor Director general de Sanidad.

(Gaceta del 14 de julio.)

## Instituto Médico Valenciano

### *Programa de los premios extraordinarios para el concurso de 1934.*

Se otorgará, como premio, el título de socio honorario al autor o autores de las Memorias que, cada una por separado, mejor desarrolle los siguientes temas:

"Estudio clínico y patológico de las febrículas de Levante."

"La cirugía del simpático lumbar."

"Patología de la esclerótica."

"Asunto de interés general para la farmacia."

"Estudio del aborto en sus distintos aspectos, y tratamiento del mismo."

"Mancha mongólica."

"Accidentes que pueden presentarse en la curiterapia del cáncer del útero."

"La radioterapia en los estados hemorrágicos."

"Estado actual del tratamiento de las osteomielitis de los maxilares."

"Investigaciones sobre el estado de la sangre en las anginas."

"Valor clínico de las sales de colina en la terapéutica antituberculosa."

"Lepra."

FUNDACIÓN ROEL

**Premio:** Dos mil pesetas en metálico y título de Socio honorario.

**Tema:** "Asunto libre de investigación personal referente a las Ciencias Médicas o a sus auxiliares directas."

**Premio:** Dos mil pesetas en metálico y título de Socio honorario.

**Tema:** "Topografía médica de uno de los Municipios de las provincias de Valencia, Castellón de la Plana y Alicante, con exclusión de las de Alicante, Rótova, Manuel, Meliana, Ribarroja, Biar, Villavieja de Nules, Utiel, Castellón de la Plana, Sax, Onda, Requena, Alberique, Buriasot, Tabernes de Valldigna, Benetúser, Alacunás y Millares", cuyas monografías han sido ya premiadas por la Fundación Röel y la que resulte premiada en el concurso actual.

#### CONDICIONES DEL CONCURSO

No se concederán más premios de los anunciados. Podrán optar a estos premios los médicos, farmacéuticos, veterinarios y odontólogos españoles y extranjeros. A los premios ofrecidos por la Fundación Röel,

sólo pueden optar los médicos españoles y los alumnos de Medicina de cualquier Universidad española. Los trabajos que se presenten podrán estar escritos en latín, castellano, valenciano, alemán, inglés, francés, italiano o portugués; deben ser originales e inéditos, y no estar premiados por otra Corporación o presentados simultáneamente en otros concursos o exámenes, ni dados a la publicidad en ninguna forma hasta luego de conocerse el fallo de la Corporación. Deben ser dirigidos, francos de porte, al Instituto Médico Valenciano, calle del Mar, número 53, hasta las doce horas del día 20 de enero de 1934, firmados, o acompañados de una plica, con el nombre, apellidos y domicilio del autor, y el lema, según costumbre de estos concursos, debiendo hacer constar en la plica y en la cubierta del trabajo el premio a que aspiran, muy especialmente los de la Fundación Röel. Los trabajos recibidos con posterioridad no serán juzgados. Quedarán de propiedad del Instituto todas las Memorias que se presenten, aun las no premiadas y no serán devueltos los originales si no se solicita por sus autores, en el solo caso de ser declaradas fuera de concurso. El Instituto se reserva el derecho de proceder contra los autores de los trabajos que resulten plagio o copia de otros, o que después de premiados lo hubieran sido o sean simultáneamente por otra Corporación. Serán considerados como de mayor mérito aquellos trabajos de investigación personal, con relación a otros más completos y mejor documentados, pero de mera erudición. Cuando los trabajos presentados a estos premios reúnan mérito excepcional a juicio de la Junta Directiva, se publicarán en el Boletín de la Corporación. Los autores de los trabajos premiados se obligan a concurrir o delegar en quien los represente en la solemne distribución de premios del día 31 de marzo de 1934, y si sus Memorias han de ver la luz pública, a presentar una minuta de las mismas, en forma de cuartillas escritas por una sola cara, con el fin de facilitar la impresión y al propio tiempo conservar mejor el original. Los trabajos declarados fuera de concurso quedarán propiedad de la Corporación si sus autores no los retiran en el plazo de seis meses, a contar desde la fecha de la publicación del fallo.

Valencia, 20 de mayo de 1933.

## GACETA DE LA SALUD PUBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,2; ídem mínima, 703,5; temperatura máxima, 34,6; ídem mínima, 18,8; vientos dominantes, NE. y O.

El estado de la salud pública continúa moviéndose dentro de límites de morbilidad normal para las circunstancias climáticas por que atravesamos en estos días.

Los afectos gastro-enteríticos dan la cifra más alta de enfermos, tanto de adultos como infantiles. Al lado del desarrollo de estos cuadros patológicos en que se reflejan a la par las intemperancias del termómetro y de los regímenes aplicados para conllevar los calores, figuran esta semana en la enfermería madrileña diversas manifestaciones neurálgicas de etiología no dudosa, conocidos los abusos de balneación fría que están de moda, y también dermatitis, de alarmante explosión, ocasionadas por los verdaderos desatinos que se cometen en el disfrute de nuestros rayos de sol, con deplorable alarde de incultura por parte de la población no médica y delictuoso desvío de nuestros profesionales hacia la divulgación de los numerosos y graves peligros que ocasiona el abuso y aun el uso de los baños de sol sin las debidas precauciones,



La salud de bronquíticos y cardíacos, en período de mejoría, y las eruptivas de la infancia, sin acusar relieve en su proporción numérica ni específica.

Las rinitis, rino-faringitis y amigdalitis, que abundan, son de carácter benigno.

## 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 si no 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.

**Envío de pliegos de la obra Oposiciones.**—Era nuestro propósito incluir con el presente número el resto de los pliegos de LEGISLACION; pero una lamentable interrupción, a última hora, de las máquinas de tirar nos impide cumplir nuestro deseo. En el próximo número del día 29 del actual mandaremos los pliegos citados y también añadiremos algunos de Higiene, dando por terminada la obra con el resto de pliegos de Higiene que mandaremos con el número de primero de agosto, si es que antes no nos fuese posible servirlo.

**Obra premiada.**—Hemos recibido y leído con sumo agrado la obra Fisiología y patología de la vesícula biliar que su autor, el Dr. César Serrano, ha tenido la gentileza de enviarnos. Ha sido ésta galardonada con el premio Radríguez Abaytúa, del pasado año, por lo que le enviamos nuestra más cordial enhorabuena.

**El Dr. Schindler, en Santander.**—El Dr. Schindler, de Munich, dará en Santander del 15 al 20 de agosto dos conferencias, que versarán, la primera, sobre gastros-copia, con su nuevo aparato y la segunda sobre el problema diagnóstico y pronóstico de las gastritis. Las demostraciones prácticas serán en el Sanatorio del doctor Morales. A estas conferencias quedan invitados todos los médicos españoles.

Para más informes, Academia de Ciencias Médicas de Santander o Sanatorio Dr. Morales.

**Premios de Umfia.** El premio Bandelac de Pariente, instituido en conmemoración de la fundación de la "Umfia" en 1912 (Unión médica franco-ibero-america-na) por los doctores Dartigues, Bandelac de Pariente y Gaullieur l'Hardy, para recompensar la mejor tesis del año, presentada a la Facultad de Medicina de París por un estudiante de lengua española o portuguesa, ha sido concedido en el presente año al doctor López Ruiz, en premio a su tesis, acerca de "Estudios sobre la reacción de Desmoulière su sensibilidad, su precocidad y su espicidad".

Este premio ha sido entregado en la Facultad de Medicina por el profesor Balthazard, decano de la Facultad, en presencia de los ilustres doctores Dartigues y Bandelac de Pariente, presidente y vicepresidente de la "Umfia".

Celebramos mucho que estos queridos compañeros velen constantemente por el bien de la ciencia, a la vez que por nuestra España.

**Nombramientos.**—De conformidad con lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad y lo propuesto por la Dirección, han sido nombrados:

D. Andrés Núñez del Río, inspector provincial de Sanidad de Zaragoza; D. Angel Vinuesa Alvarez, inspec-

tor provincial de Sanidad de Santa Cruz de Tenerife; D. José Sierra Inestal, inspector provincial de Sanidad de Badajoz; D. José María Gómez Ullate, subinspector provincial de Sanidad de Albacete, y D. Santos Novillo García, jefe de Centro secundario de Higiene rural de Alcoy con la categoría de jefe de Negociado de tercera clase y sueldo de 6.000 pesetas.

**Noticias.**—Por la Dirección general de Sanidad se ha fijado en 30 el número de plazas de alumnos del curso general de la Escuela Nacional de Sanidad, aspirantes al título de Oficial sanitario.

— La Gaceta del 15 de julio publica una orden disponiendo se provea por el turno de oposición libre la cátedra de Pediatría, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago.

— Ha sido nombrado don Andrés Núñez del Río, médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, inspector de Sanidad de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, para igual cargo en la de Zaragoza.

— Ilmo. Sr.: Creados por orden ministerial, en concepto de Instituciones de lucha contra la morbi-mortalidad infantil, en relación con los inspectores provinciales de Sanidad, cuatro Dispensarios móviles de Higiene infantil constituido, cada uno de ellos, por un médico y una enfermera puericultores, el Ministerio de la Gobernación, de acuerdo con lo aprobado en el Consejo de Ministros celebrado el día 4 de julio, se ha servido nombrar a los médicos puericultores don Fernando Arjona Sanz, don Pedro José Casalilla Illescas, don Dionisio Morcillo Quintana y don Jesús Rodríguez Pedreira para el cargo de jefes de los citados Dispensarios móviles de Higiene infantil, con carácter temporal, con la gratificación diaria de 30 pesetas cada uno, durante el tiempo que dure la misión que en cada caso les encomienda la Dirección general.

— Han sido nombrados don Federico Mestre Peón, don Manuel de Torres Grima y don Eduardo Pascual López inspectores sanitarios de Transportes, adscritos a la Inspección general de Sanidad Exterior y de Comunicaciones y Transportes.

— Se ha autorizado a don Fausto Gómez Jiménez y don Marcelo Uriel Romero, bacteriólogos de los Institutos de Higiene de Zaragoza y Teruel, para convocar y reunir en Madrid, entre el día 15 y el 20 del presente mes de julio, una Asamblea del personal técnico de los Institutos provinciales de Higiene.

### SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

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

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

### BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPP MAJOR L., y Estafío coloidal.

Laboratorio Gamlr, San Fernando, 34. — Valencia.

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

**NIÑOS** { **Quininfantina**  
**DELGADO RONCO**

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar

Imprenta Zolla Ascasibar, Martín de los Heros, 69, Madrid.