

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

La correspondencia administrativa y giros al Administrador.

La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121

ION-CALCINA PALLARES

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

FRASCO.-Para uso interno
AMPOLLAS.-Inyección intravenosa



Laboratorio M. PALLARES
Plaza Mosén Sorell, 6
VALENCIA



STROPHANTUM PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

PODEROSO ANTISEPTICO DE LAS INFECCIONES DE LOS OJOS

LAVADOS Y BAÑOS OCULARES

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

EL FRASCO LLEVA UNA BAÑERITA

Com.: Cía. hidrargyr., 0,02 gr.—Ac. carbazot., 0,01 gr.—Sal. seda.
Homberg, 6 gr.—S. Clorenalina, XX gotas.—Ag. bidestilada, 300 gr.

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

Ayuntamiento de Madrid

Arhéol

C¹⁵H²⁴O

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

Gonorrea - Cistitis

Catarro vesical

Pielonefritis - Pielitis

Laboratorios P. ASTIER, 41-47, rue du Docteur-Blanche, Paris (16^e)

Sucursal en ESPAÑA : 129, Bruch, BARCELONA.



¡Pies planos!

Lo único práctico y eficaz la

Plantilla «Victemor»

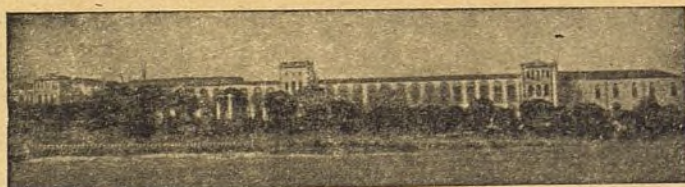
De corcho. Económica. Sin peso. No lastima

Precio: 3,50 y 4 pesetas par.

MAYOR, 82. — (Próximo a Capitanía)

Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO Carabanchel Alto

Director: Dr. Jaime Esquerdo Sáez



Informes y — { AL DIRECTOR { MADRID. Alfonso XI, 7. Teléfono 1696
correspondencia... { Carabanchel Alto. Sanatorio. Teléfono 20

Vacantes.

Por concurso libre de méritos, de antigüedad y a oposición se anuncian hasta el 22 de agosto las vacantes de médicos titulares, inspectores municipales de Sanidad, cuyo detalle podrán ver nuestros lectores en la sección de Crónicas de este mismo número.

Practicantes:

Auñón (Guadalajara), 450 pesetas.
Instancias hasta el 12 de agosto.

—Baños de Tajo (Guadalajara), 50 pesetas, una fanega de trigo y una carga de leña por vecino (70 vecinos). Ha de ser practicante-barbero-peluquero. Se encontrará vacante desde 1.º de octubre.

—La Granja (Cáceres), 450 pesetas.
Solicitudes hasta el 14 de agosto.

Matronas:

Cintruénigo (Navarra), 450 pesetas.
Solicitudes hasta el 3 de agosto.

—La Granja (Cáceres), 450 pesetas.
Solicitudes hasta el 14 de agosto.



Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual



Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

poradas a él, formando un capítulo. Hasta que se dicten, se entienden aplicables las contenidas en los artículos 334 al 426 del Código de Trabajo en cuanto no se opongan al contenido de este Reglamento.

Cuarta. La protección de las víctimas de los accidentes de mar y el seguro obligatorio contra este riesgo que han de hacer las Compañías de navegación y demás entidades propietarias de buques seguirán rigiéndose por las disposiciones contenidas en los artículos 292 al 311 del Código de Trabajo y sus complementarias.

Aprobado por S. E.—El ministro de Trabajo, *Francisco Largo Caballero*.

(*Gaceta* del 7 de febrero, rectificación de la del 2 del mismo mes.)

ESTATUTOS DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

CAPITULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.º En cumplimiento de los artículos 45 de la ley de 8 de octubre de 1932, sobre Accidentes del trabajo en la industria y 140 de su Reglamento, y con arreglo al artículo 8.º de los Estatutos del Instituto Nacional de Previsión, se constituye en éste la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo, que se regirá por los presentes Estatutos y por los Reglamentos y acuerdos que se dicten para la organización y desarrollo de sus servicios.

Art. 2.º La competencia de la Caja se extiende a todo el territorio nacional.

Art. 3.º La Caja Nacional goza de personalidad jurídica para cuanto se relacione con los fines de su institución.

En su consecuencia, la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo tendrá capacidad para adquirir, poseer y enajenar bienes, contratar y actuar ante los Tribunales y autoridades de cualquier jurisdicción en defensa de sus derechos.

Sección 2.ª—De las reclamaciones.

Art. 210. El obrero víctima del accidente o los demás interesados tienen derecho a reclamar ante las autoridades gubernativas y a demandar al patrono, o a la entidad aseguradora en su caso, ante el Tribunal industrial, donde exista, o en su defecto ante el Juzgado de primera instancia, conforme a lo dispuesto en el título cuarto del Código de Trabajo, para todas las cuestiones que surjan hasta la declaración de incapacidad o del derecho a renta de los derechohabientes. Las declaraciones de incapacidades o rentas hechas judicialmente se entenderán siempre sin perjuicio de su revisión en los casos y en la forma que establece este Reglamento.

Para todas las cuestiones que surjan después de declarada la incapacidad o el derecho a renta del accidentado o de sus derechohabientes, serán competentes las Comisiones revisoras paritarias de previsión, reguladas por el Reglamento aprobado por decreto de 7 de abril de 1932.

Art. 211. La reclamación ante la autoridad administrativa procederá siempre que el patrono omita dar cumplimiento en forma del accidente o no cumpla las obligaciones legales en caso de éste.

Los hechos que no constituyan incumplimiento de la ley, sino diferencia de fondo entre las partes, serán objeto de demandas ante el Tribunal industrial o Juzgado que haga sus veces.

En los casos en que se alegue dolo, imprudencia o negligencia que produzca el accidente, se acudirá directamente por escrito al juez de instrucción.

La justicia se administrará gratuitamente en las contiendas que surjan de la aplicación del presente Reglamento.

Art. 212. La reclamación ante la autoridad administrativa se hará por escrito, extendida en papel común y por duplicado, recogiendo el reclamante uno de los ejemplares con el "recibo" de los funcionarios que lo reciban y el sello de la dependencia.

Art. 213. Si el parte lo recibiere una autoridad municipal, conforme a lo indicado en el artículo 192, procederá inmediatamente a reclamar del patrono el cum-

plimiento de la obligación infringida, dando a la vez cuenta del hecho al delegado del trabajo.

Art. 214. Si la acción administrativa que entablare la autoridad municipal no diese resultado en un plazo de cuarenta y ocho horas, dará cuenta del hecho al presidente del Tribunal industrial o al juez de primera instancia, y lo pondrá en conocimiento del delegado del Trabajo de la provincia, sin perjuicio de conservar cuantos datos obren en su poder relativos al asunto, con el fin de poder librar las certificaciones que se le pidieran en relación con los mismos.

Art. 215. Si el parte lo recibiese el delegado del Trabajo procederá, con relación al patrono y al presidente del Tribunal industrial o al juez de primera instancia, de igual modo que la autoridad municipal.

Art. 216. Las partes interesadas podrán también reclamar, si fueran desatendidas, ante los delegados del Trabajo contra las autoridades municipales, y ante el ministro de Trabajo y Previsión contra los delegados del Trabajo.

Art. 217. Prescribirán al año las acciones para reclamar el cumplimiento de las disposiciones de este Reglamento.

El término de la prescripción estará en suspenso mientras se siga sumario o pleito contra el presunto culpable, criminal o civilmente, y empezará a contarse desde la fecha del auto del sobreesimiento o de la sentencia absolutoria.

También se interrumpirá el plazo de la prescripción en el caso de hernias mientras se realiza la información médica determinada para este caso en este Reglamento.

Art. 218. El plazo de un año para la prescripción de las acciones empezará a contarse desde la fecha en que ocurra el accidente. Si este no hubiera determinado desde luego la clase de incapacidad que debe ser indemnizada con arreglo a la ley, el plazo podrá empezar a contarse a partir del día en que la incapacidad se hubiese declarado específicamente.

Los plazos correrán a un tiempo para los responsables principales y para los subsidiarios. La demanda o cualquier otro acto contra los primeros no interrum-

yan de entregar a la Caja Nacional se considerarán efectivos, por ministerio de la ley, a la constitución de penales y estarán libres de embargos que desvirtuen su invalidez y de reclamaciones de terceros.

Art. 235. Las indemnizaciones por razón de accidentes del trabajo se considerarán incluidas entre los bienes exceptuados de embargo por el artículo 1.449 de la ley de Enjuiciamiento civil y no podrá hacerse efectiva en ellas ninguna responsabilidad.

Igualmente será de aplicación a dichas indemnizaciones lo dispuesto en el artículo 55 de la ley sobre Contrato de trabajo.

DISPOSICIÓN FINAL

Art. 236. Serán nulos y sin valor toda renuncia a los beneficios de las disposiciones de este Reglamento y, en general, todo pacto contrario a ellas, cualquiera que fuese la época en que se realicen.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera. Todos los contratos suscritos antes de publicada la ley de 4 de julio de 1932, o que no se ajusten a sus prescripciones, que tengan por objeto el seguro de la responsabilidad de un patrono comprendido en este Reglamento en caso de accidente del trabajo de sus operarios, se entenderán rescindidos de pleno derecho en la fecha de entrar en vigor el presente Reglamento.

La rescisión no afecta a los derechos y obligaciones nacidos de accidentes anteriores a la fecha últimamente indicada.

Segunda. La rescisión declarada en el artículo anterior no dará lugar a indemnización de una u otra parte contratante.

Las primas pactadas serán debidas hasta la fecha de rescisión. Las que hayan sido pagadas anticipadamente por un período posterior a la indicada fecha deberán ser reembolsadas al asegurado.

Tercera. Para la aplicación de este Reglamento a los distintos Ministerios y Servicios que de ellos dependan se dictarán las normas oportunas, que serán incor-

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRITICA

AMENIDADES

29-VII-1933

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

Higiene rural

Los pozos

Existen dos clases de pozos: el pozo ordinario o superficial y el pozo profundo. En tanto que el pozo ordinario se alimenta con las aguas superficiales que se encuentran con una pequeña excavación del suelo, el pozo profundo, que atraviesa sucesivamente una capa superficial y otra impermeable, se nu-

“MALTOPOL”

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

tre con aguas subterráneas. Si éstas proceden de sitios más altos y vienen entre capas impermeables, se elevarán a la superficie en virtud de la fuerza que traen. Es el pozo artesiano conocido desde remotos tiempos y cuyo nombre, según algunas opiniones, viene de un pozo horadado en 1126 en la provincia de Artois y que desde entonces no ha cesado de funcionar.

El agua de los pozos superficiales casi siempre se halla contaminada. La de los pozos profundos se mantiene pura porque el suelo hace oficio de filtro. Pero es necesario para ello que la parte superior de las paredes del pozo se halle libre de grietas que permitirían la infiltración de las aguas superficiales contaminadas.

Las paredes superiores del pozo deben, por tanto, ser impermeables y reforzadas de fábrica en una longitud de cinco a seis metros. Esta parte supe-

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALÁ. 88.—MADRID

rior, de piedra o ladrillo, se elevará sobre el suelo en unos cincuenta centímetros y quedará cubierta por una tapa de madera o hierro que impida la entrada de cualquier clase de suciedad. Se cree por algunos que el aire debe

circular libremente en los pozos. Esta creencia es equivocada porque la aeración, en este caso, implica casi siempre contaminación. Cuanto más obscuro sea un pozo mayores serán las probabilidades de que sus aguas se mantengan puras. Para saber si el agua de un pozo basta a las necesidades de una casa, no hay más que vaciarle en un recipiente de un contenido conocido y observar después el tiempo que tarda en volverse a llenar.

El agua de los pozos artesianos y la de todos los pozos profundos es clara y relativamente pura, aunque acaso tenga exceso de sales calcáreas que la hagan áspera; contiene también óxidos de hierro que la amarillean cuando se pone en contacto con el aire.

Los pozos deben limpiarse periódicamente. Durante las inundaciones de 1926, la Cruz Roja, de Bélgica, recomendó a los damnificados que limpiasen cuidadosamente sus pozos y cisternas por medio de una lechada de cal obtenida con la mezcla de cal viva y agua en la proporción de dos litros por

TRATAMIENTO DE LAS DERMITIS

Dermizina

Sulfuro de dibenzotiofeno, almidón, tóxico de zinc y aceite de olivas.

cada cubo de agua. Todo pozo sospechoso debía recibir dos o tres manos de esta solución, vaciándole después y limpiándole nuevamente por el mismo procedimiento. Solamente después de la segunda limpieza podía considerarse el agua apta para el consumo.

Un pozo debe hallarse siempre situado allende los centros habitados y lejos de caballerizas y desagües residuales. La vecindad inmediata del pozo se cercará con barreras y se rodeará de una fosa destinada a dar salida a las aguas superficiales. En todo lo posible debe evitarse el extraer el agua por medio de un cubo con cadena que es un vehículo de constante contaminación. Es preferible instalar una bomba de fácil manejo y aun mejor algún medio de canalización que lleve el agua desde el pozo hasta la casa.

Muchas personas se imaginan que un

análisis del agua de su pozo puede eximirles ya de toda preocupación de orden sanitario. Pero en lugar de fiarse de un examen, que puede no ser concluyente, es más prudente hacer hervir el agua que parece sospechosa.

Los pozos profundos dan un agua más pura que los que no lo son. La aspereza del agua se debe a la presencia de carbonatos o de sulfatos de cal y de magnesia según los casos. Se puede suavi-

Acidol-Pepsina
Gastritis-Dispepsias
Diarreas gastrogenas

zar el agua haciéndola hervir o añadiéndola carbonato de sosa, cal pura o cristales de sosa.

Cuando el agua entra en ebullición, el gas carbónico que contiene se destruye y las sales en suspensión se depositan en las paredes del recipiente o caldera. Esta corteza calcárea retrasa la ebullición del agua y hasta puede hacer explotar el recipiente. Las industrias que se sirven de jabón hacen un exceso de consumo de este artículo cuando el agua es áspera. Se ha calculado que un kilo de carbonato de calcio hace perder ocho kilos de jabón. El agua dulce, preferible desde muchos puntos de vista, presenta, sin embargo, un inconveniente: ataca las tuberías y depósitos de plomo y puede, en consecuencia, ocasionar graves envenenamientos.

En general, la instalación de aparatos destinados a contener agua se realiza de la manera más negligente. Los de-

SARNA

Cúrase con Sulfureto Caballero

Los depósitos se hallan mal contruidos, cierran mal o son inaccesibles para la limpieza. La cerámica barnizada y el cemento constituyen un buen revestimiento interior. El agua de lluvia disuelve el hierro y el cinc, pero estos metales se

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

TERTULIA MEDICA

emplean muy ventajosamente en la fabricación de depósitos destinados a aguas de otras procedencias. Las canalizaciones son casi siempre metálicas y se las protege interiormente con alguna materia que las impida oxidarse.

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

Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemiol Purgantil (Jarabe de Frutas)
(Véase anuncio. página XVI.)

La virtud de la danza

—Deme usted un abrazo, niña hermosa.
—¿Un abrazo...? ¡Grosero... impertinente...!
—No se asuste.
—¿Piñera usted otra cosa...
—Aunque ya se resiente quejumbrosa la he de abrazar delante de la gente.
—¿Qué osadía... qué audacia... que cinismo!
—Perdone mi franqueza.
—¿Está usted loco?
—Es el pudor esclavo de sí mismo y salvando la música al abismo, usted me abrazará dentro de poco.

... De pronto un vals se escucha en el piano, y él, por librarla del pasado susto, la requiere a bailar con tono llano; ella acepta, y tendiéndole la mano le dice: —"Bailaré con sumo gusto."

Al compás de la música, anhelante enlazada se engolfa la pareja y al dar vueltas se para un breve instante; ella sonríe y él replica amante:
—Me está usted abrazando y no se queja.

Y es que el lírico ardor nos extasia, y el disfraz del rubor, la danza teje, que a compás de la rítmica armonía, se despierta en las almas la osadía que el arte de Terpsícore protege.

WENCESLAO BORRACHERO

Contra las neuralgias aconsejad Cerebrino Mandri

Los maestros de la Ciencia: Bernardino Ramazzini

Fundador de la Medicina del Trabajo
POR EL

PROF. LUIGI DEVOTO

Director de la Clínica del Trabajo de Milán.

Bernardino Ramazzini, autor de la obra *De Morbis Artificum* (Módena, 1700), es el primer tratadista que se ocupa de las enfermedades profesionales. Precedentemente, en los años de 1690 a 1700, Ramazzini había tenido a su cargo, en la Universidad de Módena, las primeras enseñanzas consagradas oficialmente a este tema.

Su tratado *De Morbis Artificum* es algo más que una descripción de las enfermedades de los artesanos: en él quedan anotados todos los elementos que intervienen en la existencia de los trabajadores, las condiciones sociales que les son impuestas, los medios preventivos más eficaces y los métodos de examen necesarios. El autor extiende su

estudio a otras categorías de trabajadores, cuya actividad no es exclusivamente manual, y con todo ello esta obra puede considerarse como un verdadero tratado de lo que hoy llamamos medicina del trabajo (1).

La conclusión del libro se adelanta considerablemente a su tiempo: "Con demasiada frecuencia el obrero cae enfermo, sufre y muere en el trabajo o de consecuencias del trabajo que le hizo vivir, a él y a su familia, y que enriqueció a la sociedad. El obrero debe, por tanto, ser protegido, sostenido e indemnizado, porque sin el trabajo no existiría la sociedad."

En esta síntesis, Ramazzini no es solamente el clínico que observa las perturbaciones que afectan a la salud de los trabajadores, sino también el médico social al que largos años de prácticas en los pantanos de la campiña romana le habían dado una exacta noción de la solidaridad humana. Sus estudios no se limitan a una sola clase social

TREPONEMOL SIFILIS

y en la segunda edición del tratado, aparecida en 1713, se añaden algunas monografías relativas a las enfermedades de los filósofos y de los religiosos con clausura y sobre los medios de proteger la salud de los príncipes y gobernantes.

Ramazzini nació en Carpi, cerca de Módena, el 4 de octubre de 1633. En 1659 obtenía en Parma el diploma de doctor en Medicina, y después de colaborar como asistente del célebre Antonio Rossi, en Roma, practicó en la Campiña romana, donde reunía un precioso material de observación. En 1682 era nombrado profesor de Medicina práctica en la Universidad de Módena, recientemente reconstituida y, a partir de 1690, agregaba a sus enseñanzas un curso sobre las enfermedades de los artesanos. A la edad de sesenta y siete años, llamado por la República de Venecia, se trasladaba de Módena a Pádua, donde el 12 de diciembre de 1700, y con asistencia de sabios de todos los países, atraídos por su reputación universal, daba su lección inaugural. Su actividad se mantuvo infatigable hasta su muerte, sobrevenida el 5 de noviembre de 1714, cuando abandonaba el hospital donde acababa de dar su habitual lección. La autopsia, realizada por su colega y admirador Morgagni, demos-

(1) Desde el Congreso internacional de Lyon (1920), la Comisión permanente de enfermedades profesionales ha tomado el título de Comisión permanente de la Medicina del Trabajo. Con ello se abarcan, además de las enfermedades profesionales, todos los estudios médicos de las condiciones del trabajo y de las leyes, reglamentos y convenciones que les conciernen.

tró que había sucumbido a una hemorragia cerebral.

Su tratado sobre las enfermedades de los artesanos abarca sesenta oficios diferentes, aparte de las ocupaciones sedentarias o intelectuales. Constituye, por tanto, una verdadera enciclopedia del trabajo. Cada capítulo contiene una par-

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

te clínica y otra higiénica, ambas de una gran novedad en una época en que no existían acerca de las enfermedades profesionales más que algunas observaciones sueltas y en la que la Medicina no aspiraba a prevenir, sino simplemente a curar.

Ramazzini se había orientado hacia estos estudios a consecuencia de haber sabido, por sus conversaciones con un obrero ocupado en la excavación de una fosa en el interior de una casa, que esta clase de trabajo producía perturbaciones oculares que podían llegar hasta a la pérdida de la vista. Una rápida información comprobó plenamente el aserto e hizo comprender a Ramazzini toda la importancia que podría ofrecer el estudio de las enfermedades profesionales. A partir de este momento los locales oscuros donde trabajaban ciertos obreros, y en general las tiendas y talleres, fueron su cátedra, su clínica y su laboratorio. Se anticipaba así considerablemente a las policlínicas creadas en Alemania en la primera mitad del siglo XIX y a la exhortación que el sociólogo belga, Hector Denis, dirigía a los médicos a fines del pasado siglo: "Salid de vuestro limitado dominio y dirigíos a los obreros y al mundo del trabajo, donde os espera un inmenso campo de estudio."

El tratado de Ramazzini obtuvo un considerable éxito. Fué impreso en di-

STROPHANTUM PALLARES

XV gotas contienen 1/2 miligramo de Estrofantina

versas lenguas en Módena, Pádua, Utrecht, Leipzig, Ginebra y Londres. Las Academias de Viena y Leipzig acogieron a Ramazzini en su seno. Pero el espíritu de su obra no fué bien comprendido de su tiempo que aún no se había orientado ni hacia la Medicina preventiva ni hacia la Medicina social.

Ramazzini no se limitó a describir los factores inmediatos de las enfermedades profesionales, sino que se ocupó también de la alimentación insuficiente o de mala calidad, la carencia de luz, el hacinamiento y la falta de adecuación entre el trabajo y la constitución

(Continúa en la página XIV.)

¿Usa usted gafas?

Para todo uso debe exigir de su óptico despacho su receta con los nuevos cristales

«Puntual Cuyás»

Cristal Puntual ANACTINICO (prácticamente blanco), que filtra la luz y aumenta la agudeza visual.

Cuando deba proteger sus ojos de una luz intensa, debe usar los cristales de color científico

«Luxtal»

que absorben los rayos infrarrojos sin colorear las imágenes.

SE FABRICAN EN TODAS LAS GRADUACIONES

Pida folletos explicativos a todos los ópticos de España.



**EXTRACTO
DE
MALTA**

“EUMALT”

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

SIMPLE BLANDO y POLVO

C/HIPOFOSFITOS »
C/HEMOGLOBINA »
C/PEPSINA Y PANCREATINA »
C/YODURO FERROSO »
C/ACEITE HIG. BACALAO »
C/ACEITE HIG. BACALAO E HIG. »

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

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

“EULAX” Extracto de Malta y Aceite de Parafina
(partes iguales)

**LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA**

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA



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.

Pidanse 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

Salicitiro

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

Perfectamente tolerado por vía bucal

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

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

...SY LITERATURA-DEPARTAMENTO MEDICO DEL
...ATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel
Teléfono 55.386-Apartado de Correos 9030-MADRID



LOS AMPHO-VACCINS de Ronchèse

Lisado
bacteriano



Bacterias tratadas
por el bromo.

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

Lista de los Ampho-Vaccins:

INYECTABLES

ANTIINFECCIOSO
ANTIESTAFILOCÓCCICO
INTESTINAL
PULMONAR
URINARIO

A INGERIR

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

TÓPICOS

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

Para la pulverización del Ampho-Vaccins Rinofaríngeo el
AMPHO-PULVERIZADOR RONCHÈSE

REPRESENTANTES: PAGÈS & SARRIAS

ARGENSOLA, 5, mod.-Tel. 41934.-MADRID PUERTA FERRISA, 16.-Tel. 25844.-BARCELONA

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: La neurología en la segunda mitad del siglo XIX, por el Dr. Angel Fernández-Sanz Méndez. — Breviario de la tensión arterial, por el Dr. Oliveres Franquet. — **Sesiones clínicas:** Hospital Provincial. — **Bibliografía.** — **Periódicos médicos.**

La neurología en la segunda mitad del siglo XIX

POR EL

DR. ANGEL FERNANDEZ-SANZ MENDEZ,

médico agregado de la Beneficencia General, encargado de la consulta de enfermedades nerviosas y mentales del Hospital de la Beneficencia General.

Las enfermedades del sistema nervioso son uno de los grupos nosológicos de constitución más reciente y de avances más rápidos. Los grandes progresos que en esta rama de la Medicina se han verificado han sido gracias a los descubrimientos y hallazgos, que en este siglo han hecho los anatomopatólogos y al genio e intuición de Charcot, que supo relacionar los síntomas con las lesiones comprobadas en el cadáver.

Antes del siglo XIX puede decirse que el estudio metódico de las enfermedades del sistema nervioso no existía; la terminología empleada era la del lenguaje corriente: parálisis, convulsiones, retracción de los miembros, etc.; es la época de las neurosis, siendo muy instructivas a este respecto las observaciones de los principales milagreros y convulsionistas, como los del cementerio Saint Medard.

Con el siglo XIX se abre una edad nueva, siendo sobre todo la Psiquiatría, la que se beneficia de estos progresos, pues la Medicina general continuaba ignorando la mayor parte de las enfermedades nerviosas. Por esta época hacen su aparición los términos de anemia y congestión cerebral, alguno de los cuales todavía los utiliza el público. Ya en la segunda mitad del siglo se anuncia una esplendente aurora de la neurología clínica y científica y se comienzan a establecer los siguientes grupos clínicos: tabes, parálisis infantil, atetosis, hemiplejía infantil, esclerosis en placas y afasia.

Con este fondo clínico, compuesto por las enfermedades de observación más directa, se adquieren algunos, pocos, conocimientos de anatomía patológica, que más adelante son los que nos van a ocupar, por su gran trascendencia, pero que al principio de esta época fueron muy limitados por ser las técnicas insuficientes. A medida que se iban conociendo mejor esos tipos morbosos se iba fijando la atención sobre algunos síntomas particularmente desarrollados. Estos síntomas eran buscados por los neurólogos y algunos hasta los hacían aparecer como base de sus explicaciones clínicas.

La Etiología fué al principio descuidada, pero luego se benefició notablemente de los grandes descubrimientos médicos; la doctrina de la infección y de las afecciones de origen microbiano aportan a los neurólogos capitales conocimientos que han de servirles para el tratamiento: la principal infección, la sífilis, ocupa un lugar importantísimo. Al lado de las infecciones, las intoxicaciones, vienen a aclarar algunos puntos oscuros.

Como decimos, es en el campo de la anatomía patológica y de la histología donde los investigadores trabajan con más provecho y es de justicia consignar, en un lugar de honor, entre estos descubridores a nuestro Cajal, y estos descubrimientos y trabajos, de los que nos vamos a ocupar a continuación, son los jalones en que se ha apoyado esta rama de la Medicina para llegar en los tiempos actuales a ese esplendor y a esa precisión matemática con que visto el síntoma se puede decir exactamente el sitio de la lesión. Después de la anatomía nos ocuparemos de la clínica y estudio de las enfermedades en particular.

En el último tercio del siglo XIX la anatomía y fisiología del cerebro han dado lugar a grandes descubrimientos, figurando entre ellos un nuevo hecho biológico: el de las localizaciones cerebrales, localizaciones cerebrales que ya presentían los antiguos, cuyo primer evocador fué Arquígeno, del que Galeno hablaba con gran entusiasmo, y Posidonius, citados ambos por Aetius de Amido habían llamado la atención sobre el hecho de que las tres grandes

facultades cerebrales, admitidas entonces, imaginación, razón y memoria podían ser alteradas separadamente y de este hecho deducían su localización cerebral diferente. Colocaban hipotéticamente la imaginación en la parte anterior, la memoria en la posterior y en la media la razón, la inteligencia. Tal es la primera idea que se tuvo de las localizaciones cerebrales, siendo aceptadas por Avicena, entre los árabes, que localizaba estas facultades en los ventrículos, y por Galeno, en su doctrina de "locis affectis".

En el siglo XVI Fuchs admitía las mismas ideas. Fracastor se preguntaba si la inteligencia no residiría en el conarium. En el siglo siguiente Descartes buscaba el sitio del alma; para él el sentido común residía en el ventrículo anterior, la inteligencia en el ventrículo medio, la memoria en el posterior. Y daba como pruebas las mismas que daban los antiguos, el poder lesionarlas separadamente y decía: "si hay que imaginar alguna cosa se hace un movimiento con los músculos frontales y si queremos acordarnos de algo nos llevamos la mano a la parte posterior de la cabeza". Mercurialis admitía estas localizaciones de una manera general, pero las hacía residir en las substancia cerebral de alrededor de los ventrículos. Era la misma opinión sustentada por Hipócrates y Galeno, que hacían del cerebro el sitio de las facultades mentales, pero no se localizaban en las envolturas cerebrales, como decía Erasistrato, o en los ventrículos, como afirmaba Herófilo. Cita como apoyo a su teoría un caso de ceguera verbal que él explicaba como pérdida de la memoria: se trataba de un francés, empleado en una imprenta de Venecia, que, a consecuencia de una crisis epiléptica, había perdido la memoria hasta el punto de ignorar las letras y decía él: "es una cosa extraordinaria y asombrosa que este hombre puede escribir pero no puede leer lo que ha escrito".

Gall y Spurzheim también defienden las localizaciones cerebrales. Bordeu lanza una hipótesis muy parecida a la que en la actualidad se admite. Rochoux, en 1834, considera que la afasia es debida a una parálisis de la lengua. En los comienzos del siglo XIX Boiullaud dice que el centro de la facultad de hablar reside en los lóbulos anteriores del cerebro. En 1861, Broca, con hechos y observaciones, lo sitúa en la circunvolución que lleva su nombre. En la misma época Jackson había observado que algunos casos de epilepsia parcial se debían a lesiones circunscritas del cerebro.

Y entramos en el último tercio del siglo XIX. En el año 1878 Pierret estudia las células motoras de los diferentes segmentos del neuroeje y observa que estas células son más voluminosas cuanto más lejana está la región adonde se dirigen las fibras nerviosas que de ellas nacen. Pero Cajal no admite este hecho y dice que el volumen de las células nerviosas está en relación con el diámetro del cilindro-eje y con el número y grosor de sus ramificaciones, tanto colaterales como terminales.

Remack describió por primera vez en 1834 la estriación del cuerpo celular, siendo después comprobada por Max Schultze, Fromman, Deiters, Ranvier, etc.

En 1893 Schaffer dice que para cada célula hay siempre una prolongación, en la que nunca penetran

las masas cromáticas, o sea la prolongación cilindro-axil.

En 1897 Held estudia los neurosomas, finas granulaciones que se presentan a la vez en el cuerpo celular y en las prolongaciones, constituyendo inclusiones protoplasmáticas de verdadera actividad. En 1901 Olmer y Marinesco describen granulaciones especiales en el locus ceruleus del cuarto ventrículo.

La prolongación cilindro-axil ha sido bien estudiada por Wágner en 1851, en el torpedo; por Renard, en la médula de la ternera (1854), pero es Deiters, en 1865, a quien corresponde el honor de haber establecido la ley, hoy clásica, según la que toda célula nerviosa se continúa por lo menos por una de sus prolongaciones con el cilindro-eje de una fibra nerviosa: por eso se la llama prolongación de Deiters. En 1891 Cajal estudia las espinas que llevan su nombre, siendo luego comprobadas por Mlle. Stephanoska.

En 1899 Holmgren descubrió finos canaliculos endocelulares de dimensiones variables y anastomosadas entre sí. Estos canaliculos han sido posteriormente estudiados por Hudnicka, en 1899; Fragnito, en 1901, y Donaggio y Bochenek, en 1903. Golgi, en 1898, había observado y descrito en el protoplasma de las células nerviosas un sistema de filamentos tortuosos, de una coloración amarillenta. Es muy probable que la red endocelular de Golgi, el espirema de Nelis y la red canalicular de Holmgren sean morfológicamente idénticos.

En 1895, Lugaro hizo experiencias en el conejo, en el ganglio cervical superior, llegando a las siguientes conclusiones: 1.ª La célula nerviosa en estado de actividad aumenta de volumen. 2.ª El núcleo no cambia de volumen en los grados moderados de actividad; cuando ésta es persistente, entonces también aumenta de volumen. 3.ª El estado funcional también ejerce una acción sobre la sustancia cromática.

Hodge, en 1894, dice que las células seniles tienen unas granulaciones pigmentadas, verdaderas gotitas grasosas.

Las teorías sobre la neuroma han sido las siguientes: en 1871, Gerlach lanza su teoría sobre las relaciones de las neuromas entre sí; dice: "Las prolongaciones protoplasmáticas se dividen y subdividen, formando una red." Golgi rebatió esta teoría. Ramón y Cajal, en 1888, descubre un nuevo método de coloración, sustituyendo el procedimiento de Golgi, lento, por otro rápido, y demuestra la existencia de fibras colaterales, que las fibras protoplasmáticas terminan por extremidades libres y que los cilindros-ejes también terminan libremente. Morat y Matías Duval, en 1897, insisten mucho en el hecho de que en las articulaciones de las prolongaciones nerviosas, y no en el mismo cuerpo celular, es donde tiene lugar el paso del influjo nervioso de una neuroma a la otra y también la transformación de la excitación sensitiva o centrípeta en motriz o centrífuga.

En cuanto al sueño, Lepine, en 1844, dice que éste podrá muy bien ser causado por la retracción de las prolongaciones, ocasionando el aislamiento de las células. En 1895, Duval corrobora esta hipótesis y habla del amiboísmo de las células nerviosas, hipótesis también sostenida por Pupin en 1896 y por Deyber en 1898. Dermoor, en el año 1897, en el

Prokliman

"Ciba"

Sofocos
Palpitaciones
Agitación
Insomnio
Cefalalgias
Estreñimiento
Obesidad
Menorragias

Asociación racional
de hormona ovárica
y sustancias sedan-
tes, descongestivas y
cardiotónicas, para
el tratamiento de
los trastornos de la

Menopausia



FRASCO DE 40 COMPRIMIDOS

MUESTRAS Y LITERATURA:

**CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS**

Aragón, 285 ; BARCELONA ; Apartado 744



MORRHUËTINE JUNGKEN

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

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIA Y ATONÍAS GÁSTRICAS

Instituto Salway, de Bruselas, comprueba en el perro que, bajo la influencia del sueño provocado por los anestésicos (cloral, cloroformo, morfina), se manifiestan en las ramificaciones una multitud de pequeñas asperezas, como espinas o apéndices periformes.

En 1898, Querton deduce de sus numerosos experimentos que las excitaciones fisiológicas internas o externas provocan en las células de la corteza cerebral modificaciones morfológicas de aspecto varicoso y desaparición de los apéndices piriformes de las prolongaciones. Manouelian, provocando fatiga en animales, observa las mismas modificaciones que por los anestésicos obtenía Dermoor. Odier, en 1898, en la Facultad de Medicina de Ginebra, en su laboratorio de Histología, observa lo mismo en las células de la médula espinal. Otras muchas teorías y descubrimientos se hacen, pero que en honor de la brevedad no citamos.

En el campo de la Fisiología se distinguieron Hitzig y Fritz, que con Ferrier, en 1870, hacen experiencias en cerebros de monos, excitando eléctricamente ciertas regiones y produciendo movimientos localizados en los músculos; después, por destrucción de ciertos fascículos nerviosos, provocan lesiones sistematizadas. Charcot y sus discípulos, Fere, Gilbert, Ballet, Pitres y Brissaud, estudian la cuestión desde el punto de vista anatómico-clínico y determinan la existencia en la corteza cerebral de ciertos centros que ellos llaman psicomotores. Esta zona comprende, sobre todo, las circunvoluciones

frontal y parietal ascendentes y el lóbulo paracentral. Es en esta región donde se encuentra mejor desarrollado el sistema de células descritas por Meynert y donde se hallaron por Betz las células gigantes. Aquí se hallan los centros motores del miembro inferior, del superior y de los músculos de la cara; no lejos de aquí se encuentra el centro del lenguaje articulado o centro de Broca, que le llamaba el centro de la afasia, siendo Charcot, más preciso, el que se refirió a la afasia motriz. En 1874, Wernicke, de Breslau, estudia la afasia y la disocia de la siguiente manera: sordera verbal que localiza en la primera circunvolución temporal izquierda; ceguera verbal, que sitúa en el pliegue curvo, en la llamada zona de Wernicke, y en donde Pierre Marie sitúa el centro de la afasia. Wernicke, continuando sus experiencias, sitúa en el lóbulo temporal el centro auditivo, lo que comprobó Friedlander, llamándolo centro de la sordera verbal; admite, además, un centro visual verbal en el pliegue curvo, otro auditivo en la parte superior de la primera circunvolución temporal y un centro motor de articulación de la memoria de los movimientos destinados a escribir las palabras en la segunda circunvolución frontal. Para comprender mejor el conjunto de la estructura cerebral y sus

relaciones con el bulbo y la médula, los investigadores estudiaron el fascículo de fibras blancas que se encuentra entre el tálamo óptico y el núcleo lenticular del cuerpo estriado, lo que se llama cápsula interna. Esta región está limitada hacia abajo por el pie del pedúnculo cerebral y hacia arriba por el pie de la corona radiante que se mete por el centro oval. Distinguían fibras directas, que van del pedúnculo a la corona radiante, y fibras gangliopedunculares y córtico-ganglionares: el fascículo sensitivo fué bien estudiado por Meynert y por Ballet en 1881, distinguiendo en él fibras de la sensibilidad general, auditivas, del gusto y olfativas, y otras que proceden de los cuerpos geniculados y del nervio óptico. Es el sitio de la hemianestesia cerebral, tipo Charcot. Este fascículo tiene forma de abanico, con la convexidad hacia la corteza cerebral, adonde van a parar las fibras terminales; después, Brissaud describe el fascículo psíquico que, desbordando el centro oval, va a parar a la parte anterior del lóbulo frontal (primera, segunda y pie de la tercera, parte baja de la frontal ascendente,

fascículo geniculado), al lóbulo paracentral y circunvolución parietal ascendente, y, en fin, a una parte de la frontal ascendente (fascículo piramidal). Las fibras de este fascículo siguen por el fascículo directo o por el cruzado a los cuernos anteriores de la médula. También describió fibras interhemisféricas.

Entre los síndromes y enfermedades, los primeros y mejor estudiados fueron el reblandecimiento cerebral y la hemorragia, causas

las más frecuentes de la hemiplejía vulgar, con o sin contractura. Rochoux, en 1834, ya decía que el reblandecimiento cerebral era la causa principal de la hemorragia. Bouchard y Charcot, en 1866 y 1868, respectivamente, demuestran que las aneurismas miliares de las pequeñas arterias cerebrales son causa de hemorragias, como otras lesiones arteriales, arterioesclerosis, degeneración hialina y amiloidea. Lo más a menudo, la hemorragia se producía en la arteria lenticulo-estriada, en su trayecto por la cápsula interna, más a la derecha que a la izquierda. El reblandecimiento cerebral era debido a una obliteración arterial por trombosis o embolia. El reblandecimiento ha sido también muy bien estudiado por Hann, de Zurich; Rokitansky, Prevost y Cotard, siendo la causa, si es cortical, de monoplejías braquiofaciales, braquiocruzales, faciales y linguales, permitiendo también localizar los siguientes centros: ceguera verbal, auditivo verbal, motor de articulación (afemia), de memoria de los movimientos para escribir, estudiado ya, como hemos dicho, por Pierre Marie y Wernicke.

La atetosis doble fué estudiada por Hammond, neurólogo americano (1861); por Clifford, Albutt, Clay, Schau, etc., caracterizándola por movimientos

Avance de sumario para el número próximo (5 de Agosto de 1933)

DR. J. M.^a TOMÉ Y BONA.—Conceptos fundamentales para el diagnóstico de las tiñas.

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

DR. M. MAESTRE IBÁÑEZ.—La fabricación de cremas heladas y helados de leche.

Sesiones clínicas: Hospital de San Lázaro (Granada). Bibliografías.

Prensa extractada.

Sección profesional.

involuntarios, espasmódicos, con debilidad intelectual, llamándola primeramente esclerosis lobar primitiva y encefalitis congénita de Virchow.

Bravais, en 1837, y más adelante Jackson, estudian y comentan la epilepsia parcial localizada o jacksoniana, siendo objeto además de trabajos de Hitzig y Fritz, Ferrier y Franck; estos últimos dicen que es debida a una lesión de la corteza cerebral, médica o quirúrgica.

Brissaud describe, por primera vez, las afasias capsulares con ataxia, agrafia, sordera y ceguera verbal.

Heschl, Kandrath y Little, en 1863, estudian la porencefalia, que puede dar lugar a hemiplejias espasmódicas con atetosis o hemiatetosis. Las encefalopatías infantiles fueron estudiadas por Bourneville y Sollier, haciéndolas causantes de la idiocia y de la epilepsia.

Señalaremos la importancia de los trabajos hechos sobre los orígenes de los nervios craneales. En 1879, Hutchinson estudia y comenta la oftalmoplegia interna y externa, entidad nosológica que más tarde se llamó polioencefalitis inferior crónica, teniendo como síntoma las facies de Hutchinson.

Vulpian, Prevost, Charcot y Landouzy estudian, en 1876, las parálisis de los movimientos asociados de los ojos, la llamada hemioculargia. Landouzy y Grasset, en 1877, establecen su famosa ley: "Si existe desviación conjugada en las lesiones de los hemisferios, el enfermo mira hacia el lado herido, cuando hay parálisis, y los miembros tienen convulsiones."

El primer caso de absceso cerebral tuberculoso fué presentado por Fraenckel, en 1877; estudiando más adelante este asunto Rendu y Bouloche, en 1891, y Baudocin y Merle, en 1810.

Hayen, en 1868, hizo un magnífico estudio de la encefalitis hiperplástica sub-aguda, descrita además por Friedmann, Raymond y Philippe.

Brissaud, en 1896, aísla el síndrome clínico "corea variable de los degenerados", encontrándolo sobre todo en la mujer después de la pubertad, con degeneración mental y movimientos coreicos.

Aplasia axial congénita extra-cortical.—En 1885, Pelicaeus-Metzbacher estudian esta rara enfermedad en una familia cuyos doce miembros la padecieron con las mismas manifestaciones clínicas. La consideraron como un trastorno del desarrollo, caracterizada anatómicamente por aplasia de los cilindros ejes y de la vaina de mielina en su trayecto extra-cortical.

Esclerosis tuberosa.—Esta enfermedad fué descrita por Bourneville en 1880, y la consideró debida a un trastorno en el desarrollo embrionario del cerebro con tendencia a formaciones tumorales.

Enfermedad de Wilson.—En 1888, Gowers describe con el nombre de corea tetanoide, dos casos familiares, publicando también dos casos de la misma familia Ornerod y Hornen. Wilson la estudió anatómica y clínicamente en 1892. En la actualidad se conocen una treintena de casos de esta curiosa enfermedad, caracterizada por una degeneración bilateral progresiva del núcleo lenticular con cirrosis hepática.

El cerebelo es considerado como el órgano que tiene una acción principal sobre el sistema muscu-

lar, sobre su tono y sobre la coordinación de los movimientos, siendo las lesiones de este órgano las causantes de los trastornos de la motilidad y del equilibrio.

Magnus, en 1837, publicó la primera observación de parálisis pseudo-bulbar. En 1872, Joffroy publica otro caso, y Lepine, en 1877, la da el nombre que lleva en la actualidad.

El síndrome de Little fué descrito la primera vez por este autor, y Charcot y Erb, en 1875, publican y amplían los conocimientos que sobre este síndrome se tenían.

Martial, en 1899, y Lannois y Durand, en 1909, publican casos muy curiosos de tumores del ángulo ponto-cerebeloso.

Raviart, en 1900, publica un magnífico trabajo sobre 43 casos de tubérculos pedunculares. En cuanto a los tumores del bulbo, Gianmulli, en 1898, y Cimbali, en 1901, reúnen hasta 31 observaciones.

La parálisis bulbar progresiva fué estudiada por Duchenne en 1860, y Trousseau y Dumesnil la dan el nombre de parálisis labio-gloso-laríngea. Además ha sido estudiada por Waschmuth en 1864, siendo Charcot, en 1870, el que señaló el verdadero asiento de la lesión, atrofia degenerativa progresiva de los núcleos nerviosos de la médula oblongada, extremo éste comprobado por Leyden en Alemania.

Gayet, en 1875, llamó la atención sobre la polioencefalitis superior hemorrágica aguda, entidad nosológica de la que Wernicke, en 1881, publica tres observaciones, insistiendo sobre la frecuencia de las alteraciones inflamatorias de los núcleos de los nervios motores del ojo y total ausencia de fiebre.

Para terminar con los estudios sobre el cerebro, diremos algunas palabras sobre los descubrimientos histológicos de la corteza cerebral: Meynert distinguió cinco capas: 1.^a, una capa de neuroglia; 2.^a, de pequeñas células piramidales; 3.^a, grandes células piramidales (células gigantes de Betz); 4.^a, células irregulares poliédricas y granulosas, y 5.^a, de células fusiformes. Golgi admitía solamente tres capas: de pequeñas células piramidales, otra de grandes células con algunas de tamaño mediano y otra de células pequeñas fusiformes. Nuestro insigne Cajal admite cuatro capas: 1.^a, una de células que llevan su nombre, de forma poligonal; 2.^a, una capa de células piramidales; 3.^a, grandes células piramidales, y 4.^a, de células polimorfas (ovoideas, triangulares, estrelladas, etc.). Los trabajos de nuestro ilustre compatriota y los de Betz en el extranjero revolucionaron el concepto que antiguamente se tenía sobre la neurona; cada neuroma es ella sola un centro de actividad y de recepción, y no como antes, que se las consideraba como integradas en un todo continuo.

Síndromes y enfermedades de la médula. La médula fué tan bien estudiada como el cerebro, desde el punto de vista topográfico y desde el clínico. Los anatomistas de esta época conocían su división en sustancia blanca y gris, y en cuernos anteriores y posteriores, los primeros motores y los segundos sensitivos. La sustancia gris estaba constituida por células rodeadas de neuroglia. En los grupos anteriores distinguían tres grupos de células: núcleo ántero-interno y ántero-externo, en relación con las fibras motrices, y núcleo pósterio-externo, conside-

rado por muchos autores, y sobre todo por Pierret, como origen del gran simpático; en el cuerno posterior, un solo grupo: el ántero-interno, o núcleo de Stilling, y además la columna de Clarke, que solamente va desde el tercio superior del abultamiento lumbar al tercio inferior del abultamiento cervical. En la sustancia blanca distingüían tres cordones: anterior, lateral y posterior. El cordón anterior con dos fascículos: el piramidal directo, o de Turck, situado a lo largo del seno medio anterior, y un fascículo de fibras comisurales longitudinales que se encuentra entre el cordón lateral y el fascículo de Turck, uniendo los diferentes tramos de los cuernos anteriores. El cordón lateral, con cinco sistemas diferentes: el fascículo cerebeloso directo, el piramidal cruzado, el lateral mixto, el ascendente ántero-lateral, o de Gowers, y, por último, el fascículo de Pierret, o radicular anterior. En el cordón posterior admitían dos fascículos: el interno o de Goll, y el externo, o de Burdach, cuneiforme al corte. Todos estos descubrimientos fueron en su mayor parte debidos a un nuevo método que Flechsig, en 1876, introdujo en el estudio histológico de la médula, procedimiento tan ingenioso como fecundo, cuyo fundamento se basaba en el hecho de que los haces de fibras que forman parte del neuro-eje toman su vaina de mielina, no simultáneamente, sino sucesivamente. Este método fué duramente criticado por Dejerine.

Brissaud, en 1894, interpretando exactamente casos clínicos de anestias localizadas, erupciones cutáneas de origen nervioso (zonas), hablaba de la división fisiológica de la médula en neurómeras, teniendo a cada lado una zona cutánea o dermatómera y una zona muscular o miómera.

Bouchard, en 1864, y Cuckseck, en 1893, estudian y comentan las mielitis, creyéndolas consecutivas a causas tóxicas o infecciosas (plomo, arsénico). Fueron también estudiadas por Vulpian en su "Tratado de enfermedades de la médula" (1879) y por Dujardin-Beaumetz, Grassset, etc., en 1895.

En 1849, Brown-Sequard describe el síndrome de su nombre, y lo estudia, haciendo experimentos fisiopatológicos (hemisecciones medulares).

De la siringomielia hacen un estudio completo Schultze y Kahlre, en 1882. En Francia publican trabajos Debove y Dejerine en 1889 y Bruhle, en 1890, publica una notabilísima tesis resumiendo los conocimientos que de esta enfermedad se tenían. Los primeros conocimientos de esta enfermedad fueron debidos a Ollivier D'Angers, en 1837; fué llamada por Hallopeau hidromielia. Se denominó siringomielia por Simon, en 1875; comprobando en la médula unas cavidades longitudinales causadas por un reblandecimiento de la médula. También se llamó enfermedad de Morvan (de Lannilis), con mucha variedad de síntomas de poliomieltis anterior, posterior y media, y de leucomieltis lateral y posterior.

La parálisis espinal infantil, o poliomieltis anterior, fué estudiada por Heime-Medin, que en 1890 lleva al Congreso de Medicina de Berlín un trabajo sobre una epidemia y da los caracteres de ella, estableciendo su origen infeccioso y su contagiosidad. Pierre Marie, en 1892, dice que la lesión no se localiza únicamente en las células de los cuernos anteriores y que la infección se propaga por vía vascu-

lar. A partir de 1895 y 1900 las epidemias se multiplican y la enfermedad se estudia con todo detalle.

La poliomieltis aguda fué estudiada por Strumpell, siendo el primero en afirmar, en 1884, que se trata de una enfermedad infecciosa. Las investigaciones recientes han confirmado su opinión.

La esclerosis lateral amiotrófica fué estudiada por Charcot en los años de 1864 a 1874, tomando un lugar importante entre las mielopatías, con los síntomas de una afección del cordón lateral con parálisis espasmódica y amiotrofia que por el fascículo piramidal puede ganar el cerebro y producir trastornos cerebrales. Esta enfermedad, como tal, fué negada por Leyden.

Wetsphall, en 1877, admite las esclerosis combinadas. La esclerosis múltiple fué magníficamente estudiada por Charcot, citando varios casos con un cuadro clínico bien desarrollado, y daba importancia a los trastornos motores, a los de la pronunciación y a los oculares.

La hematomielia fué descrita en varios trabajos por Jaccob Charcot y Hayem, en 1872.

Raymond, en 1886, publica un trabajo de conjunto sobre la tuberculosis medular, siendo Schamans, en 1890, el que emitió la hipótesis de lesiones medulares tóxicas independientes de la neoformaciones tuberculosas.

Sífilis.—En la sífilis de los centros nerviosos tenemos que citar a Virchow (1858), Lancereaux (1861-1874) y Hutchinson (1871).

La sífilis hereditaria fué bien conocida desde los trabajos de Gilles de la Tourette en 1896 y de la tesis de Gasne en 1897. Moxon, en 1871, estudia los gomas, y Bruberger, en 1874, y Eisenlohr, en 1884, aportan los primeros casos de paquimeningitis sífilítica sin lesión ósea. Wespall estudia las lesiones vasculares; Schman, en 1888, señala lesiones arteriales fuera del foco.

Tabes dorsal.—Charcot y Pierret descubren las lesiones de los cordones posteriores. Las relaciones con la parálisis general fueron ya señaladas por Baillargen en 1863, y Wespall, en 1876, hace incapié sobre su origen común, la sífilis, y descubre el importante signo de su nombre. Fournier, en 1875, vuelve a llamar la atención sobre la frecuencia de la sífilis en los antecedentes de los tabéticos, deduciendo de ello su significación etiológica. En Alemania, el primero que se adhirió a su opinión fué Erb. Brosius, en 1891, trató siete obreros de vidrio que soplando en la misma caña se infectaron del virus sífilítico; de los siete observó a cuatro durante doce años; uno, sufrió tabes; otro, parálisis general, y dos, síntomas nerviosos muy sospechosos. Debemos recordar que la primera descripción de esta enfermedad se debe a Horn (1827), descripción deficiente por muchos conceptos. En Alemania, Romberg (1851), mejoró notablemente su conocimiento con Duchenne en Francia (1858).

La tabes dorsal espasmódica (paraplejía espástica) fué descrita por Little, en el curso de los años de 1846 a 1870, y toma el nombre de enfermedad de este autor. Charcot y Erb publican trabajos sobre esta enfermedad.

Friedrich, en 1876, describió casos que diferenció de la tabes, esclerosis en placas y corea, y que

más adelante se llamaron con el nombre de este autor por ser el primero que la describió, ataxia hereditaria o enfermedad de Friedreich.

Leyden, en 1869, describió un síndrome muy raro, la ataxia aguda, síndrome individualizado por Westphall en 1872.

Pierre Marie, en 1893, reúne tres casos de heredo ataxia cerebelosa, y Loude, en 1895, publica una tesis con tres nuevos casos. La parálisis ascendente aguda fué estudiada por Landry en 1859, describiendo sus síntomas, parálisis flácida de las piernas que luego va ascendiendo y afecta a troncos, brazos y músculos de la deglución y respiración determinando la muerte en pocos días.

La atrofia muscular progresiva fué estudiada por primera vez por Dochenne y Aran en 1849 a 1850. Cruveilhier, en 1855, indicó la verdadera causa de la enfermedad, una lesión de la sustancia gris medular. Más adelante se la diferencia de la miopatía primitiva progresiva y distrofia muscular progresiva de Erb con los siguientes tipos: Landouzy y Erb (1884), escápulo humeral; Landouzy-Dejerine (1885), facio-escápulo-humeral, y el tipo Charcot-Marie o forma juvenil de la amiotrofia.

Las meningitis cerebrales agudas fueron también achacadas a infecciones microbianas: la meningitis tuberculosa al bacilo de Koch; las meningitis de neumococos fueron descritas por Netter; las de estreptococos por Franken y Bange; las de estafilococos y meningococos por Wiechselbaum, llamando a la última meningitis cerebroespinal epidémica. Describían la paquimeningitis con lesiones en la duramadre, siendo Charcot, en 1871, el que mejor la estudió, siendo Joffroy el que amplió los conocimientos de esta enfermedad, diciendo que era debida a un engrosamiento progresivo de la médula. En cuanto a la meningitis cerebroespinal epidémica se observó en Ginebra, en 1805, la primera epidemia, llamándola rigidez epidémica de la nuca. En la segunda mitad del siglo XIX se difunde por Alemania y desde entonces aparece de vez en cuando por todas las regiones. El agente infeccioso fué descubierto por Weighselbaum en 1887 en el cadáver, y por Heubner en el líquido céfalo-raquídeo del vivo. La punción lumbar fué introducida por Quincke en 1891, siendo de gran utilidad como medio diagnóstico y terapéutico. También se conoció la leptomeningitis con lesiones en la pia-madre, que como es la membrana vascular, produce trastornos que hace algunos lustros fueron considerados por Magnan y Raymond como el punto de partida de las alteraciones de la parálisis general y de la tabes. Las meningitis crónicas son divididas actualmente en paquimeningitis, leptomeningitis y formas mixtas paquileptomeningitis.

Las coreas fueron bien estudiadas y diferenciadas. La corea de Sydenham fué separada de la corea hemipléctica, del paramioclonus múltiple de Friedreich (1881) y de la corea de Huntington, siendo este autor americano el primero que la describió en 1872.

Thomsen, en 1876, describe la enfermedad que lleva su nombre, estudiando con detenimiento sus síntomas y proceso, en su servicio hospitalario de Silesia. Fué luego objeto de trabajos de Bell, Ley-

den y Erb, que hizo una magnífica descripción de la misma.

Oppenheim estudió en 1900 un cuadro morboso que llamó miotonía congénita y que caracterizó por los siguientes rasgos: padecimiento congénito, hipotonía de los músculos afectados y ausencia de trastornos sensitivos y sensoriales.

Charcot y Pierre Marie, en 1886, describen una enfermedad que llaman distrofia muscular neuroespinal, aportando casos Eulenburg y Friedreich. Hammond y Ornerod señalan su carácter familiar. Duchenne, en 1838 y en 1871, estudia la parálisis pseudo-hipertrofica o mioesclerosis.

Pierre Marie estudia la acromegalia en 1885 y localiza la lesión en la glándula pituitaria. El mixedema, llamado por Gull (1875) estado cretinoide y por Charcot caquexia epidérmica, fué descrita con este nombre por Reverdin en 1882, que la comparaba a los accidentes consecutivos a la ablación de la glándula tiroidea y llamados por él mixedema operatorio. Los otros mixedemas eran referidos a insuficiencia funcional del tiroides y eran curados por opoterapia tiroidea.

Nervios.— Antes de estudiar sus enfermedades diremos algo sobre las ideas que los investigadores de esa época tenían sobre su constitución: Babinski, en 1894, distinguía cinco variedades de fibras nerviosas: 1.ª, las fibras mielínicas de Leuwenhoek, constituidas por un cilindro-eje, rodeado por vaina de mielina, interrumpida a trechos por estrechamientos anulares (Ranvier), por la membrana de Schwann y sus núcleos; 2.ª, las fibras amielínicas de Remack, constituidas por fibrillas con sus núcleos anastomosados entre sí; estas dos son las variedades más importantes, constitutivas de los nervios del sistema cerebro espinal y del simpático; 3.ª, el nervio acústico, de estructura idéntica a las fibras de Leuwenhoek, diferenciándose por la presencia de las células bipolares; 4.ª, el nervio olfático parecido a las fibras de Remack, pero de diámetro más grande, coloreándose en gris por el ácido ósmico, y 5.ª, el nervio óptico cuyas fibras carecen de vaina de Schwann y de estrechamientos anulares.

Dumesnil, de Rouen, en 1864, fué el primero que llamó la atención sobre las neuritis periféricas; en 1886 publicó un trabajo sobre las parálisis periféricas y especialmente sobre las neuritis, pero no hizo examen microscópico. Eichhorst, en 1876, y Eisenlohr, en 1879, señalaron degeneraciones de los nervios. En el mismo año Joffroy publica una Memoria titulada "De la neuritis parenquimatosa espontánea, generalizada o parcial". Leyden, en 1879 y 1880, escribió dos Memorias, una sobre un caso de polineuritis y otra sobre la poliomiéclitis y neuritis, que inauguran la era anatomo-clínica de las neuritis periféricas. Distinguía una neuritis peri-axial análoga a las neuritis experimentales. Lo más a menudo, la lesión microscópica, es una atrofia de la mielina, siendo reemplazada por unos núcleos ovales de sustancia hialina; estas lesiones de los órganos conductores de la sensibilidad y del movimiento producen trastornos musculares y parálisis de los miembros inferiores que determinan esa marcha especial que Charcot llamaba *steppage*, otros tipos de lesión que producen marchas distintas (marcha sobre el borde externo del pie). En los miembros superior-

FOSFORO

POTASIO

MANGANESO

Una Ayuda Para Combatir la Sépsis Crónica

La colesistitis crónica, la prostatitis crónica, y la colitis crónica, son unas pocas de las condiciones comunes que ocasionan un estado de sépsis crónica.

EL JARABE DE FELLOWS suple los elementos minerales que necesita el organismo en estas condiciones. La dosis que se sugiere es la de una cucharadita cuatro veces al día, en agua.

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

CALCIO

SODIO

HIERRO

JARABE de FELLOWS

**Antiateromatoso.
Hipotensor.
Descolorante.
Diurético.
Modificador
de la endoarteria.
Modificador
mineralo-tejidualar.**

M x A
13-14

M n A
7-8

GOTAS: en dosis de 10 à 25.
COMPRESIDOS: de 3 a 6 por día.
AMPOLLAS: 5 cc. intravenosas cada dos días.

Silicyl

*Medicación
de BASE y de RÉGIMEN
Estados Arterioesclerosos
y Carencias Silíceas*

Agente: PLANS-SINTAS Hijos, 136, Provenza, Barcelona. — Laboratorios CAMUSET, 18, rue Ernest Rousselle, Paris.

PYRÉTHANE

GOTAS

25 a 50 por dosis - 300 por día (agua bicarbonatada)
AMPOLLAS A: 2 cc. Antitérmicas.
AMPOLLAS B: 5 cc. Antineurálgicas.
1 a 2 al día
con o sin medicación intercalar por las gotas

Poderoso Antineurálgico

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

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

EN ESPAÑA

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

EL

NOVARSENOBENZOL BILLON

Dioxidiamino arsenobenzol-metileno-sulfoxilato de Sosa

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

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

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)

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

res se produce el tipo de parálisis anti-braquial, el tipo Arann-Duchenne, el tipo braquial (Remack, Mme. Dejerine-Klumpke). Estudiaron el aumento de excitabilidad a la electricidad y la llamada reacción de degeneración, con atrofia muscular, temblor y atetosis.

La incoordinación motriz o ataxia la achacaba Dejerine a un origen periférico, luego rectificó y abrazó la idea del origen central. Antes había publicado con Sollier un trabajo sobre tabes periférica Babinski; decía: "las lesiones limitadas a los nervios no dan lugar nada más que excepcionalmente a la verdadera marcha tabética". La contractura, los calambres, los trastornos, la sensibilidad, los reflejos, los trastornos vasomotores secretorios y tróficos, los trastornos visuales (motores, acomodación, pupilares, etc.), las lesiones del nervio óptico y trastornos psíquicos parecen en la enfermedad que Korsakoff, de Moscú, en 1877, llamó psicosis polineurítica o cerebropatía psíquica toxémica, con delirio, debilidad intelectual y amnesia. Además observaron trastornos respiratorios como: anestesia laríngea, parálisis de los músculos laríngeos, trastornos paralíticos del diafragma y de los músculos del tronco, trastornos citados por Duchenne, de Boulogne. Vierrord observó además, congestión pulmonar, esplenoneumonías por alteraciones del neumogástrico, alteraciones que pueden producir lesiones cardíacas y síncope mortal, taquicardia, arritmia; hasta enteritis dolorosas y dispepsias fueron achacadas a neuritis.

Los trastornos del aparato urinario producen alteraciones renales (albuminurias), vesicales (incontinencia y retención urinarias); los del aparato genital fueron apenas observados. A las neuritis periféricas fueron achacadas la neuro-tabes periférica de Dejerine, la ataxia aguda de Leyden y la pseudotabes alcohólica de Charcot. En 1865, Lancereaux, describe una neuritis alcohólica, neuritis estudiada también por Oettinger.

Se estudiaron neuritis ascendentes, que se propagan, como su nombre indica, de la extremidad del nervio hacia el centro, lo contrario de la degeneración waleriana. Entra en este cuadro la parálisis ascendente de Landry, la neuritis celular de Raymond y la neuro-neuritis motriz anterior de Grasset. Como dato curioso mencionaremos a Knud Faber, que en 1890 demostró por primera vez que la toxina producida por el bacilo tetánico progresa a lo largo de los nervios.

Las radiculitis fueron descritas por primera vez por Dejerine y André Thomas en 1896, publicando Dubois, de Berna, un caso de radiculitis apoplectiforme.

Polineuritis.—Fueron estudiadas por Charcot y Gombault en 1873, publicando Joffroy, en 1879, un caso de neuritis parenquimatosa. La polineuritis saturnina fué objeto de tesis muy interesantes de madame Dejerine-Klumpke (1889), de Duchenne, que publica varios tipos clínicos. Erb, Remack, Vulpian, Raymond, Gombault, hacen trabajos sobre la anatomía patológica de las polineuritis difterica y leprosa. Aran fué el primero en describir, en una magnífica monografía las polineuritis arsenicales, que a partir de este trabajo fueron el objeto de las tesis de Brissaud y de Brouardel (1897). Letulle, en

1877, viene a España y estudia y comenta varios casos de polineuritis mercuriales, en mineros de Almadén (1887); de esta polineuritis hace un acabado estudio histológico Brauer (1896), describiendo la característica histológica, degeneración con vacuolización de las células del cuerno anterior. Las polineuritis debidas al sulfuro de carbono fueron estudiadas, en 1856, por Delpech entre los trabajadores de vulcanización del caucho. Gubler, en 1860, y Delieux, de Savignac, en 1864, publican trabajos sobre las polineuritis disentericas, siendo mejor estudiadas en Alemania. Las polineuritis de las avitaminosis fueron conocidas a partir de los experimentos que en pollos realizó Eijkmann en Java, provocando en ellos el beri-beri (1897).

La neurofibromatosis fué objeto de trabajos de Walter, en 1814, e Hichcken, en 1873, siendo Reklinhausem el que hizo un estudio completísimo, llamándose ahora a esta enfermedad enfermedad de Reklinhausem.

En el año 1864 Weir-Mitchell, durante la guerra americana de Sucesión, describió una forma clínica que llamó causalgia, afección producida por lesión parcial de un nervio periférico. En la actualidad está demostrado que esta enfermedad es un síndrome del simpático. Otro síndrome del simpático es el de Claude-Bernard-Horner, estudiado por C. Bernard en 1858, experimentalmente, y por Horner en 1869, clínicamente, estableciendo sus síntomas capitales, parálisis oculares y trastornos vasomotores. El síndrome de Raynaud fué caracterizado en sus tres fases de síncope, asfixia local y gangrena seca por Raynaud en 1862.

Entre las neurosis vasomotoras tenemos el dermografismo, objeto de un documentado trabajo de Barthelemy (1893): la eritromelalgia, estudiada por Graves en 1843, publicando dos casos sobre lo que él llamaba una afección singular de los pies. En 1872 Weir-Mitchell, y Vulpian en 1875, la incluyen entre las angioneurosis; las acroparestesias fueron descritas de una manera completa por Putmann (1880), Mohr (1890) y Rosenbach (1892).

Y para terminar, mencionaremos las dos principales neurosis: una de ellas la histeria fué admirablemente estudiada por Charcot y sus discípulos, Babinski, Brissaud, Ballet, etc., que reconocen, ahora, la realidad clínica de los hechos observados por su maestro en los histéricos y forman un grupo aparte bajo la denominación de pitiatismo, curable por la persuasión. La otra neurosis, la neurastenia o enfermedad de Beard fué descrita particularmente por este autor, siendo conocida desde la antigüedad (Hipócrates), recibiendo distintos nombres, como el de neurosismo agudo y crónico (Bouchut, 1860). Para Beard sus síntomas esenciales eran cefalea, trastornos dispépticos, astenia, impotencia, fatiga precoz, raquialgia, insomnio y preocupaciones hipochondriacas.

Y damos fin a los más importantes trabajos que sobre la anatomía, fisiología y patología del sistema nervioso se han hecho en la segunda mitad del siglo XIX. Como hemos visto, se ha progresado mucho en anatomía patológica, gracias a los nuevos métodos histológicos y en diagnóstico; pero, desgraciadamente, la terapéutica no se ha mostrado con los sabios e investigadores tan propicia como con las

anteriores ramas, y aunque en la actualidad se ha progresado algo, poco, en este sentido, es de esperar que en un próximo futuro queden vencidos los obstáculos que existen en esta rama de la Medicina, la terapéutica, rama la más humana de todas, pues se propone curar o aliviar al desvalido.

Cardiología corriente

Breviario de la tensión arterial

POR EL

DR. OLIVERES FRANQUET

ACLARANDO TÉRMINOS

Las frases *presión sanguínea* y *tensión arterial*, aunque expresan conceptos distintos, se emplean indistintamente por tener el mismo valor.

Presión sanguínea significa el esfuerzo de la sangre contra las paredes de la arteria que la contiene; *tensión* es la reacción elástica de la arteria a dicha presión. Siendo así que la tensión arterial equilibra la presión sanguínea, ambos términos representan el mismo valor, por lo cual puede aceptarse su empleo indistinto.

UNA VULGARIDAD FISIOLÓGICA, VULGARMENTE EXPLICADA

Si la cantidad de sangre que contienen los vasos fuera siempre la misma, la presión que ésta ejercería contra las paredes no sufriría variación alguna; pero el sistema vascular, de una manera rítmica, varía la carga sanguínea, por la cual el régimen de su presión ha de ser forzosamente variable. En efecto; hay una carga inicial y constante que corresponde a la diástole con *mínima* presión, y una sobrecarga que corresponde a la oleada sistólica con *máxima* presión. Por consiguiente, la dinámica de la presión arterial durante el curso de una revolución cardíaca sufre distintas variaciones, cuyos extremos corresponden a la *sístole* (*máxima*) y la *diástole* (*mínima*). Durante la *sístole* el ventrículo lanza una onda sanguínea a las arterias, las cuales ceden a la presión hasta alcanzar una *distensión* proporcional a la misma (*máxima*); en este momento la reacción de contractilidad arterial se inicia y actúa sobre la masa sanguínea a la cual hace progresar hasta el último capilar. Cuando la contractilidad llega a equilibrar la carga san-

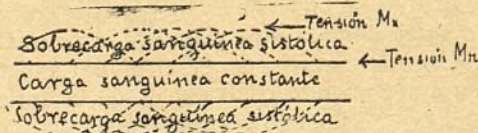


Fig. 1.

guinea inicial o constante, la presión o tensión indica la mínima. El gráfico (fig. 1) aclara este concepto.

Las tensiones máxima y mínima se expresan respectivamente por las abreviaturas: *Mx.* y *Mn.*

SIGNIFICADO DE LAS PRESIONES MÁXIMA (*Mx.*) Y MÍNIMA (*Mn.*)

Los primitivos esfigmomanómetros sólo indicaban la tensión máxima, por lo cual durante largo tiempo fué la única que se tomó en consideración. Sin embargo, por sí sola tiene escaso valor; en efecto, como la ten-

sión máxima o sistólica corresponde al momento de la actividad ventricular, sólo nos instruye sobre el valor de la potencia y energía cardíacas, y si bien expresa de ordinario el esfuerzo del corazón para mover la masa sanguínea contenida en el sistema vascular, puede, en ocasiones, ser completamente independiente de aquél; tal sucede en el eretismo cardíaco, en los estados emotivos, después de un esfuerzo muscular, etc., etc., circunstancias en las que se obtienen cifras maximales que no dan idea del estado de la presión sanguínea. Asimismo la cifra de la máxima aislada puede inducir a conceptos totalmente equivocados, por ejemplo, el descenso de 25 a 20 centímetros de presión puede coincidir con la agravación de un proceso, y viceversa, el paso de 18 a 24 puede ser indicio de franca mejoría.

Por el contrario, la mínima, aun considerada aisladamente, tiene una importancia muy superior a la máxima y no expone a tantos errores; mucho más estable que la máxima representa un punto fijo de partida. La mínima significa la carga inicial, la carga sanguínea que contienen los vasos antes de la sístole. Expresan el esfuerzo que ha de llevar a cabo el corazón para abrir las sigmoideas al lanzar la oleada sistólica. Asimismo la cifra de la mínima da idea de la resistencia periférica a la circulación capilar; su cifra bajará cuanto más fácil sea la circulación por arteriolas y capilares.

LA PRESIÓN DIFERENCIAL (*P. D.*)

Pero ni la máxima ni la mínima consideradas aisladamente son suficientes en la práctica; es indispensable el conocimiento de ambas y sólo la relación de una con otra tiene expresión clínica suficiente para dar idea del equilibrio cardiovascular, puesto que indica la reacción del corazón a la resistencia periférica.

Esta relación es la denominada *presión diferencial* (*P. D.*), que se mide por la diferencia entre la máxima y la mínima; es decir, significa el valor de la máxima menos el valor de la mínima. $PD = Mx - Mn$.

Según Lian esta relación es perfecta cuando la cifra de la mínima es la mitad más uno o dos de la cifra de la máxima. Es decir: $\frac{Mx}{2} + 1$ ó $\frac{Mx}{2} + 2$. Estas cifras indi-

can que el corazón reacciona bien ante la resistencia que le es preciso vencer, y significa asimismo normalidad en el equilibrio circulatorio. Por ejemplo: 16/9 representa una presión equilibrada, como lo representan también 18/10, 21/11, 14/8, etc., etc. Por el contrario, las cifras 20/0 indican una hipertensión con predominio sistólico, y 18/14 expresa una reacción escasa por desfallecimiento cardíaco.

Más adelante insistiremos sobre estas variaciones y su significación en el equilibrio cardiovascular.

PRESIÓN MEDIA (*Md.*)

A poco que fijemos la atención en lo que significan los valores extremos de la presión arterial necesariamente hemos de deducir la existencia de una serie de presiones intermedias, cuyo conjunto forma una resultante media que precisamente es la que rige el buen funcionamiento de los órganos y tejidos. Marey fué quien primero evidenció la significación fisiológica de esta presión, la cual han estudiado modernamente Vaquez, Gley y Gómez con el nombre de *presión media* y Pachon con el de *presión eficaz*. Dicha presión, por consiguiente, no es una media aritmética, sino una *resultante dinámica*. Corresponde a la presión que debería tener un régimen arterial constante que, en sustitución del ritmo, diese en igual período de tiempo el mismo paso de sangre.

Pachon ha evidenciado que dicha presión media o efi-

caz corresponde a la presión marcada por el manómetro en el momento que marca el oscilómetro la más ancha oscilación.

Vaquez, Gley y Gómez conceden gran importancia a la presión media. Lian y Zamfir, en un trabajo reciente (*Presse Medicale*, 1 febrero de 1933), dicen que la presión media es solidaria de la mínima y que los casos de hipertensión media aislada son tan raros que constituyen una curiosidad clínica.

Según Lian y Zamfir, tanto en estado fisiológico como patológico, la diferencia entre la mínima y la media es de 2 a 3 cm. de Hg. En la insuficiencia aórtica y en las bradicarías la diferencia habitual es de 3 a 4 cm. de Hg. y alguna vez de 5. Por lo tanto, a pesar de cuanto se ha dicho sobre el valor de la tensión media, persiste todavía la supremacía clínica de la P. D.

CIFRAS DE LA TENSION NORMAL

La tensión arterial, como todo fenómeno biológico, no es fijo, sino que varía dentro de límites más o menos extensos, según circunstancias individuales y según modificaciones fisiológicas generales.

Así la tensión aumenta ligeramente al pasar el sujeto de la posición horizontal a la vertical. En las mujeres, en los días próximos al período menstrual: también aumenta con esfuerzo muscular, con las emociones fuertes, por el calor excesivo como por el frío intenso; en las altitudes como en las profundidades.

Por el contrario, la tensión disminuye de modo más o menos ostensible: en la fatiga y *surmenage* y en los estados de depresión moral. De igual modo declina la tensión en las primeras horas del sueño, aunque se eleva al final de la noche.

Fuera de estos estados, las cifras generalmente admitidas de tensión normal son:

Para el adulto: 12 a 14 máxima y 7 a 9 mínima.

En las mujeres suelen ser algo menores: 11 a 12 máxima y 6 a 7 mínima.

Todavía son menores en los niños. Un niño de diez años, como término medio, tiene de tensión: 10 a 11 máxima y 5 a 6 mínima.

CIFRAS DE HIPERTENSION

Cuando las cifras obtenidas son superiores a las expuestas, se admite que hay hipertensión. En ella influye de modo más o menos acentuado las mismas circunstancias fisiológicas anteriormente expuestas.

Según Lassance, podemos admitir tres tipos de hipertensión:

Pequeña hipertensión: 15 a 19 máxima y 9 a 10 mínima.

Hipertensión de mediana intensidad: 20 a 21 máxima y 10 a 12 mínima.

Gran hipertensión: 25 a 30 máxima y 13 a 16 mínima.

LAS CURVAS ESFIGMOGRÁFICAS

Para interpretar el sinnúmero de datos clínicos que puede ofrecernos el examen de la tensión arterial, es indispensable registrar las cifras obtenidas en un gráfico adecuado. La cuadrícula que emplea Martínez nos parece muy a propósito. Las líneas horizontales indican las tensiones, y los espacios que dejan las verticales corresponden a las fechas de observación. Por medio de dos trazos horizontales se señalan las máxima y mínima correspondientes a una fecha determinada, pudiendo hacerse un tercer trazo si se ha tomado la tensión media. Los espacios que quedan entre estas líneas pueden unirse por un sombreado lineal.

La curva trazada puede informarnos sobre la estabilidad de la tensión, pero la noción más instructiva la su-

ministra la relación entre la máxima y la mínima; es decir: la P. D. que en el gráfico se muestra por el espacio que separa las cifras extremas.

Las curvas estables (esfigmoestables), uniformes, con escasa variación matutina y vespertina y con cierta uniformidad de un día a otro, son características de las lesiones capilares (arterioesclerosis, nefritis). Por el contrario, las hipertensiones que siguen curvas inestables (esfigmolábiles), con variaciones cotidianas y oscilaciones más o menos acentuadas en distintos momentos del día, indican afecciones de orden neurovegetativo.

Es indudable, pues, que tal como acabamos de ver, la marcha de la curva esfigmomanométrica puede proporcionarnos datos estimables. Sin embargo, la fuente de enseñanzas clínicas ha de surgir del estudio de un grupo de formas de hipertensión dependientes de la relación que guardan entre sí las cifras máxima y mínima, y cuyo estudio vamos a empezar seguidamente, de acuerdo con Lassance.

LAS FORMAS TÍPICAS DE HIPERTENSION

Hipertensiones en que sólo la máxima está elevada.

(Véase fig. 2.)

Son las llamadas falsas hipertensiones, pues pueden ser debidas a circunstancias distintas de las que produ-

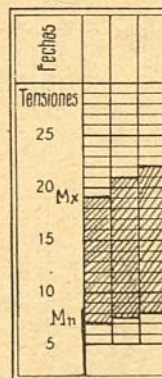


Fig. 2.—Hipertensión en la que sólo la máxima está aumentada.

cen el aumento de presión sanguínea (grosor del brazo, rigidez arterial, energía de la contracción cardíaca, estados emotivos, hiperexcitabilidad simpática.)

Hipertensiones en las que la máxima y la mínima están elevadas.

Pueden darse las siguientes variaciones esfigmográficas:

a) *Forma equilibrada.*

El esfuerzo sistólico que hizo subir la máxima representa una reacción ventricular normal a la resistencia patológica periférica que eleva la mínima. Las cifras correspondientes a la máxima y a la mínima guardan la relación normal señalada por Lian; es decir: la mínima equivale a la mitad de la máxima, más uno o dos. (Fig. 3.)

b) *Forma desequilibrada por predominio de la mínima.*

Hay hipertensión completa, es decir, de máxima y de mínima, si bien con predominio de la mínima. La P. D. está disminuida.

Indica desfallecimiento del corazón en el curso de una hipertensión sistólica. (Fig. 4.)

c) *Forma desequilibrada con predominio de la máxima.*

Las dos cifras están elevadas, aunque con predominio de la máxima. La P. D. está aumentada.

Se trata de hipertensiones verdaderas, en las cuales intervienen, principalmente, los factores que elevan la tensión sistólica. Suelen ser esfigmolábiles. Hipertensos

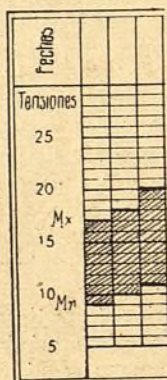


Fig. 3.—Hipertensión en la que la máxima y la mínima están elevadas, manteniéndose el equilibrio cardiovascular.

con reacción neurotónica exagerada: arterioesclerosis con eretismo cardíaco: hipertensiones de la menopausia. (Figura 5.)

Hipertensiones en que sólo la mínima está elevada.

Indican siempre dificultad en la circulación periférica, extasia sanguínea, con ausencia de la adecuada reacción sistólica. La mayor carga arterial hace subir la mínima sin que la sístole, que debería hacer subir la máxima, reaccione con la debida fuerza.

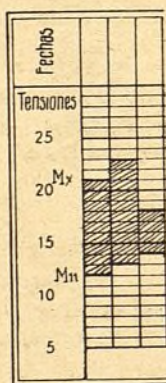


Fig. 4.—Hipertensión con predominio de la mínima. Desfallecimiento cardíaco.

Se encuentran en las hipertensiones verdaderas, en ciertos estados cardíacos y cardiorrenales (nefritis), expresando siempre insuficiencia cardíaca. (Fig. 6.)

Hipertensiones con disminución de la mínima.

Indican siempre aortitis con insuficiencia aórtica; la baja de la mínima es consecuencia del reflujo de la sangre por falta de ajuste en las sigmoideas.

CÓMO MEDIR LA PRESIÓN SANGÜÍNEA

De acuerdo con el principio de Vierordt, la presión sanguínea puede determinarse en clínica conociendo la presión que es preciso ejercer sobre la pared arterial para detener el curso de la sangre al aplastar el vaso.

Se elige de ordinario la humeral, a la que se comprime, colocando alrededor del miembro un brazal neumático, que comunica con un manómetro. Se insufla aire en el brazal con una pequeña bomba hasta que la presión haga

desaparecer el pulso; en seguida, se descomprime, dando salida al aire de modo gradual, y al reaparecer el pulso, se lee la cifra que señala el manómetro, la cual, en este momento, corresponde a la presión máxima o sistólica. Continuando la descompresión del brazal, el paso de la onda pulsátil se verifica más libremente, con lo que la vibración de las paredes arteriales es más sensible al brazal, hasta un momento en que empieza a disminuir. La cifra que en este instante marca el manómetro indica la presión mínima o diastólica.

LOS APARATOS

En su consecuencia, hasta ahora todos los aparatos usados en clínica para medir la presión arterial constan de las dos partes mencionadas; esto es: del brazal neumático y del manómetro. Variará solamente el dispositivo

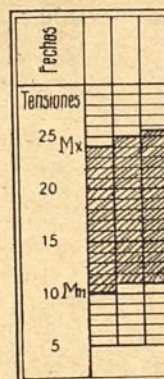


Fig. 5.—Hipertensión desequilibrada con predominio de la máxima.

que indica el paso de la onda pulsátil, según el procedimiento adoptado para reconocerlo.

LOS MÉTODOS Y LOS PROCEDIMIENTOS

Dos son los métodos generales seguidos para reconocer el paso de la onda pulsátil; uno, basado en la auscultación del soplo que produce; el otro, fundado en la oscilación de las paredes arteriales a nivel de la compresión. Estos dos métodos han originado dos procedimientos.

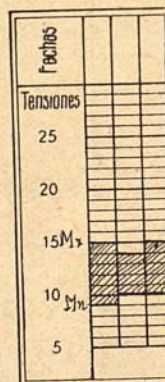


Fig. 6.—Hipertensión en que sólo la mínima está elevada. Insuficiencia cardíaca.

tos, cada cual con sus dispositivos adecuados. El procedimiento auscultatorio y el oscilatorio.

PROCEDIMIENTO AUSCULTATORIO

Fué ideado por Korotkow; se emplea un estetoscopio biauricular, que se aplica a la flexura del brazo. El paso de la onda pulsátil, al practicar la descompresión, se tra-

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

Procesos crónicos del
aparato respiratorio

1

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

Antifímico

2

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.; Timol, 1,00 g.; Estearopteno de menta, 1,50 g.; Esencia de Ntaull, 20,00 g.; Cineol, 10,00 g.; Sulfuro de Alilo, 0,005 g.; Trileínas eterificadas, c. s.

Neyol n.º

Niños

3

En los procesos broncopulmonares infecciosos, se consigue realizar una antiseptia 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 Ntaull, 20,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Trileínas eterificadas, c. s.

Neyol n.º

Procesos agudos

4

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

COMPOSICION POR 100 C. C. = Lecitina, 0,25 g.; Colesterina, 0,30 g.; Estricnina, 0,01 g.; Timol, 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

Antiasmático

5

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.; Timol, 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

AGUAS MINERALES VICHY-ETAT

Vichy - Hopital Estómago

Vichy - Celestins Vías urinarias. Artritis

Vichy - Grande - Grille Hígado

SAL
VICHY-ETAT

para preparar en casa un
agua alcalina digestiva.

Se expende en cajas
de 12, 25 y 50 paquetes

Comprimidos Vichy-Etat

— la mejor solución alcalino-gaseosa —

Pastillas Vichy-Etat

— para todas las afecciones gástricas —

Asociación
gitalina-Uab



Reemplaza con ventaja
la Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 8, Rue d'Assas
PARIS VI.

Muestras y
literaturas:

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

= BARACHOL =

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

LABORATORIOS FAUS. — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

duce por un soplo arterial claramente perceptible y la cifra que señala entonces el manómetro indica la máxima. Continuando la descompresión, el soplo se hace cada vez más claro y manifiesto hasta el momento en que toma tonalidad baja y oscura, indicadora de la presión, de acuerdo con la cifra marcada por el manómetro.

PROCEDIMIENTO OSCILOMÉTRICO

Dicho procedimiento se funda en las vibraciones u oscilaciones de las paredes arteriales a nivel de la compresión, las cuales se transmiten por el manguito y tubos neumáticos a una cápsula aneroide, en relación con una aguja oscilatoria. El oscilómetro de Pachon está basado en este principio. La divulgación de este aparato justifica una descripción del mismo.

EL PACHON

Consta de una caja cilíndrica (véase el esquema figura 7), rígida (E) y cerrada herméticamente, dentro de

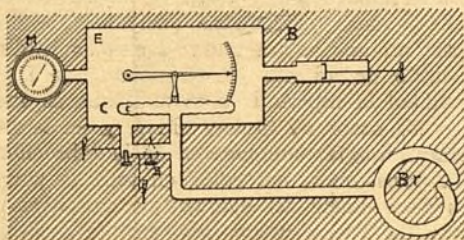


Fig. 7.

la cual hay una cubeta aneroide (C) que comunica con el brazal neumático y cuyas vibraciones se transmiten por la cubeta a una larga aguja que recorre un cuadrante. Dicha caja comunica también con un manómetro. Por consiguiente, manómetro, cubeta aneroide y brazal neumático están en comunicación con el interior de la caja por el tubo f y f'. La comunicación entre la cubeta aneroide y la caja que comunica con el manómetro, puede interrumpirse por medio de una llave (S), que en el aparato tiene disposición de pinza. Estando dichas piezas (caja y cubeta) en comunicación, si se inyecta aire por la bomba (P) a la caja, el brazal comprimirá a la arteria y el manómetro irá marcando la cifra de esta presión, pero el oscilómetro no acusará variación alguna puesto que siendo iguales las presiones interior y exterior de la cubeta, habrá equilibrio. Por el contrario, aislando la gran caja exterior y con ella el manómetro por medio de la llave (S), las vibraciones del brazal se transmitirán solamente a la cubeta aneroide y la aguja entrará en oscilación.

MANEJO DEL OSCILÓMETRO DEL PROFESOR PACHON

Colóquese el manguito en el brazo de preferencia. Ciérrase la llave de paso (V) e inyéctese aire por medio de la bomba hasta que el manómetro indique una presión que se crea superior a la máxima del individuo que se examina; por ejemplo: 20 c. m. Apóyese el dedo en el separador (S) y suponiendo que el oscilómetro marque pequeñas oscilaciones (oscilaciones supramaximales, que no corresponden al paso del pulso), se da salida al aire por el tornillo de escape, haciendo bajar la presión de centímetro en centímetro. Entre cada una de estas cifras se consulta el oscilómetro apoyando el dedo en el separador. Sucesivamente aparecen: primero, una serie de oscilaciones muy pequeñas y casi iguales llamadas supramaximales, debidas al choque de la onda en el brazal, pero que no corresponden al paso de la sangre. Luego, a medida de la descompresión, las oscilaciones van

haciéndose mayores, formando una zona bien distinta de las primeras y creciendo gradualmente hasta llegar a la más ancha oscilación en que empieza a decrecer más o menos rápidamente hasta formar una zona de oscilaciones pequeñas, poco diferenciadas, que constituyen las llamadas inframaximales. La entrada en la zona netamente creciente constituye la presión máxima y corresponde al aflujo de sangre en el brazal. La media indica la oscilación más ancha, la cual suele presentarse bien diferenciada en relación con las otras; pero si hay varias sensiblemente iguales, se toma como media la central. Finalmente, la primera oscilación netamente decreciente que viene después de las mayores, señala la presión mínima. La anchura de las oscilaciones se aprecia fácilmente por el número de divisiones que recorre la aguja en el cuadrante.

He aquí los gráficos (fig. 8) que figuran en casi todos

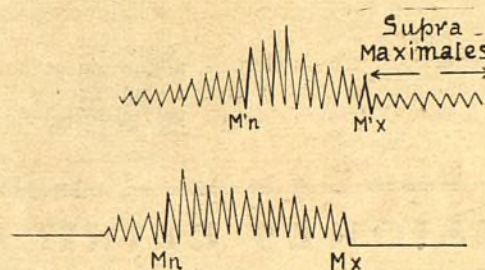


Fig. 8.

los tratados y que expresan los tipos de curva oscilométricas. Leerlos de derecha a izquierda. El gráfico (figura 9) ha sido trazado por nosotros e intenta represen-

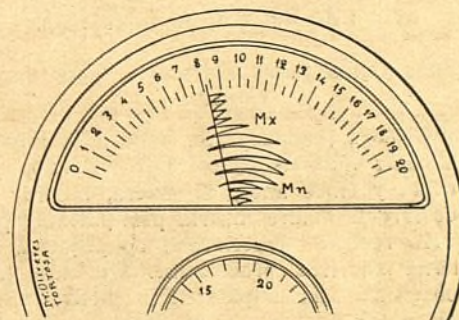


Fig. 9.

tar más objetivamente las mismas oscilaciones de la aguja manométrica.

LA CUESTIÓN DE PREFERENCIAS

Todavía se discute cuál método es el preferible, sin atender a que cada método y cada aparato tiene sus ventajas e inconvenientes.

El oscilómetro de Pachon, con brazal doble de Gallabardin, es un aparato robusto, sensible y completo. Su manejo requiere alguna práctica que se adquiere, sin embargo, prontamente. Las tres tensiones se determinan con facilidad, y durante el curso de las oscilaciones se adquiere, además, la noción de los caracteres de pulso, desde los puntos de vista del ritmo, de la forma y de la amplitud. El Pachon, por su peso (cerca de tres kilos), es propio para ser empleado en el gabinete particular del médico, por lo cual, muchos prefieren los esfigmomanómetros auscultatorios, bastante más ligeros y transportables, y también porque en ellos se determina más netamente la presión máxima. Sin embargo, la industria fabrica hoy aparatos fundados en los mismos principios del Pachon, de dimensiones y peso muy reducidos; por lo demás, el Pachon permite adoptar un estetoscopio

biauricular si se desea obtener la máxima auscultatoria.

Por nuestra parte, prácticos de gabinete, no vacilamos en preferir los aparatos basados en los principios esfigmomanómetros del profesor Pachon.

RONDÓ FINAL

Las notas del presente breviarío sólo tienden a insinuar en el estudio de la hipertensión. Su lectura podrá considerarse provechosa si facilita la comprensión de los excelentes tratados publicados sobre tan importante materia. La práctica esfigmomanométrica, al descubrir hipertensiones incipientes, permitirá intervenir oportunamente con un plan terapéutico adecuado, y la comprobación de los resultados obtenidos desvanecerá las viejas ideas sobre la existencia de *hipertensiones respetables* y creará en el ánimo del médico, de acuerdo con las concepciones modernas y las doctrinas divulgadas por Pouchet y Wybaun, la convicción de que la hipertensión debe siempre evitarse desde que se inicia, y que las enfermedades arteriales, arteriosclerosis, angina de pecho, esclerosis renal, pueden curarse en sus comienzos y aliviarse siempre por el tratamiento de las perturbaciones que producen el aumento tensional.

SESIONES CLINICAS

En el Hospital Provincial

Servicio de clínica médica y ginecológica del profesor
Codina Castells

Sesión del día 1 de junio de 1933.

COLECISTITIS, ANEURISMA AÓRTICA Y VIRILIDAD MENOPÁUSICA

Pastor Candela (alumno): Se trata de la enferma que ocupa la cama número 11 de este Servicio, que tiene cincuenta y cinco años, es soltera, natural de Madrid y costurera. Madre muerta post-partum; padre se suicidó. No recuerda enfermedad de pequeña. Úlceras en la pierna izquierda, probablemente lúéticas con gangrena consecutiva; la amputaron la pierna. Escrútila. Menarquía a los dieciocho años. Menopausia a los cincuenta y dos. Comenzó hace un año con vómitos, dolor en epigastrio que se corría a la espalda y escápula izquierda, ictericia ligera, picores, orina de color oscuro, estreñimiento, heces negras y fétidas. Después de este acceso siguió con picores, diarrea periódica. Ha tenido doce o catorce cólicos hasta su ingreso. Poco apetito; dolor de cabeza. Actualmente (a su entrada) aqueja dolor continuo en reborde costal derecho, fatiga al hacer algún esfuerzo y al andar, diarreas, prurito nocturno, disfagia; traga mejor los líquidos que los sólidos. Insomnio, pupilas iguales, reaccionan bien al reflejo contralateral. Reflejos y sensibilidad normal. Abdomen blando, dolor en punto vesicular y en todo el reborde costal derecho y en punto epigástrico a la presión. Dolor espontáneo en reborde costal derecho. P. 75; el pulso radial se palpa mejor en el lado derecho; en el izquierdo es difícilmente perceptible. Sopro sistólico en foco aórtico con primer tono desaparecido y refuerzo del segundo. Igual auscultación en una zona situada a la izquierda del esternón a nivel de segundo espacio intercostal. Presión: máxima, 9; mínima, 7; madicidad cardíaca algo aumentada; pedículo vascular ensanchado. Estertores mucosos inconstantes en base. Por los datos de historia y de exploración podemos encastrar nuestro diagnóstico en el sentido de un proceso hepático que pudiera ser una "litiasis biliar" y en el

de una alteración cardíaca y aórtica, más bien de una aortitis. He aquí el resultado de las investigaciones complementarias: Orina, 700 c. c.; densidad, 1.022; ácida; cloruros, 13.40; fosfórico, 2.12; urea, 20.61; úrico, 0.51. No contiene urebilina, urobilinógeno, sales biliares y ácidos biliares. Sedimento; nada anormal.

El análisis de sangre da: Hematíes, 4.700.000; leucocitos, 6.200; hemoglobina, 69 por 100; valor globular, 0.73; neutrófilos, 61; basófilos, 0; eosinófilos, 3; linfocitos, 32; monocitos, 3; formas de transacción, 1; Arneith, 10-34-45-8-0. Biliirrubinemia normal. Glucomia, 0.61. Colesterinemia, 1.23.

La radiografía de la vesícula biliar, hecha con tetrógenos por vía oral, nos revela una vesícula voluminosa, sin que llame la atención sombra de cálculo alguna. En la radiografía torácica se ve una aorta ensanchada con una dilatación saciforme en cayado; ventrículo izquierdo hiperinflado ligeramente. Los datos radiológicos nos confirman nuestro diagnóstico de aortitis, llevado a un grado de evolución más avanzado de aneurisma aórtico, cosa que fué comprobado por radioscopía. En esta se veía una tumoración, isátil de cayado aórtico unida a aorta, vista en distintas posiciones. En cambio, vemos que no nos aclara nada el examen radiográfico en el sentido de afirmar el diagnóstico de la litiasis. Falta también la hiperbilirrubinemia, que se suele presentar en los casos de litiasis biliar, y en la orina no se encuentra ningún componente de la bilis. Esto, junto con la persistencia del color en toda la zona hepática, nos hace dudar del diagnóstico primitivo.

La reacción Wassermann, fuertemente positiva, descubriendo una infección lúética, nos hizo pensar que, tanto el aneurisma como los cólicos fueron debidos a la lues. Esta creencia se afirmó cuando presenciamos un cólico que tuvo la enferma. El dolor fué, como las otras veces, característico. No tuvo ictericia. 64 pulsaciones. La noche antes tuvo palpitaciones y ella notó que le iba a dar el cólico, por lo cual no tomó alimento. Antes del dolor, escalofríos. Temperatura normal. El análisis de orina no difiere del anterior; nada de materias biliares.

Instituido un tratamiento antilúético a base de inyecciones intramusculares diarias de Biyoduro de Mercurio. La enferma empezó a mejorar en su estado general y de sus dolores, tanto los de la región hepática como los de la parte izquierda del pecho; el punto cístico apenas es doloroso, cuando lleva puestas siete inyecciones. Hacemos, pues, un diagnóstico de "colecistitis y aneurisma lúéticos".

Dr. García: A lo expuesto añadiré la anormalidad endocrina que la enferma acusa, muy marcada. Tiene una hipertrichosis muy acentuada de labio superior y barba; dijo que no había tenido vello en labios ni cara, pero a raíz de la cesación de las reglas había observado cómo cambiaban sus caracteres faminoides, transformándose en viriloides; así apreció que su voz iba adquiriendo el tono de la voz hombruna que hoy tiene, los rasgos de la cara se fueron acentuando, junto con la hipertrichosis y pelo de la cara, apareció una piel áspera de color pardo, y con rasgos viriles. Esta enferma, pues, aparte de la lesión orgánica que la ha traído al hospital, tiene, además, una alteración endocrina de tipo "viriloide".

Dr. Suárez: En esta enferma se debe tener en cuenta la edad y ese desequilibrio endocrino para relacionarlo con su desequilibrio vago-simpático, para explicar sus crisis dolorosas hepáticas como crisis vagotónicas.

Dr. Ureña: En la radiografía se observa una sombra que no parece de aurícula derecha, sino más bien un infiltrado grande de hilio derecho.

Dr. Codina: La eficacia del tratamiento mercurial y iodurado habla en favor de la naturaleza sífilítica del proceso colecístico, del aórtico y probablemente tam-

bién del endocrino, desarrollado con motivo de la menopausia.

INFILTRACIÓN NEUMÓNICA DEL PULMÓN IZQUIERDO EN ¿HEREDO-SIFILÍTICA?

Dr. Alvarez Merino: Se trata de la enferma F. R., que ocupa la cama número 14 de este Servicio; tiene dieciséis años, soltera; a los dos años fué operada de una fistula en la nariz; la enferma tiene la nariz en forma de silla de montar. A los once años, pulmonía en lado izquierdo, y dice que tuvo poca tos, sin expectoración, duró nueve días y quedó bien. A los catorce años, pulmonía en el mismo lado con dolor y fiebre, sin tos ni expectoración ni disnea; catarros frecuentes con tos y sin expectoración; hace diez meses cayó de un mulo, y a los quince días se le presentó dolor en costado izquierdo, que le aumentaba con las inspiraciones, tos de Morton y alguna expectoración mucosa, sin fiebre, ni pérdida de peso y con apetito. Sin menarquía ni leucorrea. Análisis de esputos, negativo, repetidos por siete veces, tras homogeneización. Reacción Wassermann y complementarias, negativas, tras de reactivación.

¿Es pues congénita? En procesos crónicos de tendencia esclerosa, y en este caso por la edad y evolución, hacen pensar en la lues, aunque no vamos a deshechar los demás procesos; pueden asociarse dos infecciones: la lues y tuberculosis, tan frecuente como sabemos. El tísico sifilítico, como decía Bazin, "es el enfermo que puede tener lesiones pulmonares intensas y una salud casi indemne", como en este caso, y a veces se descubren por casualidad. Las lues del adulto es difícil diagnosticar por ir acompañada de infecciones asociadas; según Mauriac, "la lues pulmonar es esencialmente proteiforme y tiene características especiales en cada caso". Todo gira alrededor de los procesos esclerosos, que, según se intensifique su acción en vasos en tejido intersticial, tendremos las formas agudas o subagudas, como tal vez las pulmonías que refiere la enferma; nos falta el informe de inoculación al cobaya y pruebas tuberculínicas para delucidar el diagnóstico en firme; pero podría anticiparse como un caso de tipo neumónico intersticial fibroso e indurativo de la clasificación general con infecciones secundarias. No hay que olvidar las alteraciones endocrinas, especialmente ováricas, seguramente de esclerosis glandular, de la misma naturaleza.

Dr. García: Esta niña tiene antecedentes específicos; al nacer tenía la nariz en forma de silla de montar, que se acentuó considerablemente al año siguiente con motivo de una fistula endonasal, que tardó algún tiempo en cicatrizar; pensamos en la posibilidad de un goma; junto con esto la mala implantación dentaria, dientes muy separados, y con los antecedentes familiares, hicimos un diagnóstico de heredolúes y pensamos que su proceso pulmonar fuera de la misma naturaleza; pero en vista de la negatividad de los Wassermann y de los análisis de esputos, tal vez sean otros los gérmenes responsables, y en tal caso el empleo del neosalvarsán es posible dicar resultados halagüeños, aunque no padeciera sífilis la enferma.

Dr. Suárez: Creo que la lesión inicial no sea de naturaleza luética por el resultado negativo de las reacciones serológicas; pudiera haber sido de naturaleza micótica o tuberculosa y pensar en un proceso tuberculoso de tipo productivo-cirrótico.

Dr. Gómez: En favor de que se trata de un proceso sifilítico, hay el hecho de que teniendo la enferma una fiebre de 38° a 39°, instituido el tratamiento específico, bajó la temperatura y mejoró toda la sintomatología.

Dr. Maluenda: Para ser una radiografía específica de sífilis pulmonar hay que encontrar una sombra de localización mosopulmonar rodeada de tejido sano.

Dr. Ureña: Ha tenido una hermana recién nacida con unas pápulas y que murió, y la madre manifestó que el marido murió sifilítico; la heredolúes no había medio de descartarla, y la imagen radiológica del pulmón puede dar todas las clases de imágenes.

Dr. Codina Castellvi: La ausencia de bacilos de Koch en siete análisis de esputos, a pesar de que la imagen radiológica son la propia de una infiltración de tipo neumónico y el que siga sin novedad el cavia inoculado, hablan en contra de la naturaleza tuberculosa del proceso pulmonar y despiertan la idea de la naturaleza sifilítica, a pesar del Wassermann negativo, avalorada por tratarse de una evolución crónica, por haber padecido dos procesos agudos pulmonares sin expectoración por el retraso del desarrollo de su sistema piloso y en el relieve mamaria, por no haber aparecido la primera menstruación, por los estigmas dentarios y la forma de su nariz, por la persistencia del buen estado general y por la eficacia rápida del tratamiento específico antilúético sobre la fiebre y más lento sobre la localización pulmonar, como lo demuestra el cambio de la imagen radiográfica, aunque persisten, aclaradas, las sombras que se extienden de mitad de hilio derecho para abajo y que se consideran características de la predilección de la sífilis pulmonar.

BIBLIOGRAFIA (1)

LAS FUENTES DE LA VIDA, por el Dr. Sergio Voronoff.

En el libro que recibimos del autor, Dr. Sergio Voronoff, y que lleva por título "Las fuentes de la vida", hay tal encanto, tal amenidad, que su lectura nos retiene, y de un tirón terminamos esta obra llena de optimismo y de confianza.

"Los procedimientos que he concebido—dice Voronoff—para conquistar la energía vital y prolongar la duración de la vida, son actualmente de una aplicación corriente." Estos procedimientos, de todos conocidos, son los injertos—primero, de las glándulas genitales, y luego, de éstas y la pituitaria y de las genitales, el tiroides y la hipófisis, según el sexo—, utilizando los órganos de monos antropoides.

En este libro no se descubren técnicas ni se detallan pormenores ya suficientemente vulgarizados; se trazan de mano maestra los rasgos fundamentales de las teorías y de los métodos de Voronoff, y algunos resultados de sus aplicaciones en diversas especies, entre ellas la que más nos interesa: la humana.

En "Las fuentes de la vida", Voronoff se presenta como el poeta de las glándulas de secreción interna, en posesión absoluta de un tema que ha sido constituido la finalidad de su existencia, y con una difícil facilidad lo expone ante sus lectores, avalorado con consideraciones de toda género, todas pertinentes, todas en íntima relación con la idea directriz de la obra. Las glándulas sexuales constituyen un estimulante de la actividad de las demás células del organismo; al injertarlas, no se injerta un afrodisíaco, se injerta un estimulador, un activador, un vivificador, y el organismo responde, cuando está gastado, con fenómenos que demuestran esa reactivación, ese rejuvenecimiento...

"El corazón, el cerebro, los pulmones, etc..., están hechos para funcionar más de un siglo; pero las glándulas de secreción interna—estas fuentes de la vida cuyos productos entretienen nuestra energía vital y estimulan la función de todos los órganos—se agotan mucho antes y hay que renovarlas por glándulas más jóvenes."

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

venas." Aquí vemos, en este párrafo que figura entre los últimos, que el autor extiende su atención a las varias glándulas, que no se limita a la acción de un sólo grupo de ellas.

Pero este acuse de recibo no da idea de una obra llena de agudas observaciones, de noticias curiosas, de referencias interesantes; hay que leerla, porque leyéndola pasamos un rato delicioso, en compañía de un ameno camarada que nos sugiere halagüeñas esperanzas y nos habla con tal convicción, con tanta fe, que... al cerrar el libro estamos seguros de que *aquello será...*, aunque tanta excelencia no haga dudar... de que *aquello es*. Es decir, para aclarar un pensamiento que deseo no quede oscurecido. Aquello será, siempre, porque conocidos los factores que intervienen para lograr el resultado, éste se obtenga fatalmente, y no como una eventualidad condicionada por diversas incógnitas.

El libro, muy bien editado por la casa Farquellé, tiene unas magníficas fotografías espléndidamente reproducidas.

DR. PULIDO MARTIN

* * *

DIE BAKTERIOLOGIE DER WURMFORTSATZENTZÜNDUNG UND DER APPENDIKULAREN PERITONITIS (*La bacteriología de la apendicitis y de la peritonitis apendicular*), por W. Löhr y Rassfeld. 95 páginas, 17 x 26 cm., con 46 figuras y 11 láminas fuera del texto. Georg Thieme. Leipzig, 1933.

Después de exponer el estado actual de la bacteriología de la apendicitis, los autores relatan los interesantes estudios realizados por ellos. Mediante radiografías de apéndices resecaos, han comprobado en la mayor parte de los casos que el órgano contiene en su parte proximal una concreción, casi siempre enclavada, que ocluye la luz, y que desde esta concreción hacia abajo la mucosa se encuentra lesionada con signos de inflamación o gangrena, sin que estas alteraciones pasen del sitio en que asienta el coprolito.

Refieren los estudios bacteriológicos que han hecho, y de los que resulta, en líneas generales, que el apéndice normal puede estar prácticamente libre de gérmenes o contener gran cantidad de ellos, sobre todo si está lleno de heces; pero estas bacterias son siempre las habituales del intestino. En la apendicitis inflamatoria aguda han encontrado, en parte de los casos, estreptococos patógenos, y en otros, la misma flora que en el apéndice normal. En las formas flemosa y gangrenosa graves, bacilos grampositivos finos o actinomicetos, sin que tenga gran importancia el bacilo gaseoso de Fraenkel o de Welch, por elevada que sea la proporción en que se encuentre. Este bacilo, unido al coli y a diversos estreptococos, interviene en la génesis de la infección de la cavidad peritoneal cuando el apéndice se perfora.

La labor llevada a cabo por Löhr y Rassfeld es digna de elogio, por lo que contribuye a esclarecer la etiología de la apendicitis. Su libro merece ser leído por todos aquellos médicos a quienes interesen estas cuestiones, aunque ellas no tengan aplicación práctica inmediata. La exposición es consisa y clara, y las consideraciones de orden clínico que hacen los autores demuestran que, además de expertos bacteriólogos, son clínicos consumados. La presentación honra a la casa editora.

GONZALEZ CAMPO

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

F. Braun. CONVULSIONES EN LOS NIÑOS MAYORES.—El autor, jefe del servicio de epilépticos de Zurich, estudia una vez más el tan debatido asunto de las posibilidades de que convulsiones de los niños, al parecer no específicas, se transformen con el tiempo en verdaderas epilepsias. Quizá fuera más acertado decir que se trata de saber cuándo una convulsión que observamos en un niño es o no de naturaleza epiléptica. Para las familias es importantísimo poder hacer un diagnóstico, y sobre todo un pronóstico seguro y precoz.

Desde luego, deben considerarse como de mal pronóstico las convulsiones que aparecen en los primeros días que siguen al nacimiento; casi todas ellas se deben a traumatismos craneales experimentados durante el parto, y puede decirse que en todas ellas existen lesiones irreparables que han de evolucionar de un modo constante y progresivo, o, por lo menos, no han de retroceder nunca. También son de mal pronóstico las convulsiones que se presentan en la convalecencia de una enfermedad infecciosa; en ellas hay que contar con la casi seguridad de una lesión de cerebro consecutiva a la infección. Asimismo deben estimarse como de naturaleza epiléptica todas las convulsiones que aparecen en niños de tres a seis años, sanos hasta entonces, y que repiten con cierta periodicidad.

Menos graves son para Braun las convulsiones ocasionadas directamente por una intoxicación o una infección. Pero tienen mucha gravedad las que repiten tras un período intermedio, que puede ser incluso de años, o los ataques que se presentan constantemente por la noche durante el sueño o a poco de despertarse. Especialmente si se acompañan de auras fijas como cefalalgias, vómitos o alucinaciones. Por último, tienen gravedad extrema las ausencias y ataques de pequeño mal. En estos casos no debe esperarse a que aparezcan grandes ataques para implantar un tratamiento enérgico. (*Schw. med. Woch.* 1933, núm. 15.—F. G. D.)

L. Freund. PIGMENTACIÓN DE LA PIEL Y PROTECCIÓN CONTRA LA LUZ.—Durante algunos siglos se preocuparon poco los médicos de la influencia de la luz sobre los procesos vitales. Hoy día, por el contrario, el desarrollo de todo lo concerniente a educación física, deportes y tratamiento por los medios físicos ha colocado en plano preferente todo lo relativo a estos trabajos y observaciones. Existe hoy un verdadero culto por la luz, y las mujeres, que hasta hace poco presumían de la blancura de su piel, tienen a gala presentarnos su piel tostada. Pero se ha visto que los rayos solares y los artificiales que tienden a suplirlos en terapéutica son capaces de provocar lesiones poco gratas; son los daños de la hiperiluminación. El caso es evitar estos daños y no privarse de los efectos beneficiosos.

Hausser y Vahle demostraron que las dermatitis por insolación se deben a los rayos ultravioletas de onda corta, a los que tienen una longitud de onda que oscila entre 310 y 280 de la unidad corriente de onda; otros investigadores amplían los efectos perjudiciales a los rayos de 397 a 230 unidades de onda. Ahora bien, la pigmentación de la piel se debe no sólo a la acción de estos rayos lumínicos, sino también a los del espectro solar y a los ultrarrojos, y aun se afirma que los efectos colorantes de los rayos ultravioletas son de escasa significación. Por lo tanto, hay que protegerse contra los rayos de onda muy corta y permitir la acción de los restantes.

Las personas de piel sensible necesitan protegerla con

Doctor:

Los **LABORATORIOS TURÓN,**
productos neuroterápicos,

tienen el gusto de presentarle tres productos de eficacia comprobada:

Neuronal-Turón

Específico de los estados de emotividad exagerada, excitación psíquica de depresión mental, neurosis de compulsión, ansiedad, histeria e **INSOMNIO ESENCIAL**

Dosis: De dos a cuatro cucharadas grandes distribuídas en las veinticuatro horas

Completamente inocuo: tolerancia absoluta

Fenilcal

(Sal cálcica del feniletilmalonilurea). Es el mejor antiepiléptico conocido. No entorpece el regular funcionamiento del intestino y facilita la diuresis.

Dosis: De una a tres tabletas al día



Fosforal-Turón

(Excelente tónico nervioso). Estimulante del cerebro, agotamiento psíquico, estados neurasténicos, depresión nerviosa, debilidad consecutiva a las emociones y al trabajo mental excesivo, melancolía en sus diversas formas. Combate eficazmente la **FOSFATURIA**. Gusto agradabilísimo, tolerancia absoluta.

Dosis: Una cucharada de postre antes o después de las tres comidas

Lauria, número 96. — Barcelona



Derivados de la Colina
activos por vía digestiva
— comprimidos —

CURA COMPLEMENTARIA
DE LA ACÉCOLINE

HYPOTAN

El regulador del caudal arterial

HIPERTENSIÓN
ESPASMOS VASCULARES

LABORATORIOS CHEVRETIN-LEMATTE

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

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

ALCALÁ 9, APARTADO 310
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA

Suero anti-asmático de Heckel

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

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

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

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

SUERO ANTIAISMATICO DE HECKEL

basta para hacer cesar el espasmo.

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

CLOROFORMO DAKSA

PURISIMO ANESTESICO
RESPONDE A TODAS LAS FARMACÓPEAS

DESTILERIAS

ADRIAN-KLEIN S.A.
BENICARLÓ (Castellón)

diversas sustancias que eviten la acción de los rayos ultravioletas, y entre otras cosas se han utilizado sustancias pulverulentas opacas o ciertas grasas animales, vaselina y otros cuerpos análogos. Mas cuando la hipersensibilidad es muy acentuada o la radiación es muy intensa, por ejemplo, en la costa; estos medios fracasan por ser de escasa eficacia. Para tales casos se ha recurrido al disulfato de naftol y sodio en forma de pomada "antilux" y a los compuestos de aesculina en forma de pomada "ultracozona", capaz esta última de detener los rayos de onda inferior a 390. El uso de estas pomadas no impiden el que la piel se pigmente en la forma apetecida. Diversos clubs alpinos atestiguan la eficacia de estos preparados.

Son escasas las ocasiones en las que el médico necesita que sean precisamente los rayos ultravioletas los que actúen directamente sobre la piel; aparte de la alopecia aerata, el raquitismo, las afecciones reumáticas y gotosas, el asma y ciertos procesos tuberculosos, en todas las demás basta con la acción de los rayos luminicos sin recurrir a los capaces de provocar eritemas. En todas las que no se precisa este efecto es recomendable el uso de los preparados antes mencionados u otros similares que protejan la piel y permitan, no obstante, obtener las pigmentaciones deseadas. (*Wiener klin. Wochenschrift*; 1933, núm. 25.)—F. G. D.

H. Sellheim. CUIDADOS, CONSERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DE LAS MAMAS EN LA MUJER.—Entre los medios de que disponemos para conservar un seno bien formado en la mujer hemos de citar, en primer término, el uso acertado de las hormonas. Tal vez sea éste el único medio verdaderamente eficaz de que disponemos. Ha podido comprobarse experimentalmente que la hormona ovárica estimula y favorece el desarrollo de la mama, no sólo en la mujer, sino también en el hombre. En cambio, la hormona testicular inhibe y paraliza el desarrollo de las mamas. Es probable que el cuerpo adiposum, que tanta importancia tiene en la morfología de la mama, se vea favorecido en su desarrollo y en su fijación en esta glándula por determinadas hormonas.

Para el autor, en el desarrollo mamario, intervienen conjuntamente la hormona del ciclo menstrual, que puede estimarse como el agente que con más intensidad estimula el crecimiento del tejido glandular propiamente dicho, y el de la mamila o pezón, y otras varias hormonas, cuya influencia se refleja principalmente en el desarrollo del tejido de sostén o no glandular de la mama, pero cuya influencia sobre la morfología de este órgano no cabe poner en duda. Por lo tanto, cuando tengamos que intervenir para favorecer el desarrollo y crecimiento de una mama daremos principalmente hormona ovárica y hormonas que estimulen el depósito de grasa. Para lo primero están indicadas ciertas sustancias como el proginón y el ojival (estimulantes del tejido glandular propiamente dicho), y para lo segundo recurriremos a una dieta de sobrealimentación favorecida con la administración de insulina (estimulante del depósito de grasa en la mama). (*Deutsche med. Wochenschrift*; 1932, núm. 36.)—F. G. D.

A. Hustin. VARIACIONES DE LA TEMPERATURA PROVOCADAS EN EL HOMBRE POR LA INYECCIÓN DE GONO-VACUNA.—Comparando Delrez y Lambert la acción de la gono-vacuna, inyectada en las venas, con la de su introducción en la mucosa del cuello uterino han llegado a la conclusión de que sus efectos son idénticos, no sólo bajo el punto de vista de su acción terapéutica, sino también bajo el de las reacciones generales presentadas por las enfermas, siendo las más constantes y las más características de dichas reacciones las variaciones de temperatura. Por tal causa, para el que quiera estudiar la fiebre y su mecanismo, la inyección

intravenosa de vacuna constituye un medio seguro y cómodo.

Con la inyección de gono-vacuna hecha en las venas (y lo mismo en la mucosa del cuello uterino) después de un tiempo de latencia de treinta a treinta y cinco minutos, las temperaturas del recto, de la axila y de la mano, que hasta entonces se habían mantenido a un nivel constante, cambian de marcha en el mismo momento. Mientras que la temperatura rectal y axilar se elevan, la de la mano desciende.

Con bastante rapidez, recorriendo a veces tres grados en dos horas, la temperatura rectal se eleva a los 40°, manteniéndose a este nivel durante cierto tiempo, para descender en pendiente suave y volver a su punto de partida en unas diez horas.

La temperatura axilar sigue con bastante fidelidad las variaciones de la rectal con algunas décimas de diferencia por debajo.

La curva más característica y la más desatendida es la proporcionada por el termómetro colocado en la mano. En el momento en que la curva rectal se inclina hacia arriba, la de la mano desciende bruscamente muy abajo, a 35.5 y aún menos. De ordinario permanece a este nivel durante media hora o una y, presentando a veces algunas oscilaciones, sube a continuación en flecha hasta alcanzar su máximo siempre inferior a la temperatura rectal. Es un hecho digno de tenerse en cuenta, que ya se trate del descenso principal o de los descensos secundarios, la fase de bajada es siempre más larga que la de subida.

Ordinariamente la temperatura de la mano no permanece largo tiempo en su apogeo, descendiendo al mismo tiempo que la del recto, paralelamente a ésta y un poco por debajo, para volver a su nivel inicial diez horas después que ella.

En cuanto a los síntomas presentados por los enfermos se les ve siempre sobrevenir durante las mismas fases de las curvas térmicas y, con predilección, durante las fases descendentes de la temperatura de la mano.

Los enfermos acusan en primer término cefalalgias, las cuales coinciden exactamente con la caída de la temperatura en la mano; vienen después los escalofríos, las sensaciones de frío, las náuseas y los vómitos, trastornos que aparecen hacia la mitad de la fase descendente y se atenúan o desaparecen en lo más bajo de la curva. Los cólicos y las diarreas se separan claramente del primer grupo de síntomas y se declaran cuando la temperatura de la mano está cerca de su máximo o ha llegado ya a él.

Durante toda la duración de la hipotermia periférica los enfermos se sienten incómodos y molestos, anunciándose la subida terminal por una sensación de bienestar. Cuando aparecen transpiraciones, las diferentes curvas térmicas han dibujado ya su bajada definitiva cierto tiempo antes.

El autor pone fin a su trabajo llamando la atención sobre las ventajas que presentan las curvas continuas de temperatura sobre las enseñanzas inesperadas que proporciona el termómetro colocado en la mano, sobre el interés que encierra confrontar la temperatura del recto con la de la mano y, por último, sobre la coincidencia en el tiempo de ciertos síntomas con las variaciones térmicas, de las cuales algunas son sin duda independientes de la termogénesis. (*La Presse Médicale*, núm. 25, 29 de marzo de 1933.)—T. R. Y.

Pauline Beregoff. EL CÁNCER EN RELACIÓN CON LAS SECRECIONES INTERNAS.—El autor emite estos interesantes pensamientos al comienzo de su artículo, trazados en su teoría:

1.º Que el cáncer es una enfermedad constitucional y no local.

2.º Que la lesión es la manifestación local del desorden constitucional.

3.º Que el proceso mórbido de la enfermedad comprenden factores importantes que dominan su evolución del modo siguiente:

- a) Perturbaciones de las funciones endocrinas.
- b) Cambios químicos y biológicos de la sangre.
- c) Traumatismos.
- d) Aparición de la lesión y evolución de la misma.

4.º La curación posible depende de un estudio científico profundo de cada punto de vista de una enfermedad constitucional basada sobre perturbaciones endocrinas.

5.º La lesión puede prevenirse por un examen detenido de las personas que pertenecen a familias predispuestas al cáncer.

La teoría de su pertenencia y sobre la que ha enunciado todos los pensamientos anteriores está basada en los puntos que a continuación se mencionan:

- 1.º Observaciones clínicas.
- 2.º Experiencias en animales de laboratorio.
- 3.º Recambios químicos y biológicos de la sangre.
- 4.º Hechos de importancia suma a él revelados por una amplísima revisión de la literatura científica de este tema. (*Revista Médica de Colombia*, Bogotá, volumen II, núm. 22, 1932.)—H. S.

M. Cappelle. LA ANSIEDAD Y SU TRATAMIENTO POR EL HIPOSULFITO DE MAGNESIO.—Comienza definiendo el autor la ansiedad y describiendo con gran minuciosidad sus síntomas, como así mismo pasa rápida revista a los medicamentos en ella usados sin resultado alguno. Ya sabemos que el hiposulfito de magnesio posee propiedades anti-choc, y utilizándose, por tanto, en las psicosis maniaco depresivas hemos visto que ejercía una influencia muy notable sobre el síndrome ansiedad. Al comienzo debe emplearse en ampollas de 10 c. c., o sea un gramo de medicamento; se harán tres inyecciones seguidas durante tres días consecutivos; siguiendo más adelante por dosis crecientes que sirvan a modo de tanteo para la sensibilidad del paciente, deben practicarse por vía venosa. El tratamiento lleva la ventaja de su inocuidad que permite usarlo durante mucho tiempo seguido, siempre que se tenga el cuidado de practicar la inyección con suma lentitud; a veces en el momento de inyectar se siente sequedad de boca y sabor metálico, congestión de la faz y neblina ocular; todos estos trastornos son tan leves como pasajeros. Accidentes de carácter grave ni aun medianamente grave no se han visto incluso en enfermos que llevaban ya lechas más de 300 inyecciones. Esto prueba de un modo absoluto la inocuidad del medicamento.

El hiposulfito, dice al acabar su artículo el doctor Cappelle, actúa más que como curativo como sedativo.

Explica a continuación, de un modo muy prolijo, su pensamiento acerca de cómo actúa el citado medicamento e inserta numerosas historias en las que pueden verse los resultados expuestos. (*L'Echo Medical du Nord*, Lille, núm. 22, 3 de junio de 1933.)—JUAN H. SAMPELAYO.

Berck Christon. UN NUEVO MÉTODO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL ACEITE DE HÍGADO DE BACALAO.—Ya sabemos el alto valor que como reconstituyente tiene de siempre dicho cuerpo; ahora bien, su gran indigestibilidad y mal sabor han hecho que en gran número de casos—niños sobre todo—haya que haber prescindido de él. Algunos autores han intentado administrarlo por inyecciones—subcutáneas e intramusculares—, pero han fracasado por los nódulos duros, dolorosos y persistente que las mismas producían. Christon ha hecho ensayos de administrarlo por la vía rectal; para ello practica un enema evacuador y acto seguido, y por me-

dio de una sonda, introduce 120 centímetros cúbicos en los adultos y 60 en los niños. No produce éste trastornos irritativos ni digestivos de ninguna clase como asimismo tampoco da lugar a dolores. La administración del aceite debe realizarse todos los días con un descanso de ocho al mes. Los resultados han sido muy halagüeños en niños raquíticos, anémicos, enfermos caquéticos y enfermos de tuberculosis ósea. (*Bruxelles Medical*, núm. 27, mayo de 1933.)—J. H. SAMPELAYO.

Uriarte y Palma. EL ANTÍGENO METÍLICO EN LA KERATO-CONJUNTIVITIS FLICTENULAR DE LOS NIÑOS.—Después de un detenido e interesante estudio acerca de tan apasionante tema, los autores realizan las siguientes conclusiones basadas además en muy numerosas historias clínicas.

1.ª El antígeno metílico de Boquet y Negre tiene una acción terapéutica eficaz en más del 90 por 100 de niños afectos de kerato-conjuntivitis flictenular.

2.ª En un 10 por 100, casi siempre algo menos, no ejerce acción curativa.

3.ª En 19 de los casos anteriores había nueve que su estado patológico explicaba el fracaso del método.

4.ª Si de estos diez antígeno-resistentes se separa el que padecía tan solo la lesión ocular los otros nueve son bacilares.

5.ª En los bacilares el tratamiento a emplear debe ser el de la bacilosis y no el de la keratitis flictenular. (*Archivos de Pediatría del Uruguay*, tomo III, núm. 8, agosto de 1932.)—J. H. S.

G. Riennau y A. Bonsirven. LA ANESTESIA RECTAL POR EL TRIBROMOETANOL EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA DIARIA.—He aquí los puntos principales que según los autores deben observarse y realizarse en una anestesia rectal por el tribromoetanol.

Debe, ante todo, estudiarse al enfermo tanto en sus condiciones estaturales—edad, sexo, talla, peso y hábitos—como viscerales—tensión arterial, análisis de orinas—. Debe prepararse al enfermo en dos tiempos; en el primero se le purga y en el segundo se le pone una inyección de la fórmula siguiente:

Escopolamina	0,00025
Morfina	0,005

La inyección debe practicarse una hora antes de comenzar la anestesia.

La dosis del medicamento a emplear en la anestesia debe determinarse de los kilogramos de peso dada en centigramos del mismo por la adición de los coeficientes de los elementos, edad y sexo, de un lado, y estado general—bueno, mediano y malo—de otro.

La dosis total es siempre igual a la dosis por kilogramos de peso multiplicada por la cifra del peso anestésico; dicha dosis deberá ser disuelta en 40 veces su volumen de agua, y ésta debe encontrarse a una temperatura de 38º a 40º. El enema será realizado con gran lentitud y dejando transcurrir media hora entre el mismo y el comienzo de la intervención. Durante la anestesia, la mascarilla de Ombredanne, conteniendo éter, hará respirar al paciente una mezcla rica en CO₂ y pobre en éter, que bastará para completar la anestesia que hemos obtenido con el tribromoetanol por la vía rectal. (*Bruxelles Medical*, núm. 34, 25 junio 1933.)—H. S.

Lipiodol Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro
del Doctor **LAFAY**

**“ASCENDIENTE” Y
“DESCENDIENTE”**

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

**SANTAL
MIDY**

Inofensivo y de una Pureza absoluta

**CURACION
RADICAL
Y RÁPIDA**

(Sin Copalba — ni Inyecciones)
de los Flujos Recientes ó persistentes

PARIS, 8, Rue Vivienne y en todas las Farmacias

Exigir la Firma

Santal Midy

Sobre el rótulo

Exigir el Nombre

MIDY

Sobre cada cápsula

Jugo de carne Valentine's.

El mejor alimento para convalecientes el

JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Por la excelencia del método empleado en su elaboración por el cual este preparado se acerca más a la carne fresca que todos los demás extractos de carne; por estar siempre listo para su absorción inmediata y por la perfección con que conserva sus buenas cualidades en los climas más cálidos, es preferible siempre por las eminencias médicas de Europa y América.

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América.

VALENTINE'S MEAT - JUICE Co.

Richmond, Virginia, U. S. A.

Los señores médicos puedan pedir folletos
conteniendo testimonios clínicos.

Agentes generales para España y sus colonias

E. DURAN, S. en C.

Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

Caldas de Oviedo

Agua oligometálica, muy radiactiva. Temperatura 43°. Enfermedades del aparato respiratorio. Reumatismos crónicos 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

Balneario de Carlos III

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte

Clima de montaña, 780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas

INFORMES Y FOLLETOS:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid

Establecimiento Balneario de Arnedillo (Logroño)

Agua termal (52° 5 c.) clorurado-sódica (5 gramos en litro) sulfatado bromurado, con litio y rubidio, notablemente radioactiva (1.142 voltios hora litro).

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

Aplicaciones completas de Lodos vegeto minerales, únicos en España.

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

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

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

ALZOLA

(Guipúzcoa)

Oligo metálica, marcadamente litínica, radioactiva, 30°

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

Temporada:

15 de junio al 15 de octubre.

Jarabe “DEYEN” de Manzana Laxante

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños

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

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

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

¡Cuidado! Padid el DEYEN pues hay Imitaciones.

CESTONA

AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA
(S. A.)

(GUIPÚZCOA) cerca de San Sebastián

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Únicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del

HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, etc. etc.

Se exportan en botellas de a litro.—De venta en todas las farmacias y droguerías.

Temporada oficial: De 15 de junio a 30 de septiembre

ITINERARIOS: Para viajeros procedentes de la línea del Norte, estación Zumárraga.—Para la línea de los Vascongados de Bilbao a San Sebastián, estación Zumaya.—El ferrocarril eléctrico de «UROLA», de Zumárraga a Zumaya, se une con el Norte en Zumárraga y en Zumaya con el de los Vascongados, pasando por Cestona, con estación en el mismo balneario, llamada CESTONA-BALNEARIO

Pídanse noticias directamente a CESTONA (Guipúzcoa)

individual del obrero. Recomendó a los médicos que vigilasen los locales y las condiciones del trabajo, cambiando de oficio a los mal adaptados, estudiando la morbilidad de las personas que viven en la vecindad de los lugares de trabajo malsano, examinando minuciosamente a los enfermos, sin abandonar ni a los crónicos ni a los incurables, porque siempre es posible atenuar sus sufrimientos y disminuir los estragos de las enfermedades profesionales.

Ningún Gobierno, ninguna institución quiso inspirarse en estas enseñanzas. Y varios lustros después de su muerte, Ramazzini habría parecido olvidado si uno de sus colegas de la Universidad de Pádua, G. B. Morgagni, el fundador de la anatomía patológica, no le hubiese asegurado la inmortalidad. La vida de Ramazzini puede compararse al curso de un río que desaparece y que, después de haber seguido corriendo subterráneamente, surge nuevamente a la luz. Fué solamente después de las guerras napoleónicas, con la revolución industrial, con la incorporación al trabajo de las mujeres y los niños y la

CATARROS. TOS JARABE MADARIAGA benzocinámico

renovación de la solidaridad humana, cuando reapareció el recuerdo de Ramazzini. Las grandes informaciones sanitarias del siglo XIX, las novelas y piezas de teatro descriptivas de la vida popular, hicieron comprender sus olvidadas palabras y determinaron este gran movimiento que inscribe los principios de sus enseñanzas entre las decisiones de la Conferencia internacional de Washington.

El apostolado médicosocial de Ramazzini se basaba en los tres principios siguientes:

Todo médico debe conocer la vida profesional de sus enfermos.

Todo trabajo se hace peligroso si se practica con exceso.

Prevenir es siempre más importante que curar.

La enunciación de estos tres postulados es suficiente para reivindicar este final del siglo XVII, tan frecuentemente tachado de período oscuro y sin contenido. A Ramazzini se le puede aplicar lo que Gaetano Filangero, un gran italiano del siglo XVIII, dijo del filósofo: "Si las luces que alumbró no son útiles a su siglo y a su patria, lo serán seguramente para otros siglos y otros países. Los ciudadanos de todas las naciones, los hombres de todos los tiempos, el universo y su patria, el mundo y la escuela donde enseñó, sus contem-

ANTIPHLOGISTINE

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

poráneos y la posteridad, son sus discípulos."

Un reciente pasado nos permite hoy afirmar que todos los países civilizados, e Italia en particular, han escuchado al fin provechosamente el lejano llamamiento de Bernardino Ramazzini.

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



El cinematógrafo educativo

"Longum iter per praecepta, breve per exempla."

SÉNECA.

Séneca, Horacio y Plinio el Joven, proclamaron ya la prioridad del sentido de la vista sobre el del oído.

Del mismo modo, Cicerón, en su "De Oratore", método didáctico basado en la demostración visual, recomienda "hacer" de modo que las imágenes sean activas, vivientes, características, que se presenten rápidamente al espíritu y lo impresionen.

Esta definición casi perfecta de la imagen cinematográfica es de veinte años anterior al invento de los hermanos Lumière.

Más tarde, Rabelais, Montaigne, Rousseau, Pestalozzi, entre tantos otros, edificaron sus principios de educación sobre este método a la vez objetivo e intuitivo.

La introducción del cinematógrafo en la enseñanza debía facilitar de un modo sorprendente la educación visual.

Un viejo proverbio chino dice "que una persona que ve vale más que mil personas que hablan". Inspirándose en esta verdad, numerosos educadores olvidaron el peligro del abuso y creyeron poder sustituir la película a la enseñanza oral. Pero el cinematógrafo no reemplaza nada, es sólo un perfeccionamiento y un complemento de la enseñanza visual. Por eso, la falsa concepción de su utilización fué origen de múltiples controversias que dificultaron momentáneamente la generalización del nuevo método. Aleccionados por el error, los maestros no dan actualmente a la proyección animada más importancia de la que en realidad tiene. Así, poco a poco, el cinematógrafo ha llegado a ocupar en todos los grados de la enseñanza el lugar que lógicamente le corresponde.

El programa de la Cruz Roja en tiempo de paz obliga en muchos casos a las Sociedades nacionales a realizar obra instructiva: formación de personal especializado (enfermeras, samaritanas, camilleros), propaganda en favor del reclutamiento de miembros, educa-

cación popular de higiene, desarrollo de los vínculos de amistad entre los niños de la Cruz Roja de la Juventud. Para esta obra pueden las Sociedades nacionales utilizar con provecho películas instructivas y de propaganda, y los problemas que plantea el empleo del cinematógrafo merecen un estudio detallado.

La película instructiva constituye un complemento de los cursos especiales organizados por las Sociedades de la Cruz Roja para formar un personal especializado: enfermeras, samaritanos, camilleros. Esta película es de orden pedagógico; su fin es instruir sin tratar de agradar o distraer. Ha de interpretar la verdad en los hechos y su técnica cinematográfica debe ser plenamente satisfactoria. Una buena película instructiva es el resultado de una colaboración estrecha entre un especialista en la materia de que se trate y un técnico de cinematógrafo.

La película de propaganda trata sobre todo de captar el interés de un público no especializado, con el fin de instruirlo y distraerlo.

Constituye en manos de los directores

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

de los Comités de Cruz Roja un instrumento poderoso de propaganda para conferencias populares, campañas de reclutamiento de socios y de "días" o "semanas" de la Cruz Roja.

La mejor película de propaganda será la que más hábilmente disimule el fin que persigue, pero cuya idea esencial logre inculcarse en el espectador. Para que pueda desempeñar este papel educativo es preciso que el asunto, así como su realización, sean apropiados a las posibilidades de comprensión del público a que se destina. Sus cualidades dominantes serán: sencillez, claridad y realización perfecta.

En la enseñanza popular de higiene más que en cualquier otro dominio, constituye el cinematógrafo una arma poderosa. ¿Cómo inculcar en el espíritu del público con mayor fuerza las reglas elementales de higiene que hay que observar para defenderse de las múltiples y diversas enfermedades que nos amenazan constantemente? Gracias al cinematógrafo, instalado en los equipos ambulantes de propaganda, la educación popular de higiene ha llegado a las poblaciones rurales privadas hasta ahora de los adelantos hechos en el curso de los últimos años para mejorar la salud y prevenir las enfermedades. Sin exagerar puede decirse que uno de los resultados de esos equipos ambulantes de propaganda, cuyo funcionamiento es conocido, ha sido llamar la atención de

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

los poderes públicos sobre el problema de la higiene rural.

La introducción de la película en los programas de enseñanza y de educación social ha provocado inmediatamente, en las esferas interesadas, vivas discusiones a propósito de la superioridad de la película sobre el diapositivo. De los argumentos aducidos por los partidarios y adversarios de la proyección fija, resulta que siendo diferentes el uso del diapo-

Estreñimiento. Supositorios Evacuatil Rivalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis. Preparación de óvulos y supositorios. Rambla Cataluña, 44, BARCELONA

sitivo y el de la película, conviene utilizarlos según las circunstancias. En tanto que la película no vale sino por el movimiento que reproduce, el diapositivo debe utilizarse cuando hay que enseñar un objeto o una actitud, es decir, un sujeto inanimado sometido al examen minucioso del público o que necesita un largo comentario. Muchos pedagogos han optado abiertamente en favor de la proyección fija, porque la facultad de recepción visual de los niños no permite registrar las evoluciones demasiado rápidas de la proyección animada.

Desde luego, el factor "público" es el que debe guiar a los organizadores, tanto desde el punto de vista del asunto como en la selección de películas. Si se trata de un auditorio especializado, el conferenciante puede utilizar películas técnicas y científicas; pero si se trata de la masa hay que presentar películas amenas y hasta divertidas. El éxito de una conferencia depende a veces de las películas. Si el auditorio se compone de trabajadores modestos o de aldeanos, a quienes se desea inculcar costumbres de higiene corporal y alimenticia, no hay que proyectar películas cuya acción se desenvuelva en un hogar provisto de cuarto de baño, en el que se reúne la familia a la hora de comer frente a una mesa puesta lujosamente, pues los espectadores deducirán que "la higiene es un lujo que sólo pueden permitirse las clases acomodadas".

Si el conferenciante desea persuadir al público de la necesidad de conocer el diagnóstico de una enfermedad en cuan-

CARABAÑA: el mejor purgante

to aparecen los primeros síntomas y de confiarse al médico sin vacilación, se aconseja no proyectar películas que muestren casos clínicos u operaciones quirúrgicas susceptibles de impresionar demasiado al público y acaso suscitar en un enfermo el temor de operarse o de consultar al médico.

Hoy es más fácil evitar la proyección de ciertos pasajes demasiado realistas o científicos, la técnica de los dibujos animados ha hecho tales progre-

sos, que el ingenio de los dibujantes especializados permite esquematizar de un modo sencillo los fenómenos científicos.

La cuestión de saber en qué momento hay que comentar la película ha sido frecuentemente discutida y diversamente apreciada. La opinión general de los que utilizan películas de educación social es contraria al comentario durante la proyección. Si el conferenciante habla mientras se proyecta la película o no le escuchan o de escucharle pierden el hilo de la proyección o la atención oscila entre las impresiones visuales y las impresiones auditivas con detrimento de ambas. Para evitar al auditorio este esfuerzo que puede comprometer el éxito de la conferencia, se aconseja hacer una introducción verbal antes de proyectar la película. También pueden hacerse algunas indicaciones acerca de las circunstancias en que ha sido impresionada. Después, en el curso de la proyección, se limitará la intervención eventual del conferenciante a algunas observaciones muy breves, teniendo siempre en cuenta que una buena película debe ser lo suficientemente comprensiva para no necesitar explicaciones complementarias. En fin, terminada la proyec-

RINOGOL

Para antisepsia nasal.

J. DOMINGO CHURTÓ
C. Libertad, 14, BARCELONA

ción, el orador sintetiza la película, saca las conclusiones más favorables para su tema y hace, en suma, el resumen de la conferencia.

Muchas veces el anuncio de proyecciones cinematográficas constituye el principal atractivo para el público; pero hay que evitar que el tiempo consagrado a las proyecciones no venga a romper el equilibrio del acto, pues del mismo modo que un relato demasiado extenso produciría aburrimiento, la proyección de películas exageradamente largas fatigaría el auditorio. Más vale proyectar una película bien escogida que varias películas más o menos relacionadas con el tema y que necesiten un tiempo de proyección exagerado.

Para muchas Sociedades nacionales de la Cruz Roja se plantea el problema de saber en dónde pueden procurarse buenas películas. Hemos de reconocer que desgraciadamente los productores de películas han abandonado en el curso de estos últimos años la edición de películas de educación social para consagrarse exclusivamente a las películas espectaculares. ¿Se puede reprochar a un industrial que tome en consideración únicamente su interés comercial? La película de educación social ofrece a los productores un mercado reducido que no les garantiza la amortización de su capital, porque la película es una mer-

cancia cara y los créditos de que disponen para su propaganda las Sociedades nacionales de la Cruz Roja no les permiten en muchos casos adquirir las buenas películas de educación social que existen en los países productores.

Algunas Sociedades de la Cruz Roja han logrado, sin embargo, crearse una

Testogan
"Henning"
Neurastenia sexual,
Impotencia etc.

buena colección comprando las películas en su propio país o en el extranjero, en algunas ocasiones por intermedio de la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja; también hay Sociedades que han hecho impresionar sus propias películas. A veces, han obtenido resultados satisfactorios, pero en ciertos casos las películas eran deficientes por falta de experiencia o porque los créditos eran limitados. Si no se dispone de un capital importante, pueden adquirirse buenas películas en ciertos países o servirse de los centros de distribución abonando el alquiler. En muchos países existen oficinas nacionales y regionales cinematográficas fundadas por los poderes públicos o por iniciativa privada, en las que prestan, en determinadas condiciones, películas de enseñanza y de educación social.

En el dominio internacional las Sociedades de la Cruz Roja pueden utilizar los servicios del Instituto Internacional del Cinematógrafo educativo de la Sociedad de Naciones, que se esfuerza en reunir toda la documentación relativa a las películas de enseñanza y de educación social que existen en el mundo. Este Instituto ha compuesto ya una parte de ese formidable catálogo mundial, que trata de llevar regularmente al día. También por iniciativa suya los órganos competentes de la Sociedad de Naciones han redactado, después de labo-

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

riosos estudios, un protocolo suprimiendo las barreras aduaneras para la circulación internacional de películas educativas. Dicho protocolo está sometido a todos los Gobiernos para su ratificación.

En fin, ¿es necesario recordar aquí que la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja posee una colección de 150 películas que pone a la disposición de las Sociedades nacionales para su propaganda?

CAPITULO IX

DE LAS EXENCIONES

Art. 230. Tanto las Mutualidades patronales como la Caja Nacional de Seguros de Accidentes, estarán exentas de toda clase de impuestos por los actos y contratos relativos a la aplicación del presente Reglamento, debiendo librarse y expedirse gratuitamente por las autoridades todos los documentos que se relacionen con dicha aplicación.

Art. 231. Las pensiones que se abonen al obrero o a sus derechohabientes, como indemnización por accidente del trabajo, en los casos de incapacidad permanente o muerte, así como los capitales que pueden constituirse para el abono de dichas pensiones o rentas, se declaran exentos del pago de derechos reales y de cualesquiera otros impuestos.

Asimismo quedarán exentos del impuesto del Timbre las pólizas y libros de la Caja Nacional.

Art. 232. Como parte integrante que es del Instituto Nacional de Previsión, la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo, gozará de la tarifa especial de impresos para su correspondencia con las Cajas co-laboradoras u otros órganos locales y asegurados, patronos y obreros, y de las demás extensiones fiscales y privilegios otorgados a aquél por la ley de 27 de febrero de 1908 y sus disposiciones complementarias.

Art. 233. Todas las reclamaciones que se formulen por el obrero o sus derechohabientes, así como las certificaciones y demás documentos que se expidan a los mismos, tanto con ocasión de la aplicación de las disposiciones fundamentales como de las reglamentarias, se extenderán en papel común.

Art. 234. Las rentas que abone la Caja Nacional serán, en todo caso, propiedad de los beneficiarios, gozarán de la exención del artículo 428 del Código de Comercio y no podrán ser objeto de cesión, embargo ni retención alguna, con arreglo al artículo 31 de la ley de 27 de febrero de 1908.

Los capitales que las Mutualidades y Compañías ha-

pirá la prescripción de la acción para reclamar, en su caso, contra los segundos, si éstos no hubiesen sido demandados, citados judicialmente, requeridos, o advertidos directa y expresamente en forma legal e indubitada dentro del mismo plazo.

Solamente las causas o pleitos de culpabilidad suspenderán el término de la prescripción para unos y otros, dentro de los conceptos precisos del segundo párrafo del artículo anterior.

Art. 219. Todas las reclamaciones de daños y perjuicios por hechos no comprendidos en las presentes disposiciones, o sea aquellos en que mediare culpa o negligencia, exigible civilmente, quedan sujetas a las prescripciones del Derecho común.

Art. 220. Si los daños y perjuicios fueran ocasionados con dolo, imprudencia o negligencia, que constituyan delito o falta con arreglo al Código penal, conocerán de ellos en juicio correspondiente los Tribunales ordinarios.

Art. 221. Si los Tribunales ordinarios acordasen el sobreseimiento o la absolución del procesado, quedará expedito el derecho que al interesado corresponda para reclamar la indemnización de daños y perjuicios, según las disposiciones de este Reglamento.

Este artículo y los dos anteriores se aplicarán tanto al patrono como al obrero.

Sección 3.ª—De las sanciones.

Art. 222. El incumplimiento de las obligaciones establecidas en la ley y en su Reglamento, lo mismo por parte de los patronos que por parte de las Mutualidades o Compañías aseguradoras, será castigado con las sanciones que establecen los artículos siguientes.

Art. 223. El patrono que no haga el seguro contra el riesgo de incapacidad permanente o muerte de sus operarios, en el plazo reglamentario, o no lo renueve oportunamente, o no lo complete en caso de aumento del número de obreros declarado primeramente; el que cometa falta intencionada de exactitud en las declaraciones para el Seguro, extija a los obreros, directa o indirectamente, todo o parte de las cuotas del Seguro e in-

curra en falta de pago de estas mismas cuotas, después de formulados los oportunos requerimientos por las autoridades, será castigado con multa de 25 a 250 pesetas; en caso de primera reincidencia, con multa de 250 a 500, y en segunda reincidencia, con multa de 500 a 1.000 pesetas.

Para el señalamiento de las infracciones e imposición y exacción de las multas, será aplicable el decreto de 4 de diciembre de 1931 sobre sanciones por incumplimiento de las leyes de Seguros sociales obligatorios.

Art. 224. El incumplimiento de los preceptos reglamentarios referentes a la aplicación de los mecanismos y medios preventivos de los accidentes del trabajo, y de las medidas de higiene y seguridad establecidas, se castigará, independientemente de la responsabilidad civil o criminal que proceda, con multa de 25 a 250 pesetas; en caso de primera reincidencia, con multa de 250 a 500, y en segunda reincidencia, con multa de 500 a 1.000 pesetas; multas que se aplicarán en el grado máximo cuando, a juicio de la Inspección, pudieran ser gravísimos o inminentes los accidentes derivados de la inobservancia del Reglamento.

Art. 225. Las infracciones del Real decreto de 25 de enero de 1908, relativo a las industrias y trabajos prohibidos a los niños menores de dieciséis años y mujeres menores de edad, se corregirán con multa comprendida en los grados medio al máximo de las señaladas en el artículo anterior.

Art. 226. Los patronos y las Mutualidades o Compañías de Seguros que no presenten en las Delegaciones de Trabajo o Ayuntamientos el parte de baja y hoja de claratoria de los accidentes del trabajo ocurridos, acompañados de un Boletín estadístico, donde se consignarán con la mayor exactitud los datos respectivos, serán castigados con la multa de 25 a 250 pesetas.

Para que proceda la imposición de la multa deberá acreditarse, en caso de accidente leve, que el obrero o sus representantes han dado parte del mismo al patrono. Cuando se trate de accidente grave, el obrero queda relevado de cumplir este requisito, y su omisión no exime al patrono de la penalidad establecida en el párrafo anterior.

Art. 227. Cualquier infracción en general de los preceptos de la Ley o de los dictados para su cumplimiento, no comprendidos expresamente en los artículos anteriores, será objeto de multa de 25 a 100 pesetas.

Art. 228. Los actos de obstrucción se castigarán con multa de 250 a 1.000 pesetas siempre que tenga lugar en ocasión de visitas a explotaciones, obras o labores en que, por la naturaleza del trabajo, sea presumible, a juicio del inspector, la posibilidad de accidente. Para que pueda cumplirse este precepto, el inspector consignará aquel juicio en el oficio de remisión del acta.

Se considerará como obstrucción a servicio de Inspección del Trabajo o de Seguros sociales:

1.º La negativa de entrada a los Centros de trabajo, aun cuando éstos se hallen instalados dentro del domicilio particular del patrono.

2.º La negativa o resistencia, aunque sea pasiva, a presentar libros-registros del personal e informes relativos a las condiciones del trabajo.

3.º La ocultación del personal obrero.

4.º Las informaciones falsas.

5.º Cualquier otro acto que impida, perturbe o dilate el servicio de inspección.

Las reincidencias repetidas en la obstrucción, así como las infracciones, podrán motivar el cierre del centro de trabajo donde se produzcan, hasta que la inspección se verifique sin el menor obstáculo y se cumplan los preceptos legales infringidos, levantando de ello acta.

Dicho cierre se decretará por la autoridad competente, a propuesta del Consejo de Trabajo, motivada por el resultado del expediente instruido al efecto.

Art. 229. Para todo lo relativo a la inspección, el señalamiento y la manera de hacer efectivas las sanciones y a los recursos que puedan entablar los interesados, se estará a lo dispuesto en este Reglamento, y en los de las Inspecciones del Trabajo y de Seguros Sociales.

BIFOSFOTIOCOL

TOSES Y CATARROS

IODASA BELLOT

Solución titulada de IODO - PEPTONA - BELLOT
SIN IODISMO

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

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

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

LA IODASA se prepara en España desde el año 1907

F. BELLOT.—Antonio López, 163.—MADRID

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.

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

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas, 14.—Madrid

FUNDADO EN 1866

¡DOCTOR!...

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

Canforetil B. Martín

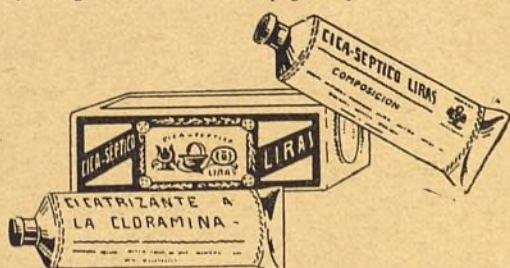
(Nombre registrado)

Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón).

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

Cica-Séptico Liras

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



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

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

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

Las enfermedades del

Estómago e Intestinos

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

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Ventas Principales Farmacias del mundo.

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.

ALMORRANAS



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

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

TONICO INFANTIL

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

FIMONAL

MEDICAMENTO

especial para el tratamiento de las
enfermedades del aparato
respiratorio.

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

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.[^]

Director: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

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: Rosario de Santa Fe, por el Dr. J. Álvarez Sierra. — Para cumplir un acuerdo. — Un acto ejemplar. — Colaboración independiente: Carta contestada: Los Colegios Médicos suelen ser así, por J. Navarro Santi-Andreu. — 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

Los psiquiatras andan locos. — Inauguración del Congreso Internacional de Homeopatía. — Nueva Junta en el Colegio de Valencia.

¡Ojo hasta en las uñas, Pedrito! Así recomendaba vigilancia el personaje de la admirable comedia quinteriana "Los galeotes" esperando del loro la guarda de los intereses que apetecía asaltar la despreocupación del tipo central de la obra.

¡Ojo, hasta en las uñas, Pedrito! Parece gritar a la prensa vigilante la actitud alarmadísima de los psiquiatras españoles.

Lo que pasa no es para menos. Es necesario leer con detenimiento la parte oficial que publicamos en este número. Leer despacio y saber algo de lo que pasa y se murmura en torno de esa dirección del *Hospital psiquiátrico judicial*, complementando todo esto con el anuncio de creación de la cátedra de Psiquiatría en la Universidad Central.

Ya apuntábamos hace dos números que nos parecía mucho aire sanitario el que se levantaba desde la Dirección de Prisiones; y ya decíamos también que bueno era el viento, pero que temíamos la polvareda.

¡Floja está siendo! Pero entiéndase, y bien claro, que la situación actual de la clase médica no permite movimiento que pueda parecer mal hecho. Sépase por quien corresponda que estamos dispuestos a plantear de una vez para siempre la cuestión de todas las habilidades preparatorias de lo arbitrario y lo absurdo.

No se puede proceder más que con luz y taquígrafos. Nada de pensiones habilidosas para veranear en el extranjero y hacer méritos *epatantes*. Nada de combinaciones pseudo políticas y pseudo científicas. Esos puestos, bien creados y necesarios, para quienes demuestren en pública y libre oposición su indiscutible superioridad preparatoria.

Toda la clase médica está ya harta de que se la impongan prestigios que no aparecen luego por ninguna parte. Se acabó ya eso de: *Fulano sabe de tal*

cosa mucho y es formidable y cuatro camamas de Prensa diaria avaladas por señores sin ninguna responsabilidad científica. ¡Quien valga, que lo demuestre..., y cartuchera en el cañón!

Es asombrosa la ligereza con que se entrega la Prensa no técnica a la tarea de hacer famas médicas. Sin salirnos de la actualidad de este asunto, hemos leído en un periódico de la noche quién le parece ser el patriarca indiscutible de la psiquiatría en España. ¡¡Jesús, hijo de María!! ¿Creen ustedes que, por mucha amistad que impulse a la alabanza, se puede sentar semejante afirmación rota? ¿Es que autoriza a semejante entronizamiento cualquiera labor desflecadamente literaria, fracasadamente original, mecánicamente extravagante y en su mayor parte manca de autoridad científica?

A no ser que traducir una obra del francés nos lleve al patriarcado de una especialidad científica con la ayuda de medio ciento de artículos chirles y ebanes y cuatro docenas de discursillos para indocumentados. Esto no puede continuar así. Es necesario que la gente médica que trabaja seriamente, *que ve enfermos* y lee y escribe e investiga de verdad se encuentre amparada por algo de más valor que cuanto supone un articulillo a vuela pluma en una redacción de periódico diario.

Nosotros llamamos la atención de toda la Prensa médica nacional *que no esté sometida a influencias limitadoras de su criterio propio*, y en nombre y en defensa de los médicos que trabajan y esperan les decimos como en "Los galeotes": ¡Ojo hasta en las uñas, Pedrito!

* * *

Se celebró en el Hotel Palace la inauguración del Congreso Homeopático Internacional, bajo la presidencia del ministro de la Gobernación, señor Casares Quiroga. Asistieron al acto numerosos delegados españoles y extranjeros.

En la mesa presidencial tomaron asiento el director general de Sanidad, don Julio Bejarano; el presidente del Congreso, Dr. Torres Oliveros; el secretario general de la Liga Internacional Homeo-

pática, señor Viñals, y el delegado de Amsterdam, señor Tuinzing.

El señor Torres Oliveros dirigió un saludo a los congresistas e hizo una breve historia de la homeopatía, dedicando frases enaltecedoras al creador de esta ciencia médica, el Dr. alemán Hanhemann, cuyo busto presidía la reunión.

El ministro de la Gobernación dirigió también un saludo cordial en nombre del Gobierno a los congresistas y manifestó que representaba una gran satisfacción para todos los españoles haber reunido en Madrid a tan distinguidos miembros de la ciencia homeopática de la mayor parte de los países del mundo, en un ambiente de gran cordialidad. Deseó que la estancia de los delegados extranjeros en España les sea grata y a fin de que puedan llevar a sus respectivos países un recuerdo perdurable de nuestra nación.

Terminada la sesión inaugural se celebró la primera sesión del Congreso, presidida por el señor Torres Oliveros, y se presentaron diversas ponencias, de que daremos cuenta extractada en números sucesivos.

* * *

El Colegio de Médicos de Valencia ha celebrado elecciones para los cargos de su Junta de gobierno. Resultaron elegidos los señores siguientes:

Presidente, don Antonio Cortés Pastor, Valencia; vicepresidente, don Salvador Virgilio Bonet Jor-

dán, Valencia; secretario, don Manuel Monforte Raga, Cartarroja (Torrente); tesorero, don Evaristo Navarro Sánchez, Valencia; contador, don Ernesto Sanz Roselló, Játiba; vicesecretario y vocal II.º, don Eduardo Albert Arambul, Valencia.

Felicitamos a la nueva Junta y les deseamos una eficaz y lucida gestión.

DECIO CARLAN

Las Universidades de América

Rosario de Santa Fe

La Universidad de Rosario de Santa Fe, en la República Argentina, llamada también, Universidad del litoral, es uno de los Centros pedagógicos más modernos y de más rápida evolución. Fundada sobre la base de la antigua Escuela normal tuvo en 1930 una matrícula de 2.350 alumnos, repartidos en las Facultades de Medicina, Agronomía, Letras, Ciencias, Leves y Farmacia. La primera y la última, o sea Farmacia y Medicina, consumen el ochenta por ciento de la población escolar.

Se caracteriza esta Institución docente por su tendencia marcadamente germanófila, hasta el extremo de que algunos de sus profesores son universitarios alemanes, contratados por el Gobierno federal de Santa Fe. En Medicina, la cátedra de Fisiología está a cargo de un ilustre médico de la Facultad de Berlín. Acaso influya la superioridad numérica de la colonia alemana, sobre la de los demás países.

Tenemos a la vista el cuadro de asignaturas de los estudios médicos, que es el siguiente:



El ilustre Dr. Gimeno rodeado de algunos asistentes al homenaje que se le ha rendido en el balneario de Cestona con ocasión de haber sido jubilado.

Primer curso.—Anatomía descriptiva. Histología normal. Embriología. Química biológica.

Segundo curso.—Anatomía topográfica. Fisiología. Física médica. Fisiología patológica. Anatomía patológica.

Tercer curso.—Semiología y Clínica propedéutica. Microbiología y Parasitología. Farmacología. Patología médica. Patología quirúrgica.

Cuarto curso.—Obstetricia y Ginecología. Higiene. Pediatría y Puericultura. Medicina operatoria. Psiquiatría.

Quinto curso.—Clínica médica. Clínica quirúrgica. Clínica dermosifiliográfica. Clínica génito-urinaria. Clínica terapéutica.

Sexto curso.—Clínica oftalmológica. Clínica otorinolaringológica. Clínica neurológica. Clínica obstétrica. Patología de enfermedades infecciosas.

Séptimo curso.—Clínica obstétrica. Clínica ginecológica. Clínica pediátrica y de puericultura. Clínica epidermológica. Fisiología y Medicina legal. Ortopedia y Cirugía infantil.

Como se ve, esta intensidad en las asignaturas de Clínica, da copia exacta de las Facultades de Hamburgo, Munich, Berlín, Colonia, etc., etc.

En Filosofía, Ciencias y Derecho, también se observa la tendencia de las normas pedagógicas y de la metodología centroeuropea. Así como en Córdoba y Buenos Aires conservan el espíritu latino, en la Universidad del litoral ocurre lo contrario. Nada tiene esto de particular si consideramos que se ha fundado a principios del siglo xx, cuando la cultura del pueblo alemán tenía sugestionado al mundo y los intelectuales de todos los centros académicos pusieron de moda sus doctrinas y criterios filosóficos.

Anejas a la Facultad de Medicina, existen una Escuela de Matronas y otra de Odontólogos.

La Facultad de Ciencias, da títulos de competencia en Arquitectura, Agrimensura y Química, como derivados de las secciones de Exactas, Físicas y Naturales.

En Derecho, existen los grados de Doctor en Leyes, notario y procurador. En Farmacia tiene gran número de aspirantes, el título de *idóneo*, análogo a nuestros practicantes.

* * *

Rosario de Santa Fe es una de las ciudades mejor situadas de América del Sur. Ofrece la ventaja natural, de que ocupa un sitio en el que río Paraná traza su mayor curva, avanzando más que ningún otro punto hacia el interior. No podrá fundarse para las provincias de tierra adentro, un puerto más próximo y de mejores relaciones comerciales. Rosario, es hoy escala obligada de todos los vapores que navegan en Paraná, y sostiene una comunicación directa con Europa por medio de los transatlánticos que remontan el río. Vista la ciudad desde la cubierta de uno de estos palacios flotantes, ofrece un espléndido panorama. Bordea la orilla con extensas líneas de edificios. Frente a ella, extiéndose el bosque de mástiles de las embarcaciones ancladas en el puerto.

Rosario, con sus 452.000 habitantes que hacen de ella la segunda metrópoli de la República, es la que contiene menos argentinos. Los extranjeros poseen las tiendas, las fábricas, los grandes almacenes de maquinaria, las casas de exportación, los hoteles. Los alemanes se han concentrado con una predilección especial en esta ciudad, así como los súbditos británicos, rusos, chinos, suizos, hebreos, noruegos, turcos y checoslovacos. Las colonias italiana y española son considerables. Se encuentran, en resumen, hombres de todas las procedencias e idiomas, que se funden en el crisol de la lengua castellana.

* * *

Como filial de la Universidad del litoral, se ha creado en Corrientes la Facultad de Agricultura, Ganadería e Industria, que cuenta con gran número de alumnos. El Decreto de fundación de la Universidad de Rosario es del año 1919, y empezó a funcionar en 1920. En dicho Decreto se establecían las normas para organizar o ir organizando las Facultades siguientes:

De Ciencias jurídicas y Sociales; de Química industrial y Agronómica; de Ciencias matemáticas, fisicoquímicas y naturales, aplicadas a la Industria; de Ciencias médicas; de Economía política y Sociología; de Agrimensura y Pedagogía de Farmacia; de Odontología.

Prácticamente hoy funcionan, Leyes, Medicina, Ciencias y Agronomía. Tan fuerte es la vitalidad y el progreso en la provincia de Santa Fe, que su Universidad será pronto una de las mejores de América.

DR. J. ALVAREZ SIERRA

Para cumplir un acuerdo

Todos los que asistimos a nuestra última asamblea extraordinaria de representantes, celebrada en Madrid en los últimos días de abril, jamás podremos olvidar el discurso tan sincero y lleno de verdades que pronunció el hoy reconocido por todos único paladín que tiene la clase médica rural, don Antonio Tuñón de Lara. Nos demostró tal conocimiento en nuestros problemas, dándonos a todos los que le escuchamos la sensación de haberlos vivido, y para prueba de la veracidad de estas líneas remito a todos los compañeros de España a los números de "La Voz Médica" 866 y 67, de fecha 5 de mayo del año actual, copiando de este último número lo que sigue: "Al terminar el discurso el señor Tuñón entre salvas de aplausos, el señor Gullón pidió que se imprimiera por cuenta de la Asociación y se repartiera a todos los médicos titulares de España. Igualmente pidió que se nombrara presidente honorario de la Asociación al señor Tuñón. Ambas proposiciones fueron aprobadas por aclamación."

Esta es la hora que nada se hizo, y como la causa parece ser la mala situación económica por que atraviesa la Asociación, debido a perderse el célebre pleito de Talleres Poligráficos, yo me atrevo a proponer a todos los compañeros de España, por ser así deseo del Comité Nacional, ya que los de Almería estamos dispuestos a hacerlo, por ser los iniciadores del homenaje, abrir una suscripción con el mismo carácter que tuvo el homenaje, con objeto de imprimir y difundir esa pieza oratoria en que debieron inspirarse nuestras autoridades sanitarias (sería otra cosa de nosotros) y ofrecerle bien en un pergamino artístico o placa con el nombramiento de presidente honorario, como testimonio y estímulo, para que el batallador diputado por Almería no desmaye en sus propósitos, como así lo viene demostrando y muy recientemente con la proposición de ley para evitar la invasión de titulares extranjeros.

Los compañeros que simpatizan con la idea pueden mandar su óbolo al domicilio de nuestra Asociación, plaza de Santa Cruz, número 7, principal, Madrid, con la indicación "Para el homenaje Tuñón", su nombre y la cantidad. Lo publicará nuestra Prensa profesional, donde se dará cuenta de la fecha de entrega y sitio.

FRANCISCO GIMENEZ CANO,

Serón (Almería), 16 de julio de 1933.

Un acto ejemplar

Donativo para el
Colegio de Huérfanos de Médicos

El director del Colegio de Huérfanos de Médicos ha recibido, para cooperar al sostenimiento del Colegio, *cuatrocientas pesetas*, enviadas por el Dr. Represa, de Valladolid, y cinco compañeros más, en nombre de los Licenciados en Medicina el año 1908, por la Facultad de Valladolid.

Este es uno de los actos que no debe ser valorizado materialmente tan solo, sino en su alto significado de ejemplaridad, por el hecho de que, en la plena camaradería que supone la celebración amistosa de las bodas de plata con la profesión, surja pujante el recuerdo afectivo de los huérfanos de quienes fueron sus compañeros de carrera. Ese hecho simpático, indudablemente, entraña una ética y solidaridad profesionales muy dignas de imitación y de todo punto acreedoras al elogio y reconocimiento de cuantos por los huérfanos de médicos se preocupan e interesan.

Colaboración independiente

CARTA CONTESTADA

Los Colegios Médicos suelen ser así

He leído su artículo, compañero de *fatigas* Sisinio Crespo, en EL SIGLO MEDICO, 22 de julio año actual. Lo encabeza "Carta abierta" y... ¡pobrecillo de mí!, me atrevo a coger la pluma y contestar, sin más dotes que mi buena voluntad y el deseo de alentar el grito de una *rebeldía justa*, suponiendo que otros, más capacitados que mi desconocida intelectualidad, no les convenga o no se atrevan a este acto de alzar la voz a quien está un poquitín por arriba.

Titula su discreción "Lo que pienso de los Colegios Médicos", y pregunta en uno de sus párrafos si tiene usted motivos para guardar aborrecimiento a dichos Colegios.

Mi querido compañero Crespo: Sin conocerle y sólo al saber su odisea, muy vulgar dentro del tan cacareado Cuerpo de I. M. de S., me ha sido usted muy simpático, *muy hermano mío*, pero... no se enfade ¿eh?, algo inocente. Vamos a ver: Póngase en razón. ¿Qué haría usted si además de ser un hombre de catorce años de estudios no tuviere necesidad de buscar y vivir de sus clientes? La contestación, no se moleste, es igual.

Bueno, mire: Le ofrezco mi amistad y le llamo ya mi amigo. Pues bien, amigo Crespo; usted, en aquel caso, no pasaría el martirio de ejercer en los pueblos de España, se quedaría en una capital de provincia, ¿por qué no? ¿Está demostrado acaso que los médicos de capital sean mejores que los de pueblos, y que entre éstos, según la categoría, la superioridad profesional está relacionada? No; usted se quedaría o se hubiere quedado en Burgos, por ejemplo. Allí, en vez de seguir dignamente su ejercicio profesional e ir donde pudiera *hacerle vivir* el cliente, usted esperaría al cliente, y... ¡cómo cambia la cuestión! Es más; hasta le aseguro que con *muy poco* (así subrayado) de imposición científica, pero eso sí, con gran independencia económica, usted es el "as" o cualquier otra carta de la baraja, pero descartado en Burgos, ¡ni en broma! Y andando el tiempo no le hubiere venido ancho algún cargo decorativo, algo

como presidente o secretario del Colegio Médico. ¿Qué le parece, mi buen y noble Sisinio Crespo? ¿Qué le importaría entonces y, sobre todo, que sabría de lo que ahora sabe; de los sinsabores del pobrecillo profesional que lucha con la incultura, con la *gramática parda* y con el caciquismo rural? ¡Bah, bah...! El problema lo vería de otra forma quizá. Hasta tal vez le fuera más fácil seguir la marcha de la mayoría, deslizarse a favor de la corriente, dar la razón a la sinrazón, que dijo Cervantes, porque ella en todo tiempo está en manos del poderoso. Y vendría aquello de que a un infeliz Licenciado en Medicina y Cirugía, sin más patrimonio que su cultura, le obligarais a pagar la cuota de una colegiación que sólo a vosotros os favorece, convirtiendo a un verdadero esclavo profesional en juguete de aspiraciones vuestras y pagano de ostentaciones ridículas. Y todo a costa de compañeros de infortunio, de hermanos cuya custodia os confían. Al exigir sus deberes de colegiado, la intransigencia, la tiranía. Al defender sus derechos os paralizaría... ¿La política? ¿El convencionalismo? ¿La despreocupación?, es igual; entonces seríais indiferente y sin corazón. Esa es la efígie, mi querido Crespo; lo contrario, es una excepción.

Hay que levantar el espíritu, noble compañero. Yo, igual que usted, pertenezco a la honrada y escarnejada clase médica rural. También he sufrido y aguanto todavía sus sinsabores. Mi escudo es el de la profesión. Mis recursos, el trabajo y la cruel lucha que en los medios rurales significa el querer mantenerse con altas miras de humanidad... ¿Esperanzas en los Colegios Médicos?... Mejor es no *menearlo*. ¿Redención de nuestras miserias, de nuestro escarnio, de *nuestros derechos*...? No hay que pedirlos a los Colegios Médicos. Ellos no entienden de estas *pequeñeces*. Nuestra salvación está en nosotros mismos, en los médicos titulares, en los pomposamente llamados inspectores municipales de Sanidad, en los que yo les daría otro nombre: esclavos intelectuales del siglo xx.

Soy torpe de comprensión. Mi criterio será el menos capacitado para reflejar el verdadero sentir de nuestra clase. Mas, a pesar de ello, y como dije antes, valga sólo mi buena voluntad. Mi opinión no es original; es la suya, compañero Crespo. No estoy de acuerdo con los Colegios Médicos. Los creo ineficaces y hasta si me apuran un poco diré que los considero contraproducentes para el verdadero médico rural.

Y... ¡sobra ya! Queda *cerrada* su carta abierta; otras opiniones más respecto al particular serían materia para otros artículos.

J. NAVARRO SANTI-ANDREU

Balsa de Vés (Albacete).

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE JUSTICIA

Preámbulo del decreto que dispone la organización del Hospital Psiquiátrico Judicial.

DECRETOS

Ha sido preocupación constante, tanto en el legislador como en la Administración, la conducta a seguir con aquellos enfermos mentales que delinquieron y que fueron declarados exentos de responsabilidad o condenados reconociéndoseles una responsabilidad atenuada, y con aquellos delincuentes que, bien a raíz de recaer sobre ellos sentencia condenatoria o durante el cumplimiento de la pena, se hacen enfermos de la mente; y en todo momento se ha procurado hallar la fórmula

que, dando satisfacción a las exigencias sociales, permitiera someterles a un régimen adecuado a su condición morbosa.

Prueba de ello, y sin intentar hacer una exégesis detenida de estos propósitos y de aquella preocupación, son las disposiciones legales y reglamentarias que, como simple recordatorio, se anotan a continuación:

El Código penal del 70 prescribe que el enfermo mental que hubiere ejecutado un hecho que la Ley califica de grave, será recluso en uno de los Hospitales destinados a tales enfermos (artículo 8.º) y con respecto al delincuente que cayere en locura, después de pronunciada sentencia firme, o durante su cumplimiento, se suspenderá o se interrumpirá la ejecución de la pena personal, que habrá de cumplir en cualquier tiempo en que recobrare el juicio (artículo 111).

El artículo 381 de la ley de Enjuiciamiento criminal (17-9-1882) señala la necesidad de someter a observación los procesados en que el juez advirtiere indicios de enajenación mental, bien en el Establecimiento en que estuvieren presos, o en otro público, si fuera más a propósito o estuviesen en libertad. Y el artículo 991 de la misma Ley lo hace con respecto a los confinados que se supongan en estado de demencia, sin señalar el lugar donde ha de realizarse esta observación.

El decreto de 1.º de septiembre de 1897, referente a régimen penal de los enajenados, habla de Manicomios y de Penitenciaría-Hospital, estableciendo que serán reclusos en Manicomios los incluidos en el párrafo segundo de la circunstancia primera del artículo 8.º del Código penal del 70; los penados que cayeren en locura cumpliendo condena en las Cárceles de Audiencia y los penados de la Penitenciaría de Mujeres de Alcalá de Henares, a quienes les sucediere lo mismo. Y en la Penitenciaría-Hospital los penados incluidos en el artículo 101 del Código penal del 70 y los penados varones que padezcan de epilepsia (artículos 3.º y 4.º).

El decreto de 5 de mayo de 1913 (Personal, Régimen y Funcionamiento de las Prisiones) determina el ingreso en el Manicomio de la Provincia encargada del sostenimiento de la Prisión provincial, de los que cumplieren prisión correccional, destinándose al Manicomio de Leganés, en tanto no se terminan las obras del Judicial que se construye en la Colonia Penitenciaria del Dueso, aquellos que cumplan condena en Establecimiento que corresponda a la jurisdicción económica del Estado (artículo 235).

En 13 de agosto de 1917 se publica un decreto creando un "Manicomio Penitenciario" en la suprimida Penitenciaría-Hospital aneja a la Prisión Central del Puerto de Santa María, para albergue de reclusos dementes, considerando tales los penados de las Prisiones Centrales, cuyo cumplimiento de condena fuere suspendido por enajenación mental legalmente declarada; bajo una dirección técnica, de nueva creación, en funciones al lado de la dirección administrativa; se habla de plazas de enfermeros y de vigilantes de enfermeros; y se establece un régimen de Casa de Salud, con todo el carácter de institución Sanitaria, apartándola por completo del puramente penal (artículos 1.º, 5.º, 6.º, 9.º y 8.º). Crea una Comisión, de la que será especial cometido iniciar los estudios para la redacción de un proyecto de ley de Manicomio-Judicial (artículo 11).

Por decreto de 6 de febrero de 1928, los penados que durante la extinción de la condena presentaren síntomas de enajenación mental, se trasladarán al Manicomio Penitenciario del Puerto de Santa María, por orden de la Dirección general de Prisiones, dando cuenta al Tribunal sentenciador, cuando en la apreciación de aquellos síntomas estuvieren conformes el médico de la Prisión y el forense designado por el presidente de la Audiencia o el juez de instrucción del partido;

y en caso de disconformidad, la Dirección general resolverá libremente en cada caso, dando cuenta al Tribunal sentenciador si acordase su traslado al Manicomio, en el que se instruirá, por el médico-director, el expediente prescrito en el artículo 991 de la ley de Enjuiciamiento criminal (artículo 4.º).

En el vigente Reglamento de los Servicios de Prisiones de 14 de noviembre de 1930 se prescriben que serán destinados al Manicomio Penal del Puerto de Santa María los sentenciados con responsabilidad atenuada por enfermedad de la mente, y los que presenten síntomas reiterados de enajenación mental durante el cumplimiento de sus condenas (artículo 5.º); reproduce el artículo 4.º del de 16 de febrero de 1928 y da normas para el ingreso en el Manicomio de aquellos que presentaren síntomas de enajenación durante el período sumarial (artículos 143 y 142); y establece la dirección única, facultativa, creando el cargo de médico-director, que en su doble carácter será responsable de cuanto se refiera a la asistencia médica de los reclusos, y tendrá todas las facultades inherentes al cargo y de carácter general, estando a sus órdenes el administrador y los demás empleados (artículo 83).

El Código penal vigente (27-10-932) reproduce el precepto del párrafo 2.º del artículo 8.º del Código penal del 70, sin establecer distinción por la gravedad del delito, y al contenido íntegro del artículo 101 del mismo Código penal derogado (artículos 8.º y 86).

Véase, por consiguiente, en esta rápida anotación de disposiciones legales que las ha animado siempre, el propósito de aislar del resto de la población penal aquellos delincuentes que cayeron, luego, en perturbación mental, y aquellos que por enfermedad mental infringieron la Ley; y no a efectos punitivos especiales, sino, en primer término, para colocarlos en un medio, someterles a un régimen de Casa de Salud, rodearles de las asistencias adecuadas a su situación psíquica morbosa que hagan posible la modificación, o el alivio, o la curación, en su caso, de sus trastornos mentales.

El legislador y la Administración han dejado en segundo término al delincuente o infractor, y han prestado su atención, principalmente, al enfermo; han sentido la necesidad de subordinar la corrección penal la acción médica especializada; han querido sea el psiquiatra el que oriente y rija con los medios de su ciencia aquel necesario aislamiento social.

Para ello, la creación del nombrado Manicomio Penitenciario, bajo la dirección única de un médico especializado en Psiquiatría, y asistidos por enfermeros o vigilantes enfermeros, habilitando al efecto un anejo de la Prisión Central del Puerto de Santa María.

Mas con esto sólo no queda cumplido aquel propósito ni cubierta aquella necesidad.

Son más amplias las exigencias, y éstas abarcan la totalidad del servicio: enfermos, asistencia y local.

a) No se llenaría cumplidamente el intento ni aquella acción protectora de asistencia médica, si se limitase a los individuos que, sentenciados, se hicieran o causaran síntomas de perturbación mental, y a aquellos sobre los que recayó sentencia condenatoria con arreglo a la condición primera del artículo 9.º en su relación con la primera del 8.º del Código penal. En primer término, es conveniente advertir que el aislamiento perseguido no sólo ha de hacerse en favor del enfermo, si que también ha de tener como finalidad evitar el daño e influencia que éste pudiera producir o ejercer sobre el resto de la población penal; es doble, por lo menos, la razón del aislamiento; protección al enfermo y defensa de los demás penados frente a su peligrosidad activa. Y, en este sentido, la función manicomial ha de tener mayor extensión que la señalada.

De seguro que el psiquiatra hallará suficiente extensión en el concepto legal de "enajenación"; pero es también

la Administración que ha de intervenir en la tramitación de los expedientes de traslados, y a este fin interesa aclarar que la asistencia hospitalaria psiquiátrica debe extenderse a aquellos penados que presenten manifiestos síntomas de alteración psíquica, cual fuere su forma u origen, incluyendo a los alcohólicos crónicos y toxicómanos y en especial a los epilépticos, en atención, principalmente, a su condición psíquica, y en ésta cual fuere su grado, desde en los que respecta a los últimos, lo que se nombra en la Ciencia "carácter epiléptico" hasta la demencia epiléptica. Más aún: ciertas desviaciones o perversiones o anomalías del instinto, sobre todo las sexuales, propias del individuos no ambientales y a las que el individuo no puede sustraerse por hallar sus raíces en su propia naturaleza, merecen la atención del psiquiatra y exigen además, y sobre todo, la separación de los otros reclusos, librando los penales de su acción intensamente nociva.

Con esto pudiera entenderse completa la función a desarrollar por este servicio médico penal. Sin embargo, es frecuente que los problemas psiquiátricos en relación con la delincuencia, se presenten antes de recaída sentencia, hallándose los jueces en la necesidad de producir el ingreso de procesados para su observación en los Manicomios u Hospitales psiquiátricos provinciales, en los que no suele haber departamentos adecuados a este fin, con las necesarias garantías de seguridad, etcétera, son presuntos enfermos que, con alguna frecuencia, plantean cuestiones diagnósticas de difícil resolución y aun cuestiones de régimen disciplinarios, y ante ellos los jueces, en su potestad de determinar aquel ingreso, deberán hallarse facultados para producirlo u ordenarlo en este servicio central. Así también, los Tribunales, cuando hagan aplicación de la circunstancia primera del artículo 8.º del Código penal, podrán, si así lo estimaren, ordenar el ingreso del "enajenado" esento de culpa para su custodia y tratamiento, sobre todo en casos de evidente e intensa peligrosidad en el mismo establecimiento.

b) La asistencia ha de ser adecuada y eficaz. Ya es preceptivo que la dirección del servicio sea única y de índole médica. Mas ha de ser especializada.

Es decir, la dirección ha de recaer en profesional que acredite plena capacidad científica para la función que ha de desempeñar. El director ha de ser un psiquiatra.

Y desde ahora, es justo advertir que esta afirmación de necesidad no dice nada en contra del actual Cuerpo Médico de las Prisiones, formado, sin duda alguna, por profesionales dignos y cultos de reconocidas solvencia científica y amor a su especial misión. Pero, a su ingreso en el Cuerpo, no se les exigió demostraran con amplitud sus conocimientos psiquiátricos, y como los estudios de esta disciplina no son oficiales ni obligatorios en nuestras enseñanzas de Facultad, carecen, actualmente, de medios legales para acreditar los necesarios conocimientos en cuanto miembros de tal Cuerpo.

Habrán de acreditarlo, pues, por alguno de los procedimientos al uso, y entre éstos por el de la oposición. Mas, con el fin de no dañar posibles intereses, reconociéndoles un justo derecho de preferencia, es entre ellos que ha de hacerse esta oposición; entre ellos y aquellos otros que, sin pertenecer al Cuerpo, han venido, a veces con gran desinterés durante años, prestando sus servicios en Penales y Prisiones provinciales como miembros de tal Cuerpo, pero sin los derechos de porvenir de que éstos gozan. Y sólo en el caso de que esta oposición restringida resultase desierta, se hará oposición libre, a base de las vacantes que actualmente existen en el Cuerpo.

Dirección médica única, abarcando cuanto compete al régimen de asistencia al enfermo y al régimen disciplinario, a la totalidad del Establecimiento; dirección

única responsable, suficientemente retribuida; con la colaboración de los auxiliares médicos que el número de enfermos determinase, ingresados también por oposición directa, y un número suficiente de vigilantes que habrán de ostentar el diploma de enfermeros psiquiátricos, según el decreto del Ministerio de la Gobernación de 16 de mayo de 1932, o acreditar documentalmente su aptitud a tal fin, y que en tanto esto es posible, habrán de ser seleccionados del actual Cuerpo de Guardianes, debiendo haber realizado prácticas de asistencia a enfermos psíquicos en el Manicomio penal del Puerto de Santa María, o en algún hospital psiquiátrico provincial, un tercio, por lo menos, de los necesarios.

Dirección médica que establecerá la clasificación, modo de agrupación y aislamiento de los enfermos, con los solos límites que establezca el Reglamento de régimen interior; tramitará los expedientes que a su ingreso acompañen al enfermo, llevará el historial de cada uno de ellos, ordenará el régimen individual, tanto médico como administrativo; evacuará cuantos informes le requieran las autoridades competentes con respecto a los enfermos internados o que lo hubieren sido y dispondrá las salidas, de acuerdo con los preceptos legales; advirtiendo a las autoridades correspondientes la situación mental y de peligrosidad de los que hubieren de ser externados por orden de aquéllos o por cumplimiento de condena, necesidad legal ineludible en tanto no se lleve a los Códigos, y en relación con los que delinquen por "enajenación incompleta", el principio de la sentencia indeterminada.

c) Complemento de estas orientaciones sería la construcción de un local adecuado al fin, ya que el actual, un anejo de la Prisión Central del Puerto de Santa María, no reúne ninguna de las condiciones exigibles, y por su extensión y arquitectura no es en modo alguno aprovechable.

Pero las exigencias con respecto al enfermo son perentorias, y no porque de siempre se las haya desatendido, deben dejarse aún por el tiempo que sería necesario para conseguir la realización de aquella conveniencia; menos todavía si fuera posible habilitar, con la máxima limitación de deficiencia, alguno de los actuales edificios destinados a penitenciaría.

A ese efecto, y teniendo en cuenta que el edificio destinado a Prisión Central de Mujeres de Alcalá de Henares, según orden ministerial de 27 de mayo de 1933, ha de ser evacuado, y por su construcción y distribución que permiten establecer secciones o aislamientos bastantes al fin que se persigue y en todos sus aspectos, su capacidad suficiente para 500 y más enfermos, sus medios de seguridad, el contar con amplios locales para talleres y campo de huerta, donde realizar laborterapia, agua suficiente, calefacción en gran número de dependencias, etc., etc., reúne condiciones aceptables para el fin propuesto, puede ser destinado para acoger todos aquellos enfermos.

Unas ligeras, no costosas, modificaciones de adaptación, le convertirían en local manicomial capaz a llenar todas las necesidades con respecto al enfermo psíquico delincuente.

d) Queda aún una cuestión, accesoria y sin importancia legal, pero a la que los cultivadores de la ciencia psiquiátrica prestan alguna atención. Es el nombre del Establecimiento o Servicio.

En las disposiciones reseñadas se habla unas veces de Penitenciaría-Hospital, de límites que desbordan la función que ahora nos ocupa; de Manicomio penal o judicial, otras. Pero el término Manicomio ha sido desechado ya por los psiquiatras, y aun oficialmente en sus relaciones con la Sanidad Nacional; al término penal se le oponen reparos científicos, ya que, en prin-

cipio, desvirtúa el propósito principal de la función, y el término judicial, en verdad, dice más, abarca más de lo que en la práctica puede ser o llegar a ser tal servicio.

Los psiquiatras españoles y el Consejo Superior de Psiquiatría, afecto a la Dirección general de Sanidad, han sustituido aquel término por el de Hospital Psiquiátrico, y sería ahora irreproachable el concepto si no fuera quizá excesivo; pero exige una adición específica: no se puede prescindir de la índole de los enfermos que han de recibir albergue, y muchos de ellos, por la conformidad de nuestras leyes, al par de recibir asistencia médica, han de cumplir condena.

Podría nombrarse utilizando un término de contenido más amplio, Hospital Psiquiátrico Legal; pero tampoco ha de extenderse a cuanto alcanza este concepto, algo confuso por otra parte.

Por ello, ante la dificultad, y abandonando el término "Penal", se opta por el nombre de Hospital Psiquiátrico Judicial, pues en los propósitos hállase el de atender a cuantos problemas plantee el enfermo psíquico a los jueces o de la decisión de éstos se deriven para el enfermo.

CONVOCATORIA DE ESTA OPOSICION

Dirección General de Prisiones

CONVOCATORIA

En uso de las atribuciones concedidas a esta Dirección general por los artículos 8.º y 10 del Decreto de 5 de los corrientes (*Gaceta* del 8), que crea el Hospital Psiquiátrico Judicial se convoca a oposición entre los médicos de la Sección facultativa del Cuerpo de Prisiones y los que durante más de dos años vengán interinando, ininterrumpidamente, las plazas de médicos de aquella Sección para proveer los cargos de médico-director del expresado Hospital Psiquiátrico y de médico-auxiliar del mismo Establecimiento, dotados ambos en la forma que determinan dichos preceptos, con sujeción a las siguientes condiciones:

Los aspirantes deberán dirigir a este Centro sus instancias, en papel del Timbre de la clase 8.ª, dentro del plazo de veinte días laborables, contados desde el siguiente a la publicación de la presente convocatoria en la *Gaceta de Madrid*, debiendo acompañar, los que no pertenezcan al Cuerpo de Prisiones, los documentos que acrediten hallarse en posesión del título profesional, el ejercicio interino y continuo de la función durante el plazo señalado, carecer de antecedentes penales y no padecer defecto ni enfermedad que les imposibilite para ejercer sus funciones.

La oposición se verificará en Madrid en la fecha que fije y ante el Tribunal que designe el señor ministro de Justicia. Constará de cuatro ejercicios: uno teórico y tres prácticos, realizándose según las normas que a continuación se expresan:

Una vez constituido el Tribunal, acordará el número de opositores que hayan de actuar en el mismo día, procediendo a continuación los vocales técnicos a extender por cada uno de aquellos opositores tres papeletas sobre temas generales de Psiquiatría, para el ejercicio teórico, depositando el total de papeletas en una urna. Seguidamente, y en presencia de todos los opositores, se procederá al sorteo de los que hayan de actuar en el día. Todos los días, al constituirse el Tribunal, se procederá en igual forma, hasta el final del primer ejercicio. Las papeletas extraídas por un opositor quedarán fuera de suerte para los otros opositores y los temas no se podrán repetir en los días sucesivos.

Primer ejercicio.—El opositor extraerá de la urna cuatro papeletas y elegirá dos, que ha de desarrollar en el plazo máximo de dos horas; podrá dedicar hasta treinta minutos de este tiempo para ordenar sus ideas acerca

de los dos temas elegidos, sin auxiliarse de libros, revistas, notas previas, etc.

Segundo ejercicio, clínico.—Examen y observación de un enfermo mental.

Sacado a la suerte entre 12 que el Tribunal haya señalado de los existentes en el Hospital Psiquiátrico provincial de Madrid. A este efecto, Tribunal y opositores se trasladarán a tal Departamento, colocará aquél en una urna 12 papeletas con los nombres de los 12 enfermos elegidos y el opositor extraerá una. Para el examen y observación el opositor podrá disponer de tres horas, y una vez terminado el examen del enfermo, hará la exposición del caso, con la interpretación clínica del resultado de su estudio.

En este ejercicio tampoco podrá auxiliarse de libros, revistas, ni notas previas; si necesitase auxiliarse de estudios o medios de laboratorio, lo propondrá al Tribunal, y éste resolverá.

Tercer ejercicio, psiquiátrico penal.—Examen y observación de un delincuente sentenciado con arreglo a la circunstancia 1.ª del artículo 8.º del Código penal o a la circunstancia 1.ª del artículo 9.º, en relación con la 1.ª del 8.º, o de un procesado sometido a observación por orden judicial, por presunción de enfermedad mental, sacado a la suerte entre los que el Tribunal señale de los existentes en las Prisiones de Madrid, o en aquel Departamento Psiquiátrico provincial que se encuentre en estas condiciones; trasladándose al efecto el Tribunal y opositores al lugar correspondiente y procediendo en igual forma que para el ejercicio anterior, disponiendo el opositor del mismo tiempo para el examen y observación y de un plazo de tres horas para hacer por escrito el informe psiquiátrico penal correspondiente, del que dará lectura a continuación.

El opositor, al extender el informe, podrá auxiliarse de libros y revistas de su uso particular, que previamente entregará al Tribunal. Si necesitara auxiliarse de medios de laboratorio u otros, lo propondrá al Tribunal, y éste resolverá.

Cuarto ejercicio, psiquiátrico civil.—Se realizará en igual forma que el anterior a base de enfermos mentales del Departamento Psiquiátrico provincial o reclusos en algún Asilo de Madrid. El informe a extender lo será sobre capacidad civil. También podrá el opositor auxiliarse de libros y revistas.

Cada uno de los cuatro ejercicios será realizado por todos los opositores, y al terminar cada ejercicio, el Tribunal hará la calificación por puntos, pudiendo asignar de uno a 10 por opositor cada miembro de aquél, y siendo necesario obtener por lo menos 25 puntos para la declaración de apto para pasar al ejercicio inmediato. Para obtener el primer lugar será necesario haber alcanzado en la totalidad de la puntuación más de 160 puntos, y para el segundo lugar 120 o más puntos.

En caso de empate, el Tribunal podrá acordar la realización de un nuevo ejercicio práctico, en la forma que estime más conveniente.

Madrid, 13 de julio de 1933.—El director general, *Manuel Ruiz Maya*.

Tribunal y fecha de esta oposición

Ilmo. Sr.: Este Ministerio ha dispuesto que el Tribunal encargado de juzgar los ejercicios de oposición a las plazas de médico-director y médico-auxiliar del Hospital Psiquiátrico Judicial, creado por el Decreto de 5 de los corrientes, quede constituido, bajo la presidencia de V. I. o el funcionario en quien delegue, por los señores siguientes:

D. Gonzalo R. Lafora, presidente del Consejo Superior Psiquiátrico; don José Miguel Sacristán Gutiérrez, jefe del Anejo Psiquiátrico del Instituto de Estudios penales; D. Inicial Barahona y Holgado, catedrático de Medicina legal de la Universidad Central, y D. Fran-

cisco Huertas y González del Campillo, jefe de la Sala de Observación del Hospital provincial de Madrid.

Las expresadas oposiciones darán principio el día 16 de octubre próximo, a la hora y en el local que el Tribunal señale.

La digo a V. I. para su conocimiento, traslados y demás efectos. Madrid, 13 de julio de 1933. *Alvaro de Albornoz*.—Señor director general de Prisiones.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,7; ídem mínima, 701,6; temperatura máxima, 35°; ídem mínima, 20°; viento dominante, NE.

Durante la semana última no se aprecian variantes de importancia en el estado de la salud pública de Madrid. Continúa predominando en la enfermería el grupo de dolencias gastrointestinales por abusos en los regímenes dietéticos que atienden más a la complacencia frente a los rigores de la canícula que al respeto de preceptos de una higiene sensata.

Las tormentas de estos últimos días han provocado algunos enfriamientos bruscos, origen de mialgias y lumbagos, laringitis y tráqueo-bronquitis de carácter benigno.

Las enfermedades propias de la infancia no alteran su estadística normal de esta época del año.

Los afectos crónicos se han influido ligeramente en contra por los cambios manostáticos de estos días.

CRONICAS

Pliegos de Legislación.—Con el número presente acompañamos los pliegos 14 al 19 de *Legislación Sanitaria*, con los cuales queda terminado el tomo IV. Para el próximo número procuraremos remitir lo que resta de *Higiene*.

Recordamos a nuestros suscriptores que toda reclamación que no se haga dentro de los ocho días siguientes al envío, no será atendida.

Pliegos de la obra "Oposiciones".—Hemos venido anunciando en varios de nuestros números que no serviríamos, por extravío, 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.

Un ruego.—Lo hacemos a aquellos señores que hayan recibido duplicados pliegos de nuestra obra *Oposiciones*, para que tengan la bondad de devolverlos, y a aquéllos también que por un error se les ha enviado algún pliego suelto, y para nada les puede ser de utilidad.

Forensías.—En los Juzgados de primera instancia e instrucción de Calahorra, Medina del Campo, Denia, Belmonte (Cuenca), Carmona, Cuéllar, Alcañiz, Santa Coloma de Farnés, Palma del Condado, Játiba, Burgo de Osma, Don Benito, Celanova, Orotava, Balaguer, Tuy, Mondoñedo Totana, Mottilla del Palancar, La Roda, Caravaca, Castuera, Llerena, Barbastro, Borja, Guernica, Callosa de Ensañría, Tolosa, Estella, Santa Cruz de Palma, Baena, Vivero, Valverde del Camino, San Fernando,

Estepa, Lucena, Arcos de la Frontera, Aracena, Ronda, Andújar, Vera, Vélez-Málaga, Berja, Baza, Albuñol, Villafranca del Panadés, Vich, Olot, La Bisbal, Igualada, Granollers, Falset; todas ellas de categoría de ascenso, se halla vacante la plaza de médico forense por haber resultado desierto el turno a que con anterioridad se había anunciado, considerándolas como nuevas vacantes, y en vista de lo dispuesto en el artículo 11 del decreto de 17 de junio de 1933, se anuncia la provisión de las mismas por traslación, en el más antiguo de los forenses de categoría de ascenso que lo soliciten.

Las instancias de los aspirantes deberán tener entrada en este Ministerio dentro de los treinta días siguientes al de la publicación de este anuncio en la "Gaceta de Madrid" y antes de las catorce horas del día 19 de agosto, último día del plazo, debiendo los que solicitaren su traslado a varias plazas, remitir una instancia para cada una de las vacantes que soliciten y marcar el orden de preferencia de las mismas, por si algún interesado tuviere derecho a varias de las vacantes.

("Gaceta" del 20 de julio y rectificación del 25 de julio.)

Noticias.—Ha sido nombrado en virtud de concurso oposición ayudante de Sección del Instituto Nacional del Cáncer, D. Félix Sanz de Frutos y Becario; con destino en la Sección de Cirugía del mismo Instituto, don Alberto Pelegrín Cervera.

—La "Gaceta" del 23 de julio publica una orden disponiendo que el trámite de informe a que se refiere el número 3.º de la orden de 9 de febrero del año actual, sobre auxilio en metálico del Estado a los pequeños Municipios para obras de saneamiento, sea evacuado por la Inspección general de Sanidad interior y la certificación exigida por el número 6.º sea expedida por las Inspecciones provinciales de Sanidad.

—La "Gaceta" del 21 de julio publica una orden prohibiendo la venta de artículos alimenticios en los locales en que se fabriquen jabones y lejías, y otra disponiendo se encargue la Unión Farmacéutica Nacional de proponer a la Dirección general de Sanidad una relación de los métodos más recomendables para el análisis de los alimentos y condimentos.

Tubos Müller "Metalix".—Con el número presente acompañamos un prospecto (editado con gran esmero), respecto a los Tubos Müller "Metalix" de rayos X para diagnóstico con Anodo pesado para todas las radioscopias y radiografías. Recomendamos su lectura. Para más detalles, dirigirse a Röntgen Müller, Barquillo, 25. Madrid.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

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

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

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

NIÑOS { **Quininfantina**
— Delgado Ronco —

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

Imprenta Zola Ascasibar, Martín de los Reros, 69, Madrid.