

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOZE
78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANÇO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 ó 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOZE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



= 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)

FRANQUED
CONCERTADO

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

► Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

► Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

Aguas de MARMOLEJO

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

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

2.^a temporada de 1.^o de Septiembre a 15 de Noviembre.
Estación de ferrocarril a siete horas de Madrid y cuatro de Sevilla.

Alquitrana la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. — Todo confort.

Pedidos de boletines e informes al señor Gerente, en

MARMOLEJO (Jaén).

Balneario de Carlos III

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte

Clima de montaña, 780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas

INFORMES Y FOLLETOS:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid

ALZOLA

(Guipúzcoa)

Oligo metálica, marcadamente litínica,
radioactiva, 30°

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

Temporada:

15 de junio al 15 de octubre.



Vacantes.

La de Jaulín (Zaragoza), partido judicial Belchite; quinta categoría; por nueva creación; dotación, 1.375 pesetas y cuatro familias de Beneficencia; población, 550 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 22 de septiembre.

Observaciones: Selección por inspección.

—La de Secorun (Huesca), partido judicial de Boltaña; cuarta categoría; por renuncia; dotación, 1.650 pesetas y 10 familias de Beneficencia; población, 1.356 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 22 de septiembre.

Observaciones: Selección por inspección.

—La de Velefique (Almería) y sus anejos Castro de Filabres y Olula de Castro, partido judicial de Gérgal; tercera categoría; por nueva creación; dotación, 2.200 pesetas y 117 familias de Beneficencia; población, 1.924 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 22 de septiembre.

Observaciones: Selección por inspección.

—La de Almargen (Málaga), partido judicial de Campillos; tercera categoría; por renuncia; dotación, 2.200 pesetas y 156 familias de Beneficencia; población, 2.676 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 22 de septiembre.

Observaciones: Selección por inspección.

(Continúa en la página XIV.)

BIFOSFOTIOCOL

TOSES Y CATARROS

prosa. La erupción tegumentaria se inicia por varios brotes sucesivos de máculas eritematosas que dejan como desdúo manchas pigmentarias, pero otras veces aparecen estas manchas desde el principio. Más tarde se decoloran estas manchas por su centro al mismo tiempo que se extienden por la periferia y según va sucediendo esto se van formando también flictenas, pero tales ampollas no son nunca ni muy numerosas ni muy grandes. Los sitios de predilección son los dorsos de las manos y de los pies así como los codos y las rodillas. Cuando se abre la flictena y se seca la cutícula que la formaba queda una mancha de color violáceo que se transforma en otra pigmentaria.

La neuritis leprosa comienza por manifestarse por una hiperestesia cutánea que tiene su asiento a lo largo de los nervios y muy principalmente del cubital y del ciático, pero que también se puede localizar en la cara a lo largo de las ramas del trigémino. La palpación suele demostrar ya que algunas ramas de estos nervios son gruesas y tienen la forma de un cordón o atrosariada. La palpación del nervio cubital en el canal epitrocleoplectraniano demuestra estas alteraciones de una forma especialmente clara. Tras de este período se presenta la fase anestésica. Dicha anestesia comienza por la extremidad de los miembros y suele ser simétrica. Por su distribución se atiende unas veces a la distribución de los nervios periféricos en tanto que otras tiene una distribución verdaderamente segmentaria. No ataca a todas las sensibilidades con la misma intensidad, sino que corrientemente hay una disociación de tipo siringomielico que hace pensar en una comunidad de origen de ambas enfermedades. En efecto, durante algún tiempo se la creído que la siringomielia era una forma de lepra, pero en realidad está demostrado que muchos casos de siringomielia no han tenido la menor posibilidad de contagiarse del mal de San Lázaro y que tampoco se encontraban en la autopsia los bacilos de Hansen, de modo que cuando se trata de un diagnóstico de siringomielia en el que luego se demuestra un origen leproso hay que pensar que se trataba en realidad de una lepra mal diagnosticada y si se quiere atípica en el comienzo

movimientos son débiles, y lo mismo que con la motilidad ocurre con la sensibilidad, de modo que el reflejo faríngeo no ha desaparecido del todo. Más adelante es difícil la alimentación del enfermo por el reflujo continuo de los alimentos por la nariz y porque al mismo tiempo que los músculos del velo del paladar se encuentran paralizados los constrictores y elevadores de la faringe, de modo que los alimentos penetran con mucha frecuencia en la laringe y provocan numerosos accesos de tos.

Si la mucosa laríngea se encuentra también anesiada dichos alimentos llegarán fácilmente a la tráquea y a los bronquios, donde entran en putrefacción, siendo su consecuencia la llamada neumonía traumática.

Los enfermos tratan de evitar estos trastornos volcando fuertemente la cabeza hacia atrás y no tomando sino alimentos líquidos o muy poco espesos. El enfermo no puede sorber ni soplar o silbar y no por alteración de los músculos de los labios o de las mejillas, sino porque no cerrándose la comunicación con la nariz el aire penetra (en el primer caso) o se escapa (en los demás) por ésta. También la pronunciación se encuentra alterada, en especial la de las consonantes. Si el peristaltismo externo está paralizado también el pabellón de la trompa se dilatará mal y por consiguiente la ventilación del oído medio es deficiente y se producen catarro y supuración del mismo.

La parálisis explicada no suele ser permanente. En los casos más benignos desaparece al cabo de cuatro a cinco días; en los más graves al cabo de dos a tres meses; pero lo corriente es que los síntomas se alivien a los veinte a veinticinco días. Caso de que la enfermedad haya de generalizarse, tras de las lesiones que hemos descrito se presentan otras que se hacen muy manifiestas en los músculos de la laringe por que ocasionan afonía y disnea por imposibilidad de dilatar la glotis.

La parálisis de los músculos del ojo afecta a los intrínsecos y a los extrínsecos. La de los primeros ocasiona dificultades para la acomodación, que se traducen en visión turbia y ambliopia. Los reflejos pupi-



lares a la luz se conservan y si, como sucede algunas veces, se pierde el reflejo de la acomodación se llega a producir un síndrome de Argill-Robertson invertido que es peculiar de la polineuritis difterica. En cuanto a las lesiones de los músculos extrínsecos afectan a los rectos externo o interno principalmente, menos veces a alguno de los otros músculos y casi nunca se produce la oftalmoplejía total. La duración corriente es de diez a quince días, pero los trastornos de la acomodación pueden persistir durante varios meses y hasta ocurre que se conserva alguna deficiencia, por ejemplo, algún ligero estrabismo, durante bastante tiempo o de una manera definitiva.

Cuando la parálisis difterica ataca a los músculos de los miembros inferiores lo hace sobre todo a los peroneos laterales y a los extensores, de modo que al levantar el pie del suelo la punta del mismo cae, y, sobre todo, cae su borde externo. La marcha del enfermo que padece esta lesión no es el Steppage, sino la de arrastrar los pies. En cuanto a los trastornos sensitivos consisten en anestesia de la planta del pie y de la pierna, de modo que los enfermos no sienten la dureza del suelo que pisan, como les ocurre a los tabéticos. Espontáneamente tienen hormigueos, calor, frío y dolor a la presión en las masas musculares. La atrofia muscular es excepcional al revés de lo que sucede en las neuritis alcohólica y saturnina.

Los trastornos de las reacciones eléctricas son poco marcados y es excepcional que llegue a haber reacción de degeneración. Cuando la lesión afecta a los miembros superiores y domina en el extremo de los mismos el enfermo no puede emplear sus manos con acierto y no puede hacer trabajos delicados. Los demás músculos puede decirse que no se afectan nunca. Si, por excepción ocurre, se presentan las parálisis sin orden alguno. La duración de estas parálisis generalizadas es mayor que la de las localizadas, casi siempre de seis meses a un año, pero pueden tener variaciones en más o en menos. Los trastornos cardíacos y pulmonares se interpretan en formas diversas: como lesiones del bulbo, del plexo cardíaco o del miocardio

se ha de fundar en el estudio de los antecedentes y en el resultado del tratamiento específico. El tratamiento no es otro que el del paludismo; el pronóstico es, en general, favorable.

La lepra produce neuritis con mucha frecuencia porque el bacilo de Hansen, que circula por todo el organismo, se fija con especial preferencia en los nervios periféricos y determina en ellos lesiones conocidas con el nombre de lepromas. La vía por la que llega el germen hasta las partes del sistema nervioso periférico en las que produce las lesiones puede variar, puesto que en unos casos es ascendente desde las máculas leprosas y en otros va por los vasa vasorum conjuntivo intra e interfascicular en la proximidad de los tubos nerviosos. Las lesiones concomitantes del tejido nervioso, como son la atrofia de las fibras del mismo o la degeneración walleriana, no tienen nada de especial. También se admite que el bacilo de Hansen puede llegar hasta los centros nerviosos, y efectivamente se le ha visto en los ganglios raquídeos, en las astas anteriores de la médula y hasta en las posteriores. Lo que no se ha determinado es si llega hasta allí por los nervios periféricos o solamente por vía sanguínea.

Se distinguen en cuanto a los síntomas dos formas especiales de lepra, que son la máculopapulosa o tegumentaria y la anestésica. El comienzo es igual en ambas y se caracteriza por una antenía que hace al enfermo sentir una tendencia progresiva al sueño, al mismo tiempo que sufre un coriza con epistaxis repetidos. Ya en este período se presentan síntomas que hacen ver las lesiones de los nervios periféricos: neuralgias localizadas en los miembros inferiores y especialmente en el dedo gordo del pie que hace pensar por algún tiempo en la gota; hormigueos repetidos en los dedos y asfixia de las extremidades. Tras de algún tiempo los síntomas se van haciendo más claros y entonces es cuando la enfermedad entra ya en el período de estado. La forma que nos interesa aquí es la nerviosa, que se llama también anestésica por la índole de las lesiones que acusa. Se manifiesta en la piel por una erupción de máculas o de flictenas y por fenómenos de neuritis le-

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRITICA

— AMENIDADES —

2-IX-1933

La correspondencia de esta sección deberá dirigirse al señor Director con advertencia expresa de su destino TERTULIA MÉDICA, y la publicidad a la Administración, Apartado 121, Madrid

Aportaciones al problema del apetito

POR EL

DR. DAVID KATZ

Profesor de la Universidad de Rostock

El problema de la elección de los alimentos está más claro en los animales que en el hombre, el cual se

El complejo fósforo vitamínico

Vitophos

polvo - tabletas - jarabe

CHEMIRONA IBERICA, S. A.

encuentra sujeto en su comportamiento a fuertes ligaduras tradicio-

nales, en parte irracionales (aversión alimenticia), en parte volitivas (cultura alimenticia). Lo esencial del apetito debe exteriorizarse del modo más claro en los animales solitarios

Diarreas estivales
ELDOFORMO

Bayer-Meister-Lucius

y no influenciados en sus condiciones de alimentación.

La elección alimenticia se puede explicar de un modo empírico o de un modo "nativista". Se puede decir que el animal es llevado, por experiencias sucesivas, a tomar una alimentación apropiada; que el animal,

probando las numerosas cosas de su alrededor, aprende a evitar aquellas que son desfavorables a su bienestar; y, por el contrario, con más frecuencia, a tomar las que le son provechosas. A esta teoría empírica de la prueba, se opone una teoría nativista que, si bien es cierto que no excluye el proceso de la prueba en la elección de alimentos, sin embargo,

ION-CALCINA

— PALLARES —

A base de Cloruro de Calcio

Frasco e inyectables.

lo considera simplemente como un ensayo y no hace depender la elección alimenticia de la oposición "re-

DIVULGACIONES

INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA VISTA (1).—Son numerosas las personas que conocen los efectos de una alimentación defectuosa en determinadas enfermedades tales como el escorbuto, el raquitismo y el beriberi. Pero es mucho menos conocida la influencia que una nutrición insuficiente puede ejercer en la declaración de ciertas perturbaciones visuales. Está, sin embargo, perfectamente probado que la ausencia de determinadas vitaminas tiene graves repercusiones no solamente en la salud general, sino de una manera muy particular en la conservación de una buena vista.

Las Sociedades de la Cruz Roja, que con indiscutible éxito han tomado a su cargo la enseñanza de la higiene, no pueden olvidar en sus programas la higiene alimenticia. Sus enfermeras visitadoras, sus consultorios, sus asistentes sociales se hallan en constante contacto con indigentes e ignorantes. No han de ocuparse solamente de curar las enfermedades, sino que han de procurar igualmente prevenirlas extendiendo los preceptos de una vida sana en la que es la alimentación uno de los más esenciales factores.

La vitamina A.—Ha sido solamente en los últimos veinticinco años cuando la medicina ha mostrado el decisivo papel que desempeñan las vitaminas en el equi-

librio de la salud. No se ignoraba, sin embargo, que una mala alimentación ejercía una cierta repercusión en la vista. Ya Hipócrates recomendaba ingerir hígado para curar la hemeralopia. Y el explorador Livingstone cuenta que en uno de sus viajes en Africa, sus compañeros, obligados a alimentarse durante algún tiempo de raíces y cereales, fueron pronto aquejados de perturbaciones visuales parecidas a las que sufren los animales alimentados exclusivamente de feculante. En Brasil, los esclavos mal alimentados sufrieron largo tiempo de hemeralopia y oftalmías. Pero ha sido sólo recientemente cuando se ha descubierto que estas enfermedades atacan a las personas cuyo régimen alimenticio no contiene vitaminas A.

No hace tampoco mucho que en una institución de Copenhague se procedió a una experiencia concluyente. Las pensionistas fueron divididas en dos grupos: uno no recibía más que leche, muy rica en vitaminas A; al otro se le daban únicamente materias grasas o margarina, cuya grasa vegetal se halla completamente desprovista de este principio nutritivo. La vista de las pensionistas del primer grupo se mantuvo en perfecto estado; ocho de las pensionistas del segundo grupo sufrieron, en cambio, perturbaciones visuales que fueron rápidamente curadas con la administración de aceite de hígado de bacalao.

Se atribuyen a la ausencia de vitaminas A en la alimentación dos enfermedades de los ojos: la hemeralopia y ciertas alteraciones de la córnea que se traducen en una desecación o insuficiencia de la secreción lacrimal. La hemeralopia se manifiesta por una dificultad para ver con una luz débil o crepuscular. La retina absorbe

(1) La redacción de *The Sight-Saving Review* y el Dr. Park Lewis han autorizado la reproducción de este artículo.

ceptividad—no receptividad”, sino que la basa en una apetencia (anterior a toda experiencia individual) del organismo sacado del equilibrio químico por determinadas sustancias que, de un modo más o menos completo, pueden volver a restablecer dicho equilibrio. En el caso ideal, los deseos específicos exteriorizados en el apetito condicionados por estímulos internos, y los alimentos ingeridos que sirven para su satisfacción, se corresponden entre sí como la pieza y el molde. El organismo trata

correspondientes al proceso de hauritura ya verificado. El apetito, considerado desde el punto de vista fun-

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

(Véase anuncio página XIII.)

cional, muestra su total dependencia de los factores externos e internos, y con ello, también del conjunto de las probabilidades alimenticias del organismo. La teoría de la avidez explica del mejor modo el comportamiento del animal que está ligado en vida y muerte a una sola planta alimenticia; pero, considerándola a fondo, tampoco fracasa en su aplicación a los omnívoros.

Las observaciones verificadas sobre polluelos artificialmente incubados, muestran que apenas queda sin

CARABAÑA: el mejor purgante

investigar, respecto a su idoneidad como alimento, ningún objeto de los que se encuentran en las proximidades del animal; pero, en cambio, respecto a la ingestión, lo decisivo es lo

apropiado del material para la alimentación. Sobre ello no decide el estado de salud después de la ingestión. Aun los partidarios de la teoría de la avidez tienen el convencimiento de que todo lo que el animal come, ejerce un influjo, a veces muy duradero, sobre su comportamiento alimenticio ulterior; pero no por el medio de un proceso empírico de asociación, sino por la acción completamente inmediata de la alteración del quimismo del cuerpo. Cada ingestión actúa alterando cuantitativa y cuali-

Antiséptico Glorógeno Lumen.

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22. — Jaén.

tativamente el quimismo del cuerpo. También la medicación que se presenta—y parece tan enigmática—en los animales, es decir, la ingestión de sustancias en las enfermedades, por ejemplo, en los envenenamientos, se explica como una consecuencia de la alteración del quimismo a consecuencia de la intoxicación. Por lo cual no tiene fundamentalmente importancia, el si existe o no un proceso previo de prueba.

Considerando funcionalmente el apetito, la dirección general del mismo—es decir, la normal—aparece co-

(Continúa en la pág. XIV.)

“MALTOPOL”

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

M. F. Berlowitz.—Alameda, 14, Madrid

de rellenar lo mejor posible el molde del apetito, y si no puede alcanzar su objeto completamente, se contenta con soluciones aproximadas, tanto en lo cualitativo como en lo cuantitativo. En el proceso de la hauritura se muestra una maravilla del autocontrol del organismo, que resulta necesariamente de sus condiciones físico-químicas internas y externas. Nosotros designamos esta teoría nativista con el nombre de *teoría de la avidez*, para indicar con esto los procesos químicos de estructura especial que entran en juego,

una gran cantidad de vitaminas A que, cuando faltan, comprometen su buen funcionamiento. Pillat, que ha estudiado las enfermedades por carencia en China, ha encontrado no solamente la hemeralopia, sino también una inflamación de las glándulas de los párpados y una insuficiencia de la secreción lacrimal.

La vitamina B.—La ausencia de esta vitamina causa desórdenes nerviosos a los que acompañan perturbaciones oculares. El organismo no tiene grandes reservas de esta vitamina y es necesario que el régimen habitual nos la proporcione regularmente.

El grano de los cereales panificables contiene una gran cantidad que desaparece en la harina. Se encuentran también vitaminas B en la leche, las legumbres verdes, los plátanos, la levadura y las frutas.

Las enfermedades por carencia y sus efectos en la vista.—El Dr. James Stucky, médico norteamericano ya fallecido, después de largos estudios en las poblaciones montañosas de los Estados de Kentucky y de Tennessee, llegó a la conclusión de que un gran número de las enfermedades de los ojos padecidas en estas regiones eran causadas por una mala alimentación. En sus visitas a tugurios donde se vivía sin ventilación y en un terrible hacinamiento, no encontró más que alimentos insuficientes y mal preparados. Carnes fritas y legumbres cocidas, en las que todos los principios nutritivos habían quedado en el caldo o la salsa que se daba a los cerdos, constituían ordinariamente la comida de estas gentes. Verdad que los cochinos aparecían gordos y rozagantes; pero todos los niños, en cambio, acusaban los efectos de su insuficiente alimentación. La inflama-

ción de los ojos se hallaba muy extendida en estas regiones y sólo desaparecía cuando se mejoraba el régimen alimenticio. Entre las personas que no absorben vitaminas B en una cantidad suficiente se observa una falta de apetito, una digestión laboriosa, estreñimiento y una temperatura inferior a la normal (extremidades frías). Ofrecen también frecuentemente perturbaciones nerviosas.

Un régimen compuesto casi exclusivamente de feculentos desarrolla entre los niños orzuelos y otras afecciones de los párpados. Para corregir esta predisposición no hay más que mejorar el régimen alimenticio.

El escorbuto se debe a insuficiencia de vitaminas C contenidas en la leche fresca, las legumbres y las frutas. Se manifiesta por hemorragias que se producen algunas veces en la órbita y hacen saltones los ojos. Este síntoma es muy digno de tenerse en cuenta.

Acabamos de ver cómo un régimen alimenticio deficiente puede afectar a los ojos. Será, por tanto, necesario conceder una gran importancia a la composición de las comidas siempre que la enfermedad no pueda atribuirse a otras causas. He aquí una importante atención para la enfermera de la Cruz Roja. Su conocimiento de la vida cotidiana de sus enfermos la pone en excelentes condiciones para poder aconsejar muy útilmente respecto a este importante extremo de la preservación de la salud.—(Comunicado por la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja. París.)

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

TOXICOMANÍA

**Tratamiento racional
:: y científico ::
de la morfinomanía con**

ANTIMORPHICO

— MINGO —

Literatura e informes:

Laboratorio Mingo

Infantas, 26 — Telefono 12.576

RADIO

Stewart-Warner

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

Con menos lámparas obtiene el máximo rendimiento alcanzado hasta el día

Está dispuesto para el adaptador de extra corta.

Posee toma y conmutador de "Pick-up".

Se fabrica en alterna y continua

Dispone de toma para televisión



REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA

VIVÓ, VIDAL Y BALASCH

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

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

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

Laboratorio EGABRO. - CABRA (Córdoba), España.



THUS- -SERUM

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

Indicado en
todas las afecciones de las

VÍAS RESPIRATORIAS

Laboratorios VIÑAS - Claris, 71 - BARCELONA

SIL-AL

Metahidrosilicato de aluminio
fisiológicamente puro.

**Sustituye al bismuto en
terapéutica gástrica.**

Existe el SIL-AL belladonado

Muestras
y literatura:
A. GAMIR
Valencia

BARDANOL

Elixir de bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES:

**Estafilococias en todas
sus manifestaciones.**

Muestras
y literatura:
A. GAMIR
Valencia

BENZOFORMINA

Comprimidos de 0,25 gramos

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

Frascos de 50 comprimidos.

Muestras
y literatura:
A. GAMIR
Valencia.

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO

de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

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

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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 selección profesional en el ejército, por el Dr. Antonio Linares Maza. — Etiología y patogenia del desprendimiento de la retina, por Dr. H. Arruga. — La patogenia y el tratamiento del «Circulus Vitiosus», por los Dres. X. Delere y M. Brun. — Sesiones clínicas: Hospital de San Lázaro (Granada). — Hospital Provincial. — Hospital de la Beneficencia general (Princesa). — Periódicos médicos.



EL EXCMO. SEÑOR

D. CARLOS MARIA CORTEZO Y PRIETO

Director de EL SIGLO MÉDICO

Falleció en la tarde del jueves 24 de agosto de 1933

D. E. P.

Los propietarios y redactores, el personal de administración y talleres de EL SIGLO MÉDICO, ruegan a los lectores y amigos se sirvan encomendar a Dios el alma de su muy querido Director y tenerle presente en sus oraciones.

ACADEMIA DE SANIDAD MILITAR

Clase de Psiquiatría (Prof. Dr. A. Vallejo Nágera.)

LA SELECCIÓN PROFESIONAL EN EL EJÉRCITO

(Una aportación al problema de los «tests» colectivos.)

POR EL

DR. ANTONIO LINARES MAZA,

Teniente médico.

En su verdadero sentido de «elegir» los aptos para el combate, la selección, exclusivamente desde el punto de vista físico, existió con el principio de la Humanidad y, desde luego, mucho antes de la constitución regular de ningún Ejército: primero

automática y ciega, en forma de supervivencia de los mejor dotados, luego de modo cada vez más consciente, que, en realidad, a no otra cosa tendían las leyes de Licurgo a los lacedonios. Posteriormente fué añadiéndose, además, un criterio artificial de selección, el de casta, clase o posición social—*kshatrias, equites*, infanzones guerreros, formación de la moderna oficialidad en épocas muy recientes y aun hoy (sustituyendo «aristocracia» por «capital») —; es el más absurdo pero se extendió ubicuamente y todavía sentimos su enorme importancia.

Sin embargo, en la actualidad, sólo debe interesarnos una selección biológica integral-somático-psicológica y ésta es aún de muy reciente historia.

Se inició y se ha seguido más metódicamente con la Aviación, a causa de las exigencias de la Gran Guerra. Inglaterra, Francia (con Guillaín y Amhard), Norteamérica, Alemania, Italia, todas las na-

ciones beligerantes, se ocuparon mejor o peor de la cuestión. Italia fué, entre los aliados, la que mejor la resolvió; bajo la dirección de Gemmelli y de Gradenigo se verificaba en los aspirantes a pilotos un triple examen: Primero. Somático y médico. Segundo. Psico-fisiológico, en el cual se exploraba actividad psicomotora, atención, reacciones a estímulos emotivos, precisión del esfuerzo muscular y se hacía un "perfil psicológico" al Rossolimo. En los Estados Unidos Hennom hizo una interesante experiencia: Examinó a 50 pilotos buenos y a 50 medianos, con ello estableció unas normas que aplicó luego al examen de otros 50 candidatos a aviadores; el pronóstico que acerca de su utilidad como pilotos hizo de éstos últimos resultó en todo acertado y se comprobó en seguida en la práctica.

La mayor parte de las pruebas que se emplearon en los exámenes psicotécnicos—únicos que entran en nuestra especialidad—utilizados en estas selecciones se aplicaron individualmente y fueron elegidas *ad hoc* entre las clásicas escalas graduadas, como así mismo entre las innumerables pruebas analíticas y sintéticas que se han propuesto para explorar las diversas funciones de la Psiquis, y en las que no hemos de insistir por sobradamente conocidas.

La selección militar en gran escala—hablaremos en adelante sólo desde un punto de vista psicológico—fué iniciada en los Estados Unidos y esto a base casi exclusiva de procedimientos colectivos, que, si bien tienen algunos inconvenientes, refiriéndose casi todos a una menor posibilidad de finura, ductilidad y precisión en el análisis, tienen, en cambio, la ventaja del ahorro enorme del tiempo y de examinadores psicólogos, y esto es inapreciable cuando se trata de examinar grandes masas de hombres como son las que forman los ejércitos.

Por ello, pensamos ocuparnos ahora tan sólo de algunas pruebas susceptibles de pasarse colectivamente, muy en especial de las ya empleadas en medios castrenses, y, por último, haremos algunas deducciones sobre las posibilidades que en el Ejército se ofrecen a la Psicotecnia.

* * *

Casi todos los "tests" colectivos empleados en la actualidad derivan de las escalas individuales, en especial de la de Binet.

Estas aplicaciones colectivas se iniciaron en los Estados Unidos, que es, además, en donde mejor se ha estudiado el asunto, si bien no hay que olvidar tampoco los ensayos europeos en Berlín, Hamburgo, Saint-Gilles, Bruselas, etc.

La primera serie que se usó parece ser que fué la de Otis, discípulo de Terman, elaborada en la Universidad Leland Stanford Junior, de Palo Alto (California), y a base de ella se construyeron, en 1917, las diferentes series de los "Army Tests", cuyo estudio nos interesa extraordinariamente y en el cual nos detendremos ante todo.

Para dar una idea de cómo se formaron y de qué son estos "Army Tests" transcribiremos unas páginas del trabajo en que damos la técnica detallada de nuestra adaptación española (1):

(1) «Adaptación española de los «Army mental tests» serie Alfa (Exámenes mentales colectivos del Ejército norteamericano)» (Rev. Sanidad Militar, 1933, números 3 y sig.).

"Cuando en febrero de 1917 los Estados Unidos decidieron tomar su parte en la Gran Guerra del lado de los aliados contaban con un Ejército en verdad exiguo. 190.000 soldados de oficio y 150.000 guardias nacionales en parte licenciados; en cuanto a oficiales, 7.000 en activo, de los que más de la mitad no tenían un año de servicio, y 8.000 reservistas con instrucción bastante rudimentaria.

"Año y medio después estas cifras se han elevado de un modo sorprendente: 180.000 oficiales. Tres millones y medio de hombres en pie de guerra.

"Para conseguir este formidable cambio fué preciso un despliegue de energías, de actividad y de organización igualmente enormes en toda la nación, y en el cual tomaron no pequeña parte los psicólogos americanos. En efecto, la *American psychological Association* ofreció su concurso al Gobierno, el cual aceptado, se nombró un Comité que se propuso desde el principio tareas tan fundamentales como las de, ante todo, eliminar a los reclutas cuyo déficit intelectual habría de constituir únicamente un estorbo en la organización militar; además, clasificar a los aprovechables en grupos de análogas mentalidades, con el fin de acelerar en lo posible la instrucción de estos grupos así homogeneizados; por último, discriminar aquellos individuos que por su mayor inteligencia fuesen aptos para asumir puestos directores en el Ejército en formación, pues si bien no sólo con ser persona inteligente se es buen oficial, no es menos cierto que un nivel mental elevado es condición imprescindible para desempeñar acertadamente estos puestos de responsabilidad.

"El Comité de examen psicológico de los reclutas, con este motivo constituido, se reunió por primera vez el 28 de mayo de 1917 en la *Training School*, en Vineland, y con el solo nombrado de sus miembros nos daremos idea de su posible eficacia; el presidente era R. M. Yerkes; el secretario, W. V. Bingham; los vocales, H. H. Godard, T. H. Haines, L. M. Terman, G. H. Whipple y F. L. Wells.

"Yerkes expuso los problemas a resolver por el Comité y dió su punto de vista personal favorable al examen individual mediante cortas series de "tests" susceptibles de hacerse en diez minutos. Siguió una discusión sobre los métodos a base de "tests" para exámenes de inteligencia y como se resaltó sobre toda la dificultad de aplicar series de "tests" individuales en poco tiempo; indicó Terman la posibilidad de usar el método de Otis de "tests" colectivos cuyas respuestas se dan sin escribir y se califican de modo muy sencillo. Se propuso un grupo de "tests" de Otis y otros modificados de éste o nuevos, y en el tercer día de sesiones (30 de mayo) se encargó a cada miembro clasificar los "tests" propuestos, teniendo en cuenta las siguientes directivas generales:

"1.^a Posibilidad de adaptación de estos "tests" para empleo colectivo.

"2.^a Validez como medida de inteligencia (corrección con métodos ya conocidos).

"3.^a Posibilidad de clasificación amplia, desde los grados inferiores de debilidad mental hasta las inteligencias más superiores.

"4.^a Presentación visual de los resultados.

"5.^a Rapidez de corrección.

"6.^a Condiciones desfavorables para las trampas.

Salicitiro

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

Perfectamente tolerado por vía bucal

Evita los trastornos gástricos.

Aumenta la eficacia salicílica.

Normaliza el terreno hipometabólico reumático

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

SY LITERATURA-DEPARTAMENTO MEDICO DEL
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel
Teléfono 55.386-Aparado de Correos 9030-MADRID



Medalla de Oro, Exposición Universal, Paris 1900.

Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

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

ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL.

TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

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

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

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin. PARIS

BELLABENAL

SANDOZ

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

El sedante nervino de los casos resistentes

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

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

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

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

Tubos de 20 y de 100 comprimidos.

Productos farmacéuticos Sandoz, Basilea (Suiza).

Oficina científica en España

Apartado núm. 880 BARCELONA Plaza Cataluña, 9



GYNOCALCION

ACCIDENTES DE LA PUBERTAD **ACCIDENTES DE LA MÉNOPAUSIS**

LABORATORIOS CORTIAL 15. Boul^d Pasteur. PARIS

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

"7.^a Pruebas de capacidades naturales, no de conocimientos adquiridos.

"8.^a Mínimum de escritura en las respuestas (cruces, rayas).

"9.^a Se preferirán los "tests" más interesantes.

"10. Economía de tiempo.

"Se eligieron trece "tests" que cumplían más o menos satisfactoriamente estas condiciones y que constituyeron el "examen A." (predecesor del Alfa) para individuos que sabían leer y escribir, y otro grupo de "tests" para iletrados que no habiendo resultado satisfactorio se sustituyó por el Beta.

"Del 10 al 23 de junio se verificaron ensayos prácticos con estos métodos bajo la dirección de los miembros del Comité, como base para futuras modificaciones; el 17 de julio de 1917 se empezaron los ensayos militares y los métodos por fin resultantes (grupo A, etc.), ligeramente modificados, según las indicaciones de Thorndike, fueron presentados al Gobierno, empezándose el ensayo oficial el 5 de noviembre del mismo año, el cual se verificó sobre un contingente de 80.000 reclutas más 7.000 exámenes que se practicaron aparte en escuelas, Universidades, etc.

"La revisión amplia de esta gran cantidad de exámenes tuvo como resultado nuevas correcciones y supresiones, quedando por último definitivamente constituido el "examen Alfa" tal como hoy le conocemos, con sus ocho "tests" en lugar de los trece de que constaba el "A" primitivo.

"En las esferas oficiales fueron aceptados, sin más modificaciones ni atenuaciones, estos métodos y empezaron a aplicarse a todos los oficiales, alumnos y reclutas del Ejército. Sólo se exceptuaron a los oficiales generales y al pequeño contingente de fuerzas ya combatientes en los campos europeos.

"Una masa de 1.726.966 hombres fueron examinados (1.250.000 solamente por el examen Alfa, que nos ocupará especialmente) y entre ellos 41 000 eran oficiales o alumnos. Los resultados fueron completamente satisfactorios. Atendiendo a su puntuación se formaron siete grupos con todos ellos, que son por orden los siguientes:

- A Muy superior.
- B Superior.
- C+ Medio elevado.
- C Medio.
- C- Medio bajo.
- D Inferior.
- D- Muy inferior.

"Se consideraron a los incluidos en los dos primeros grupos como intelectualmente aptos para el mando (oficiales). Los del grupo C+ y algunos del C podrían ser suboficiales y los C- serían buenos soldados medios. Los del grupo D eran justifi-

ciables de una instrucción más prolongada y los del D- rara vez servirían más que para los batallones de trabajo. Los sujetos por debajo de esta categoría (grupo especial E) son rechazables en su mayor parte para el servicio de las armas.

"Dijimos que se consideraban intelectualmente capaces para desempeñar puestos de oficiales a los incluidos en las categorías A y B. Claro que este es sólo un aspecto de la cuestión. Teniendo que demostrar estos individuos, además, que poseían las restantes cualidades necesarias para el mando militar. Pero, sin embargo, se mostró el examen psicológico como utilísimo en la selección de oficiales, dando rápida y cómodamente un contingente (el 18 por 100 de los examinados alcanzaron dicha categoría) de individuos bien dotados de inteligencia general entre los cuales se hacía mucho más fácil la selección profesional estricta. Y hasta tal punto se vieron relacionadas estas dos facetas de la personalidad—inteligencia general y capacidad profesional—en los aspirantes a oficiales, que en un campo de instrucción de éstos, donde no se verificó desde un principio el examen psicológico y sí al cabo de algún tiempo los sujetos rechazados en éste fueron los mismos considerados por la observación directa del personal instructor como ineptos para el mando. Si la selección psicológica se hubiese verificado desde el primer momento se habrían ahorrado trabajo y trámites en la formación del Ejército.

"Si nos hemos detenido quizá demasiado en la exposición de los hechos enlazados con el origen de los "Army Mental Tests" y sentimos todavía que las condiciones de espacio que nos impusimos no nos permitan ser más prolijos aún en su narración, ha sido por considerarles como muy demostrativos en sus resultados acerca de la gran obra que el Comité de psicólogos americanos llevó a feliz éxito. En efecto, se trata de la obra, no de un especialista más o menos documentado o genial, sino de la de muchos hombres cumbres en sus disciplinas, mutuamente controlada y aquilatada, y que les fué después posible experimentar en la mayor escala que psicólogo alguno podía ambicionar."

Vemos, pues, que el origen de estos "tests" estuvo en la necesidad nacional de verificar una selección rápida en grandes contingentes y que el resultado de ellos fué completamente satisfactorio.

Se presentaron en dos series: Alfa y Beta, esta última no es verbal, para iletrados.

Estimulados por la escasez de pruebas de inteligencia colectivas verbales, en español, ampliamente utilizables en sujetos de todas edades, inteligencias y culturas que sepan leer y escribir, pues tan sólo conocemos: la "Selección española para superdotados", de Germain y Rodrigo, propia, como su nom-

Avance de sumario para el número próximo (9 de Septiembre de 1933)

DR. F. MURILLO (ex Director general de Sanidad).
De Higiene social.—Proyecto alemán de esterización eugenésica.

DR. H. ARRUGA.—Etiología y patogenia del desprendimiento de la retina (continuación).

DR. VÍCTOR MOET Y ARRÁNZ.—El estado actual del problema de la avitaminosis.

Sesiones clínicas.—Hospital Provincial y Hospital de la Beneficencia General.

Prensa extractada.—Sección profesional.

bre indica, solamente para un tipo de individuos, y la adaptación del "Tets IV del Instituto Carnegie", de Thurstone, hecha por el Dr. Mira—dirigimos la atención sobre esta prueba Alfa de los "A. M. T." americanos por ver en ella la serie de ventajas que anteriormente enumeramos.

Por ello nos propusimos hacer una traducción—adaptación de dicha prueba—de la que diremos tan sólo breves palabras:

Consta de ocho "tests":

El 1.º de órdenes a ejecutar; explora, ante todo, memoria de fijación y atención. (El espíritu de disciplina está íntimamente ligado, en lo intelectual, a estas facultades.)

El 2.º explora el razonamiento aritmético mediante problemas de dificultad creciente.

El 3.º es prueba del juicio crítico, basada en otras análogas de Binet y Simón.

El 4.º, de semejantes y opuestos, requiere riqueza de vocabulario y tiene también sus semejantes en Binet y en Terman.

El 5.º, de frases en desorden para reconstruir e indicar si son verdaderas o falsas, es un magnífico "test" del razonamiento, inspirado en Binet y en Ziehen.

El 6.º, de series de números para indicar los que deben seguir, es prueba de la aptitud de generalización y exige sólo conocimientos aritméticos elementales.

El 7.º es un "test" con su homólogo en Otis de relaciones lógicas, de analogías.

Y el 8.º es una prueba de información que explora conocimientos dados por el ambiente más que escolares.

En muchos de ellos, y sobre todo en este último, hemos tenido que modificar algunas cuestiones para adaptarlo a nuestras características raciales, de medio y de cultura, pero respetando siempre el sentido del texto americano; así, por ejemplo, la pregunta 36 del 8.º "test" dice en inglés:

"The Overland car is made in Buffalo, Detroit, Flint, Toledo."

Y en nuestra adaptación:

"Se fabrican armas en Bailén, Trubia, Madrid, Cáceres."

La corrección de este "test" es fácil, y la puntuación viene dada por la suma de los aciertos en todas las pruebas menos las 4.ª y 5.ª, en que se les restan los errores. La máxima es de 212 puntos.

Ahora bien, se sabe uno de los principales inconvenientes de los "tests" colectivos, cual es el de requerir un cuadernillo impreso para cada examinado, lo que casi siempre supone un gasto considerable y a veces constituye un obstáculo insuperable a su empleo en centros económicamente modestos, como, sobre todo, las escuelas. Este inconveniente lo hemos vivido en nuestra práctica, y no sólo en escuelas, sino en centros militares donde hubiésemos deseado experimentar, y en que el único obstáculo para ello fué el no existir la autorización oficial para los gastos que estas experiencias requieren.

Impulsados por ello, nos decidimos a abordar la cuestión de los "tests" colectivos económicos, a la que desde hace pocos años se concede gran atención en el Extranjero, mientras que en España cree-

mos que hasta hoy no se ha intentado nada en este terreno.

A este fin, estudiamos detenidamente los "tests" clásicos, principalmente los colectivos "Army", el moderno de Otis, el de Terman para los años escolares, los "National Intelligence Tests" americanos y el de cuestiones mezcladas del Instituto Carnegie (Thurstone) con su adaptación española del doctor Mira, de Barcelona, y, además, los "tests" económicos de Chapman (quien fué el primero que resolvió prácticamente el problema), de Ballard, juntamente con su adaptación francesa del Instituto de Altos Estudios de Bruselas, y la "Prueba económica B" para la preselección de superdotados, combinada en Bélgica según los "Columbian" y "Chelsea Tests", de Ballard.

Posteriormente, siguiendo un criterio ecléctico de selección, haciendo modificaciones y añadiendo aportaciones personales, hemos combinado el "Test colectivo económico español", que describiremos sucintamente, pues la técnica detallada no es de este lugar.

Consta nuestro "test" económico de tres partes, de las cuales la primera y la tercera, que son de presentación verbal, las hemos preparado en dos formas, A y B, exactamente análogas, para casos en que hayan de repetirse en los mismos individuos, etcétera. La primera parte se compone de 70 cuestiones mezcladas, para contestar escribiendo solamente una palabra, número o signo. Esta parte está orientada, sobre todo, en el "test" económico de Ballard y la mayoría de sus cuestiones son traducidas de aquél, más o menos modificadas; pero hemos tomado también de Chapman, de la "Prueba económica B" y añadido algunas preguntas nuevas. Puede utilizarse aislada y con independencia de las otras dos, como prueba colectiva económica de técnica fácil y dificultades de ejecución elementales, y es apta especialmente para rendir servicios de clasificación en escuelas y, en general, siempre que se trate de graduar someramente por su inteligencia a individuos de nivel mental no alto. En ella se invierten unos veinticinco minutos.

La segunda parte es de presentación gráfica, y requiere unos ocho minutos. Consta de cuatro pruebas, que se presentan en el siguiente orden: 1.º, el pentágono de Ziehen para reproducir de memoria; 2.º, dos laberintos inspirados en Porteus, pero distintos de los de éste, de dificultad graduada y cuya presentación colectiva la creemos original (así como la de las dos pruebas siguientes de esta segunda parte); 3.º, una prueba inspirada en Binet y en Terman, que consiste en imaginar la figura que resulte después de desplegar un cuadro de papel en el que se han hecho primero dos dobleces y en seguida unos cortes (se presentan cuatro dibujos numerados, y entre ellos hay que elegir el conveniente); 4.º, una parte del "test" gráfico de lagunas de Healy, modificado, con cinco cuadros en blanco y 15 cuadros aparte, con dibujos para completar esos huecos.

Para la tercera parte se necesita dar sucesivamente a cada examinado tres hojitas, que han de utilizarse según las instrucciones, pero sin escribir nada en ellas, por lo cual son hechas de una vez para siempre. En la primera hojita va una prueba del juicio moral, con cinco acciones buenas y cinco ma-

las, para clasificar. En la segunda página va una prueba con 10 series de palabras para analogías, del tipo de las del "Army Alfa" y de Otis, y otra con 10 frases de lagunas en forma de pregunta, que hay que descifrar y contestar con un *sí* o un *no*. En la tercera van primeramente 10 frases de palabras mezcladas, que hay que averiguar si son verdaderas o falsas y, por último, hay cinco términos abstractos a los que buscar definición entre ocho frases que les acompañan. La tercera parte requiere unos quince minutos para su ejecución.

El "test" completo, con sus tres partes, es propio para adultos y superdotados.

El único material preciso es: los dibujos, de confección sencillísima para la segunda parte, y las hojitas, de preferencia a máquina, para la tercera, todo ello de duración ilimitada, y, además, una simple hoja de papel rayado barato, que por una cara se le ponen los números del 1 al 70, para la primera parte, y por la otra varias letras y números, para las segunda y tercera. La confección de estas hojas de examen, único material que se gasta, es tan fácil, que puede hacerla cualquier persona que sepa escribir claramente, y su precio resulta de dos céntimos cada hoja.

Este "test" colectivo económico lo hemos experimentado ya en unos 200 sujetos de diversas condiciones, y lo seguimos en ensayo hasta que, con un número suficientemente elevado de exámenes podamos dar normas de cierta fijeza respecto a valoración de resultados para determinación de edad mental, etc.; para lo cual, además de un procedimiento estadístico riguroso, lo vamos controlando con método de valor reconocido, especialmente el "Army Alfa" colectivo, y la escala individual de Terman.

Ahora bien, los casos de aplicación de las pruebas mentales en nuestra práctica de medicina castrense se pueden referir a dos grandes grupos principales:

1.º Peritajes psiquiátricos legales que ya, de modo corriente, nos son encomendados.

2.º Selección de contingentes desde el punto de vista intelectual, lo cual actualmente no se hace en España ni siquiera para oficiales y clases.

En los peritajes psiquiátrico-legales que encuentran su aplicación más adecuada las pruebas intelectuales, es cuando se trata de diagnosticar demencias, o sea debilidades mentales adquiridas o debilidades propiamente dichas, o congénitas. En estos peritajes se aplican casi exclusivamente pruebas individuales, y no colectivas.

En el Ejército, debido al cambio de ambiente, se manifiestan a veces déficits intelectuales que hasta entonces pasaron desapercibidos, y esto en las más distintas esferas, desde el rústico aldeano que, arrancado a la rutina de su cotidiano laboreo, aparece constantemente atontado y boquiabierto ante todo hecho o frase siempre nuevos para él, hasta el hijo de acomodados burgueses, al que los continuos mimos y tutelajes familiares le habían dado ese barniz de banalidad que se llama "buenos modales", tras el cual ocultaba su vacío interior, pero éste se manifiesta cuando la rudeza y naturalidad del medio militar arañan el barniz. Son todos ellos, en el cuartel, los clásicos "torpes" para la instrucción, lentos a la comprensión, desmemoriados a las órdenes y que cometen con frecuencia faltas disciplinarias estúpidamente motivadas.

Prevía demostración de sus déficits, todos ellos deben ser excluidos del servicio activo, donde no servirán sino de rémora a los demás, y dedicados, a lo sumo, a servicios mecánicos auxiliares.

En cuanto a los grados más profundos de imbecilidad e idiocia, no llegan a presentarse generalmente al médico militar, pues no ingresan en filas.

El segundo caso de aplicación de pruebas intelectuales en el Ejército se refiere a la selección de contingentes, siguiendo el modelo que tan buen resultado dió a los americanos. Nos propondríamos, mediante esta selección: 1.º Separar los más inteligentes, para que, previa formación especializada, fuesen a ocupar los puestos de mando y responsabilidad—se sabe, como dijo Stern, que "las disposiciones no son, en primer término, derechos, sino deberes (*Gaben sind Aufgaben*), y también lo que dice el proverbio inglés: "the right man in the right place", "el hombre debido en el lugar debido"—; 2.º Eliminar los no útiles por su escasa inteligencia para el servicio activo, y 3.º Clasificar a los reclutas en grupos de inteligencia semejante, con lo que todas las tareas a efectuar en ellos quedarían muy simplificadas, y, además, podría, asimismo, encargarse los trabajos más delicados, como transmisiones, manejo de aparatos, etc., a los grupos más elevados.

Para esta selección de contingentes es para la que prestan su mayor utilidad las pruebas colectivas que hemos estudiado.

Sería muy de desear que en España se recogieran las enseñanzas mundiales sobre esta materia, que parecen ofrecer en la actualidad posibilidades y ventajas nada despreciables.

Etiología y patogenia del desprendimiento de la retina

APORTACIONES DEL

DR. D. HERMENEGILDO ARRUGA

AL

XIV Concilium Ophthalmologicum. (Adaptado para su publicación en EL SIGLO MEDICO, por M. R.)

No hay duda de que el estudio del desprendimiento de la retina tiene justificada su designación como tema de un Congreso Internacional de Oftalmología. Es el asunto oftalmológico de mayor interés actual, en primer lugar, por la trascendencia que han tenido las novedades terapéuticas del mismo, y en segundo, por el afán de aclarar, gracias a ellas, este interesantísimo capítulo oscuro y complicado de su patogenia, que ha sido un callejón sin salida de nuestra especialidad al que han dirigido sus investigaciones desde hace muchos años eminentes oftalmólogos.

Mi labor ha de ser sólo la de procurar dar una idea lo más clara posible del estado actual de estas complicadas cuestiones, terminando con la apreciación personal basada en el estudio de los hechos terapéuticos recientes y en modestas investigaciones que hemos practicado.

Etiología.

Al pretender estudiar las causas del desprendimiento de la retina, hemos de empezar por analizar las condiciones generales de los organismos en que se presenta esta enfermedad (edad, sexo, herencia, su frecuencia

y bilateralidad); después estudiaremos su asociación con la miopía, para tratar luego de las condiciones patológicas oculares y generales que favorecen el desprendimiento de la retina, pasando luego al estudio de la patogenia, basado en los datos expuestos anteriormente, en estudios experimentales y en el examen anatomopatológico de los casos que hemos podido recoger de ojos enucleados con desprendimiento reciente.

CONDICIONES FISIOLÓGICAS GENERALES DE LOS INDIVIDUOS ATACADOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

Edad.

En la infancia, el desprendimiento de la retina es raro; empieza a ser más frecuente hacia los diez y seis a diez y ocho años, alcanzando el máximo de frecuencia entre los cuarenta y cinco y los sesenta años. Aunque pasando de esta edad no sea tan frecuente, lo es más, en realidad; pero el número de individuos de esta edad es escaso, y por ello en las estadísticas no figuran muchos casos de edad avanzada.

En las primeras edades dominan los casos con miopía; en las edades avanzadas hay más amétropes que miopes; el factor senilidad adquiere progresivamente importancia, sobre todo, de los cuarenta y cinco años en adelante.

Sexo.

El desprendimiento de la retina ataca preferentemente al sexo masculino en la proporción de dos tercios.

Herencia.

Aunque se hayan publicado casos en que el desprendimiento de la retina haya recaído en varios individuos de una misma familia, no son muy numerosos, ni vemos en la clínica sino raramente la coexistencia de esta enfermedad en individuos de una misma familia. Probablemente se heredan algunos de los factores predisponentes al desprendimiento, y casualmente se juntan otros factores que lo determinan.

FRECUENCIA Y BILATERALIDAD

El desprendimiento de la retina figura en las estadísticas de los enfermos de ojos con una cifra variable de medio a dos por ciento, según los autores.

La bilateralidad del desprendimiento de la retina es relativamente frecuente.

Personalmente, en los 45.000 enfermos que figuran en mi estadística profesional desde octubre del año 1910 hasta julio de 1932, constan 682 enfermos de desprendimiento de la retina, teniendo en cuenta que los 300 últimos fueron vistos entre los meses de junio de 1927 y octubre de 1932. Entre todos los casos hay 121 bilaterales, de los que 73 figuran entre los 300 últimos citados.

FRECUENCIA DE LA MIOPIA

La mayoría de desprendimientos de retina sobrevienen en ojos miopes, aunque el porcentaje es a veces muy diferente según los autores.

El grado de miopía no es siempre muy alto; a menudo las ligeras miopías son frecuentemente afectadas por el desprendimiento.

Personalmente, entre 682 casos de mi estadística, 398 son miopes (58 por 100), el resto son amétropes, aunque presbítas en su mayoría. Algunos eran hipermétropes antes del desprendimiento, en número de 12. Además, en cierto número de casos no se pudo precisar la refracción por el estado amaurósico del ojo y falta de antecedentes.

Otro dato importante es la proporción en que los mio-

pes son atacados de desprendimiento de la retina. En mi estadística, entre 45.000 enfermos figuran 7.940 miopes y entre 682 enfermos afectados de desprendimiento de la retina, hay 398 miopes, lo que da una proporción de cerca de un 5 por 100 de miopes consultados que padecían esta enfermedad.

Como apéndice de este capítulo de la influencia de la miopía en la etiología del desprendimiento de la retina, me he de referir a la supuesta influencia del uso de cristales correctores de la miopía en la predisposición a esta enfermedad.

No es raro que los pacientes y alguna vez el oculista achaquen a falta de corrección de la miopía a uso de cristales defectuosos la causa del desprendimiento de la retina. En realidad, no hay tal relación, y si bien todos hemos de aconsejar el uso de cristales correctores de una ametropía, no tenemos indicios ni pruebas de que el desprendimiento se produzca ni por dejar de llevar cristales ni por llevarlos defectuosos. En todo caso, los esfuerzos de acomodación a que obliga el llevar sin corregir o mal corregida la miopía, favorecerá la producción de lesiones oculares, que quizá predispondrán, junto a otras causas, a la formación del desprendimiento de la retina.

INFLUENCIA DEL TRAUMATISMO

La influencia del traumatismo en la producción del desprendimiento de la retina, se manifiesta en gran número de casos; mas la precisión del factor etiológico traumático es en muchos de ellos imposible; tanto es así, que la clasificación de desprendimientos en espontáneos y traumáticos, es del todo imposible, pues aunque un grupo de casos puedan decididamente clasificarse como espontáneos, y otro grupo como traumáticos, en la gran mayoría el papel que ha desempeñado el traumatismo en la formación del desprendimiento es difícil de precisar. Muchas veces, el traumatismo es muy antiguo; a veces, ligerísimo, y cuesta, por medio del interrogatorio, obtener del enfermo la afirmación de un golpe, sacudida o contusión directa o a distancia, que nos pueda explicar la presencia de un desprendimiento.

Leber considera que el traumatismo es la causa del desprendimiento de la retina en un 16 ó 18 por 100 de los casos. En nuestra estadística, sólo en un 15 por 100 de ellos hemos podido comprobar claramente esta etiología.

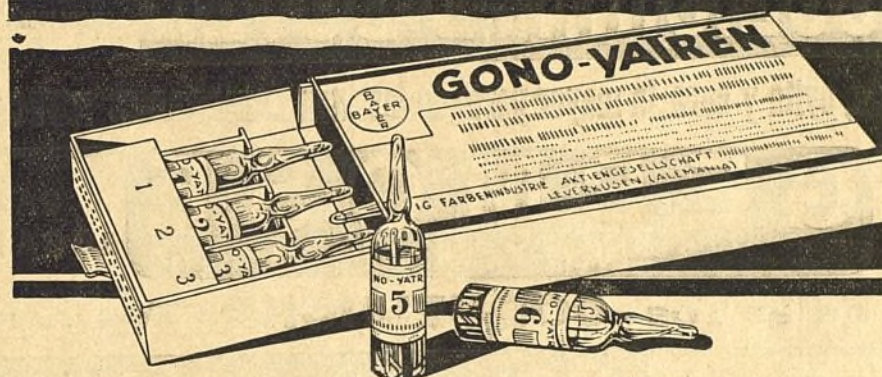
Voy a agrupar las causas traumáticas del desprendimiento de la retina en tres series, según el desprendimiento se presente inmediatamente, secundariamente o tardíamente.

TRAUMATISMO CON PRODUCCIÓN INMEDIATA DE DESPRENDIMIENTO

Todos los traumatismos directos oculares son a menudo causa de desprendimiento. No me referiré a los casos de grandes heridas de globo ocular en la que el mismo cuerpo vulnerante ha perforado las paredes y producido soluciones de continuidad en sus membranas, con desprendimiento de retina consecutiva, pues en dichos casos el desprendimiento no es la enfermedad ni la única lesión. El cuadro, en tales casos, agravado por el desprendimiento, está dominado por la hemorragia, pérdida de vítreo y lesiones de las otras partes del ojo. Sólo en caso de evolución favorable tiene entonces el desprendimiento una importancia que puede ser decisiva para la mayor o menor capacidad visual de aquel ojo herido.

Aparte de estos desprendimientos por lesión directa y perforante del globo, hay que reconocer que aun en los grandes traumatismos no es la retina el órgano que más fácilmente se lesiona del ojo, como a primera vista pudiera parecer, dada su delicadeza. Las pequeñas heri-

gono yatrén



**Yatreno-vacuna antigono-
cócica polivalente de acción
inmunizante específica y
no específica combinada**



**Tratamiento eficaz de la
blenorragia y de todas
sus complicaciones**

Prescribase: GONO-YATRÉN

Envase combinado para un tratamiento completo

La Química Comercial y Farmacéutica S/A

Bayer Meister Lucius

- Barcelona - Apartado 280

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCION de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

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

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

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

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

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto - fosfato de cal



Rigurosamente dosificado

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

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

De venta en todas las farmacias

Depositorio general para España:

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

das y sobre todo las que van acompañadas de persistencia de cuerpo extraño intraocular, son muy a menudo productoras de desprendimiento de la retina. En los casos de cuerpo extraño enclavado en las membranas, contribuye al desprendimiento la acción irritativa del mismo sobre ellas. En los raros casos en que el cuerpo extraño está suelto en el vítreo, aparte de los fenómenos de reacción que, sobre todo por parte del cuerpo ciliar puede dar, es muy probable que acabe por producir un desprendimiento por lesión directa sobre la retina y desgarro consecutivo.

Las contusiones del ojo pueden dar lugar a desprendimientos de la retina inmediatamente. La conmoción de la retina conocida con el nombre de opacidad de Berlin, es posiblemente el caso de un ligero desprendimiento con formación de serosidad coroidea subretiniana, que se reabsorbe sin dejar rastro. Cuando las contusiones son muy violentas, frecuentemente el desprendimiento de la retina es la secuela fatal de las mismas.

Hay casos en los que se trata probablemente de la conmoción de Berlin en grado superlativo, con gran exudación o hemorragia coroidea, en los que la masa de sangre o exudado depositada debajo de la retina es la causa del desprendimiento. Mas ya algunos autores han señalado la frecuencia con que en tales casos el desprendimiento va acompañado de un desgarro de la retina al nivel de la ora serrata.

En los casos de contusión y ruptura coroidea, no es extraño que posteriormente se presente un desprendimiento de la retina originado en la vecindad de aquella; mas lo que es muy curioso e interesante es que muy raramente se desgarra la retina en el mismo sitio que la coroides; más bien sobreviene un desgarro a distancia, a menudo en la mácula. La retina que corresponde a la ruptura coroidea, sólo presenta lesiones de las capas externas.

Cuando la ruptura coroidea es muy anterior, a menudo se presenta desinserción de la retina en la ora serrata, en cuyo caso puede producirse el desprendimiento si espontáneamente no se suelda la retina otra vez.

Una lesión relativamente frecuente en las fuertes contusiones y que acarrea asimismo el desprendimiento de la retina, es el desgarro de la mácula que puede, sin embargo, evolucionar hacia la curación sin producir desprendimiento, aunque quedando siempre un escotoma central absoluto.

Otras veces, el desgarro macular es secundario al desprendimiento de la retina.

Sin tratarse de herida ni de contusión, hay casos en que el agente mecánico traumático obra de una manera diferente. Me refiero a los casos de esfuerzos, sacudidas, vibraciones enérgicas, el acto de agacharse, etcétera, que más o menos inmediatamente han producido un desprendimiento.

La misma variedad de causas hace sospechar cuán difícil es a veces el precisar si el desprendimiento es traumático o no. En la inmensa mayoría de los casos hay que reconocer que, salvo en los traumatismos intensos, el factor predisposición juega un importantísimo papel, ya sea en forma de miopía, senilidad, alteraciones patológicas de la retina, etc., lo cual estudiaremos al tratar de la patogenia. Estas condiciones han de hacer que, aunque el traumatismo sea pequeño, los efectos sean grandes y análogos a los de los grandes traumas en ojos no predispuestos al desprendimiento. De aquí una gran dificultad de orden médico-legal al pretender señalar en los casos de accidente del trabajo la parte correspondiente al trauma y a la predisposición orgánica al desprendimiento.

TRAUMATISMO CON PRODUCCIÓN SECUNDARIA DE DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

En este grupo figuran la mayoría de casos traumáticos que vemos en las consultas. Son los casos en los que el desprendimiento sobreviene desde los primeros días hasta la sexta o séptima semana después del trauma.

Se trata de contusiones directas sobre el ojo o también frecuentemente sobre el esqueleto periorbitario. A veces es una pelota, la mano, el puño, un codo, una borla o extremo de una cortina, etc., que da sobre el globo; muy a menudo es el golpe seco sobre la frente, las sienes o cualquier parte del cráneo contra un objeto duro, sea una puerta entreabierta con la que se tropieza, al andar a oscuras; contra un canto de mueble u otro objeto, al agacharse, o es un tropezón o una caída, etcétera, etc., pero siempre pasan unos días sin que el paciente note nada, o bien tan sólo ligeros trastornos de opacidades del vítreo o fotopsias, hasta que más o menos repentinamente se manifiesta el desprendimiento que obliga al enfermo a consultarnos.

En estos casos hay que suponer que la lesión traumática inicial fué muy pequeña, y que la evolución del proceso sea por desgarro de la retina, sea por otro mecanismo, se ha desarrollado rápidamente al llegar las consecuencias de la lesión inicial a un cierto grado. Es lo que en la patogenia estudiaremos.

TRAUMATISMO CON PRODUCCIÓN TARDÍA DE DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

Se refiere este capítulo a los casos en que la aparición del desprendimiento tiene lugar tardíamente; es decir, después de dos meses del traumatismo. Claro que esta agrupación es algo arbitraria y que a veces, aunque raramente, los casos del anterior capítulo pueden presentar retrasadamente el desprendimiento, así como los del presente capítulo pueden anticiparse.

En efecto; los casos de traumatismo con perforación del globo o sin ella, van acompañados a menudo de producción de hemorragias del vítreo con formación de coágulos que, al retraerse, pueden desprender la retina. Asimismo, la retracción de los tejidos heridos (la misma retina entre ellos) puede dar tardíamente lugar al desprendimiento. También la salida de vítreo al exterior más que por la pérdida del humor en sí, por las adherencias que el armazón del vítreo puede establecer entre la cicatriz y la retina, es origen de desprendimiento. Algo parecido ocurre en las operaciones intraoculares con salida de vítreo, como sucede a veces en la extracción de la catarata o en la operación de Elliot, si la trepanación es lejana del limbo, etc. La retracción de la trama sólida del vítreo puede atraer la retina y provocar su desprendimiento, aunque en tales casos es muy probable que no sea siempre la retracción del esqueleto del vítreo la causa directa del desprendimiento, sino la producción de un proceso flogístico infectivo, pues a menudo no queda la porción herniada de vítreo suficientemente cubierta de conjuntiva, y constituya una puerta de entrada de gérmenes al interior del ojo.

Se ha señalado como factor predisponente a desprendimiento de la retina la extirpación intracapsular de la catarata. Gidney y Lister, discípulos de Smith, han señalado la frecuencia del desprendimiento en la operación, refiriéndose al método de su maestro. Dado que en dicho método la pérdida de vítreo es muy frecuente, hay que deducir que la frecuencia del desprendimiento que señalan dichos autores es más bien debida a las pérdidas de vítreo que a la extracción intrecapsular.

En un trabajo publicado sobre la extracción intracapsular de la catarata, señalé que entre 204 casos de extracción intracapsular había visto cuatro veces el

desprendimiento de la retina como complicación postoperatoria.

He de hacer constar que en todos los casos de extracción fué total y sin pérdida de vítreo ni complicación postoperatoria; todos ellos eran miopes; uno de ellos tuvo doble desprendimiento.

INFLUENCIA DEL TRABAJO OCULAR

La acción que pueda tener el trabajo ocular insistente, sobre todo cuando va acompañado de esfuerzos de acomodación (lectura, escritura, dibujo, bordado, etc.), como predisponente del desprendimiento de la retina, no es manifiesta. Claro que la natural tendencia de los pacientes a atribuir a algo que parezca lógico la causa de sus dolencias, hace que en los casos de desprendimiento de retina, si no como causa determinante, como a predisponente, se mencione a menudo el trabajo excesivo ocular en cualquier forma, ya profesional, ya por afición. Otras veces, según el paciente, tiene el cine la culpa de su desprendimiento, o bien la luz artificial o la impresión deficiente de un libro o periódico. Lo cierto es que, si bien no se puede negar que los trastornos vasculares pueden en ciertas y determinadas condiciones cooperar a la formación de una lesión exudativa, no parece que su acción deba compararse a la de los casos en que grandes esfuerzos corporales acompañados de congestión cefálica han sido manifestamente la causa determinante del desprendimiento.

Más probable es que el trabajo ocular y de acomodación, así como el de fatiga lumínica, obren como causa lenta, favoreciendo las lesiones inflamatorias que existan en los ojos, y más remotamente, incluso las degenerativas, y que sólo raramente sea la congestión producida por el trabajo la causa del desprendimiento.

A mayor abundamiento, algunos trabajos modernos sobre las causas de las complicaciones miópicas dan mayor valor al factor herencia o predisposición hereditaria que al factor mecánico o dinámico. Clausen, en un detenido estudio, insiste en la poca consistencia que tienen las teorías basadas en las génesis de las lesiones miópicas por efecto del trabajo cercano de acomodación, convergencia, acción de los músculos extrínsecos, tirantez del nervio óptico, etc., dando mayor valor a la predisposición heredada que a todo lo demás.

Todos tenemos en nuestras estadísticas casos de desprendimiento en ojos ambliopes por falta de uso. Muy a menudo se da el caso de un ojo amétrope o poco miope que trabaja exclusivamente porque el otro ojo es muy miope, incluso estrábico; en estos casos es lo más frecuente que este segundo ojo sea el afectado de desprendimiento de retina.

CONDICIONES PATOLÓGICAS OCULARES QUE FACILITAN EL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

Estudiaremos en este capítulo las lesiones congénitas, las miópicas, las seniles, las inflamatorias y las tumorales.

LESIONES CONGÉNITAS

En este capítulo, sólo una afección o dismorfia congénita tiene cabida como favorecedora del desprendimiento de la retina. Se trata de la luxación del cristalino.

El cristalino, relajados de sus medios de fijación, es una masa sólida que se mueve más o menos en el vítreo, destruyendo el armazón de la parte anterior del mismo. Si cae en el fondo ocular, obra produciendo fenómenos de cuerpo extraño.

LESIONES MIÓPICAS

Los ojos con ligera miopía no tienen, o apenas tienen lesiones; mas éstas se presentan y acrecentan a medida que la miopía es mayor, llegando a grados en que casi todo el globo ocular presenta alteraciones importantes.

No guarda la intensidad de estas lesiones estricta relación con el grado de miopía; hay diferencias personales muy acentuadas, relacionadas probablemente con otros factores que intervienen en su formación (herencia, edad, estado de nutrición, discrasias, afecciones intercurrentes, locales y generales, trabajo, etc.)

En los casos de fuerte miopía, coincidiendo con el alargamiento del globo ocular, existe un retroceso marcado del iris y cuerpo ciliar. La raíz del iris está situada más atrás, el cuerpo ciliar es delgado y estirado con escaso desarrollo de su parte interna y principalmente de los procesos ciliares. La porción ciliar de la retina situada entre la ora serrata y el cuerpo ciliar, está estirada; su longitud normal está aumentada en 2,3 y hasta 4 milímetros en algunos casos. Al nivel de la ora serrata presenta la retina muy a menudo, aun en individuos jóvenes, degeneración cistoidea (adema de Iwanoff). Las membranas son delgadas. La esclerótica cuyo espesor es normal, es de 0,6 milímetros, llega a tener 0,3 milímetros de grueso y es a veces muy distinto en unas u otras zonas del mismo ojo. La retina presenta a menudo zonas de atrofia en que las capas de los granos no son ya visibles, quedando a veces reducida a una membrana delgada gliosa. En ciertos casos hay placas cicatriciales que unen la coroides y la retina.

En general, cuando la coroides está alterada, lo están las capas externas de la retina; no así las internas, que pueden presentarse íntegras contactando con zonas de coroides degenerada.

Muy frecuente es la degeneración cistoidea, consistente en la formación de pequeñas y numerosas celdas en la capa plexiforme externa.

A veces se funden entre sí, constituyendo verdaderas lagunas que aislan las dos capas de granos, externa e interna. Pueden estar situadas en toda la extensión de la retina, en la parte anterior y en el polo posterior.

La acentuación de adelgazamiento de la retina en las partes en que ya es muy delgada, o la apertura de las pequeñas cavidades formadas en su espesor, pueden dar lugar a la formación de verdaderos agujeros de la retina.

Todas estas lesiones se manifiestan al oftalmoscopio por la llamada corio-retinitis, que en realidad no es una inflamación, sino una degeneración progresiva del tejido propio de la retina y de la coroides, no peculiar de la miopía, sino adoptando tipos parecidos o iguales a otras lesiones degenerativas. La llamada coroiditis ecuatorial es uno de los tipos, caracterizado por su localización en el ecuador. Otras veces es llamada coroiditis periférica, sobre todo si está situada entre el ecuador y la periferia del globo.

Al examen oftalmoscópico estas lesiones aparecen de variable aspecto, según su extensión e intensidad. Nunca presentan uniformidad; siempre son islotes o manchas pequeñas o grandes, incluso a veces confluentes, negras, cuando se ha acumulado o conservado el epitelio pigmentario; blancas, cuando es la esclerótica la que se ve a través de ellas por destrucción más avanzada de la retina y de la coroides.

En el emisferio posterior, las grandes lesiones miópicas (anillo atrófico peripapilar, atrofia de la coroides, retracción de la lámina vitrea) no nos interesan mucho desde el punto de vista patogénico del desprendimiento de la retina; sólo la degeneración miópica macular y las hemorragias maculares, tan frecuentes en los miopes

fuertes, pueden favorecer la perforación de la fovea y provocar un desprendimiento.

Los autores que se han ocupado del estudio de estas lesiones creen, como es lógico que creamos todos, que el papel patogénico de estas lesiones en el desprendimiento de retina ha de ser muy importante.

El vítreo en los miopes presenta lesiones a veces muy importantes, aunque no guardan siempre relación con la intensidad de la miopía, pudiendo presentarse precozmente en miopes de débil grado o no existir en miopías fuertes.

Se caracterizan principalmente por alteraciones del armazón del mismo.

LESIONES SENILES OCULARES

La lesión más típica de senilidad en el ojo fisiológico es la degeneración vascular de la parte más anterior de la retina o degeneración cistoidea.

Se inicia esta lesión senil a veces muy pronto, pero raramente antes de los quince años. Las primeras células se forman en la parte más periférica de la retina. A medida que estas primeras vacuolas crecen con la edad, se forman otras más posteriores. También en la periferia se observan al oftalmoscopio lesiones seniles de la retina, consistentes en manchas negras pequeñas a veces puntiformes; otras veces formando acúmulos pigmentarios más o menos grandes, situados irregularmente; sólo alguna vez, pareciendo seguir el trayecto de un vaso, rodeados de zonas atróficas de retina y coroides. Anatómicamente estas lesiones representan un proceso de degeneración progresiva, caracterizado por la desaparición de los elementos nobles del tejido, su adelgazamiento, la esclerosis de sus vasos, la acumulación del pigmento en masas, es decir, la atrofia o ruina anatómica de estas membranas.

La relación de estas lesiones con la degeneración cistoidea antes descrita no está comprobada, aunque ambas radican en la misma zona de retina. Estas lesiones de senilidad que con tanta preferencia se desarrollan en la periferia de la retina pueden extenderse al resto de la misma. La degeneración cistoidea tiene predilección también por el polo posterior, preferentemente por la mácula, donde puede dar lugar a la formación de vacuolas de regular tamaño por confluencia de varias de ellas.

Haab fué el primero en descubrir la llamada oftalmoscópicamente degeneración senil macular, caracterizada por la presencia en dicha zona retiniana de un fondo claro blanquecino o amarillento, salpicado irregularmente de manchas oscuras, rodeado a veces de un círculo de mayor acúmulo pigmentario.

Vogt ha señalado la gran analogía que, tanto en el aspecto oftalmoscópico como en el anatomopatológico, existe entre las lesiones miópicas y las seniles, lo cual señala su valor etiológico en el desprendimiento de la retina y corrobora la frecuencia con que en los miopes y en los viejos tiene lugar esta enfermedad.

LESIONES INFLAMATORIAS OCULARES QUE FACILITAN EL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

Lesiones escleróticas

Las lesiones oculares con esclerosis vascular acentuada acompañan casi siempre a las lesiones vasculares generales de la angioesclerosis; pero es sobre todo en los casos de la llamada retinitis albuminúrica donde con más frecuencia e intensidad observamos lesiones escleróticas retinianas que producen el desprendimiento de la retina. Las lesiones son generalmente bilaterales, y muy a menudo el desprendimiento es asimismo bilateral

y situado en la parte inferior, siguiendo éste la evolución de aquéllas y curando frecuentemente en los casos de retinitis nefrítica gravídica si cesa el embarazo y mejora la toxemia.

LESIONES HEMORRÁGICAS

Las hemorragias pueden dar lugar al desprendimiento de la retina, aunque con escasa frecuencia, ya que las hemorragias de la retina y del vítreo son relativamente frecuentes.

RETINITIS Y COROIDITIS EXUDATIVAS

Los casos de retinitis exudativa con desprendimiento de la retina son raros. Algunos de los ojos enucleados por pseudogliomas en niños, se ha visto que eran casos de retinitis exudativa; en los adultos en general, cuando esta complicación se presenta, es más una coroiditis que no la retinitis que la acompaña, lo que produce el desprendimiento.

Las principales características de estos casos son: la falta de desgarros y la tendencia a curar espontáneamente, que se manifiesta en buen número de ellos.

Otro tipo de coroiditis productor del desprendimiento es la coroiditis metastásica, que a veces termina su evolución con resolución del proceso infeccioso, pero con desprendimiento de la retina.

CORIO-RETINITIS ECUATORIAL O PERIFÉRICA

Esta localización de la corio-retinitis constituye un cuadro clínico que se observa con relativa frecuencia; acompaña a muchos casos de desprendimiento de la retina, y buen número de veces es bilateral.

IRIDO-CICLITIS

Las corrientes irido-ciclitis no dan lugar al desprendimiento de la retina.

La irido-ciclitis que produce el desprendimiento de la retina ha sido descrita por Leber en su famoso *Tratado enciclopédico de enfermedades de la retina*. Se trata de una ciclitis supurada con producción de abundantes exudados en el vítreo, cuya reabsorción en caso de curación del proceso infeccioso, da lugar a una retracción del vítreo que favorece el desprendimiento de la retina.

RETINITIS ANGIOMATOSA (V. HIPPEL)

La angiomatosis de la retina va frecuentemente acompañada o seguida de desprendimiento de la retina. El aspecto oftalmoscópico del desprendimiento es en esta enfermedad muy especial; no es tan claro como el de tipo corriente; parece como si el líquido subretiniano fuera más opaco; es, además, menos movido, incluso a veces tiene el aspecto parecido al de un tumor.

TUMORES OCULARES

Los tumores de la coroides producen el desprendimiento de la retina al desarrollarse intraocularmente. Su cuadro clínico está dominado por la existencia de la neoplasia, de suerte que este estudio no es de este lugar. A veces el diagnóstico causal es difícil, porque al mismo tiempo que existe una porción de retina levantada por el tumor, otras regiones vecinas de la retina están desprendidas, como en los casos de desprendimiento idiopático o corriente. Incluso, a veces, este líquido puede recubrir el tumor, dando a la retina un aspecto igual al de los casos en que no haya tumor. Los tumores que comunmente producen el desprendimiento de la retina son el sarcoma y el glioma.

INYECCIONES SUBCONJUNTIVALES

Dos veces he tenido ocasión de observar el desprendimiento de la retina a raíz de inyecciones subconjuntivales. Es sabido que durante algún tiempo se han aconsejado para combatir las lesiones miópicas del fondo ocular. Aunque personalmente no las he empleado con este fin más que excepcionalmente, he visto dos casos que habían sido inyectados subconjuntivalmente por otros colegas y que notaron gran oscurecimiento subsiguiente de la visión. El examen demostró la existencia de un desprendimiento de la retina.

CONDICIONES PATOLÓGICAS GENERALES QUE FACILITAN EL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

Después de estudiadas las condiciones oculares o locales que facilitan el desprendimiento de la retina, hemos de ocuparnos de las condiciones generales que también lo facilitan.

SENILIDAD

La inmensa importancia que tiene la senilidad en la producción del desprendimiento de la retina salta a la vista al examinar las cifras de diversos autores y los gráficos de edades y proporción de casos de desprendimiento, según las edades, incluidos en un anterior capítulo. Cuanto más avanza la edad, más frecuente es el desprendimiento de la retina, y la otra gran causa, la miopía, que en la edad juvenil domina en la mayoría de los casos, pasa a segundo lugar a partir de los cuarenta y cinco años, en que hay incluso más casos en individuos no miopes que en miopes.

EMBARAZO

Ya de antiguo han sido señalados casos de desprendimiento de la retina durante el embarazo, sobre todo coincidiendo con la nefritis gravídica.

El desprendimiento de la retina en estos casos tiene características especiales que lo hacen ser el más benigno de todos, incluso mucho más que el que se produce a veces complicando la retinitis nefrítica corriente. En primer lugar, cura espontáneamente cuando mejora el estado general por la liberación del feto (natural o provocada); además, la reapiación de la retina es rápida; tiene lugar en un plazo de unos quince días aproximadamente, lo que da lugar a una recuperación de visión muchas veces total. A veces la retina queda surcada por líneas o pliegues que pueden permanecer definitivamente. Es raro encontrar desgarros de la retina en estos casos. Muy frecuentemente, el desprendimiento es bilateral.

No es tan favorable el pronóstico cuando la nefritis existía ya antes del embarazo.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Sífilis

Como enfermedad infecciosa tan generalizada, la sífilis ha sido considerada algunas veces como causante del desprendimiento de la retina.

En tales casos hay que suponer que se trata de un proceso flogístico específico del cuerpo ciliar o de la coroides, acompañado de exudación o hemorragias. Los casos en que la etiología ha sido bien puntualizada evolucionan en general favorablemente y no acostumbra a presentar desgarros. Hay que reconocer que los casos de desprendimiento de la retina de origen sifilítico son muy raros.

TUBERCULOSIS

El papel predisponente de la tuberculosis al desprendimiento de la retina ha sido afirmado por muchos autores.

Personalmente hemos tenido numerosos casos de desprendimiento de la retina, en los cuales estamos convencidos de la etiología tuberculosa de las lesiones oculares que lo han favorecido.

La mayor parte de estos individuos son jóvenes, muchos de ellos amétropes o ligeramente miopes, y el desprendimiento es a menudo bilateral. En la inmensa mayoría de casos existen desgarros, y en los muy jóvenes, incluso en niños, he podido comprobar una gran frecuencia de desinserciones de la ora serrata en la parte inferior.

(Continuará.)

La patogenia y el tratamiento del «Circulus Vitiosus»

(Después de gastro-enterostomía)

POR LOS DOCTORES

X. DELORE Y M. BRUN (1)

Al sexto u octavo día de realizada una gastro-enterostomía que había transcurrido hasta esa fecha sin accidente de ninguna clase, suelen a veces producirse vómitos repetidos de origen alimenticio, pero sobre todo y más frecuentemente biliosos.

Durante los primeros días de los mismos se recurre a los lavados de estómago, pero éstos, hecho sorprendente para los que conocen sus buenos efectos habituales, no producen efecto alguno, y si tan sólo una ligerísima al par que momentánea mejoría, pues a las dos o tres horas de realizados, los vómitos vuelven a reproducirse.

El estado del paciente se agrava con gran rapidez, sus facies se altera, y ante la persistencia de los vómitos y la ineficacia de los lavados repetidos hace que por lo general se vuelva hacia el dozavo día a la reintervención.

Es a estos accidentes, por otra parte muy extraños, a los que se les ha dado el nombre de «Circulus Vitiosus».

Uno de nosotros había ya en 1925, con los doctores Creysel y Rougemont, insistido sobre la importancia de los fenómenos de peritonitis localizada alrededor de la boca de la gastro en la etiología de estos accidentes.

Igualmente, los doctores Tixier, Rochet y Polosson insistieron en la misma fecha sobre este mismo punto, haciendo de esta peritonitis localizada la causa del «Circulus Vitiosus».

Examinando nuestras viejas observaciones a la luz de ciertas comprobaciones operatorias muy recientes, nos ha parecido que la patogenia de este accidente curioso y poco conocido era, en realidad, más compleja, sometida a causas varias y simultáneas, y que a pesar de esta complejidad ella se explicaba muy fácilmente.

Sin duda, existe una peritonitis alrededor de la boca de la gastro, y este hecho esencial juega con certera evidencia un papel de importancia. Pero la inflamación no queda localizada a la serosa, ya que afecta a todas las tunicas; existe, igualmente, una congestión inflamatoria de la mucosa en toda la zona que rodea la gastro-enterostomía, y esta gastritis encierra una hinchazón que oblitera más o menos la boca.

Si estas lesiones inflamatorias o congénitas no afectasen más que esta zona, no sería más que un mal menor, ya que nada impediría a los alimentos (o a la bilis) de deslizarse por el yeyuno, a menos que existiese una estenosis pilórica total; pero el segmento yeyunal aboca y participa

(1) Adaptación castellana, para EL SIGLO MÉDICO, de don J. H. Sampelayo.

TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

OVARIOTONO

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



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

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

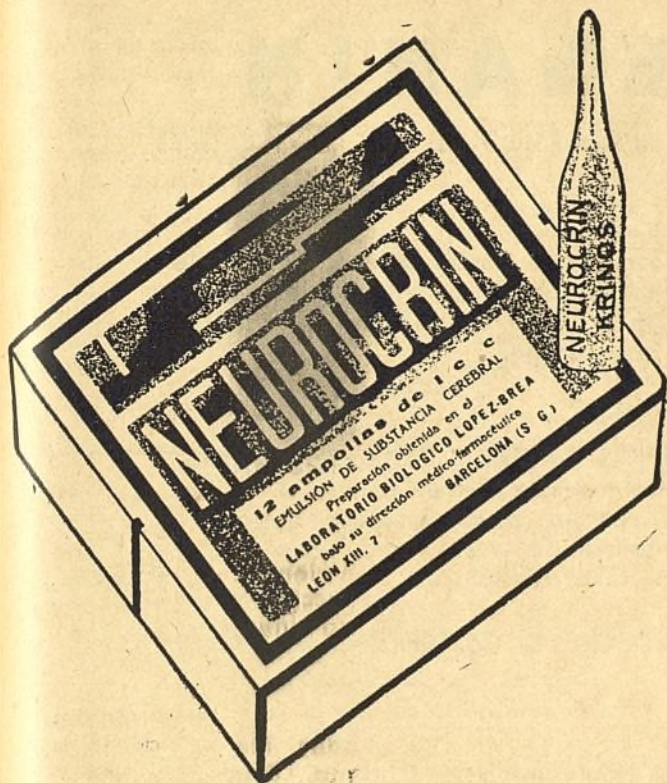
HEMOSTONO

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



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

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



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynol

(Emulsión aséptica de substancia cerebral)

INDICACIONES

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

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

Agotamiento nervioso,
Psicosis depresivas, Surmenaje,
Desnutrición y Raquitismo

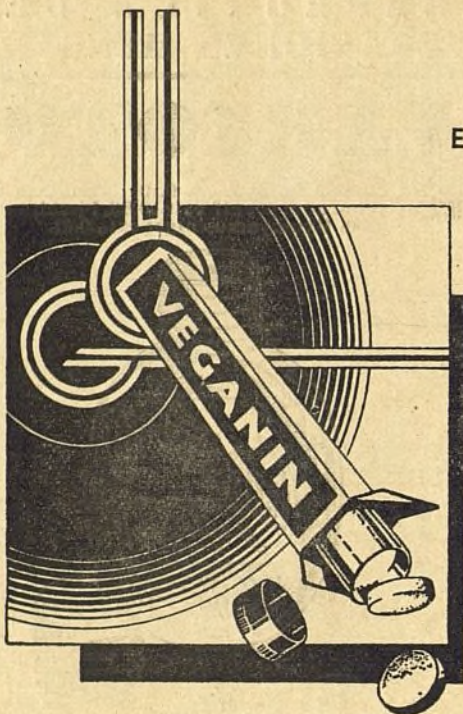
ADMINISTRACION Y DOSIS

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

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

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

Ayuntamiento de Madrid



VEGANIN

EL REMEDIO ANALGÉSICO DE EFECTOS MÁXIMOS

A base de la combinación científica de diferentes sustancias de acción diversa, de acuerdo con la teoría sinérgica del Prof. Burgui.

INDICACIONES:

En casos de Gripe, Resfriados, Neumonía, Neuralgias, Reumatismo, Disminoreia, en la práctica Odontológica y Postoperatoria, así como para aliviar toda clase de dolores.

GOEDECKE & Co. BERLIN, ALEMANIA

Para literatura y muestras gratuitas a los señores médicos, dirigirse a:

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.
APARTADO 410 - BARCELONA



¡CONTRA EL DOLOR!

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

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :
Inyecciones - Ampollas de 1, 2, 3 y 5 cc.
Frasco de Aluminio de 20 cc. o sean 30 gramos (un centi-cubo-cúbico) contiene 0 gr. 54 de yodo que corresponde químicamente a 0 gr. 71 de K. I.
Cápsulas : 0 gr. 20 de yodo puro por cápsula (2 a 3 por término medio por 24 horas).
Emulsión : 0 gr. 20 de yodo por cucharadita pequeña.

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

LIPIODOL LAFAY

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

también en la inflamación. Sus tunicas, mucosas y capas musculares se espesan, de la peritonitis localizada; una mesenteritis retráctil viene a trastornar el tránsito.

Y no es con vistas del espíritu con lo que queremos comprobar que la reintervención de un verdadero acartonamiento de la pared yeyunal y la dificultad a que ha lugar en ciertos casos el efectuar una yeyuno-yeyunostomía que pudiera completar fácilmente el tejido laxo.

Es por lo que no existe sólo una obliteración de la boca de la gastro, sino también del segmento yeyunal vecino; la continuidad del tubo digestivo está, por tanto, interrumpida; se trata, pues, de una verdadera oclusión yeyunal; el enfermo vomita en su estómago antes de hacerlo al exterior.

Añadamos que a estos accidentes de retención coadyuvan el estado congestivo-edematoso que se produce en los pacientes, y no olvidemos en modo alguno el papel cierto que juega el espasmo sobreañadido.

El término "Circulus Vitiosus" no tiene tan sólo una significación mecánica, sino también fisiopatológica; es doblemente éste un círculo vicioso, es decir, un círculo vicioso en segundo grado.

Es por esto por lo que comprendemos la ineficacia de los lavados de estómago y por lo que aconsejamos la reintervención.

Pero ¿qué reintervención debe proponerse?

Dos pueden recomendarse, contando ambas con éxitos fácilmente explicables.

En primer lugar, tenemos la yeyuno-yeyunostomía complementaria al nivel del asa abocante; es esta intervención de gran facilidad y rapidez. Lleva además aparejada una gran lógica, pues permite el deslizamiento de la bilis y la evacuación de los alimentos que pasan por el píloro. Tiene, sin embargo, dos inconvenientes:

1.º Ya hemos recordado en párrafos anteriores la dificultad material que existe a veces para practicar de hecho la peritonitis localizada y el encuadernamiento de la pared intestinal de la mesenteritis retráctil que origina molestia a la exteriorización.

A más y durante algún tiempo, los alimentos deben pasar por el píloro que la gastro-enterostomía (G. E. A.) practica en su primer tiempo al proponerse el reposo. Pero después de dos intervenciones, de incidentes serios, se vuelve al punto de partida: situación, por lo menos, ilógica.

2.º Es a causa de esto por lo que es mejor practicar una intervención que tenga lugar en zonas sanas y lejanas de las lesiones y que a semejanza de la primera gastro deje al píloro en reposo: es, por tanto, una segunda gastro en aval, que verificará rápidamente la cicatriz—botón—, que en la mayoría de los casos será anterior.

Lleva ésta a más la ventaja de su gran facilidad, que permite el escoger para la desembocadura un segmento de estómago y de intestino delgado no inflamado. Es ésta la intervención que hemos utilizado en cinco reintervenciones y que nos ha proporcionado grandes éxitos.

He aquí, como ejemplo, una historia calcada sobre las otras, que no insertamos por no hacer este trabajo de una longitud desmesurada.

* * *

Úlcera del duodeno sub-pilórica y adherente. Gastro-enterostomía con sutura posterior transmenocólica. Síntomas de "Circulus Vitiosus". Nueva gastro-enterostomía anterior precólica. ¿Curación mantenida hasta 1933?

Mujer de cuarenta y un años; se queja de trastornos digestivos desde hace siete u ocho años. En particular, dolores tres horas después de las comidas. En las actualidades, algunos vómitos y gran adelgazamiento—siete kilos—.

Laparotomía sub-umbilical el 18 de diciembre de 1924. Se encuentra una úlcera sub-pilórica de duodeno fija en la profundidad, y cuya excisión sería inútil y hasta peligrosa. El estómago muy vascularizado, viéndose en su cara posterior adherencias nacaradas, signo de gastritis. Se practica una gastro-enterostomía posterior transmenocólica, con tres planos

de sutura-cagut. Hasta el 25 del citado mes la enferma se encuentra bien, pero a partir de ese día por la noche, vómitos biliosos intensos y abundantes. Se trata, no hay ningún género de dudas, de síntomas del "Circulus Vitiosus", por lo que se instituyen lavados de estómago que calman los vómitos durante un lapso de cuatro o cinco horas.

El día 1.º de enero de 1925 y ante esta situación angustiosa (la operada no toma ningún alimento y pierde fuerzas con gran rapidez), nos decidimos a reintervenir. Nueva laparotomía. El orificio de la gastro se ha acartonado y las tunicas se han endurecido, perdiendo toda su ligereza. Se tiene la impresión de que el orificio de la gastro se ha obliterado por la hinchazón de sus tejidos. Esta rigidez se extiende a las asas eferentes y aferentes de la gastro y hasta el mismo meso, que da miedo el fracturarlo, a causa de las maniobras.

Los vómitos ceden con gran rapidez, los trastornos postoperatorios son nulos. Curación mantenida hasta la fecha—julio 1933—.

SESIONES CLINICAS

Hospital de San Lázaro

(GRANADA)

Clínica médica del Dr. Fidel Fernández

Sesión científica del 18 de mayo de 1933

A PROPÓSITO DE UN CASO DE ACETONEMIA Y ASCARIS

Dr. Galdó Villegas (Antonio): Los que venimos a estas sesiones clínicas del Hospital de San Lázaro, hemos podido ver en muchas ocasiones que el selecto espíritu investigador del profesor Rodríguez López Neyra, que nos está escuchando, tiene, como "desiderata" de sus muchos años de labor científica el deseo de despertar entre los médicos que reverentemente le oímos siempre, aficiones a la parasitología, especialmente enfocadas hacia el estudio de las relaciones entre esta rama de la ciencia y la patología y la clínica. Ya cuenta el distinguido profesor con numerosos estudios que le sigan en sus orientaciones, y nosotros formamos parte de su escuela, y bajo su alta dirección espiritual traemos entre manos algunos trabajos sobre parasitismo intestinal en clínica pediátrica, utilizando el Servicio de Clínica médica que en este Hospital de San Lázaro dirige el doctor Fidel Fernández.

Me interesa hacer constar desde ahora que el caso que voy a comunicar no tiene más mérito que el de ser un caso más de la práctica diaria, traído aquí a vuestra consideración por amable invitación del profesor Rodríguez López Neyra, del que espero una valiosa aportación, así como de todos los que me escucháis, ya que se trata de algo que suscita dudas al querer interpretar el mecanismo de los hechos clínicos.

Mi intervención sobre este caso ha sido, por otra parte, demasiado breve y esto me impide hacer el estudio detenido que a mi juicio merecía; pero con ser breve ha sido lo suficiente para que yo pueda recoger algunos datos con los que intentaré construir un esquema de lo que, a mi juicio, tiene de notable la observación.

El 25 de abril de este mismo año, soy llamado de una manera muy urgente por un compañero, para asistir en consulta a una niña que presenta un alarmante cuadro de acetemia, con vómitos, hipertemia y convulsiones.

Se trata de una niña de tres años, de Granada. La

enfermedad que motiva la consulta databa de tres días, en el curso de los cuales fueron recogidos por el médico de cabecera los siguientes síntomas: prodomos vagos, náuseas y vómitos de repetición, fiebre irregular, pero generalmente alta, intenso olor a acetona en orina y en aire expirado, cefalalgias, algún signo respiratorio discreto, ligera tos y voz algo áfona, respiraciones profundas y taquicardia. Los síntomas dominantes del cuadro eran los vómitos, la eliminación de acetona y la fiebre.

A los tres días de evolución, se sobreañade un nuevo síntoma al cuadro expuesto, que decide la consulta: convulsiones. Se trata de convulsiones generalizadas, primero tónicas y después clónicas; al principio subintrantes y después con intervalos cada vez más largos.

Por diagnóstico clínico directo y diferencial, coincidimos en el criterio de estar ante un caso de ácido-acetonemia infantil, forma emético-clámpsica.

En consecuencia, el tratamiento consistió en régimen hidricarbonado, alcalinos por vía bucal y rectal, suero glucosado e insulina. A parte tratamiento sintomático (baños, hidrato, cloral, adrenalina, etc.). Es decir, tratamiento suficiente para la cura de la acetone-mia grave infantil.

A las seis horas de este primer examen, veo de nuevo a la enferma, y se encuentra bastante mejorada; las convulsiones casi han desaparecido, pero la trilogía dominante—vómitos, eliminación de acetona y fiebre—, sigue intensa.

La pequeña pasa la noche con iguales síntomas, aunque bastante disminuidos, pero la mañana del día siguiente cambia de nuevo el interés clínico. Se inquieta, siente repetidas náuseas, y vomita, y en las materias vomitadas aparecen cuerpos de vermes que tienen los caracteres del *ascaris lumbricoides*.

A partir de estos momentos, se define un cuadro de repetidas náuseas seguidas de vómito, que va a durar varias horas, durante las cuales continúa arrojando *ascaris* por la boca con motivo de náuseas y vómitos. Cerca de cuatro horas dura este cuadro, tras del cual pasa a un estado comatoso en el que de vez en cuando se altera la fisonomía de la niña, y expulsa más lombrices. Se observan muy frecuentes estornudos. Más tarde, se inicia una respiración tipo "Cheyne-Stokes", y la terminación es la muerte, a las trece del día 26.

Horas antes se le administraba una toma de santonina, que, como se comprende, quedó sin efecto.

Hasta el momento de la muerte había expulsado diez y ocho *ascaris*; pero, cosa interesante, después de morir aún siguen saliendo lombrices por la boca. La familia cuenta seis más.

En resumen, se trata de un caso de coma acetone-mico, terminado por la muerte, en el que una particularidad inesperada surge horas antes de la terminación: la expulsión de numerosos *ascaris*.

Por creer que son de bastante interés para el caso, expondré algunos datos más, que pude recoger.

Esta niña era geófaga desde los diez y ocho meses.

Desde los dos años padece frecuentes diarreas, con dolores abdominales.

Hace un año tuvo una afección catarral respiratoria febril.

Padecía frecuentes urticarias. La última, una semana antes de la muerte.

Hace tres meses expulsó, por administración de santonina, cincuenta y dos *ascaris*.

Este caso tan grave, despierta en mí algunos comentarios y dudas que yo me atrevo a deciros.

El primero que surge es el siguiente: ¿Tiene o no tiene influencia la ascaridiosis intensa en el coma acetone-mico? Y si la tiene, ¿puede dilucidarse su papel en el sentido de favoreciente o de determinante? Es

decir, ¿es posible admitir una relación patogénica entre *ascaris* y cetosis?

Una segunda cuestión: ¿Puede pensarse que los *ascaris* hayan influido en la sintomatología, evolución clínica y terminación del caso?

La fuerte ascaridiosis final, que sorprende el cuadro de la acetone-mia grave de este caso, inclina a pensar como muy posible la existencia de una estrecha relación que se afirma en las deducciones que podemos sacar de pasar una ligerísima revista a los mecanismos patogénicos de la ácido-acetonemia. Piénsese, en primer lugar, que este estado es un trastorno del metabolismo de los lípidos por alteraciones fundamentalmente hepáticas, y que los *ascaris* pueden determinar trastornos de orden tóxico cuya existencia está plenamente demostrada. Pues bien, ¿es posible que la enorme cantidad de lombrices que parasitaban a esta pequeña hayan producido toxinas en cantidad suficiente para trastornar funcionalmente al hígado, especialmente en la función cetogénica y citolítica?

Dejemos esta sugestiva suposición y pensemos en la teoría de la acidosis por ayuno. Si tenemos presente el estado de ayuno relativo que se determina en esta niña por la presencia de tan numerosos y exigentes parásitos intestinales y que éstos, por su enorme cantidad, ocupaban necesariamente grandes tramos de intestino delgado dificultando la digestión y absorción por la pared intestinal, yo pienso que este ayuno relativo prolongado tampoco debe ser indiferente.

Estas dos hipótesis explican a nuestra satisfacción la influencia vermiciana, pero otras no menos interesantes suposiciones nos sugiere el caso: es innegable que los parásitos intestinales son perturbadores del metabolismo normal, perturbación tanto más intensa cuanto más elevada sea la cifra parasitaria. Acaso se requiera como condición indispensable para una influencia como la que nos ocupa, el factor cuantitativo. De igual manera, piénsese también que si es admisible explicar la acetone-mia por anafilaxia, ¿no puede pensarse en este caso que los parásitos anteriores hayan determinado una sensibilización y que estos últimos, por una verdadera anafilaxia ascaridiana hayan determinado el choque acetone-mico?

Finalmente, si es sabido que a la acetone-mia con vómitos se le atribuye una base patogénica anatómica, consistente en una estenosis duodenal por compresión extrínseca, ¿no es posible que los vermes hayan creado condiciones de estenosis duodenal sencillamente por su presencia en duodeno?

He de añadir que si esta posible relación directa debe tenerse en cuenta, no lo debe ser menos la acción agravante que han tenido tan numerosos vermes en todas las manifestaciones de orden clínico ya expuestas.

Y, finalmente, un punto sobre el que quiero llamar vuestra atención: el cuadro clínico de los vómitos con acetone-mia, aparte de su causa fundamental que la motiva, va siempre ligado a una causa ocasional. Numerosas causas ocasionales han sido señaladas, tales como erupción dentaria, hipertermia, administración de un purgante, sumenaje intelectual, régimen hipergraso, medicación salicilada, anestesia quirúrgica, conmoción traumática, punción lumbar, etc., y, sin embargo, a los parásitos intestinales no se les ha incriminado nada. ¿No tenemos derecho a pensar que ellos, por las razones ya dichas, pueden representar en muy numerosas ocasiones este papel determinante causal?

Queden en pie estas consideraciones hasta conocer vuestra opinión y vuestro criterio sobre ellas.

Y para terminar, vuelvo al caso concreto que nos ha ocupado. No obstante tratarse de un caso único, en el que las circunstancias sólo han permitido hacer un estudio muy superficial, yo pienso que nos permite ad-

mitir la existencia de una relación determinante o favoreciente de la ascariidiosis en el coma acetónico.

Profesor Rodríguez López Neyra (Carlos): Felicito efusivamente al Dr. Galdó, más que por la brillantez de exposición, de mano maestra, por la claridad y competencia con que la ha desarrollado, y me felicito al ver que la campaña pro parasitología que hace años vengo haciendo, logra sus finalidades cada día más útiles, llevando Granada la supremacía en este sector, gracias a la cordial colaboración de todos y a la celebración de estos simpáticos "Jueves clínicos" con que nos brinda la cordialidad del Dr. Fidel Fernández, donde todos nos vamos conociendo y nos incitamos mutuamente a investigar.

El Dr. Galdó nos habla de relación entre acetonemia y ascariidiosis analizando un caso interesantísimo, y dándonos a conocer atinadísimas reflexiones con las que hace una especie de cuestionario que harían falta varios años para desentrañar. Bien merece la pena de tomarlo en consideración, porque accidentes como el relatado sospecho que son más frecuentes en los niños de lo que se cree. Por mi parte, he tenido referencias de otro análogo en un niño también de pocos años, que murió de manera análoga con emisión pre y post mortem de numerosos áscaris, pero cuyo estudio de cerca no pude hacer apesar de mis gestiones. Nos conviene mucho estas observaciones porque estando al cuidado podremos algún día tropezar con un caso en que sea posible hacer la autopsia que dará grandes enseñanzas, sobre todo si se excruta minuciosamente, no ya las lesiones locales producidas por los áscaris adultos en su habitación intestinal, sino—lo que considero de mayor interés—las producidas por las fases larvárias a su paso por los más diversos órganos, siendo el primero el hígado, donde muchas larvas pueden quedar retenidas y no llegar al recorrido normal por el pulmón, demostrado por Scharz, Ransons, Forster, etcétera, y aquí sagazmente registrado por el Dr. Galdó en la historia clínica que nos presenta.

Teniendo en cuenta la geografía de la enfermedad, es lógico suponer que hubiera absorbido innumerables huevos larvados y, por tanto, infectantes de áscaris. Muchos se expulsarían al exterior con sus diarreas, pero muchos quedaron en el interior produciendo el semillero de áscaris adultos que padeció en su enfermedad final; larvas perdidas por el organismo, que son retenidas por órganos varios, preferentemente el hígado, lesionando su normal funcionalismo, el Dr. Galdó nos recuerda atinadamente la influencia hepática en la acidosis.

Asimismo nos hace pensar en el ayuno prolongado en que hubo de estar sometida, y sus causas, y las causas de orden toxémico que tanto habrán influido en este caso, no sólo por las toxinas demostradas en los áscaris, sino las que aún no se conocen de sus excretas expulsadas por el tubo digestivo, y a esos efectos conviene recordar las experiencias de Schwarz y Loeb, Motz, Ringer y Lutz, que son las que de momento recuerdo, operando con perros hechos diabéticos en los que por ingestión de aminoácidos, cuyas moléculas tenían número impar de átomos de carbono (leucina, tirosina, histidina, etc.), que son cetógenos, logra las acetonemias a voluntad.

Estos cuerpos proceden de la degradación normal de los albuminoides animales, y como en los áscaris se efectúan digestiones en su intestino, existen cuerpos de esta naturaleza, además de las albumosas y peptonas de su líquido celomático, de askaron (toxina total) y los peculiares de los diversos órganos que influyen al organismo produciendo toda una serie de protestas denunciadas en el caso estudiado microscópicamente por las frecuentes urticarias apreciadas, pudiendo explicar-

se la acetonemia por la absorción de toxinas de modo análogo a como se explican los casos de meningitis ascariidiana, cuyos fenómenos perduran varios días después de la total deshelmintización, admitiéndose son debidos estos fenómenos ulteriores a la persistencia en el organismo de toxinas vermicidas absorbidas, actuando todavía sobre las células nerviosas.

Vemos, por tanto, que una o muchas causas conjuntas pueden haber sido las determinantes del caso en cuestión, sin podernos pronunciar por una u otra hasta no hacer adecuados estudios experimentales; pero salta a la vista la relación entre ascariidiosis y acetonemia que ha apreciado el Dr. Galdó.

Dr. García Gómez (Luis): Son interesantísimos todos los estudios de parasitología; pero lo son mucho más que ninguno los que se refieren a la parasitosis intestinal de los niños, en los que vemos desarrollarse los más diversos y extraños síndromes. El que nos acaba de relatar el Dr. Galdó me parece digno de detenido estudio. Indudablemente hay una relación entre áscaris y acetonemia, en ese caso. Falta puntualizar cuál es el mecanismo de la acción, y yo creo que vale la pena de meditar sobre el asunto y de buscar con cuidado casos análogos para poder llegar a conclusiones fundamentales en estudios autopsícos.

Dr. Vicián: Felicito al Dr. Galdó por su curiosa e interesante historia clínica.

Dr. Galdó Villegas (Antonio): Agradezco mucho la interesante intervención del profesor Rodríguez López Neyra y también la de los señores García Gómez y Vicián, y me complace en compartir con ellos el criterio de la influencia parasitaria. Tan persuadido estoy de la posible relación entre acetonemia y áscaris, y más concretamente entre acidosis y parasitismo, que creo que hay que estudiar el equilibrio acidobásico en los parasitados. A ello me lleva el caso que os he relatado y otros dos de lamblisis con acetonemia, en segunda infancia, asistidos en el Servicio de clínica médica del Dr. Fidel Fernández, en este mismo Hospital de San Lázaro.

En el Hospital Provincial

Servicio de clínica médica y fimatológica del profesor
Codina Castellví

Sesión del día 15 de junio de 1933

UN CASO DE POLIARTRITIS DEFORMANTE TRATADO POR
EL ORO

Dr. Maluenda: Se trata de la enferma que ocupa la cama número 27 de este Servicio, de cuarenta y tres años; hace cinco empezó con una afección articular (hinchazón de tobillos), a la que acompañaba dolor, imposibilidad de andar y febrícula. Seguidamente tuvo dolores en pequeñas articulaciones de los pies. Al año de su padecimiento notó deformación en ellos. Hace un año, coincidiendo con la menopausia, se le presentaron intensos dolores en articulaciones metacarpo-falángicas e interfalángicas, con hinchazón y fiebre. A la exploración del aparato locomotor encontramos: pies con deformación y manos más deformadas aún, con subluxaciones metacarpo-falángicas y anquilosis en flexión de dicha articulación. Atrofia muscular, en ambas manos. Resalta, pues, de este caso que es una enferma cuya afección empezó en la edad adulta, que ha tenido exacerbaciones con existencia alguna vez de febrícula, que hay atrofia muscular y, por último, las anquilosis y sus deformaciones tan intensas. Radiográ-

ficamente encontramos una subluxación de las articulaciones metacarpo-falángicas (retracción capsular en período avanzado); mayor transparencia en los huesos de las manos, sobre todo en las epifisis; calcificación en todo el carpo con desaparición de las líneas interarticulares, viéndose un conjunto opaco que indica se ha hecho ya un proceso de adhesión.

En su etiología encontramos un foco infectivo (dentario, amigdalino, faríngeo, etc.), influyendo más tarde en su axeración la aparición de la menopausia, y en colaboración con ambas causas una predisposición constitucional del organismo. Análisis de orina, normal. Análisis de sangre, disminuido el valor globular; fórmula y recuento, normal (ligera leucocitosis). Índice de Arneft, ligeramente desviado a la izquierda.— En esta enferma hemos empleado las sales de oro en su tratamiento (Aurosol y Crisalbine); los resultados obtenidos con el aurosol los podemos considerar nulos; a la quinta semana de emplear la crisalbine, la enferma dice haber notado mejoría en sus dolores.

Si, según Forestier, los efectos beneficiosos se dejan sentir después de los tres meses de tratamiento, podemos todavía no perder la esperanza: más, por otra parte, también dice dicho autor que la remisión se consigue más difícilmente en los casos cuya evolución de los accidentes excede de los tres años, y entre estos debe incluirse el que nos ocupa.

Dr. Lluésma: En un caso de espondilitis deformante y en otro de *coxus morbum senile*, mi maestro, el doctor Olivares, extirpó las paratiroides sin resultado apreciable. Hay que tener muy en cuenta el traumatismo en las artrosis y los focos sépticos (amígdalas, dientes, etcétera). He observado que en el 60 por 100 aproximadamente de los enfermos de hospital existe en los dientes una sepsis avanzada.

Dr. Martín Vallano (de Rincón de Soto, Loarño): He tenido ocasión de tratar tres casos de artritis crónica por el oro, los tres en mujeres; el más espectacular de todos fué el de una mujer de cuarenta y cuatro años, con resultados negativos, con preparados de yodo, proteinoterapia, ovario e hipófisis. Después de leer los trabajos de Forestier nos decidimos a tratarla con oro con la gran sorpresa, por parte nuestra, de que la enferma, que estaba en cama, empezó a recobrar los movimientos, fué mejorando y en la actualidad se dedica a todas sus ocupaciones. La otra mujer mejoró bastante y el tercer caso es aún más demostrativo; en una de ellas, por tener una anquilosis de los codos, encontraba dificultades para hacer la inyección intravenosa y puse el Orosanil B intramuscular.

Dr. Codina: En vista de la poca eficacia que hemos obtenido en nuestro caso, emplearemos ahora la suspensión oleosa del aurtiosulfato de quinina por vía intramuscular, producto español que estamos estudiando contra la tuberculosis pulmonar.

UN CASO OPERADO DE QUISTE HIDATÍDICO DE PULMÓN

Dr. Ureña: Se trata de una enferma tratada como tuberculosa con motivo de hemoptisis repetidas, a pesar de su buen estado general, sin fiebre, etc., etc. Por rayos X y reacciones biológicas se confirma el diagnóstico de quiste hidatídico de pulmón adherido a pared costal. Se indica la operación y ésta efectúase en un solo tiempo, ya que al maniobrar sobre su membrana se rompió ésta, dando motivo a colapso por descompresión brusca (se trata de un quiste que cogía todo el pulmón derecho). Membrana única sin hidátides hijas. Curso post operatorio, bien, teniendo en cuenta operación cruenta. Hace dieciséis días de la operación y la enferma se encuentra sin fiebre, sin disnea, pulmón de-

recho expansionándose rápidamente y la herida con muy buen aspecto.

Hoy se diagnostica mucho más que antes el quiste hidatídico de pulmón, aun cuando esto no quiere decir se diagnostique siempre. Es muy frecuente la confusión con la tuberculosis. Antes se consideraba sólo la vía linfática y sanguínea para la absorción de parásitos. Hoy está perfectamente demostrada la vía de aspiración para embriones. Respecto a la edad más propicia parece ser la infantil. Respecto a la Sintomatología son innumerables los casos que transcurren sin dar síntomas; no influye para nada el tamaño en estas cuestiones; tampoco se sabe cómo y cuándo empieza un quiste de pulmón. Repasando el valor de los síntomas principales diremos, respecto a las hemoptisis, que hay que tener en cuenta que muchas veces el enfermo arroja sangre y a la vez el líquido hidatídico y el enfermo se cree que ha arrojado un vómito grande de sangre. La hemoptisis del quiste se reduce, en general, a esputos repetidos durante temporadas largas, que contrastan con el buen estado general del enfermo. Y respecto a los síntomas anafilácticos, que hoy es aceptado, estos síntomas llamados propiamente del quiste no existen. Los continuos pases de líquido a sangre desensibilizan al organismo. El síndrome de ruptura debe ser considerado como el curso natural de la enfermedad quística, máxime cuando lo hace en bronquio. Siempre será grave, claro es, la apertura en pleura. Los quistes profundos cercanos a hilio se vacían mucho antes que los superficiales. Radiográficamente la sombra es de contornos lisos, precisos, bien delimitado del resto del tejido pulmonar. Cuando el quiste se abre en bronquio la imagen radiológica es una cavidad en la cual se precisan el nivel del líquido, el anillo y una cámara gaseosa. Es difícil a veces diferenciarlo de una pleuresía enquistada, tumores, aneurismas. Aunque la eosinofilia es un dato de mucho valor, no se le puede considerar absoluto, tanto porque unas veces falta y otras existe para otros procesos. Además, es necesario tener en cuenta para cuando se hable de eosinofilia la cifra absoluta y no la precentual. La reacción de Cassoni es indudable de enorme valor junto a la eosinofilia, pero los resultados que dan los principales autores son muy variables. Tanto podemos perjudicar al enfermo con la abstención como con la operación sistemática. Podemos concretar el tratamiento en los cinco puntos siguientes: 1.º La acción de los medicamentos hasta hoy es nula en el quiste hidatídico pulmonar. 2.º En los quistes profundos no supurados o supurados con buen drenaje, abstención. 3.º En los quistes superficiales sin supurar: se debe operar; esto será urgente si determina trastornos funcionales importantes. 4.º Quistes superficiales supurados, cerrados o con escaso drenaje: operación. 5.º En los demás casos las indicaciones son las propias de la complicación que acompaña al quiste.

Dr. Lluésma: El diagnóstico, según ha dicho Abadie, lo hace la vómica y la radiografía; quiste yustahiliar no supurado, abstenerse de intervenir; si da síntomas funcionales, operar, y si el quiste es de gran tamaño, abrir con cuidado. La reacción al Weinberg en quistes hidatídicos de pulmón es de una inconstancia muy grande. El problema de la hemotipsis, que es el síntoma más alarmante y se confunde con la tuberculosis pulmonar. Escudero dice que se produce un traumatismo en parte cercana al quiste, es un fenómeno tan constante para Moreno Cobos que es el 100 por 100; otros autores dicen que un 80 por 100. En el Congreso de Cirugía celebrado en 1921 en que intervinieron las principales figuras, y salvo una discordia de uno de los profesores de San Carlos, todos se mostraron partidarios del buen pronóstico y de la intervención del quiste hidatídico pulmonar. La asociación con la tuberculosis

NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO
MEDICACION BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA

TRATAMIENTO
MODERNO DE LAS
ENFERMEDADES DEL
APARATO RESPIRA-
TORIO



LABORATORIOS-FEDE S.A.

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

Neyol n.º 1

Procesos crónicos del
aparato respiratorio

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

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.; Trioleinas esterificadas, c. s.

Neyol n.º 2

Antifímico

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

COMPOSICION POR 100 C. C. = Guayacol, 0,10 g.; Timol, 1,00 g.; Estearopteno de menta, 1,50 g.; Esencia de Niaulí, 20,00 g.; Cineol, 10,00 g.; Sulfuro de Alilo, 0,005 g.; Trioleinas esterificadas, c. s.

Neyol n.º 3

Niños

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

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

Neyol n.º 4

Procesos agudos

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

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

Neyol n.º 5

Antiasmático

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

COMPOSICION POR 100 C. C. = Atropina, 0,0025 g.; Adrenalina, 0,005 g.; Guayacol, 5,00 g.; 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

SPASMOSÉDINE

Antiespasmódico - Sedante nervioso

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

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados
P A R I S

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

CYTO-SERUM

CORBIERE

TERAPEUTICA CACODILICA INTENSIVA E INDOLORA

Cacodilatos alcalinos



CYTO-SERUM CORBIERE

Ampollas de 5 c. c. para adultos
Ampollas de 2 c. c. para niños

Indicadísimo en:

Grippe
Tuberculosis
Paludismo
Neurastenia
Convalecencias

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

JARABE "ROCHE"

DE THIOCOL

Afecciones broncopulmonares

PANTOPON "ROCHE"

Opio total inyectable

ALLONAL "ROCHE"

Antidalgico poderoso

SPASMALGINE "ROCHE"

Antiespasmódico por excelencia

PRODUCTOS ROCHE, S. A.—Santa Engracia, 4.—Madrid.

pulmonar parece ser escasa; pero en la post operatoria oscila en un 25 por 100; hay que cuidar a estos enfermos y tonificarlos. La eliminación del quiste yustahiliar se propone de dos maneras: Uno el reposo terapéutico, postural, y otro, el broncoscópico; por nuestra parte creemos, con el profesor Vigueras, que su opinión está fundamentada en hacer la frenicectomia complementaria; otros autores prefieren hacer el neumotórax. En cuanto a técnica para la intervención de quistes hidatídicos, unos autores prefieren la posición inclinada sobre el lado sano, y otros la posición de Jockey; en los quistes de tipo grande hay tres fenómenos: el síncope, el desplazamiento mediastínico brusco y la hemorragia, que merecen tenerse en cuenta. El criterio varía en hacer la intervención en uno o dos tiempos; en uno es mejor. Los autores italianos han preconizado hacer un neumotórax de la misma cantidad volumétrica del quiste que se ha evacuado.

Dr. Blaise: La eosinofilia puede avalorarse a favor del quiste, pero tiene que ir a la par con la clínica y el laboratorio; la presencia de sales calcáreas que recubren en un porcentaje grande de casos la membrana del quiste, la permeabilidad no puede ser muy buena y puede variar la presencia de eosinófilos en la sangre, siempre hablando de eosinofilia absoluta. El Weimberg tiene un valor relativo; la reacción de desviación de complemento se debe a reacciones sanguíneas de tipo de colessterina, de lipoides en sangre; en los quistes centrales, muy próximos al hilio, siempre que estén cerca de los bronquios, el Dr. Calderín aconseja hacer la broncoscopia para estimular la rotura y la vómica.

Dr. Suárez: Me parece de gran utilidad en estos casos preceder el tratamiento por un neumotórax que evita peligros operatorios; este tratamiento en los quistes periféricos es útil, pero en los centrales tampoco debe desecharse, pues puede facilitar la vómica.

Dr. Lluésma: En quistes yustahiliares se favorece su expulsión por bronquios. El neumó antes de la operación puede hacer estallar el quiste y entonces es peor el remedio que la enfermedad; se debe practicar inmediatamente después de haber abierto para hacer una especie de expresión del quiste.

Dr. Suárez: Hay una cierta experiencia sobre esto en este Servicio, y el Dr. Díaz Gómez tiene varios casos haciendo el neumó antes de la operación.

Dr. Suils: El neumotórax en las intervenciones pulmonares es admirable; evita el colapso pulmonar, que es grave para el enfermo. Si son favorables las circunstancias se hará la intervención en un tiempo y se hará en dos cuando el enfermo esté en malas condiciones; cuando se trate de quistes parietales, si es pequeño, la situación es más favorable y no hay desplazamiento mediastínico; pero si es grande puede existir desviación mediastínica, pero insignificante.

Dr. Codina: El neumotórax inicial, antes del acto operatorio, nos lo aconsejó el Dr. Díaz Gómez, y así lo practicamos, en un quiste hidatídico pulmonar que ocupaba todo el lado derecho, desde la segunda costilla a diafragma; se operó y quedó perfectamente la enferma.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

J. Belot. LA RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL ACNÉ JUVENIL.—El acné juvenil, conocido ya de antiguo por dermatólogos y médicos generales, se encuentra en individuos jóvenes de quince a veinticinco años con piel grasosa—seborreica—; el lugar en que asienta

con preferencia es la cara, sin que por ello deje a veces de presentarse en la espalda, la nuca, el pecho y muy rara vez en los brazos y piernas. Esta afección, si bien no es dolorosa, es altamente molesta y antiestética—sobre todo en las jovencitas—. En todos los tiempos se han empleado contra ella las más variadas terapéuticas, tanto locales—pomadas, lociones, fricciones—como generales, achacándosele su influencia tanto a factores intestinales como de régimen ovárico, sin que se haya logrado merced a ninguna de ellas sino la atenuación del mismo.

A pesar de todo esto, un gran número de especialistas en dermatología y un mayor número aún de médicos generales, ignoran de un modo absoluto que uno de los mejores tratamientos del acné es la radioterapia.

La explicación de la actuación de las radiaciones sobre el acné juvenil nos la da así el profesor Belot: acción antiflogística actuante sobre los folículos y reabsorción de los infiltrados que tuvieran un origen inflamatorio; las dosis débiles proporcionan estos resultados con máxima rapidez; asimismo se verifica la disminución de la hiperqueratosis osteofolicular, que al dar lugar a la obturación del folículo forma el comezón. Las células glandulares bajo la acción lenta, si bien eficaz de las irradiaciones, ven cómo disminuyen su secreción aumentada siempre en el acné. Al disminuir la seborrea disminuye asimismo la probabilidad de una recidiva y permite llegar a una total curación del mismo. En todos los casos de acné no se debe emplear la radioterapia—no por ser perjudicial, sino por no proporcionar los resultados apetecidos—; en aquellos casos en que va mejor este tratamiento aquí preconizado es en los de acné pustuloso verdadero y superficial; en éstos sobre todo debe emplearse el tratamiento desde el primer día, pues las pomadas, vacunas, lociones, etc., no darán resultado alguno. (*Paris-Médical*, núm. 5, 4 febrero 1933.)—J. H. S.

S. Grauer. TRATAMIENTO DEL OZENA CON RÖNTGEN.—Hace referencia el profesor Grauer en su artículo de cuatro casos de enfermos de ozena irradiados en los que todas las terapéuticas empleadas con anterioridad a éstas habían sido nulas. Dice que los resultados que ha obtenido, si no pueden reputarse de brillantes, son, al menos, muy aceptables; mas si se tiene en cuenta la escasa casuística, también hay que tener en cuenta que una ligera mejoría en esta enfermedad representa mucho más que una excelente en otra que disponga de varias terapéuticas, ya que en ésta hasta el día no existe ninguna.

Uno de los síntomas que en esta terrible afección molesta más al paciente es el hedor nasal, y es éste uno de los que más se influyen y, por tanto, mejoran por la radioterapia; en uno de los casos expuestos en su trabajo por el autor, el hedor llevaba ya cerca de un año sin volver a realizar su aparición. Asimismo se evita la formación de costras endonasales, y las que se encuentran ya formadas verifican su disolución.

Sobre la anosmia no parece que ejerce influencia.

Como técnica se puede utilizar, nos dice el autor, la de los dos métodos. A y B. respectivamente. La A consiste en practicar la irradiación del "cavum nasi" por un solo campo; éste comprende las fosas nasales y los senos maxilares.

En el B se irradia el "cavum nasi" por tres campos distintos; uno, abarca a la nariz, y los otros dos son laterales y simétricos y abarcan ambos maxilares superiores.

La distancia del foco a la piel debe ser de 30 centímetros: el filtro, de 0,36 mm. de Zn., más 2 mm. de al.; la longitud de onda será de 0.1 unidades de Angstrom. (*Strahlentherapie*, tomo XXXI, núm. 4, 1932.)—J. H. S.

Felipe Filipi. IMPORTANCIA DECISIVA DE UNA BUENA ADMINISTRACIÓN DE AGUA EN LAS TOXICOSIS Y DIARREAS AGUDAS DEL LACTANTE.—Comienza el profesor Filipi su trabajo con un breve inciso acerca del estado lastimoso que a consecuencia del mal tratamiento seguido llegan los niños a su servicio del Hospital Nacional de Buenos Aires. El médico—nos dice—instituye la dieta hídrica dejando al cuidado de la madre la administración, y ésta al desconocerla la emplea mal. Recalca a continuación y de eficaz manera la importancia de ésta, pues de ella depende casi en absoluto la vida del pequeño, por lo que establece el principio de que “hay que administrarla con el cuidado de un medicamento”. Respecto a la cantidad, dice que debe ser administrada a todo evento la prescrita.

En aquellos pequeños que se nieguen a tragar se utiliza la sonda de Nelaton; los vómitos se eliminan por el lavado de estómago y en caso de persistencia se hace uso de el luminal sódico al 5 por 100 en inyección subcutánea de 1 c. c. cada cuatro horas.

Cuando el pequeño se halle en un estado de máxima gravedad debe recurrirse sin ningún temor y con la mayor urgencia a la inyección intraperitoneal de suero glucosado isotónico, que es perfectamente tolerada y de muy sencilla técnica.

El autor, fundándose en lo expuesto y, sobre todo, en la cuidada observación que cerca del niño hay que realizar para la más perfecta administración de la dieta y de los medicamentos, según se deslice el caso, cree que estos enfermitos no deben ser tratados en los consultorios externos, sino que deben ser hospitalizados en todos aquellos casos que el enfermo carezca de posibles para ser bien atendido en su domicilio.

Termina su trabajo diciendo que éste tiene el objeto y el deseo de extender lo más posible los conocimientos de esta dieta para así salvar el mayor número de vidas infantiles. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 5 enero 1933, núm. 1.)—J. H. S.

Ullmann. LA NATURALEZA DE LA PITIRIASIS ROSADA. Benedek ha insistido sobre las relaciones de la pitiriasis rosada y la dishidrosis, las cuales atribuye, igualmente que la seborrea, a un hongo, “schizo-saccharomyces hominis”. El autor ha observado en tres años y medio 70 casos de pitiriasis rosada y 135 de dishidrosis idiopática no tricofítica. La primera se ha presentado, sobre todo, en primavera y otoño, y la dishidrosis principalmente en verano.

El medallón inicial de la pitiriasis rosada no se observa de una manera constante. Habitualmente la erupción se compone de placas eritemato-escamosas, pudiéndose más raramente observar erupciones papulosas, urticarianas, vesículo-pustulosas, etc. La localización habitual es el tronco y el abdomen. Más raramente se observan elementos en el cuero cabelludo, la cara, las palmas de las manos y las plantas de los pies.

La no recidiva es la regla, habiendo, sin embargo, observado el autor dos casos de nueva infección. Las mucosas están respetadas por lo general.

No ha observado el autor fenómenos febriles, dolores ni artralgias en el curso de la erupción. El prurito es muy variable, siendo especialmente acentuado en los nerviosos.

La cuti-reacción con el “schizosaccharomyces de Benedek” es generalmente positiva. Pero Ullmann no ha encontrado jamás hongos en las escamas de la pitiriasis rosada. En seis casos recientes de esta enfermedad y no tratados ha ensayado este autor el obtener cultivos en la sangre citratada, siguiendo la técnica de Benedek, habiendo sido constantemente negativos los resultados.

Estima ante estos resultados que en ciertos casos

existe un parentesco entre la dishidrosis idiopática no tricofítica y la pitiriasis rosada, pero no existe jamás una indentidad nosológica entre ambas afecciones. (*Der. Woch.*, tomo XCV, núm. 34.)—T. B.

Swartz y Tolman. BURSOPATÍA SIFILÍTICA DE VERNEUILL.—La lesión de las bolsas serosas es relativamente poco frecuente en el curso de la sífilis hasta tal punto que Garner y Schoch, en 1931, con motivo de la publicación de dos casos personales, únicamente pudieron encontrar en la bibliografía 36 casos análogos. Las bolsas prepatelares y subpatelares son las que principalmente se afectan y más raramente las bolsas serosas del codo, del acromión y de los tendones extensores de los dedos. Las lesiones pueden ser uni o bilaterales, frecuentemente simétricas y raramente pueden ser muchas las bolsas afectadas.

Estas lesiones se observan lo más frecuentemente en el curso de la sífilis adquirida y principalmente en el período terciario, aunque se ha descrito una bursitis sifilítica algunos meses después de la aparición del chancro.

En la bursitis gomosas se observa una ulceración única o múltiple, que da salida a masas papilomatosas. Pueden existir al mismo tiempo otras manifestaciones de sífilis, pero frecuentemente el enfermo invoca para explicar la localización de la lesión. La radiografía de las articulaciones es comúnmente negativa y el dolor poco marcado.

Refieren los autores en este trabajo dos casos de su observación que han sido observados en dos mujeres de cincuenta y seis y sesenta y ocho años, respectivamente. Tratábase de una bursitis pre y subpatelar, el Wassermann era positivo y las lesiones curaron con yoduro potásico y bismuto. (*Arch. of Der. and Syph.*, tomo XXVI, núm. 3.)—T. B.

Urechia. CONSIDERACIONES SOBRE LAS PSICOSIS TABÉTICAS.—Los tabéticos pueden presentar trastornos psíquicos de diversa naturaleza. Recordemos ante todo los fenómenos de depresión o de excitación, las obsesiones, fobias, preocupaciones hipocondríacas, etc., ligadas al cuadro de los accidentes de la ataxia locomotriz. Estos deben ser eliminados del mismo modo que los trastornos psíquicos ligados a la meningo encefalitis difusa de los tabéticos.

Fuera de este hecho los tabéticos pueden presentar trastornos psíquicos muy variados. Frecuentemente revisten una forma paranoide o alucinatoria, siendo más raras las depresiones melancólicas y excepcionales, la agitación maniaca y la confusión mental.

No es posible por el momento precisar claramente el lazo de unión existente entre la tabes y estos trastornos mentales ni aun siquiera por los datos que proporciona el examen del líquido cefalo-raquídeo. Los resultados favorables obtenidos sobre estos trastornos mentales por el tratamiento específico, pueden interpretarse como un argumento en favor del origen realmente sifilítico de estos accidentes.

Los exámenes anatómicos de los cerebros de individuos afectados de estos trastornos han mostrado lesiones semejantes a las de la parálisis general o también lesiones atípicas en núcleos, vascularitis de pequeños vasos, meningitis específica o también lesiones degenerativas, lo que en una palabra quiere decir lesiones de sífilis cerebral.

La comprobación interesantísima de estas lesiones no permite, sin embargo, justificar plenamente la naturaleza tabética de los trastornos mentales, ya que pueden observarse igualmente en tabéticos que no han presentado trastornos mentales de ningún género. (*Rev. de Neur.*, tomo 39, número 5.)—Tomé.

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. Infalible 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. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de colestestina, gomenol, alcanfor y estricnina.

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

AGUAS MINERALES NATURALES

DE

CARABANA

«LA FAVORITA»

PURGANTES — DEPURATIVAS — ANTIBILIOSAS — ANTIHERPÉTICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID



SANATORIO NEUROPATICO

Calle de Pablo Iglesias, 62. — CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8. — MADRID. — Teléfono 11380

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

Pídanse reglamentos a la Administración

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

Dirección médica: Dr. Gonzalo R. Lafora

Ayuntamiento de Madrid

SANATORIO PEÑA - CASTILLO

SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso
Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física. Hotel de dietética. Dos hoteles para psiconeurosis. Pabellón especial de radioterapia profunda. Sección de toxicómanos.

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES
HOZNAYO.—La mejor agua de mesa

TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Escrófula, Raquitismo

SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición y el estado general.

L. PAUTAUBERGE
10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositarios para España:

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

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

—La de Espeja de San Marcelino (Soria) y su anejo Espejón, partido judicial de El Burgo de Osma; segunda categoría; por renuncia; dotación 3.000 pesetas y ocho familias de Beneficencia; población, 1.743 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 22 de septiembre.

Observaciones: Selección por inspección.

—La de La Rinconada (Sevilla), partido judicial de La Magdalena; segunda categoría; por jubilación; dotación, 2.750 pesetas y 300 familias de Beneficencia; población, 3.470 habitantes; provisión; concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 23 de septiembre.

Observaciones: Selección por inspección.

—La de Gualda (Guadalajara) y sus anejos Henche y Valdelagua, partido judicial de Cifuentes; tercera categoría; por nueva creación; dotación, 2.200 pesetas y 20 familias de Beneficencia; población, 460 habitantes; provisión, antigüedad, méritos. Solicitudes hasta el 23 de septiembre.

Observaciones: Selección por inspección.

—La de Navafría (Segovia), partido judicial de Sepúlveda; cuarta categoría; por defunción; dotación, 1.650 pesetas y 20 familias de Beneficencia; población, 796 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 23 de septiembre.

Observaciones: Selección por inspección.

(Continúa en la página XV).

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.

mo una de entre las numerosas posibles. Existen tantas direcciones del apetito, variables con las condiciones internas y externas, como disposiciones pueden distinguirse. La dirección normal del apetito es siempre conveniente. Lo cual no quiere decir



que sea la más conveniente. También la formación de las más diversas direcciones del apetito respecto a los alimentos y los excitantes en el hombre, permite reconocer los límites de las consideraciones teológicas. Veo en todas las llamadas perversiones del apetito en los animales, una confirmación de la teoría de la avidez; la perversión es el síntoma de la alteración del quimismo del cuerpo a consecuencia de la carencia de ciertas sustancias que normalmente estaban contenidas en la alimentación. Las sustancias supletorias, o son halladas por casualidad—para lo cual el hallazgo está facilitado por un comportamiento errabundo que se presenta con el hambre especial—, o por la sensibilización de ciertos sentidos, preferentemente del sentido del olfato.

También la teoría de la avidez se muestra aplicable o lo esencial del apetito en el hombre. Esto lo veo en la regularidad de la entrada de determinadas cantidades de albúminas, hidratos de carbono y grasas, que puede comprobarse en toda la diversidad de preparación de las comidas para las grandes naciones que viven bajo condiciones climatológicas aproximadamente iguales (ley de Rubner). Siguiendo la teoría de la avidez, las variaciones climatológicas deben causar de un modo inmediato modificaciones del apetito, sin que para ello sea necesaria una particular experiencia individual.

La satisfacción del apetito se establece en el hombre gradualmente, y no debe siempre suceder a conse-

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

cuencia de una variación en la composición del líquido de los tejidos. Entre el comienzo de la digestión estomacal e intestinal, y la entrada de las sustancias digeridas en los jugos de los tejidos, trascurren muchas horas, pasa mucho tiempo hasta que

se suceden todos estos estados. Por el contrario, la satisfacción del apetito puede cumplirse en pocos minutos. Es, por tanto, evidente que la satisfacción del apetito se puede verificar en diferentes niveles, y que, en correspondencia con los distintos niveles, la satisfacción es de distinta duración. Tenemos que contar en el organismo con diferentes estados tope (tampón), dispuestos para evitar la carga súbita del organismo con ciertos materiales. Para la satisfacción de un hambre particular no parece ser realmente necesario que se aprecie el sabor de los alimentos que la apaciguan; existe también una satisfacción interior. Por ejemplo, en las gallinas ponedoras, puede hacerse disminuir, y aun desaparecer, un

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88.—MADRID

hambre de cal muy intensa, condicionada por un gusto muy continuado de cal, dándoles cal en forma enmascarada, de modo que no la noten en el momento de la ingestión. Estas investigaciones tienen, aun para la Medicina práctica, una cierta importancia. Según la teoría de la avidez, se procederá, en general, de un modo apropiado, cuando se tengan en cuenta las modificaciones del apetito que se presentan con la enfermedad.

SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIUCOL, BENZOATO SODICO Y DIONINA

J. DOMINGO CHURTÓ

C. Libertad, 14. — BARCELONA

NO CONVIENE MONDAR LA FRUTA

Pues la piel de casi todas ellas posee, no sólo los mejores elementos vitalizadores de cuanto la constituyen, sino que es también de gran utilidad para las funciones digestivas por la excitación que ejerce sobre el movimiento peristáltico del intestino, impidiendo en gran manera el estreñimiento.

Muy bien masticada, la piel de las frutas favorece el proceso digestivo y comunica al organismo la radioactividad que ha recibido de los elementos naturales, con los que está en contacto directo.

Para quien no tiene amigos en el dolor, la soledad es el primer consuelo y el mejor amigo.

Deteriorización de las razas.

Los demógrafos distan mucho de estar satisfechos de la sociedad moderna tal como se presenta, y, a decir verdad, no debe sorprendernos su

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

CASA SANTIVERI, S. A

Call, 22. — BARCELONA

opinión. Hay muchos que piensan como un corresponsal del *British Medical Journal*: "¿A. F. Tredgold? ¿Qué es lo que nos dice? Nos presenta como hecho esencial las circunstancias de que desde hace dos generaciones, Inglaterra—pues, de ella especialmente se trata, si bien lo que se dice de Inglaterra es probablemente cierto de los demás países—se produce principalmente por la clase inferior. La crema da cada vez menos, la hez cada vez más. Hay una tendencia marcada a la natalidad menor en todas las clases; pero su disminución tiene lugar sobre todo en aquellas en que no sería de desear desde el punto de vista social; mientras que en las que sería útil no se produce. La natalidad ha disminuido sobre todo en las clases más inteligentes, más capaces, más eficientes socialmente, y permanece demasiado elevada en las clases ignorantes, ineficientes. En estas condiciones no puede esperarse si no una deterioración nacional, una disminución de eficiencia gradual. La cantidad no lo es todo, aún desde el solo punto de vista militar y defensivo. La calidad tiene una importancia capital. Ahora bien: la calidad disminuye visiblemente a medida que el tiempo pasa, y los médicos son quienes lo comprueban claramente. Los médicos inspectores de las escuelas muestran por sus estadísticas que, por lo menos, la sexta parte de los niños de edad escolar es tan deficiente física e intelectualmente, que es incapaz de sacar un beneficio razonable de la forma ordinaria de educación que proporciona el Estado. El minus

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

habens en el amplio sentido del término, se hace cada vez más abundante; y son necesarias cada vez más las escuelas especiales para degenerados, para ineficientes de los que no se obtendrá, por otra parte, si no los

resultados más mediocres (y esto votará, a pesar de todo). Cada año el ejército industrial se aumenta—y se empobrece—de cincuenta mil reclutas que no sólo por su atraso mental son incapaces de cumplir con su deber, sino que aumentan el peso muerto de

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCI, PISA

la sociedad, compuesto de los adultos ineficientes, de los criminales, de los mendigos, de los inútiles que no producen nada a la sociedad y que le cuestan más cada vez.

Las estadísticas relativas al seguro nacional contra la enfermedad han mostrado, por ejemplo, en 1923, que la enfermedad en Gran Bretaña ha hecho perder veinte millones y medio de semanas de trabajo. En 1927 la pérdida alcanzaba más de veintiséis millones y medio de semanas y esta cifra aumentó aún. Pues cuantos más seguros hay, hay más enfermos y tardan más en curarse; esto es bien sabido; es evidente que también cuestan más. Un enfermo asegurado no se cura, por decirlo así, jamás...

El examen de dos millones y medio de hombres, en edad militar en 1918, hombres considerados como buenos ejemplares de la población masculina del país, ha revelado que no había más que un solo sujeto de cada tres que fuese perfectamente apto y sano. ¡Uno de cada tres! Por otra parte, en 1906, una encuesta hecha sobre la proporción de los deficientes mentales, en Gran Bretaña también, permitió a la comisión comprobadas que eran en número de cuatro, con seis décimas por mil, lo que daba un total de 150.000 en Inglaterra y el país de Gales. En 1926 el censo fué renovado; habían llegado a ser, por lo menos, ocho por mil, un total de 314.000 individuos.

Acaso se pueda decir que los métodos modernos de diagnóstico aseguran un "Dépistage" más exacto. Pero esto no basta para explicar el

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

gran aumento que se ha producido en veinte años en el número de los deficientes mentales.

Las estadísticas están, pues, de acuerdo para indicar que una deterioración física y psíquica va desarrollándose sin cesar y ella es la que

inquieta a los demógrafos y proporciona a los engenistas un arma. Como resultado de medio siglo de medicina preventiva, del gasto de sumas enormes para la sanidad pública, de progresos incontestables en la alimentación, la vivienda, las condiciones de trabajo, el medio en general, esto no es muy alentador. Quizá, por otra parte, esto no tenga nada de extraordinario. Los progresos de la medicina hacen que se conserve en vida muchos sujetos que quedarían eliminados. No aumentan tanto el número de los aptos como el de los no aptos. Conservan con vida y en el presupuesto, sujetos que en el pasado eran sacrificados, suprimidos. La selección no se hace en beneficio de la socie-

Testogan ^{masc.}
"Hunning"
Neurastenia sexual,
Impotencia etc.

dad, ni mucho menos. La masa social se deteriora, más bien, a pesar de excelentes intenciones y de gastos asombrosos.

Hay deterioración en la salud física como en la mental de la nación. Esto no puede sorprendernos; de hecho, la salud física o mental resulta de dos factores: la herencia y el medio, *La nature y la nurture*, como dicen los ingleses, esto es, la educa-

FIMONAL
Vías respiratorias.

ción, el ambiente, el conjunto que constituye el medio. Ahora bien, si se ha hecho mucho para mejorar la *nurture*, no se ha intentado nada para mejorar la *nature*, lo que es con mucho lo más importante. Pero ¿es posible hacer algo para elevar el nivel de las cualidades innatas, para "arreglar" la herencia? Seguramente es más fácil elevar el nivel de la *nurture*. Pero un hecho cierto es que es posible suprimir en gran parte, las herencias inferiores—dicen los eugenistas—, rehusando a los elementos inferiores el derecho de reproducción. No a título de castigo, desde luego—los pobres diablos son perfectamente irresponsables en el asunto: son sus genitores los que han comido

las uvas verdes—, sino para impedir la propagación de una humanidad inferior e incapaz.

Es preciso ver que la naturaleza elimina y suprime los seres ineficientes sea cualquiera la especie considerada. El hombre trabaja para ha-

JARABE ALMERA

a base de fosfato de cal gelatinoso, el más asimilable

cer sufrir a los elementos sanos, para que persistan y vivan y se multipliquen los malsanos, simplemente, selección al revés. Y en todas las comunidades civilizadas sucede lo mismo. No se puede pensar en renunciar a esta manera de obrar. Nuestra sensibilidad no nos lo permitiría. Pero dicen los eugenistas: hay un medio de contener la pululación de los despojos humanos, y es precisamente impedirles el pulular. Este medio está más o menos adoptado y empleado en diversos países; se extenderá cada vez más. Muchos seres humanos no pueden engendrar sino una prole deplorable, inútil y costosa. En la naturaleza, en los animales, estas desgracias son naturalmente eliminadas. En la naturaleza, los animales se ven obligados a ganar su vida, y los que no pueden conseguirlo por causa de un vicio orgánico, sucumben y no se propagan.

(Del *Journal des débats*.)

ATRIBUYESE a los lidios la invención de los naipes. Dicese que este juego nació durante una gran hambre, en que las gentes dedicaban un día a jugar y otro a comer.

Así, pues, el juego de las cartas es hijo de la miseria, y es curioso observar cómo se acuerda siempre de su madre.

* * *

TU descanso mejor es el sueño; llámaslo con frecuencia, y tiembles ante la muerte, que no es ni más ni menos.—*Shakespeare*.

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

LAS uñas de la mano derecha crecen más rápidamente que las de la mano izquierda. La rapidez del crecimiento está en relación con la longitud del dedo. De este modo, la uña del dedo corazón crece más velozmente que las de los demás.

parálisis que se producen durante la enfermedad misma y en la convalecencia van precedidas de dolores en los miembros afectados. Tienen poca tendencia a difundirse y suelen quedar circunscritas al dominio de un nervio o a pocas ramas del mismo. Los dolores son lancinantes y se exageran por crisis que aparecen antes que los trastornos motores y persisten durante los mismos y bastante tiempo después. En ocasiones la única manifestación sensitiva es la criparestesia; en cambio, es rara la anestesia simple o con hiperalgesia.

La parálisis suele quedar localizada y en muchos casos afecta al nervio cubital; en otros a las ramas del ciático y a los nervios craneales, principalmente al motor ocular común, alterando la acomodación. De modo que la polineuritis tífica se caracteriza por no difundir una vez que ha afectado a determinados nervios y por ser dolorosa. Con frecuencia no se le puede dar siquiera el nombre de polineuritis, porque no afecta más que a un nervio. Parece ser que estos dolores se deben a extravasaciones sanguíneas en el nervio mismo. El pronóstico suele ser bueno; casi todos los casos terminan por curación.

La polineuritis palúdica, mal determinada, ataca también especialmente a los miembros inferiores y se inicia por torpeza de las articulaciones y embotamiento; luego se produce y se acentúa la parálisis, localizándose en los músculos extensores de la pierna. La marcha es entonces característica, porque el enfermo tiene que elevar mucho el miembro inferior para que la punta del pie no arrastre por el suelo. La sensibilidad se encuentra también alterada; la anestesia se inicia en la punta del pie y se extiende hacia la raíz de los miembros, presentando algunos islotes de hiperestesia. La sensibilidad profunda está normal; los trastornos tróficos se traducen por blandura de las masas musculares y trastornos tróficos de la piel.

En los miembros superiores se pueden presentar los mismos síntomas. Según que dominen los síntomas dolorosos, los del sistema nervioso central; los respiratorios o los cardíacos, así adopta la polineuritis aspectos diferentes. El diagnóstico diferencial no se puede hacer exclusivamente por los datos clínicos, sino que

mismo. El hecho es que en los casos agudos se produce la muerte fulminante y en los demás dolores precordiales o abdominales muy semejantes a los de la angina de pecho, con arritmias, hipotensión, disnea o polipnea.

Cuando el enfermo no muere de síncope muere a consecuencia de la disnea progresiva con debilitación cardíaca, trastornos a los que rara vez sobrevive ni siquiera cuarenta y ocho horas.

Estas parálisis fueron atribuidas por Roux, que las provocó experimentalmente a la acción de la toxina, mientras el bacilo, según él, permanecía fijo en la falsa membrana.

Más tarde se modificó este criterio, al hallar bacilos diftéricos en las vísceras, en el bulbo y en la protuberancia. Sin embargo, estos hallazgos y la demostración de la existencia de la bactericemia diftérica no han sido suficientes para desear por completo el valor patogénico de la toxemia, puesto que no son muy abundantes los bacilos encontrados en los órganos internos. Parece demostrado que la toxina se puede pagar en sentido ascendente a lo largo de los nervios periféricos y está claramente demostrada la fijación de la misma a los lipoides del sistema nervioso central.

Los síntomas son los de toda neuritis y no hemos de insistir en ellos, pero el diagnóstico de neuritis diftérica se debe sospechar en todos los casos de neuritis del adulto en los que no se conozca exactamente el origen. Sobre todo en los casos de parálisis labio-glos-laríngea, que se suelen atribuir a lesiones del bulbo o a encefalitis, hay que sospechar este proceso diftérico. En el niño hay que hacer el diagnóstico diferencial, especialmente con la poliomielitis aguda, cuyas formas frustradas son muy semejantes a las parálisis diftéricas. de origen desconocido, por haber pasado inadvertidas las anginas que ocasionaron aquella secuela. Se pueden confundir las parálisis diftéricas con la forma bulbar de la esclerosis lateral amiotrófica, los tumores del bulbo y del cerebelo, la miastenia. También hay que tener presentes para hacer el diagnóstico diferencial algunas neuritis tóxicas, alimenticias o medicamentosas.

En las parálisis del velo del paladar, que comienzan

de un modo precoz, se debe hacer un pronóstico reservado y, si, por añadidura, existe albuminaria, el pronóstico debe ser todavía más grave. Las parálisis tardías son más benignas. La complicación con trastornos cardíacos da al proceso una gravedad indudable.

En cuanto al tratamiento, la acción preventiva del suero o de la antitoxina es evidente, puesto que la frecuencia de las parálisis aumenta desde un 6 por 100 aproximadamente en los casos tratados al segundo día de la enfermedad hasta un 38 por 100 en los casos tratados al quinto día. De ahí la mayor frecuencia en los casos de localización anómala, en los que la naturaleza de la enfermedad pasa inadvertida. Sin embargo, dicha acción preventiva no es constante. En cuanto a efectos curativos parece que en los niños sobre todo, y desde luego a condición de dar dosis elevadas se han visto buenos efectos.

También se ha visto desaparecer las parálisis del velo del paladar, haciendo al enfermo desahacer en la boca los comprimidos de suero antidiftérico de Martín. Además, en los casos de parálisis del velo del paladar habrá que cuidar especialmente la alimentación para que no se produzcan atagantamientos. En los miembros se aplicarán corrientes eléctricas, amasamientos y extrínina.

La polineuritis escarlatinosa es más rara que la diftérica. Se presenta en las formas graves con complicaciones articulares, afecta especialmente a los músculos de las extremidades superiores y puede hacer creer en la existencia de una parálisis de radial. Cuando afecta a los miembros inferiores ha podido simular una tabes. Estas polineuritis escarlatinosas presentan los demás síntomas característicos de las lesiones nerviosas y en especial la parálisis, la reacción de degeneración, las atroñas musculares, la abolición de los reflejos y los dolores. Son más frecuentes en la escarlantina las complicaciones cerebrales que las neuríticas.

La blenorragia produce con mucha frecuencia lesiones de la médula, de sus meninges y de las raíces espinales, pero además produce también, si bien no tan a menudo, lesiones de los nervios periféricos. Se presenta la polineuritis blenorragica entre una y tres se-

manas, a partir del comienzo de la enfermedad, de modo que se trata más bien de una complicación tardía.

Los primeros síntomas aparecen en las extremidades inferiores y se traducen por dolores fulgurantes, hormigueos y embotamiento en los pies. Los trastornos motores no tardan en presentarse y van acompañados de fenómenos generales, como malestar, vómitos, y a veces fiebre pero que casi siempre son muy discretos. Cuando la enfermedad se halla completamente constituida se caracterizan estos síntomas por la debilidad de los músculos de la pierna, en especial los grupos anterior y externo.

La lesión se extiende con frecuencia al muslo y en menos casos a los músculos del tronco y de la cabeza. Muy pocas veces se hallan afectos los motores oculares y hasta el nervio óptico, pero en realidad la lesión de éste último no se puede comparar con las neuritis que estudiamos aquí, porque no se trata de un verdadero nervio en el sentido histológico de la palabra y las fibras que le forman tienen un valor completamente distinto.

Los trastornos sensitivos son sobre todo de índole subjetiva, o sea que no hay anestesia; pero el enfermo se queja de dolores y especialmente por la compresión de los músculos y de los nervios, así como por el estiramiento de los últimos, de modo que se encuentra el signo de Lasègue positivo. Los reflejos tendinosos están disminuidos o abolidos, los tróficos son raros y siempre ligeros. Los trastornos de las reacciones eléctricas son variables y solamente en algunos casos se ha señalado la existencia de la reacción de degeneración. El estado general es malo, caracterizándose por adelgazamiento, palidez y estado subfebril.

La duración del proceso es larga. Las funciones motoras tardan varios meses en restaurarse y la atrofia muscular con retracciones fibrosas puede durar mucho más tiempo y hasta hacerse definitiva. Aunque el pronóstico es en conjunto benigno, hay que contar con la existencia de retracciones tendinosas que se unen a las lesiones articulares provocadas frecuentemente por la misma enfermedad.

En la fiebre tifoidea se producen con frecuencia lesiones nerviosas y en ellas dominan dos caracteres: las

—La de Enix (Almería), partido judicial de Almería; segunda categoría; por renuncia; dotación, 2.750 pesetas y 45 familias de Beneficencia; población, 1.172 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 23 de septiembre.

Observaciones: Selección por inspección.

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

—La de Benquerencia de la Serena (Badajoz), partido judicial de Castuera; tercera categoría; por defunción; dotación, 2.250 pesetas y 30 familias de Beneficencia; población, 1.539 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 23 de septiembre.

Observaciones: Selección por inspección.

—La de San Martín del Pimpollar (Ávila) y su anejo Hoyos de Miguel Muñoz, partido judicial de Piedrahita; segunda categoría; por renuncia; dotación, 2.750 pesetas y 50 familias de Beneficencia; población, 762 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 23 de septiembre.

Observaciones: Selección por inspección.

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.

Correspondencia administrativa

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

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

- D. Emilio Gómez.—Faltan datos para aplicación de su giro.
D. Epifanio Bárcena.—Pagado fin marzo 1934.
D. Constantino Ruiz.—Id. fin diciembre 1933.
D. Rafael Díez Álvarez.—Id. fin diciembre 1934.
D. León Salcedo.—Id. fin julio 1934.

Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO Carabanchel Alto

Director: Dr. Jaime Esquerdo Sáez



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

HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS. Única causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar *Cloro-Anemia*. Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue de la Republique, París.

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas, 14.—Madrid

FUNDADO EN 1866

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

Medicina, Cirugía, Higiene, Legislación Sanitaria son las cuatro partes del programa para opositar las plazas de médicos titulares. Responden a ellas los cuatro tomos que ha editado EL SIGLO MEDICO

- D. Emiliano González.—Faltan datos para aplicación de giro.
D. Miguel Florez.—Pagado fin diciembre 1933.
D. Anastasio Agudo.—Id.
D. Francisco Herrera.—Id. fin julio 1934.
D. Froilán San Román.—Id.

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

- D. Pedro González Praça.—Id.
D. Ovidio Calderón.—Id. fin marzo 1934.
D. Francisco Piñero.—Id. fin diciembre 1933.
D. Simón Escudero.—Id.
D. Teodoro García García.—Id.
D. Modesto Marín Pérez.—Id.
Sr. Jambrina.—Faltan datos para aplicación de giro.
D. Gregorio Baz.—Pagado fin de diciembre 1933.
D. Alejandro B. Melo.—Id. fin abril 1934.

La obra única que responde al programa para opositar las vacantes de médicos titulares está editada por EL SIGLO MEDICO, en cuatro tomos.

- D. Perfectino Beiga.—Id. fin marzo 1934.
D. Emilio Solano.—Id. fin diciembre 1933.
D. Alfredo Guitart.—Id. fin diciembre 1934.
D. Edmundo de la Fuente.—Id. fin octubre 1933.
D. Emilio Rodríguez Bueno.—Id. fin diciembre 1933.
D. Angel García.—Id.
D. Bernardo Bengoa Gutiérrez.—Idem fin octubre 1933.

(Se continuará.)

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el tratamiento de las

Adenopatías
Linfatismo
Escrofulismo
Raquitismo
Diabetes
Heredosifilis
Ameno y Dismenorrea
Convalecencias
Estados llamados Pretuberculosos



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — La depreciación del título de Médico, por F. Alvarez-Sierra. — Compañero y compañerismo, por Santiago Fernández de Velasco. — Colaboración independiente: Sobre los Colegios médicos, por Guireguma. — ¿Para qué sirven los Colegios Médicos?, por Sisínio Crespo. — El estatuto del niño. — Bases para aplicación del seguro de maternidad. — Curso para Médicos del trabajo. — Université de Paris: Faculté de Médecine. — Sección oficial. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Por las clínicas de Europa. — Tertulia Médica.

BOLETIN DE LA SEMANA

Ruegos y preguntas.

Todos sabemos ya por la Prensa diaria cómo han venido desarrollándose durante el pasado mes de agosto las sesiones en el Parlamento. A trancaes y barrancas se ha ido saliendo de todo compromiso, forzando la prestación de asistencia a extremos que no se recuerdan en la historia de las Cortes españolas.

Y en este ambiente surge, para nosotros los médicos, un episodio parlamentario de considerable señalamiento en la sesión celebrada por el Congreso el día 24 de agosto.

El presidente de la Cámara terminaba de declarar aplazada de nuevo una votación, por no haberse podido reunir más que 97 señores diputados que votaran. En momento tal se leyó y se anunció que se comunicaría al señor ministro de la Gobernación (que tampoco se encontraba en la Cámara) el siguiente interesantísimo ruego, que firmaba el diputado, por tantos conceptos benemérito para la clase médica española, D. Antonio Tuñón de Lara:

"Excmo. Sr. Presidente de las Cortes Constituyentes.

El diputado que suscribe tiene el honor de dirigirse a la Mesa para que tenga a bien transmitir al señor ministro de la Gobernación el siguiente ruego:

Pese a mis continuas apelaciones a V. E. en pro de los señores inspectores municipales de Sanidad, siguen estos funcionarios sufriendo constantes atropellos y ultrajes por parte del caciquismo pueblerino. De nada han servido mis denuncias; antes por el contrario, los dictadores de aldea, envalentonados por la inhibición de V. E., intensifican sus ataques con cínico alarde de su impunidad. No obstante estas manifestaciones que dejo sentadas, yo prosigo mi labor en defensa de estos profesionales, con la esperanza de que alguna vez arrancaré al señor ministro de su pasividad.

Don Gerardo Sánchez Campo me denuncia que: en la Gaceta de 11 de junio del corriente año, se

anunció una vacante de médico para Villarreal de Urrechua (Gipúzcoa), que había de proveerse por concurso restringido. El Tribunal, por mayoría, le propuso para el número 1; pero los dos miembros del mismo, alcalde y síndico, se negaron a firmar el acta porque no podían dar la plaza a un señor que no es vasco. Lo lamentable, lo inadmisible es que, efectivamente, no se ha hecho el nombramiento del Sr. Sánchez Campo, con lo que se da el escándalo de que un Tribunal compuesto por el inspector provincial de Sanidad y dos médicos (uno de Irún y otro de San Sebastián), triunfe el criterio, no de los técnicos, sino el de los políticos, el alcalde y el síndico. ¿Cabe sanidad en un país donde tan descaradamente se atropella a la justicia y a la honestidad?

Otra prueba de la odisea que sufren los inspectores municipales de Sanidad: D. Francisco Jiménez Cano, médico que viene sufriendo larga persecución en la provincia de Almería, y que actualmente sigue un procedimiento judicial contra determinada localidad de aquella provincia, ha descubierto un fraude de enorme magnitud. Habiendo ingresado en el escalafón con fecha de 15 de noviembre de 1930, con el número 13.080, se encuentra con que D. Alberto Martínez Alvarez de Sotomayor, que ingresó el 5 de diciembre del mismo año, aparece con el número 12.209. ¿Pero es que en el escalafón de médicos titulares se ingresa por antigüedad o por influencia? Dígase de una vez, y así los señores médicos sabrán a qué atenerse.

Yo ruego muy encarecidamente al señor ministro de la Gobernación que ponga de una vez coto a estos atropellos, no sólo por tratarse de funcionarios que tienen derecho a la defensa por parte del Poder público, sino también teniendo en cuenta la elevada función que desempeñan.

Palacio de las Cortes, 24 de agosto de 1933.
Antonio Tuñón de Lara."

¿Antonio Tuñón de Lara, que no es médico, y en estas Cortes Constituyentes, que tanto pudieron contener de esperanza para la clase médica por el número crecidísimo de compañeros que tienen voz y voto como diputados, Antonio Tuñón de Lara,

que no es médico, firmaba este ruego, como tantos otros, en defensa de la clase!

Muerto Sanchís Banús, renunciada el acta por D. Gregorio Marañón, renunciada el acta por don José Mouriz Riesgo, aún quedan numerosos diputados médicos en la Cámara, algunos de ellos notoriamente señalados por la clase para la defensa de sus intereses morales y materiales, y pensamos nosotros cómo todos estos señores, ausentes moral y materialmente de la prestación obligada al ilustre Tuñón de Lara, habrán sentido bajo su piel bronceada por el delicioso sol de las playas norteanas el fuego humillante de una vasodilatación capilar en las mejillas cuando llegara a sus manos el *Diario de Sesiones* y entretuviesen con su lectura los ocios de sus bien pagadas siestas veraniegas.

* * *

En la sesión celebrada por el Colegio de Médicos de la provincia de Sevilla el día 24 de julio próximo pasado, el colegiado Sr. Rodríguez Guerra preguntó a la Presidencia acerca de la creación, por el Colegio de Médicos de Sevilla, de un centro de enseñanza para los hijos de los señores médicos, según moción presentada a la Junta hacía tiempo y que fué tomada en consideración para su estudio. Estimaba el Sr. Rodríguez Guerra que este asunto era de sumo interés y conveniencia.

La Presidencia manifestó que, en efecto, la moción aquella fué recibida por la Junta con todo cariño y se inició su estudio, pero que la posible modificación de la organización del Colegio de Huérfanos de Médicos, que tiene en estudio el Consejo general, aconseja esperar algún tiempo, ya que dicha nueva organización *podría relacionarse con el proyecto del Colegio de Sevilla, si se acordara la creación de Colegios provinciales o regionales.*

¿Qué tenemos que pensar sobre esto los médicos de toda España? ¿Qué se va a hacer, en definitiva, a este respecto? Porque ya peca en historia. No hay semana que los Boletines y la Prensa profesional no hagan alguna alusión a este importantísimo asunto, y es de temer que ante resoluciones de fundamental trascendencia para una obra como es la del Colegio de Huérfanos de Médicos, estos dimes y diretes, estos rumores y estos bufos lanzados de una y otra parte acaben por dar en tierra con el prestigio de una fundación que tan alto lo tenía y a la que parece que ciertos elementos de la clase no quieren dedicar más esfuerzo que el necesario para socavarla y hundirla.

Hablemos claro y hablemos a tiempo. No nos encontremos con las cosas resueltas y sin remedio, contra lo que es, estamos seguros de ello, el sentir de la opinión máxima de la clase médica española.

* * *

¿Por qué se ha dirigido el Instituto de Previsión solamente a los médicos rurales para consultarles sobre el Seguro de enfermedad? Esta formidable pregunta lanza desde *Opinión Médica*, de Zaragoza, nuestro querido compañero el Dr. Horno Alcorta, y en un admirable artículo expone su posición respecto al asunto.

Nosotros, como *Opinión Médica*, afirmamos que hemos cumplido con nuestro deber, y como *Opinión Médica* pensamos que el Consejo de Colegios está contrayendo una gravísima responsabilidad en este asunto. En lo que no estamos conformes es en que se nos oiga después de un final trágico para la clase; se nos debe oír antes, a *Opinión Médica*, a *Voz Médica*, a nosotros, a todos cuantos podamos colaborar contra la ruina de la profesión.

Lancemos todos un manifiesto a la clase, que se puede resumir en las palabras que hizo famosas don José Ortega y Gasset:

¡Eh, los médicos, en pie!

DECIO CARLAN

Temas profesionales

La depreciación del título de Médico

Todo título académico, facultativo, para ejercer una profesión, tiene dos valores: uno social, representado por la consideración que las gentes guardan al que le posee (por su situación en la escala de las jerarquías y gradaciones humanas). Otro económico, utilidad pecuniaria que se obtiene ejerciendo la carrera escogida. Este segundo valor no puede negarse por nadie, ya que, como dice el refrán, *el abad de lo que canta yanta.*

En Medicina se da el caso paradójico de que, según corre el tiempo, y el prestigio científico de sus descubrimientos aumenta, el título profesional, en lugar de acrecer su valoración social y económica, disminuye.

Esta depreciación de nuestro título adquiere en España caracteres graves. Resulta evidente que hoy tener la carrera de médico es poseer muy poca cosa, y que los doctores o licenciados de hace medio siglo disfrutaban una posición muy superior a la que hoy disfrutaban sus sucesores.

Sorprende más esta depreciación si comparamos con otras carreras. Los veterinarios, camino de ser ingenieros o doctores; los maestros, doctores en Pedagogía; los peritos mercantiles, transformados en intendentes; los dentistas, doctores odontológicos. Y no queremos citar otras varias carreras, que constituyeron hace unos lustros profesiones modestísimas y que ahora podrían mirar de arriba abajo, no sólo a los nietos de Hipócrates, sino a los filósofos estagiritas (pongo por aristocracia intelectual).

Lo primero que ha influido en esta desvalorización ha sido la competencia, el exceso de títulos. No habiendo relación entre la oferta y la demanda, el precio de honorarios y la consideración pública disminuyen.

Pero este exceso de médicos no es tan grande como parece. Lo que sucede es que existe por añadidura una mala distribución, y mientras el noventa por ciento se acumula a las poblaciones grandes, otros lugares más apartados caen en el olvido.

El acaparamiento de cargos, el reunir un solo indi-

viduo varios puestos oficiales o de remuneración fija, constituye también factor de importancia. Por dos razones: la de quitar medios de vida a los que no tienen ningún puesto, y, sobre todo, la de poder desempeñarlos con emolumentos ínfimos, ridículos, que perjudican a la profesión.

Si nuestros profesores de Casa de socorro, de Hospitales, forenses, etc., no hubiesen simultaneado estas plazas con otras, habrían luchado intensamente, por disponer de sueldos mayores a los modestos e insignificantes que han percibido y todavía perciben. Recordemos fechas no lejanas en que un cirujano de sala percibía 2.000 pesetas anuales.

A la competencia individual tenemos que unir la competencia de Centros docentes. En una sola región como Andalucía hay tres fábricas de licenciados. En Castilla, Salamanca y Valladolid, separadas por un centenar de kilómetros, tienen Facultades independientes. Casi todas con un material de enseñanza deficiente, sin cadáveres, sin enfermos y sin laboratorios.

En el lapso de tiempo comprendido entre 1890 a 1920 hay un tercio de siglo en el que pudo hacerse médico todo el que se lo propuso. El que por cualquier circunstancia tenía un leve tropiezo en alguna asignatura difícil de Madrid o Barcelona, tomaba el ferrocarril y no faltaban tres o cuatro Universidades donde le recibían con los brazos abiertos, y luego otra vez volvía a la capital de la nación para obtener su título como si nada hubiese ocurrido.

Fué fatal, funesto, desastroso, para la Medicina española aquel prurito caciquil de crear Escuelas de Medicina, como el que crea cuarteles o servicios de remonta.

Después vino la especialización; el criterio especialista, de dividirse el cuerpo en trozos y repartírsele. Como decía humorísticamente don Benito Hernando, unos pretendían ser especialistas en enfermedades del pie derecho y otros de la mano izquierda.

La consecuencia ha sido que los jóvenes, cuando salen de la Facultad, ya son especialistas en algo. Esto perjudica a la Medicina en general, porque el cliente desprecia los diagnósticos. Para tratar una simple dispepsia hay que acudir al gastropatólogo; para atender un sarampión, al pediatra; para visitar un asistólico, contar con el cardiólogo. ¿Qué le queda al médico general? El desprecio del público al encontrarse con que sólo sirve como distribuidor, aparato clasificador de dolencias.

El médico en sí tiene, pues, un campo muy limitado, y su competencia ante las gentes se haya en pleno *capitis diminutio*. El que sólo sea médico, tiene su título en bancarrota; pero el especialista también lo tiene, porque puesto el paciente a buscar profesor de especialidad, quiere el as, el famoso, el ya consagrado, y no el de segunda categoría.

Las cooperativas e igualatorios, convirtiendo al médico en asalariado, matará la autoridad e independencia que siempre tuvo el tipo clásico de médico de familia. La referida forma de ejercicio es altamente depresiva, y contribuye a la depreciación de que venimos hablando.

Pero las mismas autoridades sanitarias, los gestores y directores de la vida pública, han colaborado a la situación actual estableciendo una selección compleja para toda clase de cargos y puestos.

Una vez obtenido el título académico, para la actuación más insignificante hacen falta oposiciones y concursos. Los médicos rurales y los médicos de sociedades, última trinchera donde podían defenderse los jóvenes licenciados, requieren hoy concursos y oposiciones, como si se tratase de cátedras o canongías. En estos últimos tiempos ha surgido la moda de las Es-

cuelas especiales de *postgrado*. Escuela de Sanidad, Escuela de Puericultura, Escuela de Psiquiatría, Cursos de Tisiología y de Tocología. No es que discutamos la conveniencia de ampliar conocimientos y de proporcionar el máximo de cultura; pero es evidente que con este sistema se excluye a un tanto por ciento muy crecido de profesores de poder ejercer en Sanidad, Puericultura, Psiquiatría, Tocología, etc., etc.

Queremos pasar hoy por alto y dejar para otro artículo la nefasta influencia que producen el personalismo exaltado, gracias al cual el compañerismo va disminuyendo, y con tal de obtener el triunfo propio se pasa por encima del prestigio ajeno. Ejemplo de esto lo tenemos en las censuras, críticas y envidias, polvo de miseria humana, que se produce cuando algún médico por esfuerzo independiente logra destacarse sobre el nivel de la masa común.

Lo cierto es que nuestro glorioso y humano título va sufriendo un desprestigio progresivo, y que nuestra carrera produce ya gran número de profesionales que tropiezan con dificultades insuperables para vivir. La cantidad de parados forzosos es ya agobiadora.

A esta situación crítica han contribuido todos aquellos que por favorecer amistades y crear intereses regaron España de Facultades de Medicina; aquellos que rebajaron el nivel de suficiencia en los exámenes de las asignaturas de los primeros cursos (*sólo de los primeros cursos*), y los que establecen trabas y dificultades para el ejercicio libre.

Frente a éstos no debemos olvidar otros hombres que contribuyeron a la mayor gloria de la Medicina española, bien en el orden científico, social o profesional. Los que crearon ciencia propia, librándonos de la tutela extranjera; los que llevaron a la Conferencia de París las orientaciones de nuestra higiene pública; los que redactaron la Instrucción general de Sanidad; los que elevaron con escritos y conferencias el nivel intelectual de la clase; los que lucharon por la independencia de los titulares; hicieron por la profesión una labor reconstructora y enaltecedora que ha ido compensando, en parte, la depreciación.

J. ALVAREZ-SIERRA

Compañero y compañerismo

Aun cuando se ha hablado y escrito mucho acerca de los términos que encabezan estas líneas, no sólo entre médicos, sino entre los profesionales en general, voy, sin embargo, a tratar de ello, aun cuando muy brevemente por creer que si no en todo, en gran parte, el problema médico-rural está relacionado con el escaso acierto con que interpretamos dichas palabras al no darlas, poniéndolas en práctica, su verdadero valor y significado, y que es causa del uso, que cae en el abuso, que de ello hace nuestra clase profesional.

COMPAÑERO.—*Persona que tiene o corre una misma suerte o fortuna con otra; —o cada una de las personas comprendidas en un mismo caso, envueltas en una misma desgracia.*

Así vemos, por el precedente significado o definición, que todos los médicos somos "compañeros", por cuanto a todos nos une una misma profesión y estamos sujetos a sufrir los mismos descabros profesionales; pero que como es cualidad puramente pasiva, sin que en ello tenga que intervenir para nada la voluntad, el serlo no tiene mérito alguno.

En contraposición, "compañerismo", que se define así: *Armonía y buena correspondencia entre compañeros; —afecto o cariño que naturalmente se toma hacia las*

personas con quienes uno se roza, viajando, siguiendo una misma carrera, etc., es cualidad activa, por depender de nosotros mismos, de nuestra voluntad.

Ahora bien: ¿es ésta nuestra norma de conducta frente a un compañero, sea éste quien sea?

Es decir; ¿sentimos por el compañero esa alegría y satisfacción propia de todo aquello que se ama, por el bien que ha alcanzado, al conseguir lo que se proponía? ¿Sí? Pues este es el compañerismo.

Por el contrario, ¿es sentimiento lo que nos causa ver al compañero conseguir lo que nosotros hubiéramos deseado? Entonces, seguiremos siendo compañeros, pero no tendremos compañerismo.

No niego que sean bastantes los médicos que se sacrifican por el compañero; pero también se me negará que hay otros, que con pretextos a o b, como son: la libertad del título, la situación económica, etc., les importa un bledo el compañero; razones todas de más o menos peso, pero que no justifican el daño que se infringe al mismo, y que motiva, al obrar así, que percatados los pueblos de nuestra falta de compañerismo, se esterilice la nueva ley del 15 del último septiembre sobre provisión de titulares, en las formas que estamos presenciando a diario, viendo que cuando un médico va a tomar posesión del partido para el que fué nombrado, previo concurso u oposición, estén ya copadas las igualas, por cuanto de antemano ya eligieron médico, como se demuestra por el anuncio que transcribo.

"VACANTE DE MÉDICO.—Hallándose vacante la plaza de médico para la visita de familias pudientes, sueldo previo 5.000 pesetas, pueden dirigir solicitudes al señor alcalde, en el término de siete días.—N. de Arriba, 23 de agosto de 1933.—El alcalde, N. N."

¿Pero cuán otra sería nuestra situación si tuviéramos compañerismo!

¿Pero cómo queremos encontrar respeto entre los de fuera si empezamos, si ellos (los pueblos) lo saben, por no respetarnos nosotros?

¿Pero si somos nosotros mismos los que nos desacreditamos!

Pues qué, ¿no son de los propios médicos de los que se valen los pueblos para perjudicar a otro compañero?

Pero pensar por un momento lo que sería el ejercicio de nuestra profesión si tuviéramos compañerismo, es decir, si no fuéramos a partido en el que el compañero hubiera sido injustamente despojado de él; que hubiera sido maltratado; que no se le hubiera abonado sus dotaciones; que estuviera ya desempeñando la titular, etc. ¿Necesitaríamos, como hoy, acudir en demanda de auxilio y protección a las autoridades? Seguramente que no.

¿Pues entonces!, si así lo reconocéis, ¿por qué no tenéis compañerismo?

¿No creéis conmigo que sería la única manera de dignificar nuestra profesión? ¿No sabéis que la unión constituye la fuerza? ¿Creéis que si hubiera *compañerismo* habría empresa que abusase profesionalmente de nosotros?

Pues bien; hagamos propósito firme de fomentar el compañerismo, para lo cual el mejor medio es el de acrecentar la amistad por medio de unas más frecuentes reuniones locales y generales; teniendo frecuentes relaciones, por los medios que sean, unas provincias con otras; que por nuestros dirigentes, por medio de conferencias y Prensa, hicieran apreciar, sobre todo a los futuros médicos, las ventajas que reportan a la clase en general y a los médicos en particular, el no ver en el compañero a un enemigo, más o menos encubierto, sino al hermano profesional muy querido a quien hay que guardar toda clase de consideraciones a que se ha hecho

acceder por su buen compañerismo, etc. En una palabra: ya que seamos "compañeros", tengamos "compañerismo".

SANTIAGO FERNANDEZ DE VELASCO

Colaboración independiente

Sobre los Colegios Médicos

He leído con sumo interés los tres artículos que versan sobre este tema (EL SIGLO MEDICO, 22 y 29 julio más 12 agosto 1933), explanados claramente por tres brillantes plumas de los distinguidos compañeros Sisínio Crespo, Navarro Santi-Andreu y Nieto, de Burgos, Albacete y Soria, respectivamente.

Yo, que no ejerzo en ninguna de esas provincias, puedo afirmar que en todas partes cuecen habas, aunque más y mejor en unas regiones que en otras; pero en todas existe, por desgracia, esta irregularidad, anomalía o como quiera llamarse entre los Colegios y los colegiados.

Excusamos de culpar, puerilmente, al vecino de enfrente, ni a tal o cual cacique, esto es andar por las ramas, y vayamos, sinceramente, al tronco; confesemos que toda la culpa de nuestras innumerables desgracias sobrevienen a la abnegada clase médica por nuestra *desunión*. Si nos uniésemos como verdaderos hermanos bajo la tutela de nuestros Colegios respectivos, no habría *nadie* que se atreviera a... tomarnos el pelo y mucho menos a esclavizarnos vilmente.

Somos los *insustituibles*, pues las demás carreras, mejor dicho, la finalidad de las demás profesiones es sustituible y diferible; verbigracia: un pleito, la educación de nuestros hijos, etc., pero un enfermo, en el terrible trance de su muerte o de su acerbo dolor, "sólo quiere al médico sin tardanzas".

Ahora bien; siendo una profesión eminentemente útil, necesaria, insustituible e improrrogable, ¿por qué es la más despreciada y vilipendiada? ¿Por falta de fraternal unión entre nosotros! ¿A qué se debe esta desunión? Innegablemente a dos causas: al exceso de *egoísmo*, individualismo o interés particular de parte de los colegiados y a la falta de *autoridad* y *energía* de los dirigentes o Juntas de gobierno de los Colegios; siendo los demás motivos que yo culpo a las dos partes por igual, por más que, a ser franco, me inclino a creer que los Colegios, los jefes, son en esta ocasión *más punibles* que los colegiados o soldados.

Nadie duda que existe ese *egoísmo* rayando en despotismo de parte de *algunos* colegiados, por fortuna, muy pocos, que no se acuerdan de sus respectivos Colegios, sino para pedirles favores o hablar mal de ellos; pero, repito, que no son la mayoría, *son muy pocos*: la verdad en su punto. En cambio, nadie pone tampoco en tela de juicio que los Colegios o sus Juntas de gobierno han subido o escalado ese puesto *directivo* (no le llamo *decorativo*, como el Sr. Navarro, ni puesto sólo para recibir *disgustos*, según el señor Nieto) con los votos de la *inmensa mayoría* de los colegiados, y se sostienen con el *apoyo* y *calor* de la masa, aunque opine alguien lo contrario. Las Juntas de gobierno tienen, por consiguiente, *perfectísimo derecho* para resolver "todos los problemas de la clase", Sr. Nieto, como dice usted, para ordenar y mandar todo lo justo a su colegiado, sea el que fuere, con la *autoridad* y *energía* suficientes. En el supuesto de que un colegiado no quiera acatarse a las órdenes de su respectivo Colegio, por creer que le asiste la razón, ahí tiene otros dos Tribunales similares: el Jurado Profesional del Colegio y luego el Consejo General de los Colegios Españoles. En consecuencia, el Colegio respectivo aplicará el artículo 31 de los Estatutos, o no, que habla de la amonestación y hasta la privación del ejercicio profesional, incluso podría el Colegio... *dimitir en pleno*, si ve

perdida su *autoridad*, que más vale "morir honradamente que vivir degeneradamente".

¿Quién sería el *majo* que, sin *ton ni son*, se haría el *sordo* a la menor insinuación de su Colegio revestido con su debida *autoridad y energía*? De mil una y gracias.

Pongamos el último caso *práctico*, casi inverosímil, que se narra en el Boletín de esta excelente Revista, 19 agosto, titulado con justicia "Acaparamiento vergonzoso", donde un médico ejerce simultáneamente las *dos titulares* de médico y veterinario (a todas luces ilegal, incompatible, poco científico y menos deontológico), más acapara con ambos destinos casi media provincia (mientras miles de compañeros gimen su paro forzoso), más permite y fomenta el *intrusismo*: pleito "muy claro de enjuiciarse y fácil de resolver", repetimos con la opinión de EL SIGLO MÉDICO, *El Consultor de los Ayuntamientos*, etc., etc.

Lo que procede, evidentemente, tras del fallo ya emitido por el Colegio de Vizcaya, el 17 de mayo de 1933, que dice son *incompatibles* ambos destinos o *titulares*, es una de dos: o *apelar* el colegiado contra el Colegio (en la forma antedicha, o éste *hacer cumplir* su *autorizada* decisión al colegiado; todo es factible menos dejar correr tan *escandalosos* hechos. El médico deber ser médico y nada más que esto, dice un gran doctor; puesto que el campo de la Medicina es muy amplio, si hemos de ejercer *dignamente*, y aun en esta sola profesión con el número *limitado*, como máximo de 300 familias, para atenderlas *debidamente*, y no me meto en la referente al *denigrante intrusismo*, que cae incluso bajo penas *legales* cualquier infractor, y máxime uno que obra deliberadamente.

Se convencerá todo el mundo que se trata de una *enfermedad endémica*, en cuya *etiología* entran esos dos factores, el *egoísmo* de unos y la falta de *autoridad y energía* de otros, para cuyo *tratamiento* nos bastarían unas *inyecciones reconstituyentes* de las *energías perdidas*, e *inso facto*, al elevar el platillo de las energías bajaría irremisiblemente al otro del *egoísmo*.

Vean, por lo tanto, para qué sirven los Colegios, mejor dicho, para qué *podían* servir, porque, triste es confesarlo con el Sr. Navarro, "en la forma que hoy se rigen son *ineficaces y hasta contraproducentes*". Es hora de que la clase médica se despierte de su letargo suicida, agrupándonos todos los compañeros disciplinados en nuestros salvadores Colegios como *naúfragos* que se sujetan a su bienhechora tabla, porque, como dice perfectísimamente el Sr. Antigüedad en *El Eco Médico-Quirúrgico*, son los Colegios "lo único que nos queda".

GUIREGUMA

Agosto, 22 de 1933.

¿Para qué sirven los Colegios Médicos?

Cuánto nos alegra el que haya sido el señor secretario del Colegio de Médicos de Soria el que nos ha dado a conocer el para qué sirven los Colegios Médicos; mas a la vez nos confunde, nos hace dudar, el pensar que tenemos que discutir, porque estamos convencidos de que somos unos pigmeos en eso de lides polemistas. Además de un indocumentado al lado del coloso en esas mismas lides de que nosotros carecemos. El colega señor Nieto, gran defensor de los médicos titulares, entusiasta de la actuación de los Colegios Médicos y gran batallador en favor de sus compañeros los médicos forenses, fiel conocedor de sus derechos y obligaciones, el cual dicho por él, y se lo creemos, tuvo la virtud de no solamente no abusar de los médicos titulares, sino ni aun siquiera usar de ellos para que hicieran las veces de forenses, en todos los casos en que la justicia de su distrito lo necesitó. Si antes con una gratificación menor hacía esos sacrificios, ahora estoy convencido

de que con una cantidad mayor no aprovechará las circunstancias favorables que a los forenses les concede el decreto de reorganización del Cuerpo de Médicos Forenses, inserto en la *Gaceta* del 20 de junio de 1933. Decreto, a nuestro juicio, raquítico, pues el sueldo de entrada nos parece insignificante para obligar al forense a que cumpla con su deber; hubiéramos querido que les hubieran asignado como *mínimum* diez mil pesetas, y así es fácil que hubieran podido cumplir con su cometido, y a los médicos titulares nos hubiera sido agradable ayudar a un compañero, siempre que éste lo hubiera necesitado; obligado por el juez nos resulta desagradable; estas circunstancias favorables a que hacemos mención están insertas en su artículo segundo, que dice así: Los médicos que pertenezcan al *Cuerpo de Forenses* serán funcionarios del Estado y tendrán la obligación de auxiliar a la administración de la Justicia en todos los casos que *ésta crea necesaria* su intervención y servicios en asuntos médico-legales, práctica de autopsias; bien se ve que éste cuando crea necesaria es puerta de escape para los forenses y trampa para los titulares. También prestarán asistencia facultativa a los heridos y demás enfermos de carácter judicial, siempre que *no hubiera otro médico que la preste*. ¿Qué caso será en el cual haya un herido y no halla un médico cercano que le ponga en tratamiento? Como fácilmente se comprende, el señor juez de Instrucción ordenará, ¡pero qué injusticia!, al médico titular, que cure al lesionado, porque habiendo médico que le cure no se verá en la precisión de proporcionar al forense los materiales necesarios y *medios de locomoción*, que siempre cuestan dinero, el médico titular está allí que igual da.

Después de enterarme del texto del Decreto de reorganización de Forenses, es cuando hemos puesto el gesto avinagrado; "vaya" palabritas que nos suelta usted, porque como antes decimos, no creemos se les gratifique a los forenses en justa forma; yo lo que deseo es, siguiendo al pie de la letra un consejo personal de un compañero, es no meterme donde no encuentre honra o provecho.

¿Verdad colega señor Nieto que usted no se aprovechará de estas circunstancias favorables y seguirá fiel cumplidor de su deber?

Larga me ha resultado esta divagación que me ha hecho salir del verdadero objeto de este artículo, que es el tratar el para qué sirven los Colegios médicos. Estos sirven:

Primero, para combatir el *intrusismo*. Es cierto que desde que hay Colegios Médicos no hay curanderos, saludadores, médicos judíos, extranjeros, véase *El SIGLO MÉDICO*, núm. 4.157, ni practicantes de Medicina y Cirugía que, al amparo de médicos latifundistas ocupan pueblos y más pueblos. ¿Verdad, señor Nieto, que nada de esto existe? Es muy probable que en su provincia haya más casos de éstos que habas cocidas.

Segundo, para amparar la independencia y el decoro en el ejercicio profesional. No sabemos a qué clase de independencia se refiere, si es a la económica, menguados estamos, con los ricos que son los médicos, y cuántos he visto morir en los hospitales en la sala de Beneficencia; si se refiere a que puede ejercerla sin tener que hacer nada con los clientes, menguados de hechos estamos cuando no sabemos que tenemos que hacer muchas veces lo que el señor Fulano nos indica, porque no lo dicen, pero te señalan y hay de tí sino, te tienes que aplicar los versos del colega señor Borrachero, cuando puso en verso el caso de un ulceroso de estómago que consulta con un especialista, y dice poco más o menos, así: Trasladado en prosa al médico del pueblo le tengo de echar y me lo tiene que pagar, se refería a los gastos; tanta es nuestra independencia que me atrevo

a decir al simpático y por mi querido diputado a Cortes Constituyentes, señor don Antonio Tuñón de Lara, que borre del preámbulo que dirige con fecha de 1.º de agosto, por conducto del excelentísimo señor presidente de las Cortes Constituyentes al señor ministro de la Gobernación, para hacerle conocer los atropellos de que somos objeto los médicos rurales, digo que ruego a dicho señor que borre la palabra esclavitud, pues los Colegios sirven para garantizar nuestra independencia.

Tercero, mantener la armonía y fraternidad entre los colegiados, haciendo que se respete la deontología. En efecto; desde que hay Colegios de Médicos ya no hay compañero que hable mal de otro ni por pensamiento; ya no hay compañero que al celebrar una consulta ponga el gesto avinagrado cuando habla el otro sin decir nada, pero lo suficiente significativo para que se dé cuenta el público que rodea a los dos galenos; ya no hay compañero que, terminada una consulta, y cuando ya se han separado, que no diga atrocidades del tratamiento y diagnóstico hecho por el de cabecera; ya no hay ningún médico que cuando un enfermo llega a su despacho, no le interrogue por el diagnóstico pronóstico tratamiento terapéutico y dietético impuesto por el de cabecera, y que, al final, diga, poco más o menos, este enfermo está muy descuidado, han debido ustedes traerle antes; en fin, que desde que hay Colegios son hermanos carifiosos, "porque también fueron hermanos Caín y Abel, y pobrecitos, qué bien se querían"; todos los médicos que viven en un mismo pueblo se adoran, no hay más que verlos, no ha tenido uno de ellos una desgracia, o un cliente disgustado, cuando ya el otro o los otros le están haciendo la rosca, arrullándole y poniendo a su disposición su caudal científico, que es poco más o menos calderilla mala, ya pasada de moda, eso sí, basada en cimientos científicos sólidos; no con esto quiero sostener que todos ejercemos la Medicina en iguales condiciones, no; porque tiene que existir diferencia entre el que posee un buen laboratorio, electricidad, y que ha tenido enfermos y maestros "que se han hecho con enfermos" a su disposición, y el que nada de esto posee; pero estas no son causas para asegurar que sus conocimientos se basan en cimientos sólidos; porque en efecto, está demostrado que la Medicina es una e inimitable, no cambia nunca, no es flor de un día, está más firme que las rocas; ya se ve desde que se creó la Medicina que todos usamos los mismos libros, los mismos procedimientos de diagnóstico y de tratamiento. Colega señor Nieto, ¿en la época de nuestros antepasados hubo hombres lumbreras? ¿No recuerda usted que estando Felipe II gravemente enfermo de reuma, fué llamado y sacado de la cárcel un médico negro para que le curara, y luego fué otra vez encarcelado? Aquel médico gozaba en sus tiempos de fama de sabio; hoy todos nosotros consideramos aquellos hechos y procedimientos como perniciosos.

En este momento veo un enfermo que un colega ha visitado, el cual goza de prestigio, y que es como los demás, claro que algo tiene que no tenemos otros, no se cuál será, "conste que no me guía animadversión alguna contra él"; pues bien, este señor ha sido capaz de purificar la sangre a este enfermo con una inyección de Neosalvarsán; el enfermo, al igual que aquel que llegó a tiempo para que el curandero le curara un cáncer, está convencido de que su sangre se ha purificado con una inyección.

Nosotros creíamos que esos colegas que gozan de fama mundial tenían un prestigio científico tan sólido, que no cedía nunca, querido colega; lea usted en *ABC* de 23 de abril del corriente año la carta que don Federico García Sanchiz dirige a don Gregorio Marañón y Posadillo; le dice que se equivoca con frecuencia en sus diagnósticos, pues si esto se dice de una

lumbrera, qué será de nosotros que no disponemos más que del poco o mucho sentido común que Dios nos ha dado; como íbamos diciendo, la fraternidad entre colegas es tanta que procuramos ausentarnos de nuestros partidos, poco o nada, porque yo, de mí, sé decir que tantos compañeros como me han sustituido, más ha sido en su honra que en mi provecho, digo hasta ahora, pues creo, mientras no me demuestre lo contrario, que el que hoy es amigo mío no se ha de portar de igual modo; otro motivo por el cual los médicos gozamos de una gran independencia, tanta que no podemos y, sobre todo los que son varios en un mismo pueblo, dejar encargado de girar la visita de nuestros clientes, pues introducimos suave y mansamente nuestro enemigo en casa, el cual nos presenta la mano suave y lisa, al igual que la de los gatos cuando esconde las uñas, "no conozco cosa más suaves" y luego cuando las sacan.

Cuarto, para auxiliar a las autoridades, como suponemos, es a las sanitarias, conformes.

Quinto, no matar; perdón quería decir para distribuir las cargas del fisco equitativamente; lo creemos y aseguramos, que el tener un cargo no servirá como en los pueblos el ser alcalde para pagar él más contribución que los demás.

Sexto, para que se respeten las bases de trabajo contratadas. *Habeisme* dado en el punto dolorido y con ello abierto mi herida por donde sangraba, y con ello producido nuevo dolor. ¿De manera que los Colegios sirven para que se respeten las Bases de trabajo contratadas? Habéis de saber que yo, en Almendros, tenía un contrato de iguala; el Código civil en su artículo 1.254 dice: "El contrato existe desde que una o más personas consienten en obligarse respecto de otra u otras a dar alguna cosa o prestar algún servicio, el contrato se perfecciona por el mero consentimiento. La duración del contrato cuando no se estipule otra cosa en contrario, regirán según uso y costumbre. Los contratos serán obligatorios cualquiera que sea la forma en que se hayan celebrado. En mi caso, en unos verbales, en otros consentido, por el hecho de aceptar mis servicios y retribuirme con una cantidad prefijada, pues si esto dispone el Código civil y los Colegios Médicos sirven para hacer que se respeten las Bases de trabajo contratadas, ¿por qué no se defienden esas cosas y se permite que uno se ponga a trabajar en el partido de otro?

Séptimo, expender pólizas, etc. Lo creemos.

Octavo, sostener el Colegio de Huérfanos. Se rumorea que el edificio que está en construcción en la Moncloa de Madrid, no se vislumbra su terminación, y también se rumorea que los huérfanos que hay en el Colegio parece ser que se les quieren endosar a los Colegios.

Noveno, cooperar a las funciones de previsión, éste le pasamos por alto, y leamos lo que dice un sanitario de aldea en *Voz Médica*.

Décimo, realizar actos de cultura científica. Noble fin; pero de ese magnífico banquete ni aun las migajas nos tocan; créame, es lo que más siento, pues los que como yo, estamos convencidos de nuestra máxima ignorancia, no nos venía mal un broche de ciencia de vez en cuando; con qué placer lo recibiríamos si de vez en cuando nos quitaran un poco pelo de la dehesa.

En fin; cantemos aleluya, por lo menos a mí me la ha producido inmensa el saber para lo que sirven los Colegios Médicos; yo ruego se me perdone la ignorancia en que estaba sumido; claro, no había leído nunca un Reglamento, y por eso no me había enterado para qué sirven los Colegios Médicos, y que éstos son el amparo y guía de los médicos rurales.

Ya lo sabéis, rurales, a descansar tranquilos. Ya no os molestará ningún compañero; ganarás el pan tranquilo no a uña de caballo; se acabaron los señores del

pueblos; en fin, que ya no viviremos coaccionados. ¡Vivan los Colegios Médicos!

No es idea malévol, "vaya palabrita", la que me guía al escribir lo que escrito está; es que yo deseo, si tienen alguna razón de existir, que los Colegios Médicos sean algo verdad, nada de ficticio; a mí más me gustaría que desaparecieran y verles sustituir por las Juntas de distrito, con un Reglamento fuerte y sano, con armas propias, que no las sucediera lo que a los Colegios, porque las únicas armas que poseen para aplicar el artículo 31 es el señor Gobernador; si a esta autoridad no la parece oportuno lo que le dice la Junta de gobierno o el presidente ¿qué? no, yo no quisiera depender más que de nosotros mismos. Abogo por las Juntas de distrito, porque éstas pueden hacer igual que los Colegios; más, con ellas concurre las circunstancias de que como generalmente se elige para sitio de reunión la cabeza de partido, es facilísimo el concurrir a ellas y enterarse de todos los asuntos y problemas a resolver; por estas circunstancias, los que estuvieran en desacuerdo, con mayor facilidad expondrían sus quejas, y como dada la situación geográfica de los demás colegas, éstos estarían bien enterados, podían fallar más en justicia. Yo le aseguro a usted, señor Nieto, que por los Colegios Médicos han pasado y hay muchos médicos desempeñando cargos que no han pisado como médicos ningún pueblo. ¿Usted cree que a estos señores les puede interesar el problema del médico rural? No señor, y aunque tengan buena voluntad. ¿Cómo resolverán un asunto de materia que desconocen? Por el contrario, ¿cómo resolverán los médicos rurales los asuntos de las capitales de provincia donde el ejercicio es distinto al rural? ¿No resolverían ellos mejor sus asuntos y nosotros los nuestros? Creo que sí; esto no quiere decir que estos organismos estuvieran desligados para poderse defender, si causa común había para ello.

Yo elegiría los cargos por turno, sorteo o antigüedad por el modo que descartara todo lo que pueda oler a influencia, a manejos políticos o particulares. Nosotros no dudamos en creer que los cargos nos envanece un poco, no a todos, pero sí a la mayoría; es de mucho tono el hacérselo saber a nuestra clientela y poder firmar: el presidente o el secretario, y si no usted mismo qué necesidad tenía para contestar a mi artículo, poner: secretario del Colegio de Médicos de Soria; si esto lo hace en público, usted sabrá lo que hace en privado. Lo mismo me había usted contestado firmando Gregorio Nieto. ¿Y cuando ha hecho campaña pro forenses, era indispensable que firmara usted y pusiera Forense? Igual campaña hacía usted sin forense. ¿No?

Como esto me resulta largo, acortaré, y digo que se deje en libertad al que quiera ser colegiado, y al que no quiera, éste verá cómo se las arregla; que se hunde, que se hunda, que le atropellan, él verá; pero por lo que más quieran no obliguen a la colegiación. No tengan miedo, no pierde nada la Medicina ni nosotros los médicos. De todas formas yo me alegraré que de seguir existiendo los Colegios sean para algo cierto, y si no que desaparezcan, es mi deseo.

Respecto a unión y egoísmo siento no haya leído lo que hemos escrito en varios números de EL SIGLO MÉDICO, y que no repito, porque mi brazo no resiste más.

SISINIO CRESPO

Padilla de Abajo (Burgos), 28-8-1933.

Labor urgente de Protección a la Infancia

El estatuto del niño

Para confeccionarlo se celebrará en Madrid en octubre próximo una Asamblea Nacional de Juntas Provinciales de Protección de Menores.

La iniciativa de la Junta Provincial de Protección de Menores de Valencia, de reunir en Madrid a los delegados de las Juntas Provinciales de toda España, para confeccionar "El Estatuto del Niño" que sustituya la actual legislación de Protección a la Infancia, va a tener completa realidad.

Una sencilla autorización del Consejo Superior de Protección de Menores, conteniendo a su vez su declinación para organizar esa Asamblea conforme se había solicitado, ha confiado a la Junta de Valencia la difícil pero grata tarea de convocarla, a fin de sentar en ella los principios de una nueva ley de Protección a la Infancia.

La Junta de Valencia se dispone a cumplir su cometido, contando de antemano con una franca adhesión de las organizaciones que intervienen oficialmente en los problemas del niño; esa adhesión la anima a laborar sin descanso, haciendo así honor a la confianza recibida de aquéllas.

Para llevar a cabo tan delicada misión la Junta de Protección de Menores de Valencia prepara en Madrid, en la segunda quincena de septiembre próximo, una reunión de cincuenta y un delegados—uno por cada Junta Provincial y el de Melilla—con la única misión de trazar el programa y Reglamento de la Asamblea y designar su Comité organizador. El programa será confeccionado a la vista de la relación de asuntos o problemas que presente a la reunión cada delegado, computando la importancia de los mismos según la frecuencia con que aparezcan en las respectivas relaciones.

Una vez acordado el programa de la Asamblea se distribuirán entre todas las Juntas las ponencias que figuren en él, comprometiéndose aquéllas a quienes se les entreguen a desarrollarlas con la suficiente antelación para imprimir las y repartirlas antes de la celebración de la Asamblea, cuya fecha se fija para la segunda quincena de octubre.

En esta reunión se deliberará si a esa Asamblea de Juntas Provinciales de Protección de Menores procede o no invitar a delegaciones de Instituciones Infantiles o carácter similar, tales como Tribunales Tutelares de Menores, Escuelas de Reforma, Juntas de Beneficencia, Escuelas de Puericultura, etc., etc.

Para darse cuenta de la inmensa labor que ha de desarrollar esta Asamblea baste señalar el hecho de que la vigente ley de Protección a la Infancia lleva la fecha de 12 de agosto de 1904. Si se tiene en cuenta, por tanto, el creciente progreso sanitario del país, la amplia concepción que en la actualidad se tiene del Derecho social y sobre todo la nueva Constitución política de España, que reconoce en su artículo 43 los derechos del niño—uno de los muchos timbres de gloria de la República Española—se echará de ver en seguida la necesidad que tiene nuestra nación de confeccionar urgentemente "El Estatuto del Niño" que agrupe en él convenientemente los varios y diversos aspectos médicos, sociales y políticos relacionados con la infancia.

Es forzoso declarar que en los dos años muy cumplidos de nuevo régimen político la legislación de protección a la infancia no ha sufrido la honda transformación a que tienen derecho los niños españoles. Ni siquiera la constitución de los organismos encargados de cumplir las disposiciones vigentes sobre tal materia se ha hecho con aquel espíritu moderno que requiere una organización de la importancia social como la que nos ocupa.

Se tiende, pues, a construir un nuevo edificio social de Protección a la Infancia que agrupe convenientemente coor-

dinadas todas las funciones que actualmente se realizan en favor de los niños: en lograr esa perfecta coordinación está el verdadero nudo de las múltiples cuestiones que han de debatirse en la proyectada Asamblea.

Para lograr tales objetivos y todos aquellos fines derivados de las cuestiones fundamentales que se planteen, las Juntas Provinciales de Protección de Menores se aprestan a trabajar con gran interés y con el natural entusiasmo que requieren los beneficiarios de tan improba labor: los niños españoles, para quienes todo sacrificio de la sociedad es poco y a los que todos los ciudadanos debemos oírlos, con la más honda devoción, lo más noble de nuestros sentimientos, nuestros mejores afanes, las mayores ternuras y los más exquisitos anhelos de nuestro espíritu.

Bases para la aplicación del Seguro de Maternidad

Entre el Instituto Nacional de Previsión, en su nombre y en el de sus Cajas colaboradoras, y el Consejo General de Colegios Médicos Españoles, en nombre de éstos, se establecen las bases que deberán regular las relaciones entre las partes contratantes en lo que al Seguro de Maternidad se refiere.

Dichas bases son las siguientes:

Base 1.^a El Instituto Nacional de Previsión, encargado del Seguro Obligatorio de Maternidad, prestará por sí o por sus Cajas Colaboradoras los servicios médicos que tiene el deber de garantizar a las mujeres inscritas en él, según los textos legales hoy vigentes, por medio de los médicos que cada Colegio determine en su provincia respectiva.

Base 2.^a Durante el primer mes de aplicación de este Convenio cada Colegio enviará al Instituto Nacional de Previsión o a la Caja Colaboradora del territorio a que su provincia pertenezca, la lista de los médicos que libremente hayan adquirido el compromiso de prestar a la obrera inscrita en el régimen de este Seguro la asistencia que en este concierto se detalla.

Hasta que dicha lista haya sido comunicada, el Presidente de cada Colegio cuidará de que los casos de asistencia a los beneficiarios que se presten estén convenientemente atendidos.

Base 3.^a Las listas de médicos afectos al Seguro y sus variaciones serán comunicadas al Instituto o a la Caja Colaboradora por el Colegio Provincial. Este procurará que en cada núcleo de aseguradas pueda disponerse al menos de un médico que preste estos servicios, y en las poblaciones donde existan médicos especializados, la lista estará integrada exclusivamente por tocólogos y será facilitada siguiendo un orden alfabético.

Base 4.^a En la localidad donde hubiere varios médicos para prestar estos servicios, la beneficiaria podrá elegir entre ellos, sin perjuicio de lo que dispone el artículo 10 del Reglamento general de este Seguro. Para que las beneficiarias ejerzan el derecho de libre elección en las localidades de 100.000 habitantes, se entenderá dicha libertad solamente dentro de cada uno de los sectores en que podrá dividirse la población. La beneficiaria podrá elegir para su asistencia médico que no figure en la lista dada por el Colegio respectivo; pero entonces será ella quien le abone sus honorarios.

Base 5.^a Para que un médico tenga la obligación de prestar asistencia a la beneficiaria de este Seguro será preciso que la interesada acredite estar inscrita en el régimen de dicho Seguro mediante la presentación del suplemento sanitario. En el caso de que no reuniese las condiciones reglamentarias para tener derecho a estas asistencias, el pago de la misma correrá a cargo de la interesada.

Los reconocimientos de las aseguradas serán hechos en armonía con lo que dispone el artículo 9.^o en relación con el artículo 25 del Reglamento.

Por ser de la más alta conveniencia, se procurará por medios persuasivos que el reconocimiento sea hecho por un médico especializado, donde lo haya; donde no por un médico; donde no haya médico, por una matrona.

Si en los seis primeros meses del embarazo la gestante solicita reconocimiento, habrá de ser hecho necesariamente por un médico.

Base 6.^a La asistencia médica a que la beneficiaria de este Seguro tiene derecho, según los textos legales vigentes, es:

- a) Reconocimiento durante la gestación.
- b) Asistencia en los partos distócicos.
- c) Asistencia en las incidencias patológicas a que da lugar la gestación.
- d) Asistencia en las incidencias patológicas que durante las seis semanas posteriores al parto sufrieren la madre y el hijo como consecuencia del mismo.
- e) Los asesoramientos y consejos que se soliciten de los médicos para conservar la vida de la madre y del hijo.

Con respecto al apartado a) de esta base, y en el sentido del artículo 25, apartado c) del Reglamento la beneficiaria deberá ser reconocida y asesorada facultativamente al sentirse encinta, o al menos dentro de los dos meses anteriores al parto, pero se procurará llevar al ánimo de las aseguradas el convencimiento de que deben someterse a reconocimiento por lo menos dos veces, una durante el primer período de la gestación y otra durante los dos últimos meses, para facilitar así la asistencia prenatal de tan evidente trascendencia.

Base 7.^a En las indisposiciones no debidas al hecho de la gestación o del puerperio, y en los abortos atendidos según la Circular de 14 de junio de 1932 (1), las beneficiarias no podrán solicitar la asistencia del médico, sino pagándole ellas, ni el médico estará obligado a prestársela por virtud del compromiso que tenga con su Colegio y con la entidad aseguradora.

Base 8.^a (2) En las localidades de gran núcleo de población femenina, la entidad aseguradora tendrá con la mayor urgencia clínicas suficientemente dotadas, según requiere la buena prestación del servicio. De ello dará la comunicación oportuna a los médicos que presten asistencia en virtud de este Convenio, y será necesario el informe del médico que asista a la asegurada para que pueda verificarse su traslado a la clínica donde se haya de verificar la intervención o tratamiento que se juzgue oportuno, siendo en este caso de exclusiva incumbencia del mismo el tratamiento a seguir. En ningún caso se permitirán clínicas de la propiedad de médicos o de empresas mercantiles de Seguros, costeadas o subvencionadas por la entidad aseguradora.

Mientras no tenga clínicas propias la entidad aseguradora, podrá concertar la utilización de otras clínicas oficiales o particulares para que cada tocólogo pueda intervenir en los partos para que haya sido llamado por la asegurada.

Base 9.^a La remuneración por esta asistencia será regulada de acuerdo con las normas siguientes:

- a) Cuando el parto sea anormal, la intervención del médico será remunerada con arreglo a esta tarifa:

(1) Decía así: "Se considerarán como partos prematuros los ocurridos desde el sexto mes de embarazo; es decir, en época compatible con la viabilidad fetal, y como abortos, las expulsiones de fecha anterior. Los partos prematuros así definidos están comprendidos dentro de los beneficios del Seguro de Maternidad, alcance o no vida el feto.

(2) Esta base queda subsistente del Convenio anterior, pero su vigencia no podrá durar en modo alguno más allá del 31 de diciembre de 1933.

Forceps	150 pesetas.
Versiones (con maniobras internas o mixtas)	150 "
Fetotomías	250 "
Pelvitomías	250 "
Operaciones cesáreas (abdominales o vaginales)	400 "
Parto prematuro artificial	150 "
Alumbramiento artificial	75 "
Perineorrafias	75 "

En caso dudoso o de una intervención no consignada en la tarifa se fijarán los honorarios por acuerdo entre la entidad aseguradora y el Colegio Médico respectivo, no pudiendo exceder nunca de 400 pesetas.

b) En la anterior tarifa está comprendida la intervención en la operación y la vigilancia y asistencia a la recién operada y al niño durante el puerperio, siempre que el número de visitas realizadas por el médico no exceda de 10 a contar desde el momento de terminada la intervención correspondiente.

c) Las visitas que realicen los médicos durante la gestación serán abonadas hasta el límite de 10 visitas a razón de 5 pesetas por visita.

Las que realicen en el puerperio a partir de la décima visita comprendida en la tarifa y hasta el límite de cinco, serán abonadas a razón de 5 pesetas.

En aquellos casos en que fueran necesarias más de las 15 visitas señaladas anteriormente, la retribución de las mismas se regirá por lo dispuesto en el artículo 40 del Reglamento, previo acuerdo entre el Colegio de Médicos y la entidad aseguradora.

d) Si el médico llamado por la comadrona durante el acto del parto declara después del oportuno reconocimiento que no procede practicar intervención alguna, percibirá por esta visita especial 10 pesetas, si se realiza de ocho de la mañana a diez de la noche, y 15 pesetas si de las diez de la noche a las ocho de la mañana siguiente, a menos que circunstancias posteriores al reconocimiento determinaran una distocia y tuviera que intervenir el facultativo.

e) Las operaciones cesáreas (abdominales y vaginales), las laparotomías en general y las operaciones amplificadoras de pelvis (pubiotomía, sínfisiotomía, etcétera) no podrán hacerse sino en clínicas adecuadas. Se entiende que este requisito dejará de tener efecto en los casos de extrema, ineludible y justificable urgencia a criterio del tocólogo.

f) En virtud del artículo 10 del Decreto-ley sobre Seguro de Maternidad y del artículo 57 de su Reglamento general, cada Ayuntamiento, por medio de su personal facultativo, cuidará de los reconocimientos de todas las gestantes aseguradas y de todos los análisis elementales de orina que se estimen precisos. Para que la asegurada pueda ser reconocida, bastará que presente al facultativo correspondiente el suplemento sanitario de su libreta de identidad.

En el caso de que la asegurada pertenezca a la Beneficencia Municipal, el reconocimiento será gratuito; si no perteneciera a ella, será reconocida con cargo al presupuesto municipal, y ambas partes contratantes gestionarán el que los Ayuntamientos satisfagan estos reconocimientos a razón de 5 pesetas.

g) En los casos en que se estime preciso por lo facultativos el auxilio del radiodiagnóstico, deberá ello solicitarse por el propio profesional que realice el servicio prenatal, y será facilitado por la entidad aseguradora, previa la conformidad de la Inspección médica.

h) Igualmente, cuando de modo fraudado se requieran determinados análisis clínicos, v. gr., reacciones Wassermann, etc., deberá el médico comunicarlo por escrito al Instituto Nacional de Previsión o a la Caja

Colaboradora correspondiente los cuales realizarán las gestiones conducentes a que el servicio se lleve a cabo en las mismas condiciones que el anterior.

i) Las cantidades determinadas como remuneración en el apartado a) son en concepto de asistencia del facultativo; y el material indispensable, lo mismo en este que en todos los casos, lo proporcionará el farmacéutico de acuerdo con el Convenio firmado con la Unión Farmacéutica Nacional.

El servicio auxiliar será de cuenta de la entidad aseguradora, no debiendo de exceder del 10 por 100 de los honorarios del médico, salvo en los casos de intervenciones comprendidas en el apartado e), en los que se podrá destinar a este servicio hasta el 20 por 100 de aquellos honorarios.

j) Cuando la asegurada resida fuera del poblado del servicio del médico, aunque dentro del radio del trabajo ordinario del profesional, no variará por ello la cuantía de sus honorarios, y si la distancia o la hora exige servicio de locomoción, deberá proporcionárselo la asegurada.

Base 10. Cada Colegio podrá hacer con el Instituto, o, en su caso, con la Caja Colaboradora del territorio en que el Colegio radique, un concierto en virtud del cual la entidad aseguradora pague por conducto del Colegio los honorarios de los médicos colegiados que debidamente lo autoricen. En el concierto se determinará la fecha de pago, la documentación requerida y el vocal del Colegio que ha de desempeñar esta función en nombre de aquél cerca de la Caja Colaboradora.

Base 11. Este concierto no priva a los médicos ni a las beneficiarias del derecho a concertar entre sí la asistencia médica general por el sistema de iguala o por otro cualquiera y a incluir, por tanto, en ella todo o parte de la asistencia referente al Seguro de Maternidad. Cuando el médico prestare a la asegurada un servicio que por ese u otro concierto anterior estuviese ya obligado a prestarle, lo declarará así a la entidad aseguradora y a su Colegio, para que aquélla adjudique al descanso de la obrera la cantidad correspondiente a la remuneración médica.

La misma declaración hará el médico respecto a las inscritas en el Seguro que a la vez lo están en la Beneficencia municipal, a las que prestará la asistencia reglamentaria con cargo al presupuesto municipal, según el artículo 57 del Reglamento.

Base 12. De la remuneración de la asistencia médica responde la entidad aseguradora, la cual la satisfará por trimestres vencidos, determinando los justificantes precisos para el pago o mediante el concierto a que se refiere la base 10.

Base 13. Los médicos que por designación de sus Colegios respectivos presten la asistencia a que este Convenio se refiere, procurarán dar a la inspección facultativa de este Seguro, que será desempeñada por un médico, las facilidades necesarias para la inspección legal.

El Instituto Nacional de Previsión procurará que una representación de los Colegios médicos tenga puesto en el organismo directivo de este Seguro, que funcionará en el mismo Instituto.

Base 14. En caso de divergencia entre el médico y la inspección facultativa, o el médico y la entidad aseguradora, será resuelta por una Comisión residente en la localidad donde la Caja Colaboradora de la entidad legal tenga su domicilio social, y compuesta por un representante técnico de la entidad aseguradora, según la naturaleza del caso en litigio, y otro del Colegio Médico a que pertenezca el interesado, presididos por un magistrado designado por el presidente de la Audiencia. Del acuerdo que se dicte podrá reclamarse ante una Comisión central, formada por un representante del Insti-

tuto Nacional de Previsión y otro del Consejo general de Colegios Médicos Españoles, presidido por un magistrado del Supremo.

Base 15. El actual concierto—que sólo tiene carácter de ensayo—terminará el día 31 de diciembre del año actual y se considerará prorrogable por períodos, también anuales, mientras alguna de las partes no reclame su derogación o reforma tres meses antes de terminar el año.

Las remuneraciones fijadas por los servicios de asistencia médica se entienden igualmente provisionales, en espera de que la segunda liquidación anual permita revisarlas si fuera necesario.

Firmado en Madrid, a 20 de julio de 1933.—Por el Instituto Nacional de Previsión y sus Cajas Colaboradoras, *Inocencio Jiménez*.—Por el Consejo general de Colegios Médicos, *J. Pérez Mateos*.

Curso para Médicos del Trabajo

La Escuela Nacional de Sanidad organiza, previa autorización de la Dirección General de Sanidad, y en colaboración con el Instituto Nacional de Previsión, un curso especial para médicos del Trabajo.

El curso tendrá lugar en los meses de octubre, noviembre y diciembre próximos, siendo veinte el número de plazas, sin que quepa la posibilidad de ampliación, y la matrícula de 150 pesetas.

Las enseñanzas teóricas y prácticas se darán en la Clínica del Trabajo, Instituto Nacional de Previsión, Instituto Psicotécnico y Escuela Nacional de Sanidad, corriendo a cargo de los doctores Oller, Torre Blanco, Bilbao, Espinosa, Germain, Luengo y de los señores Aznar, Jordana, Ormaechea, Madariaga y Escario, más el personal médico de la Clínica del Trabajo.

Las condiciones para el ingreso son las siguientes:

Edad máxima: Cuarenta y cinco años.

Méritos preferentes: Los títulos de oficiales sanitarios y diplomas de cursos especiales en el Instituto de Reeducción Profesional, estando los oficiales sanitarios exentos de la enseñanza de higiene del trabajo y enfermedades profesionales. Serán también considerados como méritos los estudios especiales en cualquiera de las disciplinas relacionadas con la Medicina del trabajo, así como el conocimiento de los idiomas inglés y alemán.

En el caso de que el número de aspirantes fuera mayor de veinte, un Tribunal formado por los doctores Oller, Torre Blanco y Espinosa procederá a la selección, por las normas que crea más adecuadas, incluso con un examen escrito en que los candidatos puedan demostrar los conocimientos que aleguen.

Las instancias deberán ir dirigidas al señor consejero-encargado del Instituto Nacional de Previsión, Sagasta, número 6, desde la fecha de publicación de la convocatoria hasta el día 20 del próximo septiembre.

Antes de empezar el curso los alumnos admitidos abonarán el importe de la matrícula.

Université de Paris

Faculté de Médecine

Cours de perfectionnement sur "Le diabète sucré", fait par M. le professeur, Rathery:

I, Etude biologique du diabète; II, Les méthodes d'examen d'un diabétique; III, Etude clinique du diabète; IV, Les complications du diabète; V, Les thérapeutiques du diabète,

Exercices pratiques: Le dosage du sucre urinaire; Le dosage du sucre sanguin et les épreuves d'hyperglycémie provoquée; Le pH et la réserve alcaline; La recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diabétique et de l'acide bêta oxybutyrique; Le métabolisme basal; Les lésions anatomo-pathologiques.

Droit d'Inscription: 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

Horaire des cours et exercices pratiques

Le premier cours aura lieu le 16 oct. 1933

Premier jour, 10 heures.—*Profr. Rathery*: Les troubles du métabolisme dans le diabète. 17 heures.—*Dr. Maurice Rudolf*: L'acidose diabétique.

Deuxième jour, 10 heures.—*Profr. Rathery*: La Physiologie pathologique du diabète. 17 heures.—*M. Plantefol*: Métabolisme basal et diabète.

Troisième jour, 10 heures.—*Profr. Rathery*: Les formes fondamentales du diabète. 17 heures.—*Dr. Germaine Dreyfus-Sée*: Le diabète infantile.

Quatrième jour, 10 heures.—*Dr. Sigwald*: Les formes étiologiques du diabète. 17 heures.—*Dr. Julien Marie*: Le diabète rénal.

Cinquième jour, 10 heures.—*Profr. Jeannin*: Diabète et grossesse. 17 heures.—*Dr. Doubrow*: Le diabète bronzé.

Sixième jour, 10 heures.—*Profr. Terrien*: Les accidents oculaires du diabète. 17 heures.—*Dr. Mollaret*: Les petits accidents nerveux du diabète.

Septième jour, 10 heures.—*Dr. Dérot*: Le collapsus cardiaque chez les diabétiques. 17 heures.—*Dr. Kourilsky*: Accidents cutanés du diabète.

Huitième jour, 10 heures.—*Profr. Rathery*: Le coma diabétique et son traitement. 17 heures.—*Dr. Boltansky*: L'artérite et les gangrènes diabétiques.

Neuvième jour, 10 heures.—*Dr. Julien Marie*: Tuberculose et diabète. 17 heures.—*Dr. Froment*: Le traitement du diabète simple.

Dixième jour, 10 heures.—*Dr. Froment*: Le traitement de fond du diabète consomptif. 17 heures.—*Profr. Rathery*: L'insuline, ses propriétés et son mode d'action.

Onzième jour, 10 heures.—*Profr. Rathery*: Résultats de la cure insuliniennes dans le traitement du diabète. L'insulino-résistance. 17 heures.—*Dr. Maurice Rudolf*: Les traitements chimiques et hydrologiques.—Les sucécénés de l'insuline.

Douzième jour, 10 heures.—*Dr. Sigwald*: Les accidents dus à l'insuline et le coma hypoglycémique. 16 heures.—*Dr. Thalheimer*: Chirurgie et diabète. 17 heures.—*Profr. Rathery*: L'avenir du diabétique.

Exercices pratiques: Tous les jours, de 15 à 17 heures.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Ingreso de Farmacéuticos y Odontólogos en la Previsión Médica Nacional.

Vistas las instancias presentadas ante este Ministerio por la Unión Farmacéutica Nacional y el Consejo general de los Colegios de Odontólogos en solicitud de que se conceda el ingreso de Farmacéuticos y Odontólogos en la Previsión Médica Nacional:

Visto el dictamen emitido por el Consejo de Administración de Previsión Médica Nacional, autorizado para ello por la primera Asamblea especial de Delegados y General de Asociados de la Previsión Médica Na-

cional, celebrada en Coruña el pasado año, en la cual se estima que puede concederse dicho ingreso a Farmacéuticos y Odontólogos, estableciendo ciertas condiciones precisas para que no se comprometa con ello la vitalidad de la entidad:

Considerando que al conceder el ingreso de Farmacéuticos y Odontólogos en la Previsión Médica Nacional, se hace un positivo beneficio a ambas clases profesionales, que aisladas podrían fracasar organizando instituciones similares:

Considerando que al agruparlas en la Previsión Médica Nacional formarán un bloque cuyo número elevado de asociados diluye los riesgos y permite coeficientes exactos, base para la mayor estabilidad de la entidad y medio de acrecentar su potencia económica:

Considerando, por último, que este buen propósito podría fracasar y también la entidad que noblemente abre sus brazos a Farmacéuticos y Odontólogos, si no se establece un mínimo de condiciones que aminore el riesgo que para la Previsión Médica Nacional podría constituir esta actitud generosa y además facilite en el porvenir una posible desintegración sin grave lesión para dicha Previsión,

Este Ministerio, a propuesta de la Dirección general de Sanidad, se ha servido disponer:

1.º Se autoriza desde esta fecha el ingreso de Farmacéuticos y Odontólogos en la Previsión Médica Nacional, creada por los vigentes Estatutos de los Colegios Médicos y el Reglamento especial de 9 de mayo de 1930.

2.º Los Farmacéuticos y Odontólogos, al ingresar, tendrán el mismo trato y los mismos derechos y deberes de los Médicos en cuanto a percepción de subsidios y pagos de cuotas de entrada, garantía, derramas y recargos reglamentarios.

3.º El ingreso en la Previsión Médica Nacional será voluntario para todos los actuales ejercientes de la Medicina, la Farmacia y la Odontología; pero para los nuevos titulados, desde la fecha, será preciso para inscribirse en los respectivos colegios justificar su ingreso en el Grupo I de «Invalidez» y «Vida» de la Previsión Médica Nacional, ampliándose automáticamente la inscripción al Grupo II al cumplir los treinta años.

4.º En el Consejo de Administración de la Previsión Médica Nacional, se dará entrada a dos miembros de la Junta directiva de la Unión Farmacéutica Nacional y un miembro del Consejo general de los Colegios de Odontólogos.

5.º No se exigirá a los Farmacéuticos y Odontólogos cantidad alguna de carácter extraordinario para acrecentar el fondo de reserva de la Previsión Médica Nacional. En virtud de ello, en las discusiones sobre dicho fondo de reserva y aplicación del mismo, sólo tendrán voto los Médicos. Siempre quedará como mínimum un 30 por 100 afecto a la función general de dicha reserva. Los Farmacéuticos y Odontólogos podrán por su parte constituir dentro de la entidad fondos de reserva especiales y de su libre disponibilidad.

6.º El Consejo de Administración de la Previsión Médica Nacional podrá conceder por un período de tres meses, un jubileo, durante el cual, tengan cabida los Farmacéuticos y Odontólogos de todas las edades abonando solamente la mitad del importe de la cuota de entrada y rigiendo los mismos beneficios en los límites de edad que se establecieron para los Médicos en el período de organización, si bien atendiendo las condiciones de estado físico, cuota contributiva y posición económica que han venido regulando esta admisión. Los que se inscriban en los Grupos III y IV, abonarán las cuotas complementarias que se marcan en el artículo 35, por estar ya en función dichos grupos.

7.º Las cuotas administrativas y complementarias se destinarán a los fines reglamentarios y las cantidades

sobrantes se ingresarán en el fondo auxiliar, como medio indispensable de compensar en lo posible el exceso de riesgo de los colegiados de edad extrarreglamentaria que se admitan en el jubileo a que se refiere el artículo anterior. Si algún día, no obstante, dichas cantidades fueran insuficientes se arbitrarán los recursos extraordinarios necesarios a cubrir el déficit mediante una sobrecuota, entre los asociados de la profesión que lo produzca (Médicos, Farmacéuticos u Odontólogos).

8.º Los Colegios Farmacéuticos y Médicos abrirán en sus oficinas una Caja de depósito, con arreglo a normas que fijará, en plazo de tres meses, el Consejo de Administración, en donde los asociados ingresarán aquellas cantidades que se prevean necesarias para las derramas mensuales, facilitando así la marcha administrativa de la entidad. Los Odontólogos, por no disponer de Colegios provinciales, establecerán sus depósitos en los Colegios Médicos.

9.º En los Colegios Médicos se llevará la lista de asociados Médicos, Farmacéuticos y Odontólogos de toda la provincia, y mensualmente pasarán a los Colegios de Farmacéuticos el blok de recibos correspondientes, siendo por aquéllos remitido su importe a la Caja Central de la Previsión. En cada provincia, pues, habrá una sola oficina administrativa en el Colegio Médico, en la que harán efectivos los Colegios de Farmacéuticos el importe de los recibos de sus asociados por medio de su Caja de Depósitos. Los detalles precisos de este mecanismo los fijará el Consejo de Administración de la Previsión, que facilitará esta gestión desde sus oficinas centrales.

La Junta del Colegio Médico será responsable ante el Consejo de la labor administrativa; pero ante el Colegio Médico lo serán solidariamente—según los casos—los miembros de las Juntas de gobierno de los Colegios de Farmacéuticos y Odontólogos.

10. Los Colegios Médicos designarán aquellos Facultativos que hayan de practicar los reconocimientos a que se alude en diferentes preceptos del Reglamento de la Previsión Médica Nacional. Las normas y requisitos a que deberá ajustarse esta función serán fijadas en cada provincia por los Presidentes de los Colegios Médicos, de acuerdo con los Presidentes de los Colegios de Farmacéuticos y Odontólogos. Las Instituciones provinciales de Higiene prestarán para ello su eficaz colaboración. Esta misión técnica deberá cumplirse con esmeroso celo.

11. Los Farmacéuticos titulares, obligados por la legislación a destinar el 10 por 100 de sus asignaciones a fines de previsión, ingresarán en lo sucesivo en Previsión Médica Nacional, en el número de grupos que su edad y condiciones lo permitan, invirtiendo en ello la cantidad necesaria. La suma sobrante, si la hubiere, será administrada, en su caso, por el Colegio Farmacéutico, para crear un subsidio complementario, que en su día percibirán sus beneficiarios, además del correspondiente de Previsión Médica Nacional. Los interesados constituirán sus depósitos, como los demás asociados, independientemente del cobro de su titular, con la debida intervención del Colegio.

Quedarán excluidos de ingreso en Previsión Médica Nacional, los titulares de edad extrarreglamentaria que en tiempo oportuno no se hubieran acogido al jubileo, a que se refiere el artículo 6.º, y los de cualquier edad que no reúnan las condiciones de estado físico y otras a que el mismo artículo se refiere. Todos éstos podrán ingresar el 10 por 100 de sus asignaciones en los respectivos Colegios Farmacéuticos, a los fines indicados en el párrafo anterior.

12. Si algún día quisieran los Farmacéuticos o los Odontólogos organizarse independientemente de la Previsión de los Médicos, podrán solicitarlo de este Ministerio. Caso de accederse a la solicitud, previo dictamen

del Consejo de Previsión Médica Nacional, la operación se deducirá a la baja simultánea de todos los Farmacéuticos u Odontólogos, con la devolución de los correspondientes depósitos de garantía, que es un fondo reintegrable. Igualmente se les reintegraría del fondo de reserva especial, a que les autoriza el artículo 5.º de esta disposición.

13. Se autoriza al Consejo de Administración para que, en la fecha y forma en que lo estime oportuno, pueda crear el Grupo agregado de Previsión, que cubra ciertos riesgos de aquellos empleados de sus oficinas y de las Secciones de Previsión Médica Nacional, de los Colegios Médicos que por sus trabajos en pro de la Institución sean acreedores de tal gracia, haciendo su Reglamento especial.

14. Se autoriza igualmente al Consejo de Administración para resolver todos los casos no previstos en este articulado, y cuantas dificultades ofrezca su cumplimiento, ajustándose siempre fielmente al espíritu de la Institución.

Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo ordenado en la presente.

De Orden ministerial lo comunico a V. I. para su conocimiento, el de las Corporaciones oficiales citadas y demás efectos. Madrid, 17 de Agosto de 1933.

P. D.,

J. BEJARANO.

Señor Director general de Sanidad.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid

Altura barométrica máxima, 708,3; ídem mínima, 703,2; temperatura máxima, 37,8º; ídem mínima, 18,6º; vientos dominantes, NE.

La temperatura se dulcifica, aunque más lentamente que en años anteriores, y el estado de la salud pública se mantiene con ligeras variantes dentro del cuadro de morbilidad y mortalidad señalado en las anteriores semanas.

Se vienen registrando numerosas neuralgias faciales que llaman la atención por su violencia y dificultad de combatir y a las que se señala como fundamento patológico la balneación fría en las piscinas y la permanencia inmediata a los ardores solares que hemos padecido este verano.

En la infancia, el estado de salud es marcadamente mejor que en años anteriores, aunque se registran las eruptivas es en número escaso y los afectos gastro-intestinales decrecen en número e intensidad.

CRONICAS

Nota de Administración.—No contestaremos ninguna carta si no se acompaña franqueo.

No serviremos ninguna obra al no recibir previamente el importe. "Únicamente" se servirán a "reembolso" las obras de "propiedad de EL SIGLO MEDICO."

Curso de enfermedades del corazón y de los vasos.—Del 9 al 21 de octubre 1933. Hospital Broussais, París. Dirección del doctor Ch. Laubry, con la colaboración de

los doctores: J. Walser, D. Routier, G. Marchal, L. Deglande, A. Jaubert y el radiólogo doctor R. Heim de Balsac. Inscripción, 150 francos.

Forensías.—En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Yeste, de categoría de entrada, se halla vacante, la plaza de Médico forense que, de conformidad con lo prevenido en el artículo 10 del Decreto de 17 de Junio de 1933, debe proveerse por traslación en el más antiguo de la categoría que lo solicite.

Las instancias deberán tener entrada en el Ministerio antes de las catorce horas del día 21 de Septiembre.

—En los Juzgados de primera instancia e instrucción de Baena, Barbastro, Calahorra, Denia, Estella, Igualada, Medina del Campo, Santa Cruz de la Palma, Tolosa y Vivero, de categoría de ascenso, se halla vacante, por resultar desierto el Concurso de traslación, la plaza de Médico forense que, de conformidad con lo prevenido en el artículo 12 del Decreto de 17 de Junio de 1933, debe proveerse por antigüedad entre Forenses en propiedad de categoría de entrada.

Las instancias deberán tener entrada en el Ministerio antes de las catorce horas del día 21 de Septiembre.

Necrología.—En Ceclavín (Cáceres) ha fallecido D. Ulpiano Perales Delgado que desde 1888 viene siendo suscriptor de EL SIGLO MEDICO y un compañero muy querido.

A sus familiares enviamos desde las columnas que tantas veces alabó el finado nuestro sentido pésame.

Los nuevos suscriptores de EL SIGLO MEDICO. Desde 1.º de julio próximo pasado a 1.º de septiembre han sido dados de alta como suscriptores *por un año* 117.

En el número próximo comenzaremos a publicar sus nombres y dirección domiciliaria, a fin de que se sirvan comprobar la corrección de cada enunciado, para evitar, como hemos logrado con las listas publicadas a principios de año y que comprendieron 871 suscriptores *nuevos* para este año, todo error que perjudique el buen servicio de la revista.

Otro a nuestros suscriptores.—Como en pasados años hemos puesto en circulación las letras para el abono de la suscripción a este periódico, hasta las fechas que a cada suscriptor particularmente le hemos anunciado por carta.

Estas letras tienen vencimiento del 20 del actual, y rogamos a nuestros suscriptores las recojan a fin de no producirnos gastos, estando siempre la Administración dispuesta a resolver cualquier error o duda que pudiese existir.

Pliegos de la obra "Oposiciones".—Muy de veras agradeceríamos a nuestros suscriptores a la obra, si hubiesen recibido duplicado algún pliego, se sirviesen enviarlo a la Administración, pues con ello nos harían un gran favor que, por adelantado, les agradecemos.

Sustituto con práctica, se ofrece. Dirigirse a D. Abelardo Villena, Forrecilla Leal, 7, 2.º derecha, interior, Madrid. También tomaría en traspaso Partido.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

Catedrático y Académico.-Atocha, 35.-Telef. 10028. Madrid

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

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

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

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPAMAJOR L. y Estañó coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. — Valencia.

Imprenta Zoila Ascasibar.—Martín de los Heros, 69.—Madrid.