

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

[PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

La correspondencia administrativa y giros al Administrador.

La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121

PHOSPHODRENAL

ROBERT Reconstituyente
granular, elixir e inyectable



NATROKITAL

ROBERT Antidispéptico
granulado y en comprimidos

ADPHOS ROBERT

Reconstituyente inyectable.

PLURICARDIOL

ROBERT Tónico cardíaco
Inyectable.

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

Estreñimiento habitual
CASCARINE LEPRINCE

Laxante perfecto

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

AFECCIONES del HÍGADO
ATONIA del TUBO DIGESTIVO

Eumictine

Santalol - Salol - Hexametileno - Tetramina
Antigonocócico - Diurético
Analgésico - Antiséptico

Blenorragia - Cistitis - Nefritis
Pielitis - Pielo - Nefritis - Piuria
8 a 12 cápsulas al día

FOSFOTERAPIA RACIONAL

por el **IRHOMNOII**

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

y el **NEO-IRHOMNOII**

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

Afecciones - Infecciones - Convalecencias.

Tratamiento racional y científico de la DIABETES

por las
Píldoras del Dr. Sejournet
a base de Santonina

ANTIDIABÉTICAS - RECONSTITUYENTES
sin régimen especial
Una píldora en cada comida.

Específico de la Hipertensión

GUIPSINE

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

REGULADOR del TRABAJO del CORAZÓN
DIURÉTICO

Antialbuminúrico - Antihemorrágico - Antiescleroso

**MEDICACIÓN ELECTIVA DE TODOS
LOS ESTADOS ESPASMÓDICOS**

Reguladora del Sistema Nervioso Simpático

FREINOSPASMYL

2 a 4 comprimidos diarios

Laboratorios del Dr.
Maurice LEPRINCE
62, Rue de la Tour
PARIS (16^e)
y todas Farmacias.

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

por el óxido de carbono son muy diferentes de los que acusan las otras polineuritis tóxicas. El cuadro es casi siempre el mismo. Inmediatamente después de la absorción del gas o en los días siguientes hay tumefacción de un grupo muscular o de un segmento del miembro, la cual tumefacción corresponde a una hemorragia. Al mismo tiempo se manifiestan varios trastornos motores. Parésia o parálisis de un tronco nervioso o de varias de sus ramas. A veces la lesión se extiende a todo un plexo o por lo menos a varios nervios de un miembro. Casi siempre se trata de parálisis aisladas. La presión del nervio afecto provoca dolor, en tanto que los otros nervios no son sensibles a ella. Hay casos con síntomas neurálgicos verdaderos en otros territorios nerviosos. Entre los rasgos más característicos de estos trastornos se encuentra la aparición de erupciones de vesículas o de flegmas dispuestos de modo que recuerdan el zona. No se trata de una zona auténtica, porque estas selecciones aparecen en segmentos edematosos de los miembros. El diagnóstico diferencial entre las lesiones centrales y las de los nervios periféricos suele ser bastante difícil; el estado de los reflejos tendinosos proporciona datos interesantes. La abolición de los mismos significa lesión de un nervio importante o de un plexo. Si hay hematomielia a nivel de la segunda raíz lumbar, podrá desaparecer el reflejo rotuliano conservándose el de Aquiles. La reacción de degeneración proporciona escasos datos, porque las alteraciones eléctricas son ligeras y variables. El diagnóstico habrá de distinguirse, sobre todo, los trastornos nerviosos debidos al óxido de carbono y las polineuritis de otra causa, sobre todo el alcoholismo y las infecciones. Si se trata de un informe médico legal, no se afirmará la existencia de lesiones nerviosas oxicarbonadas sino después de eliminar la existencia de enfermedades orgánicas en el cerebro de la médula, las neuritis alcohólicas y toda clase de trastornos psiconeuróticos. Aparte de las alteraciones nerviosas debidas a la intoxicación que estudiamos, puede causar el óxido de carbono trastornos motores por las hemorragias musculares o las del tejido celular. En la into-

de su desarrollo. A pesar de la existencia de la disociación que decimos, la exploración detenida demuestra que en la lepra la sensibilidad táctil no se encuentra nunca normal, sino ya algo alterada y eso en este primer período en que el cuadro sintomático es incompleto todavía.

Al mismo tiempo que se produce la anestesia se va produciendo la atrofia muscular, que lleva una marcha parecida. Las primeras regiones enfermas son las eminencias ténar e hipoténar. Luego la mesoténar y especialmente los interóseos. De allí se extiende a los músculos del antebrazo. La mano adquiere la forma de garra. En el miembro inferior ataca la atrofia en primer lugar a los músculos del pie y después a los de las regiones anterior y externa de la pierna. A consecuencia de esta lesión el pie no se mantiene horizontal al elevarle del suelo y para que la punta no roce tiene el enfermo que flexionar mucho el muslo sobre la pelvis, que es la forma de marcha, ya aludida en otras formas de polineuritis, que se llama *steppage*. La atrofia muscular ataca también a los superficiales de la cara de modo que la expresión del rostro se altera, pero como quiera que no los ataca por igual y que de un caso a otro pueden variar los músculos alterados, dicha expresión no tiene nada de constante. Las amiotrofias suelen permanecer localizadas a los miembros en que inician o a la cara.

Por excepción se generalizan haciendo creer que se trata de una parálisis progresiva. En cuanto al trastorno que se observa consiste realmente en la disminución de la fuerza muscular que guarda relación con la atrofia, pero no en una verdadera parálisis. Lo mismo que en las lesiones análogas del sistema nervioso de naturaleza diferente se observan trastornos tróficos en otros tejidos además del muscular, por ejemplo, el resquebrajamiento y la caída de las uñas, el mal perforante plantar, la gangrena seca, los panadizos analgésicos (enfermedad de Morvan, que para algunos solamente se presenta en enfermos leproso).

Los grandes troncos nerviosos suelen estar muy hipertrofiados, y a la palpación se muestran duros e indolores.

Este período es muy largo y el enfermo suele morir de un proceso intercurrente. Si no hay lesiones cutáneas de la lepra, es preciso hacer el diagnóstico con la siringo-miela; en cambio, no hay que hacer diagnóstico diferencial entre la lepra y la enfermedad de Morvan, sino determinar si el parálisis analgésico es de origen leproso o no lo es.

La neuritis tuberculosa es excepcional, porque en los enfermos tuberculosos existen muchas veces alcoholismos, infecciones secundarias y otras causas de neuritis; sus síntomas son amiotrofías en diferentes partes del cuerpo, y muchas veces no se puede determinar si la localización de la lesión es central o periférica.

También son poco corrientes las neuritis gravísimas y de interpretación delicada. Van precedidas de síntomas de intoxicación, sobre todo los vómitos incoercibles. Pueden afectar todas las formas y todas las localizaciones que llevamos escritas. En algunos casos se sospecha la existencia del alcoholismo como factor determinante de estas neuritis, aunque el embarazo contribuye poderosamente a su desarrollo; según avanza la gestación, las lesiones se agravan; después del parto, mejoran. La neuritis óptica que es frecuente en el embarazo coincidiendo con la de los miembros, tiene un pronóstico peor, porque no suele desaparecer después del parto. Hay que diferenciar de estas neuritis la que se llama lumbó neuritis gravísima benigna, que consiste en fenómenos dolorosos en el plural, a lo largo de la sacra interna y el fémoro-cutáneo y el obturador. Después del dolor aparece la impotencia funcional, que oscila de la parésia a la parálisis. Todos estos procesos desaparecen después del parto, y más parecen efectos de una compresión que de una intoxicación.

La neuritis puerperal ataca a los miembros inferiores y menos veces a los superiores, ocasiona una paraplejía flácida y acusa trastornos motores sensitivos y de los reflejos. Tiene un pronóstico favorable.

En el primer grupo de las neuritis autotóxicas se encuentran las diabéticas, que lo mismo atacan a un nervio solo que a varios; provocan dolores y trastornos tróficos, los cuales afectan a la piel y a los músculos;

los cuales dominaba la amnesia. Los trastornos sensitivos, motores de la intoxicación por el alcoholismo, tienen, pues, rasgos peculiares, merced a los cuales se les asigna un lugar especial entre las parálisis tóxicas. El pronóstico de estos procesos no es grave en cuanto a la vida; pero sí en cuanto a la función por las retracciones tendinosas que quedan. En un enfermo que trató de suicidarse por el arsénico, quedaban al cabo de dos años incapacidades de movimiento de los dedos de ambas manos y de ambos pies. El trastorno de los miembros era tal, que hacía la marcha imposible. El tratamiento consistió en un principio en la desintoxicación del enfermo y protección del hígado y riñón. Luego se practicarán el amasamiento, la movilización y si es preciso la fijación en posición correcta para evitar las retracciones y sus consecuencias. Se pondrán en juego los procedimientos de fisioterapia, que tienden al mismo fin, como son las duchas calientes, el amasamiento en baño caliente y la electrización.

Trastornos nerviosos en la intoxicación por el óxido de carbono.—No se puede hablar de una verdadera neuritis, porque no existen lesiones inflamatorias o degenerativas que admitan comparación con las otras formas de neuritis. Los trastornos que presentan los nervios se parecen mucho más a los provocados por la compresión y la isquemia.

Cuando la intoxicación es grave y provoca la muerte, se producen hemorragias en los centros nerviosos, en las meninges, en los músculos y alrededor de los paquetes vasculonerviosos. A veces, estas hemorragias adquieren aspecto flegmonoso. Los nervios, sobre todo los más voluminosos, se abultan por hemorragias intersticiales o situadas bajo la vaina conjuntiva, las cuales provocan compresiones, que si la enfermedad dura bastante tiempo, terminan por degeneraciones periféricas. Cuando el sujeto no muere, los procesos cicatriciales provocan una neuritis transversa parcial.

Experimentalmente se ha demostrado que por intoxicación oxicarbonada sola, no era posible provocar degeneraciones si no se asociaba algún otro producto tóxico. Los síntomas de las lesiones nerviosas provocadas

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRITICA

AMENIDADES

9-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

Los rayos que curan y que matan

Sin entrar en los detalles, ni describir los aparatos, por medio de los cuales se producen y se utilizan las radiaciones; sin indicar todas las enfermedades, que con ellas pueden curarse, vamos a ver, tomando como ejemplo el cáncer, el mecanismo por el cual las radiaciones actúan sobre él y pueden hacerle retroceder y aún curarlo. Una vez en posesión de estos conocimientos, llegaremos fácilmente a comprender por qué de bienhechoras, se convierten, en ciertas condiciones, en mortales.

El cáncer ha sido elegido como ejemplo de una aplicación médica de las radiaciones, porque es una enfermedad frecuente, singular y muy peligrosa. Al contrario de lo que sucede con los demás grandes azotes de la humanidad, como la tuberculosis y el alcoholismo, que van disminuyendo; la frecuencia de los casos de cáncer aumenta rápidamente en las grandes ciudades y, sobre todo, donde desde hace unos veinte años, los casos de muerte por cáncer se han triplicado o cuadruplicado casi en todas partes. En Toulouse, por ejem-

plante esta frecuencia creciente, es que no conocemos la causa a que el cáncer se debe. Todas las teorías celulares, humorales y parasitarias, propuestas para explicarlo, han resultado insuficientes; así los especialistas tienden hoy a considerar el cáncer como una enfermedad completamente "aparte". No obstante, hemos conseguido fijar los caracteres distintivos de esta singular enfermedad. En tanto que las células ordinarias del cuerpo se multiplican, sólo durante el desarrollo y el crecimiento, y detienen casi completamente su pro-

"enjamburar" por la vía sanguínea o linfática, creando lejos del punto de origen nuevos focos o metástasis.

Pero, caso particular, las células cancerosas, metastáticas reproducen siempre, en cualquier región que se fijen, un tumor de la misma especie que el de donde provienen, un epiteloma si proviene de un tumor epitelial de la piel o de las mucosas, un sarcoma, un osteoma, si deriva del tejido conjuntivo u óseo.

Por consecuencia, de nuestra ignorancia de las causas de esta enfermedad, "aparte", nuestros medios de lucha son muy limitados. Todo se ha probado, hasta la quimioterapia y la opoterapia sin efectos seguros y constantes. Los únicos procedimientos eficaces de que disponemos actualmente son la intervención quirúrgica y las radiaciones. El primero es útil y ha dado buenos resultados cuando el mal está aún bien localizado; al principio, por consecuencia, que es a menudo muy difícil de descubrir, y también cuando todas las precauciones se toman gracias a una ancha ablación, para no diseminar las células cancerosas y crear así metástasis, cuya evolución es a veces extremadamente rápida. Desgraciadamente, por una parte, los cánceres están con fre-

Diarreas estivales
ELDOFORMO
Bayer-Meister Lucius

liferación en la edad adulta, la célula cancerosa se multiplica sin cesar e indefinidamente, aun en el anciano.

Cuando nos hacemos una herida, células jóvenes, todavía capaces de multiplicación, llegan de los alrededores y proliferan para reparar la lesión; más en cuanto la pérdida de sustancias está taponada, la proliferación se detiene; hay simplemente cicatriz. Si esta proliferación no tuviese término, si continuara sin freno, se tendría la imagen del cáncer, tanto más cuanto que éste se desarrolla a menudo sobre antiguas cicatrices. En suma, el cáncer se caracteriza por una multiplicación intensa y desordenada de sus células, y esto es lo que hace su malignidad.

El cáncer crece como una seta apretando los tejidos que le rodean o destruyéndolos, produciendo así en el organismo los mayores desórdenes y los más vivos dolores. Al principio, netamente localizado en un punto cualquiera de la piel o de los órganos profundos, no tarda en extenderse, después en generalizarse, pues las células del foco primitivo pueden

cuencia demasiado extendidos para ser operables o se desarrollan en regiones difíciles de abordar sin peligro, y, por otra parte, el cirujano más hábil no puede garantizar, ni que ha quitado todas las células cancerosas, ni que la diseminación no se ha producido. Así, pues, se utilizan cada vez más las radiaciones que, en efecto, tienen ya en su activo numerosos éxitos.

El complejo fósforo vitamínico
Vitophos
polvo - tabletas - jarabe
CHEMIROSA IBÉRICA, S. A.

ploteo, no se contaron más que veintidós casos en 1912, y en 1922 ha habido 126. Es cierto que puede atribuirse, en parte, tal aumento a los progresos y perfeccionamiento del diagnóstico; pero no deja de ser evidente que hoy mueren muchas más personas que antes de estos tumores. Lo que hace particularmente inquie-

TRATAMIENTO DEL REUMATISMO
Gota y litiasis biliar
REUMOSALIL
Salicilacetato de Parafenetidina
Eteniletilendiamina, agua destilada en
ampollas de 5 c. c.

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

Todas las células vegetales y animales son sensibles a las radiaciones; pero lo son desigualmente. Bergonié, que había de perecer víctima de los Rayos X, ha mostrado que las células animales más radiosensibles son las más jóvenes en plena actividad multiplicadora, y las menos diferenciadas. Ahora bien, justamente las células cancerosas son células jóvenes, puesto que derivan de mul-

JARABE ALMERA

a base de fosfato de cal gelatinoso, el más asimilable

tiplicaciones incesantes, y células indiferenciadas, pues pertenecen todas al mismo tipo elemental. Las células cancerosas son, pues, más radiosensibles que las normales; por consecuencia, si se somete un tumor maligno a radiaciones suficientemente penetrantes para que atraviesen todo su espesor se debe obtener la destrucción de las células cancerosas sin que sean lesionadas las sanas. Es preciso, pues, que la dosificación esté adaptada al fin que se persigue, porque si es demasiado fuerte todo se destruye células sanas y enfermas, resultando a veces de esto los más graves accidentes. Sin embargo, las células normales y principalmente las glandulares se hacen muy radiosensibles en el momento de su mayor actividad funcional. De aquí la conclusión de que las radiaciones destruyen en realidad ciertas sustancias del núcleo de las células que presiden a la multiplicación de éstas y a sus funciones de elaboración, de tal suerte que estas sustancias esenciales una vez destruidas, la célula cesa de reproducirse y de funcionar y muere.

Sea lo que quiera de estas explicaciones, los hechos están ahí. Las radiaciones aplicadas en dosis convenientes y con las precauciones nece-

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88.—MADRID

sarias producen la curación a veces, la mejoría siempre, no sólo de ciertos cánceres, como los cutáneos, los epitelomas y los sarcomas profundos, sino también de muchas otras afecciones menos graves, los queloides y los tumores benignos superficiales, las enfermedades parasitarias, como la tiña y el lupus, y las adenopatías tuberculosas, ciertas enfermedades de las glándulas de secreción

interna, como el bocio exoftálmico o enfermedad de Basedow, las anemias graves, la leucemia, etc. Es de notar aquí que en los cánceres muy extendidos e inoperables, el empleo de las radiaciones, sin curarlos efectivamente, no sólo atenúa los dolores que provocan, sino que disminuye notablemente su volumen, los aísla, los localiza, en una palabra, los hace operables con más probabilidades de éxito. Igualmente es de notar que en ciertos casos la acción destructora de las radiaciones se transforma en acción excitante; así es como la irradiación de las extremidades de los huesos largos (húmero, fémur,) que son órganos que forman sangre, logra combatir las anemias graves y aumentar considerablemente el número de glóbulos rojos. Igualmente la irradiación de ciertas glándulas puede aumentar la actividad funcional de otras glándulas con las cuales las primeras están fisiológicamente unidas. Se obtienen así de la aplicación metódica y apropiada de las radiaciones los más preciosos servicios para el alivio y la curación de gran número de enfermedades. Ciertamen-

“MALTOPOL”

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

M. F. Berlowitz.—Alameda, 14, Madrid

te, la técnica a observar no está aún del todo definitivamente fijada, más los resultados ya obtenidos nos autorizan a esperar, en un porvenir próximo, resultados todavía más satisfactorios y precisos.

Sin embargo, las radiaciones no poseen sólo ventajas; a causa de su modo de acción que justifican su aplicación terapéutica en los casos de neoformación mórbida, tienen también inconvenientes y presentan a veces serios peligros.

Los enfermos tratados por la radioterapia no suelen correr peligro; pero están expuestos a inconvenientes, sobre todo notables cuando se emplean los rayos más penetrantes y constituyen el “mal de las radiaciones penetrantes”; se exteriorizan por malestar, dolores de cabeza, náuseas, vómitos. Se atribuyeron primero estos accidentes a los gases tóxicos que se acumulan en las salas de radioterapia mal aireadas; pero los experimentos hechos sobre animales prueban que son debidos a la resorción de los venenos que quedan libres por la destrucción de las células morbosas. La autointoxicación se observa siempre en los cancerosos. Es sabido que el color amarillo pa-

jizo que presentan estos enfermos resulta que los venenos segregados por las células cancerosas y que caen, en efecto, en la circulación general. Cuando por medio de los Rayos X se destruye un gran número de células cancerosas, las sustancias tóxicas que encierran éstas se vierten de un golpe en el organismo, determinando el mal de las radiaciones.

Además de estos accidentes generales que obligan a retardar o a acortar las sesiones de radioterapia y estorban con frecuencia la continuidad del tratamiento, hay que mencionar los accidentes cutáneos producidos por los rayos menos penetrantes,

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

cuya acción, por consecuencia, se tiene en la piel. Estos son los *radio* y los *radiodermitis*. Puede comparárselos a la quemadura de insolación, pero sus efectos son más tardíos y penosos; la piel no enrojece sino al cabo de algunos días, pasa pronto al rojo vivo violáceo, después se vuelve muy dolorosa y se cubre de vesículas que revientan y se ulceran; la cicatrización es a menudo muy lenta y deja cicatrices indelebiles.

Los más peligrosos son otros accidentes de los cuales los enfermos no tienen casi nunca nada que lamentar, pues que no están sometidos a la acción de las radiaciones más que durante un tiempo relativamente corto y a intervalos con frecuencia bastante largos. Por el contrario, los radiólogos que hacen profesión de experimentar y de aplicar los Rayos X y las sales de radium están mucho más expuestos a los peligros, dado que reciben todos los días y durante muchas horas radiaciones más

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

(Véase anuncio página X.)

o menos penetrantes que, a la larga, terminan por producir los más graves desórdenes. Especialmente atacados son los que hacen la radioscopia, porque están naturalmente obligados para hacer sobre las placas la demostración de la localización de las lesiones, a colocar sus manos y hasta su cara en el trayecto de las

(Continúa en la pág. XVIII.)

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de Lactobacillus solubles

**ACCION
RAPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Catal y María-Angela 228 - Bar

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

Canforetil B. Martín

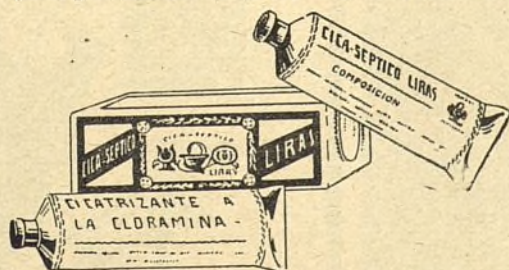
(Nombre registrado)

Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón

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

Cica-Séptico Liras

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



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

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

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

**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

Vacantes.

La de Portell de Morell (Castellón), partido judicial de Morella; cuarta categoría; por renuncia; dotación, 1.650 pesetas y 20 familias de Beneficencia; población, 996 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 3 de octubre.

Observaciones: Selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

(Continúa en la página XVII.)

Dos libros de gran interés para los médicos

Anatomía Patológica y Patogenia de la Tuberculosis

por el DR. VALDES LAMBEA

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

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

Precio: 16 pesetas.

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

COLITIQUE

VACUNA CURATIVA ANTICOLIBACILAR

Doble superioridad:

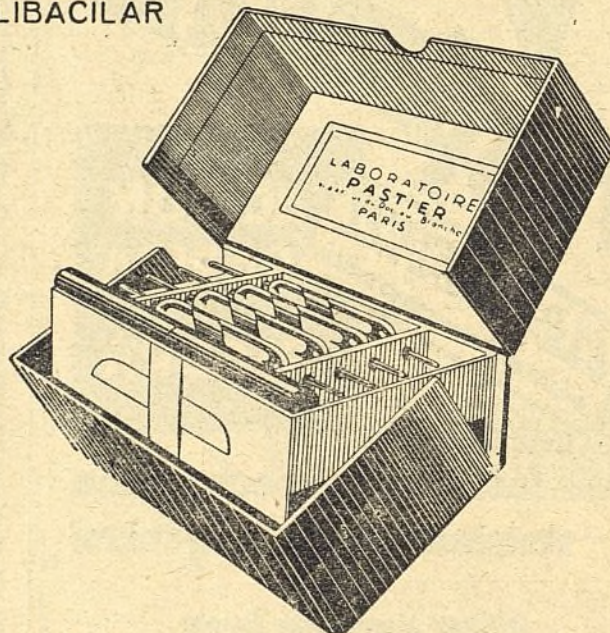
Acción directa sobre el microbio

No produce reacción febril alguna

Forma bucal, la más activa

*El COLITIQUE está adoptado
por los Hospitales de París*

Muestras y literatura



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

SUCURSALES

BARCELONA · calle del Bruch, 129
MILÁN — LONDRES

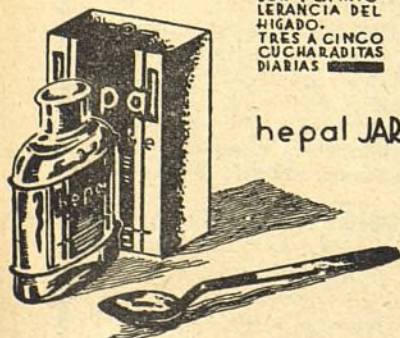
BUENOS AIRES : Potosí, 4058 a 4060
NEW-YORK — VARSOVIA

PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANÉMIA

hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA
PERFECTA
DEL
MÉTODO DE MINOT-MURPHY

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



hepal JARABE

principio
aislado
con hierro

antianémico
del hígado
y cobre

PRODUCTO NACIONAL

Laboratorio Juste
APARTADO DE CORREOS 9030



MADRID

hepal PROPORCION

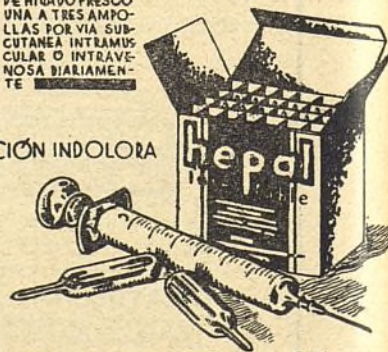
LAS SUSTANCIAS ORGÁNICAS QUE FORMAN EL GLOBULO ROJO Y LOS
ELEMENTOS INORGÁNICOS QUE PRODUCEN LA HEMOGLOBINA

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

EN AMPOLLAS DE 2cc
CONTENIENDO AL MIS-
MO ANTIANÉMICO DE
20gr DE HIGADO Y
CORRESPONDIENDO
EN EFICACIA A 300gr
DE HIGADO FRESCO
UNA A TRES AMPOL-
LLAS POR VÍA SUB-
CUTÁNEA INTRAMUS-
CULAR O INTRAVE-
NOSA DIARIAMEN-
TE

hepal
INJECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA



EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director-Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO
(† 24 de agosto de 1933)

PROGRAMA CIENTIFICO

Lema: progressi sumus, progredimur, progrediemur.

Ciencia española.—Archivo e inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los laboratorios nacionales.—Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes. Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento, premios y auxilios a los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO. Sección científica: De higiene social, por el Dr. F. Murillo y Palacios. — Estado actual del problema de las avitaminosis por el Dr. Victor Mout y Arranz. — Etiología y patogenia del desprendimiento de lareta, por Dr. H. Arruga. — Bibliografía. — Periódicos médicos.

DE HIGIENE SOCIAL

Proyecto alemán de esterilización eugenésica

POR EL

DR. F. MURILLO Y PALACIOS

Ex Director general de Sanidad,
Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina.

Nota de la Dirección.—El presente artículo, original del ilustre Dr. Murillo, fué remitido a esta Dirección de EL SIGLO MEDICO, con fecha 15 de julio próximo pasado. Como en fechas posteriores la prensa diaria se ha ocupado del mismo asunto, la Dirección de EL SIGLO MEDICO entiende ser obligado fijar en estas líneas la prioridad del trabajo del Dr. Murillo, del que únicamente hemos demorado la publicación atendiendo a circunstancias de oportunidad en la época del año.

Los avances de la eugenesia pugnan por alcanzar categoría obligatoria, pasando de los círculos académicos a los parlamentos legisladores. Tal sucede en Alemania, donde recientemente ha visto la luz y está sometido a discusión pública, un Proyecto de ley, que tiende a establecer la esterilización quirúrgica de individuos afectados de lacras hereditarias perjudiciales para la integridad biológica de la raza.

Este proyecto pide que "cuando un individuo padece de perturbaciones mentales hereditarias, epilepsia hereditaria, debilidad psíquica u otras formas y trastornos análogos de índole hereditaria, o simplemente, es portador de disposiciones hereditarias morbosas, debe procederse a su esterilización quirúrgica, siempre que el propio interesado preste su consentimiento y siempre que los principios y enseñanzas de la Medicina permitan predecir con grandes probabilidades de acierto, la aparición de graves daños psíquicos y corporales en la descendencia, por transmisión hereditaria".

A la petición del consentimiento debe preceder, necesariamente, la explicación de las consecuencias inherentes a la esterilización. Si el interesado se halla sometido a tutela o curaduría legal, será también necesario el consentimiento del tutor o curador. La esterilización, sólo podrá ser propuesta y autorizada por una comisión especial, nombrada por el Tribunal superior competente, y la comisión la integrarán dos médicos con título nacional y un juez de Tribunales tutelares. Uno de los médicos, por lo menos, deberá ser persona versada en materias de herencia biológica. A petición de uno de sus miembros, la comisión podrá reclamar nuevos esclarecimientos que la ilustren, antes de resolver.

Tienen derecho a formular la propuesta de esterilización el interesado o sus tutores, el médico del mismo o la autoridad médica oficial y el director del centro de asistencia o del establecimiento donde le cuidan o permanece recluido. La comisión dará por escrito su dictamen, haciendo constar las razones que determinan la aceptación o la negativa de la propuesta. El informe resolutivo, del cual se dará conocimiento al actor, no podrá ser impugnado. Únicamente podrán practicar la operación esterilizante los médicos con título adquirido en Alemania.

En la exposición de motivos que justifican la ley, se hace notar que el número de locos, débiles mentales, criminales hereditarios, etc., que corren a cuenta de la asistencia pública y centros correccionales, crece considerablemente, gravando las cargas de beneficencia y substrayendo a las familias sanas medios que le son indispensables para la conservación de la salud y de la capacidad de trabajo. Y no habiendo—añaden—manera de impedir la reproducción de estos indeseables, aislándolos, por ejemplo, largos años en instituciones o asilos organizados al efecto, ya que el procedimiento resultaría demasiado oneroso (sobre todo con la tendencia moderna a dar cada día mayor extensión a la asistencia pública de alineados y deficientes) no se vislumbra más remedio que la

esterilización para suprimir, radicalmente, las taras hereditarias.

Triste cosa es que para defender el ataque más grave y brutal a la integridad biológica humana, se aduzcan razones de economía. Pase el sacrificio en aras de la eugenesia, porque la raza es antes que el individuo y la humanidad antes que la raza; pero por cuestión de ahorro, por cuestión de ochavos... el camino conduce al canibalismo.

En ningún país, que yo sepa, háse demostrado la imposibilidad de aislar adecuadamente a los individuos afectados de taras graves hereditarias, y esta demostración nos la deben los entusiastas de la mutilación... del prójimo, antes de imponerla como terapéutica insustituible de estados que acaso, más de una vez, cedan al empleo de remedios menos crueles. Tampoco creo que el número de los presuntos condenados a esta nueva especie de pena infamante, sea tan considerable que rebase los medios de colectividades y naciones ahitadas de riqueza, que atesoran montañas de oro y lo destinan, en no pequeña parte, a fines perversos o antihumanos. A no ser que en el número de los desgraciados cacogénicos entre la multitud de infelices paletos que los intelectuales superhombres repudian, en lugar de atenderlos y educarlos conforme mandan el buen derecho y la debida misericordia.

He aquí el cariz duro que progresivamente van tomando las intervenciones y regímenes sociales a medida que la pasión materialista, de fondo egolátrico, seco y brutal, invade las esferas activas de la administración pública.

Para las nuevas hornadas de reformadores audaces e insensibles, nada significan los derechos del hombre: ni los jurídicos ni los biológicos. De los primeros me abstengo de hablar, y de los biológicos digo que no hay derecho superior al de la íntegra conservación, somática y funcional, de la *persona*, y cuando ésta se sacrifica por imperativos morbosos (tumores, traumatismos, etc.), siempre precede a la operación un juicio exacto de la naturaleza del proceso, marcha, indicaciones y consecuencias, formulado en virtud de garantías técnicas reales, y siempre se justifica la intervención por carencia de otros remedios, distintos de la diéresis, y por la obligación de salvar la vida del paciente.

A esto tienen derecho las futuras víctimas castroides, y también lo tienen a más detenida consideración, por tratarse, frecuentemente, de débiles mentales incapaces de actuar en defensa propia, y por referirse el hecho a una función noble, aunque a veces sea la más prostituida de las funciones.

El proyecto de ley alemán, objeto de estos comentarios, es de los más considerados entre los conocidos hasta ahora, si bien la definición de los motivos o estados que autorizan la intervención pecan de imprecisos cuando en problema tan grave y que puede prestarse a la confabulación de intereses ilegítimos, lejos de limitar taxativamente el cuadro de las indicaciones, deja abiertos portillos vagos y difusos, tales como la "debilidad psíquica" o, simplemente, la "existencia de dis-

posiciones hereditarias morbosas". La clase médica alemana habrá de percatarse pronto de la grave responsabilidad que el proyecto en cuestión echa sobre sus hombros, porque los dos doctores, presididos por un juez no médico, son los que han de valorar el diagnóstico del caso y la justificación de la intervención propuesta, de manera que sobre ellos, como peritos con voz y voto, recaen la responsabilidad de la sentencia. Ardua sentencia que condena a la pérdida permanente de una función insustituible, que repercute sobre el complejo orgánico, contra los fueros de la naturaleza y contra el derecho universal a una sucesión hereditaria directa de sangre y bienes. Con razón ha dicho alguien, versado en jurisprudencia, que "eliminar de la función reproductora al ser humano, por la fuerza, equivale a ajusticiarlo en su proyección futura". Esto sin contar que a las dificultades del juicio, en muchos casos, se añade la posibilidad de una mejoría, de una evolución favorable del proceso y hasta la invención de medicaciones o de procedimientos quirúrgicos, eficaces para el fin que se persigue (recuérdese la parálisis general), factores todos que deben actuar y gravitar sobre la conciencia de los médicos comisionados.

Es de suponer que el proyecto sufra modificaciones que borren los escollos de la imprevisión y tiendan a reducir los males de la ligereza inconsciente. No basta señalar una lacra ni proponer el remedio brutal que la suprime dentro de una línea biogenética, dejándola subsistir en millares y millares de otras familias. Es menester probar la realidad del peligro y la necesidad ineludible del sacrificio.

Para atar corto y ceñido, la ley debería exigir:

- 1.º Diagnóstico y pronóstico exactos, a base del estado actual de la ciencia.
- 2.º Prueba de la imposibilidad de guardar y conservar al sujeto aislado de toda relación sexual.
- 3.º Habida cuenta de las leyes positivas de la herencia, cálculo demostrativo de mayores probabilidades en pro que en contra de la transmisión de las anomalías, taras y estigmas denunciados.
- 4.º Consentimiento del interesado, previa explicación de causas y efectos, y en caso de comprensión insuficiente o nula, autorización de la familia y de los tutores; y
- 5.º Inocuidad del procedimiento.

No es mucho pedir, después de la experiencia, poco afortunada, de esta innovación en Norteamérica, donde puesta en vigor con mayor libertad que la restringida del proyecto alemán, acarrea a la defensa social, según confiesa el propio Laughlin, mayores males que beneficios, si no va acompañada de la completa separación de sexos. Lo cierto es que de veinticuatro Estados federales que la aceptaron al principio, la mayoría apenas la aplican, y en cuatro la ley ha sido derogada.

En consecuencia de lo expuesto, no dejará de sorprender a los observadores imparciales la contradicción en que incurren ciertos eugenistas de

Sistomensina

"Ciba"

Hormona ovárica liposoluble
(Luteolipoide)
que regulariza los fenómenos
del ciclo menstrual.

Dismenorrea funcional,
metrorragias,
hemorragias de la
pubertad y menopausia,
reglas profusas y anor-
malmente prolongadas

Muestras y literatura:
CIBA SOCIEDAD ANONIMA
DE PRODUCTOS QUIMICOS
BARCELONA
ARAGON, 285 APARTADO 744



ANTALGOL DALLOZ
Granulado
Neuralgias - Jaquecas - Gripe - Lumbago - Ciática
Gota - Reumatismo agudo o crónico
J. DALLOZ, 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS

PROPIDON
CALDO
STOCK-VACUNA MIXTO
DEL PROFESOR
PIERRE DELBET
VACUNACIÓN CURATIVA
DE LAS
AFECCIONES PIÓGENAS
VACUNACIÓN
PRE-OPERATORIA
CAJAS DE
3 AMPOLLAS DE 4 cc.
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
MARQUES "POULENC FRÈRES & USINES du RHONE"
21, rue Jean-Goujon, PARIS, 8^e

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

brocha gorda, que tantas facilidades quieren dar para imponer la agenesia o la castración más o menos disimulada en favor de la perfección de la especie, y en cambio, dejan pasar y aun propugnan las atrocidades sexuales que al grito de la moral bolchevista—*mi cuerpo es mío, yo hago de él lo que me plazca*—resultan de la convivencia o coeducación relajada en colegios y asilos; del matrimonio a prueba (o cala como los melones); del famoso matrimonio de camaradas, en fábricas y centros docentes; del aborto libre y protegido, cuando no prescrito, y en fin, de tantas y tantas perversiones que extragan, polucionan y aniquilan las razas, sin protesta de los fariseos, aunque no falta la de médicos sabios y pensadores eminentes que contribuyen, con numerosos trabajos, a esclarecer la verdad y a dar a cada cual lo suyo, moral a la biología y biología a la moral, porque ambas, sinceramente interpretadas, conspiran al mismo fin: el perfeccionamiento del complejo humano.

NOTA.—¿En qué sentido va a influir sobre el proyecto alemán el advenimiento al poder del partido racista? Haciendo honor a su nombre, lleva al Gobierno impulsos de política biológica, frente a los cuales se levantan algunas incógnitas difíciles de resolver. Lo que sí puedo apuntar con relación al tema de este artículo, es que el triunfo de Hitler ha exaltado las exigencias eugenistas, tanto que el Gobierno de Sajonia y, en su nombre, el ministro del Interior, Dr. Fritsch, contestando a la moción del presidente del Consejo de Prusia, que interesaba el parecer de los demás Estados del Reich acerca del proyecto, afirma su necesidad y pide la *supresión de la cláusula relativa al consentimiento*. Todo fundado en la carga que representa el gran número de imbeciles existentes en los asilos de Sajonia.

Estado actual del problema de las avitaminosis

POR EL

DR. VICTOR MOET

I

La cuestión de las enfermedades por carencia o avitaminosis es siempre de palpitante actualidad, interesando de igual modo al fisiólogo y al clínico. Constantemente los investigadores multiplican sus esfuerzos en pro de una perfecta resolución de los múltiples problemas de toda índole que plantean. Por este motivo nos ha parecido digno de interés el redactar un trabajo no demasiado sucinto, en el que ex-

pongamos a los lectores de EL SIGLO MÉDICO un bosquejo fundamental y práctico dedicado a estas cuestiones. Nuestra curiosidad de médicos viene desde hace muchos años sintiéndose acicateada hacia el estudio de las vitaminas y enfermedades por carencia, y de nuestros estudios y experiencia creemos que pueden los médicos generales sacar alguna provechosa enseñanza para su práctica.

El conocimiento sucesivamente perfeccionado de las vitaminas y de los trastornos que su carencia en el organismo proporciona, ha venido en muchas ocasiones a dar la razón a las prácticas empíricas de la Medicina antigua. No debemos olvidar a este propósito los interesantes trabajos de Cortezo (padre) sobre el tratamiento del escorbuto por las uvas, en los que una vez más la sagacidad clínica se adelantó varios lustros a los descubrimientos de la rigurosa investigación científica.

Ya en los tiempos antiguos se conocía la presentación aparentemente epidémica y en algunos lugares endémica, de las enfermedades que hoy llamamos por carencia. Recuérdense las epidemias de beriberi que durante muchos años atacaron a la población infantil de Filipinas y que eran debidas al

consumo exclusivo del arroz decortinado en la alimentación de los niños. Actualmente en los Estados Unidos existen regiones duramente atacadas por la pelagra (que dígame lo que se quiera, y como ya afirmó en España, entre otros, nuestro compañero Tomé Bona, se trata de una avitaminosis), las cuales son debidas al empleo demasiado predominante del maíz igualmente decortinado.

Trabajos recientes, por otra parte, han permitido llegar a conocer los estadios iniciales y latentes de las avitaminosis, siendo de recordar a este propósito

los trabajos de Abels, Hess, Moyer, Nassau y otros y muy especialmente el trabajo de Weill y Mouriquand, aparecido el pasado año en las columnas de esta misma Revista. Los estados de precarencia de Weill y Mouriquand descritos por estos autores en el niño han sido más recientemente aún encontrados en el adulto, merced a las minuciosas investigaciones de Dikin.

Toda esta serie de constantes estudios, en cuyo detalle no podemos entrar en este lugar, han permitido, según señalan perfectamente Albeaux-Fernet y Milliaud, comprender toda la transcendencia que en el mecanismo íntimo de la vida tienen las vitaminas.

Estos mismos autores señalan en una interesante monografía publicada en abril de 1932, que al comienzo los investigadores se esforzaron en precisar la naturaleza de ciertas enfermedades que sin ser contagiosas se presentaban bajo la forma de verdaderas epidemias. Posteriormente con el desarrollo de la industria de las conservas alimenticias, que imponían ciertas transformaciones en los materiales nutritivos, eliminando sobre todo las envolturas de los cereales y frutos, y los descubrimientos bacteriológicos de Pasteur que impulsaron la esterilización de muchos productos destinados a la alimentación, se produjo un aumento considerable de este género de padecimientos. Describiéronse por entonces cuadros clínicos debidos a la leche esterilizada y a los alimentos artificiales y conservados.

La experimentación en el animal sirvió de control a la presumida realidad etiológica de estos síndromes clínicos.

Avance de sumario para el número próximo (16 de Septiembre de 1933)

DR. JAVIER TOMÉ Y BONA.—Dermitis y afecciones profesionales de los anejos cutáneos.

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

DR. VAN LINT.—De la extracción extracapsular de la catarata, a la extracción intracapsular.

Sesiones clínicas: Hospital Provincial.

Bibliografía.

Prensa extractada.

Sección profesional.

Concepto actual de las vitaminas

Nicolás Venette en el año 1671 señaló por vez primera la relación evidentemente comprobada, entre el escorbuto y la ausencia de frutos frescos en la alimentación. Años más tarde el médico escandinavo Bachstrom señaló ya claramente como agente causal del escorbuto la ausencia de vegetales frescos en la alimentación. Eijkman en 1890 describió el beriberi de las gallinas como causado por el consumo exclusivo de arroz decortinado, indicando de paso que en este cereal en tales condiciones, falta en absoluto el principio necesario para la vida.

Como perfectamente dicen Fernet y Milland cuando la necesidad del concepto de las vitaminas se impuso, fué cuando se intentó sustituir en el estudio experimental los alimentos naturales por sus componentes químicos. En este sentido son de recordar los trabajos iniciales de Lunin, cuando intentó sustituir la leche por caseína, grasas, azúcar y sales minerales en la proporción exacta que se encuentra en este producto natural. Todo ello le hizo afirmar que en la leche, además de sus componentes químicos conocidos, existía una substancia que no se podía aislar, la cual era imprescindible para el mecanismo íntimo de los fenómenos vitales. Experiencias análogas efectuó a principios del siglo (1906) y los resultados obtenidos le hicieron concebir la existencia de un producto "cualitativo" imprescindible.

Como concepto general se dijo que una alimentación a base de proteínas, hidratos de carbono, grasas y sales minerales no era suficiente para garantizar el mecanismo de la vida. Funk en el año 1912 llamó vitaminas a estos productos necesarios para la vida.

De este modo los mencionados Fernet y Milland llaman *vitaminas a los factores indispensables para la vida del organismo animal, los cuales no puede elaborar y cuya composición química es todavía desconocida.*

Se han descrito cinco tipos fisiológicos de vitaminas que describiremos sucesivamente en sus cualidades, los cuales se distinguen por las letras A, B, C, D, y E.

VITAMINA A

En 1913, los autores americanos, y principalmente Osborne y Mendel, y Davis y Mac-Collum, señalaron que en determinadas materias grasas, y entre ellas muy principalmente la manteca, se encontraba una substancia soluble en el alcohol y el éter, la cual era indispensable para el crecimiento del animal y hasta para su vida. Otras materias grasas, y entre ellas el aceite de olivas, carecen en absoluto de esta substancia. Los animales sometidos a una alimentación con grasas de esta última categoría presentan trastornos de crecimiento y cuadros de xeroftalmia.

Este principio activo fué denominado vitamina A, por Mendel y Osborne, y considerado como factor liposoluble. Sin embargo, muy recientemente se ha señalado que la "carotena", cuerpo de fórmula química perfectamente conocida ($C_{40}H_{56}$), que forma parte de la porción insaponificable de algunas materias grasas, posee las propiedades del factor A. De este modo, Javillier considera la carotena como una previtamina que el organismo sabe transformar en vitamina. Este cuerpo ha sido experimentalmente activo en las ratas a la dosis de algunas centésimas de miligramo. Von Euler ha intentado transformar "in vitro" la carotena en vitamina A, empleando el suero de gallina, y habiéndolo conseguido, afirma que es en la sangre donde se efectúa "in vivo" esta transformación.

Sobre la base de estos descubrimientos de von Euler, se han explicado perfectamente las propiedades de la vitamina A (oxidación fácil, resistencia a la hidrólisis ácida y alcalina). Igualmente se comprende su estado natural. Se la encuentra fácilmente en la manteca, crema, yema de huevo, aceite de pescado, así como en los tomates, espinacas, coles, etcétera.

Binet ha demostrado muy recientemente que la adminis-

tración de carotena a los perros anemiados facilita la renovación sanguínea.

Es preciso mencionar en último término en esta revisión de conjunto, que muchos son los autores que añaden a este papel alimenticio y trófico de la vitamina A, unas propiedades antiinfecciosas. Gren y Melamby, en el *Britis Med. Jour.* (1.º de junio de 1929), señalan la presencia en la rata de manifestaciones infecciosas, principalmente abscesos debajo de la lengua, cuando su alimentación no contiene substancias ricas en vitamina A. Los testigos alimentados con aceite de hígado de bacalao no presentaban en la necropsia ninguna lesión de este género.

VITAMINA B

Conocida la vitamina A, o factor liposoluble, se pensó que se podía, gracias a esto, componer un régimen alimenticio artificial perfecto. Sin embargo, no tardó en observarse que las ratas alimentadas de este modo morían después de presentar accidentes nerviosos. Trastornos de este tipo habían sido descritos ya en la clínica humana por Eijkmann, en 1890, en los reclusos de una prisión de Java, que presentaban trastornos paralíticos; fué prevista su naturaleza alimenticia por comparación con las aves de corral del mismo centro penitenciario, que presentaban trastornos idénticos.

Mouriquand y Weill, en el año 1914, describieron los trastornos de polineuritis avaria en los pichones alimentados con arroz decortinado o con alimentos calentados al autoclave.

Los autores americanos, y principalmente Osborne y Mac-Collum, demostraron en el año siguiente que basta la adición de pequeñísimas cantidades de germen de trigo o de polvo de leche para que estos trastornos no se produzcan, deduciendo de ello que estos productos contienen un elemento activo, que llamaron "factor hidrosoluble", o vitamina B.

Los trabajos posteriores de Mme. Randouin y de Lecocq demostraron que este elemento era un factor complejo, en el que se podían distinguir:

1.º Una vitamina antineurítica, o vitamina del equilibrio nervioso, que denominaron vitamina B y que se encuentra principalmente en el pericarpo y los embriones de las gramíneas, en la leche y en la levadura de cerveza. Este elemento era el responsable de la descrita polineuritis avaria.

2.º Una vitamina de utilización nutritiva indispensable para la asimilación de los hidratos de carbono, la cual se ha denominado vitamina B2, y se encuentra de preferencia en la levadura.

3.º Una vitamina de utilización celular, o factor de crecimiento de los microorganismos, la cual ha recibido el nombre de vitamina B3.

4.º Esta última comprende el factor antipelagroso de Goldberger. Es un factor hidrosoluble, que se encuentra principalmente en la leche y la carne y que experimentalmente impide la producción de la estomatitis ulcerosa del perro, provocada por la avitaminosis correspondiente.

En el año 1927, Jansen y Bonath lograron aislar un polvo blanco, soluble en el agua y activo como tal vitamina, a la dosis de 1 por 500.000, que corresponde a la fórmula química $C_{60}H_{100}ON_2$ y que por lo que se ve guarda estrecha relación con las bases piridínicas.

El complejo vitamínico B es, según demostraron Fernet y Millaud, muy sensible al calor y resistente a la oxidación, los reductores y la hidrólisis ácida. La hidrólisis alcalina la destruye rápidamente. El factor B1, o antineurítico, es destruido muy rápidamente por el calor y absorbido inmediatamente por el carbón animal y el hidrato de hierro coloidal. Los otros tres factores resisten temperaturas de 120º y son absorbidos lentamente por los productos precipitados.

Los elementos más ricos en vitamina B son, como ya hemos indicado, la levadura de cerveza y los gérmenes de ce-

reales, encontrándose, sin embargo, también en multitud de alimentos, como son la yema de huevo, lentejas, coles, tomates, espinacas, hígado, cerebro, etc.

VITAMINA C

Una vez conocidas las vitaminas A y B, se compusieron los regímenes alimenticios artificiales con las sustancias energéticas que contenían estos dos factores. Más adelante se conoció el hecho de que para que un régimen alimenticio sea bien administrado por el tubo digestivo era necesario que tuviera un cierto volumen, para lo que se añadió al régimen determinadas sustancias, como el agar-agar y el papel de filtro.

Estos regímenes, que actuaban perfectamente sobre la rata y el pichón, en el cobaya no tardaba en producir escorbuto rápidamente mortal. Era necesario añadir, para que fueran bien tolerados, ciertos frutos o determinadas verduras. Pensóse entonces que en estos alimentos existía un principio hidrosoluble diferente de la vitamina B, que bautizaron con el nombre de vitamina C. Este factor C, experimentalmente imprescindible para la vida del cobaya, lo es igualmente para el hombre, el mono y el perro. La rata puede vivir sin vitamina C, seguramente porque ella misma es capaz de fabricársela, como ha podido demostrarse en sus vísceras en ausencia de toda alimentación que la contuviera.

El factor vitamínico C es el más frágil de todos ellos, ya que la desecación o el oxígeno del aire bastan para destruirla. Químicamente, las investigaciones minuciosas llevadas a cabo, únicamente han podido poner de manifiesto la presencia de un radical fenólico. Es soluble en el agua y en las soluciones alcohólicas, e insoluble en las grasas; sensible a los álcalis y resistente a los ácidos, no siendo absorbida, como el factor B, por el carbón animal y el hidrato de hierro coloidal.

Se encuentra esta vitamina principalmente en las frutas y verduras frescas, pero también en las ostras, jugo de carne cruda, etc. Los trabajos recientes de Rygh han aislado en el jugo de limón verde una sustancia básica nitrogenada análoga a la narcotina extraída del opio, que en el curso de la maduración del limón da lugar a la vitamina antiescorbútica.

VITAMINA D

Por el empleo igualmente de los regímenes artificiales, en el año 1919 Mellanby produce experimentalmente el raquitismo en el perro y en la rata. Inmediatamente demostró que la ausencia de un factor liposoluble diferente de la vitamina A, era el responsable de esta enfermedad.

Hasta el año 1920, sin embargo, confundieron la vitamina A, del crecimiento, de la vitamina antirraquítica. Posteriormente, muchos han sido los investigadores que han emitido conclusiones definitivas que permiten distinguirlas perfectamente. Se ha comprobado repetidas veces que el régimen raquitígeno de Pappenheimer produce el raquitismo, lo mismo contenga que no la vitamina A. Por otra parte, se ha podido destruir por el calor la vitamina A del aceite de hígado de bacalao, y este producto ha perdido sus propiedades tróficas, pero ha conservado su poder antirraquítico.

Este factor antirraquítico que actúa sobre la fijación del calcio y el desarrollo de los huesos, ha sido denominado vitamina D.

Los conocimientos actuales sobre este producto permiten afirmar que se trata de un esteroide irradiado. Durante algunos años se ha creído que se trataba del colesterol, habiéndose, sin embargo, demostrado posteriormente que el colesterol debía sus propiedades antirraquíticas a una impureza que le acompaña frecuentemente, y que es lo que ha recibido el nombre de *ergosterol*. Este cuerpo fué descubierto por Tanret, en 1889, y sometido a la acción de los rayos ultravioleta adquiere propiedades de vitamina D.

Este producto, a la dosis de una milésima de miligramo,

influye favorablemente sobre el raquitismo experimental de las ratas sometidas al régimen de Pappenheimer.

Actualmente se ha llegado a preparar artificialmente la vitamina D, sometiendo a las irradiaciones ultravioletas el ergosterol. Esta irradiación debe ser limitada, ya que un exceso de rayos ultravioleta hace perder a este producto sus propiedades de vitamina D. Muy recientemente los investigadores americanos han obtenido la vitamina D por medios puramente químicos, sin necesidad de los rayos ultravioleta.

Esta vitamina resiste perfectamente la hidrólisis, pero lentamente se destruye por la acción de los oxidantes. En solución oleosa es como se conserva mejor. Puesta al abrigo de la luz y del aire conserva sus propiedades antirraquíticas durante ocho a diez meses. Un procedimiento sencillo de administrar la vitamina D consiste en exponer al individuo a la acción de las radiaciones ultravioleta, en virtud de lo cual transforma sus esteroides orgánicos en esta vitamina. Además, algunos elementos alimenticios, como la yema de huevo, el salmón, sardinas, etc. y el aceite de hígado de bacalao, contienen en abundancia esta vitamina.

VITAMINA E

Evans y Sure, en sus trabajos de 1922-1925, han descubierto una vitamina indispensable para los fenómenos de reproducción. La consideran necesaria en el macho para la producción de espermatozoides, y en la hembra para el desarrollo de la placenta. Representa igualmente, al parecer, un papel importante en el metabolismo de los compuestos de hierro.

La época tan inmediata en que se ha producido el descubrimiento de esta nueva vitamina no ha permitido aún estudiar perfectamente sus propiedades. Ha podido, sin embargo, demostrarse que es extraordinariamente sensible a la oxidación. Según los trabajos de Grins, deben distinguirse en ellas los factores espermatogénicos, de la gestación normal y de la lactancia.

Se encuentra principalmente en determinados aceites insaponificables del trigo y maíz joven, en otros productos vegetales y en la carne muscular.

II

Concepto actual clínico y experimental de las avitaminosis

Reciben el nombre genérico de *avitaminosis* las enfermedades producidas por la carencia de los productos denominados *vitaminas*. Después del conocimiento de cada una de las diversas vitaminas, los investigadores se han dedicado intensamente al estudio de los cuadros experimentales que la carencia de cada una de ellas producía sobre los animales.

Para el correcto estudio experimental de estas interesantísimas y trascendentales afecciones se procede dividiendo los animales objeto de experiencia en tres lotes:

1.º Animales sometidos a un régimen normal y correcto que sirven de testigos.

2.º Animales sometidos a un régimen artificial completo, los que se comportan en el curso de la experiencia como los primeros.

3.º Animales sometidos a un régimen idéntico que el anterior, en el que se ha eliminado la vitamina que vamos a estudiar. Los animales de este tercer lote presentarán los trastornos debidos a la avitaminosis determinada.

Experimentando de este modo, pueden producirse y hacerlas cesar a voluntad, todas y cada una de las avitaminosis producidas por la ausencia de los factores activos que hemos estudiado en el capítulo anterior de esta exposición de conjunto.

Hemos de señalar, sin embargo, de acuerdo con la mayoría de los autores, que en la clínica humana pueden con-

siderarse como excepcionales los cuadros completos de avitaminosis o avitaminosis francas e indudables. Lo corriente son las avitaminosis frustradas, las cuales, por otra parte, son las que tienen un mayor interés desde el punto de vista práctico.

Lo que generalmente se presenta en la clínica son enfermedades producidas por la ausencia, no la carencia absoluta, de una o varias de las vitaminas mencionadas.

En el curso de este trabajo pretenderemos sintetizar, dentro de un criterio de elementalidad, los cuadros clínicos más importantes a que dan lugar cada una de las carencias vitamínicas.

AVITAMINOSIS A

Los trabajos de la escuela americana, y principalmente de Osborne y Mendel, y los de los franceses Mouriquand y Simonnet, han permitido reconocer, en virtud del estudio experimental sobre las ratas, los trastornos patológicos que produce la ausencia de vitamina A, en la alimentación. Los trastornos del período de estado o de la ausencia total de este principio liposoluble son conocidos desde hace mucho. Los síndromes frustrados por déficit no han sido descritos sino muy posteriormente, por Mouriquand.

Entre los primeros, mencionaremos los trastornos del crecimiento, la xeroftalmía y la neralopia epidémica, y entre los segundos las distrofias inaparentes y las predisposiciones infectivas.

1.º *Trastornos del crecimiento.*—Se ha observado que en los recién nacidos alimentados con suero de leche, puede producirse una aceleración del tránsito intestinal, con diarrea, abombamiento del vientre y descenso rápido del peso.

2.º *Xeroftalmía.*—La xeroftalmía se observa en los lactantes cuya alimentación es muy pobre en grasas. Trátase del caso de niños alimentados durante muchos meses con leche descremada en la que, como ya hemos indicado anteriormente, falta por completo la vitamina A.

En estos niños, el peso se mantiene estacionario, se presentan trastornos intestinales, y especialmente sobre los párpados se produce una tumefacción, que se cubre de unas costras amarillentas, producto de la desecación de una ligera secreción purulenta procedente de la conjuntiva.

Pronto la córnea pierde su brillo y pulimento, se infiltra de exudados hemorrágicos y se opacifica. A favor de estos trastornos tróficos, prende prontamente, en ausencia de tratamiento, la infección, y se produce una panoftalmía que no tarda en producir la ceguera.

3.º *Hemeralopia epidémica.*—Durante la última guerra, y especialmente en los campos rusos, se ha observado una afección caracterizada por una disminución de la agudeza habitual en el crepúsculo. Se la denominó hemeralopia epidémica y se la relacionó desde un principio con una alimentación pobre en grasas.

Posteriormente, la clínica general ha aportado casos de enfermos dispepticos sometidos a un régimen exento de grasas o de individuos que presentaban una intolerancia para esta clase de alimentos, con cuadros visuales idénticos. Estos ciegos de la noche, perfectamente descritos por Mouriquand y Rollet, pierden, como gráficamente dicen Ferment y Millaud, "los lazos que les guían fácilmente durante el día, siendo para ellos insuficiente la luz artificial".

Manifestaciones frustradas.—Estas formas latentes y frustradas de avitaminosis A, son fácilmente observadas en la clínica de lactantes. Los primeros síntomas se caracterizan por una detención en la marcha ascendente de la curva del peso, un tinte mate de la piel, pérdida del brillo normal de la córnea y una astenia marcada, que retrasa el comienzo de la marcha. Estas distrofias preceden a veces bastante tiempo a la aparición de la xeroftalmía. Se han descrito igualmente casos caracterizados únicamente por la producción de edemas. Todos ellos han sido debidamente comprobados por los resultados obtenidos con la terapéutica adecuada.

En la conjuntiva se han descrito también formas frus-

tradas, caracterizadas por una xerosis conjuntival, de la cual tienen interesantes casos publicados Bloch y Doering.

Mouriquand, en un trabajo aparecido en estas mismas columnas no hace mucho tiempo, ha demostrado que esta llamada *distrofia inaparente* podía ponerse de manifiesto antes de la aparición de las primeras manifestaciones clínicas. Empleando diversos procedimientos, que no son de este momento detallar, ha podido este autor descubrir lesiones histológicas precediendo muchas semanas a las clínicas.

La prueba de la naturaleza avitaminósica de estas manifestaciones inaparentes se ha logrado experimentalmente en la rata y el cobaya. Wolf y Fores, en su comunicación al VII Congres de Ped. de langue Fran., de 1931, han demostrado que en los niños sometidos a un régimen especial, atentamente vigilados, las primeras manifestaciones que se presentan son trastornos oculares.

La avitaminosis A, puede manifestarse, como ya indicábamos anteriormente, únicamente como un *estado de predisposición a la infección*. Esta carencia se acompaña de lesiones histológicas de las glándulas de secreción interna y de transformación de los epitelios, los que se hacen receptibles patológicamente a los gérmenes de superficie.

La piel y el tejido celular subcutáneo adquieren, en virtud de esta carencia, un estado de menor resistencia, produciéndose, en consecuencia, piodermis, abscesos, escaras, ulceraciones sépticas, etc. Estamos de acuerdo con Fernet en considerar que la presencia de lesiones tenaces de este tipo en los niños supone un déficit vitamínico de origen alimenticio. Las mucosas se infectan igualmente en estos individuos carentes, dando lugar a sinusitis, otitis, faringitis, etcétera.

Por estas razones hay que pensar que está perfectamente justificado el emplear el tratamiento por la vitamina A, en los enfermos infecciosos.

AVITAMINOSIS B

A cada uno de los tipos de vitamina B descritos en el capítulo anterior corresponden en sus carencias manifestaciones patológicas diferentes y perfectamente características.

Avitaminosis B₁.—La falta de la vitamina B₁, o vitamina antineurótica produce el cuadro clínico conocido desde hace muchísimos años con el nombre de *beriberi*. Trátase de una enfermedad esencialmente polimorfa, de la que se han descrito cuatro formas clínicas principales:

Forma común.

Forma paralítica o atrófica.

Forma edematosa.

Forma aguda cardio-vascular.

Beriberi común.—En esta forma clínica, que es la más comúnmente observada, se produce después de una temporada de varios meses de consumo predominante del arroz decortizado. Se manifiesta por debilidad de las piernas, con sensación de hormigueo y pesadez; la presión de las masas musculares es dolorosa. Con alguna frecuencia se observa un ligero adema de los miembros inferiores. Después del esfuerzo se observan palpitaciones. Rápidamente se producen parálisis que alcanzan los nervios bulbares y que conducen a la muerte por síncope.

Beriberi atrófico o paralítico.—Esta forma, como su nombre indica, está caracterizada por la presencia de parálisis. Se inician éstas por los miembros inferiores y se elevan hasta alcanzar los músculos de la espalda. Se trata de parálisis acompañadas de trastornos tróficos caracterizados por piel seca y escamosa, rugosa al tacto, uñas duras y frágiles y principalmente importantes amiotrofias localizadas electivamente en los miembros inferiores. En las formas más avanzadas, las parálisis alcanzan los cuatro miembros y se acompañan de contracturas. La muerte se produce por trastornos bulbares o caquecisia progresiva.

Beriberi edematoso.—Los edemas son el síntoma más característico de esta forma. Comienzan por los miembros inferiores, ascienden progresivamente hasta llegar a produ-



PIPERAZINA MIDY

GRANULADA EFERVESCENTE

**EL MÁS
PODEROSO
DISOLVENTE
DEL ÁCIDO ÚRICO**

ESTIMULANTE DE LA
ACTIVIDAD HEPÁTICA

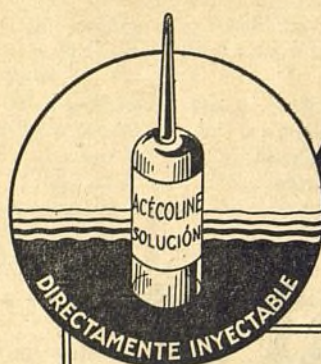
LA
PIPERAZINA
es
el único
nuevo
anti-úrico
inscrito
en el
CODEX FRANCÉS

**ARTRITIS,
GOTA, CÁLCULOS,
REUMATISMO,
LITIASIS RENAL,
LITIASIS BILIAR**

2 a 4 cucharadas de las de café diarias.

LABORATORIOS DE LA PIPERAZINA MIDY - Aragon 228 - BARCELONA

ESPECIFICAR BIEN EL NOMBRE "MIDY"



REBLANDECIMIENTO CEREBRAL

Hipertensión arterial

ESPASMOS RETINIANOS

Arteritis - Gangrenas

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

Síndrome de Raynaud

ANGINA DE PECHO

Cólicos de plomo

SUDORES DE LOS TUBERCULOSOS

CLORURO DE ACETILCOLINA EN SOLUCIÓN ANHIDRA Y ESTABLE

ACÉCOLINE SOLUCIÓN

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

Forma nueva

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

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

ALCALÁ 9, APARTADO 310
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA

Lipiodol Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

**“ASCENDIENTE” Y
“DESCENDIENTE”**

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:

LECZINSKI & C^o,
67, Rue de la Victoire
Paris.

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

METODO CITOFILÁCTICO DEL PROFESOR P. DELBET

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

DELBIASE

Comprimidos de Sales halogenas de
MAGNESIO

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL
POR HYPERMINERALIZACIÓN
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

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

PRINCIPALES INDICACIONES :

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

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

Laboratoire de Pharmacologie Générale, D^r Ph. CHAPPELLE
8, rue Vivienne, PARIS

Muestra medical sobre pedido.

Muestra y Literatura : A. SERRA PAMIES S. A., Apartado 28,

cir un verdadero anasarca. Estos elementos obedecen a una causa circulatoria y se acompañan de palpitaciones, disnea y oliguria. El examen del corazón pone de manifiesto en algunas ocasiones encharcamiento pericárdico. La muerte se produce por asistolia en un tiempo variable.

Beriberi de forma aguda cardio-vascular.—En último término se ha descrito una cuarta forma aguda cardio-vascular, caracterizada por dolores precordiales, disnea, angustia, náuseas, vómitos, taquicardia y vértigos. El enfermo se cianosa rápidamente, y muere.

La forma infantil de este beriberi se produce por la lactancia procedente de mujeres afectadas de esta enfermedad, aunque sea en una forma ligera. Se caracteriza en ellos por tumefacción facial, vómitos, cianosis y palpitaciones. Pueden presentarse en algunos casos convulsiones. La muerte se produce en pocos días por dilatación aguda del corazón.

Manifestaciones frustradas.—Son bastante frecuentes. Se presentan en los niños alimentados con harinas conservadas y esterilizadas o con patatas, generalmente al segundo mes de estar sometidos a este género de alimentación. Los primeros síntomas de esta carencia son pérdida de apetito, vómitos, hipotonía muscular, hinchazón y edemas de la piel y erupciones diversas. Obsérvase igualmente estreñimiento, alternando o no con episodios diarreicos, anemia, adelgazamiento y trastornos cardio-vasculares. En algunos casos no demasiado frecuentes pueden presentarse trastornos paralíticos de los nervios craneales.

A Rivadeau-Dumas se debe el establecimiento de relaciones entre estos hechos clínicos y determinados experimentales. Por ejemplo, cuando se hace absorber al pichón arroz decortinado, los primeros síntomas que se comprueban son anorexia, diarrea, adelgazamiento y astenia. Este mismo autor ha descrito en el niño un síndrome de precarancia, caracterizado por anorexia, estreñimiento, agitación, insomnio y trastorno del tono muscular.

Cuando falta el factor de utilización nutritiva, desciende progresivamente el peso y caen los cabellos, asistiéndose a una desnutrición tanto más rápida cuanto más elevada es la proporción de hidratos de carbono en la alimentación.

El estado de desnutrición se acentúa aún más cuando falta también el factor de utilización celular. Esto se explica fácilmente si se recuerda el papel importante representado por este último en las transformaciones de la energía de las materias en el seno del elemento histológico.

Pelagra.—No podemos dar fin al estudio de las avitaminosis B sin decir una palabra acerca de esta enfermedad, de la que se han descrito verdaderas epidemias relacionadas con mayor o menor exactitud con el consumo del maíz. A pesar de las opiniones de Mouriquand, que refieren este síndrome clínico a una carencia múltiple, Funck y Goldberger, como ya hemos indicado en el capítulo anterior, admiten la existencia de una vitamina antipelagrosa.

La pelagra, como nadie ignora, es una enfermedad caracterizada por un eritema de tipo salor que aparece en verano, por lo cual se ha relacionado con la mayor intensidad de la luz, acompañada de estomatitis, gastritis y diarrea rebelde, a los que se añaden dolores periféricos con sensación de quemadura, atonía muscular, cefalalgias y trastornos mentales que pueden llegar hasta la locura. Continuando el pelagroso sometido a su régimen carente, se agrava cada primavera y acaba en una caquexia mortal.

Actualmente, los autores americanos consideran como primitivos los trastornos digestivos, los cuales favorecerían el paso a la sangre de sustancias fotosensibilizadoras, que a su vez permitirían la producción de las lesiones cutáneas, a las que todos los autores y desde los más remotos tiempos han reconocido un carácter estacional.

III

AVITAMINOSIS C

La falta de la vitamina C en la alimentación da lugar a la producción del escorbuto y de la enfermedad de Bar-

low. El estudio experimental ha esclarecido notablemente el conocimiento sobre estas dos enfermedades.

Las experiencias de Mouriquand y Miche, en Francia, y las de Holst y Frolich fuera de ella, han podido comprobar la tendencia existente en ciertos organismos de autoinmunizarse contra la avitaminosis C. Igualmente han demostrado la importancia que en la utilización por el organismo de la vitamina C, tiene el equilibrio alimenticio y la existencia de unas llamadas dieto-toxinas que adquieren un poder tóxico gracias a los desequilibrios del régimen alimenticio.

Los estudios largos años continuados de Mlle. Michaux y Mme. Randoín han comprobado en el cobaya las variaciones del contenido en vitamina C, del medio interno. Han podido comprobar que la falta de esta vitamina entraña un aumento del agua sanguínea, fibrinógeno, urea y cloro y una disminución del hierro, principalmente en la sangre y en el parenquima hepático. La cifra de cloro está aumentada en los músculos. Todas estas perturbaciones se manifiestan por una nutrición defectuosa de las células del endotelio de los capilares, la cual produce secundariamente un estado de inferioridad funcional que impide la transmisión de los elementos nutritivos a las células óseas.

Algunos autores han distinguido dentro de la vitamina C, dos factores: uno de integridad de los capilares y otro de formación de la hemoglobina.

Según afirman acertadamente Fernet y Milliaud, en el estado actual de nuestros conocimientos debemos distinguir dos tipos de manifestaciones de la avitaminosis C:

Primero. Formas típicas:

Segundo. Formas abortadas o frustradas (latentes).

Las formas típicas de avitaminosis C, son demasiado conocidas desde los tiempos antiguos para que sea preciso insistir demasiado en esta exposición de conjunto. Recordemos, sin embargo, que el *escorbuto* producido por la ausencia en la alimentación de vegetales frescos evoluciona en el cuello en tres fases diferentes.

La *fase de comienzo* está caracterizada por una astenia general, dolores articulares, tinte amarillo, "piel de cebolla" con manchas lívidas.

El *período de estado* se caracteriza por dos signos fundamentales, la *gingivitis*, con caída de los dientes y estomatitis hemorrágica y *seudo parálisis dolorosa*.

En ausencia de tratamiento aparece el *período terminal*, caracterizado por hemorragias múltiples e infección de la boca que conduce a la caquexia o septicemia mortales.

La *enfermedad de Barlow o escorbuto infantil* no se produce nunca antes de los seis meses y es debida a la consumación exclusiva durante ocho a diez meses de leche desecada o modificada industrialmente o de harinas lacteadas.

Esta enfermedad fué descrita por vez primera en Francia por Hutinel en el año 1893. La *seudoparálisis dolorosa* se localiza a nivel de los miembros inferiores y es consecuencia de hemorragias subperiósticas. El niño afecto de enfermedad de Barlow está pálido y malhumorado. Rehúsa la marcha y al menor movimiento se queja. La palpación suave describe una tumefacción dolorosa de las regiones yustae episfarias. Si el niño tiene ya dientes se observa la gingivitis característica.

Las *formas frustradas o latentes* han sido descritas por vez primera por Barlow bajo la forma de cuadros monosintomáticos de escorbuto que se manifiestan clínicamente bien por hematurias o por sensibilidad dolorosa de las epifisis. Fraenkel en el año 1906 indicó que frecuentemente el escorbuto va precedido de anemia y fiebre. Este autor ha descrito igualmente signos radiográficos que, aunque inconstantemente se han podido encontrar antes de la aparición clínica del escorbuto. Mouriquand y Weill por una parte y por otra Hutinel y Comby, fundamentando las bases de lo que se ha denominado el *preescorbuto*, indicaron que la anemia de este estado resiste a la administración de los compuestos de hierro y se cura por la administración de frutos frescos.

Hess y Ribadeau Dumas han puntualizado en época muy

reciente el cuadro clínico de estos estados preescorbúticos. Se trata, según ellos, de un niño de cuatro a seis meses, que sin otra causa aparente deja de tener apetito y su curva de peso se estaciona; se hace grunón y al examen clínico muestra una ración ligeramente tumefacta, las encías están hinchadas y los miembros inferiores están dolorosos a la palpación.

Bertoye, en su *rapport* al Congreso de Pediatría de Estrasburgo de 1931, distingue unas formas frustradas y unas formas latentes en el escorbuto infantil.

Las formas frustradas son las monosintomáticas, entre las que citaremos la forma hemorrágica caracterizada por la producción de petequias o hemorragias mucosas y la forma anémica (anemia precorbútica de Mouriquand y Michel). Según Frontali, la fragilidad capilar representa un factor de primordial interés en la patogenia de esta enfermedad.

Las formas latentes están caracterizadas por trastornos orgánicos o alteraciones de la nutrición general que no recaerán en nada al escorbuto genuino.

La distrofia avitaminósica de Aron está caracterizada por anorexia, palidez, trastornos del carácter y detención en el crecimiento.

Ribadeau-Dumas y Chabrun han descrito la *fiebre preescorbútica*, la cual se caracteriza por una hipertermia irregular, sin ningún trastorno digestivo y asociada a una detención en el crecimiento.

En la comprobación de la naturaleza avitaminósica de estos trastornos intervienen dos "tests" fundamentales, que son:

a) Noción etiológica (niño alimentado con leche esterilizada o harinas diversas).

b) Prueba terapéutica, especialmente la mejoría obtenida por la administración de jugos de frutas.

En último término diremos que la infección puede, en opinión de Mouriquand ser reveladora de una distrofia inaparente por avitaminosis C. Parece, en opinión de este autor, que las manifestaciones clínicas sean activadas por la infección que se desarrolla fácilmente sobre los organismos carentes. Sin embargo, como afirma Fernet, toda infección no parece de un modo obligado como reveladora de la carencia, habiéndose la tuberculosis mostrado a este propósito como muy poco activa.

AVITAMINOSIS D

La carencia de la vitamina D, produce, como nadie ignora, el raquitismo. Esta afección es demasiado conocida por todos los médicos para que en este lugar tengamos que efectuar una exposición detallada. Recordaremos, sin embargo, que es preciso considerar a esta enfermedad como un trastorno de la nutrición general. Las manifestaciones óseas no se presentan aisladas, estando todos los órganos trastornados en su funcionamiento de un modo más o menos importante.

Experimentalmente ha quedado perfectamente demostrado que la vitamina D, ausente, es la causa de la producción del raquitismo, ya que la administración de este producto impide la producción del síndrome clínico aun en presencia de un régimen pobre en fósforo.

En la clínica deben considerarse como múltiples los factores etiológicos que intervienen en la producción del raquitismo, siendo en el momento difícil de valorar la importancia que en ello representa la vitamina D.

Los primeros estadios del raquitismo en el niño deben considerarse como *formas frustradas* de la avitaminosis D.

Schabad en el año 1910 describió por vez primera estas formas de pre-raquitismo o raquitismo inaparente. Este autor, estableciendo el bilán del calcio y del fósforo de los raquíticos, pudo llegar a establecer que la pérdida fosforocálcica es el primer síntoma de esta distrofia. La dosificación del calcio en las heces y del fósforo en las orinas proporcionan datos que permiten establecer el diagnóstico antes de la aparición de los signos radiográficos. Estos signos pueden considerarse ya como reveladores y están caracterizados por un estado de las regiones diafisarias, especialmente de la extremidad inferior de los huesos del antebrazo.

Posteriormente aparecen hipotonía muscular, trastornos gastro-intestinales y de la osteogénesis. Las fontanelas se encuentran ampliamente abiertas, el reborde costal tiende a abrirse, presentándose cifosis y retardo en la aparición de los dientes.

Presentanse por último los signos característicos de las nudosidades costales, curvatura de las diafis y alargamiento de las epifisis.

Algunos autores han planteado la cuestión de si las anemias de la primera edad tendrían también como agente causal la carencia de vitamina D.

Admitese actualmente que el raquitismo y la anemia no tienen entre ellos la menor relación de causa a efecto. La comprobación de estos dos síntomas concomitantes no es, por lo tanto, más que una coincidencia. Marfan admite en este sentido cuanto más que la coexistencia es debida a las toxoinfecciones tan frecuentes en la primera edad.

Por el contrario, ciertos *syndromes neuro-musculares* parecen claramente estar en relación con la avitaminosis D, habiéndose a este propósito aportado casos en extremo interesantes por Ribadeau-Dumas, Mathieu y Guedé.

AVITAMINOSIS E

Los hechos experimentales han permitido deducir que la ausencia de vitamina E, determina en la rata-macho una disminución progresiva del número de espermatozoides. En la hembra se presentan hemorragias placentarias seguidas de muerte del producto de la concepción. En el feto, según los trabajos de Vogt, los tejidos generadores de elementos sanguíneos no se desarrollan.

La vitamina E, es de todas ellas la más recientemente estudiada, siendo, por lo tanto, muy escasos los conocimientos que tenemos acerca de sus manifestaciones clínicas. Parece, sin embargo, que la ausencia de este principio activo se caracteriza por la supresión total o parcial de la aptitud para la reproducción, sin que en el momento actual de nuestros conocimientos pueda hablarse de síndrome alguno determinado.

Hasta aquí hemos trazado una exposición sucinta y vulgarizadora de los cuadros clínicos más importantes que se presentan por la carencia de cada una de las avitaminosis. De estos conocimientos se han deducido consideraciones terapéuticas que expondremos brevemente a continuación.

Terapéutica

La mejor profilaxis de la avitaminosis consiste indudablemente en la administración de una alimentación variada y lo más natural posible.

La conducta terapéutica ante las avitaminosis constituidas es en extremo sencilla. La avitaminosis A, cederá en el niño con el empleo de la leche completa. Es preciso decir que no todas las leches contienen en la misma proporción el factor A; la riqueza de una leche en vitamina del crecimiento depende, en efecto, de la alimentación y régimen de vida de las vacas lecheras. Por otra parte el tratamiento con el aceite de hígado de bacalao debe ser instituido desde el reconocimiento de los primeros síntomas. Es necesario, además, emplear un aceite de hígado de bacalao controlado biológicamente, ya que no todos ellos contiene en la misma cantidad las vitaminas. Según Mouriquand, debe ser administrado el mismo aceite de hígado de bacalao natural, ya que con las emulsiones, preparaciones granuladas, etcétera, se corre el riesgo de que se oxide el principio activo. Ciertos autores emplean, sin embargo, las preparaciones comerciales de la vitamina A, tituladas con arreglo al procedimiento dictado por Javillier.

En el adulto el aceite de hígado de bacalao debe ser empleado igualmente, pudiendo emplearse en forma de glóbulos en los casos de repugnancia absoluta por parte del enfermo.

Debe añadirse al régimen carne y manteca. Es preciso referir en este lugar que ciertas margarinas añadidas a la

manteca no sólo no contienen vitaminas A, sino que poseen una acción inactivadora frente a la de la manteca.

En presencia del beriberi o de la pelagra es preciso equilibrar el régimen alimenticio añadiendo sustancias capaces de formar la vitamina B, en cantidad considerable, como son el maíz, arroz con corteza, trigo, etc., y muy particularmente levadura fresca de cerveza. Aunque todavía no se ha podido, como con la vitamina A, efectuar una valoración biológica del factor B; existen en el comercio preparados que parecen contener un extracto muy abundante en ella.

El escorbuto será igual fácilmente combatido con los jugos de naranja o limón, y de modo más general con las frutas y verduras frescas. La fragilidad extraordinaria de esta vitamina C, ha impedido la preparación industrial de ningún medicamento.

El raquitismo puede ser tratado bien sea por la irradiaciones ultravioleta buscando convertir en ergosterol irradiado el contenido en las grasas orgánicas, bien por el aceite de hígado de bacalao o los productos irradiados, siendo de estos últimos el más activo la ergosterina de Tanret. Actualmente muchos son los autores que propugnan por exigir el empleo de una unidad antirraquítica.

La unidad antirraquítica ha sido definida diciendo que es la más pequeña dosis diaria de sustancia activa, que administrada durante veintiún días a ratas sometidas a un régimen raquitígeno, impide la aparición de esta distrofia. Es preciso por otra parte emplear un producto de reciente fabricación y administrar diariamente de 100 a 200 unidades.

Lesné ha demostrado que para aumentar el poder antirraquítico de la leche de mujer se puede someter el seno de éstas a la acción de las irradiaciones ultravioleta.

La terapéutica es más delicada cuando se trata de hipovitaminosis, siendo preciso en estos casos poder poner de manifiesto la carencia en cuestión para poder efectuar un tratamiento específico.

Esta cuestión es tanto más difícil cuanto que las avitaminosis son frustradas. Recordemos a este propósito su polimorfismo y los "tests" diagnósticos que hemos expuesto más arriba.

El tratamiento por la vitamina específica, sin embargo, no suele ser tampoco suficiente. Es preciso investigar el por qué la ración es carente con el fin de remediarla.

La leche de la madre misma puede estar carente de vitaminas, porque la alimentación de ésta lo sea en sí misma. Fernet y Milliaud dicen que la leche de vacas alimentadas con forraje en establo es menos rica en vitamina que las que lo son al aire libre.

Actualmente se ha extendido el dominio terapéutico de las vitaminas fuera del campo de las avitaminosis e hipovitaminosis.

En la carencia del factor A, se observa, como ya indicamos en el momento oportuno, una sensibilidad especial a los agentes infecciosos. En vista de esto, algunos autores han propuesto utilizar este producto en la lucha contra las infecciones. Con este procedimiento han obtenido Grefen y Mellamby algunos resultados favorables en el tratamiento de la infección puerperal.

La vitamina B, por su papel en el metabolismo de los hidratos de carbono, ha sido aconsejada por algunos autores en el tratamiento de la diabetes. Igualmente la vitamina C parece tener una cierta influencia sobre las anemias, aunque no sean escorbúticas.

Sin embargo, es la vitamina D, la que más ampliamente ha extendido su campo de acción. Su poder de fijación del calcio ha indicado en determinados estados de desmineralización. Scheurlen y Orlovitch suponen que el papel principal en el régimen de Gerson lo representa más que la ausencia del cloruro de sodio, el aporte extraordinario de vitamina D. La calcificación de las lesiones pulmonares puede ser ayudada por el empleo de vitamina D, habiéndose confirmado este hecho experimentalmente en los trabajos sobre conejos efectuados por Levaditi y Loi-Yuan-Po.

La consolidación de las fracturas también sería indicación de este principio activo.

El factor D, tiene una eficacia considerable en la craneotabes y la osteomalacia de los niños. La espasmofilia y la tetania se modifican también visiblemente con esta vitamina. Se ha prescrito la vitamina D igualmente en la caries dentaria y en determinados estados en los que el organismo tiene necesidad de ser calcificado. Por esta razón actualmente se prescriben compuestos de vitamina D en el estado de gestación, tanto para combatir la decalcificación dentaria de la madre como para coadyuvar a la osteogénesis fetal.

Referiremos, en último término, los ensayos terapéuticos en la epilepsia, determinadas intoxicaciones, etc.

Madrid, mayo de 1933.

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.)

(Continuación.)

ENFERMEDADES DE LA NUTRICIÓN

La mayoría de enfermos con desprendimiento de la retina son individuos en los cuales las funciones orgánicas no se realizan en muy buenas condiciones. En realidad, el desprendimiento de la retina llamado idiopático es raro en individuos robustos, y si alguna vez se presenta en tales sujetos, son las malas condiciones locales oculares las que lo han favorecido.

Ya hemos señalado la preponderancia que tiene la senilidad en relación con la frecuencia del desprendimiento de la retina. Todos los trastornos de la nutrición que produce la vejez prematura son causas que predisponen al desprendimiento.

Hemos hablado de las retinitis escleróticas y de las lesiones reumáticas oculares, que nos señalan la importancia que en la etiología del desprendimiento de la retina han de tener las nefritis, la diabetes y el artrismo en sus diversas formas. Las alteraciones generales de la nutrición repercuten en la nutrición ocular, predisponiendo asimismo al desprendimiento.

INSUFICIENCIA HEPÁTICA Y RENAL

Aparte de estos casos concretos, es indudable que muchos enfermos de desprendimiento de la retina, sin tener una discrasia o un trastorno nutritivo preciso, están en condición meióprática de órganos vitales, y especialmente del hígado o del riñón o de los dos órganos a la vez: son enfermos con insuficiencia hepática y renal.

Cuando el desprendimiento tiene lugar no es en el momento de una agudización de esta insuficiencia funcional del riñón ni del hígado, pues sólo por casualidad vemos casos de desprendimiento de la retina en afecciones agudas y en el ataque de uremia; el desprendimiento tiene lugar cuando, junto a otras causas, la insuficiencia renal o hepática ha influido en todo el organismo, y con ello en los tejidos oculares, perturbando su nutrición probablemente desde mucho tiempo atrás.

Los antecedentes y el examen clínico de los enfermos con desprendimiento de la retina, sobre todo los adul-

tos y viejos, ya nos señalan fenómenos y síntomas de insuficiencia hepática y renal en muchos de ellos, y el examen de la colesteroína de la sangre y la investigación de la constante de Ambard confirman en la gran mayoría este aserto.

TRASTORNOS PSÍQUICOS Y MORALES

No hay duda de que, aunque por parte de los pacientes hay una marcada tendencia a atribuir la causa de las dolencias a cosas y casos de la vida, es muy frecuente oír a los enfermos citar entre los antecedentes del desprendimiento de la retina trastornos morales y psíquicos, como disgustos, contratiempos graves, angustias, etc., y esta frecuencia es tan notable, que obliga a tener en consideración este factor.

No es el momento ahora de ocuparnos del mecanismo cómo obran estos trastornos nerviosos: si es directamente, por acción vasomotora o influenciando el funcionamiento de otros órganos que desempeñan funciones antitóxicas (hígado, riñón, glándulas endocrinas).

ESTUDIO DE CIERTAS CONDICIONES CLÍNICAS DEL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA, NECESARIO PARA EL ESTUDIO DE SU PATOGENIA

Antes de entrar de lleno en el estudio de la patogenia del desprendimiento de la retina, es necesario conocer una serie de condiciones y estados que presentan los ojos afectados de esta enfermedad, para fundamentar algunos de los conceptos básicos indispensables para dicho estudio.

Estas condiciones a estudiar son otros tantos capítulos que enumeramos con los siguientes:

- 1.º—Estudio de los desgarros retinianos, su topografía, características y evolución.
- 2.º Casos de desprendimiento sin desgarro.
- 3.º Casos de desgarro sin desprendimiento.
- 4.º Evolución anatomopatológica del desprendimiento.
- 5.º Casos de curación espontánea.
- 6.º Influencia de la tensión ocular.
- 7.º Estudio del líquido subretiniano.

ESTUDIO DE LOS DESGARROS RETINIANOS

Ya desde el descubrimiento del oftalmoscopio los mejores clínicos de aquellos tiempos descubrieron desgarros en la retina en casos de desprendimiento; los autores que señalaron el hecho no insistieron en él, considerándolo excepcional y, sobre todo, sin relación directa con la producción del desprendimiento.

Fue Wecker el primero que insistió sobre la frecuencia de los desgarros y su importancia patogénica. Aparte de algún que otro autor que corroboró las ideas de Wecker, fue Leber el continuador de sus ideas respecto a esta cuestión, aportando nuevas comprobaciones en favor de la frecuencia de los desgarros y de su importancia patogénica, siempre creyendo que era la retracción del vítreo que estiraba la retina y la desgarraba.

Es en el año 1904 cuando Gonin declara seguir las ideas de Leber, señalando ya el valor de los desgarros como manifestación inicial del desprendimiento, y manifestando encontrar los desgarros en un 60 por 100 de los casos. En el capítulo de enfermedades de la retina de la Enciclopedia francesa de Oftalmología, del que es autor Gonin, señala ya varios tipos de desgarros, de los que hoy consideramos más frecuentes, describiendo sus caracteres y localización preferente. Más modernamente, en la célebre ponencia que Gonin desarrolló en el Congreso de la Sociedad Francesa de Oftalmología de 1920, ya basa toda la patogenia del desprendimiento idiopático de la retina en los desgarros, para justificar después, en modernos trabajos, la obturación quirúrgica

de los mismos como tratamiento curativo del desprendimiento.

En este bosquejo histórico se comprueba cómo la importancia de los desgarros en el desprendimiento de retina ya estaba en el ánimo de algunos de los más distinguidos clínicos desde hace muchos años, y que la confirmación de su repetida existencia la ha predicado Gonin en nuestros tiempos; más este autor tiene el mérito que ha hecho su nombre inmortal, de haber demostrado que obturando los desgarros se reaplica la retina en la gran mayoría de casos.

FRECUENCIA DE LOS DESGARROS

El éxito de esta modalidad terapéutica, de la que Gonin ha sido el inventor, ha hecho que en estos últimos años multitud de oftalmólogos hayan dedicado sus actividades hacia el estudio de los desgarros, pues el éxito operatorio depende en gran parte de las condiciones de ellos, y así es como hemos visto subir las cifras de presencia de los mismos, sobre todo en los casos recientes.

Gonin, que en el año 1904 encontraba desgarros en un 60 por 100 de los casos, decía en su ponencia del año 1920 (182), que entre 90 ojos con desprendimiento de la retina había encontrado desgarro en 59 de ellos; es decir, en un 65 por 100; más tarde dijo, que en los 60 casos últimamente examinados, encontró desgarros en 53 (87 por 100); y, últimamente, da las siguientes cifras: 180 casos de desprendimiento y 154 con hallazgo de desgarros (85 por 100). Hay que contar siempre que entre los casos en que no se encuentra desgarro, hay una buena parte de ellos en que, por opacidades de los medios transparentes, la busca de los desgarros es muy difícil.

Las cifras de Gonin han sido comprobadas por muchos autores.

Personalmente he de confesar que durante los primeros ensayos en busca de desgarros, después de haber estado en Lausanne, sólo los encontraba en un 60 ó 65 por 100 de los casos. En mi último trabajo presentado al Congreso de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana en Santander el año pasado (1938), ya señalaba que entre 164 casos de desprendimiento de la retina tratados, encontré desgarros en 132 (80 por 100) y creo haber mejorado este porcentaje, ya que en los casos recientes es raro, en los desprendimientos llamados idiopáticos, que no encuentre desgarros. En este trabajo citado decía que los encontraba en un 50 por 100 de los casos, y creo que, en realidad, me he quedado corto en la afirmación; pero, como es sabido, cuantos más días pasan desde el comienzo de la enfermedad, aumentan las dificultades para encontrarlos, lo cual he comprobado varias veces en enfermos que no se han operado, y en los que he asistido día por día a la pérdida de la visibilidad de los desgarros, que eran claros y manifiestos al principio, hasta llegar a ser imposible reconocerlos, a pesar de saber con toda exactitud cuál era su situación.

TOPOGRAFÍA DE LOS DESGARROS

Los desgarros asientan preferentemente al nivel del ecuador, y con mayor frecuencia en el sector temporal y superior. Después del ecuador, sigue en frecuencia la ora serrata (desinserciones anteriores de la retina); pero con la particularidad de que sólo se les ve en el segmento inferior en los casos de desprendimiento idiopático; rarisísimamente se les ve en el segmento superior.

Después de la ora serrata, es la mácula el sitio de preferencia de los desgarros, aunque a veces el desgarro macular se produce cuando el desprendimiento de otras zonas se extiende al polo posterior, pero no hay duda de que algunas veces empieza con un desgarro macular.

FOSFORO

POTASIO

MANGANESO

CALCIO

SODIO

HIERRO

Una Ayuda Para Combatir la Sépsis Crónica

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

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

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

JARABE de FELLOWS

LOS AMPHO-VACCINS de Ronchèse

Lisado
bacteriano



Bacterias tratadas
por el bromo.

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

Lista de los Ampho-Vaccins:

INYECTABLES

ANTIINFECCIOSO
ANTIESTAHILOCOCCICO
INTESTINAL
PULMONAR
URINARIO

A INGERIR

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

TÓPICOS

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

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

Para muestras y literatura dirigirse a los

REPRESENTANTES: **PAGÈS & SARRIAS**

ARGENSOLA, 7. - Tel. 41934. - MADRID

PUERTA FERRISA, 16. - Tel. 25844. - BARCELONA

Prescriba la **Urotropina**

en el envase original:
TUBO DE 20 TABLETAS *Schering*

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

**Si no es Schering
no es Urotropina**



LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

Director: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

CARACTERÍSTICAS DE LOS DESGARROS

Los desgarros son extremadamente variables en forma y dimensiones; los hay redondos, alargados, triangulares, en forma de huso, semilunares o irregulares, así como en tamaño pueden variar, desde puntiformes, hasta ocupar la tercera parte de toda la superficie normal de la retina; pero algunas de las características nos interesan para comprender su patogenia y la del desprendimiento de la retina.

En primer lugar, hemos de señalar la gran frecuencia con que se presentan en las proximidades del ecuador, y preferentemente en el hemisferio superior. Los desgarros en forma de arco, o semilunar, con la particularidad de que la mayoría de las veces la convexidad del arco está dirigido hacia atrás y las puntas hacia adelante, hacia la ora serrata. En la mácula, los desgarros son casi siempre redondos. En el fondo de los desgarros se ve la coroides.

Una característica muy importante de los desgarros retinianos es la observación posible, sobre todo en casos recientes, de la presencia de una pequeña masa gris flotante en el vítreo, que probablemente es un pedacito de retina.

HEMORRAGIAS

Conjuntamente a los desgarros se presentan muy a menudo hemorragias pequeñas y hasta puntiformes a veces, que asientan en la retina que rodea el desgarro. Ellas nos demuestran que la formación del desgarro es un acto de violencia mecánica, cuyas consecuencias alcanzan la vecindad del lugar donde la retina se ha desgarrado.

CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA SIN DESGARRO

Es indudable que existen casos de desprendimiento de la retina sin desgarro. Aparte de los producidos por tumor o hemorragia sobretiniana, lo son sin duda la mayoría de desprendimientos producidos por procesos inflamatorios agudos de retina y coroides.

Más lo interesante de la cuestión está en si hay casos de desprendimiento de la retina llamado idiopático, primitivo o espontáneo, en que no existe desgarro. En los exámenes anatomopatológicos de los casos publicados de desprendimiento de la retina reciente, hay varios de ellos que no tenían desgarro, mas hay que tener en cuenta que ya fueron enucleados algunos de ellos por sospecha de tumor, lo cual quiere decir abombamiento opaco de la retina, y para que haya esta clase abombamiento no puede ser vítreo lo que haya detrás de la retina, sino sangre o serosidad de origen corioideo; de suerte que estos desprendimientos son posiblemente de origen exudativo corioideo, y como el proceso inflamatorio puede pasar desapercibido hasta el momento del desprendimiento, siempre tendrá el síndrome inicial del desprendimiento idiopático de la retina, y, por lo tanto, hay que admitir que pueden haber casos de desprendimiento sin desgarro.

CASOS DE DESGARRO DE LA RETINA SIN DESPRENDIMIENTO

Puede haber desgarros de la retina sin desprendimiento de la misma. Son muy numerosos los casos de desgarros traumáticos que han curado sin desprendimiento, citados por muchos autores.

Más no son estos casos los que nos interesan, sino aquellos en que el desgarro se ha formado espontáneamente, si así puede decirse, o al menos, sin la acción de un traumatismo.

Varios autores han publicado casos de desgarro sin desprendimiento y yo, personalmente, he tenido ocasión de ver casos de éstos.

EVOLUCIÓN ANATOMOPATOLÓGICA DEL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

La mayoría de casos de desprendimiento de la retina tienen un comienzo súbito; el enfermo pierde gran parte de su vista en horas o en pocos días. A veces es casi de repente que la visión desaparece; en tales casos es que la mácula ha sido invadida, ya porque el desprendimiento la alcanza, o ya porque una bolsa prominente la tapa.

El desprendimiento empieza la mayor parte de las veces en la parte superior, mas pasado algún tiempo, se hace inferior en un plazo que varía desde tres o cuatro días hasta cinco o seis semanas. Si inicialmente el desprendimiento es inferior, pueden pasar meses y años sin interesar la parte superior y a veces ni la mácula, quedando localizado el hemisferio inferior, y a veces limitado por una línea pigmentada de la porción de retina adherida. Incluso no es extraño el caso de desprendimiento inferior ignorado del enfermo durante algún tiempo.

De aquí, que así como en los casos recientes hay más desprendimientos de la mitad superior del globo (lo mismo que desgarros), en los casos antiguos predominan los desprendimientos de la parte inferior.

Este descenso del desprendimiento tiene lugar igualmente en los casos en que se comprueba la presencia de desgarro, que en aquellos en que no lo hay o no se descubre.

En los raros casos de curación espontánea del desprendimiento, es asimismo en la parte inferior donde preferentemente se encuentran las señales o reliquias del antiguo desprendimiento (estrías de la retina, manchas pigmentarias, atrofia de la retina, etc.).

CASOS DE CURACIÓN ESPONTÁNEA

Antes de los modernos tratamientos quirúrgicos del desprendimiento de la retina, éste era considerado como afección casi incurable. Leber, en su obra magna sobre enfermedades de la retina, resumía el concepto formado sobre el desprendimiento de la retina con estas palabras: Es enfermedad generalmente incurable y conduce, en la inmensa mayoría de los casos, tarde o temprano, a la ceguera total, o casi total. Pero a pesar de ello hacía constar que la mayoría de los clínicos habían observado casos de curación espontánea.

Hay que dejar a un lado los casos de desprendimiento de la retina por retinitis consecutiva a nefritis gravídica, que, como hemos dicho en un capítulo anterior, acostumbra a curar cuando cesa el embarazo.

Muchos autores han citado casos de curación espontánea, aparente, que se perdió por una recaída; otros tuvieron la suerte de alcanzar una curación definitiva.

Lo difícil en los casos de curación espontánea del desprendimiento de la retina es conocer, o al menos orientarse en el conocimiento de cuál ha sido el mecanismo de su curación, pues nos ayudaría mucho a comprender la patogenia de esta enfermedad y a encauzar su terapéutica; mas es imposible formar un concepto ni siquiera aproximado de cómo se han curado dichos casos, pues aunque en la mayoría de ellos haya contribuido quizá el reposo a la curación, en algunos ocurrió todo lo contrario.

INFLUENCIA DE LA TENSIÓN OCULAR

Es bien sabido que en la mayoría de casos de desprendimiento de la retina no producidos por tumor, la tensión es más baja que la normal; mas este hecho dista mucho de ser constante.

Es necesario hacer notar que en los casos de desprendimiento de la retina por retinitis nefrítica (gravídica

o no), la tensión es normal y a veces aumentada. El examen atento demuestra en estos casos un paralelismo entre la tensión y la marcha de la dolencia; cuando se acentúa el desprendimiento aumenta la tensión, y cuando se reaplica la retina disminuye la tensión, incluso hasta por bajo la normal.

En los casos de desprendimiento por coroiditis exudativa los fenómenos se desarrollan en parecida forma a los producidos por nefritis.

La tensión ocular en el desprendimiento de la retina tiene dos episodios extremos, en los que hemos de detenernos muy someramente: la hipotonía aguda y la hipertonía.

La hipotonía aguda es un cuadro característico que se presenta a veces en el curso del desprendimiento de la retina, manifestándose por inyección ciliar, turbiedad de la cámara anterior, que es muy profunda; decoloración del iris, midriasis ligera y dolor. Se presenta raramente; personalmente la he observado en tres casos: dos ellos en operados de desprendimiento, y, por cierto, los dos curaron.

La hipertonía es una complicación tardía del desprendimiento de la retina; pero en casos especiales puede presentarse a las pocas semanas, con el cuadro de glaucoma inflamatorio que a menudo ha favorecido la curación.

Tanto la hipotonía como la hipertonía, en las primeras semanas del desprendimiento de la retina, parece responder a estados inflamatorios del cuerpo ciliar y del resto de la úvea. En los casos tardíos se trata de glaucoma secundario a las lesiones ocasionadas por el desprendimiento y sus secuelas.

Personalmente, he tomado la tensión tonométricamente en una larga serie de enfermos, habiendo comprobado casi siempre presiones inferiores a la del ojo sano ya desde el principio de la enfermedad, aunque acentuándose a medida que la enfermedad se prolonga, y sobre todo si empeora. Pero esto con excepciones.

Relacionando la tensión examinada con los hechos clínicos, podemos resumir de nuestra práctica lo siguiente: Casi siempre, ya en el principio, la tensión está disminuida con relación al ojo sano; lo está mucho en los casos de grandes desgarros. Disminuye la tensión a medida que pasan días, a no ser que se presenten fenómenos inflamatorios, en cuyo caso las variaciones de tensión son irregulares, a veces aumentada, y a veces disminuida. En casos raros, la tensión es normal, coincidiendo con no encontrar desgarros.

ESTUDIO DEL LÍQUIDO SUBRETINIANO

El estudio del líquido subretiniano, que tan importante es, ya que constituye el único elemento neoforado en el desprendimiento de la retina, está atradísimo. Son muy pocas las investigaciones que se han hecho con objeto de averiguar su naturaleza y caracteres físico-químicos, a buen seguro por lo difícil que es obtenerlos en cantidades que permitan un análisis bastante completo.

No hay duda que si los análisis pudieran hacerse en buenas condiciones, se aclararían rápidamente los problemas patogénicos del desprendimiento de la retina, y, por ende, los etiológicos y hasta los terapéuticos, pues al conocer la composición de este líquido sabríamos de dónde viene y cómo se forma. No se encuentran en la literatura datos completos, ni mucho menos, de la composición del líquido subretiniano; sólo aisladamente alguno que otro investigador ha hecho de él análisis parciales y en muy poca escala.

Sabemos que el líquido subretiniano es una serosidad a veces transparente, a veces amarillenta y raras veces sanguinolenta.

En general, es transparente en los casos recientes, y su color amarillo aumenta con el tiempo. Al menos así lo hemos comprobado. Su consistencia es variable, desde la siruposa, espesa o filamentosas, hasta la fluidez casi acuosa. En los casos muy recientes hemos encontrado casi siempre la consistencia parecida a la del vítreo claro.

INVESTIGACIONES PERSONALES SOBRE EL LÍQUIDO SUBRETINIANO

Las dificultades para este estudio son principalmente tres: La primera es la escasa cantidad que de este líquido puede obtenerse; la segunda es lo difícil que a veces resulta estar seguro de que es sólo líquido subretiniano, y no intrarretiniano (vítreo), el que se ha obtenido, y en tercer lugar, la facilidad con que se mezcla sangre con dicho líquido durante la operación, lo cual es un inconveniente para ciertos exámenes. Además, las técnicas quirúrgicas en que un agente químico ha actuado sobre el ojo antes de la extracción del líquido subretiniano (Lindner, Guist), hace imposible su análisis.

Para asegurarse de que no es contenido intrarretiniano el líquido obtenido, es prudente perforar el globo en sitios en que la retina está muy despegada y con instrumentos (bisturí, cauterio, aguja diatérmica) que no penetren más de uno a dos milímetros en el interior del globo.

Para recoger el líquido, procuro que un ayudante aguante el separador de Desmarres en el sitio que hay que puncionar, esperando que no sangre la región. Efectuada la punción, que como hemos dicho no ha de ser más que suficiente para perforar esclerótica y coroides, sale el líquido al exterior. Con un cuentagotas o un tubo de cristal delgado, que después se suelda a la lámpara, se aspira el líquido obtenido.

El líquido subretiniano ha sido siempre transparente en los casos de desprendimiento de la retina muy recientes, es decir, de menos de cinco días, incluso con aspecto viscoso igual al del vítreo claro. A partir de los cinco días, alguna vez es ligeramente amarillo, aunque la mayoría de veces se conserva claro todavía algunas semanas. A las tres o cuatro semanas ya, en gran número de casos, es amarillento. Alguna rara vez ha sido rosado y hasta rojizo, francamente hemorrágico. En los desprendimientos recientes por recaídas, en casos de desprendimientos aparentemente curados, también la mayoría de veces el líquido subretiniano es claro.

INVESTIGACIÓN DE LA ALBÚMINA

Ya que la albúmina es un elemento que al existir en los exudados denota inflamación ha de ser importante conocer su presencia y proporción en el líquido subretiniano para lo cual hemos practicado una serie de análisis de los líquidos subretinianos obtenidos.

No conocemos una cifra exacta de la cantidad de albúmina que contiene el vítreo. Sin entrar en detalles hemos de contar con cifras referentes a la cantidad de albúmina del vítreo las siguientes: según Rendlob, 0,025 por 100; según Jess, 0,018 por 100; según Duke-Elder, 0,065 para el caballo, y según Franceschetti, entre 0,04 y 0,003 por 100.

Ahora bien, las cantidades de albúmina obtenidas en los análisis de los líquidos subretinianos que he practicado, dan cifras muy diferentes, según los casos, variando desde 0,09, que es la más pequeña obtenida, hasta 9,2, que ha sido la máxima. Como se ve, las oscilaciones son muy grandes, en la proporción de 1 a 100.

Las cantidades de albúmina guardan cierta relación, que no es exacta ni mucho menos, con la antigüedad

del desprendimiento. Al principio, a los pocos días no acostumbra a haber albúmina en el líquido subretiniano; en dos casos, por excepción, a pesar de los pocos días, había mucha albúmina: una vez 8,9 por 100 y otra 2,9 por 100. En los dos casos se trataba de desgarros en la ora serrata en jóvenes. Aparte de estos dos casos, las cantidades de albúminas son escasas, oscilan entre 0,09 y 1,0, es decir, entre la normal y 10 veces la normal.

A medida que pasan días, la cantidad de albúmina aumenta en la gran mayoría de casos, oscilando entre 1,0 y 9,0, es decir, de 10 a 100 veces la normal. Hay, sin embargo, algún caso de menor cantidad de albúmina, pero raro.

Las conclusiones más interesantes de estos datos las comentaremos al hablar de la patogenia. Sólo podemos interinamente apuntar que en los primeros días el líquido subretiniano semeja el vitreo; después, la cantidad de albúmina aumenta (reacción de la coroides) para después disminuir (atrofia de la coroides).

Una conclusión que me parece poder entresacar de todos estos casos es que siempre que hay reacción en el ojo (inyección ciliar, dolor, fotofobia) la cantidad de albúmina del líquido subretiniano es elevada.

Asimismo, los casos operados que sufren una recaída y que son otra vez operados, tienen en general una tasa de albúmina elevada en el líquido subretiniano.

No puedo sentar ninguna relación cierta entre la cantidad de albúmina del líquido subretiniano y la evolución clínica del caso. En general, la ausencia de albúmina ha de parecer favorable por significar ausencia de reacción inflamatoria de la coroides, hecho que corre parejo con la importancia que tiene para el éxito operatorio de ausencia de reacción ocular; mas hay que tener en cuenta que en varios procederes operatorios el mecanismo de curación consiste en la producción de una coroiditis adhesiva, y si la coroides está muy inflamada o ya está atrofiada, en un caso la reacción es demasiado violenta, y en el otro es escasa o nula. En los casos citados ha habido muchos más éxitos cuando hubo poca albúmina que en los que la tenía en regular cantidad; mas hay que tener en cuenta que eran casos más recientes. Los dos casos recientes con mucha albúmina y desinserción en la ora serrata curaron los dos por medio de trepanaciones e inyecciones de sosa al 1 por 100 el uno, y con aplicación plana de la diatermia, el otro.

No sé si el examen de las albúminas del líquido subretiniano, que ahora nos interesa desde el punto de vista de la patogenia del desprendimiento, tendrá valor pronóstico u orientador de la terapéutica; es probable que sí, mas hoy por hoy el análisis refractométrico sólo puede hacerse poseyendo este aparato, por lo cual puede suplirse en parte el uso de este aparato por medio de un sencillo examen de ebullición que da aproximadamente idea de la cantidad de albúminas contenidas en dicho líquido subretiniano. Así lo hago corrientemente, y como son tan diferentes las cantidades de albúmina que encontramos, variando hasta 100 veces la normal, resulta que en los casos en que hay poca albúmina, es decir, menos de 0,5 por 100, el líquido subretiniano puesto en agua hirviendo no se coagula.

Si la albúmina está en mayor cantidad, pero no pasando de 1,5 por 100, se coagula ligeramente, formando copos que flotan en un líquido fluido; si es mayor de esta cantidad o proporción, entonces el contenido se coagula formando una masa más o menos sólida, según la mayor o menor cantidad de albúmina. De suerte que cualquier colega sin aparatos de laboratorio puede orientarse sobre la cantidad de albúmina del líquido subretiniano rápidamente y con sencillez, aspirando dicho líquido durante la operación, ya con un cuentagotas (del

que se echa después en un tubo de ensayo), ya en un tubo delgado que se suelda a la lámpara. Sea una cosa, sea otra, se pone en baño de María hirviendo, y al minuto se ve ya si el contenido está coagulado o no. Así he hecho más de 80 análisis, además de los practicados cuantitativamente, y he corroborado las conclusiones que antes he expuesto.

INVESTIGACIÓN DE LA DENSIDAD DEL LÍQUIDO SUBRETINIANO

Esta investigación la hemos creído de interés para aclarar la evolución de los desprendimientos de la retina que de superiores pasan a ser inferiores, y la conducta terapéutica que seguimos la mayoría de los oculistas al colocar a los operados del lado donde tienen los desgarros y donde, por lo tanto, hemos intervenido.

En general, y con algunas excepciones, las cifras más bajas corresponden a los casos de pocos días, y las más altas, a los antiguos; pero lo que tiene más importancia es que en la gran mayoría de los casos la densidad del líquido subretiniano es superior a la del vitreo, lo que explica su tendencia al descenso en el globo ocular y justifica la conducta de colocar a los operados inclinados del lado intervenido. Además, en dos ocasiones, en las que después del líquido subretiniano salió del globo una pequeña cantidad de vitreo consistente después de hecha la cauterización con el gálgano, colocado el vitreo en la misma solución salina en la que el líquido subretiniano se unía ligeramente, aquél permanecía en la parte superior, lo cual indicaba que era más ligero que el líquido subretiniano.

(Continuará.)

BIBLIOGRAFIA (1)

APOLOGIE DE LA CLINIQUE, por Sergent (Emile). Editeur G. Doin. París, 1933. Precio: 12 francos.

Es la clínica la luz y el sostén de la Medicina, ciencia entre las ciencias por su origen, fundamento y fin, nace ella en los tiempos dorados y heroicos de nuestro padre Hipócrates, balbuceos tímidos y pequeños de niño chiquitín, signos pocos e inciertos del proceso morboso, llegan para ella luego años de triste calma y de volver atrás que, a veces, se hacen siglos. Pero, al fin, Lannec, miles de siglos por delante y pocos, muy pocos por detrás de nosotros, añade el arma tardía de la diligencia agria y triste de la autopsia. Y, por fin, en los albores del pasado siglo—todo arte y ciencia—llega con radiante gozo al período experimental del que es padre legítimo el gran Clauúio Bernard, después, y a marchas cortas, va hasta Pasteur, rebuscador genial, y arriba, por fin, hasta nosotros, triunfante de su plenitud a través de Vidal y Chauffard. He aquí la impresión sacada de la primera parte de la obra —descripción, lugar y pasos de la clínica—; si a nuestra patria nos hemos de referir podemos juzgar comunes los tres primeros períodos y llegar al último con Sañudo, San Martín y otros tantos más, que colocan con los hoy actuales la clínica española a la altura mundial.

En cuanto a la afirmación del gran Sergent que la Medicina es todo arte, es un juicio de mayor verdad que se confirma sin igual en el arte y pureza del diagnóstico, sobre todo lo demás que ella compone, tal es

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

este camino que nos aleja de sendas tortuosas y nos lleva felices y seguros al puerto franco de la curación.

Las cualidades que él exige al clínico pocas son en verdad si al número se mira, pero si se hace a la calidad son incontables, ya que—la experiencia, el buen sentido y el espíritu científico—son las flores preciadas que en los menos se dan.

La formación por él pedida a los futuros sacerdotes del médico saber—Ciencias físico-naturales y Humanidades—es la más apropiada para una carrera como la de éstos, basada en todo en la investigación y el estudio tenaz.

Es, en fin, la obra de Sergent—clínico y escritor eminente—tan bella que al doblar su última página nos queda en los ojos y en el alma una visión radiante y amorosa de la clínica, madre eterna y perenne de nuestra Medicina.

JUAN H. SAMPELAYO

Fonfría, agosto.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Suzanne Schiff-Wertheimer y J. Lhermitte. RELACIÓN ENTRE LA PATOGENIA Y EL TRATAMIENTO DE LA ATROFIA ÓPTICA TABÉTICA.—El estudio patogénico se funda sobre hechos clínicos anatómicos y biológicos. Desde el punto de vista clínico, resumen los autores las nociones clásicas. Comienzo de los trastornos visuales por un estrechamiento del campo visual periférico, afección precoz de la adaptación retiniana y aspecto oftalmoscópico de atrofia simple sin signos de inflamación del nervio óptico. Insisten sobre la rareza del escotoma central, el aspecto lo más frecuentemente normal de los vasos retinianos hasta un estado muy avanzado de la enfermedad y sobre la frecuencia de los trastornos mentales en los tabéticos atacados de atrofia óptica.

El estudio anatómo-patológico muestra en el tejido nervioso lesiones que actúan a la vez sobre la mielina, neuroglia y tejido conjuntivo vascular. La mielina desaparece progresivamente fagocitada por los mielofagos y mieloclastos, que a su vez son reabsorbidos por vía vascular. Los cilindro-ejes sufren fragmentaciones antes de ser reabsorbidos por los cuerpos granulosos. La neuroglia prolifera bajo la forma de elementos fagocitados por una parte y por otra bajo la forma fibrilar, produciendo secundariamente una verdadera esclerosis del nervio, sobre todo en la región retrobulbar. Las lesiones meníngeo-vasculares son constantes, aunque variables en su intensidad y no proporcionales a las alteraciones de los axones. Los autores no han encontrado nunca en los casos examinados la constancia y la precocidad de las infiltraciones linfoplasmocitarias perivasculares descritas por Pierre Marie y Léri. La topografía de las alteraciones del nervio óptico muestra a la vez un carácter parcelar y difuso con un máximo en la región retrobulbar del nervio y degeneraciones muy poco marcadas.

Los hechos biológicos indican igualmente que la degeneración de las fibras nerviosas no se encuentra forzosamente ligada a la importancia de las lesiones meníngeo-vasculares. Los autores insisten sobre la ausencia del agente infeccioso en el interior del nervio. Efectúan un estudio crítico de las distintas hipótesis patogénicas que han sido propuestas, y llegan a la conclusión de que para la tabes en general y para su complicación óptica, en particular, resta aún por conocer la causa profunda de las lesiones nerviosas característi-

cas. Estas no pueden ser explicadas por mecanismos simples y hacen posible una concepción tóxica.

La evolución más o menos rápida y casi siempre fatal de la atrofia óptica tabética ha dado lugar a las más valientes tentativas terapéuticas. Los tratamientos antisifilíticos son, por lo general, completamente ineficaces. Las dosis prudentes de esta medicación son particularmente peligrosas para las fibras ópticas. El tratamiento por vía subaracnoidea, lo mismo sea de inyecciones de aire, novarsenobenzol o mercurio, así como el drenaje cerebroespinal, parecen con frecuencia útiles, sobre todo en el comienzo de la enfermedad. Los resultados obtenidos con la malarioterapia son en extremo variables indudablemente en relación con el estado más o menos avanzado de la enfermedad en el momento de iniciar la terapéutica. Su acción es mucho más incierta en el tratamiento de la tabes y de su complicación óptica que en el de la P. G. P. Sin embargo, con la malaria atenuada han sido obtenidos los efectos más beneficiosos. Puede preferirse la piretoterapia a la terapéutica por los agentes infecciosos, siendo particularmente útil el empleo del aceite azufrado.

En último término pasan revista los autores a los otros procedimientos de tratamiento: la electropirexia, la medicación llamada vasodilatadora, y proponen el ensayo de un tratamiento quirúrgico liberador de los nervios ópticos y de sus envolturas menígeas. Todos estos esfuerzos terapéuticos cuentan en su activo si no verdaderos éxitos, por lo menos detenciones de la afección en un número importante de casos. (*Soc. de Oph.*, de París, 20 de noviembre 1932.)—T. B.

Paisséau, Tournant y Patey. DERMATITIS EXFOLIATIVA DE LOS RECIÉN NACIDOS (ENFERMEDAD DE RITTER).—Ritter von Rittersheim describió en Praga, en 1878, bajo el nombre de dermatitis exfoliativa de los recién nacidos, una afección bastante corriente en la Europa central, la cual, sin embargo, en Francia es de una extraordinaria rareza. Con motivo de un caso observado por ellos y de algunos casos publicados recientemente en Francia, recuerdan los autores los caracteres de esta curiosa afección.

La enfermedad de Ritter es una variedad del pénfigo generalizado, que se presenta únicamente en los recién nacidos. Su etiología es aún desconocida. Su origen infeccioso, aunque probable no ha sido demostrado, y su contagiosidad es muy discutida.

La erupción comienza por una erupción ampollosa. Su evolución prosigue, por lo menos en las formas extensivas, por un desprendimiento epidérmico espontáneo, sin producciones ampollosas, y los tegumentos sanos presentan el fenómeno de la epidermolisis ampollosa que representa el signo de Nikolsky.

Ciertas formas poco extensivas son capaces de curar, pero la mayoría de los casos puede invadir la totalidad de la superficie cutánea, siendo la terminación en estos casos rápidamente mortal.

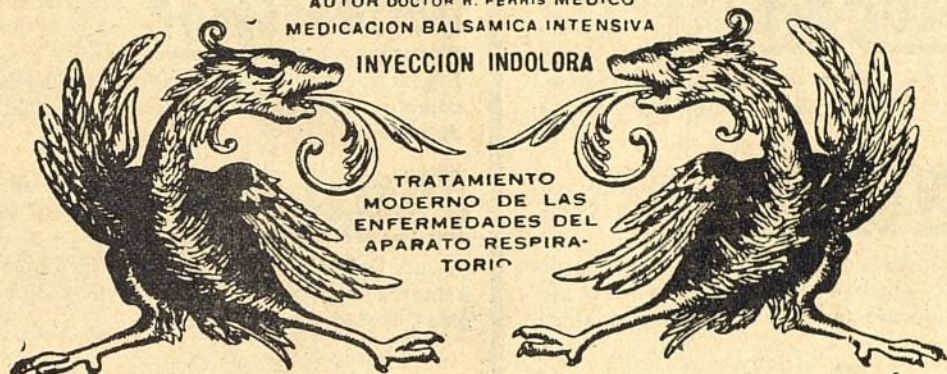
La enfermedad de Ritter debe ser claramente distinguida de la enfermedad de Leiner-Moussous y colocada en el grupo de los pénfigos; pero presenta, sin embargo, un cierto número de caracteres particulares que parecen diferenciarla del pénfigo epidérmico del recién nacido. (*Arch. de Med. des Enfants.*, núm. 2, II, 1933.)—T. B.

Frei. LA ESPECIFICIDAD DE LA REACCIÓN DEL LINFOGRANULOMA INGUINAL.—Fundándose en exámenes practicados sobre más de 100 enfermos, llega el autor a la conclusión de que el antígeno preparado por él con el contenido de los bubones de la linfogranulomatosis inguinal tiene un elevado valor específico. En los enfermos en los que el resultado parecía inespecífico, el examen clínico atento ha permitido encontrar trazas de una

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

Procesos crónicos del
aparato respiratorio

1

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

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

Neyol n.º

Antifímico

2

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

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

Neyol n.º

Niños

3

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

Procesos agudos

4

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

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

Neyol n.º

Antiasmático

5

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

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

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

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

SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS

Dr. Georg Henning, Berlin



Testogan

Preparado organo-terápico, de efecto seguro, indicado en los casos de: **Potencia reducida, neurastenia sexual, estados de agotamiento, vejez prematura.**

Teligán

Para combatir eficazmente los desórdenes funcionales de las glándulas genitales. Indicado en: **Desórdenes de la menstruación, molestias de la menopausia, insuficiencia sexual, vejez prematura.**

Sipolysin

Muy indicado en la **adiposidad**, tanto endógena como exógena. Formas mixtas.

Intestinol

Preparado a base de páncreas, secreta y carbón. Indicado en todos los **desórdenes digestivos**, como estimulante fisiológico de las glándulas digestivas.

Pituigan

Extracto estandarizado del lóbulo posterior de la hipófisis. Debilidad de las **contracciones uterinas**, hemorragias, postparto, postaborto y ginecológicas, debilidad circulatoria.

Myoston

Extracto estandarizado de la musculatura, libre de albúmina, Angina de pecho, **esclerosis coronaria** y enfermedades análogas de los vasos cardíacos.

Muestras y bibliografía al representante general para España:

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

Asociación
gitalina-Uab



Reemplaza con ventaja
la Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas
PARIS VI.*

Muestras y
literaturas:

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



Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA



Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

linfogranulomatosis antigua. Esta especificidad ha sido igualmente comprobada por gran número de autores.

Frei añade que es indispensable ajustarse estrictamente a la técnica de preparación que él indica, ya que los resultados negativos que han ido señalados son debidos generalmente a un error de técnica. Es preciso por otra parte no considerar como positivas las reacciones que aparecen bajo la forma de una placa roja el día siguiente de la inoculación. La positiva es preciso que se manifieste por un nódulo inflamatorio que aparece únicamente al segundo día y aun en los días siguientes.

Discute el autor el valor de los tres casos lyoneses en los que la reacción había fracasado. En los casos de Gaté y Giraud piensa que su reacción era específica y que no se trataba simplemente de una simple sífilis, sino de una infección asociada sifilítica y linfogranulomatosa.

En los casos de Gaté y Charpie estima que no se trata de su reacción, porque la placa ha aparecido al cabo de veinticuatro horas.

En el caso de Nicolás, Lebeuf y Rougier, piensa el autor que en el enfermo no había un bubón tuberculoso puro, sino una infección mixta, tuberculosa y linfogranulomatosa, y en estos casos su reacción es positiva.

Como las otras variedades de alergia, la alergia linfogranulomatosa no engloba a todos los enfermos, sino que existen excepciones. Son éstas, sin embargo, extraordinariamente raras en los casos de linfogranulomatosis no complicada en actividad y tanto más frecuentes cuanto más antigua es la enfermedad. La negatividad de la reacción no significa, pues, de un modo absoluto que el enfermo no esté o haya estado afecto de linfogranulomatosis. Esto explica los casos muy raros en los que la reacción ha sido negativa en enfermos de elefantiasis genito-rectal. (*Der. Woch.*, tomo XCV, número 44.)—T. B.

R. Sachs. EL TRATAMIENTO DE LOS ECZEMAS CLÁSICOS GOTOSOS, DE LAS INFLAMACIONES Y DE LOS ANGIOESPASMOS POR EL CALOR.—Distingue el autor las lesiones de primer grado, congelaciones, acrocianosis y síncope locales de las extremidades y lesiones de segundo grado, a las que da el nombre de eczemas crónicos gotosos, que son las dermatitis interdigitales de las manos o de los pies.

El tratamiento de elección de todas estas lesiones es el calor; pero es importante no emplear el calor radiante, que paraliza los capilares, inhibe la secreción sudoral y no permite, por lo tanto, elevaciones de temperatura suficientes. La fuente de calor debe estar protegida, y a este fin ha hecho el autor construir un aparato de resistencia eléctrica, cubierta que permite la reacción sudoral capaz de eliminar el ácido úrico y permite soportar las fuertes elevaciones térmicas sin provocar sensación de quemadura. Es un aparato de aire caliente de manejo manual, que proporcionará seguramente excelentes resultados terapéuticos.

Considera el autor su método superior a la diatermia, porque esta última fracasa frecuentemente en las mencionadas afecciones, además de resultar muy difícil colocar los electrodos.

La aplicación del aire caliente debe ir seguida de una breve fricción en frío, y cuando existen lesiones eczematosas deben ser cuidadosamente empolvadas. Los enfermos no deben, por otra parte, lavarse nunca las manos con agua fría.

Son necesarias generalmente cuatro a seis aplicaciones de veinte a cuarenta minutos cada una. La temperatura es de 80°, 90° y hasta 100°.

Puede asociarse a este tratamiento los baños radioactivos, el tratamiento medicamentoso de la gota y,

sobre todo, las terapias endocrinas especialmente cuando estas afecciones coinciden con la época de la menopausia. (*Med. Klin.* Tomo XXVIII, núm. 25.)—T. B.

Pavie y Mollard. MODIFICACIONES DE LA FÓRMULA LEUCOCITARIA EN EL CURSO DE LAS INTOXICACIONES POR EL ORO.—La marcha del tratamiento por el oro ha sido considerablemente facilitada por la investigación regular y sistemática de la cantidad y la fórmula de los leucocitos en la sangre. Esta investigación debe efectuarse frecuentemente, a causa de la brusquedad con que aparecen estas modificaciones.

En la innumerable lista de los accidentes e incidentes debidos a las sales de oro, se comprueba que ciertos de ellos se acompañan de eosinofilia sanguínea, ortos de polinucleosis, neutrofilia y algunos de leucopenia grave. Algunas veces también no existe ninguna modificación característica del equilibrio leucocitario, por lo que es un error dar únicamente a la eosinofilia un valor absoluto en la marcha del tratamiento. Sin embargo, la práctica demuestra que las variaciones leucocitarias representa una fiel medida de la receptividad del organismo a las sales de oro. Todo desequilibrio en la proporción de los elementos sanguíneos es la expresión de un trastorno orgánico.

La eosinofilia se presenta constantemente en el curso de las afecciones cutáneas y mucosas y acompaña también a los accidentes de orden general.

La polinucleosis neutrófila con leucocitosis es la fórmula encontrada en "la gripe áurica", los accidentes térmicos, trastornos digestivos y reacciones focales. Responden a una saturación del organismo por las sales de oro.

La leucopenia y la disminución de los polinucleares neutrófilos son raras y de pronóstico sombrío, mientras que la eosinofilia es un elemento de buen pronóstico.

Existe una vulnerabilidad individual a las sales de oro; el estudio de las modificaciones de la fórmula leucocitaria es útil para descubrir precozmente y evitar los accidentes graves. (*Lyon Medical*, 16, X, párrafo 32.)—TOMÉ BONA.

Madden. ERUPCIONES CAUSADAS POR EL NIRVANOL.—El nirvalo o feniletilidantonina es debido a la combinación del ácido feniletilglicocólico y a la urea. Es empleado en el tratamiento de la corea a la dosis de treinta centigramos en los niños pequeños y sesenta en los de mayor edad; se emplea una a tres dosis por día durante siete a doce días, deteniéndose si se presenta fiebre o erupción.

La erupción aparece bruscamente sobre el abdomen y el tórax, bajo la forma de manchas rosadas, que recuerdan las de la fiebre tifoidea, las cuales posteriormente se hacen confluentes, tomando un aspecto morbiliforme entre 10 y 20 días, con o sin prurito y fiebre. Posteriormente la erupción desaparece rápidamente sin desecación, no dejando ninguna pigmentación.

El pronóstico es generalmente favorable, habiéndose, sin embargo, descrito complicaciones, como son dermatitis exfoliativa, edema de la cara, urticaria, prurito intenso, etc. Se han descrito, igualmente, accidentes tóxicos más graves, tales como estomatitis, ictericia, nefritis, diarrea sanguinolenta, agranulocitosis y neuritis óptica. En la bibliografía se registran algunos casos de muerte. (*Arch. of Der and Syph.* Tomo XXVI, número 6.)—TOMÉ.

H. Violet. EL TRATAMIENTO DE LA SANGRÍA GENERAL EN ALGUNAS AMENORREAS.—En su trabajo, el autor insiste de un modo cierto en la ineficacia de los productos ováricos e hipofisarios en la amenorrea; a la diatermia le concede algo más de utilidad, si bien no la necesi-

ria; los emenagogos le da algo de miedo hacer uso de ellos; el iodo y mucho mejor las inyecciones intramusculares de lipiodol le han dado resultados muy aceptables. Pero en el caso que la amenorrea sea ya de varios meses, el autor recomienda su procedimiento. Consiste éste en practicar una sangría, a veces dos, de 200 a 250 gramos, viendo—en los trece casos por él observados—cómo a los siete o quince días aparecían las reglas.

En su trabajo no explica aún Violet la acción de su interesante método. (*Revue Française de Gynécologie et D'Obstétrique*. Núm. 11. Noviembre 1932.)—J. H. S.

M. H. Cambessédés. EL EMPLEO DE SUERO DE CONVALESCIENTES EN LAS PAROTOIDITIS.—A causa de la larga inmovilización en que esta enfermedad sume al paciente y de la gran rapidez y facilidad con que se extiende en todos los medios donde aparece, se la puede llamar enfermedad social.

En modo alguno se deben descuidar las complicaciones de esta fastidiosa enfermedad por lo frecuentes y molestas que son; las más frecuentes suelen ser las orquitis, ovaritis y también localizaciones meníngeas.

El autor ha practicado experiencias de sueroterapia de esta afección desde un punto de vista profiláctico de la misma y de las complicaciones testiculares de ella. El suero utilizado por él lo ha sido de convalecientes adultos. Ha inyectado dosis de 20 a 40 cm. cúbicos. Lo que más ha sido influenciado por el tratamiento ha sido las orquitis y ovaritis. No produce trastorno de ninguna clase. (*Annales d'hygiène publique industrielle et sociale*, febrero 1933.)—J. H. S.

J. Osillag. EL CARBÓN ANIMAL EN EL ECZEMA.—Osillag presenta el caso de una mujer de treinta y dos años, que desde hace quince padece un eczema liquenificado de la cara, cuello, manos y brazos, que no ha cedido a ninguna de las múltiples terapéuticas en él empleadas. Un día la enferma salió al campo y tomó un baño de sol de larga duración que la verificó un recrudecimiento de todas sus lesiones, lo que al autor le hizo pensar en un origen gastro-intestinal; la mandó, por tanto, seis tabletas diarias de carbón animal suspendiéndola en absoluto toda aplicación de pomada o líquido cualesquiera en sus lesiones cutáneas.

Al cabo de un mes de instituir este tratamiento se apreció una mejoría muy considerable de las lesiones, sin que los rayos del sol la recrudesiesen las mismas al exponerlas a él.

Para el profesor Osillag este hecho prueba el origen gástrico-intestinal de la sensibilidad a los rayos solares, y también demuestra cómo el carbón actúa como absorbente de las toxinas intestinales. (*Dermatologische Wochenschrift*, núm. 37, 10 septiembre 1932.)—J. H. S.

Carlos María Pintos. SOBRE LA ALERGIA TUBERCULÍNICA EN EL SARAMPIÓN.—Se vió después de las múltiples investigaciones de Von Pirquet y sus discípulos que en niños en que la cutireacción tuberculínica era positiva se hacía ésta negativa después de padecer el pequeño una enfermedad infecciosa, sobre todo el sarampión.

Cita el autor a continuación trabajos de diversos profesores nacionales y extranjeros, todos ellos de alto renombre, en los que tratan de este tema; unos dicen que la reacción siempre se hace negativa; otros que no, y algunos que tan sólo durante el periodo agudo del exantema; acerca de ellos todos realizan profundas reflexiones.

El profesor Carlos María Pintos ha realizado también en su clínica investigaciones acerca de este punto,

habiendo obtenido reacciones positivas en el periodo de exantema y pasado éste.

Termina el autor su trabajo diciendo que el sarampión no determina alergia tuberculosa en todos los sujetos, y que se propone en plazo breve completar este trabajo haciéndolo extensivo a la tosferina, a más de a otras enfermedades llamadas anergizantes. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 9 febrero 1933, núm. 6.)—J. H. S.

Mienicki y Ryll-Nardezewski. LAS REACCIONES ALÉRGICAS DE LOS PSORIÁSICOS Y LA INFLUENCIA DE PIROTERAPIA.—Los autores han tratado doce enfermos psoriásicos por la piroterapia (Dmelcos) y han estudiado en ellos con todo detenimiento las modificaciones sufridas por las reacciones alérgicas bajo la influencia ejercida por este tratamiento.

Desde el punto de vista clínico la piroterapia ejerce una influencia favorable sobre el psoriasis, si la fiebre ha sido alta y los abscesos múltiples; si no, no.

La piroterapia—nos dicen los autores al acabar su artículo—modifica las reacciones cutáneas de los psoriásicos al Dmelcos y papulosa; habitualmente en ellos la intradermo reacción se convierte en eritematosa, después de practicado el tratamiento. (*Præglad Dermatologiczey*, tomo XXVII, núm. 2, junio 1932.)—J. H. S.

O'Leary y Rogin. ¿FAVORECEN LOS ARSENOBENZOLAS LA APARICIÓN DE LA NEUROSÍFILIS?—Los autores estudian en este trabajo 500 casos de neurosífilis del Servicio de Dermatología y Sifiliografía de la Clínica Mayo en 1928 y 1929. Estos casos se reparten en 396 hombres (79 por 100) y 104 mujeres (21 por 100), lo cual parece mostrar que las mujeres son menos sensibles que los hombres a las manifestaciones tardías de la sífilis.

De estos 500 casos 361 (72 por 100) no habían sido tratados nunca con anterioridad a su ingreso en la clínica; 65 (13 por 100) habían recibido solamente un tratamiento mercurial y yodurado; 59 casos (11,9 por 100) no habían recibido más que un tratamiento insuficiente de mercurio y salvarsán; 15 casos únicamente (3 por 100) habíanse tratado de un modo adecuado con arsenicales.

Entre las formas diversas de neurosífilis predominaba la tabes, a la que seguía la demencia paralytica, la sífilis cerebro-espinal, la neurosífilis asintomática, un caso de mielitis y un goma del cerebro.

La tabes fué observada en 161 enfermos que no habían recibido ningún tratamiento (44,6 por 100); 37 tratados con yoduro y mercurio (56,8 por 100); 19 que lo habían sido con mercurio y arsénico pero de un modo insuficiente (32,2 por 100), y en dos enfermos convenientemente tratados con arsenicales (13,3 por 100).

La neurosífilis asintomática fué observada, respectivamente, en 85 enfermos de la primera categoría (23,5 por 100); 10 de la segunda (15,3 por 100); 23 de la tercera (38,9 por 100), y nueve de la cuarta (60 por 100).

Los accidentes nerviosos graves fueron, pues, observados sobre todo en los enfermos no tratados o insuficientemente tratados por los arsenobenzoles.

Un tratamiento antisifilítico adecuado instituido después del diagnóstico de neurosífilis se ha mostrado eficaz si se consideran sus efectos sobre el líquido céfalo-raquídeo, las reacciones serológicas en la sangre y los síntomas clínicos.

Los arsenobenzoles, por lo tanto, no favorecen la aparición de las manifestaciones nerviosas ya que de 500 casos tomados al azar no habían sido empleados éstos al comienzo de la enfermedad en un 85 por 100. (*Revista Argen. de Dermatología*).—J. H. S.

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

PODEROSO ANTISEPTICO DE LAS INFECCIONES DE LOS OJOS

LAVADOS Y BAÑOS OCULARES

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

EL FRASCO LLEVA UNA BAÑERITA

Cem.: Cia. hidrargvr., 0,02 gr.—Ac. carbazot, 0,01 gr.—Sal. seda.
Homberg, 6 gr.—S. Clorenalina, XX gotas.—Ag. bidestilada, 300 gr.

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

—La de Cobrerros (Zamora), partido judicial de Puebla de Sanabria; tercera categoría; por jubilación; dotación, 2.200 pesetas y 80 familias de Beneficencia; población, 2.231 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 3 de octubre.

Observaciones: Selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

—La de Villálvaro (Soria) y sus anejos Berzosa, Rejas de San Esteban y Matanza, partido judicial de El Burgo de Osma; segunda categoría; por nueva creación; dotación, 2.750 pesetas y seis familias de Beneficencia; población, 1.408 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 3 de octubre.

Observaciones: Selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

—La de Moya (Cuenca) y sus anejos Algarra y Casas de Garcimolina, partido judicial de Cañete; segunda categoría; por renuncia; dotación, 2.750 pesetas y 40 familias de Beneficencia; población, 2.000 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 3 de octubre.

Observaciones: Selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

—La de Cañete (Cuenca) y su anejo Campillos-Sierra, partido judicial de Cañete; segunda categoría; por renuncia; dotación, 2.200 pesetas y 30 familias de Beneficencia; población, habitantes; provisión, concurso libre de antigüedad. Solicitudes hasta el 3 de octubre.

Observaciones: Selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

¿Viene usted a Madrid?

Hospédese

Hotel Los Leones de Oro

(entre Puerta del Sol y Gran Vía)

Calefacción — Baños :: ::

Precios económicos :: Muchas atenciones para los médicos

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

IODASA BELLOT

Solución titulada de IODO - PEPTONA - BELLOT SIN IODISMO

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

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

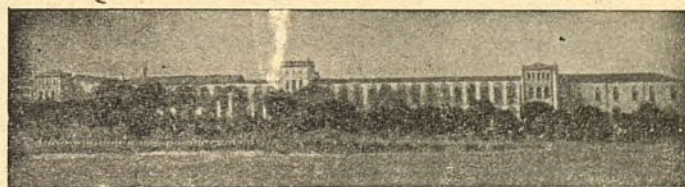
Escrófula, raquitismo, artritis, reumatismo, arterioesclerosis, enfermedades del corazón y de los vasos, asma, enfisema, linfatismo, bocio, infartos glandulares, obesidad, sífilis.

LA IODASA se prepara en España desde el año 1907

F. BELLOT.—Antonio López, 163.—MADRID

Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO Carabanchel Alto

Director: Dr. Jaime Esquerdo Sáez



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

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

Exito en los Hospitales desde 1848

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

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS ELIXIR CLORHIDRO PEPSICO AMARGOS DIGESTIL

(Nombre registrado)

Tónico digestivo. — Acido clorhídrico, pepsina, colombo y nuez vómica

Delicioso medicamento que suple en los enfermos la falta de jugo gástrico

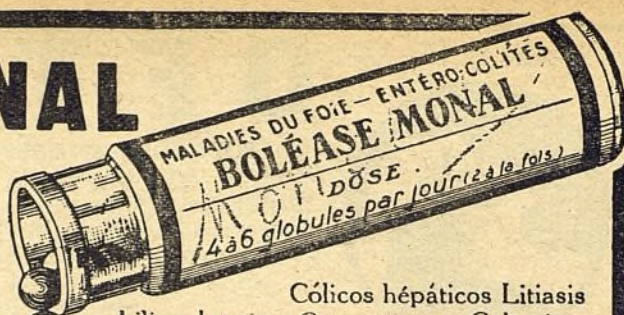
BOLEASE MONAL

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

COLAGOGO - TÓNICO - HEPÁTICO - ANTI-TÓXICO

**Enfermedades del Hígado
y del Intestino**

DOSIS : 4 à 6 glóbulos por día



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

LABORATOIRES MONAL & C^{ie}, 6, RUE BRIDAINÉ, PARIS

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

ALZOLA

(Guipúzcoa)

Oligo metálica, marcadamente litínica,
radioactiva, 30°

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

Temporada:

15 de junio al 15 de octubre.

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

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.

LIBROS DE INTERES

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

Pesetas

<i>Sinónimos de medicamentos modernos</i> , por Gustavo López y García. Rústica.	4
<i>El problema médico-social de la tuberculosis</i> , por Tomás de Benito. Rústica...	7,50
<i>El bandido de Fontfreda</i> , por R. Comenge. Novela (parte II). Rústica.....	6
<i>Tratado práctico de etiqueta y distinción</i> . Rústica	4
<i>Programas y Reglamentos de Médicos titulares, Lucha antivenérea</i> (dos pesetas). <i>Sanidad Militar, Estatutos de los Colegios Médicos, Provisión de vacantes de médicos y farmacéuticos</i> , cada uno	1,50
<i>Monografías</i>	1,50
<i>Contestaciones al Programa de médicos titulares</i> , 4 tomos. Rústica	25
<i>Paseos de un solitario. Hombres y mujeres de mi tiempo</i> , por C. M. ^a Cortezo. Rústica.	
Primera serie	5
Segunda serie	6
<i>Indicaciones del Forceps y técnica operatoria del mismo</i> , por el doctor Paulino A. Pons. Rústica	4
<i>Estudio histórico crítico de la Legislación sanitaria española</i> , por el Dr. Alvarez Sierra	2
<i>Código Penal vigente</i> (rectificado hasta el día).....	2,50
<i>Reglamento de aplicación de la Ley de Accidentes del trabajo</i> , con modelos de libros y todas las disposiciones al mismo referentes hasta el día	2

radiaciones. Resulta de esto primero radiodermatitis que se multiplican progresivamente, llegando a necrosar los tejidos y a acarrear mutilaciones, a necesitar incluso amputaciones. Sobreviene en seguida un ataque de los órganos profundos, principalmente de los elementos figurados en la sangre y un estado caquético que produce la muerte del paciente.

Así han sucumbido las víctimas de las radiaciones, la primera de las cuales fué Radiguet. Muchos otros siguieron: Laray, Introy y el mas ilustre de todos, el profesor Bergonié; su pérdida reciente es un verdadero duelo para la ciencia francesa, y particularmente para la radiología, de la cual fué uno de los iniciadores. Atacado desde el principio, perseveró estoicamente y hubo de sufrir muchas operaciones mutilantes, la última de las cuales fué la desar-

ligros a que se exponen; y, sin embargo, continúan su fecundo trabajo. Inclinémonos ante estos investigadores impávidos, ante estos mártires de la ciencia; saludemos con respeto estos muertos gloriosos de la guerra eterna del hombre contra la enfermedad y el dolor.

DR. J. LAUMONIER

TREPONEMOL SIFILIS

PREVISION DE LAS HORMIGAS

En ocasiones las hormigas necesitan alimentos líquidos y la sequía de la estación no se los proporciona. Para que no les falte nunca, durante el tiempo de lluvias, llenan su buche de agua y sustancias azucaradas una serie de obreras que se conservan así en cavidades subterráneas especiales, muy atendidas por las otras obreras, hasta que la sequía obliga al resto de la colonia a recibir las gotas del líquido azucarado que aquellas les suministran con gran complacencia. Esta es una de las muchas manifestaciones de la extraordinaria previsión que observan las hormigas en casi todos los momentos de su vida, previsión que pudiera servir de modelo a muchos individuos.

CARABAÑA: el mejor purgante

LA uva es quizá la fruta más apreciable; se puede recomendar en todas las enfermedades y especialmente en el artrismo, tuberculosis, estreñimiento, las enfermedades de la nutrición, del hígado, etc., etc.

Es laxante, antiséptico del intestino, cura la acidez en los humores, estimula la actividad de los riñones y del hígado. Hasta en algunos casos de diabetes se ha podido comprobar un buen éxito utilizando las uvas no muy dulces, ya que el azúcar de frutas es de fácil asimilación.

LIRICA JOCOSA

La vieja doña Dolores en sus discursos prolijos, cuenta que tiene tres hijos, y los tres a cual mejores: Uno despunta en belleza, otro en valor extremado, y el otro, que ya es casado, despunta por la cabeza.

Monforte un comercio abrió de cueros y se asoció a Ontiveros, hombre honrado; pero a poco el desdichado de un accidente murió.

Y viendo triste y sin norte a la familia en la Corte, el bondadoso Ontiveros siguió trabajando en cueros con la viuda de Monforte.

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

Calabazas

—Bella Leonor, yo quisiera dueña hacerte de un secreto que guardarás, en respeto, a la afección más sincera. —Si no es, Fernando, quimera precursora de dolor, expón tu cuita.

—Es de amor; y si escuchas sin quebranto oírás...

—No te acerques tanto, que tengo mucho calor.

—Hace tiempo, Leonor bella que espero con tus favores, endulzar los sinsabores de mi punzante querella. Los reverses de la estrella

SARNA
Cúrase con **Sulfureto Caballero**

que preside a mi dolor, dejaron mudo al amor que va mis fuerzas minando, y espero...

—Aparta, Fernando, que tengo mucho calor.

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

ticulación de hombro, que no impidieron, desgraciadamente, la invasora marcha del mal. Pero su desaparición no pone fin a su obra principal, la creación de los centros regionales antecancerosos, que, bajo su égida, por decirlo así, se multiplican y constituirán pronto el más eficaz medio de lucha contra la terrible enfermedad. Y ¿cómo olvidar los dos jóvenes químicos Deménitroux y Demalander, que han perecido por la acción de los sales de radium que había desorganizado su sangre?

En fin, muchos otros habría que citar aunque no han sido muertos por las radiaciones han experimentado, sin embargo, su cruel mordedura.

Y, sin embargo, podemos protegernos contra los efectos nocivos de los Rayos X: guantes de plomo, vestidos metalizados, caretas con gafas de cristal plumbífero, puesto que el plomo es el menos permeable a estos rayos de todos los metales usuales. Mas estos medios un poco incómodos no son siempre empleados, ni obser-

Contra las neuralgias aconsejad **Cerebrino Mandri**

vañas las precauciones oportunas. Por lo demás, los Rayos Gamma son demasiado penetrantes para que se pueda prácticamente poner obstáculo a su paso. Los radiólogos lo sabe perfectamente, conocen los pe-

—Leonor, mi amor desfallece al notar en su semblante, despicente y vacilante, la nube que entenebrece. Y aunque mi afán no decrece ante el fundado temor de un mal cobarde y traidor que decir me está privando, "yo te amo..."

**CATARROS. TOS
JARABE MADARIAGA
benzocinámico**

—Aparta, Fernando, que tengo mucho calor.

Aunque ves casi apagada la estrella de la fortuna que alumbró mi pobre cuna, no te juzgo interesada. Si mi ser cual es te agrada, dilo pronto, por favor, que acaso puedas, Leonor, en breve vivir triunfando, si aceptas...

—Quita, Fernando, que tengo mucho calor.

Las calabazas que cuidas para echarlas sobre mí, engórdalas para ti rozagantes y nutridas. Y si a tu mudanza asidas van las penas de mi amor y en placer cambia el dolor sin saber cómo ni cuándo, te dirá...

—Aparta, Fernando, que tengo mucho calor.

—¿Es que tú temes que obra en tu aliento perfumado el hábito contagiado con las miserias de un pobre?

HEMORROIDES internas, externa
y afecciones del recto. Medicación hemorroidal completa
Dr. Ribalta. Prospectos gratis.
Rambla Cataluña, 44. — BARCELONA

Pues, bien; cuando a mí me sobre oro, fortuna y favor, volveré a verte, Leonor, tu codicia detestando; adiós...

—Márchate, Fernando, que me das mucho calor.

FERTULIA MÉDICA

—Queda en paz, que ya me voy; mas ya que triunfas ufana, lo que has de saber mañana quiero que lo sepas hoy.
—Di...

—Que soy rico pues soy heredero universal de mi buen tío Marcial que ha muerto en Niza testando, y voy...

—Espera, Fernando, que siento un frío glacial.

—Adiós; no quiero acercarme, que el calor te dañaría.

—Pero me has dejado fría y es tu deber abrigarme.

—Ya no pueden conquistarme tendenciosas añagazas, y procura darte trazas de conservar el calor, que sin él, bella Leonor, no engordan las calabazas.

Illescas (Toledo), 1933.

WENCESLAO BORRACHERO

**STROPHANTUM
PALLARES**

XV gotas contienen 1/2 miligramo de Estrofantina

EN Australia los conejos abundan numerosamente. En algún distrito, la invasión de tales animales va seguida, en breve plazo, de la ruina de los ganaderos en él residentes, cuyos carneros mueren de hambre, a causa de que los conejos invasores roen toda la hierba hasta las raíces, sin dejar nada aprovechable a los carneros.

Los gobiernos australianos han instituido premios de cantidades muy importantes para recompensar a los descubridores de procedimientos rápidos de exterminio, y sin embargo, nada práctico se ha hallado hasta el presente. Han pagado igualmente primas elevadas a la destrucción de conejos; 25 millones de ellos fueron muertos durante un solo año en la Nueva Gales del Sur, pero su número no parece disminuir en lo más mínimo.

ALGUNOS libros pequeños vafen más que otros grandes, porque contienen menos necedades.—*Calímaco*.

VIO Diógenes a un pródigo arruinado que cenaba en un miserable bodegón. Se le acercó y le dijo:

—Si hubieras comido como cenas, no cenarías así.

RINOGOL

Para antisepsia nasal.

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

LA ruta de Colón la siguieron hace poco tres estudiantes de Cornell: Dudley Scheles, Carl Weagant y Joe Rummmler.

Los intrépidos navegantes se trasladaron de Europa a las islas Bahamas en un botecito de 46 pies de largo, llamado "El Carlsark".

Los expedicionarios siguieron, conforme hemos indicado, la misma ruta que siguió Colón en su viaje al Nuevo Mundo en 1492.

La travesía desde las islas Canarias a las citadas islas duró cincuenta y un días.

Los valerosos estudiantes tienen el propósito de escribir las memorias de su sensacional viaje, para lo cual han recibido ya tentadoras ofertas de algunas empresas periodísticas de Norteamérica.

SIEMPRE se debe confiar el gobierno a los que no tienen empeño en poseerlo.

Lo que hace feliz al hombre es haber tropezado con la frontera de sus ilusiones.—*Manuel Bueno*.

ANTIPHLOGISTINE

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

EL que ha naufragado, teme al mar aun en calma.—*Ovidio*.

Cuando Dios quiere castigar a un hombre, le quita el juicio.—*Petérulo*.

Recibir la muerte con intrepidez es magnanimidad; el darsela es falta de ánimo.—*De Real*.

El lauro que se gana con la virtud no se marchita nunca.—*Angela Grassi*.

hay unas veces anestesia y otras hiperestesia. La compresión de los músculos y de los nervios obliga al enfermo a quejarse. Por último, hay cefalea e insomnio. En los casos favorables los trastornos de la sensibilidad cedan al cabo de cinco o seis semanas. A veces disminuye la parálisis desde la raíz de los nervios hasta su extremidad; pero deja resíduos indelebiles.

Entre éstos figuran las retracciones tendinosas, consecuencia de la parálisis de los extensores que más se afectaron; por ellas se deforma la mano, que se parece un poco a la garra cubital. Entre los trastornos, tróficos se encuentra la piel engrosada, las úlceras y las erupciones. Cuando el enfermo no sucumbe a la caquexia, estas retracciones tendinosas constituyen incapacidades graves. En las intoxicaciones subagudas el período de trastornos gastrointestinales y de fenómenos generales es más prolongado. Surgen luego erupciones pruriginosas y sensaciones raras dolorosas, para terminar en la atrofia y en la parálisis de los miembros con anestesia de los mismos. Los músculos de la cara pueden afectarse. Se ha observado incoordinación motora, trastorno de los reflejos y de las reacciones eléctricas. Si se descubre y se suprime el origen de la intoxicación, pueden los accidentes no pasar de esta fase inicial. Así ocurre cuando aparecen durante el tratamiento de la corea, del edema o del cáncer por el líquido de Fowler. En la intoxicación crónica, sea alimenticia, sea profesional, los primeros síntomas consisten en embotamiento y dolores de las extremidades. Hay debilidad en la mano y en la pierna y se constituye una verdadera parálisis.

El diagnóstico de las neuritis arsenicales se funda en la importancia de los trastornos de la sensibilidad, la topografía de las parálisis, que atacan lo mismo a los miembros superiores que a los inferiores. La intensidad de las deformidades, en un estado avanzado de la enfermedad. El comienzo por los trastornos gastrointestinales, las selecciones, por último, el olor alíaco de las deposiciones y hasta de la orina. En algunos enfermos que padecían estas neuritis se han descrito temblores, crisis de epilepsia, trastornos intelectuales, entre

hay abolición de los reflejos tendinosos. La localización más frecuente es la del ciático, que comienza con los dolores de la ciática clásica y acaba por la parálisis del miembro con atrofia muscular. También se han producido parálisis faciales de origen diabético y en casos aislados localizaciones diversas en otros miembros. La parálisis ocular más frecuente en la diabetes es la del motor ocular externo. Cuando la lesión ataca varios nervios a un tiempo, puede presentar tres aspectos: el hiperestésico, el motor y el atáxico. Aquí también padecen los miembros inferiores con más frecuencia que los superiores; los síntomas corrientes son: dolores espontáneos, anestesia y pérdida de los reflejos. Algunas veces presentan los dolores el tipo fulgurante. Hay conservación de la fuerza muscular, pero anestesia y trastornos de la coordinación de los movimientos, que dan al enfermo el aspecto exacto de un tabético.

En los casos de edema por lesiones cardíacas, renales o venosas, se producen también alteraciones de los nervios de la región afecta, sin duda por la infiltración del tronco nervioso por las sustancias contenidas en el líquido del edema. Unas veces se presenta degeneración walleriana, y otras neuritis segmentarias periaxiales. Estas lesiones explican diversos trastornos motores y sensitivos, que quedan en los miembros después del edema.

Neuritis profesionales.—No se producen exclusivamente por la repetición de un movimiento o ejercicio, sino que ocurren en sujetos con predisposición general a las neuritis por el alcoholismo o por trastornos hereditarios. Por tales razones es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer. Se ha observado en el hombre en aquellos oficios que requieren bastante esfuerzo o gran rapidez y constancia en los movimientos. Ejemplos: herreros, carpinteros y taquígrafos. La causa de estas neuritis estriba muchas veces en la compresión que sufren los troncos nerviosos durante la ejecución del trabajo. Estas neuritis tienen los mismos caracteres que las demás; unas veces predominan los fenómenos sensitivos y otras los motores.

En la arterioesclerosis, la polineuritis es la consecuen-

cia de la isquemia, debida a las lesiones progresivas de las arterias. Hay que diferenciarlas de la neuritis senil, que se produce por amiotrofia, pero sin arterioesclerosis. El proceso que nos ocupa ocurre en sujetos con esclerosis evidente y propensos a trastornos cardiovasculars y que suelen haber tenido icterus apocleticos con afasia e indicios de hemiplegia. Como las demás, puede presentar esta forma la localización en un tronco único o en varios. Aparece precozmente y disminuye durante toda la enfermedad el dolor espontáneo; en cambio, la presión del nervio no provoca dolor, no hay síntoma de Lasègue.

La parálisis motora y la atrofia muscular aparecen y se desarrollan lentamente. Pueden afectar a todos los nervios de los miembros y a los del cuello. Los síntomas evolucionan de una manera muy desigual, de modo que tras de fenómenos en el *crural* pueden aparecer otros en el *clático*. Las remisiones son escasas. La lesión se hace en segunda crónica. El diagnóstico se hace muchas veces por la falta de otros datos etiológicos que expliquen la neuritis y al mismo tiempo por la existencia en la arterioesclerosis y la marcha lenta de la enfermedad.

Neuritis sífilítica.—Las hay de numerosas variedades. Muchas veces las provoca la sífilis por comprensión, a consecuencia de gomas, de exostosis, de periostitis, cuando todos estos procesos se desarrollan cerca de un nervio. En cambio, se discute mucho si puede producir la sífilis lesiones neuríticas localizadas o generalizadas por procesos sífilíticos típicos en el nervio mismo. Se admite la polineuritis generalizada, pero hay que tener presente que los casos observados acusaban varios trastornos que eran otros tantos posibles elementos etiológicos. Quedan, pues, un número muy reducido de observaciones positivas. La polineuritis sífilítica suele ser un proceso precoz que coincide con otros síntomas de la enfermedad, y, sobre todo, con las lesiones cutáneas del período secundario, de modo que la sífilis activa es la condición indispensable para que la polineuritis tenga lugar. Los caracteres que presenta son los mismos que los de otra polineuritis infecciosa. Ataca de preferencia a los miembros superiores y puede presentar las va-

riedades motora, sensitiva, trófica pseudoparética y mixta. Evoluciona de prisa. Las lesiones motoras se van extendiendo, pudiéndose afectar la cara, los músculos intrínsecos del ojo y luego el cuello y tronco. Esta polineuritis cura con el tratamiento específico. Pocas veces ha producido la muerte y en un caso en que ocurrió así se hallaron juntamente con lesiones corrientes de neuritis otras de las células ganglionares en las astas anteriores. El diagnóstico diferencial con las atrofas musculares sífilíticas de origen mielopático es muy difícil, porque en las últimas, además de las lesiones de las astas, pueden existir otras radiculares y tronculares. Menos conocida es la neuritis aislada en el curso de la sífilis. Los casos conocidos atacaban al nervio cubital. Además de las lesiones motoras se producían trastornos subjetivos y objetivos de la sensibilidad y atrofas musculares. La enfermedad suele terminar por curación.

Neuritis arsenical.—El empleo de los arsenicales a grandes dosis en el tratamiento de la sífilis ha demostrado que no son tan frecuentes como se tenía las neuritis por intoxicación arsenical; pero no hay comparación entre los efectos tóxicos de esos productos y los del anhídrido arsenioso o arsénito potásico, que son las sales empleadas corrientemente en otras formas de terapéutica arsenical. El anhídrido arsenioso es el que con más frecuencia provoca las parálisis. Cuando son consecutivas a una intoxicación aguda sufren los enfermos, después de los trastornos gastrointestinales, espasmos en los gemelos, que han dado a este proceso el nombre de cólera arsenical. Sufren gran debilidad en los miembros afectos, embotamiento de las sensibilidades y, por último, parálisis, que ataca primero a los miembros inferiores y luego a los superiores. Es más marcada en la periferia que en el centro. Al cabo de cuatro o cinco semanas ha llegado al período máximo de su desarrollo. En este momento los trastornos motores se combinan con atrofia muscular. Los reflejos tendinosos están abolidos y hay asimismo alteración de las reacciones eléctricas. Los trastornos sensitivos consisten en pinchazos, hormigueos, sensación de titubeación del miembro, dolores incisivos; a la exploración

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. José Albiol.—Pagado fin diciembre 1933.
D. Fulgencio Gil Burá.—Id.
D. Carlos Pérez Caballero.—Id.
D. José Gallego Ortiz.—Id.
D. José Puso Palomera.—Id. fin septiembre 1933.

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.

- D. Fernando Contreras.—Id. julio 1934.
D. Alvaro Ruiz de Oña.—Id. fin diciembre 1933.
D. José Luis Sánchez.—Id. fin julio 1934.
D. Antonio García Utravo.—Id.
D. Bernardo Olaso y González.—Idem fin diciembre 1933.
D. Isidoro Lillo.—Id.
Sr. Salinas.—Faltan datos para aplicación de giro.

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

- D. Francisco Santos Díaz.—Pagado fin diciembre 1933.
D. José García Martínez.—Id. fin julio 1934.
D. Quintín Rúa.—Id. fin diciembre 1933.
D. Pedro Vidal.—Id.
D. Julián Plasencia.—Id. fin julio 1934.
D. Emilio Mateos.—Id. fin diciembre 1933.

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

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

- D. Francisco Escudero.—Pagado fin julio 1934.
D. José Martín Lucio.—Id. fin mayo 1934.
D. José Quesada.—Id. fin diciembre 1933.
D. Joaquín Parras Bustos.—Id.
D. Benito González Germade.—Idem fin junio 1934.
D. Jesús Mazaíra.—Id. fin diciembre 1933.
D. Francisco Martínez Rodríguez.—Idem.
D. Agustín Serrano Salazar.—Id.

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.

- D. Ricardo Galicia.—Pagado fin diciembre 1933.
D. Eduardo Fovedano.—Id.
D. Martín, de Seo de Urgel.—Faltan datos para aplicación de giro.
D. Angel Méndez.—Pagado fin abril 1934.
D. José León de Valcárcel.—Id.
D. Mariano Arranz de Pablos.—Idem fin diciembre 1933.
D. Salvador Vahí.—Id.
D. Pedro, de Santander.—Faltan datos para aplicación de giro.
D. Isidro Martínez.—Pagado fin diciembre 1933.
D. Rafael Tocóli.—Id. fin julio 1934.
D. Antonio Villanueva.—Id. fin diciembre 1933.
D. Cástor González.—Id.

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. José Suárez.—Faltan datos para aplicación de giro.
D. Jaime Arrom.—Pagado fin diciembre 1933.
D. Luis López Mayoral.—Id. fin julio 1934.
D. Manuel Pinilla.—Id. fin diciembre 1933.
D. Miguel Lombardo.—Id.
D. Teófilo Martija.—Id.
D. Felipe Velasco.—Id.

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

- D. Mariano Domingo.—Id.
D. Cristóbal Gutiérrez de Lara.—Id.
D. Jesús Velaz de Ruiz de Villa.—Id.
D. Pedro Vallina.—Id. fin marzo 1934.
D. Ginés de Faco y de Gea.—Id. fin diciembre 1933.
D. Alonso Romero Losada.—Id. fin febrero 1934.

(Se continuará.)

dulcimida morató.

los diabéticos
ya pueden comer dulce



**DULCIMIDA
MORATO**

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

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

Sabor agradable.

No contiene hidratos de carbono.

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

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

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

Colutorios y gargarismos,
edulcorar con 2 tabletas.
Dulcimida por 250 c. c. de
colutorio o gargarismo.

Colirio ligero astringente:
lavados y baños oculares,
al 1 ó 2 por 100 de Dulci-
mida en agua.

Productos Nacionales

Laboratorios Abello

ROSANIL

SANOCAL INTRAVENOSO

SANOCAL INTRAMUSCULAR

SANOCAL GRANULADO

OVULOS VAGINALES

SANOTION

LUMCALCIO

MADRID Vinaroz 5 HIJOS DE HONORIO RIESGO
EXCLUSIVISTA
Flor Alta 10

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan. — Tributo necrológico, por el Dr. Manuel Martín Salazar. — El duelo de un discípulo, por Pascual Pérez. — Oración al amado muerto, por el Dr. Jesús H. Sampelayo. — In memoriam: La muerte de «El abuelo», por Antonio Díez Martínez. — Mi recuerdo, por el Dr. Juan de Isasa y Adaro. — Las Universidades de América: Los estudiosos de Tucumán, por J. Alvarez-Sierra. — Crónica de París: Reuniones internacionales de enfermeras. — Lista de los nuevos suscriptores. — Hospital de Santa Cruz y San Pablo. — 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

A nuestros lectores.

En la tarde del jueves 7 de los corrientes celebró Junta el Consejo de Administración de EL SIGLO MEDICO, resolviendo manifestar en este lugar los siguientes acuerdos:

Testimoniar su cordial agradecimiento a la Prensa diaria y profesional por cuanto sus órganos han publicado en memoria y elogio de D. Carlos María Cortezo con ocasión de su fallecimiento.

Testimoniar, igualmente, la profunda emoción con que ha leído las innumerables cartas, telegramas, telefonemas y radiogramas de adhesión al duelo, avalados por entidades, corporaciones y particulares, rogando al propio tiempo se le conceda un margen de tiempo para poder contestarlas, como es su deseo, de forma individual, labor que supone una organización que se está llevando a efecto con toda diligencia.

Proceder en el presente número a publicar, con obligada selección, que no supone otra cosa que la imposibilidad de dar cabida a todos, algunos de los artículos en honor del doctor Cortezo, que se han recibido. Agradecer los términos de todos, admirando su fondo y forma, a tiempo que lamenta no poder insertar la totalidad, y ajustándose en la selección, como norma, únicamente a tomar un artículo referido a cada manifestación de las actividades más relevantes del inolvidable muerto.

Dar cuenta, por último, de la forma en que se acuerda continuar la dirección de EL SIGLO MEDICO, acomodándose en todo a cuanto fué regla siempre de esta organización, durante los ochenta años que viene rigiendo EL SIGLO MEDICO:

CONSEJO CIENTÍFICO DE REDACCIÓN

Presidente de Honor

Excmo. Sr. Prof. D. Santiago Ramón y Cajal.

Presidente

Excmo. Sr. Prof. D. Amalio Gimeno y Cabañas
(Presidente de la Academia Nacional de Medicina).

Vicepresidente

Excmo. Sr. Dr. D. Víctor María Cortezo
(ex-Inspector de Instituciones Sanitarias, Profesor de la Escuela de Sanidad, Jefe del Parque Nacional de Sanidad).

Vocales

(Los ilustres profesores que forman el actual cuerpo de redacción)

Doctores Aceña, D. Mariano.—Aza, D. Vital.—Blanc Fortacín, D. José.—Cardenal, D. León.—Codina Castellví, D. José.—Elizagaray, D. Jacobo.—Fernández Sanz, D. Enrique.—Fernández Martínez, D. Fidel.—Fernández Martín, D. Antonio.—García-Vicente, D. Saturnino.—García Tapia, don Antonio.—González Deleita, D. Federico.—Goyanes Capdevila, D. José.—Hernández Briz, D. Baltasar.—Hernando, D. Teófilo.—Huarte Mendicoa, D. José María.—Huertas y Barrero, D. Francisco.—Juarros y Ortega, D. César.—Luengo Arroyo, D. Emilio.—Marañón, D. Gregorio.—Marín Amat, D. Manuel.—Martínez Saldice.—Morana y Jiménez.—Mouriz Riesgo, D. José.—Navarro Cánovas, D. Bartolomé. Peco, D. Federico.—Pittaluga y Fatorini, D. Gustavo.—Pulido y Martín, D. Angel.—Ratera y Botella, D. Julián y D. Santiago.—Renedo, D. Martín.—Rodríguez-Lafora, D. Gonzalo.—Royo Villanova, D. Ricardo.—Sarabia y Pardo, D. Jesús.—Slocker y la Rosa, D. Enrique.—Tello y Muñoz, D. Jorge Francisco.—Tomé y Bona, D. F. Javier María.—Vallejo Nágera, D. Antonio.—Villaverde, D. José María de.—Valle Aldabalde, D. Rafael.

Vocal Consultor Jurídico

D. José María Cordero y Torres
(Oficial letrado del Consejo de Estado).

Director

D. Francisco Javier María Cortezo y Collantes.

Quedan, pues, mantenidos y sostenidos todos los ideales científicos y profesionales que integran el programa de EL SIGLO MEDICO y que constituyen el historial glorioso de sus campañas desde el día 1.º de enero de 1854.

DECIO CARLAN

Tributo necrológico

Yo creo que no puede honrarse mejor a los muertos, que ofreciéndoles, en aras de su memoria, la exaltación de sus propias glorias. En este sentido, voy yo a permitirle depositar ante la tumba del doctor Cortezo, mi fraternal amigo, el recuerdo de su genial descubrimiento sobre la transmisión del tifus exantemático por el piojo de los vestidos. Para juzgar bien el talento intuitivo que poseía el doctor Cortezo, es preciso fijar la atención bien sobre el modo peregrino cómo alcanzó y dió cuenta de su descubrimiento. Lo curioso del caso, fué la distancia mental que tuvo que recorrer con el pensamiento, para ver las lejanas relaciones que existían entre los hechos sometidos a su juicio. Sólo la existencia de ciertas clases de mosquitos transmisores del germen del paludismo y de la fiebre amarilla tenían relación con el asunto; pero precisamente, el genio tiene como característica ver lejanas relaciones entre las cosas; y este fué el caso del descubrimiento de la transmisión del tifus exantemático por medio del piojo de los vestidos.

El primer médico que de modo solemne dió cuenta de esta opinión fué un médico español: el doctor Carlos M.^a Cortezo, que en la Conferencia Internacional Sanitaria de París de 1903, al tratarse en una de las sesiones más interesantes de aquella Asamblea de la profilaxis pública de la fiebre amarilla y del papel que en la transmisión de esta enfermedad desempeñan cierta clase de mosquitos, expuso, por primera vez y de modo terminante, su parecer (véase página 343 del extracto de las sesiones de Conferencia) de que el piojo era el parásito intermedio del microbio productor del tifus exantemático, y que conforme a esa suposición y como prueba de ella, había él combatido con éxito, siendo director general de Sanidad, una epidemia grave de esta enfermedad desarrollada en Madrid, en marzo de 1903; por cierto que en la lucha contra la propagación del padecimiento puso en práctica, en aquel caso, *mutatis mutandi*, los mismos medios y procedimiento que hoy se utilizan por los higienistas más conspicuos para combatir las epidemias de tifus exantemático, después que los descubrimientos de Nicolle, Conseil, Ricketts, Wilder, Anderson y Goldberger han dado una base experimental indiscutible a la hipótesis del doctor Cortezo, de que el piojo era el medio transmisor del tifus exantemático. Yo, que soy entusiasta de las glorias de la Medicina patria, quiero recabar aquí para el doctor Cortezo el honor de haber sido el primero en concebir y exponer la hipótesis de la transmisión del tifus exantemático por el piojo, y lo que es más meritorio, de basar en tal hipótesis la profilaxis pública de este padecimiento; practicándola con éxito él mismo en la epidemia desarrollada en Madrid en 1903. Habrá, acaso, al aquilatar el valor de esta concepción o descubrimiento, quien crea que una hipótesis, que no es, después de todo, más que una mera suposición, no tiene gran mérito en sí, comparada con el de la obra experimental de los investigadores antedichos, franceses y norteamericanos, que han llevado a cabo la prueba práctica plena de la transmisión del tifus del hombre a los monos, por medio de piojos infectados, y que han dejado de esta suerte fuera de duda la suposición referida, convirtiéndola en verdad inconcusa; pero también es cierto, que sin la primitiva hipótesis no pudo haber obra experimental, y que ésta, a las veces, es realizada por motivos muy circunstanciales, como ha sucedido en este caso; pues para realizarla fué preciso contar con monos en cantidad para ejecutar los trabajos de experimentación, cosa no fácil a todo el mundo de tener a mano.

De ordinario se juzga mal la labor de los propios in-

vestigadores, colocando en primer término el trabajo técnico manual, y, en segundo lugar, el trabajo mental o de dirección intelectual que precede a todo descubrimiento, que es lo contrario de lo que debiera suceder. Me refería el propio doctor Cortezo, que en la sesión de la Conferencia Internacional de París donde él habló sobre este asunto, se encontraba presente el doctor Roux, director del Instituto Pasteur, de París, el cual, impresionado por la hipótesis expuesta por nuestro ilustre compatriota, felicitó efusivamente al doctor Cortezo, significándole la trascendencia que pudiera tener la idea de la posible transmisión del tifus por el piojo de los vestidos, para emprender una investigación experimental en ese sentido. Más tarde, los doctores Nicolle y Conseil, discípulos del doctor Roux, inauguraron en el Instituto Pasteur, de Túnez, con motivo de una epidemia de tifus desarrollada en aquella población, una serie de investigaciones inspiradas en aquella hipótesis, que presentaron a la Academia de Ciencias, de París, en julio de 1909, y en la cual se dió cuenta de la transmisión del tifus exantemático a los animales, confirmando plenamente la intuición genial de nuestro ilustre compatriota, a quien quiero yo hoy rendir con este recuerdo de su gloria, un sentido tributo a su memoria.

DR. MANUEL MARTIN SALAZAR

Ex Director general de Sanidad.
Académico de la Nacional de Medicina.

El duelo de un discípulo

"30 agosto 1933.

Señor Dr. D. Francisco Javier Cortezo Collantes.

Distinguido y admirado señor mío: Intensa tristeza y profunda pena me ha producido el fallecimiento del Excelentísimo Sr. D. Carlos María Cortezo. Durante toda esta etapa de la enfermedad he estado pendiente de EL SIGLO MEDICO, y, con acucioso afán, al recibir de la Revista, mi ojeada primera era buscar en el *Boletín de la semana* si aquella hoja traía la tan deseada mejoría.

Fuí su discípulo, en el año 76, en el Hospital de la Princesa, donde muy joven fué decano. En todos los alumnos producía el mismo sentimiento de admiración, que pronto se trocaba en afecto y sincero cariño. Su talento, su hermoso y sugestivo verbo, nos cautivaba. Presencié sus oposiciones a cátedras y culminaron mis entusiasmos ante actuación tan soberbia, y, sobre todo, quedé maravillado en la exposición de un tema que llenó dos encerados de fórmulas algebraicas, *Teoría de la vision*; ¡qué cosa más asombrosa! Por aquellas fechas se produjo un hecho que fué corroboración de la gran valía del Dr. Cortezo y lo galano de su oratoria:

La Academia Médico-Quirúrgica llevaba una vida científica lánguida, precaria; estaba invadida por el narcotismo, y de pronto se produjo una mutación, convirtiéndose en un volcán, a causa de una discusión entre los cirujanos castrenses que tenían por guión a los doctores Camisón y Losada, y los cirujanos de Madrid Ustáriz, gran amigo de Cortezo, Gómez Pamo y otros; pues bien, en una de aquellas sesiones intervino el Dr. Cortezo. Presidía el acto el Dr. Birggrame, el salón estaba abarrotado de médicos y alumnos, los ánimos estaban excitadísimo y la pieza oratoria del glorioso maestro fué sublime, y en uno de sus pasajes sacó de quicio al doctor Encinas cuando dijo que la Cirugía siempre iría besando la orla de la túnica de Medicina.

El glorioso maestro, a su paso por la tierra, ha dejado

una estela de brillantísima ciencia y de incontables bondades.

Mi devoción por él es muy grande; en mi pecho le tengo levantado un santuario de respetos, consideración, aprecio y gratitudes, puesto que sus lecciones me han sido muy útiles para el ejercicio de la profesión; primero, las recibidas en el Hospital; después, las captadas en EL SIGLO MEDICO desde el año 83 y en su Biblioteca, que tengo completa. "Los Paseos de un Solitario." ¡Qué hermosura!

Triste, muy triste es su pérdida; pero la familia puede tener el consuelo y orgullo de haber contado entre los suyos un varón tan eminente, tan sabio y tan bondadoso. Mi condolencia intensa, *Pascual Pérez*. Decano de Honor del Cuerpo Médico de Beneficencia Municipal de Alicante."

PASCUAL PEREZ

Oración al amado muerto

Empieza la tarde que está vestida con todas sus galas, llena de calma e iluminada por un cielo limpio, y en ella todo es serenidad y belleza. Mis pobres vocablos son de una triste mezquindad para dar idea del triunfo de este día, que va hacia su fin, en medio de tal esplendor. Pocas veces se da en esta tierra serrana, dura y un poco loca, una tarde hermana de esta dulce y llena de amor. En esta divina tarde, ante el clamor de la naturaleza, estáis enterrando al muerto muy amado Carlos María Cortezo.

Ya no volveremos a oír su voz ni a sentir sus manos sobre las nuestras. Vamos, mientras le entregáis a la tierra, a componer un breve elogio sentimental: fué maestro, médico, político austero, forjador del lenguaje, poeta a ratos, y en todo momento amigo y hombre de corazón.

Amaba con pasión la música, y siempre tenía el ánimo dispuesto a las bellas artes. En él, admirado amigo, vivía aquel gran amor por las flores y los animales. Tenía sobre su corazón el fervor de hermano. Para todo ser que sufría, un amparo inmediato tan eficaz como le era dado.

Los días de sol, en el invierno, repartía su pan con los gorriones en su amado Retiro, y al quedarse guarecido en su casa, en su acogedor despacho, en las mañanas crudas, afiladas por estos mismos picos que hoy nos brindan tanta placidez, triste y lloroso, avergonzado de su deserción, pensando en sus pajaritos expuestos a morir de hambre y frío. Si lloraba, nos os riáis espíritus grotescos, que os creéis en posesión de la fortaleza y la modernidad.

Era en todo momento romántico, y español y madrileño, sintiendo adoración por Madrid. Su cultura, unida a su talento y donaire, le hacían un conversador delicioso. Su prosa correcta, lozana y espontánea, le llevó a la Academia de la Lengua, constituyendo su discurso de ingreso en la misma un valioso documento histórico-literario.

¿Quién olvida aquellos sábados, de hace una decena de años, en que unos pocos dilectos amigos nos reuníamos luego de la cena, con don Carlos y hacíamos literatura Salvador Pascual, Pittaluga, Javier Cortezo, Gregorio Marañón y el que esto escribe? En algunos días el cenáculo se ampliaba: Asunción Collantes, Dolores Moya, María Cortezo.

Carducci y Leopardi en labios de Pittaluga; unas maravillosas páginas de Galdós leídas por Marañón; Javier Cortezo con su gran erudición... don Carlos se rejuvenecía. ¡Oh, la alegría que se encarnaba en él, cuánto contento nos producía a todos los reunidos! Ciego, veía

y conocía a las gentes, como si tuviera retinas milagrosas.

Su vida política demostró, con sus errores, su bondad, su buena fe y la rebeldía de su carácter. Sabía tener siempre un ademán o una frase de buen gusto; había en él, a la vez, un Epicuro y un Werther. Algo de pícaro, todo de prócer.

Su figura merece un documentado estudio biográfico.

Estos renglones no pasan de ser un breve elogio sentimental al amado muerto.

DR. JESÚS H. SAMPELAYO

Fonfría, agosto.

In memoriam

La muerte de «El abuelo»

Hoy mi vida se nutre de recuerdos; mi alma se embriaga de nostalgias y mi pluma se desliza, doliente, impulsada por profunda pena.

El cariño que hacia "El Abuelo" sentía, me hizo forjar en mi mente la idea de que él era inmortal; me parecía que siempre podría gozar de su charla, que nunca dejaría de escuchar sus consejos... y hoy, al coger entre mis manos el periódico, la noticia de su fallecimiento viene, a mí, brutal, a deshacer mis pueriles pensamientos.

"¡Ha muerto "El Abuelo"!"; y esta idea bulle en mi cerebro como algo increíble.

Parece ayer, cuando una mañana de diciembre ingresé yo en el colegio. Mi infancia estaba sombreada por el dolor reciente de la pérdida de mis padres. Pero allí estaba "El Abuelo" esperándome, como a todos, con los brazos abiertos para que albergase en ellos mi pena. Allí estaba su gran corazón, presto a darnos las primicias de su cariño, alegrando nuestra nueva vida.

Por eso, cuando leo los artículos necrológicos que en estos días se insertan en los periódicos para su memoria, noto que falta en casi todos algo por decir. Falta la manifestación indudable de decir que era ¡un gran corazón!... Pues todos los honores con que la humanidad adornó su vida, todas las glorias que alcanzó su inteligencia... todo lo puso al servicio de este colegio de Huérfanos de Médicos en que cifraba su existencia.

Al recibir hoy la noticia de su muerte, busco en sus "Paseos de un solitario" el espíritu suyo, el espíritu que siempre acompaña todos sus actos, y ¡qué remordimiento el mío, cuando al abrir su libro por la página 126, me encuentro este párrafo profético, quizás escrito por él cuando la adulación se arrastraba tras su paso, pero dictado por su profundo conocimiento de los hombres!:

"¡Qué triste es, cuando se ha amado una institución o una idea, y en su pro se dedica la voluntad honrada, y se ha sacrificado una actividad constante, qué triste, cuando se acude a ella en busca de sosiego, encontrar, en vez de halagos de regazo y acogimientos amorosos, frialdades de ingratitud, cuando no, asperezas de hostilidad!"

¡Qué gran corazón es el tuyo, "Abuelo"!

¡Qué grande es tu corazón, cuando presentes en 1923 lo que te ha de ocurrir diez años más tarde, y a pesar de todo no disminuye tu labor por el Colegio, no cesa un ápice tu cariño por nosotros, ni se enfría lo más mínimo tu entusiasmo!

¡Qué grande es tu corazón, "Abuelo", una idea, a sabiendas que sólo ha de recoger al final "frialdades de ingratitud" y "asperezas de hostilidad"!

Pero no todos son ingratitudes en los corazones de los niños que tú educaste; forjados por el dolor y cincelados por la desgracia, resaltan también las flores del agradecimiento. Y esas flores, tejidas por un mismo cariño, fueron las coronas fúnebres que te siguieron a la tumba, embriagando el aire de bendiciones infantiles, que en forma de plegarias te escoltaron hasta el Cielo, en aquel día estival del mes de agosto, tan lleno de recuerdos.

ANTONIO DíEZ MARTÍNEZ
Ex-alumno del Colegio de Huérfanos.

MI RECUERDO

En estas horas de pena, en las que lloramos la muerte del muy insigne doctor Cortezo, del médico bueno, paternal y sincero, justo es que cuantos le quisimos en vida le dediquemos un recuerdo, por ver si haciendo ésto se pudiera obtener el milagroso resultado de perpetuarlo entre nosotros. Un gran vacío ha quedado a consecuencia de la dolorosa pérdida, vacío muy difícil de llenar, ya que su privilegiada cabeza supo reunir todos los dones necesarios para convertirse en el verdadero padre de cuantos lo tratamos.

Sería una falta imperdonable mía, exponer la vida médica de don Carlos; mis pocos años no me han permitido presenciar su actuación en la vida pública, tanto en la ciencia como en la política, y por eso dejo este margen a las personas que por su acrisolado talento y sus conocimientos sobre el particular sepan exponerlo con más justo criterio de lo que yo pueda hacerlo, aunque con solo copiar su activa vida, sería suficiente para hacer ver a cuantos no le conocieron ni trataron la justa congoja que en estos momentos sentimos.

Por razones de parentesco, tuve la suerte de tratarle y escucharle; ya hace algunos años que oí sus consejos en el espacioso despacho que ayer le sirvió de cámara mortuoria. Cuando por primera vez, con uso de razón entré en su cuarto de trabajo, sentí una emoción muy difícil de explicar; todavía reunía las fuerzas necesarias para hacer una vida tan activa como siempre llevó; pero recuerdo la impresión que me produjo al ver leer en libros de ciegos a un hombre que sabía tanto, y del que, desde niño, había oído pronunciar su nombre en mi hogar como una de las mayores glorias nacionales.

Sus consejos, siempre dictados con verdadero cariño, han de quedar grabados en mí como si hubiera sido esculpido en una roca; su bondad al darlos, me obligaba a escuchar su voz como si estuviera oyendo a un verdadero padre, tanto cuando me alentaba al trabajo y entusiasmo por la profesión como cuando dulcemente me ponía de manifiesto los peligros en todos los órdenes de la vida.

En asuntos médicos, sociales y morales fué para mí más que un maestro; me trataba como por mi edad le correspondía hacerlo, como un nieto, sintiéndome siempre orgulloso de tener un preceptor tan bueno y tan sabio como él era, y llorando hoy junto a los dos abuelos que con escasa diferencia de semanas me arrebató la muerte; al que lo fué por la sangre, médico también y cuya memoria veneraré siempre y al buenísimo tío Carlos, cuya generosa alma habrá recibido el merecido premio.

DR. JUAN DE ISASA Y ADARO
San Lorenzo de El Escorial, a 26 de agosto.

Las Universidades de América

Los estudiosos de Tucumán

Frente a esas grandes Universidades americanas, donde todo es grandioso, fastuoso, solemne; donde maestros y discípulos parece que quieren eclipsar a Europa con grandes cátedras, edificios de varios pabellones y profesores contratados de las Universidades alemanas o inglesas (rara vez españolas), sorprende la sencillez de la Universidad de Tucumán.

Centro docente fundado en 1911, pudo realizar un trabajo de expansión, atrayendo a toda la juventud de la República con una sencilla labor de propaganda. Los tucumanos han preferido hacer cátedras de carácter local, crear ciencia propia y realizar una obra, no difusa, sino intensiva.

Una nota simpática tiene esta Universidad que debemos proclamar. Ha rehuido sistemáticamente el establecer Facultades de Medicina. Las autoridades de la capital federal, el mismo presidente Figueroa Alcorta y algunos políticos de la provincia, pretendieron diferentes veces crear sección de estudios médicos. El claustro de profesores de Tucumán, conscientes del depósito de cultura que tienen en sus manos, han dicho siempre que ni allí se dispone aún de material científico suficiente para una enseñanza completa, ni es indispensable hacer más médicos, ya que Buenos Aires, Córdoba y Rosario los producen en cantidad espléndida.

No ha faltado la sirena de la vanidad y de la ambición, que en algunos doctores de Monteros, Lules, Famaillá y de la misma capital provinciana les haya inquietado aconsejándoles se erigiesen en catedráticos solemnes. Afortunadamente han reaccionado en contra de tal orientación y siguen siendo maestros libres, que en sus Hospitales, Clínicas y Dispensarios dan enseñanza clínica a los estudiantes que en épocas de vacaciones regresan de las Escuelas oficiales de la sabiduría médico-quirúrgica.

La Universidad de Tucumán, si no hace médicos, prepara para el ingreso en las Facultades, pues en sus aulas se pueden aprobar las asignaturas preparatorias de Física, Química, Biología y Teología.

Constituyen los estudios fundamentales de la Universidad las Facultades siguientes: Leyes, Agronomía, Pedagogía y Ciencias. Los pedagogos se forman en el amplio edificio de la Escuela Normal, y los agrónomos, también en local independiente de la Escuela de Agricultura y Zootecnia.

Pensaron los fundadores de las cátedras tucumanas que las disciplinas más necesarias en aquella región eran las puramente científicas derivadas del conocimiento de la Naturaleza; las de la jurisprudencia propia del país; las de cultura general, y las de cultura técnica, industrial y agrícola. Este programa se va realizando cumplidamente, y, además, han logrado un crédito de alta intelectualidad que en veinte años ha elevado la consideración en que las diferentes Repúblicas americanas tenían al territorio de Tucumán.

La fundación de la Universidad no fué casual ni caprichosa. Todas las de la República Argentina se hallaban dentro de la Pampa y era necesario crear un foco de alta educación y de progreso científico en el interior. El lugar más apropiado fué Tucumán.

Los primeros años concurren pocos alumnos. Así, en 1926, tuvo 120 alumnos, y en 1930, 790. Esta cifra parece minúscula, si se compara con las de las grandes Universidades europeas; tengamos en cuenta que Tucumán, en el corazón de la República argentina, en antigua tierra de indios, está enquistado, aislado y solo vive

**LABORATORIO
MIRABENT
BARCELONA**



MORRHUËTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA
Y DE LA PUBERTAD.

JUNGKEN

MEDICACIÓN YODADA
POR EXCELENCIA.

SE USA TODO EL AÑO = SABOR GRATÍSIMO = TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

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

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS



SANATORIO NEUROPATICO

Calle de Pablo Iglesias, 52. — 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

MEDICINA

528 páginas

4

CIRUGIA

376 páginas

TOMOS

con 1.600 páginas
forman la obra edi-
tada por El Siglo
Médico.

Contestaciones
al programa para
opositar las vacantes
de Médicos titulares

HIGIENE

384 páginas

LEGISLACION SANITARIA

304 páginas

Clínicas de Europa

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

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

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

Facilitamos el envío a reembolso de un tomo cada mes.

Sus pedidos a **EL SIGLO MEDICO**, Serrano, 58, Madrid

del fervor intelectual, de un mundo limitado de estudios e iniciados, como los de la Escuela pictográfica. Se parecen también los estudiantes tucumanos a los de *Crotóna*, de Italia, el siglo VI antes de Cristo, en que aquéllos, como éstos, miran a los profesores como una especie de seres superiores, los admiran y respetan y podrán utilizar la fórmula pitagórica "Magister dixit".

Una de las cosas que más satisfacción nos produjo en Tucumán, fué la disciplina, el orden, la organización interna del cuerpo escolar.

Admiramos más el éxito de este Centro docente, si tenemos en cuenta las condiciones de la provincia donde se encuentra establecido y que la hacen muy a propósito para que la juventud piense sólo en disfrutar de las bellezas campestres y del cultivo del agro.

Todo el que conoce el territorio argentino, al pronunciar la palabra Tucumán vé instantáneamente en su imaginación un panorama de árboles gigantescos, con los troncos ocultos bajo el velo de frondosas orquídeas; risueños jardines, arroyuelos que serpentean en las pendientes de las colinas, naranjos de un verde denso y charolado, inmensos cañaverales de azúcar, y percibe al mismo tiempo en el olfato el voluptuoso incienso del azahar. El gran escritor Sarmiento, llamó a Tucumán, el jardín de la República; otros autores la titulan *Niza argentina*.

Tiene altas montañas, dilatadas llanuras, numerosas corrientes de agua; una extensa variedad que pasa desde la cálida planicie donde crece la caña de azúcar a los picos de Aconquija, cubiertos de nieve la mayor parte del año; verdes campiñas y extensas pampas; bosques de pródiga frondosidad y peñascales áridos y pintorescos; todo en un reducido espacio, pues esta provincia es la más pequeña de la República. Su superficie no abarca más de 24.000 kilómetros, espacio casi insignificante comparado con las enormes extensiones de otras provincias, y de los territorios nacionales.

En cambio, es la de mayor densidad de población, pues sobre estos 24.000 kilómetros viven 409.878 habitantes.

De todas las Facultades la que más desarrollo ha tenido es la de Derecho, pero la de labor más profunda la de Ciencias. Y cosa rara, en lugar de formar geólogos, antropólogos o zoólogos ha dado eminentes cultivadores de la Fitografía. En efecto; existe ya un grupo de botánicos jóvenes que, unidos a los ingenieros agrónomos, ha tomado por su cuenta la revisión de la flora sud-americana. Dispone ya de herbarios magníficos y de una recolección inmensa de semillas y frutos. Esa espléndida vegetación, mezcla de trópico y de montaña que sólo en aquella latitud puede darse, va estudiándose detenidamente. Botánicos tucumanos son los que han escrito los mejores trabajos sobre zona esteparia y los que están descubriendo numerosas especies nuevas de criptogamia subtropical.

Allá, en un rincón de la gran República del Plata, entre Catamarca, Santiago del Estero y la gobernación de los Andes; en la región de bosques milenarios que mandó talar don Diego de Villaverde, para fundar en 1565 San Miguel de Tucumán; próximo a las encrucijadas semisalvajes donde los indios tuvieron su último reducto, está formándose la gran Universidad, que dirigirá dentro de pocos lustros, los estudios naturalistas, agrónomos y jurídicos de América del Sur.

J. ALVAREZ-SIERRA

Crónica de París

Reuniones internacionales de enfermeras

El pasado mes de julio fué señalado por una particular actividad en la vida internacional de las enfermeras. En primer lugar, en los comienzos del referido mes, se reunió en la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, en París, el Comité consultivo de Enfermeras. A esta reunión, además de veinticuatro delegadas representantes de veintidós Sociedades nacionales de la Cruz Roja, asistieron la señorita Odier, del Comité internacional de la Cruz Roja, y la señorita Chaptal, presidenta del Consejo internacional de enfermeras. Dió particular relieve a esta reunión del Comité consultivo el hecho de preceder al Congreso internacional de enfermeras desarrollado en París y Bruselas del 9 al 15 de julio.

Esta importante asamblea congregó a 2.550 enfermeras procedentes de cuarenta y tres países diferentes, y su sesión inaugural fué presidida por el ministro de Sanidad Pública de Francia, señor Daniélou, quien tenía a su lado, en representación de la Cruz Roja, al señor marqués de Lillers, presidente de la Cruz Roja francesa y vicepresidente de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja.

Tanto por la importancia y variedad de las cuestiones debatidas como por el número de congresistas—verdaderamente extraordinario si se tienen en cuenta las actuales dificultades económicas por que pasan la mayoría de los países—y las interesantes resoluciones adoptadas, este Congreso representará una señalada fecha en la vida internacional de las enfermeras.

De las resoluciones adoptadas debemos destacar la referente al proyecto de la Fundación Internacional Florence Nightingale, que, después de haber sido aprobado en el último Consejo de Gobernadores de la Liga, ha obtenido ahora la adhesión del Consejo internacional de enfermeras.

Como puede suponerse, una importante parte de los trabajos del Congreso se consagraron a la cuestión de la preparación de las enfermeras. La inspección de las escuelas de enfermeras por las propias enfermeras fué objeto de señalados informes de las delegadas de Nueva Zelanda—el primer país que, en 1896, adoptó este método de vigilancia—, de Suecia, el Brasil, Estados Unidos, Canadá, Francia, Finlandia y Polonia. Se señaló también la conveniencia de un reconocimiento del Estado que pueda dar a la profesión un estatuto oficial.

La introducción de la higiene social en la formación general de las enfermeras fué preconizada por varias de las delegadas. No se trata tanto de añadir estadías especiales a los programas como de inculcar en la alumna un nuevo espíritu.

Otras congresistas llamaron la atención del Congreso sobre la urgencia de obtener de los Gobiernos una ley que precise las responsabilidades de la enfermera y la proteja en el ejercicio de sus funciones.

Sería difícil, en las dimensiones de este artículo, el resumir todos los temas objeto de discusión en las laboriosas sesiones del Congreso. Bastará afirmar que todas las actividades de las enfermeras, bajo todos sus aspectos, fueron pasadas en revista y dieron lugar a la exposición de puntos de vista muy luminosos.

Tanto en París como en Bruselas han acompañado a las sesiones del Congreso diferentes demostraciones, entre las que podemos citar la ofrecida en el Instituto Pasteur sobre la técnica de los cuidados a los enfermos contagiosos y la realizada en Bruselas sobre dietética y alimentación y cuidados de los niños.

La clausura del Congreso se celebró en el Palacio de

Bellas Artes, de Bruselas, bajo la presidencia de los ministros belgas señores de Wiart e Hymans. Algunos días después del Congreso internacional de enfermeras se abrió en Lourdes el Congreso internacional de enfermeras católicas, que ha estudiado diferentes cuestiones relativas al ejercicio de la profesión y ha señalado algunas directivas, precisas desde el punto de vista de la moral profesional.

Lista de nuevos suscriptores

Desde 1.º de julio a 31 de agosto han sido dados de alta por un año los siguientes nuevos suscriptores a El Siglo Médico, cuyos nombres publicamos, conforme hicimos con los anteriores, para que se sirvan corregir cualquier error de la administración, evitando de este modo toda perturbación en el servicio:

1. D. Rafael Todolí Garrañaga.
2. D. Julián Plasencia.
3. D. Manuel Fernández.
4. Le Concours Medical.
5. D. Florian Pariente.
6. D. José Luis Sánchez Decueto Gil.
7. D. José García de León.
8. D. Luis López Mayoral.
9. D. Urpiano Ginénez López.
10. D. Francisco Escudero.
11. D. Pedro Aramburu González.
12. D. Ramón Andrés Perona.
13. D. Eumenio Ancochea.
14. D. José del Alamo (Neila).
15. D. Bernardo Aguilera (Adrada).
16. D. Tomás Bringas (La Vidola).
17. D. Fermín Bonilla (Puebla de Arenoso).
18. D. Francisco Blasco (Caspe).
19. Biblioteca Provincial de Orense.
20. D. Fernando Bengoa.
21. D. Aurelio R. Barriso (Valladolid).
22. D. Agustín Barrasa (Valdebellano).
23. D. Fernando Baquero (Pola de Lena).
24. D. Antonio Banzá (Peira).
25. D. José Vallester (Masanasa).
26. D. Antonio Cubero (Castro del Río).
27. D. Luis Contreras (Navalmoralejo).
28. D. Eduardo Colino (Santa Lucia).
29. D. Ignacio Caverio (Villamediana de Iregua).
30. D. Alfredo Cardroi (Sierra de Engarcerán).
31. D. Sebastián Cabo (Sevilla).
32. D. José Caballero (Bordalba).
33. D. Félix Durán (Cáceres).
34. D. Rafael Díez (Rioseco de Japea).
35. D. Juan Antonio Díez (Pulpi).
36. D. Manuel Díaz-Zorita (Salsadella).
37. D. José Díaz de la Cruz (Torramocha).
38. D. Desiderio Esteban Lalanda (Juncler de Sangra).
39. D. Antonio Espantaleón (Jaén).
40. D. Victoriano de la Fuente (Rábano).
41. D. Edmundo de la Fuente (Mondoñedo).
42. D. Agustín Forcadell (Amposta).
43. D. Vicente L. Cerrandi (Barcelona).
44. D. Gabriel Fernández Llamazares (Algañece de la Vega).
45. D. Antonio Fernández Corzo (Posadilla).
46. D. Santiago Guzmán Martín-Rubio (Navahermosa).
47. D. Eduardo Guija (Plasencia).
48. D. Vicente Granell (Alcora).
49. D. Pedro González Prada (Vimbra).
50. D. Mario González Sisniega (Valladolid).
51. D. Antonio González de la Calle (Vilar del Rey).
52. D. Simeón García (Lacort).
53. D. Celestino García (Canero).
54. D. Antonio García Utravo (La Coruña).
55. D. José Andrés Garcés (Loscos).
56. D. Enrique Gálvez (Torrelodones).
57. D. Antonio M. Iborra (Camprodón).
58. D. Francisco Herrera Gamero (Fuente Palmera).
59. D. Tomás Hernández Sánchez (Béjar).
60. D. Lorenzo Hernández Díaz (Salamanca).
61. D. José López Martínez (Puente de Domingo Flórez).
62. D. Jesús López Alonso (El Escorial).
63. D. Ambrosio Lamingo (Villarrubio).
64. D. Laureano Lago (Torrelodones).
65. D. Vicente F. Lafuerza (Lanaja).
66. D. Daniel Llombart (Canet lo Roig).
67. D. Arnaldo Moyer (Devesa).
68. D. Angel R. Moslares (Valladolid).
69. D. Felipe Moro (La Bañeza).
70. D. Diego Morata (Enis).
71. D. Francisco Monfort (Valencia).
72. D. Ramón Miranda (Cerecinos de Campos).
73. D. Miguel Mínguez (Teruel).
74. D. Manuel Melendro (Espinosa de Villagonzalo).
75. D. Rafael Mateu Martorell (María de la Salud).
76. D. Víctor Martínez Herrera (Burgos).
77. D. Francisco Martínez Ricart (Valencia).
78. D. Dalmacio Martínez (Moral de la Reina).
79. D. Miguel Nogueras (Grañena de las Garrigas).
80. D. Félix Nieto García (Mingorria).
81. D. José Olalla (Valvieja).
82. D. José Puzo Palomera (Bessen).
83. D. José María Polo Herrera (Jimena).
84. D. Lorenzo Pérez Herrero (Zaragoza).
85. D. José María Pérez (Novelda).
86. D. Francisco Pérez Rodríguez (Almería).
87. D. Ricardo Padrón (Vigo).
88. D. Ramón Quintana Castañeda (Ceinos de Campos).
89. D. Marcelino Rubio Zaragoza (Alfambra).
90. D. José Rubio Tena (Moró).
91. D. Luis F. Rodríguez Ibarra (Madrid).
92. D. Juan Rodríguez Pérez (Martín Muñoz de las Posadas).
93. D. Emiliano Rodríguez (Pechina).
94. D. Benito Rodríguez (Peñalba de San Esteban).
95. D. Francisco Robles (Ojiva).
96. D. Rafael Reig (Valle de Gallinera).
97. D. José Ramos Acosta (Fines).
98. D. Miguel Suay (Bicorp).
99. D. Ramón Somoza (Ribadeo).
100. D. Carlos Solari (La Jana).
101. D. Antonio Santurino (Garvín).
102. D. Prudencio Santos López (Robledillo de la Vera).
103. D. Luis Santos Sequeiros (Cangas).
104. D. Florián San Román Bordel (Berlangas de Roa).
105. D. José Sánchez Céspedes (Alcolea de Calatrava).
106. D. León Salcedo (Villoruela).
107. D. José Salado (Valdunquillo).
108. D. Gerardo Sáiz (Quero).
109. D. Secundino Sáez (Quintanalaranco).
110. D. Francisco Toledo (Santa Cruz de la Palma).
111. D. Rafael Villalobos (Benaolán).
112. D. Angel Valle (Jaca).
113. D. Marino Caldivinos (Igües).
114. D. Francisco Yáñez (Villafranca de los Campos).
115. D. Vicente Sánchez (Madrid).
116. D. Ernesto Paz (Madrid).
117. D. Julio Ayala (Madrid).

HOSPITAL DE SANTA CRUZ Y SAN PABLO (BARCELONA)

CURSO DE CLÍNICA MÉDICA DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO, BAJO LA DIRECCIÓN DEL DOCTOR ESQUERDO

Dará comienzo el día 1.º de febrero de 1934 y se desarrollará durante el mes. La matrícula será limitada, cerrándose la inscripción el 25 de enero. Importe de la matrícula, 50 pesetas.

Para inscripciones dirigirse a la Depositaria del Hospital.

PROGRAMA

PARTE GENERAL.—I: Valoración de los síntomas más frecuentes recogidos por el interrogatorio en los procesos respiratorios.—II: La exploración física del aparato respiratorio. Estudio de la inspección, palpación, percusión y auscultación del mismo.—III: La radiología en las enfermedades respiratorias. Estudio del pulmón normal.—IV: Imágenes anormales.—V: Los análisis de laboratorio más frecuentemente empleados en patología pulmonar. Técnica de los mismos.

PARTE ESPECIAL.—*Afecciones respiratorias no tuberculosas*.—VI: La bronquitis crónica y el enfisema.—VII: El asma bronquial. Patogenia del mismo.—VIII: Estudio crítico de los diversos tratamientos del asma bronquial.—IX: Diagnóstico de las supuraciones bronco-pulmonares.—X: El tratamiento médico-quirúrgico de las supuraciones bronco-pulmonares.—XI: Las neumopatías agudas.—XII: Las pleuresías. Estudio de sus diversas formas clínicas. Terapéutica a seguir en las mismas.

Tuberculosis pulmonar.—XIII: La infección tuberculosa.—XIV: Formas anatomo-clínicas de la tuberculosis pulmonar del adulto.—XV: Las "granulias". La concepción clásica y actual de las mismas.—XVI: Las formas crónicas de la tuberculosis pulmonar. Diagnóstico de actividad lesional.—XVII: Las complicaciones de la tuberculosis pulmonar.—XVIII: El tratamiento higiénico, dietético y medicamentoso.—XIX: Crisoterapia.—XX: El neumotórax artificial. Indicaciones y resultados.—XXI: Jacobeus. (Neumolisis intrapleurale.) Indicaciones, técnica e instrumental apropiado.—XXII: La frenicectomía como tratamiento en la tuberculosis pulmonar. Indicaciones y contraindicaciones de la plastia.—XXIII: El pronóstico de la tuberculosis pulmonar.—XXIV: Lucha antituberculosa.

CURSO DE PATOLOGÍA MÉDICA DEL RIÑÓN DEL 9 DE OCTUBRE AL 6 DE NOVIEMBRE, Y CURSO DE CLÍNICA MÉDICA DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO DEL 13 DE NOVIEMBRE AL 21 DE DICIEMBRE

Las lecciones serán diarias, teniendo lugar las prácticas en las Clínicas, Departamento de Rayos X o Laboratorio, y las doctrinales en la Sala de Conferencias. El número de alumnos será limitado, y el plazo de inscripción para estos últimos se cerrará diez días antes del comienzo del Curso. Importe de la matrícula, 50 pesetas.

Para inscripciones, dirigirse a la Depositaria del Hospital.

Pídanse detalles de los programas.

Instituto de Medicina Práctica

CURSO DE CARDIOLOGÍA, POR EL DOCTOR DURÁN ARROM.

Este curso se explica anualmente en el cuarto trimestre. Las lecciones del programa se exponen con pacientes de la clínica y del dispensario, proyecciones, piezas

patológicas, preparaciones histológicas, metabolismo basal, esfigmologometría, tensión venosa, alternando con exámenes radioscópicos, electrocardiográficos, flebográficos y esfigmográficos. Todos los días, de seis a nueve, pueden los matriculados estudiar en los pacientes del dispensario y de la clínica. Cualquier alumno o médico, sin matrícula alguna, puede asistir a las conferencias que desee. Las lecciones orales se exponen de siete y cuarto a ocho.

Para inscribirse al curso y cuantos detalles se deseen, dirigirse a la Administración del Instituto de Medicina Práctica, Asturias, 89, Barcelona.

SECCION OFICIAL

Tribunales para las oposiciones a plazas de médico titular

Las plazas comprendidas en la siguiente relación:

Dalias, dos plazas (Distritos 1.º y 4.º) (Almería).
Almendrales (Distrito 4.º), La Haba y Hornachos (Distrito 3.º) (Badajoz).

Estellenchs (Baleares).

Villahizán de Treviño (Burgos).

Algeciras (Distrito 4.º) (Cádiz).

Alcohuja-Cañaveruelas (Cuenca).

Churriana de la Vega (Granada).

Agüimes y Guía (Las Palmas).

Arganza y Sáucedo (León).

Trasparga (Distrito 1.º) (Lugo).

Torreledones (Madrid).

Carballada de Valdeorras (Orense).

Espinosa de Villagonzalo (Palencia).

Ciudad Rodrigo (Distrito 4.º), Hinojosa de Duero, Santibáñez de la Sierra y Molinillo y Villar de Ciervo (Salamanca).

Garachico (Santa Cruz de Tenerife).

Villafranca del Campo y agregados (Teruel).

Calatorao (Zaragoza);

serán juzgadas por los siguientes tribunales dentro del mes actual:

ALMERIA

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Juan José Jiménez, Canga Argüelles, director de Sanidad del puerto de Almería.

Don Antonio Oliveros Ruiz, médico bacteriólogo del Instituto provincial de Higiene.

Don Miguel García Algarra, y

Secretario: Don Guillermo Godoy Enríquez, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

BADAJOS

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Mateo de la Villa Carretero, médico del Instituto de Higiene.

Don Cayetano Barriga Moreno, médico del Dispensario antivenéreo.

Don Tulio Pinna Casas, y

Secretario: Don Antonio Ossorio Bolaños, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

BALEARES

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Carlos Calleja Acar, subdirector de Sanidad del puerto de Palma de Mallorca.

Don Juan Valenzuela, médico del Dispensario antivenéreo.

Don Juan Bautista Benavent Aranda, y

Secretario: Don Rogelio Figueira Créstas, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

BURGOS

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.
Vocales: Don Julio García Merino, médico del Instituto de Higiene.

Don Máximo Muñoz Casas, médico del Servicio antivenéreo.

Don Rogel o Pérez Domingo, y

Secretario: Don Crisógono Benito Robles, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

CADIZ

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Adolfo Vila Rodríguez, director de Sanidad del puerto de Cádiz.

Don Fernando Camúñez del Puerto, médico del Instituto de Higiene.

Don Salvador Dastis Pérez, y

Secretario: Don Antonio García Sánchez, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

CUENCA

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Jorge Vilarta Encinas, médico del Instituto provincial de Higiene de Toledo.

Don Ramón G. Medina, médico del Servicio antivenéreo de Valencia.

Don Pedro M. Moya Garrido, y

Secretario: Don Fernando Martínez Sarmiento, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

GRANADA

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Eduardo Suárez Peregrín, médico del Instituto de Higiene.

Don Antonio Robles Jiménez, médico del Instituto de Higiene.

Don Felipe Fajardo, y

Secretario: Don José Maldonado Jimeno, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

LAS PALMAS

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Benigno García Castrillo, director de Sanidad del puerto de Las Palmas.

Don Manuel Lezcano, médico del Servicio antivenéreo.

Don Rafael Juan Sintes, y

Secretario: Don Juan Bautista Guerra del Río, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

LEON

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Ildefonso Cortés Rivas, director del Centro secundario de Villafranca del Bierzo.

Don José Vallinas, médico del Servicio antivenéreo.

Don José Bermejo Luna, y

Secretario: Don Pedro Alonso Matanzo, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

LUGO

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Nicolás Peña Martínez, médico del Servicio antivenéreo.

Don Ricardo López Pardo, médico del Instituto provincial de Higiene.

Don Manuel Palmeiro Arribas, y

Secretario: Don Jaime Pardo Gómez, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

MADRID

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don José Ibeas Cano, epidemiólogo del Instituto provincial de Higiene.

Don Antonio Cordero, médico del Servicio antivenéreo.
Don Araceli Carrasco, y
Secretario: Don Francisco Manzano Godino, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

Suplentes

Presidente: El funcionario que haga las veces del inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Julián Sanz de Grado, y don Guillermo de la Rosa, médicos del Servicio antivenéreo.

Don Hermenegildo Blesa, y

Secretario: Don Eusebio Solórzano, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

ORENSE

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Casimiro Diz Lois, médico del Instituto de Higiene.

Don Julio García Pérez, médico del Instituto de Higiene.

Don Enrique Azpilicueta Moya, y

Secretario: Don Luis Arteaga Villar, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

PALENCIA

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Constancio Poyo Ruiz, bacteriólogo del Instituto provincial de Higiene.

Don José Ortega Arroyo, médico del Servicio antivenéreo.

Don Tomás Rodríguez Alonso, y

Secretario: Don Agustín García Miguel, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

SALAMANCA

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Julio Pérez Alvarez, director del Centro de Higiene rural de Peñaranda de Bracamonte.

Don Luis Sánchez Velasco, médico de Dispensario antivenéreo.

Don Nivado José Mancebo, y

Secretario: Don Santos de la Cruz Sánchez Benito, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

SANTA CRUZ DE TENERIFE

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Donato Athela, subdirector de Sanidad del puerto de Santa Cruz de Tenerife.

Don Antonio Martínez Fernández, bacteriólogo del Instituto de Higiene.

Don Manuel González Trujillo, y

Secretario: Don José Gorrión Martín, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

TERUEL

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Don Marcelo Uriel Romero, bacteriólogo del Instituto de Higiene.

Don Arturo Belenguer, médico del Servicio antivenéreo.

Don Bruno Soler Bastero, y

Secretario: Don Mariano Aznar Lahoz, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.

ZARAGOZA

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.



Vocales: Don Fausto Gómez, subdirector del Instituto provincial de Higiene.


Don Eduardo de Gregorio, médico del Dispensario antivenéreo.


Don Eduardo Muros, y


Secretario: Don Crescenciano Villar, médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad.


TANTO SI EL PACIENTE ES

anciano  y débil  o tan joven

 que su aparato digestivo trabaje con

menos energía que sus miembros  o ya

sea un adulto, hombre de negocios, 

sano, pero que lleve vida sedentaria 

—prescriba AGAROL, seguro de que remediará
el estreñimiento y conseguirá restablecer el
buen funcionamiento de los intestinos.

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

Lo bastante suave para pacien-
tes jóvenes y lo activo suficiente
para los estados crónicos de
pacientes adultos y ancianos.

*Gustosamente le enviaremos
una muestra para su ensayo*

AGAROL para el estreñimiento

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

= BARACHOL =

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

LABORATORIOS FAUS. — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

Suero anti-asmático de Heckel

Para adultos:

Caja de 12 ampollas de 5 c. c.

Caja de 6 ampollas de 5 c. c.

Para niños:

Caja de 12 ampollas de 2 c. c.

ELABORADO POR D. ERNESTO MOLINA GATTEAU
FARMACEUTICO

EN EL LABORATORIO E. BOIZOT
Luis Cabrera, núm. 47. MADRID

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

SUERO ANTIASMATICO DE HECKEL

basta para hacer cesar el espasmo.

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

Bactilose

OLIVER
RODES

PRODUCTO
DEL PAIS

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

INDICACIONES

*Forunculosis, Septicemias
Anthrax, Escarlatina, Gripe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

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

DEPOSITO GENERAL

VENTA EN
FARMACIAS

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

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

LACTOLAXINE FYDAU

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

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

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

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

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

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

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Las sustituciones de los inspectores provinciales

La *Gaceta* del 3 ha publicado la siguiente orden de Gobernación:

La continuidad de las funciones encomendadas a los inspectores provinciales de Sanidad exige que las interinidades de las plazas vacantes, así como las sustituciones por ausencia o enfermedades de los titulares, recaigan en funcionarios directamente afectos a los servicios sanitarios del Estado.

En su consecuencia,

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

1.º La sustitución de los inspectores provinciales de Sanidad con motivo de vacantes, ausencias y enfermedades, se llevarán a cabo con arreglo al siguiente orden de prelación:

a) Por funcionarios del Cuerpo de Sanidad Nacional afectos a la rama de Interior que presten sus servicios en la capital de la provincia.

b) Por funcionarios del Cuerpo de Sanidad Nacional afectos a la rama de Exterior que presten sus servicios en la capital de la provincia.

c) Por funcionarios del Cuerpo de Sanidad Nacional afectos a la rama de Interior que presten sus servicios en cualquier punto de la provincia.

d) Por funcionarios médicos ingresados por oposición en los Institutos provinciales de Higiene.

e) Por funcionarios médicos ingresados por oposición a servicios especiales de lucha sanitaria establecidos en la capital de la provincia.

2.º Las atribuciones, derechos y obligaciones de los funcionarios que sustituyan a los inspectores provinciales de Sanidad, serán, mientras dure la sustitución, los mismos que se consignan en las disposiciones vigentes para estos funcionarios, a excepción del percibo de indemnizaciones, que sólo podrán hacerse efectivas por el sustituto en caso de vacante o cuando la ausencia del titular sea superior a tres meses.

3.º Este sistema de sustituciones empezará a regir a partir de la primera que se origine después de publicada esta disposición en la *Gaceta de Madrid*, no siendo de aplicación para las interinidades, cuya causa se produjese con anterioridad a la publicación de esta disposición.

ORDEN

Ilmo. Sr.: Son constantes las quejas y reclamaciones que vienen produciéndose ante este Ministerio contra los Ayuntamientos por los médicos del Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad, que han tomado parte en concursos para la provisión de estas plazas, con motivo de darse con frecuencia inusitada el caso de que, por las Corporaciones municipales se deja transcurrir con gran exceso el plazo de diez días que determina el artículo 20 del Reglamento de 7 de marzo del corriente año para la notificación a los interesados de la resolución del concurso y sus fundamentos, dejando, asimismo, de devolverles la documentación presentada, lo cual constituye, no tan solo infracción evidente de los preceptos de los artículos 11 y 20 del citado Reglamento, sino manifiesto perjuicio de los interesados, que, con tal proceder, se ven privados de ejercitar sus derechos al no poder interponer, en los casos en que hubiere lugar, el oportuno recurso de alzada contra la resolución municipal, por no haberles sido ésta comunicada.

En virtud de lo expuesto, y con el fin de que los aspirantes a las plazas de médico titular-Inspector mu-

nicipal de Sanidad, tengan conocimiento, con la oportunidad necesaria, de la resolución de los concursos y el fundamento de la misma, al propio tiempo que les sea devuelta su documentación respectiva,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Que por las Corporaciones interesadas se proceda, en el plazo de diez días, a partir de la fecha en que se reciba la correspondiente propuesta de la Inspección provincial de Sanidad, al oportuno nombramiento de médico titular-Inspector municipal de Sanidad, para la provisión de la plaza o plazas que se traten de proveer.

2.º Que una vez hecho el nombramiento a que se refiere el número anterior, se proceda por la Corporación interesada, en un plazo de cinco días, a dar cuenta del mismo, con expresión de su fundamento, a la Inspección provincial de Sanidad, devolviendo al propio tiempo a este Centro la documentación de todos los aspirantes.

3.º Que por las Inspecciones provinciales de Sanidad se proceda en otro plazo de cinco días a notificar la resolución del concurso a todos los aspirantes admitidos en el mismo, con expresión de los fundamentos de la resolución que hubiera tenido lugar, limitándose, en cuanto a los que no han sido admitidos, a notificarles su exclusión y la causa de la misma, siendo devuelta a todos por la citada Inspección provincial su documentación respectiva, una vez transcurrido el plazo de veinte días, a partir de la fecha en que por este Centro les haya sido notificado la resolución correspondiente; y

4.º Que contra la resolución del concurso, comunicada por la Inspección provincial de Sanidad, podrán los interesados que no se hallen conformes, elevar recurso de alzada ante este Ministerio, en el plazo de quince días, el cual resolverá, previo informe de las Direcciones generales de Administración y Sanidad.

De orden ministerial lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos oportunos. Madrid, 31 de agosto de 1933.—P. D., J. Bejarano.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 2 de septiembre.)

DECRETOS

La necesidad de armonizar con las modernas orientaciones sanitarias la actuación de organizaciones tan arcaicas como la de los subdelegados de Medicina y Farmacia; de resolver sobre legítimas aspiraciones de los Ayuntamientos en cuanto a la situación de los primeros que, no obstante desempeñar servicios de la exclusiva competencia municipal, están independizados de las Corporaciones locales, y, por último, de aclarar la anómala situación creada al Cuerpo de Subdelegados de Sanidad por virtud del Decreto de 20 de noviembre de 1931, que declara extinguir la rama de veterinaria, impone la promulgación de normas que, respetando derechos legítimamente adquiridos, resuelvan de una manera definitiva la situación de los subdelegados de Sanidad.

En virtud de lo anteriormente expuesto, de acuerdo con el Consejo de ministros y a propuesta del de la Gobernación,

Vengo en decretar:

Artículo 1.º Se declara a extinguir el Cuerpo de Subdelegados de Medicina y Farmacia.

Artículo 2.º Quedan amortizadas cuantas vacantes existen en la actualidad, se hallen o no servidas interinamente, así como cuantas se produzcan en lo sucesivo.

Artículo 3.º A partir de la promulgación de este Decreto, el registro de títulos se llevará a cabo, con carácter gratuito, por las Inspecciones provinciales de Sanidad, quedando suprimido por innecesario el visado de certificaciones.

Artículo 4.º En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo anterior, todas las subdelegaciones de Medicina y Farmacia harán entrega a los correspondientes Inspectores provinciales de Sanidad de los libros registros de títulos.

Artículo 5.º Los servicios correspondientes a las subdelegaciones de Medicina, amortizadas con arreglo al artículo 2.º, serán transferidas a los Inspectores municipales de Sanidad del partido judicial que por esta disposición quedan facultados para prestar tales servicios dentro del partido médico dependiente de su jurisdicción.

Artículo 6.º Los servicios correspondientes a las Subdelegaciones de Farmacia, amortizadas con arreglo al artículo 2.º, serán transferidas a los Negociados de Farmacia dependientes de las Inspecciones provinciales de Sanidad.

Artículo 7.º Las Subdelegaciones de Medicina y Farmacia que, por estar provistas en propiedad con todas las garantías legales, se consideran subsistentes hasta que normalmente se produzca la vacante, conservarán los derechos consignados en las disposiciones que, por no oponerse a este Decreto, se hallen en vigor.

Artículo 8.º En los Ayuntamientos populosos que, por tener ordenados sus servicios de asistencia con arreglo a Reglamentos especiales de Beneficencia municipal, careciesen de Inspectores municipales de Sanidad, la transferencia de los servicios correspondientes a las Subdelegaciones amortizadas se hará acumulándolos a las Subdelegaciones subsistentes.

Artículo 9.º En las poblaciones donde subsistan más de una Subdelegación, la distribución de los servicios por distrito entre los subdelegados se llevará a cabo con arreglo al siguiente orden de méritos:

- a) Subdelegados por oposición.
- b) Subdelegados por concurso; y
- c) Subdelegados por nombramiento directo.

Artículo 10. Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan al cumplimiento de este Decreto.

Dado en Madrid, a tres de septiembre de mil novecientos treinta y tres.—*Niceto Alcalá-Zamora y Torres*. El ministro de la Gobernación, *Santiago Casares Quiroga*. (Gaceta del 6 de septiembre de 1933.)

La necesidad de intensificar la lucha contra la lepra y de coordinar los esfuerzos, hoy dispersos, encaminados a tal fin, obligan a dictar normas en consonancia con los conocimientos científicos actuales, y con los medios hoy disponibles.

En virtud de estas consideraciones, a propuesta del ministro de la Gobernación y de acuerdo con el Consejo de ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Los Inspectores provinciales de Sanidad velarán por el exacto cumplimiento de la notificación, por parte de los señores médicos en ejercicio, de cada caso de lepra o sospechoso, facilitándoles instrucciones y materiales a los efectos de la comprobación bacteriológica de la enfermedad y del registro sanitario del enfermo.

Artículo 2.º La Dirección general de Sanidad organizará el diagnóstico de los enfermos y el tratamiento ambulatorio gratuito de aquellos que siendo pobres puedan permanecer y permanezcan en sus domicilios, valiéndose especialmente de la organización antivenérea nacional, cuyos médicos por delegación de la Inspección provincial de Sanidad, serán los encargados de la vigilancia sanitaria y médica de los leprosos no hospitalizados de su zona.

Artículo 3.º Cuando por circunstancias de alejamiento de los Centros sanitarios sea necesario, la Inspección

provincial de Sanidad podrá poner a disposición del inspector municipal de Sanidad encargado de la asistencia de uno o varios leprosos, los medicamentos necesarios. Los inspectores municipales de Sanidad darán cuenta periódicamente a la Inspección provincial de Sanidad del estado de los enfermos.

Artículo 4.º A los efectos del aislamiento, los enfermos se clasificarán en dos grupos:

a) Formas cerradas, que no eliminen bacilos ni por lesiones y por el moco nasal.

b) Formas abiertas con eliminación de bacilos.

Los enfermos del primer grupo podrán permanecer en su domicilio sometidos a tratamiento y a vigilancia periódica, pudiendo, sin embargo, ser llevados a las leproserías siempre que se disponga de camas en las mismas y así lo solicite el propio enfermo.

Si se hicieran bacilíferos, se considerarán inmediatamente como tales a los efectos que a continuación se consignan.

Artículo 5.º Los enfermos del segundo grupo serán aislados en las leproserías, salvo cuando el aislamiento domiciliario pueda verificarse de un modo eficaz.

En este caso, el Inspector provincial de Sanidad hará que el enfermo sea sometido a una vigilancia sanitaria apropiada por el Servicio antivenéreo más próximo y que se tomen las medidas de cura y desinfección pertinentes. En caso de que no se cumplan éstas, el Inspector provincial de Sanidad dispondrá el aislamiento del enfermo en una leprosería.

Artículo 6.º A los enfermos que permanezcan en sus domicilios les será prohibido el ejercicio de cualquier actividad que pueda suponer peligro para los demás, siendo aislados en las leproserías inmediatamente los que contravengan esta obligación.

Todas las personas de las familias de los enfermos o que convivan con ellos serán sometidos a vigilancia periódica.

Artículo 7.º Para que a un enfermo de lepra le sea permitida la permanencia en su domicilio, deberá reunir éste condiciones que posibiliten un aislamiento del paciente del resto de sus familiares; en especial podrá disponer de un dormitorio para su exclusivo uso, convenientemente separado del resto de las habitaciones de sus familiares o vecinos. Dispondrá de utensilios y ropas propias visibles de sus familiares; en especial podrán ser usadas por otras personas. Las excreciones y ropas de los enfermos serán convenientemente desinfectadas y lavadas por separado.

Artículo 8.º El aislamiento de los enfermos pobres correrá a cargo de la Diputación provincial, de cuya provincia sean vecinos, pudiendo éstas disponer, en locales apropiados, el aislamiento de los enfermos.

Artículo 9.º Cuando estos locales sean de tipo hospitalario se destinarán única y exclusivamente a aquellos leprosos pobres con lesiones avanzadas que les impidan toda clase de trabajos.

Artículo 10. Cuando cuenten con colonias-leproserías, podrán aislar en ellas a todos los leprosos bacilíferos y a los no bacilíferos. En el segundo caso de solicitarlo por sí mismos.

Artículo 11. *Colonias leproserías.*—Las colonias-leproserías, sean provinciales u organizadas por mancomunidades de provincias, podrán, si disponen de camas para ello, admitir leprosos de otras provincias, las cuales quedarán obligadas a pagar la estancia de los enfermos que envíen, según su contrato previo.

El Estado podrá subvencionar a estas colonias-leproserías en la cuantía que la Dirección general estime pertinente para cada caso y en las condiciones de inspección que determine.

Artículo 12. El Estado, por sí podrá construir colonias-leproserías, admitiendo leprosos, enviados por las

provincias, cuyas Diputaciones deberán abonar los gastos de sus estancias.

Artículo 13. Igualmente, entidades no oficiales podrán organizar y sostener leproserías, admitiendo enfermos en las mismas condiciones de las anteriores y gratuitamente si así lo estima oportuno. Estos establecimientos particulares habrán de sujetarse en el régimen de asistencia a las normas dictadas por la Dirección general de Sanidad, que, además, las inspeccionarán periódicamente.

Artículo 14. Toda leprosería de nueva creación y las ya organizadas, dependa de entidades oficiales o privadas, someterá a la Dirección general de Sanidad un Reglamento en el término de dos meses.

Esta lo aprobará con las modificaciones que estime oportunas.

Artículo 15. En estos Reglamentos constará siempre:

a) Que las leproserías se sometan, sea cual fuere la entidad de que dependan, a la inspección de la Dirección general de Sanidad y a cuantas reglas se deduzcan de la presente disposición y de la que en adelante se publiquen.

b) Darán cuenta mensual de las altas y bajas de enfermos, debiendo admitir siempre que tengan camas vacantes a cuantos leprosos les manden las Diputaciones provinciales por intermedio de las autoridades sanitarias, siempre que las Diputaciones abonen las estancias de los enfermos, a un precio aprobado de acuerdo con la Dirección general de Sanidad.

c) Se organizará el tratamiento y la asistencia de los leprosos en modo adecuado.

d) La dirección técnica será eficiente, debiendo existir, cuando menos, un médico especializado en la materia y que haya sido sometido a una prueba de suficiencia frente a un Tribunal presidido por un delegado de la Dirección general de Sanidad.

e) Los enfermos hábiles para el trabajo podrán ocuparse en granjas agrícolas o talleres en labores en relación con su capacidad para aquél.

Artículo 16. Las altas de los enfermos deberán darse siempre de acuerdo con las autoridades sanitarias y los correctivos por faltas graves no podrán nunca ser impuestos sin un acuerdo con las autoridades sanitarias, y si fueran sanciones por delitos incluidos en el Código penal se impondrán siempre por las autoridades judiciales bajo su responsabilidad y bajo su custodia.

Artículo 17. Los enfermos que sin la autorización del médico jefe director de la leprosería se ausenten de ella podrán ser reclamados por este Ministerio a las autoridades judiciales o sanitarias para que dispongan su reingreso.

Artículo 18. La vida de los leprosos en las colonias-leproserías estará sometida a las leyes generales del país con las restricciones a que la naturaleza de la dolencia obliga.

Estas restricciones constarán en modo explícito en cada Reglamento y no podrán referirse nunca al recibo de correspondencia, libros, periódicos, útiles para esparcimiento, etc., permitidos a los sanos por las leyes del país.

Artículo 19. En todas las colonias-leproserías existirán habitaciones adecuadas para matrimonios de leprosos que deseen vivir juntos.

Cuando esto ocurra, el médico jefe de la leprosería deberá instruirles debidamente en las prácticas anticoncepcionales, entregándoles gratis si fueran pobres y a cuenta de la leprosería los útiles necesarios para llevarlas a cabo.

Artículo 20. En caso de nacer un hijo de leprosos será separado inmediatamente de sus padres. Si se hiciera leproso, les será devuelto inmediatamente.

Artículo 21.—En las colonias de leprosos existirán pabellones o pequeños edificios aislados para enfermos pudientes que pagarán su estancia.

Artículo 22. A todo leproso que trabaje se le abonará un salario en relación a su labor, y todo lo que produzca será destinado al uso de la leprosería o vendido a los otros establecimientos de igual naturaleza.

Artículo 23. Bajo ningún concepto podrá una colonia-leprosería ser utilizada para fines distintos del aislamiento, curación de leprosos y estudios leprológicos.

Artículo 24. Cuando se proyecte una nueva leprosería, sea oficial o privada, deberán remitirse a la Dirección general de Sanidad los planos de la misma, para su estudio y aprobación, debiendo tener, como mínimo, enfermerías para graves y mutilados y pabellones separados para enfermos en condiciones de trabajo, además de las instalaciones de aseo, curas, laboratorio y desinfección pertinentes.

En todo caso contará con terrenos adecuados para su cultivo por los leprosos y locales para trabajo y esparcimiento de los mismos.

Artículo 25. La Junta Central Antivenérea informará sobre los Reglamentos a que se refiere esta disposición, asesorando a la Dirección general de Sanidad en cuantos asuntos hagan referencia a la lucha antileprosa.

Artículo 26. Queda prohibida la entrada en España de leprosos extranjeros; los inmigrantes españoles leprosos se someterán inmediatamente a las disposiciones vigentes.

Dado en Madrid, a dos de septiembre de mil novecientos treinta y tres.—*Niceto Alcalá Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Santiago Casares Quiroga*. (Gaceta del 6 de septiembre.)

DECRETO

Desaparecidas las causas que motivaron el Decreto del Gobierno provisional de la República, referente a la provisión interina de las Inspecciones generales de Sanidad Interior y de Instituciones sanitarias, fecha 22 de agosto de 1931, y vacante en la actualidad la Inspección general de Sanidad Exterior y de Comunicaciones y Transportes, se hace preciso atender a la inmediata provisión, en propiedad, de las mencionadas plazas, si bien modificando las actuales normas que para ello establecían los artículos 18 y siguientes del Reglamento de personal sanitario, aprobado por Decreto de 8 de julio de 1930, en el sentido de ampliar el número de funcionarios de Sanidad que por sus méritos puedan considerarse en condiciones de aptitud para el desempeño de las Inspecciones generales.

En virtud de lo expuesto, y a propuesta del ministro de la Gobernación,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Los cargos de Inspectores generales dependientes de la Dirección general de Sanidad se proveerán por concurso especial de méritos entre funcionarios del Cuerpo de Sanidad Nacional, que hayan prestado servicio, sin nota alguna desfavorable, en la rama correspondiente a la vacante, por un tiempo no inferior a cinco años.

Artículo 2.º Los concursos para proveer las plazas de inspectores generales de Sanidad serán juzgados por un Tribunal integrado por el director general de Sanidad, dos consejeros de Sanidad designados por el ministro de la Gobernación y dos funcionarios del Cuerpo de Sanidad Nacional, elegidos por sorteo entre los que prestan servicio activo en plazas de la rama de la Inspección que se vaya a proveer.

Artículo 3.º La conmutación de los méritos la hará libremente el Tribunal, atendiendo a la eficacia sanitaria de la labor desarrollada anteriormente por los aspirantes.

Artículo 4.º El Tribunal formulará propuesta unipersonal para cada plaza y su fallo será sometido a la aprobación de la Comisión permanente del Consejo Nacional de Sanidad y posteriormente al ministro de la Gobernación, quien resolverá en definitiva.

Artículo 5.º Quedan derogados los artículos 18 y 19 del Reglamento de personal sanitario, fecha 8 de julio de 1930.

Dado en Madrid, a dos de septiembre de mil novecientos treinta y tres.—*Niceto Alcalá-Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Santiago Casares Quiroga*. (Gaceta del 7 de septiembre.)

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid

Altura barométrica máxima, 708,2; ídem mínima, 703,8; temperatura máxima, 34,6; ídem mínima, 19,0; vientos dominantes, NE.

Roto, al fin, el círculo de altas temperaturas en que se mantenía el ambiente, y sometida la presión atmosférica a las consiguientes variaciones, la salud pública comienza a reflejar las influencias a que la somete el cambio termo-manostático.

Se han registrado en cantidad considerable efectos reumatoideos musculares y articulares, sobreviniendo empeoramiento en la salud de cardíacos, bronquíticos y renales. Se han producido cólicos apendiculares y nefríticos por enfriamiento. Las infecciones gastrointestinales comienzan a alcanzar la curva, que es su normal en esta época del año, y decrecen notablemente, en número y en gravedad, la tosferina, el sarampión y la escarlatina. Se registra algún caso de varicela y, aparte estas características, la salud de la infancia mejora de modo estimable.

CRONICAS

Vacantes.—Hasta el 2 de octubre pueden solicitarse las siguientes, por concurso libre de méritos:

Castiello de Jaca con sus agregados Acín, Borau y Besós de Garcipollera (Huesca), 4.ª categoría; 1.650 pesetas y 1.517 habitantes. Nueva creación.

Alcolea de Tajo (Toledo), ídem; 1.650 ídem y 840 ídem.

Renuncia.

Geldo (Castellón), 5.ª; 1.375 ídem y 965 ídem. Idem.

Campazas (León), ídem; 1.375 ídem y 580 ídem. Idem.

Junta de la cerca (Burgos), ídem; 1.375 ídem, y 1.440 ídem. Concurso anterior desierto.

Por concurso libre de antigüedad:

Tuineje (Las Palmas), 4.ª categoría; 1.650 pesetas y 2.013 habitantes. Nueva creación.

Y por concurso restringido de antigüedad:

Villaverde de Guadalimar (Albacete), 3.ª categoría; 2.200 pesetas y 1.410 habitantes. Defunción.

La selección de todas estas vacantes por la Inspección.

Peste bubónica en Poona.—Según noticias que publica la prensa diaria, la epidemia de peste bubónica causa en esta ciudad unos doce casos mortales por día.

La asistencia en hospitales.—Recogemos el siguiente lamentable caso, por si hubiera lugar a rectificación:

En Valladolid, el presidente de la Diputación ha dispuesto la suspensión de empleo y sueldo de los alumnos internos de guardia en el hospital debido a que, llevado a este establecimiento un niño de dos años, llamado Calixto Cobos, que se le había atragantado una uva, falleció por no recibir asistencia inmediata. Los alumnos estaban ausentes.

Parece que el Juzgado ha realizado importantes diligencias para depurar responsabilidades.

Nombramientos.—Han sido nombrados médicos clínicos del Servicio Antivenéreo de Elche, Orihuela, Andújar, Langreo y Chamartín de la Rosa, respectivamente, D. Miguel Salinas González, D. José Madaria Garriga, D. Víctor Amanuel Domínguez, D. Ceferino Aguilera Maruri, D. Francisco Dauden Valls y D. Luis de la Cuesta Almonacid, con la dotación anual cada uno de 3.000 pesetas.

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."

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.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Único 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.*

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

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

NIÑOS { *Quininfantina*
DELGADO RONCO

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar

Imprenta Zolla Ascasibar, Martín de los Heros, 69, Madrid,