

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

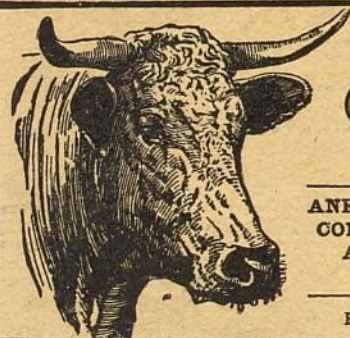
[Boletín de Medicina, Gaceta Médica, Genio Médico-Quirúrgico, Fundador: Tejada y España.
Correspondencia Médica, Fundador: Cuesta y Ckerner.—La Sanidad Civil, Fundador: D. J. Albiñana.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

FRANQUEO
CONCENTRADO



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 ó 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOIZE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOIZE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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

► Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

► Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

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

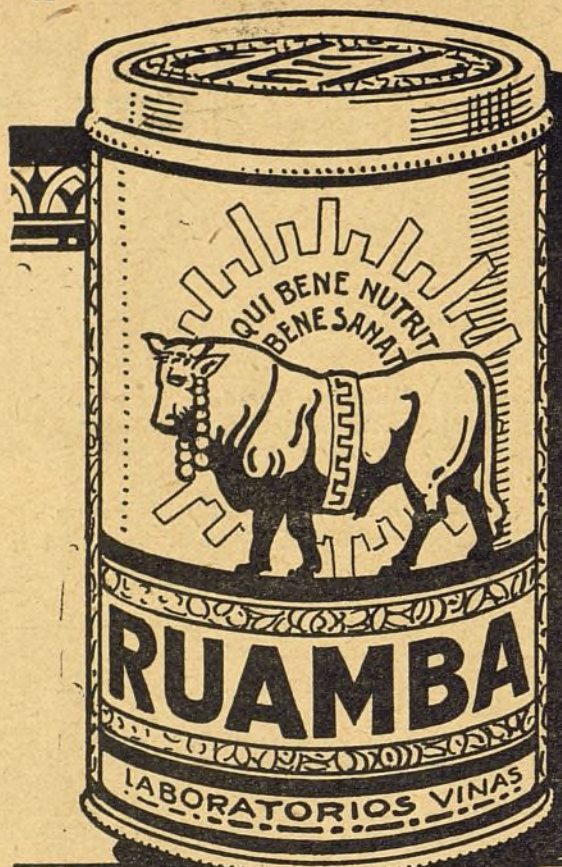
SANATORIO PEÑA - CASTILLO

SANTANDER

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

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

HOZNAYO.—La mejor agua de mesa



**Poderoso reconstituyente para
niños y adultos.**

**Contiene los principios indispensables
a la función vital.**

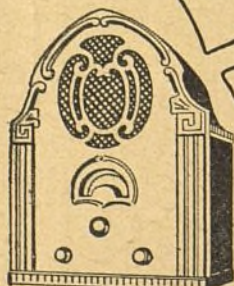
Una cucharada de **Ruamba**,
mezclado en la leche, aumenta cuatro
veces su valor nutritivo y constituye un
delicioso desayuno o merienda para los
anémicos, Inapetentes, raquíticos, albu-
minúricos, desnutridos, etc.

Laboratorios Viñas - Claris, 71 - BARCELONA

RADIO

Stewart-Warner

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



Con menos lámparas obtiene el máximo
rendimiento alcanzado hasta el día

Está dispuesto para el
adaptador de extra corta.

Posee toma y conmu-
tador de "Pick-up."

Se fabrica en
alterna y continua

Dispone de toma
para televisión

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA

VIVÓ, VIDAL Y BALASCH

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

**LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA**

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

Simbiosis de fermentos lácticos y búl-
garos 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 etcé-
tera, es de notable éxito

LACTOBULGARINA

en la mano o en el pie se irradia a lo largo del nervio, incluso por encima del sitio de la lesión, todo movimiento, toda sacudida y, desde luego, la marcha la provocan. En la mano presenta el enfermo una actitud característica; el antebrazo está flexionado en ángulo recto. La mano en supinación y en hueco por la fuerte aproximación de todos los dedos, lo mismo que se coloca para postular. El enfermo cuida de evitar esfuerzos al miembro afectado por medio de una clapa o por el otro brazo. La mano enferma suelen llevarla envuelta en algodón o paños húmedos, porque la humedad alivia algo los dolores, más que el frío mismo. La cara del enfermo presenta convulsiones; los paños cortos por miedo a la sacudida de la marcha, y si se producen una de estas sacudidas o una emoción, el dolor de la parte enferma se agrava. La sensación y el dolor es superficial, como si se localizara en la piel, y por eso cuando el enfermo se decide a que exploren su mano y movilicen los dedos y la muñeca observa que los dolores son menos intensos de lo que él tenía. Cuando se localiza en el pie los rasgos generales de los síntomas son los mismos; sin embargo, la causalgia impide al enfermo moverse, si no es con muleta, o bien le obliga a permanecer en la cama. Los trastornos motores guardan relación con el dolor y, generalmente, no existe parálisis ni atrofia muscular, salvo en los casos inveterados en que la inmovilización ha ocasionado trastornos tróficos. La piel tiene los caracteres típicos de lo que se llama "glosy-skin", o sea que está caliente, roja y lisa, pero muchas veces se presenta simplemente macerada por la acción de la humedad constante que mantiene el sujeto para aliviar su molestia. Los dedos son delgados y afilados. Las uñas estriadas y gruesas.

La hiperestesia cutánea se manifiesta al menor contacto y se extiende mucho más allá del territorio del nervio enfermo, lo mismo que los trastornos vasculares tróficos. Se conoce mal la naturaleza de la causalgia. Las lesiones nerviosas, por lo menos las inflamaciones, son poco pronunciadas, puesto que no hay parálisis motora ni sensitiva. La adherencia del nervio a las partes inmediatas no basta para explicar el carácter de los dolores. Se ha atribuido importancia a los

exposición crónica por este gas aparecen una serie de trastornos funcionales de la circulación de la sangre, del aparato digestivo, fenómenos dolorosos, neuralgias, embolamientos, acroparestesias; todos estos síntomas tienen valor cuando se haya de formular el diagnóstico. Las hemorragias yusta-nerviosas se absorben de prisa y los fenómenos de compresión desaparecen en consecuencia. En cambio, cuando las dichas hemorragias se encuentran en los mismos nervios, la evolución suele ser más lenta y queda cierta esclerosis intrafascicular que retrasa la mejoría de los síntomas. Las trombosis, las supuraciones secundarias, son complicaciones que perturban la evolución de las alteraciones nerviosas y que pueden engendrar verdaderas neuritis infecciosas secundarias.

En cuanto al tratamiento, una vez que han desaparecido los trastornos generales de intoxicación, se acelera la desaparición de los trastornos nerviosos locales por el amasamiento, la movilización de las partes enfermas y la electrización para provocar las contracciones musculares. La higiene adecuada cuidará de mejorar el estado general del sujeto.

Neuritis producida por el sulfuro de carbono.—Se ha interpretado de diversos modos la acción de los vapores de este cuerpo sobre el sistema nervioso. Para algunos no provocaría lesiones orgánicas y si solamente histéricas. Muchas veces se han observado epidemias de talíer ocasionadas por el contagio mental o por intoxicaciones de otras índoles, como el hidrargirismo. Sin embargo, existen en realidad parálisis orgánicas sulfocarbonadas. Los obreros que trabajan en la vulcanización del caucho son los más expuestos a ella. Estas parálisis pueden atacar solamente a los músculos de la pierna, el grupo antero externo, quedando el pie caído. Se ha observado la parálisis de los flexores del muslo; a veces se inician los trastornos por fenómenos dolorosos y por incoordinación, tanto en los miembros superiores como en los inferiores. Completan el cuadro clínico los trastornos de la sensibilidad, que pueden consistir en hiperestesia y anestias desigualmente repartidas, temblores y acroparestesias. Por la atrofia muscular, los tras-

tornos de los reflejos y los de las reacciones eléctricas se ha llegado a la conclusión de que se trata de alteraciones de los troncos nerviosos. Otros síntomas, como las alteraciones de la emotividad, diversas manifestaciones genitales, etc., proceden de trastornos psiconeuróticos y principalmente del histerismo. La evolución es progresiva; tanto la aparición como la desaparición de los síntomas es lenta.

Neuritis intestinal hipertrofica.—Es excepcional. Casi siempre familiar y hereditaria. Comienza en la juventud y su etiología es desconocida. Al mismo tiempo se presentan lesiones tronculares y radiculares. Existe neuritis intestinal crónica, pero hay esclerosis de los cordones posteriores, atrofia de las raíces posteriores y de las células de las anteriores. Clínicamente se manifiesta la enfermedad por una atrofia muscular que domina en las extremidades de los nervios con deformidad de las manos y de los pies. La marcha de la enfermedad es lenta, pero progresiva, con hipertrofia considerable de los troncos nerviosos, los cuales están duros, no son dolorosos a la palpación. Por parte del sistema óseo hay también trastornos tróficos, como cifoescoliosis y muchas veces pie zambo equinovaro. Por la esclerosis posterior coinciden con estos síntomas muchos otros de carácter tabético. Los más destacados son los de incoordinación motora. Se diferencia esta enfermedad de la de Friedreich: por la atrofia muscular de las extremidades, el engrosamiento de los troncos nerviosos y la existencia del síntoma tabético de Argill-Robertson. Algunos niegan la autonomía de esta enfermedad y la consideran como una forma de la atrofia de tipo Charcot-Marie.

Las polineuritis en general pueden llevar una evolución aguda, subaguda o crónica. Las formas agudas suelen ser graves y evolucionan como las enfermedades infecciosas, con fiebres y otros síntomas generales. Pueden tomar una marcha ascendente extendiéndose rápidamente a los nervios bulbares y terminar mortalmente al afectarse el neumogástrico; pero se puede detener el proceso pasando al estado crónico y logrando una curación más o menos completa. Las formas subagudas más comunes van a veces acompañadas de fiebre ligera; se suelen ex-

ma, cianosis hiperhidrosis. La piel está unas veces seca y escamosa, otras lisa y pálida, su color puede ser cianótico o rojo. Los dedos aparecen azules y las uñas, secas, se rompen con facilidad. La radiografía demuestra un poco de decalcificación. Los mismos trastornos tróficos articulares o tendinosos explican las adherencias de los huesos y las retracciones de los tendones. Estos trastornos tróficos dan a la enfermedad un pronóstico grave por las invalideces que dejan, porque los trastornos motores y los sensitivos disminuyen y, a lo sumo, quedan hormigueros. El tratamiento de estas neuritis traumáticas es eficaz. Consiste en la liberación del nervio; su protección contra las inflamaciones secundarias y, en los casos rebeldes, la inyección de sustancias modificadoras.

En las neuritis irritativas atenuadas existen dolores ligeros por debajo de la región que sufrió el traumatismo y parestesia a la presión de la piel y de los músculos. Trastornos tróficos ligeros con retracción fibrotendinosa. Tienen valor pronóstico porque indican que no hay interrupción del nervio.

La forma neurálgica simple consiste en una neuralgia a lo largo de los nervios que sufrieron una contusión o una compresión, y en los que se han producido pequeñas hemorragias, como ocurre en la intoxicación oxí-carbonada, o, por último, que están sometidos a la acción de cuerpos extraños, por ejemplo, segmentos de proyectil, que han quedado en los tejidos. Los síntomas más típicos consisten en dolores intensos en el trayecto de los nervios que se despiertan por la elongación, la tirantez, la falta de parálisis y de trastornos tróficos.

La consaligia.—Conviene que nos detengamos un poco en ella. Este nombre se aplica a un síndrome caracterizado por dolores muy intensos que se han comparado a los de una intensa quemadura, y de ahí su nombre. Se localiza sobre todo en los nervios mediano y cático, aparece a los pocos días de la herida, aumenta rápidamente hasta llegar a la máxima intensidad y persiste en ella con una firmeza desesperante. Se caracteriza por dolores sumamente violentos que oscilan entre un escozor y un estado de verdadero martirio; localizada

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRITICA

— AMENIDADES —

16-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

La averiguación del tamaño de los virus "subvisibles" (vacuna variolosa, peste de las gallinas, bacteriófagos)

POR EL

PROF. HEINRICH BECHHOL

Y EL

DR. MAX SCHLESINGER

Del Instituto para la Investigación de coloides en Frankfurt am Main.

Numerosas enfermedades infecciosas son causadas por agentes patógenos hasta ahora todavía desconoci-

bacterias, descubierta en 1917 por D'Herelle.

Las investigaciones hechas hasta ahora muestran que los agentes patógenos de tales enfermedades deben ser menores aún que los microorganismos más pequeños conocidos, ya que resultan invisibles con los microscopios más poderosos, y atraviesan los filtros que retienen a los microorganismos visibles conocidos más pequeños. Por lo tanto, se habla de agentes patógenos "filtrables" y "subdivisibles".

Los agentes subdivisibles probablemente sólo se diferencian de los demás microorganismos patógenos en que son demasiado pequeños para la visión microscópica. No obstante, debe llamar la atención que, para ninguno de los agentes filtrables se haya conseguido el cultivo sin la presencia de las células vivas de un organismo receptivo, y que además hasta ahora entre tales gérmenes invisibles sólo se encuentran los patógenos. Cuando se considera que la fermentación, la putrefacción, la formación de nitratos a partir del nitrógeno del aire, etcétera, son también la obra de pequeños seres vivos cuya diversidad sobrepasa con mucho a los grupos de

la carencia absoluta de desarrollo en la ausencia de células vivas.

Por lo tanto, en la cuestión de los virus subvisibles estamos en presencia del siguiente problema: ¿Serán vivos (gérmenes) o sustancias excitantes (toxinas)? Si se ataca a fondo esta cuestión, se ve que se trata de un inmenso campo que quizá abarca más formaciones que el de los organismos visibles al microscopio. Por trabajos antiguos sólo podemos llegar con certeza a la conclusión de que los tipos de virus subvisibles son más pequeños que los microorganismos más pequeños visibles, y que entre sí no son todos del mis-

El complejo fósforo vitamínico

Vitophos

polvo - tabletas - jarabe

CIEMMOSA IBERICA, S. A.

dos. A éstas pertenece la viruela, la rabia, las viruelas locas, el sarampión y probablemente también la escarlatina y la gripe; además, las vejiguillas inofensivas que en algunas personas se presentan en los labios (herpe labial) con motivo de un resfriado. Entre las enfermedades de los animales mamíferos mencionaremos también la gastrobronquitis de los perros (catarro canino), la glosopeda y la peste porcina; entre las de las aves, la peste de las gallinas; entre las de los insectos, la peste de los gusanos de seda ("grasserie"), y entre las de las plan-

Diarreas estivales
ELDOFORMO
Bayer-Meister Lucius

los agentes patógenos, hay que asombrarse de que nunca se haya encontrado un germen submicroscópico como causa de tales procesos. Si por el contrario, se supone que los virus subvisibles no son gérmenes individuales, sino una sustancia producida por las células vivas enfermas, para cuya producción necesita la célula un estímulo muy específico que sólo puede ejercer esta misma sustancia, entonces se tiene no solamente la explicación del aumento del virus en los organismos enfermos, sino la de

ION-CALCINA

— PALLARES —

A base de Cloruro de Calcio

Frasco e inyectables.

mo tamaño. El llenar este vacío es de gran importancia. El conocimiento del tamaño absoluto daría así lugar a formar un cierto juicio sobre la naturaleza del virus: por ejemplo, con partículas (estructuras) del tamaño de una molécula de albúmina, apenas si se podría pensar en seres vivos (por lo menos en el sentido ordinario). Además, como primera consecuencia del conocimiento exacto del tamaño de tales estructuras, se sabría si en definitiva existe la posibilidad de observarlas o representarlas realmente de un modo directo por medio de la luz ordinaria o la ultra-

JARABE ALMERA

a base de fosfato de cal gelatinoso, el más asimilable

tas, la enfermedad del mosaico del tabaco, remolacha azucarera y espinaca. Finalmente, también es de citar la bacteriofagia, una enfermedad de las

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antienémico

ALCALA, 88.-MADRID

violeta. Este conocimiento del tamaño absoluto dilucidaría también si ciertas estructuras tenidas por algunos investigadores como agentes pa-

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

tógenos, pueden ser consideradas como tales. También del tamaño se puede sacar conclusiones sobre la extensión y posibilidades de penetración de los virus en los tejidos y, por lo tanto, sobre los caminos de la infección. Pero de excepcional importancia para el estudio de las propiedades físico-químicas de los virus es la circunstancia de que los métodos hallados para determinar el ta-

Fábrica especializada en Productos Dietéticos
y de Régimen Vegetariano.

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

maño, permiten comprobar si realmente tenemos ante nosotros al mismo agente patógeno y averiguar sus propiedades. Las estructuras cuyas dimensiones están entre las de las bacterias y las de las moléculas albuminoides, son el campo apropiado para la investigación coloidal. La aplicación de sus métodos a la investigación de los virus subvisibles ocupa hace varios años al Instituto para la Investigación de Coloides en Frankfurt am Main. Las especiales dificultades con que se tiene que luchar en este caso, a diferencia del de los coloides inanimados, son la mezcla con partículas extrañas (desechos de los tejidos, coágulos de albúmina) de los más diversos tamaños, y la pequeña estabilidad del virus. La concentración de los virus sólo se puede determinar con tosca aproximación por medio de experimentos biológicos en animales; el trabajo exige gran precaución, pues se trata de material infectante, y además—respecto a las reacciones biológicas—se debe evitar la infección por gérmenes extraños. A pesar de todo, nos ha sido posible elaborar métodos utilizables, y con ellos alcanzar algunos resultados.

Como métodos para la determinación del tamaño de los virus subvisi-

“MALTOPOL”

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

M. F. Berlowitz. — Alameda, 14, Madrid

bles, vienen en consideración: la *filtración*, la medida de la *velocidad de caída en la centrifuga* y la determinación de los *coeficientes de difusión*.

El método de la *filtración*—a cuyo empleo deben su nombre los virus “filtrantes”—es el más intuitivo de todos. Con él ha sido posible primeramente el crear los fundamentos para la determinación del tamaño absoluto de las partículas filtrables.

La acción de un filtro es, en principio, la de un cedazo o tamiz. Si poseemos una serie de cedazos con malla cada vez más estrecha, y observamos que un polvo pasa a través de una malla de determinado calibre, y por otras más estrechas no pasa, podemos asegurar que el tamaño de los granos está entre el de ambos calibres. También los filtros de porcelana (bujías de Chamberland, de tierra de diatomeas (bujías de Berkefeld), etc., así como en especial los ultrafiltros (de colodión), se pueden obtener en series de decreciente porosidad. Las ranuras, canales, etc., que atraviesan el filtro—los poros—corresponden a las mallas del cedazo. Pero, sin embargo, la interpretación de los experimentos de filtración es notablemente más complicada.

Mientras que las mallas de un cedazo son iguales entre sí, en un mismo filtro existen poros de diferente tamaño. Además, el tejido de un cedazo casi nunca es más grueso que la anchura de sus mallas, mientras que el espesor de un filtro representa mil veces más que el diámetro de los poros. Todavía hay más: la lon-

YODALGON
ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

gitud de un poro no es aproximadamente igual al espesor del filtro, sino que, según nuestras experiencias, es de 5 a 10 veces mayor; por lo tanto, el poro debe atravesar el filtro por un camino de muchas vueltas, y es comprensible que sólo partículas bastante más pequeñas que la anchura del poro puedan pasar a su través. Nuestros experimentos mostraron que las partículas que pasan sin impedimento por los poros, son de 8 a 15 veces menores que el diámetro del poro. Además, la misma determinación de la anchura de los poros es un problema por sí mismo, y sólo después de la introducción de las diversas correcciones fué posible el llegar, por lo menos, para los poros mayores del filtro, a los valores próximos a la realidad. Finalmente, hay que tener todavía en cuenta diversas complicaciones (adsorción, atascamiento de los poros) (1).

Pero si se excluyen las causas secundarias de error—es decir, si se trabaja con filtros cuyos poros mayores estén determinados, y se tie-

ne en cuenta la mencionada relación entre la anchura del poro y el tamaño de la partícula que lo atraviesa—, entonces se puede llegar a un conocimiento aproximado del tamaño absoluto de la partícula, basándose en los experimentos de filtración. De este modo hemos podido determinar el diámetro de los bacteriófagos como 0,2 μ , y el diámetro de los agentes

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

patógenos de la viruela como 0,2 μ (1 μ = 0,001 mm.).

El segundo método para determinar el tamaño, es la medida de la velocidad de caída en la centrifuga. Si arrojamus en un vaso de agua dos granos de arena de diferente tamaño, observamos que el más pequeño cae al fondo con menor velocidad que el mayor. Por la velocidad de caída puede calcularse el tamaño de un grano. Esta fórmula conserva su validez, aun mismo para las dimensiones de las moléculas albuminoides. Svedberg pudo, con su ayuda, determinar la magnitud molecular de diferentes gránulos de albúmina. Para la caída, en un tiempo observable, de partículas tan pequeñas, no basta la acción de la gravedad, y hay que suplirla por la fuerza centrífuga.

Centrifugas como las de Svedberg no están todavía a disposición de los laboratorios alemanes, a causa de su precio elevado. Tampoco es posible en un virus subvisible el registrar directamente de un modo fotográfico la caída, como pudo hacer Svedberg en sus soluciones de albúmina. La caída debe más bien ser comprobada por reacción biológica.

Nosotros hemos dispuesto de una centrifuga de sólo 10.000 revoluciones por minuto. Al centrifugar con

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

(Véase anuncio página III.)

ella soluciones coloreadas de control (oro coloide, plata coloide), nos sorprendió que no se verificaba, como era de esperar, una clarificación de las capas superiores, y que no se formaba un límite bien definido entre una columna superior incolora y otra inferior coloreada, sino que más bien la coloración de la columna total del

(Continúa en la página XIV)

(1) Bechhol, Schlesinger y Silbereisen: *Porenweite von Ultrafiltern* («Kolloidzeitschrift», vol. 55, páginas 172-198; 1931). — Bechhold: *Porengrosse von Bakterienfiltern und Siebwirkung* («Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten», vol. 112, páginas 413-420; 1931).

Eficaz e inocuo



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

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

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

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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.[^]

Director: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Esti-
mulante general de las defensas orgánicas a base de colessterina, 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.

GASTRITIS DOLOROSAS
HYPERCLORHIDRIA
ULCERAS

KAOLINASE

KAOLIN PURIFICADO. EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO
— TÍO —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

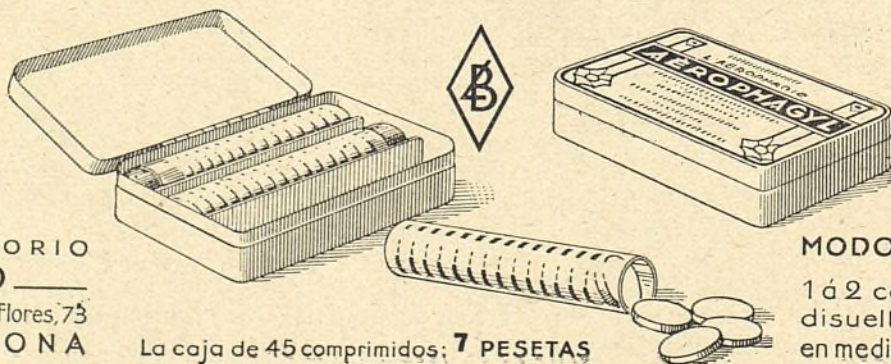


La caja de
20 dosis
de 10 gramos
6 PESETAS

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

INSOMNIOS
TRASTORNOS CARDÍACOS
TRASTORNOS NERVIOSOS
TRASTORNOS PULMONARES

AÉROPHAGYL



LABORATORIO
— TÍO —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: 7 PESETAS

MODO DE EMPLEO

1 ó 2 comprimidos
disueltos en el agua
en medio de las comidas

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Consejo científico de Redacción:

Presidente de honor: **Excmo. Sr. Prof. D. Santiago Ramón y Cajal.**

Presidente: **Excmo. Sr. D. Amalio Gimeno**, Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

Vicepresidente: **Excmo. Sr. D. Víctor María Cortezo**, Ex-Inspector de Instituciones Sanitarias, Profesor de la Escuela de Sanidad, Jefe del Parque Nacional de Sanidad.

VOCALES:

MARIANO ACENA
De la Beneficencia municipal de Madrid

VITAL AZA
Ginecólogo. Académico C. de la A. N. de M.

J. BLANC Y FORTACIN
Del Hospital de la Beneficencia general.

PROF. L. CARDENAL
Académico. Cirujano del Hospital de la Beneficencia general.

J. CODINA CASTELLVI
Académico. Médico de los Hospitales, Ex Director de los San. Antituberculosos.

J. L. ELIZAGARAY
Académico. Del Hospital General.

E. FERNÁNDEZ SANZ
Académico de la N. de Medicina.

FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ
Director de los servicios de aparato digestivo de la Beneficencia general y de la Facultad de Medicina de Granada. Académico.

A. FERNÁNDEZ MARTIN
Prof. A. de la Facultad.

S. GARCÍA VICENTE
Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal.

PROF. A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo. Académico.

GONZÁLEZ DELEITO
Teniente Coronel Médico. Jefe del Sanatorio Psiquiátrico de San José, de Ciempozuelos.

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid. Académico.

B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico-Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

PROF. T. HERNANDO
Académico.

J. M. HUARTE MENDICOA
Laringólogo.

F. HUERTAS
Del Hospital General. Académico.

C. JUARROS
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico. Académico.

E. LUENGO ARROYO
De la Sección de Parasitología del Instituto N. de Higiene y del Hospital de la Facultad de Medicina.

PROF. G. MARAÑÓN
Del Hospital General de Madrid.

J. MARTÍN RENEDO
Jefe de Clínica del Hospital de Carabanchel.

M. MARIN AMAT
Oftalmólogo. Académico C. de la Nacional de Medicina.

M. MARTÍNEZ SALDISE
Publicista médico.

A. MORANA JIMÉNEZ
Medicina interna.

J. MOURIZ RIESGO
Jefe del Laboratorio del Hospital General. Académico.

B. NAVARRO CÁNOVAS
Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Beneficencia.

F. PECO
Medicina interna.

PROF. G. PITTALUGA
Académico.

A. PULIDO MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

J. Y S. RATERA
De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.

G. RODRIGUEZ LAFORA
Académico. Prof. A. de la F. de M. Ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

R. ROYO VILLANOVA
Catedrático de Med. legal. Valladolid.

J. SARABIA PARDO
Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la N. de Medicina.

E. SLOCKER
Académico. Cirujano de la Beneficencia general (antes Hospital Princesa).

PROF. F. TELLO
Director del Instituto N. de Higiene.

J. M. TOMÉ Y BONA
Dermatólogo.

A. VALLEJO NAGERA
Director del Sanatorio Psiquiátrico de Ciempozuelos.

J. M. DE VILLAVERDE
Del Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.

R. DEL VALLE Y ALDABALDE
Académico H. de la N. de Medicina.

Vocal consultor jurídico: **JOSE M.^a CORDERO TORRES**

Director: **F. JAVIER CORTEZO Y COLLANTES**

PROGRAMA CIENTÍFICO

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: Dermatitis y afecciones profesionales de los anejos cutáneos, por el Dr. Javier Tomé y Bona. — Etiología y patogenia del desprendimiento de la retina, por Dr. H. Arruga. — Concepto actual de la epilepsia genuina, por el Prof. O. Sierst (Kiel) adaptación española de F. G. D. — **Sesiones clínicas:** Hospital Provincial. — **Periódicos médicos.**

Dermatitis profesionales de origen infeccioso y parasitario y afecciones profesionales de los anejos cutáneos

POR EL

DR. JAVIER MARIA TOMÉ Y BONA

Las dermatitis profesionales de origen infeccioso o parasitario pueden ser primitivas o secundarias.

Las infecciones piógenas con gran frecuencia son secundarias a una dermatosis, generalmente eczema, producida o no en el acto del trabajo. Se trata de piodermitis superficiales, o profundas, o de impeti-

ginizaciones, en un todo análogas a las que se producen sobre una dermatosis de cualquier origen y por una causa ajena por completo al ejercicio profesional. El mecanismo de esta complicación por lo general no corresponde de un modo genuino al tipo etiológico que nos ocupa, y además sus cualidades morfológicas, evolutivas y terapéuticas son en un todo idénticas a las que se adquieren cuando su origen no se relaciona para nada con un motivo profesional. Por este motivo, no creemos necesario insistir más en este lugar acerca de ellas.

Afección cutánea infecciosa y profesional de origen claramente ligado al trabajo, es el *carbunclo* o *pústula maligna*, manifestación cutánea de la bacteridia carbuncosa de Devaine. Es una enfermedad

profesional de los pastores, ganaderos, curtidores, etcétera. Se presenta, por lo general, en las partes descubiertas, siendo sin embargo excepcional, debemos decirlo, la inoculación por la llamada mosca carbuncosa.

Suele comenzar por un punto hemorrágico rodeado de un halo enrojecido, que posteriormente se corona de vesículas. La placa así formada se indura, se hace oscura por el centro y acaba por convertirse en una escara rodeada de un collar de vesículas. Esta lesión tiene un contorno difuso, edematoso e inflamatorio, con cordones linfangíticos. Continuando en su evolución, elimina la escara, dejando una zona de aspecto gangrenoso, que va profundizando, y de la cual, en ocasiones, parece partir la infección general, que de modo fatal, a no intervenir eficazmente la terapéutica, conduce a la muerte. La evolución de esta enfermedad dura desde un día, en los casos fulminantes, hasta dos semanas, en los casos corrientes.

Existe una forma de esta enfermedad, llamada edema maligno, en la que faltan los procesos necróticos y la evolución séptica es más rápidamente fatal.

La infección tuberculosa cutánea puede igualmente producirse por motivo del trabajo. Es afección propia de los disectores, matarifes, carniceros, etc., y se adquiere por inoculación directa al trabajar con cadáveres o reses tuberculosas.

La tuberculosis inoculada por estos medios adquiere caracteres clínicos especiales que creemos necesario resumir en este lugar. Da lugar constantemente a la forma clínica descrita por Paltauf y Riehl con el nombre de *tuberculosis cutis verrugosa*. Se localiza generalmente en las extremidades, principalmente en las manos, y sólo raramente en la cara. Se trata, como su nombre indica, de lesiones de aspecto verrugoso, hendiduras y elevadas, cubiertas de una gruesa capa córnea y rodeada de un halo eritematoso o pustuloso. Su tamaño es de tres a cuatro centímetros de diámetro. Riehl pudo comprobar en ellas una textura francamente tuberculosa, así como la presencia en su seno de los bacilos de Koch. Se trata indudablemente de una infección exógena. El punto de inoculación son los pequeños traumatismos producidos en el acto del trabajo. Su curso es muy lento, y el pronóstico benigno por lo general.

En no excepcionales casos, la sífilis puede ser considerada como enfermedad adquirida por el trabajo. Como realmente esta entidad etiológica escapa a la limitación puramente dermatológica que damos a estos trabajos, pocas palabras diremos con este motivo. Los médicos sufren con gran frecuencia contaminaciones de sífilis en el acto de reconocimiento ginecológico, asistencia a partos, operaciones quirúrgicas, etc. Los auxiliares, practicantes y comadronas, sufren igualmente contagios análogos.

La lactancia mercenaria, tantas veces fuente de contagio para el lactante, puede ocasionar en determinados casos el contagio de la nodriza. El moco nasal de los niños afectos de sífilis congénita, determina no raras veces lesiones primarias en la aréola o el pezón de la mujer indemne que las lacta. Otro mecanismo profesional de contagio de la sífilis es el de los sopladores de vidrio, los cuales, de no usar boquillas personales, pueden de uno a otro transmitirse la infección luética.

La sífilis de estos casos evoluciona de modo análogo que en los que la adquieren del modo habitual. Por este motivo, nada creemos preciso decir en este lugar. Únicamente recordar que constantemente suelen ser chancros extragenitales, lesiones que con frecuencia pasan inadvertidas a los ojos de los médicos generales, que unen en su mente la sífilis y la localización genital.

Determinadas profesiones pueden dar lugar a afecciones producidas por parásitos vegetales del tipo de los micelios. La observación clínica ha permitido relaciones directamente la producción de esporitricosis cutáneas con determinadas profesiones, muy especialmente aquellas que se efectúan en inmediata relación con el ganado vacuno. Es una afección ésta que se caracteriza precisamente por la falta de individualización sindrómica, semejando igualmente procesos tuberculosos y sifilíticos. Se presenta generalmente bajo tres formas clínicas, denominadas, respectivamente: "gomosa linfangítica" "gomosa diseminada" (la más difícil de diagnosticar) y la "ulcerosa de las mucosas". Estos nombres son lo bastante explícitos para que no tengamos que insistir en este lugar sobre los detalles morfológicos y clínicos.

Existen otras muchas dermatosis profesionales, ligadas a parásitos vegetales o animales que viven en los materiales de trabajo o en los animales domésticos. La referencia detallada de todas ellas requeriría una extensión que en gran manera sobrepasaría la adecuada para este trabajo. Sin embargo, siquiera sea brevemente, hemos de indicar en este lugar las más conocidas y frecuentes.

Recordamos, en primer lugar, la llamada *sarna del grano*, enfermedad observada y descrita por vez primera por Ducrey, que se manifiesta por una erupción de tipo eritemato-vesicular, que respeta generalmente los miembros, localizándose en el tronco, el cuello y especialmente las mejillas, mentón, labios, frente y nariz. Generalmente se acompaña de prurito y escozor muy intensos, punzadas, etc. El origen parasitario específico por el "pediculoides ventricosus", ha podido ser comprobado en todos los casos. Se encuentra en cantidad notable en el grano, del que fácilmente pasa al hombre. Es, por lo tanto, enfermedad de aquellos que por su trabajo manejan cereales, paja, etc.

El profesor Majoqui describió una forma de *sarna de origen animal*, padecida por los individuos que se encuentran en inmediata relación principalmente con los conejos y caballos. Bosellini, de la escuela de Bolonia, precisó hace ya muchos años las características de esta enfermedad. Tiene un período de incubación brevísimo, iniciándose generalmente por el brazo y extendiéndose posteriormente por el resto del cuerpo, sin sujetarse a ninguna topografía lesional característica. La manifestación inicial de la enfermedad es un prurito más o menos intenso, pero siempre manifiesto. Siguen a esto lesiones cutáneas polimorfas, del tipo de pápulas, vesículas, papulovesículas, etc., con tendencia a urticarse y diseminadas por la totalidad de la piel. Esta enfermedad tiene tendencia a la curación espontánea en un lapso de tiempo que oscila entre dos y seis semanas, persistiendo, sin embargo, durante bastante más tiempo el prurito y la tendencia a la formación de habones. No se transmite nunca de hombre a hombre.

Salicitiro

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

Perfectamente tolerado por vía bucal

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

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

SY LITERATURA-DEPARTAMENTO MEDICO DEL
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel
Teléfono 55.388-Apartado de Correos 9030-MADRID



"CALCIUM-SANDOZ"

SANDOZ

SAL ORGANICA, TOTALMENTE ASIMILABLE.—INYECTABLE INDISTINTAMENTE POR VIA ENDOVENOSA E INTRAMUSCULAR.—GRAN VARIACION EN LAS FORMAS FARMACEUTICAS, FACILITANDO LA ADMINISTRACION INDIVIDUAL

GRANULADO
sin azúcar
Cajas de 50 y 100 gramos.

TABLETAS EFERVESCENTES
bebida deliciosa
Cajas de 12 tabletas.

COMPRIMIDOS DE CHOCOCATE
exquisitos a saborear
Cajas de 30 comprimidos.

Inyectables al 10 % {
Cajas de 5 y 20 ampollas de 10 c. c.
Cajas de 2 y 10 ampollas de 5 c. c.
Cajas de 3 y 10 ampollas de 2 c. c.

Productos Farmacéuticos Sandoz, Basilea (Suiza)

OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA:

Apartado núm. 880. BARCELONA Plaza Cataluña, 9

**MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA
POLIVALENTE**

GRAGEAS
Inalterables sin olor

GRAGEAS INALTERABLES
GRANULADOS

GRANULADOS

URTICARIA · PRURIGO de los NIÑOS · MIGRAÑAS ·
PEPTALMINE
 4
 TRASTORNOS DIGESTIVOS · ESTROFULO-ECZEMAS ·
 PEPTO-ALBUMINAS
 y
 HARINA DE TRIGO
 en lo
 envoltura

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE

GRAGEAS

y

GRANULADOS

CONGESTION del HIGADO · INSUFICIENCIA HEPÁTICA ·
**PEPTALMINE
MAGNESIADA**
 4 PEPTO-ALBUMINAS
 y Sulfato de Magnesía
 COLITIS · COLECISTITIS CRONICAS · MIGRAÑAS ·

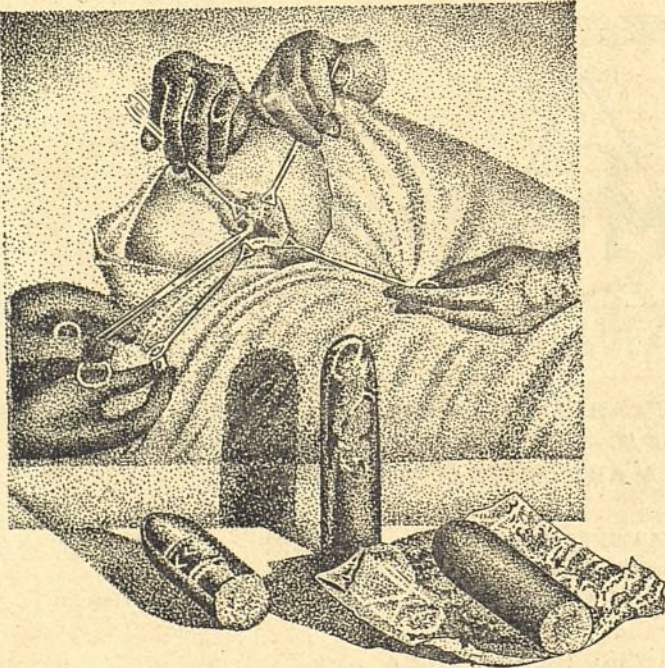
GRAGEAS

y

GRANULADOS

COLAGOGO

Laboratoire des Produits Scientia D^e E Perraudin. Ph^o del^e Cl^e 21, rue Chaptal. Paris (9^e)



ANUSOL-

Goedecke

ANUSOL

disminuye el catarro de la mucosa inflamada y ejerce una acción astringente sobre la superficie secretante, por su gran poder antiséptico impide la infección de los nódulos hemorroidales y la formación de abscesos perirrectales,

provoca la granulación y estimula la reparación epitelial,

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

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

No mortifica los tejidos. No es tóxico.

GOEDECKE & CO. LEIPZIG. ALEMANIA

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

En resumen, esta sarna animal se distingue de la sarna humana habitual: 1.º, por la ausencia de localizaciones electivas; 2.º, por el curso más rápido; 3.º, por la tendencia a curar espontáneamente; 4.º, por la persistencia de los habones, y 5.º, por la imposibilidad casi absoluta de encontrar el parásito y de transmitirse por contagio entre los hombres.

En este grupo de las acariosis profesionales, citaremos una afección de aspecto eczematoso, de localización inicial en los surcos interdigitales, de donde se extiende al resto de la mano y al tercio inferior del brazo, que está producida por una variedad de acaros que se encuentra en los capullos de la seda.

A título de curiosidad, recordaremos en este lugar una rara afección producida por un calentéreo venenoso, parásito de las esponjas, que produce lesiones graves de tipo gangrenoso en los pescadores de esponjas del Mediterráneo.

Como final de este capítulo, aun dejando sin describir una cierta cantidad de enfermedades profesionales de este género, diremos unas breves palabras de las manifestaciones patológicas cutáneas del "anchilostoma duodenalis". Se caracterizan éstas, que se presentan principalmente en los tejedores y mineros, por un enrojecimiento difuso y una erupción papulosa muy pruriginosa, que desde las extremidades distales puede extenderse al resto de la superficie cutánea.

AFECCIONES PROFESIONALES DE LOS ANEJOS CUTÁNEOS

Brevemente expon-dremos algunos conceptos sobre los trastornos que el ejercicio del trabajo puede producir sobre los anejos de la piel.

Sucesivamente estudiaremos las enfermedades de este origen de las uñas, glándulas sudoríparas y sebáceas.

Onicosis profesionales.—Las afecciones de las uñas tienen escasa importancia en su relación con el trabajo, hasta el punto que la gran mayoría de ellas carecen de la verdadera cualidad de enfermedades y quedan reducidas a estigmas profesionales de muy escasa trascendencia.

Sin embargo, esta regla general exacta, no carece de excepciones de singular interés práctico, sobre las que queremos decir algunas palabras.

La antigua escuela francesa llamó la atención hace ya muchos años sobre una afección ungüal y peri-ungüal que se observaba principalmente en los confiteros. Algún tiempo después, otros autores describieron una afección análoga en los obreros de las refinerías de azúcar. Esta coincidencia hizo pensar en que este producto era el agente causal de esta afección inflamatoria.

En los obreros de las fábricas de conservas de almíbar y mermeladas, la acción del azúcar, unida

a la del calor, da lugar a lesiones características de la uña y del pulpejo del dedo. Se inicia por una leve erosión del surco ungüal, que rápidamente se inflama y se hace doloroso. El lecho de la uña participa del proceso flogístico, y la intensa exudación moviliza ésta, que se ha tornado frágil y negruzca. Los dolores son muy intensos, particularmente por la noche, y la inflamación se extiende al pulpejo del dedo y a toda la falange, haciendo difíciles y penosos los movimientos. La uña suele fragmentarse y desprenderse en pequeños trozos.

Esta afección, de curso tan aparatoso y molesto, cura fácil y rápidamente, cuando efectuado correctamente el diagnóstico, se prescribe la suspensión del trabajo y se trata con aplicaciones débilmente antisépticas.

Otra afección ungüal relativamente frecuente, es la que se suele observar en los individuos que por razón profesional, tienen que manejar sustancias que contienen en mayor o menor cantidad arsénico o sus compuestos. Se trata de una afección caracte-

rizada por un exudado purulento subungüal, acompañado de intenso dolor. Más adelante, la uña aparece seca y opaca, levantada de su lecho por el exudado acumulado debajo. Foster, que describió muy bien esta enfermedad a mediados del siglo pasado, comprobó debidamente la presencia de arsénico en la sustancia ungüal.

Las pretendidas onixis de los cerveceros y obreros del plomo, sobre todo en estos últi-

mos, tan semejantes a las de la sífilis, no han sido comprobadas de modo rigurosamente científico. En la gran mayoría de los casos se trata seguramente de verdaderas lesiones sifilíticas aparecidas en obreros de estas industrias.

Glándulas sudoríparas.—Si las onixis profesionales tienen relativa poca importancia desde el punto de vista práctico, por su escasa frecuencia y gravedad, menor aún la tienen las afecciones de las glándulas sudoríparas en relación con la profesión del individuo. Únicamente se han descrito algunas hiperidrosis profesionales.

Una afección de este tipo, intensísima hiperidrosis de las palmas de las manos acompañada de tumefacción de la piel correspondiente, obsérvese con alguna frecuencia en los obreros de las fábricas de hipoclorito cálcico y sódico y en aquellos otros que tienen la costumbre de lavarse las manos, para quitarse las huellas de su trabajo, con el citado producto, como ocurre en algunas ocasiones, con los tintoreros.

Hiperhidrosis análogas han sido señaladas en los individuos que manejan el petróleo y sus derivados. Tanto éstas como las señaladas para el hipoclorito,

Avance de sumario para el número próximo (23 de Septiembre de 1933)

DR. GUILLERMO MÚÑIZ.—Problemas que plantea la asistencia de ciertos psicópatas.

DR. J. LUIS-YAGÜE ESPINOSA.—Notas prácticas de aparato digestivo.

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

Prensa extractada.

Sección profesional.

han sido estudiadas únicamente de un modo empírico, desconociéndose en la actualidad la verdadera relación de causa a efecto que en ellas pueda existir.

Glándulas sebáceas.—De todas las afecciones profesionales de los anejos cutáneos las que mayor importancia tienen desde el punto de vista práctico, por su mayor frecuencia, son las que afectan las glándulas sebáceas.

Ciertas profesiones producen en un número mayor o menor de lo que a ellas se dedican trastornos especiales de la glándula sebácea que se muestran objetivamente por diferentes variedades del síndrome cutáneo denominado acné.

En una gran parte de los casos se trata de un acné producido por obstrucción mecánica del conducto excretor de la glándula por elementos desprendidos en el acto del trabajo. Este es el caso de los acnés producidos en los obreros metalúrgicos, en los cuales las partículas metálicas o el aceite lubricante empleado obturan el conducto glandular, dando lugar al "comedón" primitivo, que más tarde, por un proceso inflamatorio subsiguiente, dan lugar a la papula acnéica. A este mismo grupo de acnés, o sea al de los de causa exógena, pertenecen, además de los de los metalúrgicos, el de los barnizadores de muebles, el cual ha sido perfectamente estudiado por Blaschko, y el de los obreros que manejan la hulla y sus derivados.

Los vapores del bromo son caústicos e irritantes, manifestándose su acción sobre las partes descubiertas, piel y mucosa y por intermedio del aire inspirado sobre el aparato respiratorio.

Ciertos individuos son particularmente sensibles a los vapores del bromo, presentando lesiones sobre la piel y las mucosas cuando sus compañeros que trabajan en idénticas condiciones no presentan nada parecido.

La costumbre crea una indudable resistencia a la intoxicación. Los obreros habituados a los vapores del bromo llegan a soportar una dosis cuatro veces más fuerte que los no habituados.

El alcoholismo favorece la presencia de los accidentes pulmonares, así como el mal estado de los tegumentos, favorece la producción de las lesiones de la piel.

Los vapores del bromo al actuar sobre la piel pueden hacerlo directamente, por su acción irritante, la cual se traduce por una sensación de calor y fenómenos de congestión más o menos intensa que, según la duración de la exposición, conduce a la formación de vesículas pústulas y si la acción del bromo se prolonga largo tiempo, ulceraciones dolorosas profundas, de marcha esencialmente tórpida.

El acné brómico se observa en los obreros que manipulan el bromo, habiéndose observado, principalmente durante la guerra, en los obreros de las fábricas de gases asfixiantes.

El acné brómico profesional ocupa los mismos lugares por lo general que el acné vulgar, localizándose por lo tanto de preferencia en las mejillas, la frente y la espalda, más raramente en la nuca y algunas veces en la región genital, correspondien-

do en estos casos a la irritación producida por los vestidos impregnados de sustancias tóxicas y al contacto de las manos sucias, especialmente en el acto de la micción.

Se distingue el acné brómico del acné vulgar por su aparición aguda, por sus caracteres de inflamación, induración y nudosidad, así como por el mayor volumen que adquieren sus elementos. En algunas ocasiones pueden llegar a tomar un aspecto antracoidal.

El carácter marcadamente inflamatorio de las papulo-pústulas del acné brómico determina en algunas ocasiones un ligero edema de la cara localizado preferentemente a nivel de los párpados. En esta misma región obsérvanse, con alguna constancia, algunas pustulas supurantes.

Con objeto de completar un poco el cuadro de las afecciones producidas profesionalmente por el bromo, de las cuales la principal es el acné, y ateniéndonos a la libertad de exposición necesaria para estos trabajos de vulgarización, diremos algunas palabras acerca de las *brómides*.

Estas lesiones, ectimatosas y vegetantes comienzan por una ampolla purulenta de base inflamatoria que se hace vegetante en su centro y se extiende con rapidez.

Entre las erupciones brómicas recordaremos una, que, aunque rara, es muy característica. Se trata de las llamadas brómides vegetantes papulo-tuberculosas, las cuales están caracterizadas por una elevación numular costrosa, mamelonada o papilomatosa, de color rojizo, que da al tacto la sensación de terciopelo. La placa está limitada por un halo de supuración que avanza rápidamente.

Las lesiones brómicas, tanto el acné como las brómides, curan cuando el obrero se aleja del trabajo, pero dejan después de su curación cicatrices indelebiles.

Actuando sobre las mucosas el vapor de bromo da lugar, según la parte afectada, a estomatitis y rinitis.

El acné clórico, descrito por vez primera por Hersheimer en los obreros de las fábricas de cloro-electrolítico, morfológicamente, es bastante semejante al acné brómico, pero se caracteriza particularmente por los profundos trastornos del estado general que le acompañan.

En esta forma los elementos papulosos se presentan en una profusión extraordinaria, diseminados por la cara, cuero cabelludo, espalda, etc., lesiones que se caracterizan por los intensísimos fenómenos inflamatorios que la acompañan y las intensas e hipertróficas cicatrices que dejan.

Otro carácter del acné clórico es la lentitud con que cura una vez alejado el enfermo del ambiente pernicioso.

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.)

INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES DIRIGIDAS A ACLARAR LA PATOGENIA DEL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

Obtención del desprendimiento de la retina en animales

Ya de muy antiguo, varios oculistas han tratado de obtener el desprendimiento de la retina en animales, con el fin de estudiar su patogenia y ensayar tratamientos. Los métodos han sido muchos y muy distintos, aunque todos ellos consisten en dirigir un insulto mecánico o químico al ojo.

Todos estos experimentos están encaminados a obtener el desprendimiento de la retina en animales para comparar su evolución y estudiar su patogenia con relación a la probable similitud patogénica con el desprendimiento llamado idiopático del hombre; mas, como más adelante comentaremos, las condiciones son diferentes, y hoy por hoy, no se ha logrado reproducir exactamente en el animal lo que ocurre en el hombre, porque los ojos en los que producimos el desprendimiento son ojos sanos, y los ojos humanos con desprendimiento son ojos con lesiones casi siempre, y estas lesiones son imposibles de reproducir (corio-retinitis, degeneración miópica, senil, etc.) Además, el conejo tiene una tendencia marcada a curar del desprendimiento de la retina: hay que tener en cuenta que el conejo mueve muy poco sus ojos.

Podemos agrupar los procedimientos de obtención del desprendimiento de la retina en dos tipos: los que se obtienen desde fuera y los que se obtienen desde dentro. Entre los primeros hemos usado la cauterización de la esclerótica con el gálvanocauterio o el cauterio de vapor de Wessely o la diatermia y las inyecciones intratentonianas de soluciones irritantes (yodo, sosa, ácido acético); entre los segundos hemos usado el método de Birch-Hirschfeld, modificado según la experiencia nos ha mostrado más eficaz e inocuo.

OBTENCIÓN DEL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA POR TÉCNICAS EXTRAOCULARES

Para inyectar un cáustico se pellizca con una pinza de garfios la conjuntiva y el músculo recto superior y se da la inyección debajo de estos tejidos levantados y al ras de la esclerótica, procurando que al sacar la jeringa no rezume ninguna cantidad de cáustico sobre la córnea, lo que impediría el examen oftalmoscópico.

Si se aplica el calor (gálvano, vapor, diatermia) hay que poner la esclerótica al descubierto, cauterizar y suturar después la conjuntiva.

Las lesiones que se producen son las siguientes: a los pocos minutos de cauterizada la esclerótica e inyectado el cáustico (tintura de yodo, una a tres gotas), se observa al oftalmoscopio una zona gris en la retina, correspondiente al sitio de la cauterización; esta zona gris se abomba ligeramente, a veces ya en las primeras horas: es el desprendimiento local producido por exudación corioidea; anatomopatológicamente se produce una gran congestión de la coroides.

El líquido subretiniano está cargado de albúmina y la retina presenta los efectos de la aplicación del calor o del agente químico, que son: desorganización de sus diferentes capas y pliegues de las más externas.

En los casos ligeros puede reabsorberse el líquido y no extenderse el desprendimiento, quedando en la zona correspondiente pequeñas señales de corio-retinitis; mas si la aplicación del agente irritante ha sido suficientemente intensa, el desprendimiento se hace muy a menudo inferior, tal como acontece en el hombre, y esto sucede a veces a las pocas horas de la intervención. Entonces progresivamente disminuye el abombamiento superior y aumenta el inferior.

A medida que pasan días, el desprendimiento desaparece del todo en la parte superior, disminuyendo la congestión corioidea, y si la acción vulnerante ha sido enérgica, queda la retina atrofiada.

Es muy raro observar desgarros en estos casos, y para obtenerlos, he tenido que actuar muy intensamente para lograr la desorganización y hasta la destrucción de la retina; mas, produciendo irritaciones masivas, se ocasiona un desprendimiento total y rápido, y, además, complicaciones, que hacen invisible el fondo ocular (catarata, ciclitis, etc.)

Un fenómeno que he visto repetido con constancia y que tiene mucha importancia patogénica, es que en los casos de curación del desprendimiento, que son la mayoría, el vítreo queda adherido a la retina en la zona en la que se aplicó el cáustico, de suerte que la retracción obligada del vítreo al pasar los ojos enucleados por el alcohol deshidratante, tiene lugar a expensas de otras zonas de retina, pues las zonas cauterizadas lo retienen fuertemente.

En el estadio de localización inferior, en el conejo, a igual que pasa en el hombre, puede eternizarse el desprendimiento; pero la coroides y retina de dicha zona se alteran profundamente, produciéndose cuando el desprendimiento es extenso y antiguo, iridociclitis y catarata traumática, análogamente a lo que sucede en el hombre.

Cuando pasa mucho tiempo, se observa que curan la mayoría de casos, aunque la retina queda destruida en la proporción del tiempo que ha estado levantada. La coroides, por el contrario, no presenta grandes alteraciones.

Si la acción irritante se hace en el polo inferior en vez del superior, el desprendimiento de la retina es sólo inferior, a no ser que la acción sea tan intensa que se desorganice el globo en conjunto y se haga total el desprendimiento.

Un fenómeno constante en todas las formas de desprendimiento obtenido por estos métodos, es la elevación de la tensión ocular que sigue a la cauterización. Es muy acentuada, pero fugaz, pues cesa al segundo o tercer día, para ir seguida de unos días de hipotensión.

No hay constancia en los efectos; aún con las mismas causas e incluso en el mismo animal, las mismas intervenciones practicadas en uno y otro ojo producen diferentes efectos. Las intervenciones muy enérgicas destruyen el ojo, y las ligeras y hasta medianas curan a veces muy rápidamente, pues el conejo es muy sensible a la infección piojosa; mas una vez operado y hecha la sutura conjuntival, aunque se haya intervenido intraocularmente, como no queda al descubierto la esclerótica, raramente se infecta la herida.

El conejo no tiene, como tiene el perro y el gato la tendencia a restregarse el ojo operado. Los resultados obtenidos con las técnicas extraoculares mencionadas, provocadoras del desprendimiento de la retina, son los siguientes:

Ojos operados: 54		Condes-	Curados	No	En-
		garros visi.		curados	cleados antes de terminar su evolución.
	Con galnocauterio, 21....	3	14	3	4
	Con diatermia, 6.....	1	6	0	0
	Con cauterio de vapor, 9..	1	5	1	3
	Con inyecciones de yodo y otros cáusticos, 18...	2	11	3	4

Hay que tener en cuenta que esta estadística no puede ser exacta porque los desgarros pequeños son muy difíciles de encontrar, sobre todo si el cristalino o vítreo no son muy transparentes. Además, en varios ojos, la presencia de catarata al final de la evolución impidió el examen de la retina y calificar con seguridad el caso de curado o no.

OBTENCIÓN DEL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA POR MEDIOS INTRAOCULARES

Este es el sistema que más nos interesa, sobre todo para poder obtener desgarros con más facilidad y para intentar aclarar su significación patogénica. Es, además, su proceso más parecido a la generalidad de casos del desprendimiento de la retina, llamado idiopático, del hombre.

Hemos empleado el procedimiento de Birch-Hirschfeld, aspirando vítreo y otras modificaciones, hasta lograr provocar desgarros, casi siempre cosa posible con nuestro método personal, y muy difícil con las técnicas que habíamos usado anteriormente.

Por estos procedimientos obtengo casi siempre desgarro en el punto de aplicación, sin grandes hemorragias y con desprendimiento en la mayoría de las veces, sobre todo, si he aspirado bastante vítreo; aunque esta causa es irregular y a veces sin casi aspirar vítreo, se obtiene el desprendimiento, y otras, aun con fuertes aspiraciones de vítreo, el desprendimiento cura espontánea y rápidamente.

Asimismo, por este proceder, se puede localizar el desgarro donde se desea, ya en la parte inferior, que es la más cómoda, ya en las laterales, ya en la superior, que es la más difícil de obtener.

Veamos ahora qué lesiones se observan al examen oftalmoscópico y microscópico en los casos de desprendimiento de la retina obtenido intraocularmente.

Hecha la aspiración, el ojo queda hipotónico, lo que dificulta algo el examen; sin embargo, si no hay sangre en el vítreo y la córnea no está muy arrugada u opaca, puede verse el fondo, y en el sitio de aplicación de la jeringa se observa casi siempre una pequeña hemorragia; y si la retina deja al descubierto la esclerótica, se la ve en forma de mancha blanca.

A veces se ve flotar un colgajo de retina.

En algunos casos, en el primer día, y seguidamente a la operación ya se observa la retina desprendida, incluso flotando en el vítreo.

Los días segundo y tercero son los peores para examinar el fondo, por la sangre que a veces tiñe el vítreo; pasados estos días, en la mayoría de casos, puede hacerse ya el examen oftalmoscópico.

La tendencia espontánea a la curación del desprendimiento de la retina es muy marcada en el conejo, como decíamos anteriormente; y, a nuestro modo de ver, debido principalmente a lo poco que mueve el ojo dicho animal; tanto es así que, incluso, a veces desgarros grandes curan adhiriéndose los bordes de la retina a la coroides y dejando en una gran extensión esta membrana al descubierto.

Curan mucho más fácilmente los casos sin desgarros que los que lo tienen. Me refiero a desgarros vistos al oftalmoscopio, pues probablemente en el examen anatomopatológico hubiera sido posible descubrir desgarros en casos que oftalmoscópicamente no los presentaban.

ESTUDIO HISTOLÓGICO

Histológicamente la retina presenta lesiones muy importantes.

En general, cuanto más tiempo pasa desprendida, mayores son sus lesiones. Estas se refieren a desorganización o pérdida de su estructura propia. La llamada membrana prerretinal de Leber, a la que dicho autor daba mucha importancia, no la comprobamos, sino excepcionalmente, y nos ha parecido más un producto de exudación de la retina que no condensación del vítreo, pues a veces el vítreo estaba en estas zonas muy distanciado. La diferenciación de las distintas capas de la retina se hace imposible en los casos intensos, y sobreviene una degeneración vacuolar.

Las vacuolas se presentan preferentemente en la capa granulosa interna, pero en el extremo libre de la retina interesan indiferentemente todas las capas, e incluso ya no se distinguen más las capas que la constituyen.

La coroides no presenta grandes alteraciones en los casos de desprendimiento obtenido por vía intraocular.

Desde luego se comprueba en los primeros días que está ligeramente engrosada; mas esta reacción local, probablemente por obrar el vítreo como cuerpo extraño, pasa pronto, y más bien se comprueba que con el tiempo se manifiesta y acentúa la atrofia de dicha membrana.

En el vítreo no se observan alteraciones notables de ninguna clase.

EXPERIMENTOS REFERENTES AL PAPEL DE LOS DESGARROS EN LA CIRCULACIÓN ACUOSA OCULAR

Otra serie de experimentos conjuntamente con los anteriores, he tenido interés en practicar para conocer el papel de los desgarros en la circulación acuosa ocular y contribuir con ello a aclarar el mecanismo de formación del desprendimiento de la retina.

Para ello hemos usado el método ya clásico de inyectar tinta china en el vítreo.

Los fenómenos que se producen y que he observado, no difieren de los que ya otros autores han señalado. Weekers, Seidel, Lobeck. Al examen externo sólo se observa a veces una reacción ciliar que en ocasiones se acentúa en los días subsiguientes, para luego desaparecer. Al oftalmoscopio se observa una masa negra flotante que se esparce a medida que transcurren horas. Con la lámpara de fendidura, a las dos o tres horas se observan partículas de tinta en la cámara anterior, ya flotantes, ya reposando en la cara anterior del iris. Todo ello sin reacción local manifiesta en la mayoría de los casos; a lo más, se presenta en el humor acuoso algo de albúmina. En ciertos casos la reacción es más intensa, y un verdadero líquido albuminoso llena la cámara anterior.

Esto es lo que se observa en los ojos sanos; veamos ahora lo que pasa en los ojos de conejos, a los que se ha producido el desprendimiento de la retina.

Si se produce el desprendimiento y no se obtiene desgarro, las cosas pasan análogamente a los casos en que no hay desprendimiento. La tinta inyectada en el vítreo se esparce preferentemente por la cara posterior del cristalino, deslizándose hacia la cámara anterior y ángulo iridocorneal; por la parte posterior llega hasta el nervio óptico.

NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO
MEDICACION BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA



TRATAMIENTO
MODERNO DE LAS
ENFERMEDADES DEL
APARATO RESPIRA-
TORIO

LABORATORIOS-FEDE S.A.

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

Neyol n.º 1

Procesos crónicos del
aparato respiratorio

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

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

Neyol n.º 2

Antifímico

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

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

Neyol n.º 3

Niños

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

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

Neyol n.º 4

Procesos agudos

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

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

Neyol n.º 5

Antiasmático

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

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

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

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

SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

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

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

*Eficaz en el
tratamiento de las*

*Adenopatías
Linfatismo
Escrofulismo
Raquitismo
Diabetes
Heredosifilis
Ameno y Dismenorrea
Convalecencias*

Estados llamados pretuberculosos



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

Si la inyección de la tinta china tiene lugar después de curado el desgarro, no ocurre nada que se diferencie de los casos antes descritos; mas si la inyección se hace en el mismo tiempo que se produce el desgarro o mientras este desgarro está todavía sin cerrar, se observa que la tinta china tiene una marcada tendencia a pasar por el desgro al espacio subretinal. A su vez, tiene menos tendencia a dirigirse al polo anterior y se observa en él menos tinta china y menos reacción inflamatoria.

Si la cicatrización del desgarro es muy rápida o, mejor dicho, ha tenido lugar cuando se hace la inyección, la soldadura o cicatriz no engloba ya tinta china y ésta queda sólo aplicada a la cara interna de la retina.

Si la inyección de tinta china tiene lugar antes de que se cierre el desgarro, quedan siempre en el espacio subretiniano partículas de tinta que, con el tiempo, son fagocitadas.

Si el desgarro no se cierra y, por lo tanto, subsiste el desprendimiento, la tinta china se esparce por ambas caras de la retina.

De todas estas experiencias practicadas en casos de desprendimiento de la retina en que se inyecta tinta china en el vítreo, se deducen importantes conclusiones para el estudio de dicha enfermedad, y sobre todo nos han de servir cuando nos ocupemos de su patogenia, al lado de los resultados obtenidos con análogas experiencias por otros autores.

Resumiéndolas, podemos decir que la circulación de agua en el ojo del conejo, observando el arrastre de tinta china inyectada en el vítreo, tiene lugar normalmente desde los procesos ciliares hacia la cámara anterior, y quizá algo hacia el nervio óptico, como sostiene Weekers. Si el ojo tiene la retina desprendida, las cosas pasan muy diferentemente si existe desgarro de la misma o no. En caso de no existir desgarro, la circulación parece seguir el mismo camino que en el ojo sin desprendimiento; mas si además del desprendimiento existe desgarro, la corriente se dirige preferentemente del vítreo al espacio subretiniano a través del desgarro, corriente que cesa cuando el desgarro se cierra. A su vez, cuando el desgarro está abierto, la corriente normal hacia el polo anterior está muy disminuida.

OTROS TRABAJOS EXPERIMENTALES

Lindner ha practicado un experimento para demostrar la influencia que tienen los movimientos oculares en la producción de desgarros, que da muy clara idea de cómo se agrandan con el movimiento los desgarros por pequeños que sean. Se coge un matraz esférico de cuello corto, se echa dentro un chorro de solución de celoidina clara (3 a 5 por 100), que se esparce por toda la pared interna del matraz hasta que ya casi seca no escurra por las paredes. Entonces se llena por completo el matraz de gua, y una vez lleno, con un alambre que se introduce por la boca del matraz, se produce una raspadura con un pequeño levantamiento de la película de celoidina adherida a la pared.

Se tapa bien el matraz y se observa que si se hacen movimientos de traslación del matraz en conjunto, la brecha practicada en la celoidina no se agranda, por rápidos que sean dichos movimientos; mas si se efectúan movimientos de rotación alrededor del centro del matraz, rápidamente se ve agrandar el agujero o desgarro y flotar los bordes libres del mismo. Hay que tener cuidado de echar el agua antes de que la celoidina esté muy seca, pues entonces su rigidez impide producir el experimento. La celoidina ha de ser todavía blanda, para semejar la flexibilidad de la retina.

Posteriormente, Lindner ha modificado el experimento introduciendo en el matraz una mezcla de gelatina y glicerina de consistencia análoga al vítreo, con lo cual

esta masa al mover el matraz vuelve en parte a su situación primitiva por la elasticidad que posee. Lindner cree que la producción de los desgarros sería facilitada por la desigual consistencia del vítreo, según las zonas de la retina y las lesiones existentes.

PATOGENIA

Siendo la retina una membrana situada entre dos órganos, el vítreo y la coroides, su desplazamiento, separándose de la coroides e internándose en el vítreo, parece que sólo ha de poderse producir o bien por acción de la misma retina obrando ella como parte activa o retrayéndose, o bien actuando la retina pasivamente y obrando como parte activa; o la coroides empujando la retina hacia el vítreo, o el vítreo atrayendo la retina hacia sí mismo. Estos factores, solos o combinados, son los que los autores han tomado como base para fundamentar las diversas teorías patogénicas del desprendimiento de la retina.

TEORÍA DE LA DISTENSIÓN

De Graefe fué el primero en creer que la gran frecuencia del desprendimiento de la retina en los miopes era debida a que el estiramiento del globo ocular en sentido anteroposterior al aumentar la miopía, producía una distensión en la retina que al llegar al límite de su elasticidad hacia que se despegara de la coroides para ocupar un espacio más central en el ojo, ocupando la cuerda del arco que primitivamente ocupaba.

Schweigger consideró esta teoría aplicable en algunos casos, particularmente en la miopía fuerte, y Axenfeld, en los casos de hidroftalmia; mas esta teoría no puede ser sostenida por tener argumentos de mucho peso en contra. Primeramente, la distensión o alargamiento del ojo miope tiene lugar en la edad juvenil, que es cuando menos desprendimientos de retina hay; además, la retina es extensible, como lo prueba el hecho, ya señalado al tratar de los traumatismos oculares como causa de desprendimiento, de que la rotura de coroides es frecuente, pero la de la retina es muy rara, y, por fin, el alargamiento del globo ocular en la miopía tiene lugar principalmente en la parte anterior, entre la ora serrata y la córnea, como ha demostrado Hanssen, y en el polo posterior, y justamente en los miopes son más frecuentes los desgarros al nivel del ecuador, pues los de la ora serrata son frecuentes en amétropes jóvenes, y los del polo posterior son raros, como no sea en la mácula.

Desechado este mecanismo de formación del desprendimiento de la retina la mayoría de los autores se han inclinado hacia uno u otro de los otros dos mecanismos antes citados, si bien reconociendo, como está aceptado casi por todo el mundo oftalmológico, que hay varias clases de desprendimiento de la retina, y, por consiguiente, lo más probable es que haya varias patogenias.

TEORÍA DE LA EXUDACIÓN COROIDEA

El mecanismo de la propulsión de la retina hacia el interior del ojo empujada por un exudado coroideo, es indudablemente el verdadero en ciertos y determinados casos de desprendimiento. Ya casi todos los oculistas estamos de acuerdo en que en los casos de retinitis albuminúrica y en las coroiditis exudativas, es el líquido producto de la exudación coroidea, el que llena el espacio subretiniano.

Su riqueza en albúmina en todos los casos, la falta de hipotensión y la presencia de hipertensión en los casos de producción rápida del exudado; la poca frecuencia de desgarros y la relativa facilidad de curación, sobre todo en los desprendimientos por retinitis gravídica,

son datos que pesan mucho en favor de la patogenia de estos desprendimientos de retina por exudación corioidea. Probablemente es por el mismo mecanismo que se produce el desprendimiento en las afecciones supuradas orbitarias, en las escleritis y en la angiomatosis de la retina, aunque en ésta el desarrollo vascular retiniano hace posible que sea esta red vascular la que, en todo o en parte, produzca el exudado subretiniano.

Pero las discusiones de los oculistas no se refieren a estos casos, sino a los de desprendimiento de la retina llamado idiopático o espontáneo. De Graefe ya evocó la idea de que es un exudado hemorrágico el productor del desprendimiento. Desde entonces, varios oculistas han sido partidarios de esta teoría en todos o en parte de los casos, aunque creyendo que el exudado era, o bien inflamatorio, o bien producido por fenómenos de trasudación corioidea por diferencias de tensión, y aún en los últimos tiempos, Kummel, Weckers, Redslob y Baurmann, entre otros, son defensores de este mecanismo patogénico.

Rahlmann creyó que la exudación corioidea era consecutiva a trastornos osmóticos especiales a través de la retina por efecto de alteraciones nutritivas del vítreo. Este, por efecto de trastornos nutritivos del ojo, se cargaría de sales u otros productos de fácil difusión, que actuarían sobre la coroides, provocando una reacción de la misma. Esta reacción, con la producción de un exudado albuminoideo que separaría la retina.

Lauber opinó que el desprendimiento era consecuencia de la exudación corioidea, por efecto de la disminución de la tensión. Esta, a su vez, sería producida por una condensación del vítreo consecutiva a procesos crónicos inflamatorios del iris y cuerpo ciliar.

Kummel cree en la exudación corioidea como mecanismo de formación de desprendimiento de la retina, favorecida por la disminución de la tensión ocular, que produciría una congestión ex vacuo de la coroides. Esta congestión continúa alteraría por trastorno nutritivo la coroides y el epitelio pigmentario.

Weekers cree asimismo en el origen exudativo corioideo del desprendimiento, con gran analogía al que experimentalmente se obtiene en el conejo. Niega papel alguno patogénico a los desgarros, diciendo que no son los desgarros los que producen el desprendimiento, sino al desprenderse la retina que se desgarra.

Redslob opina que la congestión y exudación de la coroides producen el desprendimiento de la retina.

Wessely considera que el mecanismo exudativo corioideo ha de ser un factor cooperador, cuando no el único, en gran número de casos de desprendimiento de la retina.

Sourdille cree que la exudación corioidea es consecutiva a alteraciones vasculares interesando sobre todo la capa corio-capilar, aunque la lesión más importante para que el desprendimiento tenga lugar reside, según Sourdille, en el epitelio pigmentario de la retina, cuyas prolongaciones protoplasmáticas alteradas no encajarían ya entre los conos y bastones; el proceso corioideo de trasudación o exudación sería consecutivo al desprendimiento.

Favorece, según el autor, estas alteraciones vasculares corioideas, la esclerosis senil de los vasos. Sourdille, últimamente, ha confirmado su opinión contraria al origen vítreo del desprendimiento en la gran mayoría de casos. El desgarro no precede al desprendimiento; le sigue: es una complicación del desprendimiento. Las alteraciones del epitelio pigmentario, que según el autor son las productoras del desprendimiento, alcanzarían su máximo grado en los casos de coroiditis periférica, en los cuales la retina toma siempre mayor o menor participación.

La teoría exudativa de la coroides es admitida, ade-

más, por otros autores, en mayor o menor escala; y como no puede ser negada en algunos casos (coroiditis exudativa, retinitis nefrítica), se ha generalizado por muchos autores esta patogenia al llamado desprendimiento espontáneo; pero de la misma manera que hay casos en que es evidente esta patogenia, es también evidente que hay casos en que no parece ser éste el mecanismo de producción del desprendimiento, y en favor de ello existen datos evidentes.

En los casos de desprendimiento por retinitis nefrítica y coroiditis exudativa, la tensión es normal o elevada. Si la exudación corioidea jugara un gran papel en la patogenia de los casos idiopáticos, también lo sería, mientras que, en realidad, es al revés. Además, la rapidez con que se produce el líquido subretiniano, dando lugar en pocos días, y hasta en horas, a grandes abombamientos de la retina, no puede ser obra de exudación de un tejido que no sufra rápidamente una gran hiperemia, una inflamación, y en los ojos con desprendimiento no vemos casi nunca síntoma ninguno de reacción local al principio de la enfermedad. Además, si fuera una exudación por congestión transitoria inapreciable clínicamente la causa de la exudación, al desaparecer esta congestión la enfermedad curaría y la retina se reaplicaría, como pasa en la mayoría de casos de desprendimiento por retinitis gravídica, que al cesar el embarazo cura el desprendimiento, mientras que en el desprendimiento idiopático de la retina curan espontáneamente quizá un uno por ciento de casos escasamente.

(Continuará.)

Información médica del extranjero

Concepto actual de la epilepsia genuina

POR EL

PROF. O. STERTZ (KIEL)

Adaptación española de F. G. D.

Cuanto más se van ampliando nuestros conocimientos sobre las "reacciones epilépticas" y sus relaciones y dependencia con las más variadas enfermedades, tanto más se restringe el concepto de la epilepsia genuina, hasta tal punto, que recientemente dudan algunos de su existencia. Entre los que la niegan en absoluto y hablan sólo de reacción epiléptica, se cuentan, entre otros, Pilez, Antón, Hartmann y De Gasparo. Otros autores admiten la existencia de la epilepsia genuina, pero la diagnostican sólo por exclusión; epilepsia genuina es toda aquella que no puede incluirse en ningún grupo de las sintomáticas.

Pero con este criterio es imposible moverse en la clínica, porque en los comienzos de ciertas enfermedades orgánicas del cerebro, por ejemplo, de un tumor, pueden ser las convulsiones el único síntoma y no aparecer ningún otro durante mucho tiempo, de modo que nos vemos imposibilitados de hacer un diagnóstico preciso durante mucho tiempo.

Nosotros, con la mayor parte de los autores, aceptamos la existencia de una enfermedad bien precisa y estimamos que en la casi totalidad de las veces podemos hacer un diagnóstico preciso de la misma. Desde luego, esto es fácil en casos avanzados del padecimiento, con enfermos fuertes y atléticos y caracteres psíquicos tan marcados, que desde el primer momento nos hacen pensar en la epilepsia. En todos los restantes, los datos

que conviene tener siempre en cuenta para estos diagnósticos son la predisposición endógena a las convulsiones, asociada casi siempre a cargas hereditarias; la existencia entre ascendientes y familiares de ciertas enfermedades o estigmas, morfológicos, unos; funcionales, los otros; el hábito psíquico, parte anterior al comienzo de la enfermedad y parte debida tal vez a sus consecuencias, y la marcha progresiva de la enfermedad.

La busca de antecedentes hereditarios puede inducirnos a error cuando nos limitamos a determinar si existieron enfermos con síntomas muy acentuados; pero nos proporcionará datos exactos y abundantes si buscamos también las llamadas "unidades constitucionales", por Kleist, o "radicales", por Rüdín, unidades elementales, en último término, que tienen cierta afinidad con la epilepsia. Podemos citar entre ellas: la tendencia exagerada a las convulsiones por causas externas, la pienolepsia, la dipsomanía, ciertas psicopatías con gran excitabilidad (los llamados epileptoides), las epilepsias afectivas, la jaqueca, la disposición a las depresiones endógenas y a los cambios de humor y las pérdidas o enturbiamientos episódicos de la conciencia. Como estigmas somáticos de los ascendientes o familiares podemos citar las oligoprenias, los trastornos y deficiencias del lenguaje, la zurdera. La comprobación de algunos de estos antecedentes hereditarios, y sobre todo su cantidad, celidad y forma de combinarse, es de gran importancia diagnóstica. Cuando todas faltan hay que ser muy reservado en el diagnóstico, pues hay escasas probabilidades de que se trate de una epilepsia genuina.

La era anatómica, simbolizada en Nizsl y Alzheimer, no aportó ningún conocimiento decisivo para la delimitación y patogenia de la enfermedad. Las alteraciones, que en un 40 por 100 de los epilépticos se encuentran en el asta de Ammon las del cerebro y las del cerebelo ni son constantes ni específicas. Incluso en los casos graves con demencias que llegan a la pérdida de todas las facultades psíquicas, pueden faltar toda clase de lesiones cerebrales. Spielmeier afirma que la desaparición de las células del asta de Ammon y del cerebelo se deben a la isquemia espástica que el ataque provoca. Tampoco explican estas lesiones la sintomatología de la enfermedad. Hay algunos casos en los que, por causas no bien explicadas, en el transcurso de las convulsiones aparecen síndromes hemipléjicos o afásicos. Creo que no hay razón para excluir estos enfermos del grupo de los epilépticos verdaderos, siempre que todos los demás síntomas apoyen este diagnóstico. Es indudable que en ciertos casos de epilepsia genuina, ya en el comienzo del ataque, ya en el curso del mismo, se observan signos reveladores de participación activa de la corteza, presentándose trastornos funcionales de sus centros de duración, más o menos larga. Así, por ejemplo, algunos enfermos tienen en el comienzo del ataque signos claramente focales que, como Foerster ha visto en los trepanados, corresponden al sitio en donde se inicia la isquemia y palidez del cerebro. Es muy posible que las vías de propagación del ataque queden fijas y constantes para todos los sucesivos, explicándose así la reproducción constante de su sintomatología. Ahora bien, no ha podido comprobarse que existan alteraciones anatómicas demostrables en esos trozos de corteza que primitivamente palidecen y que han sido extirpados en algunos enfermos (Spielmeier). Tampoco parece fundada la teoría de que la demencia epiléptica se deba a trastornos consecutivos a las isquemias corticales repetidas, ni siquiera hay relación entre demencia y frecuencia e intensidad de los ataques ni entre demencia y lesiones corticales demostrables. En esto coinciden la demencia epiléptica con los trastornos demenciales aparentes de los esquizofrénicos. Tal vez se deba

esto a que nuestros métodos de investigación no son lo bastante sensibles para poner en evidencia ciertas lesiones reales y existentes, y que en ambos casos se trate de enfermedades sistematizadas del cerebro con lesiones muy extensas o con lesiones que asienten fuera del cerebro. Frisch va más allá todavía, y después de reconocer la ineficacia de las investigaciones anatómicas para darnos idea de la esencia de esta enfermedad, y piense, como Kraepelin, en una intoxicación por trastornos metabólicos con lesiones cerebrales secundarias.

No podemos estimar el ataque epiléptico como lo que preferentemente caracterice la enfermedad, ya que representa una forma corriente de reacción general del organismo, no sólo frente a enfermedades orgánicas del cerebro, sino también frente a intoxicaciones exógenas y endógenas muy diversas. Al mismo tiempo hay que hacer notar que la misma noxa puede desencadenar un ataque o no desencadenarlo, es decir, que hemos de contar con la predisposición del organismo a responder con convulsiones, predisposición que, incluso en el mismo individuo, cambia con la edad. Intensificando voluntariamente la excitación, podemos provocar siempre el ataque, incluso cuando la predisposición no existe. Cuando una enfermedad orgánica del cerebro, por ejemplo un tumor, no da más síntomas durante muchos años que ataques epilépticos, hay que pensar también en una predisposición especial a las convulsiones. Recientemente he observado un enfermo en el que lo más probable es que existieran conjunta e independientemente un tumor cerebral y una epilepsia.

El cómo se producen los ataques epilépticos ha sido objeto de estudios especiales. Las excitaciones experimentales y las enseñanzas de la epilepsia jacksoniana hicieron que sobrevalorara el papel de la corteza; estudios posteriores demostraron las deficiencias de esta concepción. Los estudios experimentales de Muskens le incitan a hablar de un centro de las convulsiones, localizado en los ganglios centrales del cerebro; pero el estudio clínico de los ataques, los pródomos, los ataques abortados, sus secuelas y los equivalentes, indican que en su génesis interviene también la corteza y aun todo el encéfalo en conjunto. Todo habla en pro de la existencia de un mecanismo reflejo complicado que comprende todo el sistema nervioso en general, desde la corteza hasta el sistema nervioso periférico. No cabe duda que junto con el sistema motor piramidal participan en el ataque el extrapiramidal (cerebelo inclusive), sin que podamos decir con seguridad qué parte corresponde a cada uno de ellos. Gowers insistió ya en los síntomas vegetativos que acompañaban el ataque epiléptico, y Frisch estima estos síntomas como los cardinales e incluye los epilépticos en el gran grupo de los vegetativos estigmatizados.

Mis investigaciones sobre el diencéfalo me han convencido que una gran parte del ataque epiléptico sólo puede explicarse como un síndrome diencéfálico. Me apoyo especialmente en los frecuentes síntomas vegetativos del aura (simpáticos o parasimpáticos), en la importancia de lo vasomotor (palidez y cianosis) que acompañan constantemente a la pérdida brusca del conocimiento, en la emisión involuntaria de heces y orina, en la rigidez pupilar, en la pérdida del tono de los músculos, en la crisis de sudor, en la salivación profusa, en la frecuencia con que el sueño se asocia a los ataques y en el sueño postepiléptico. Existen equivalente, en que apenas se observan más que síntomas de este grupo. De todos modos, hay que advertir que la participación del diencéfalo aquí como en la esquizofrenia y como en la manía depresiva, no puede comprobarse con la existencia de lesiones groseras, que enfermedades del diencéfalo con localización anatómica bien demostrada no dan lugar a epilepsia y que hasta la fecha no se han

comprobado alteraciones histológicas de este territorio en los epilépticos.

También el sistema endocrino interviene en la epilepsia. Se sabe hace mucho tiempo que en muchos enfermos los ataques tienen estrechas conexiones en su aparición con la pubertad, la menstruación, el embarazo, la lactancia, el climaterio, que al parecer obran como causas desencadenantes. Fischer puso en evidencia la relación entre suprarrenales y predisposición a las convulsiones, y en los estados preparoxísticos no es raro que aparezcan síntomas de tetania e hiperexcitabilidad de los nervios.

Por último se ha llamado la atención sobre el equilibrio ácido básico sobre el metabolismo mineral y más especialmente sobre el del agua, sal común y relaciones entre calcio y potasio. Si todos estos trastornos son causa o consecuencia de los ataques, es cosa no bien determinada. De todos modos se ve que en el ataque epiléptico existe una cadena de reflejos que se extiende por todo el organismo y no es ninguna herejía clínica el afirmar que la causa desencadenante puede estar en cualquier eslabón de la cadena, desde la corteza al metabolismo, pasando por lo subcortical, lo diencefálico y lo endocrino.

La predisposición a las convulsiones podía ser debida a modificaciones endógenas, que provocarían una labilidad de todo el sistema que en ellas intervienen o ser producto de noxas exógenas, que por acción continuada y acumulativa desencadenaran los ataques. Como ejemplo de estas noxas podríamos citar la hiperventilación y la estrangulación; la primera obra por intermedio del metabolismo; la segunda, actúa directamente sobre el cerebro. También se concibe de este modo la fijeza de las vías de propagación, causa de la reproducción *fotográfica* de los ataques (Gowers), mientras que en otras ocasiones el proceso se limitaría a un segmento parcial de todo el mecanismo, apareciendo entonces los ataques abortivos: pérdida del conocimiento sin convulsiones o viceversa, ataques de sueño, pérdida aislada del tono muscular, etc.

El que la reacción epiléptica aparezca en casi todos los mamíferos ha planteado el problema de si se trata de un mecanismo preformado con fines concretos. Muskens, cree que es una forma de desintoxicación, fundándose en que muchos epilépticos tienen antes del ataque un sinfín de molestias de todas clases que desaparecen tras el paroxismo. Esta hipótesis está mal fundada: el organismo dispone de otros medios menos peligrosos para desintoxicarse. Me inclino a creer que el indudable proceso patológico del ataque epiléptico se debe al trastorno de una función normal muy compleja, función que tal vez consista en una acertada distribución de todas las energías para que se mantengan en equilibrio.

La epilepsia sintomática se diferencia de la genuina en que en esta última, el sistema a que antes aludo padece siempre de un modo primitivo, mientras que en la sintomática se trata, por ejemplo, de intoxicaciones primitivas que afectan a las diversas porciones del organismo, según el modo de ser de éste, pero siempre afectan más o menos a todas sus partes. Por eso, en la epilepsia genuina el ataque epiléptico es casi siempre parte integrante y esencial de la enfermedad, mientras que los restantes casos el ataque puede aparecer o faltar indistintamente.

Los progresos de esta epilepsia genuina y sistematizada pueden orientarse en diversas direcciones; no es raro observar que los grandes ataques se van haciendo más ligeros y menos característicos; es decir, que toman una forma más abortiva, mientras que los síntomas residuales ganan en intensidad y rebeldía. Pero en gran número de casos lo característico es que se ini-

cie una alteración del psiquismo que, a diferencia de lo que ocurre en otras enfermedades endógenas (esquizo-previa), recaen preferentemente sobre la conciencia.

Afectan los trastornos generales de ésta en dos formas dominantes; o recaen sobre "el punto de vista" de aquélla "sobre la amplitud de su campo de vista". Posteriormente hay cada vez menos claridad en todos los procesos de aquélla. La decadencia epiléptica se orienta en una de las dos formas primeramente enunciadas. Desde luego el campo, la conciencia, se encuentra estrechado y su claridad muy disminuida. No sólo la conciencia sino también otros procesos psíquicos se encuentran afectados, especialmente la comprensión. La atención y las funciones productivas y reproductivas de toda clase se restringen. Hay que marcar que las cualidades elementales de los procesos fisiológicos como irritabilidad, *tempo* del curso de las excitaciones, duración de la retención, etc., pueden afectarse en forma muy diversa. Si se acepta que en la regulación de estas cualidades elementales intervienen factores vasomotores y hormonales, que a su vez están muy afectados por la enfermedad epiléptica, se comprende fácilmente la sintomatología de la demencia y sus relaciones de dependencia con la enfermedad causal. En todos los síntomas de la epilepsia genuina se aprecia el trastorno más o menos intenso de la conciencia, y muy especialmente en el ataque epiléptico típico. Las ausencias podrían estimarse como un trastorno aislado de la conciencia en la gran cadena que antes mencionamos, y vamos encontrando gradaciones distintas de enturbiamiento de la conciencia en diversos síndromes hasta llegar al estado crepuscular, en el que el curso y contenido de los restantes procesos psíquicos apenas padece. Estos estados crepusculares pueden prolongarse en tal forma, que algunos enfermos parecen estar constantemente o, por lo menos grandes temporadas en estado crepuscular, con una conciencia no muy clara de sus acciones y pensamientos. Para nosotros, tales estados son la manifestación más típica del cambio psíquico global de los epilépticos, de su modo de ser peculiar. Todas las reacciones están muy retardadas; hay debilidad o deficiente capacidad psíquica para todo lo productivo y reproductivo, pensamiento y acciones son pocos precisos y mal determinados, las formas de expresión se petrifican, hay monotonías y hasta estereotipias de las exteriorizaciones psíquicas, etcétera. Hay cierta incapacidad para desenvolverse de modo adecuado, apego a la que ya pasó y terquedad para persistir en ello. La transitoria agravación de este psiquismo especial, después de los grandes ataques o de su repetición muy seguida, después de las ausencias y tras los estados crepusculares, es bien notoria, pero no quiere decir nada en contra de la independencia de este proceso de alteración psíquica.

Es innegable que algunos de estos trastornos psíquicos enunciados se observan en otras ocasiones, pero también lo es que el conjunto de todos ellos es peculiar y característico de la epilepsia esencial, mientras que los restantes trastornos que, como epilépticos, se señalan irritabilidad afectiva, tendencia a los actos de violencia, propensión a la criminalidad, falta de adaptación e intolerancia para el alcohol por una parte, y por otra la viscosidad, hipocresía, subordinación, etcétera, son síntomas facultativos, variables de un enfermo a otro. En ellos, como en los trastornos de la inteligencia, pesa mucho la personalidad premorbose del paciente. Sólo la demencia epiléptica dan sello peculiar a todos estos otros síntomas. Por la interpolación de otros procesos, la epilepsia, al igual que la esquizo-previa y que la locura maniaco depresiva, da cuadros clínicos mixtos y complicados y así, junto a las depresiones peculiares, vemos cuadros maniacos o síndro-

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

PREMIO ORFILA
1872



PREMIO DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALIZADA

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

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

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession — PARIS (XV^e)

Draeger.

EL TRATAMIENTO DE LAS TUBERCULOSIS QUIRURGICAS POR EL METODO del D.^R FINIKOFF

**ACEITE IODADO
INYECTABLE
DEL D.^R FINIKOFF**
(MEZCLA EXTEMPORANEA)

**CALCIUM
DEL DOCTOR
FINIKOFF**
(INTRAVENOSO)

Literatura y Muestras à los Señores Medicos D.M.Moses
Representante del Laboratorio de los Productos Scientia
2 D^o Plaza Independencia-Madrid.

Tratamiento de la **TOS** en general
Tos seca - Bronco-neumonía
Bronquitis - Gripe
Tuberculosis
Asma

GERMOSE
Gotas del Dr.
BAYRAC
(NO TOXICO)

Específico
contra la Coqueluche
(Tos ferina)

A base de Fluoroformo estabilizado en extractos vegetales.

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

Agentes generales: Giménez-Salinas y C.^a, Sagüés, 2 y 4. Barcelona (S. G.)

TUBERCULOSIS
AFECCIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Escrófula, Raquitismo

SOLUCIÓN
PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza
las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición
y el estado general.

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

Depositarlos para España:

Jiménez-Salinas y C.^a, Barcelona Sagüés, 2 y 4, (S. G.)

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

Inyecciones - Ampollas de 1, 2, 3 y 5 cc.

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales
para la Exportación :
LECZINSKI & 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, Farmaceutico, Las Palmas.

Ayuntamiento de Madrid

mes con tinte catatónico o matiz paranoico en los que no se comprueba su dependencia de la epilepsia, y que incluso pueden inducirnos a error diagnóstico, cuando no vemos o se nos pasan desapercibidos los signos específicos de la demencia epiléptica.

Se desprende de lo dicho que los síntomas de la epilepsia genuina, tanto en lo que concierne al ataque como en lo que respecta a las alteraciones crónicas, se comprenden con facilidad cuando nos representamos la enfermedad como un sistema bien ordenado y completo. La objeción de que algunas veces las alteraciones sintomáticas que consideramos como esenciales sólo aparecen de un modo parcial o incompleto y faltan durante largo tiempo, no basta para rebatir nuestra concepción. En todos los capítulos de la patología encontramos enfermedades constitucionales y sistemáticas, estacionarias durante largo tiempo o en formas abortivas.

También es aplicable al tratamiento nuestra forma especial de comprender la enfermedad. Siéndonos desconocidas las causas últimas de las degeneraciones y enfermedades constitucionales psíquicas, hay que descartar por completo todo intento de tratamiento causal. Comprendemos también la limitación en insuficiencia de las intervenciones quirúrgicas recomendadas; escisión de los centros primarios convulsinógenos (Foerster) y extirpación de las suprarrenales (Fischer). Hoy día, lo esencial para nosotros, es disminuir la propensión a las convulsiones, para lo que disponemos del Cuminel, que no sólo disminuye la irritabilidad del aparato neuromuscular, sino que también obra sobre los ganglios basales y sobre el sistema vascular (Wuth). El bromo, capaz de substituir al ioncloro en el organismo conserva un lugar preferente en el tratamiento de la epilepsia. Cuando preponderan los síntomas de sistema nervioso vegetativo podemos utilizar los conocidos remedios de opio, atropina y calcio y, además, ensayar el tratamiento alterante, especialmente con medidas climáticas, hidroterápicas y dietéticas, así como terapia excitante no específica (proteínoterapia, etc.).

El mejor medio será siempre el profiláctico, que ha de basarse única y exclusivamente en la eugenesia. Pero todas las decisiones que a este respecto podemos tomar son muy graves y están llenas de responsabilidades.

SESIONES CLINICAS

En el Hospital Provincial

Servicio de clínica médica y fimatológica del profesor
Codina Castellví

Sesión del día 22 de junio de 1933

UN CASO DE TERATOMA DE PULMÓN

Dr. Suárez Díaz: Se trata de una muchacha que ingresó en este Servicio el 30 de marzo de 1931; tenía dieciséis años, soltera, de Madrid. No vacunada. Pulmonía a los diez años, catarros y gripe posteriormente. Después de la pulmonía quedó delicada. Primera menstruación a los trece años. Se dedica a las labores de su casa. Los padres, muertos del corazón. Fueron cuatro hermanos. Viven todos; uno, enfermo del pecho. Comenzó hace diez meses con tos, esputos hemoptoicos, fatiga. Siguió empeorando en estos últimos meses y hará unos quince días tuvo tres hemoptisis, parece de bastante cantidad, mejorando a partir de éstas. Actualmente, tos, expectoración, poca fatiga. Sin dolores ni cefalalgias. Duerme bien. Sin apetito. Deposición dia-

ria normal. Orina normal. Última menstruación el 24 de febrero. Adelgazó cuatro kilos en un mes. La punta del corazón late en quinto espacio intercostal, línea axilar. Prolongado el 1.º mitral y reforzado el segundo pulmonar. Pnls. 112. A la percusión, macidez desde segunda costilla hacia abajo por delante con disminución murmullo y disminución de la resonancia de la voz y de las vibraciones; soplo expiratorio y aumento resonancia de la voz y frotostertores en primer espacio intercostal y en todo el plano posterior de este hemitórax derecho. Soplo expiratorio y aumento resonancia de la voz en supraespinosa izquierda. Dedos en palillo de tambor, uñas de color violáceo. Temperatura, 39,3 y 36,5 por la mañana del día siguiente a su ingreso. Análisis: bacilos de Koch, negativo. Wassermann, negativo. Sangre, ligera leucocitosis con eosinofilia de 6. Weinberg y Cassoni, positivo. Radiografía con opacidad desde segunda costilla hasta diafragma y de mediastino a pared costal en el lado derecho. Ligero infarto en hilio izquierdo. Se pensó en una pleuropneumonia tuberculosa del lado derecho con adenopatía del hilio izquierdo y quiste hidatídico de base del pulmón derecho. Es curioso el caso presentado, por lo raro, de un teratoma de pulmón, muchas veces propagado a partir del mediastino, y por el curso curioso de la enferma, que junto con los análisis complementarios nos llevó a un diagnóstico erróneo. La mejoría de la enferma, el cese de la fiebre por el reposo, nos indujeron a mandarla a cirugía el 22 de abril de 1933 para operarla de su quiste hidatídico, no encontrándose en la operación membrana quística alguna y sí una masa dura, compacta, y cuya biopsia nos dio el diagnóstico de un tumor de caracteres teratoideos.

Del estudio de esta enferma se pueden sacar deducciones de cierto interés clínico. En primer lugar, lo que se debe ahondar en el diagnóstico diferencial, haciéndolo, no sólo en los casos corrientes, sino que éste debe ser amplio y minucioso, más aún cuando nos parezca dudoso el diagnóstico. Por otro lado, debemos tener siempre en cuenta la valorización relativa y no absoluta de casi todos los análisis, y mucho más cuando tenga un cierto valor discutible, sin contar, desde luego, los errores en que nos podemos encontrar en la ejecución de los mismos.

Dr. Codina: Los teratomas son una anomalía de la evolución embrionaria; es rara la localización pulmonar; señalemos que, a pesar de resultar el Weinberg y el Cassoni positivos, no había hidátides; la infidelidad diagnóstica de todas estas reacciones biológicas inclinan a pensar que no debemos fundar en ellas solas nuestra opinión.

Dr. Lluéna: Con estas reacciones había que pensar en quiste hidatídico de pulmón y no en teratomas; además, por la frecuencia de los quistes hidatídicos. Lo más interesante es la eosinofilia, más que el Weinberg y el Cassoni. Sáinz de Frutos señala la reacción de Weinberg en los tumores malignos. Desde luego, no es típico que hubiera sido un quiste hidatídico pulmonar con temperaturas altas.

UN CASO CURIOSO DE ENFISEMA INTERSTICIAL

Dr. Blaice: Se trata de una enferma que ingresa en la sala con un gran enfisema que hizo su aparición hace unos días. Tiene en sus antecedentes una serie de catarros frecuentes, así como episodios de carácter gripal que realmente no son tales y que dejan a la enferma en un estado grande de debilidad, persistiendo durante bastante tiempo, después de estos episodios agudos, la tos y la expectoración, sudores, así como pérdida de peso, cosa que viene sucediendo ya hace varios años. Hace unos días, y a raíz de haber tenido una discusión, siente que se la hincha el cuello, sin

otra molestia ni dolor alguno; la hinchazón va en aumento en los días siguientes, extendiéndose a cara, tronco, abdomen y raíz de miembros inferiores. A su ingreso nos muestra a la exploración un enorme enfisema que tiene como particularidades el aumentarse con los esfuerzos de la tos y que se provoca inmediatamente después de la ingestión de algún líquido; existe afonía casi completa. La exploración de las vibraciones, así como los datos obtenidos por la auscultación, son de escaso valor por dificultar la propagación la presencia de la almohadilla gaseosa del enfisema; pulsaciones, 120, blando rítmico; presión arterias, máxima, 9; mínima, 5 (método auscultatorio); temperatura, 38,2. La radiografía nos da: en partes blandas algo así como una red de sombras con espacios claros en su interior, limitándolas exactamente y precisa, la imagen lineal de la piel. Cúpulas diafragmáticas deshilachadas con multitud de adherencias, senos ocupados. Neumotórax espontáneo del lado derecho que se extiende desde tercera costilla hasta base, presentando el pulmón adherencias en sus bordes; en el pulmón del mismo lado y en zona para-hiliar, tres o cuatro imágenes cavitarias; siembra modular con tendencia a la confluencia y de distinta densidad en todo el resto de parénquima; el pulmón izquierdo presenta un aspecto semejante al anterior, ofreciendo en zona intercléido-hiliar la imagen de un nódulo calcificado. La radioscopia nos da pruebas confirmativas del interpretado de la radiografía. El análisis de esputos nos revela la presencia de bacilos de Koch, así como el de la sangre, que ofrece datos que corroboran lo expuesto. El examen laringoscópico nos dice que existen ulceraciones de tipo tuberculoso, localizadas en cuerdas y que se continúan hacia ventrículos. Respecto a la causa del enfisema, parece como muy probable que el proceso fímico sea el causante del mismo. Señala las distintas posibilidades o mecanismos de producción del enfisema, así como las distintas vías que hubo de seguir el aire a partir de diferentes puntos (tráquea, bronquios, cavidades labradas en pulmón por el bacilo tuberculoso). Como se ha previsto, el desenlace no se hizo esperar, y la necropsia aclaró definitivamente las dudas.

He aquí un resumen del informe de la misma: Existe un gran enfisema extendido por el cuello, tórax, brazos, tercio superior de antebrazos y regiones inguinales; en la cavidad torácica existen adherencias múltiples de ambos pulmones, así como cuatro cavidades en pulmón derecho, nódulo de calcificación en porción media de lóbulo superior izquierdo. Tuberculosis laríngea con lesiones ulcerosas en cara posterior y base de epiglotis, fosilla de Markel y porción anterior de ventrículo laríngeo; en ventrículo derecho existe una úlcera perforada que llega a tejido celular laxo, y que según el informe es el punto de partida del enfisema.

Dr. Suárez: Ante una radiografía como esa, sin encontrarnos con datos de auscultación, no me atrevería a establecer el diagnóstico de neumotórax espontáneo; ese límite de neume-espontáneo se puede interpretar como límite pleural que no ha confirmado la autopsia; en estas sínfisis pleurales bilaterales es muy difícil que pueda existir un neumotórax; por otra parte, creo que no es indispensable que haya un neumotórax para que haya un enfisema intersticial.

Dr. Alvarez: Yo veo un neumotórax espontáneo; no es necesario que el pulmón esté colapsado para tener un neumotórax espontáneo; aquí hemos tenido un caso de neumotórax espontáneo con una pequeña ampolla de gas; por otro lado, la manera de establecerse el enfisema, de donde procede el punto por el cual entraba el aire al tejido celular subcutáneo, había que admitir una salida de aire de localización laríngea.

Dr. Lluéna: No puede ser más que una perforación

de laringe, en una enferma que tiene una tuberculosis laríngea, y por sus maneras de correr las burbujas en el momento de la tos, esfuerzo y la tos provocada en el momento de la deglución, lo confirman.

Dr. Codina: Es interesante el caso, no por el hecho del enfisema subcutáneo de origen respiratorio, sino porque ha tenido lo que podríamos llamar dos enfisemas: uno, de cavidad pleural: el neumotórax, y otro, de tejido celular subcutáneo; para explicar esta doble distribución del gas cabe pensar si arranca del mismo sitio o parte de puntos diferentes. El enfisema subcutáneo, según demostró la autopsia, depende de una ulceración laríngea. Si no hubiera existido esta úlcera, podríamos pensar que ha tenido un neumotórax espontáneo a válvula que, no pudiendo desarrollarse dentro de la cavidad pleural por las adherencias, se ha desarrollado por el tejido subcutáneo, después de perforar la pleural parietal.

Dr. Blaise: Me dijo el profesor que practicó la autopsia que existía una zona despejada, confirmando la existencia del neumotórax, diagnosticado de una manera definitiva por la radiografía.

LAS INYECCIONES INTRAVENOSAS DE ALCOHOL EN LOS PROCESOS PULMONARES

Dr. Dombrasas Jaen: La enferma que ocupa la cama número 13 ingresó en este Servicio el 9 del pasado abril; tiene sesenta y dos años, viuda, sin antecedentes de interés; tuvo cuatro embarazos, dos de ellos abortos, le vive un hijo; sivienta. Padece viruela y catarros frecuentes; reumatismo; tuvo bien la menstruación y está en menopausia desde los cuarenta y siete años. Comenzó su enfermedad cuatro meses antes de ingresar en la clínica con un catarro fuerte, febril, abundante de tos, expectoración y fatiga, con algún esputo sanginolento; es muy delgada. Tórax descarnado, disminución de murmullo y estertores subcrepitantes en todo el tórax con soplo tubario en ambas regiones infraescapulares. Se diagnosticó provisionalmente: bronquitis crónica con focos bronconeumónicos en el lóbulo inferior de ambos pulmones. En los esputos no se encontraron bacilos de Koch. Desde su ingreso tiene décimas vespertinas alternando con pequeñas etapas de apirexia. La radiografía, hecha el 11 de abril, da una gran sombra opaca de toda la base izquierda, por encima de cuya mancha asoma el hilio engrosado y una malla de tramitis que se dirige al vértice, velado a su vez, quedando, por tanto, borrada la sombra cardíaca; en el lado derecho engrosamiento hiliar, veladura de vértice, menos manifiesta la trama y una imagen cisural superior, hallándose más limpia la base. Se comienza a poner inyecciones endovenosas de alcohol diarias de cinco centímetros cúbicos al 33 por 100, de las que se pusieron 32 aumentando entonces a 10 centímetros cúbicos, de las que se le ponen 10 más. Las inyecciones de alcohol fueron aconsejadas por Thursz al 33 por 100 en dosis máxima y única de 100 a 300 centímetros cúbicos en procesos infecciosos generales y supuraciones pulmonares de estas infecciones. Feigin, disminuyó a 15 ó 20 centímetros cúbicos diarios de la solución de alcohol. Se cree que ingresado el alcohol por vía endovenosa evita el ligado y actúa sobre el órgano enfermo gracias al neumotropismo y bacteriotropismo del alcohol, realizados por el intermedio del sistema retículo-endotelial. A las cinco semanas de tratamiento de nuestra enferma, y en una nueva radiografía, se observó mucho más clara la opacidad de la base izquierda; apenas tiene tos y expectoración, habiéndole desaparecido la fatiga. Por auscultación no se oyen los soplos infraescapulares. Teniendo en cuenta los dos abortos sufridos por la enferma, se hace un Wassermann, que resultó fuer-

temente positivo. El interés de este caso aumenta después de este resultado del análisis de sangre, pues todo lo que se ha escrito acerca de este tratamiento se refiere a procesos no específicos, viéndose por él que su eficacia se extiende en los que tienen franca especificidad, pues sin haber hecho tratamiento alguno antilúético se ha logrado la remisión de los síntomas subjetivos y de la radiografía, que es lo que tiene verdadero valor. Huelga decir que para completar el tratamiento de esta enferma precisa recurrir a la terapéutica específica, la cual acabará de resolver los restos inflamatorios que puedan subsistir.

Dr. Lluésma: Los autores italianos son los que más han hecho en este sentido. En el Servicio del Dr. Marañón, Tapia dice haber obtenido el 100 por 100 con éxito. En un compañero que tuvo una pulmonía grave se hizo la inyección de alcohol intravenosa y produjo una caída rápida, con euforia de tipo borrachera muy aguda; estos son los accidentes inmediatos, el colapso; y los tardíos, los desencadenamientos de posibles cirrosis hepáticas.

Dr. Balcázar: La conveniencia de poder hacer estas inyecciones asociadas a la glucosa puede contrarrestar la acción del alcohol en el hígado, el alcohol puede producir desprendimientos de trombos en las venas y tiene la glucosa la ventaja de aumentar el número de calorías del cuerpo.

Dr. Alvarez: Hace resaltar la enseñanza que tiene el caso; se veía desde un principio el papel que jugaba la sífilis; además de la historia clínica de abortos y dolores de cabeza, pudo haber hecho pensar la sombra radiográfica que vemos que está situada desde mitad de pulmón hacia abajo; de haber pensado en ello, se podía haber instituido una terapéutica antisifilítica y la mejoría se habría atribuido al neosalvarsán.

Dr. Suárez: Ante la vista de una radiografía como esta, dados los antecedentes que hemos encontrado, debemos descartar otro proceso: la pleuresía hemorrágica, que se atribuye casi siempre a la naturaleza sifilítica, puede explicarnos que haya aparecido en el curso de la infección de la enferma.

Dr. Dombrasas: Si hubiéramos pensado desde el primer momento en la sífilis, no se hubiera hecho probablemente el tratamiento por el alcohol y nos hubiera restado la enseñanza que esto supone; lo fundamental es una sífilis de localización pulmonar a la que se ha añadido un foco séptico; es probable que por mucho alcohol que se siga poniendo, la imagen radiológica será la misma. Respecto a la pleuresía hemorrágica hay que pensar en que el seno costo diafragmático está libre, y no hay desviación de mediastino.

Dr. Codina: La exploración clínica y radiográfica y el interrogatorio de la enferma hacía pensar en un proceso agudo o subagudo pleuropulmonar; si tiene más interés el caso es precisamente porque no supimos que fuera sifilítica al principio, y empleáramos solamente la inyección de alcohol. Por la acción hemolítica que tiene el alcohol sobre la sangre, nosotros hemos hecho dos clases de investigaciones; la primera, en inyección al 33 por 100 en la solución de cloruro sódico al 7 por 100, y, en la segunda, en la solución corriente de glucosa; hemos visto con las inyecciones de cinco centímetros cúbicos y luego de 10 centímetros cúbicos que la enferma apenas se ha quejado de dolor en el brazo hacia el hombro, que estas inyecciones son tolerables y no provocan trastornos de ningún género. En la radiografía, por la sombra que hay en el lado izquierdo, no cabe sospechar que esto pudiera ser un goma sifilítico abierto en bronquio. ¿Podría ser una pleuresía hemorrágica? Tiene libre el seno costo-diafragmático. En síntesis, es de pensar que esta enferma ha tenido un proceso agudo pleuro-pulmonar o broncopleuropulmonar que se ha

desarrollado en el curso de una sífilis. El caso nos ha demostrado que aun en los casos broncopulmonares agudos desarrollados en terreno sifilítico, las inyecciones de alcohol al 33 por 100 dan un resultado evidente tanto clínico como radiográfico.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Sesary y Mauric. PAPEL DE LA ALERGIA CUTÁNEA EN LA PATOGENIA DE LA ERITRODERMIA VESÍCULOEDEMATOSA ARSENICAL.—La patogenia de las eritrodermias vesículo-edematosas que se presentan en los sifilíticos tratados con arsénico, es todavía muy discutida. Los autores han tenido ocasión de estudiar recientemente siete casos de este género, en los que se fundan para admitir su opinión.

Como antígenos para sus experiencias han empleado el novarsenobenzol y el acetarsán, usando con el primero la técnica de Garnier de la solución al centésimo en suero fisiológico, y con el segundo las soluciones en cinco y hasta 15 cm. de suero de la disolución comercial. Con estos antígenos han efectuado cuti, intradermo, reacción de Prausnitz-Kustner clásica y con variantes y la Koenigstein-Urbach. De las investigaciones efectuadas de este modo han deducido los autores:

1.º Las cutirreacciones son siempre negativas, cualquiera que sea la concentración de la solución de novarsenobenzol empleada y el momento en que sea efectuada la prueba.

2.º Las intradermoreacciones son generalmente positivas en los enfermos cuya eritrodermia ha curado algunas semanas antes y más frecuentemente negativa cuando se practica antes.

De este hecho parece deducirse que existe una fase de "energía cutánea temporal" muy importante de conocer, la cual se manifiesta de un modo particularmente claro en tres de las observaciones presentadas por los autores. Esta fase de energía fué señalada con anterioridad por Kagellmann, que le asignaba una duración de nueve a once semanas a partir de la inyección causal. Aparte de esta fase negativa, otras causas pueden impedir temporalmente la reacción. Los autores insisten de un modo especial en el hecho de que la repetición de intradermo-reacciones en un mismo individuo atenúa cada vez más la reacción cutánea. Es importante recordar a este propósito que este fenómeno de extinción no se produce únicamente sobre el punto sobre el que se ha repetido las intradermos, sino sobre el antebrazo opuesto, en el cual no se ha efectuado aún prueba alguna.

3.º Las epidermo-reacciones obedecen en general a las mismas leyes que las intradermos. De este hecho puede deducirse que en las pruebas cutáneas es el epidermis y no el dermis el que reacciona. Sin embargo, esta prueba parece mostrarse más precozmente positiva en el curso de la eritrodermia.

4.º Las reacciones de Prausnitz-Kustner y de Koenigstein-Urbach son siempre negativas, de lo cual no se pueden deducir conclusiones firmes.

5.º Por dos veces antes de practicar los test cutáneos han efectuado la exploración funcional del aparato vasomotor cutáneo con adrenalina y suero de caballo. En las dos veces las reacciones vasculares se han mostrado normales.

Después de exponer y discutir las teorías anafiláctica y tóxica en la patogenia de la eritrodermia, exponen los autores la teoría de la alergia epidérmica, que

es la que consideran como la más acertada. Según ella, una intolerancia es el origen de la eritrodermia arsenical. Pero para ellos esta intolerancia no es humoral, como en la anafilaxia, sino tisular y más especialmente epidérmica. Esta opinión la fundan sobre gran número de argumentos de índole experimental que referiremos brevemente.

Recordemos ante todo que las lesiones cutáneas producidas por la intradermo-reacción con novarsenobenzol son totalmente distintas de las que se producen con la inyección de suero de caballo, lo cual demuestra que éstas son copias del antígeno arsenical y no debidas a una polisensibilización. Recordemos también el carácter de las lesiones producidas por los test cutáneos biológicos. Los métodos que dan resultados positivos son la intradermo y la epidermo-reacción, es decir, aquellos que exploran el epidermis en su profundidad y en su superficie. Si la prueba de Koenigstein-Urbach es negativa; en estos casos se debe a que el antígeno empleado es un cristaloides, el cual resulta impropio para la producción de esta reacción.

Para los autores, por lo tanto, la eritrodermia vesículo-edematosa arsenical es la consecuencia de una intolerancia tisular epidérmica. Indudablemente esta intolerancia no es siempre únicamente cutánea; puede manifestarse en otros aparatos, traduciéndose por reacciones tisulares homólogas, quedando de este modo explicada la complejidad de la sintomatología en determinados casos. (*La Presse Médicale*, 21 de enero de 1933.)—T. B.

Gadrat. EL TRATAMIENTO RAQUÍDEO DE LA TABES POR LOS ARSENOBENZOLAS.—Refiere el autor de este trabajo los resultados obtenidos con el tratamiento intra-raquídeo de ocho tabéticos afectados de fenómenos dolorosos periféricos o gástricos y en los que el tratamiento intensivo por el mercurio o los arsenobenzoles no había producido ningún resultado.

Estos enfermos fueron sometidos a un tratamiento intra-raquídeo con inyecciones de sulfarsenol a dosis que variaban entre medio miligramo y un miligramo y medio por sesión, disolviendo el medicamento en suero fisiológico. Las inyecciones se espaciaban diez a quince días y se repetían de dos a cinco veces.

En la mayoría de los casos estas inyecciones iban seguidas de dolores intolerables que algunas veces obligaron a poner morfina. En un caso se presentó a la segunda inyección una retención de orina que se prolongó durante doce días.

En dos casos los dolores han desaparecido radicalmente al mes y medio de comenzar el tratamiento intra-raquídeo. En otros cinco casos no se han observado modificaciones de ningún género, y en uno, por último, se gravó considerablemente la ataxia. En uno de estos casos la tercera inyección produjo una paraplegia total, que hizo sucumbir al enfermo al cabo de un mes.

Este tratamiento, por lo que se ve, produce resultados muy aleatorios, y no está, ni mucho menos exento de peligros. Sin embargo, numerosos son los autores que han consignado mejorías de los dolores fulgurantes y gástricos con el empleo de este método. Kafka, considera la atrofia óptica tabética como una indicación formal del tratamiento salvarsánico endolumbar. (*Ann. de Der. et de Syph.*, tomo IV, núm. 1, 1933.)—T. B.

Nicolaou. LAS RELACIONES ENTRE EL HERPES ZOSTER Y LA VARICELA.—Recuerda el autor las observaciones iniciales de Bokay, de Budapest, y la comunicación de Netter a la Academia de Medicina de París, en 1920. Expone a continuación las dos teorías, unicista y dualista, para admitir, por su parte, una teoría unicista moderada, en virtud de la cual sólo determinadas formas de herpes zoster son debidas a la varicela. La sucesión de

herpes zoster-varicela será, en su criterio, siete veces más frecuente que la sucesión varicela-herpes zoster.

Refiere, con bastante detalle y en el sentido de su hipótesis, los argumentos de orden clínico, epidemiológico, anatomopatológico, etc. Recuerda igualmente la hipótesis de Vaglio y Flandin, que admiten la existencia de un solo virus de acción, a la vez dermo y neurótropa. Prácticamente por lo tanto, es necesario conocer las relaciones entre el herpes zoster y la varicela, con el fin de tomar a tiempo las medidas profilácticas. (*Mis. Med. Rom.*, tomo V, núms. 5 y 6.)—T. B.

Levaditi y Constantinesco. SÍFILIS Y NEOPLASIAS.—Han demostrado los autores en anteriores trabajos que los tumores injertados (epiteliomas, sarcomas o linfadenomas) o espontáneos (epiteliomas tipo acínico o acino-alveolar), evolucionando sobre ratones sifilizados experimentalmente, se hacen virulentos. Son capaces de producir un sífiloma con treponemas, injertados bajo el escroto del conejo y conservan el treponema en condiciones de virulencia por lo menos durante un mes.

Ha resultado, sin embargo, imposible encontrar el treponema en estos tumores, de donde se ha deducido muy verosímilmente que el virus vejeta en ellos bajo la forma infravisible de su ciclo evolutivo.

Han intentado los autores precisar si estas neoplasias contaminadas de sífilis por haber evolucionado en un ratón afecto de una treponemosis clínicamente oculta, son capaces de producir la infección en otros ratones sanos, y también si es posible transmitir la sífilis de ratón a ratón por medio del tumor, realizando de este modo pases ininterrumpidos. De sus investigaciones en este sentido han deducido las siguientes conclusiones:

1.º El linfadenioma injertado bajo la piel del ratón sifilizado experimentalmente se hace virulento para el conejo, al cual produce un chancro con treponemas después de la inoculación escrotal.

2.º La neoplasia sifilizada, injertada a otros ratones nuevos, les confiere una sífilis oculta que se traduce por la virulencia del sistema linfático periférico y por la presencia del treponema en el tejido linfoides.

3.º La contaminación del ratón se efectúa independientemente del desarrollo del injerto tumoral. Puede éste reabsorberse íntegramente confiriendo, sin embargo, la sífilis al animal huésped.

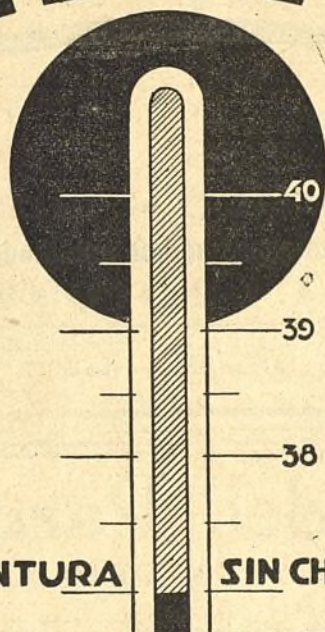
4.º La transmisión de la infección espiroquetiana por medio de los injertos tumorales no parece poder ser continuada indefinidamente. En las experiencias efectuadas por los autores se han detenido al segundo pase. (*Bull. de la Soc. de Biol. Séance*, 21 enero 1933.)—T. B.

Manville. CHANCRE DEL PECHO EN UN VARÓN, SIMULANDO UNA ENFERMEDAD DE PAGET DEL MAMELÓN.—Refiere el autor un interesante caso, referente a un hombre de setenta y dos años que, habiendo sido mordido por otro, le apareció una lesión que clínicamente tenía los caracteres de la enfermedad de Paget del mame-lón, razón por la cual le fué extirpada la mama. El diagnóstico exacto se efectuó posteriormente por la aparición de una roseola que curó con el tratamiento específico. El estudio histopatológico de la pieza demostró que se trataba de un chancro sifilítico, y en los ganglios axilares pudieron ponerse en evidencia treponemas. (*The Jour of the Am. Med. Ass.*, pág. 381, 1932.)—T. B.

P.-L. Drouet y J. Richon. LOS ACCIDENTES DE LA PUNCIÓN LUMBAR Y SU TRATAMIENTO POR LA ACETILCOLINA. Los accidentes consecutivos a la punción lumbar son habitualmente benignos. Algunas horas después de la

EN TODOS LOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS **SEPTICEMINE**

PROVOCA UNA BAJA DE CALENTURA



SIN CHOQUE NI REACCION

LABORATORIOS CORTIAL .15 BOUL^D PASTEUR . PARIS

JUAN MARTIN ALCALA 9. MADRID CONSEJO DE CIENTO 341 BARCELONA

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCION de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

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

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

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

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

Ayuntamiento de Madrid

SPASMOSÉDINE

Antiespasmodico - Sedante nervioso

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la

TERAPIA CARDIO-VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardiacos especializados
P A R I S

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

Sanatorio del Parque - Davos

(ANTES SANATORIO TURBAN)

Casa de primer orden. 1.570 metros sobre el nivel del mar. Gran parque y bosque de propiedad. Pensión incluyendo habitación, tratamiento del médico, etc., desde 17 francos suizos. Prospecto gratuito.

Médico Director: Dr. F. BAUER

CYTO-SERUM

CORBIERE

TERAPEUTICA CACODILICA INTENSIVA E INDOLORA
Cacodilatos alcalinos



Indicadísimo en:
Grippe
Tuberculosis
Paludismo
Neurastenia
Convalecencias

CYTO-SERUM CORBIERE
Ampollas de 5 c. c. para adultos
Ampollas de 2 c. c. para niños

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

= BARACHOL =

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

LABORATORIOS FAUS. — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

raquicentesis suele presentarse una cefalea más o menos acentuada, algunas veces, con náuseas y vómitos. Estos fenómenos son transitorios y atribuidos a la hipotensión céfalo-raquídea. Los accidentes análogos aparecidos poco después serán debidos a la hipertensión céfalo-raquídea, los cuales no se atenúan acostando al enfermo, y van acompañados de una disminución en la frecuencia del pulso y una hipernemia papilar. Una linfocitosis raquídea es rara y los accidentes de shock son completamente excepcionales.

Ciertas reglas de técnica permiten evitar la mayoría de los accidentes, aunque no pueden evitarse de un modo constante.

La acetilcolina a la dosis de 0,20 gramos en inyección subcutánea inmediatamente después de la punción ha sido ensayada en 34 enfermos adultos. Tres de ellos han presentado accidentes que han durado de cinco a seis días, y dos han manifestado una ligera cefalea al día siguiente de la punción, lo que da un porcentaje global de 14 por 100, y si no se tiene en cuenta estos dos últimos casos, de 8,8. De los tres enfermos, uno ha presentado después de la punción una ligera reacción meníngea, que no ha sido mejorada por el decúbito dorsal ni por la repetición de las inyecciones de acetilcolina, lo que permitía pensar si se trataba de accidentes de hipertensión raquídea.

La acción favorable de este medicamento parece una prueba evidente de la existencia del angioespasmo en el mecanismo de la hipotensión céfalo-raquídea después de la punción lumbar. (*Rev. Med. de l'Est.*, tomo IX, número 21.)—T. B.

C. Hauser. RADIOGRAFÍA DE LAS ARTERIAS VALIÉNDOSE DE LA INYECCIÓN INTRAVENOSA.—Hasta fecha verdaderamente reciente, tan sólo se obtenían las radiografías arteriales por medio de la inyección de substancia opaca a los rayos X en la luz misma de la arteria que se va a estudiar.

El autor ha logrado obtener muy buenas radiografías arteriales inyectando intravenosamente sales de torium mezcladas con anilinas diversas; dichas substancias no han obrado hasta la fecha como tóxicas ni en el hombre ni en los animales.

La radiografía debe hacerse unos pocos minutos después de practicada la inyección; este tiempo es variable según la substancia inyectada en los animales; en el hombre debe hacerse de los veinte a los treinta minutos, pues pasados éstos la substancia comienza a eliminarse.

Este procedimiento en el hombre es de gran utilidad para la radiografía de aorta torácica; la de aorta abdominal no se ha podido obtener todavía de una manera que sea eficaz. Se han obtenido también muy buenas radiografías de las carótidas, femorales, tibiales y del brazo.

Los trastornos que puedan ocasionar estas substancias carecen de importancia; tan sólo se cita un caso de dolor de cabeza, que desapareció a la ingestión de un purgante. No produce alteración alguna en la orina de los enfermos. (*Revista Médica Latino Americana*. Buenos Aires, agosto 1932.)—J. H. S.

W. Sargent. TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS NERVIOSAS DE LA ANEMIA POR EL HIERRO A ALTAS DOSIS.—El profesor Sargent ha tratado y ha mejorado seis casos de degeneración subaguda de la médula y tres en que los cordones posteriores de la misma estaban afectados por dosis masivas de hierro. Estas fueron administradas bajo la forma de píldoras de Bland a una dosis de 160 por día, o sea, 4,5 gramos de sulfato férrico.

En cinco casos el hierro actuó manteniendo constante la cifra de los glóbulos rojos. En aquellos en que

la anemia había sido tratada por la hepatoterapia, la substitución de ésta por el hierro dió lugar a un descenso de glóbulos rojos, si bien es verdad se mejoraron notablemente los trastornos nerviosos. Puede ser muy posible, nos dice el autor, que en otras enfermedades nerviosas que tengan por base un trastorno digestivo, la medicación de hierro a altas dosis contribuya a su curación. (*The Lancet*. Núm. 5.703. 17 diciembre 1932.)—J. H. S.

LOS ERITROCONTOS DE SCHILLING EN LAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y SU EXISTENCIA EN OTRAS AFECIONES NO HEMATOLÓGICAS.—Los eritrocontos de Schilling son inclusiones eritrocitarias que se presentan bajo la forma de pequeños bastoncitos de dos a cuatro micras, y que se colorean de azul pálido por los colorantes vitales o por el Giemsa en solución débilmente alcalina. El autor los ha encontrado en la anemia perniciosa 10 casos de 14, en las leucemias, en la enfermedad de Werlhof, en la linfogranulomatosis y en las afecciones esplénicas. Más raramente se encuentran en las anemias secundarias. Existen también éstos en los cardíacos con descompensación, los palúdicos y los paráliticos generales.

La presencia de los eritrocontos de Schilling indica una eritropoesia anormal, que puede muy bien hallarse bajo la dependencia de trastornos hepáticos.

Los eritrocontos no dependen en absoluto de la substancia basófila de los eritrocitos, ya que se les puede encontrar en ausencia de toda policromatofilia; derivan, por tanto, del aparato sarcoplasmático central hipertrofiado de los hematíes. (*La Reforma Médica*. Número 34. 20 agosto 1932.)—J. H. S.

Dra. Loujon. MODIFICACIONES DE LA CURVA TÉRMICA POR INYECCIONES DE METALES COLOIDALES EN EL CURSO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS.—Las substancias coloidales ya sabemos que tienen una acción bactericida y anti-infecciosa. Son también capaces de determinar en el organismo humano reacciones biológicas que constituyen el chóc coledoclásico de todos conocido y caracterizado por el malestar general: la taquicardia, la baja rápida y momentánea de la tensión y la subida intensa de la fiebre y algo más tarde una leucopenia ligera y una fase de leucocitosis. Al poco rato el pulso se hace normal y una diaforesis más o menos intensa viene a señalar la terminación de la crisis. Esta medicación tiene la virtud de poner en juego los procesos de defensa que logran desembarazar al organismo de cuerpos extraños. Está muy indicada en todas las infecciones para poder luchar con todo brío contra los agentes infecciosos, sobre todo en aquellos casos en que no se pueda recurrir a una terapéutica específica—sueros, vacunas—, o bien ésta no dé los resultados apetecidos.

El autor cree que la plata coloidal en inyección intravenosa es el mejor metal coloidal que se puede emplear en todos estos casos. (*Montpellier-Médical*. 15 noviembre 1932.)—J. H. S.

José M. Silva. LOS ACCIDENTES DE LA GASTROENTEROSTOMÍA.—El autor, en su artículo, hace un magnífico estudio de los accidentes de la Gastroenterostomía, y da la siguiente lista de casos en que se halla indicada, y tiene asimismo la responsabilidad de los accidentes:

- 1.º Invaginación del intestino delgado al través de la brecha mesocólica.
- 2.º Dilatación del asa yeyunal.
- 3.º Invaginación del asa eferente.
- 4.º Retracción cicatricial de la neo-boca.
- 5.º Círculo vicioso.
- 6.º Extrangulamiento del asa aferente o eferente.

7.º Úlcera péptica.

Después de pasar detenida revista a cada uno de ellos, da el resumen que, a nuestra vez resumiendo, insertamos a continuación.

La gastroenterostomía da un gran número de éxitos—curaciones—en las úlceras del duodeno y del estómago. Hacen variar los resultados de éxito y fracaso la localización y las formas anatómicas de ellas mismas. Hace gran hincapié a continuación sobre el estudio de los malos resultados, que pueden ser debidos—dice—bien a la no indicación de su práctica, bien a una mala técnica quirúrgica. Termina diciendo que no estudia los casos de mal resultado por operación incompleta o por digestión, ya que él quiere estudiar el asunto desde un punto de vista tan solo quirúrgico. II (*Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, núm. 3, marzo, 1933.—J. H. S.

Drs. Abram, Santenaise y Bernal. EFECTOS DE LA VAGOTONINE EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.—La administración de la vagotonine—hormona pancreática—es seguida de una desaparición lenta y progresiva de la hipertensión arterial, siendo de una eficacia mayor en aquellos sujetos que son simpaticotónicos con un tono vasoconstrictor elevado.

Parece ser que es también un excelente hipotensor regular de la presión activa, sobre todo en los períodos de tensión ascensional.

En aquellos sujetos que gozan de una presión normal no parece ejercer acción de orden alguno, ocurriendo lo mismo en los casos de hipertensión mal definida.

El empleo terapéutico de la misma no representa peligro alguno, y tan sólo se han visto como accidentes debidos a su administración ligeras urticarias.

En algunos casos nos dicen los autores que han logrado ver cómo la tensión descendía de un modo efectivo a las dos horas de aplicada una inyección de 20 miligramos.

Para evitar todo posible accidente en el curso del tratamiento se recomienda realizar la skeptoprofilaxis antes de comenzar cada nueva serie, sobre todo en los sujetos vagotónicos.

Los autores nos dicen al terminar su artículo que creen de un modo absoluto que la vagotonine es el medicamento de las hipertensiones oscilantes paroxísticas, donde parece jugar un papel de hormona reguladora. (*La Presse Medical*, 1 marzo 1933, núm. 17.)—J. H. S.

A. Panagia. EL EQUILIBRIO ÁCIDO-BÁSICO EN LA SARNA Y SU COMUNIDAD CON LOS PRINCIPALES TRASTORNOS SUBJETIVOS QUE ACOMPAÑAN AL PROCESO MÓRBIDO.—En todos los casos de sarna que el profesor Panagia ha estudiado, ha comprobado la existencia de una acidosis más o menos acentuada, puesta de relieve por la baja de la reserva alcalina y la resistencia de las orinas a la alcalinización por la ingestión del bicarbonato de sodio. El prurito y la sensación de quemazón parece que dependen de la acidosis, ya que atenúan considerablemente ambas al administrar al paciente una terapéutica alcalinizante.

Esta terapéutica alcalinizante no ejerce sobre las lesiones cutáneas efecto de ninguna clase. (*La Reforma Médica*, Nápoles, núm. 41. 8 octubre 1932.)—J. H. S.

Drs. Fonso, Lavalle y E. F. Newton. EL CARBÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.—He aquí a las conclusiones que tras un largo estudio de su trabajo y después de glosar las de Vedeking, llegan los autores.

1.ª El carbón es un tratamiento excelente en las tuberculosis pulmonares de formas caseosas, fibrocaseosas y parenquimatosas. Su acción es mucho menor en las

fibrosas, no hallándose contraindicado en las congestivas.

2.ª Está altamente contraindicado en las formas fibrosas debido a que tiende a esclerosar a causa de su acción sobre el aparato circulatorio.

3.ª No actúa como coloide—según los autores—, pues la comprobación experimental se halla en marcha, si bien no definida.

4.ª Es un remedio más a emplear en el tratamiento de las formas tóxicas, en las que da buenos resultados, sin excluir en modo alguno a los demás tratamientos, a los cuales puede éste unirse, seguir o bien substituir. (*La Semana Médica*. Buenos Aires. 19 de enero de 1933.)—J. H. S.

V. V. Patrascano. CRISIS EPILEPTIFORMES DEBIDAS A LA APENDICITIS.—Los casos de apendicitis que acompañan a las crisis epileptiformes son muy raros. Amerigo Valerio nos habla en uno de sus trabajos de dos casos de epilepsia que curaron al ser practicada a los enfermos la apendicectomía; Berger cita también otro, y Gutmann la publicado muy recientemente un caso en que el enfermo tenía crisis epilépticas coincidentes con ataques de apendicitis, estos son los pocos casos que en la literatura médica mundial se encuentran de este apasionante tema, nos dice en su trabajo el profesor Patrascano.

El hace una cita de un enfermo de veinte años de edad, que desde hace ya cuatro años viene experimentando crisis cada vez más frecuentes. El examen clínico y biológico le habían dado un resultado totalmente negativo, logrando hacer el diagnóstico de apendicitis gracias al dato suministrado por el paciente de un dolor fuertísimo que éste sentía en la fosa ilíaca derecha poco antes de la crisis epiléptica. La apendicectomía logró hacer desaparecer las crisis epilépticas de un modo absoluto. (*Romania Medical*. Núm. 22. 15 noviembre 1932.)—J. H. S.

Dr. A. del Río. ETIOLOGÍA Y CLÍNICA DE LA ÚLCERA GASTRO-DUODENAL.—El Dr. A. del Río, culto gastro-patólogo, ha escrito con el título que antecede un breve—si bien conciso y claro—artículo; en él expone dentro de la brevedad y claridad ya mencionadas la etiología y la sintomatología de esta lesión; sobre todo al tratar de esta última expone una gran riqueza de datos clínicos.

Otro día haremos un pequeño resumen—no debido a lo que se merece, sino a la índole de esta sección—de los artículos que el Dr. Del Río ha tenido la amabilidad de enviarnos. (*Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, núm. 606. 1933.)—J. H. S.

Guy Laroche. LOS TRASTORNOS NERVIOSOS DE LOS OXALÚRICOS.—Desde la más remota antigüedad se han ocupado todos los clínicos que a los oxalúricos estudiaban, de los fenómenos nerviosos que a éstos, a la vez, afectaban. Se producen en ellos astenias, melancolías y neurastenias y hasta neuritis y celulitis.

La causa de todos estos trastornos los atribuye el autor a la impregnación directa de los centros nerviosos por el ácido oxálico o, a consecuencia de las infecciones e intoxicaciones sobre los trastornos del metabolismo.

La crisis nerviosa de toda índole son de corta duración, y coincidiendo tan sólo con el período de duración de la oxaluria.

Al finalizar su trabajo, el autor cita la importancia que en la oxaluria tiene la alcalosis, la colibacilosis y las infecciones intestinales. (*Nutrition*, núm. I, 1933.)—J. H. S.

JARABE Cloofosfato ALMERA

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

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



Más de 37 años de éxito creciente

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

SIL-AL

Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro.

Sustituye al bismuto en terapéutica gástrica.

Existe el SIL-AL belladonado

Muestras y literatura:
A. GAMIR
Valencia

BARDANOL

Elixir de bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES:

Estafilococias en todas sus manifestaciones.

Muestras y literatura:
A. GAMIR
Valencia

BENZOFORMINA

Comprimidos de 0,25 gramos

Exametilenoamina. . . 0,20

Acido benzoico 0,05

Frascos de 50 comprimidos.

Gramos. Muestras y literatura:
A. GAMIR
Valencia.

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

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

Laboratorio **EGABRO. - CABRA** (Córdoba), España.



¡CONTRA EL DOLOR!

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

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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





SANATORIO NEUROPATICO

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

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

Aguas de MARMOLEJO

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

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

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

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

Alquitrana la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Bañuario. — Todo confort.

Pedidos de botellas e informes al señor Gerente, en

MARMOLEJO (Jaén).

◆ TRATAMIENTO EFICAZ ◆

REUMATISMO
YODOVISAL

Salicilato sosa
YODURO potasa

ESQUIZOFRENIA
MANGAN-ARSENITO

Cacodilato de manganeso
Cacodilato de sosa

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA



Bañuario de Carlos III

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte

Clima de montaña, 780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas

INFORMES Y FOLLETOS:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid

AGUAS MINERALES NATURALES

DE

CARABAÑA

«LA FAVORITA»

PURGANTES — DEPURATIVAS — ANTIBILIOSAS — ANTIHERPÉTICAS
PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID

Ayuntamiento de Madrid

líquido disminuía paulatinamente con la duración de la centrifugación, mientras que en el fondo del tubo se había depositado el oro o la plata, respectivamente.

Algunos experimentos mostraron la causa de esto: la centrífuga de Svedberg giraba libre por completo de sacudidas, mientras que la nuestra vibraba. Con esto se perturba continuamente el líquido y no pueden formar-

Antiséptico Glorógeno Lumen.

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22. — Jaén.

se capas; aunque la perturbación no es tan intensa que pueda remover las partículas que ya alcanzaron el fondo. Hacía falta ahora desarrollar una fórmula, en la cual, no la caída de la zona o capa, sino la disminución de la concentración, fuese la que nos diese una referencia sobre el tamaño de las partículas de los virus. Al hacer nosotros así de la necesidad una virtud, venimos a salvar otra dificultad: en los líquidos centrifugados de Svedberg hubiera sido muy difícil y circunstancial el tomar pruebas de las distintas alturas de las zonas y valorarlas; pero en nuestra centrífuga estaban de más estos cuidados, pues no existían zonas en absoluto. Sólo necesitábamos comprobar la disminución del contenido en virus del líquido situado sobre el fondo a medida que el tiempo transcurría. Esta disminución se pudo comprobar de hecho en la vacuna de las viruelas y en la peste de las gallinas, y de esta disminución se pudo calcular el tamaño del virus. La prosecución de la disminución del virus con la duración del tiempo de centrifugación, contesta, además, a la cuestión de si todas las partículas que actúan como virus con del mismo tamaño, o si se trata de un amontonamiento de las partículas de virus libres.

De este modo hemos comprobado

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

que en la vacuna de las viruelas y en la peste de las gallinas hemos podido llegar, por tratamiento adecuado, al amontonamiento del agente patógeno libre. El tamaño del agente patógeno de la peste de las gallinas se calculó a partir de los experimentos de centrifugación, entre 0,12 a 0,13 μ , y el del agente patógeno de la viruela (en concordancia

con el experimento de filtración), entre 0,21 a 0,23 μ .

Por el cálculo de los coeficientes de difusión, hemos determinado también el tamaño de los bacteriófagos, hallando 0,012 μ en concordancia con los americanos Hetler y Bronfenbrenner, lo cual coincide bastante bien con el resultado de los experimentos de filtración (0,020 μ).

De este modo nos ha sido posible llegar a datos bastante ciertos para tres clases de virus: el de la viruela y el de la peste de las gallinas, con 0,22 μ y 0,13 μ , no están muy alejados de las bacterias visibles más pequeñas (el causante del cólera de las gallinas, 0,4 hasta 0,6 μ). El hacer visible al microscopio el agente patógeno de la viruela no parece que sea completamente imposible y los "corpúsculos elementales", tomados por Paschen por el agente mismo, podrían serlo, en efecto, dado su tamaño.

Por el contrario, los bacteriófagos, con sus 0,012 μ , se aproximan en su tamaño a los albuminoides y a los fermentos, lo cual habla más bien a favor de un "algo" inanimado.

Nuestros conocimientos sobre el tamaño de los diferentes virus subvisibles, están todavía en sus comienzos; sin embargo, nuestros métodos permiten extender la medicina a otros agentes patógenos.

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCI-PISA

La Cruz Roja protege la salud

I

La lucha antituberculosa

Aun cuando ya a finales del pasado siglo se inician las actividades de la Cruz Roja en la lucha antituberculosa, es solamente en 1907 cuando, al celebrarse la VIII Conferencia internacional de la Cruz Roja, quedó admitido el principio de la colaboración de la benemérita institución en el combate de la terrible enfermedad. En efecto, en dicha Conferencia internacional se recomendó a las Sociedades nacionales el "participar en tiempo de paz en la lucha contra la tuberculosis, consagrándole más particularmente su atención a los declarados inútiles para el servicio militar y a los soldados eliminados del ejército como tuberculosos o sospechosos de llegar a serlo".

Poco tiempo después, varias Sociedades nacionales empezaron a poner en práctica la recomendación de la Conferencia y en diversas formas se sumaron a las campañas antituberculosas. Pero fué necesario el azote de la guerra, con el recrudecimiento de la morbilidad y la mortalidad tuber-

Teligan ^{fem.}
Hemming
Desordenes de la menstruación
frigidez etc.

culosa en la mayoría de los países beligerantes, para ver generalizada e intensificada la acción de la Cruz Roja contra el terrible mal. En 1919, al constituirse la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, se consideró como parte esencial de su programa la lucha contra los azotes sociales entre los que es la tuberculosis uno de los más graves.

Mas este ensanchamiento de las funciones de la Cruz Roja no podía menos de presentar algunos riesgos que en interés de la propia obra era preciso evitar. ¿No era de temer, al aceptar los Sociedades nacionales sus nuevas responsabilidades, que invadieran el campo de las organizaciones públicas o privadas especializadas en la lucha contra las grandes enfermedades sociales? Verdad que el campo de acción era muy vasto; pero no por ello era menos necesario evitar los esfuerzos inútiles y las realizaciones no viables o mal adaptadas al fin perseguido. Y para ello era imprescindible coordinar la acción y adaptarla a los medios materiales y morales, al alcance de la Cruz Roja. Es así como las Sociedades nacionales, en algunas de sus reuniones (Conferencia regional de Varsovia en 1923 y Consejo General de la Liga en 1924) han puesto un especial cuidado en señalar

CARABAÑA: el mejor purgante

la importancia que concedían a la estrecha colaboración de la Cruz Roja con las Asociaciones especializadas, tanto en el terreno nacional como internacional y, en el particular dominio de la tuberculosis, han precisado las modalidades con arreglo a las cuales entendían poder llevar adelante la lucha contra este azote, aconsejándose, muy señaladamente, la for-

mación de enfermeras visitadoras, la colaboración al establecimiento y funcionamiento de dispensarios antituberculosos y, sobre todo, las obras de preservación de la infancia.

Si se examinan las actividades de las Sociedades nacionales en el campo de la lucha contra la tuberculosis, se puede comprobar que las recomendaciones de la VIII Conferencia internacional de la Cruz Roja y del

lares, etc., que la Cruz Roja, en número variable, ha creado en la mayoría de los países. No puede tampoco pasarse por alto el fecundo papel que en la profilaxis de la tuberculosis desempeña la Cruz Roja de la Juventud que, por una parte, despierta en el niño el deseo de ser sano y le familiariza con la práctica de la higiene y, de otra parte, instituye en su favor numerosas obras: colonias de vacaciones, cantinas escolares, cursos de alimentación racional, asistencia a los niños pobres, etc. Finalmente, ha de recordarse también la parte que las Sociedades de la Cruz Roja toman en la difusión de nociones de higiene y de profilaxis antituberculosa. Esta propaganda educativa, desarrollada ya con ocasión de determinadas manifestaciones, como "Días" y "Semanas" de la Cruz Roja o exposiciones de higiene o ya de una manera más sistemática, se lleva a la práctica con ayuda de una material de propaganda (carteles, folletos, películas, etc.) que muy frecuentemente ha sido editado por las propias Sociedades nacionales de la Cruz Roja.

Después de estas observaciones de carácter general pasaremos ahora a hacer una breve revista de las más

de una casa-granja de convalecencia donde viven y trabajan enfermos aquejados de tuberculosis pulmonar no avanzada. Por su parte, la Cruz Roja de la Juventud sostiene tres preventorios para hijos de soldados donde, en 1931-1932, se hospitalizaron 317 niños con un total de 8.832 días de presencia.

La contribución aportada por la Cruz Roja austríaca a la lucha contra

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

Consejo General de la Liga de 1924 han sido ya, en una amplia medida, llevadas a la práctica. En efecto, las Sociedades nacionales de casi todos los países que tomaron parte en la gran guerra se han consagrado a los cuidados y asistencia de los ex combatientes tuberculosos y esta protección no se ha descuidado ni aun en aquellas Cruces Rojas que, en razón de la perfecta organización antituberculosa existente en el país, no han juzgado útil intervenir de una manera activa y directa en la lucha.

Por lo que respecta a la colaboración de las Sociedades nacionales con las organizaciones públicas o privadas interesadas en la lucha contra la tuberculosis, puede afirmarse que en todas partes es hoy una cosa efectiva. Y en cuanto a las modalidades de la lucha, se comprueba que son muy numerosas las Sociedades nacionales que han emprendido de una manera activa la formación de enfermeras y de enfermeras visitadoras. Por otra parte, si solamente una quinena de Sociedades sostienen dispensarios o sanatorios, o instituciones de ambas clases a la vez, la mayor parte, bajo una u otra forma, consagran grandes esfuerzos a preservar a la infancia de la tuberculosis. En este artículo no mencionaremos a este respecto más que las obras especialmente destinadas a la profilaxis de la tu-

PAIDOTROFO

TÓNICO INFANTIL

importantes obras antituberculosas realizada por la Cruz Roja en diversos países.

La Cruz Roja alemana, que ha sido la primera que inscribió la lucha antituberculosa en su programa, posee actualmente nueve sanatorios (1.502 camas) para adultos adolescentes y niños aquejados de tuberculosis pulmonar, articular u ósea; 50 preventorios y casas de convalecencia para niños (3.440 camas); 36 casas de descanso y convalecencia para adultos (985 camas, de las cuales se reserva una parte a los enfermos que salen de los sanatorios); 83 dispensarios antituberculosos y 111 salas de descanso diurno y curas de aire. Por otra parte, numerosos comités locales colaboran con los dispensarios dirigidos por otras organizaciones, realizan propagandas educativas o practican la asistencia individual a los tuberculosos. Según el más reciente informe de la Cruz Roja alemana, la lucha contra la tuberculosis fué actividad, en 1931-1932, de más de mil comités locales.

La Cruz Roja australiana practica la asistencia a los ex combatientes tuberculosos y a sus familias. Dispone de tres sanatorios para tuberculosos y

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

la tuberculosis, es igualmente de gran importancia ya que, de los 91 dispensarios antituberculosos existentes en 1931 en el país, 25 pertenecían a la Cruz Roja. Esta posee además dos sanatorios para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar: el sanatorio de Grimmerstein con 350 camas y otro que cuenta con 73. Por otra parte la institución dirige dos casas de convalecencia.

La Cruz Roja búlgara ha contribuido recientemente a la erección de dos pabellones para tuberculosos en hospitales de provincias. Sostiene seis colonias de vacaciones y dos escuelas de aire libre.

La Cruz Roja de Costa Rica, como contribución a la lucha contra la tuberculosis que constituye un grave azote en el país, ha creado un Dispensario antituberculoso cuya inauguración se efectuó el 27 de agosto de 1931. Se debe también a su iniciativa la formación de una Liga Nacional Antituberculosa que constituye un eficaz instrumento en la lucha contra la terrible enfermedad.

La Cruz Roja checoslovaca posee un sanatorio de 50 camas para niños escrofulosos y dos preventorios con 60 y 100 camas respectivamente. Dirige centros de consulta para niños mayores de catorce años y para adultos y de ellos algunos se hallan reservados a los enfermos tuberculosos.

Solución salicilato sódico Domingo.

Cada cucharada contiene dos gramos de salicilato sódico puro.

J. DOMINGO CHURTÓ

C. Libertad, 14, BARCELONA

Organiza colonias de vacaciones y curas de descanso diurno y desde 1920 a 1931 se formaron 391 colonias con un total de 21.235 niños. Merece igualmente señalarse la activa propaganda educativa realizada por la Cruz Roja checoslovaca y en la que ocupa un lugar preponderante la preservación de las enfermedades sociales.

(Se continuará.)

ARTE GRAFICO

Fotograbado. Hortaleza, 21. Tel. 14623

— Especialidad en trabajos para Laboratorios. —

berculosis: preventorios, escuelas de aire libre y colonias de vacaciones. Pero no hay que olvidar por ello la análoga utilidad en la prevención de la tuberculosis de otras obras de protección de la infancia y muy señaladamente los consultorios de lactantes, las casas-cunas, las Gotas de leche, los consultorios para niños de edad pre-escolar, la inspección médica de las escuelas, las cantinas esco-

to sintomático se dedicará a combatir el dolor por el reposo en cama y los diversos calmantes, se evitarán las actitudes viciosas y se colocará un aro para evitar que el peso de la ropa sobre el pie lo coloque en posición equina. Se observará también si existen localizaciones cardíopulmonares de la lesión para combatirlas con los recursos adecuados.

Cuando los dolores han desaparecido casi por completo, se estimulará la regeneración de los nervios y de los músculos por medio del amasamiento, la movilización y la electrización, sobre todo la galvánica de escasa intensidad y la administración de la estricnina.

Polineuritis irritativas.—Forman una especie de transición a las neuralgias y se producen sobre todo por la acción de heridas, habiéndose observado durante la guerra todos los tipos de ella. Los tipos más corrientes son: el neurítico grave, el neurítico atenuado, el neurítico simple y un tipo neurálgico especial que se manifiesta por brotes paroxísticos de dolores violentos y que se conoce por el nombre de causalgia. En estas formas de neuritis es muy excepcional la parálisis motora.

En las neuritis irritativas graves las alteraciones, sobre todo las traumáticas, provocan una irritación o una compresión de los nervios mixtos con paresia motora muy ligera que no es definitiva y sin reacción de degeneración, porque las fibras motoras no están seccionadas, de modo que la atrofia muscular no es nunca muy importante. Lo que llama la atención son los trastornos sensitivos tróficos y vasomotores. Los primeros consisten en dolores espontáneos como de quemaduras o de desgarró, que se exageran por los movimientos, por el contacto, por el calor y por el frío, y dolores provocados por la presión de los nervios y de los músculos, sobre todo en el sitio de la herida y por debajo de ella. Objetivamente hay hiperestesia cutánea con disminución de las perfecciones táctiles y térmicas. Todas las excitaciones de la piel determinan en vez de sensaciones diferenciadas una impresión dolorosa muy molesta, mal localizada e irradiada que persiste varios segundos y es muy característica.

Los segundos trastornos o tróficos consisten en ede-

tender con rapidez por varios territorios nerviosos, pero luego se detienen y persisten en ellos bastante tiempo. Pueden complicarse con accidentes bulbares graves, pero lo corriente es que retrocedan poco a poco persistiendo mucho tiempo como residuos de ellas las atrofas musculares, la abolición de los reflejos tendinosos, los trastornos tróficos de la piel y las retracciones tendinosas, que es muy difícil dominar. Las formas crónicas suelen aparecer con este carácter desde su comienzo, pero según hemos dicho, hay casos en los que resulta consecutiva a una forma aguda o subaguda. Los síntomas aparecen de forma lenta y gradual, pocas veces provoca la muerte; pero hay algunas, sobre todo las saturninas, de una longitud desesperante y con mucha tendencia a las recaídas; el pronóstico guarda relación con la intensidad del proceso tóxico o infeccioso y con la duración de las causas patógenas y el estado general de resistencia del enfermo. Las lesiones del frénico y del neumogástrico son graves, pero no siempre mortales; corrientemente termina el proceso por curación, siempre que no se modifique el curso por alteraciones hepáticas pulmonares o gastrointestinales.

El diagnóstico diferencial no suele ser difícil, pudiendo decirse que sólo cabe confusión con las lesiones medulares, tales como mielitis y poliomieltis. Las parálisis histéricas se diferencian fácilmente por su modo de aparición por la conservación de los reflejos y por las reacciones eléctricas. Asimismo por la topografía y casi siempre la limitación exacta de los trastornos de la sensibilidad. La atrofia muscular es muy escasa en los fenómenos histéricos; más marcada es la emaciación por pérdida de grasa. La evolución de la enfermedad es completamente distinta, y la existencia de síntomas concomitantes suele indicar la constitución neuropática del enfermo.

Las paresias de la miastenia bulbo-espinal podrían hacer sospechar algunas veces una polineuritis con dominio de los síntomas bulbares; pero estas paresias de la miastenia se acentúan rápidamente al contraer los músculos enfermos, en tanto que desaparecen por el reposo. No se acompaña atrofia muscular.

La forma corriente de la polineuritis con sus síntomas motores, sensitivos y tróficos se distingue por su comienzo por los trastornos objetivos y subjetivos de la sensibilidad. Su parálisis plácida, que comienza por las extremidades y siempre más manifiesta en la parte distal de los miembros que en la proximal, más tarde el carácter difuso de la atrofia muscular y la persistencia de los trastornos sensitivos, la integridad de los esfínteres, permiten una diferenciación fácil de una enfermedad mielopática.

En cambio, en otras formas de polineuritis, el diagnóstico será más delicado. La polineuritis en que dominan los síntomas motores necesitará una diferenciación con las poliomiELITIS anteriores agudas, especialmente con la parálisis espinal infantil, que es con mucho la más corriente. En ambos casos se presentan parálisis flácidas localizadas en determinados grupos musculares y dolores cutáneos o musculares; sin embargo, en la poliomiELITIS, el comienzo suele ser brusco y en dos o tres días alcanza la parálisis su desarrollo total, localizándose de preferencia en la raíz de los miembros. Los músculos y los troncos nerviosos no son sensibles a la presión, sino que hay hiperestesia generalizada y raquíalgia. Más tarde, cuando retrocede la poliomiELITIS, es excepcional que la parálisis adopte el carácter de simetría con predominio en las extremidades, que es característico de las polineuritis; se limita a determinados músculos y respeta los inmediatos; a veces, incluso en un músculo dado, no ataca a todos sus fascículos; la atrofia mielopática es más acentuada que la neurítica, y muchas veces va acompañada de contracciones fibrilares; el diagnóstico es habitualmente fácil. En ciertos casos más dificultosos ayudará a hacer el citado diagnóstico la noción de la epidemia de poliomiELITIS. Sin embargo, a veces el virus poliomiélfico puede determinar neuritis múltiples, aunque esto es excepcional.

La polineuritis motora generalizada puede afectar una marcha sobreaguda, y constituye el síndrome de Landry; en estos casos no hay síntoma clínico alguno para afirmar que el origen de la enfermedad es una polineuritis, porque la integridad de los esfínteres y la intensidad de

los dolores, aunque son favorables a dicha causa, no tienen valor absoluto. Si existiera meningomiELITIS se manifestaría por los síntomas del líquido cefalorraquídeo. La parálisis de la mielitis aguda se diferencia con facilidad de las polineuritis porque son de evolución más rápida y atacan en seguida un territorio extenso. No hay dolor a la presión de los músculos. Los trastornos de la sensibilidad tienen distribución medular. Casi siempre están alterados los esfínteres y hay úlcera por decúbito. La mielitis subaguda se diferencia con los mismos caracteres, y unas veces por la aparición de espasmos, otra por la exageración de los reflejos, la trepidación espinal y la presencia del síntoma de Babinski.

La mielitis aguda diseminada ocasiona un síndrome de ataxia aguda, que puede producirse también; aunque excepcionalmente por una polineuritis. Hay procesos de estos debidos sobre todo al alcoholismo o la diabetes, que se suelen calificar de pseudo-tabes. Tienen una marcha lenta con predominio de los síntomas sensitivos. Entonces hay que hacer el diagnóstico con la tabes dorsal, el cual no suele ser difícil, aunque hay poli-neuritis de estas, con dolores fulgurantes, con anestesia plantar y síntomas de Romberg. Una vez reconocida la polineuritis hay que indagar su naturaleza, para lo cual se tienen en cuenta la marcha y los síntomas. La localización primitiva en el velo del paladar es característica de las lesiones diftericas. La marcha lenta con localización en los músculos inervados por el radial, salvo el número-estilorrádial y la falta de trastornos sensitivos, acusan una polineuritis saturnina. El dominio de los trastornos sensitivos y la presencia de alteraciones psíquicas que forman el síndrome de Korsakoff, permiten pensar en una polineuritis alcohólica; pero los datos más característicos son los síntomas concomitantes de una intoxicación o de una infección.

En el tratamiento de una polineuritis que se encuentra en evolución habrá que empezar por detener el proceso toxi-infeccioso que actúa sobre los nervios; suprimir la causa de la intoxicación e impedir que después de curarse reincida el enfermo en ella. Siempre que se pueda se combatirá el estado tóxico, favoreciendo la eliminación de los productos que lo sean. El tratamien-

CATARROS **BIFOSFOTIOL** TOSES

SOLUCIÓN ARSENIO FOSFORADA CON TIOLCOL

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

SARNA

◀ (R O Ñ A) ▶

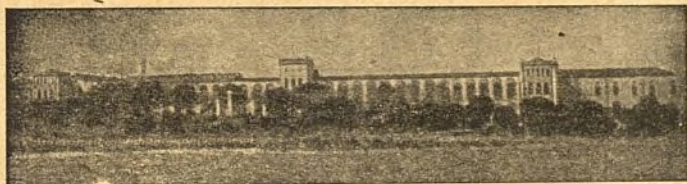
cura rápida y cómoda con el **Sulfureto Caballero**
Destructor tan seguro del *Sarcoptes Scabiei*, que una sola fricción, sin baño previo lo hace desaparecer por completo siendo aplicable en todas circunstancias y edades por su perfecta inocuidad.

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona

Sanatorio Psiquiátrico **ESQUERDO** Carabanchel Alto

Director: Dr. Jaime Esquerdo Sáez



Informes y correspondencia... AL DIRECTOR { MADRID, Alfonso XI, 7. Teléfono 16962 Carabanchel Alto. Sanatorio. Teléfono 0

HIERRO QUEVENNE

Unico aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS
A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar *Cloro-Anemie*.
Unico ferruginoso inalterable en los paises cálidos. — 16, rue des Beaux-Arts, Par.

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARRROS 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 Catarrros crónicos, haciendo cesar la fatiga y produciendo una suave expectoración.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

Depósito central: Sr. Medina, Serrano, 36. Madrid, y al por menor, en las principales farmacias de España y América.

ALMORRANAS



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

Las enfermedades del

Estómago e Intestinos

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

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS

(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Veinte Principales farmacias 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

ALZOLA

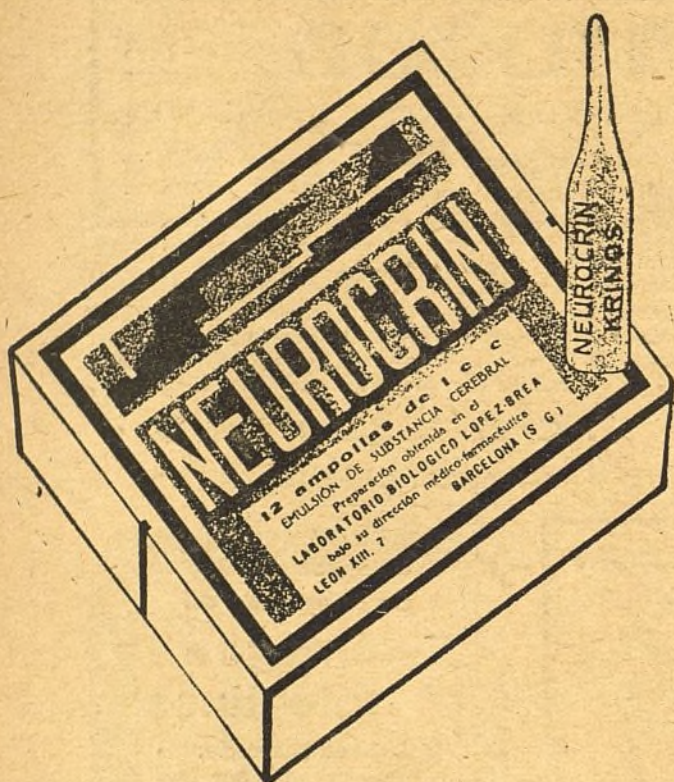
(Guipúzcoa)

Oligo metálica, marcadamente litfínica, radioactiva, 30°

RIÑÓN - VÍAS URINARIAS
CÓLICOS NEFRÍTICOS
ARTRITISMOS ÚRICOS

Temporada:

15 de junio al 15 de octubre.



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynos

(Emulsión aséptica de sustancia cerebral)

INDICACIONES

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

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

Agotamiento nervioso,
Psicosis depresivas, Surmenaje,
Desnutrición y Raquitismo

ADMINISTRACION Y DOSIS

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

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

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

TERAPEUTICA DE LAS
 ALTERACIONES MENSTRUALES

OVARIOTONO

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



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

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

HEMOSTONO

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



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

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

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 Carlán. — Manuel Cortezo y Collantes, por F. Javier Cortezo y Collantes y L. R. — Con pluma ajena: La recogida de mendigos y su posible peligro en el aspecto sanitario, por el Dr. César Chicote. — Colaboración independiente. Sobre los Colegios Médicos, por Felipe Crespo Gálvez. — Sección oficial. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Por las Clínicas de Europa. — Tertulia Médica.

BOLETIN DE LA SEMANA

Corto fruto y a la fin dañado.

Cuando escribimos estas líneas, en la mañana del jueves 14 de septiembre, aun vibra en el ambiente la gran conmoción espiritual que para toda España ha supuesto la solución de la crisis del Gobierno de la República.

No es función nuestra el comentario político en su aspecto general, pero como españoles formamos entre cuantos han dilatado un punto el ámbito de sus inspiraciones respiratorias ante el solo hecho del cambio político resuelto.

Hay un aspecto que a nosotros atañe en modo especial glosar; es el aspecto de la política sanitaria y ante este vitalísimo problema debemos expresarnos sin ninguna reserva.

Para bien de la Patria y de las clases sanitarias españolas ha llegado esta crisis política en punto y hora que la angustia alcanzaba ritmos verdaderamente asfixiantes.

Corta fué la labor del señor Bejarano al frente de la Dirección general de Sanidad. Como amigos sentimentales de su nombre, más corta se la hubiéramos deseado. Después de la malaventurada gestión del primer director de Sanidad de la segunda República española, de cuyo nombre y apellido no queremos acordarnos los médicos en España, después de aquella gestión entonada por todas las incompetencias y calificada por todas las pasiones y todas las mezquindades, sin un aliento que no pareciera brotar del oscuro simo de unos terrenos de echadizo, después de aquella gestión, que acaso perdonemos los médicos españoles, pero que nunca podremos olvidar, llegó el señor Bejarano a la Dirección general de Sanidad y se le acogió con toda la simpatía que despertaba en las clases sanitarias su carrera brillante, su juventud briosa y su abolengo familiar de sanitario probó, justo y leal. No podíamos esperar del doctor Bejarano aquellas gestiones de *envergadura* (como ahora se dice), a cuya esperanza sólo autoriza la demostrada preparación de

quien las intenta, en un pasado de labor que el doctor Bejarano no tenía. Pero los médicos españoles esperaban de doctor Bejarano una actuación modesta sí, pero de claro y limpio oriente.

Acaso si esta crisis hubiera surgido un mes antes, Bejarano se retiraría de su cargo con un aplauso propicio a que, pasado el tiempo, hubiera llegado a gobernar la sanidad española con fruto indiscutible y apoyo general.

Pero el doctor Bejarano, cosa disculpable solo en su improvisación y juventud, no ha sabido guardar hasta el final las ponderaciones espirituales que nos hacían lógicamente suponer en él sus primeras andanzas entre los desvaríos patológicos de su siniestro antecesor.

Bejarano deja un mal recuerdo de sus últimas semanas de director general de Sanidad.

No ha tenido la *vis* política de comprender cómo deben separarse *implacablemente* de una gestión *técnica* aquellas influencias de partido político que intervienen desastrosamente en ella. Bejarano fué recibido como *director general de Sanidad* y es despedido como *socialista*, como un *socialista más*. Acaso esto le satisfaga a él personalmente, pero a los sanitarios españoles nos ha entristecido y decepcionado.

Las últimas disposiciones de Bejarano llevan impreso el sello de la arbitrariedad, la violencia, la inñeditación, la incompetencia, el merodeo del enchufe, la zancadilla del pandillaje, toda la roña que puede criarse en torno a una ordenanza atacada por esa micosis exuberante socialista que, sin necesidad de microscopio, se diagnostica en las ordenanzas de su antecesor, infelice.

Tenía dos precedentes Bejarano hacia que poderse inclinar: su padre, de grato recuerdo, y su antecesor, repudiado por todos los médicos españoles.

Vea el doctor Bejarano si desde 1899, fecha en que se reorganizó técnicamente la Dirección general de Sanidad, hasta la llegada del primer *socialista* a su regimiento, se encuentra en la legislación disposiciones de la calaña de las últimas que aparecen avaladas por él.

Si el doctor Bejařano las encuentra señálenoslas, porque nosotros no hemos dado con ellas.

Y no las comentamos puntualmente en este Boleťn por esperar la consolidaci3n del nuevo Gobierno y conocer la persona que se encargue de sustituir al ocasionante de los comentarios que haremos.

DECIO CARLAN

MANUEL CORTEZO Y COLLANTES

Con espanto en el alma, me llego hoy a estas columnas para reseřar la nueva desgracia que, toda violencia y sorpresa como un cataclismo, tiende otro duelo m1s sobre nuestra familia.

Manuel Cortezo, joven, fuerte, sano, derrochando salud y dinamismo, en pleno triunfo de su vida, ha caído vćtima de una traici3n de la Naturaleza, de una verdadera puřalada patol3gica que nos le arrebat3 en siete dćas, dej1ndonos sumidos en la desesperaci3n de nuestra impotencia y en la tristeza infinita de nuestro sentimiento.

Tremenda cosa me parece la soberbia humana cuando es capaz de mantener en pie, frente a tan formidable dictado de la Soberana Voluntad, el miserable cuerpo que nos contiene y el combatido espćritu que nos querřa abandonar el cerebro y el coraz3n.

Los hombres buenos os tienden en trances semejantes una mano amiga que lleva en su cuenco el agua amarga de la resignaci3n; mas desde su fuente generosa a la boca abrasada del necesitado apenas si llega una gota salada e hirviente, porque la mano del amigo tiembla al ofrecer el consuelo y es torpe vaso para llegarnos con utilidad. ¡Beber de brucos en las aguas de esa resignaci3n es lo que precisa; hundir en su divino curso las grietas de nuestros labios y las encendidas ideas de nuestras frentes! ¡Y para que ello sea posible tenemos que caer de rodillas al borde mismo de esos cauces melanc3licos y serenos!

En tan corta suma de tiempo como son ocho meses he visto morir un padre anciano y dos hermanos en la flor de la vida. S3lo en diecinueve dćas se han sucedido ante mis ojos, dilatados de espanto, la agoni1 de mi padre, serena y dulce como un sueřo, y la b1rbara agoni1 de mi hermano, lleno de amores por la vida y que me miraba, pidiéndome evitar lo inevitable.

¡Pobre, pobrecita vida 3sta tan aderezada de esperanzas y de ilusiones, tan engařosamente guardada por la salud y la fortaleza fćsica, y que asć da en tierra por un poco de sudor y un poco de viento, por la influencia de un ente micr3bico y por la estrecha limitaci3n de la capacidad de nuestra ciencia, asć de vana y orgullosa como el heno florido!

Esposa, madre, hija y hermanos tienen hoy que llorar, sin haber dejado aűn de llorar...

¡Seřor, qu3 miserable cosa somos sin Tu amparo!

F. JAVIER CORTEZO Y COLLANTES

* * *

Manuel Cortezo ha fallecido a los cuarenta y dos aűos—hacia poco los habć cumplido—y muy joven, en 1913, hizo oposiciones al reci3n creado ‘Cuerpo Pericial de Hacienda, donde logr3 plaza con brillante nűmero.

Habć emprendido la carrera de ingeniero industrial, que abandon3 por un motivo sentimental, para hacerse abogado, profesi3n que ejerció con brillantez, especializ1ndose en cuestiones de Marcas y Patentes, a la vez que—hombre de gran capacidad de trabajo—se dedicaba a la enseřanza, preparando para oposiciones al Cuerpo Pericial de Contabilidad.

El aűo 1922 fu3 nombrado para el cargo de secretario del Banco de Cr3dito Industrial, en el que habć pasado en 1928 a desempeřar la subdirecci3n. Al Banco habć dedicado su actividad toda—sin abandonar el bufete—y en su af1n de abarcar todo el trabajo se agotaba en horas extraordinarias.

Don Manuel Cortezo era secretario de la Sociedad de Amigos del Paćs y habć sido premiado con motivo del Congreso de Ultramar.

Entre las manifestaciones que abarcaba su actividad no podć faltar la de escritor. Re-

cientes son sus artćculos en el *Diario Universal* con la firma de ‘Juan de los Terreros’, sobre los que fueron muchas las felicitaciones por su claridad de exposici3n y justa crćtica.

Era gerente de este prestigioso diario de la noche y desde el fallecimiento de su padre actuaba de consejero-proprietario en la Administraci3n de EL SIGLO MEDICO.

Estaba casado con dořa Joaquina Topete, nieta del glorioso marino de este apellido, y deja una niűa de once aűos.

¡Descanse en paz nuestro malogrado amćgo!

L. R.



Con pluma ajena

La recogida de mendigos y su posible peligro en el aspecto sanitario

La nueva ley de Vagos.—Cómo se recogían los mendigos.—El tifus exantemático en los albergues.—El doctor Cortezo.—Epidemia que invade Madrid.—El piojo propaga la enfermedad.—Se crea el campamento de desinfección.—El doctor Bejarano.—Tejer y destejer.—Nuevos parques.—Interviene la Dirección de Seguridad.

La nueva ley denominada de Vagos, puesta en vigor muy recientemente, comprende en sus artículos a cuantos, bajo diversos aspectos, se dedican a vivir a costa del prójimo, confundidos en esa extraña y confusa agrupación que denominamos mendicidad callejera; ya era tiempo de que pudiera disponerse de una ley para remediar esa vergüenza social que desde hace muchos años tanto desconcierta a la capital de la nación.

Este problema se trató siempre con tanta tolerancia como descuido. La única preocupación que embargaba el ánimo de las autoridades era la de evitar la presencia de mendigos en las calles. Se los recogía con gran satisfacción del vecindario, y eran almacenados en locales totalmente inadecuados, que constituían una verdadera transgresión sanitaria de todo orden. Conviene recordar que estos servicios de mendicidad se hallaban a cargo del jefe de la Guardia municipal, desempeñado en el año de 1903 por persona celosa y llena de buena voluntad, pero completamente ayuna de las más elementales nociones de Sanidad, y que por ello no se daba cuenta de los peligros que se bordeaban diariamente con aquellas aglomeraciones de gentes sucias y deprimidas por toda clase de miserias morales y fisiológicas.

Tal procedimiento, seguido en los centros de recogida de mendigos, dió sus frutos, y principalmente en el llamado de la Montaña, en 1903, se declaró una epidemia de tifus exantemático, que obligó a la adopción de medidas extremas; entre ellas la de quemar el referido asilo, que se hallaba emplazado en terrenos de la llamada Montaña del Príncipe Pío, que antes eran un arrenal y hoy están convertidos en un bosquecillo. Por disposición del doctor Cortezo, que desempeñaba por aquella época el cargo de director general de Sanidad, se organizó el nuevo depósito en la calle de Ménciez Alvaro, que atendía él personalmente, auxiliado por varios médicos jóvenes, entre los que se destacó Menéndez Quintana, fallecido prematuramente; yo también colaboraba con el doctor Cortezo, y puede decirse que entonces me inicié en los trabajos de represión de la mendicidad.

La epidemia de dicho año se combatió como buenamente se pudo, pues no debe olvidarse que en aquella época era completamente ignorada la etiología de la enfermedad, y careciendo su profilaxis de tan esencial punto de apoyo, ésta se desenvolvía dentro de un limitado campo de acción.

Sin embargo, recordaremos que el señor Cortezo pensó en la importancia del piojo, y que basándose en propias observaciones se afirmó en su creencia ante la Conferencia Internacional de París, celebrada en el mismo año, atribuyendo a dicho parásito del cuerpo humano la trasmisión del tifus exantemático de hombre a hombre, favorecida en las grandes aglomeraciones de los depósitos de mendigos. Hoy, fallecido recientemente el doctor Cortezo, del que en otro tiempo me separó nuestra distinta manera de pensar sobre cosas sanitarias de carácter municipal, quiero rendir un tributo a su memoria de respeto y profundo afecto que muy a

pesar de nuestras diferencias me unía a él. El doctor Cortezo, hombre de vasta cultura en todo orden de conocimientos, se hallaba en posesión de una sagacidad clínica que le elevó muy merecidamente a la cumbre de la Medicina y es bien merecedor de que todos contribuyamos para que perdure su recuerdo.

La recogida de mendigos fué deslizando durante los años siguientes en forma semejante a la que dió lugar a la epidemia de 1903, en la que nada se aprendió, y el duque de Tovar, también fallecido, en consideración a la carencia de locales que tenía el Ayuntamiento, construyó uno a sus espensas y lo entregó a la Corporación municipal. Se atascó de mendigos, sucediendo que en 1909 nuevamente se declaró la enfermedad, de manera alarmantísima. Los encargados del servicio se asustaron, y sin contar con nadie dieron suelta a los albergados que podían moverse, y los que no se hallaban en esta situación quedaron allí hospitalizados.

Iniciada la epidemia en el Asilo Tovar durante el mes de febrero, difundióse rápidamente por Madrid, y exparcidos en su término municipal y por los colindantes aquellos harapientos y temibles portadores de gérmenes, llevaron la infección a todas partes, fijándose más persistentemente donde para ello había terreno abonado.

Lo vedaderamente triste del caso es que, según las estadísticas municipales, murieron en dicho año 916 personas de tifus exantemático, y calculando por cada defunción un promedio mínimo de 15 enfermos, éstos fueron 13.740, pertenecientes a todas las clases sociales, entre ellos el mismo alcalde de Madrid, conde de Peñalver, que seguramente se contagió en una visita que hicimos, yo con él, a un asilo de mujeres evacuado por haberse declarado en él la epidemia.

Con aquello coincidió un hecho venturoso: de tal puede calificarse la comunicación presentada por Nicolle en la Academia de Ciencias de París, en julio de 1909, en la cual dió cuenta de la transmisión del tifus exantemático a los monos por medio de piojos infectados.

Conforme había mantenido el doctor Cortezo, el piojo era el agente transmisor de la enfermedad, y se comprende que ya desde ese momento, en el que la etiología de la enfermedad había sido descubierta, su profilaxis tuviese la orientación que permitiese combatirla con éxito.

No se perdió el tiempo. La persistencia de los focos epidémicos hizo pensar en la adopción inmediata de medidas más eficaces, inspiradas en los medios empleados en Inglaterra, en Irlanda y en Escocia con motivo análogo. Nos referimos a las casas de recepción que allí existen para las personas que hayan estado expuestas a infectarse por convivencia con algún enfermo, y en las que permanecen hasta pasado el período de incubación.

Las dificultades para lograr un tratamiento eficaz en las casas, se allanaban desde el momento en que sus habitantes pudieran ser trasladados a algún sitio en donde fueran atendidos en el concepto sanitario; es decir, que hacía falta una de aquellas "Reception-house" para poder desinfectar las viviendas conforme los procedimientos adecuados para destruir el piojo y para poder desparasitar y tener en observación a las personas sospechosas por haber convivido o tenido relación con algún enfermo.

Expuesto este pensamiento en una de las reuniones que casi a diario se celebraban en el despacho del ministro de la Gobernación, señor La Cierva; con asistencia del alcalde, señor conde de Peñalver, y de los inspectores de Sanidad, señores Bejarano y Martín Salazar; a las que en alguna ocasión se me dispensó el honor de concurrir, fué aceptado, y se convino en llevarse a la práctica inmediatamente. Se alquiló una finca en el paseo de las Yserías, que acondicioné debi-

damente, y pudo conseguirse que al poco tiempo se celebrase la inauguración del nuevo servicio.

Vencida la epidemia, y ante el temor de que nuevos almacenamientos de mendigos en albergues desprovistos, como los antiguos, de condiciones sanitarias volvieran a convertirse en incubadoras de la enfermedad, se decidió establecer la recogida en el Parque de Desinfección de Yeserías.

Mucho podría escribir sobre este problema de la mendicidad y los mendigos, pues los veinticinco años corridos que he tenido intervención en el servicio me han proporcionado bastante conocimiento del mismo. Pero voy tan sólo a reproducir en parte, y suprimiendo toda la elogiosa de mi actuación, unas interesantísimas crónicas publicadas en "El Liberal" durante el mes de marzo de 1910 por el malogrado Joaquín Dicenta y el ilustre cronista de Madrid Pedro de Répide, en la seguridad de que los lectores de "Ahora" preferirán saborear los primores literarios de tan eximios escritores a mi maciza prosa.

Joaquín Dicenta, en su crónica "Homúnculos", escribió lo que sigue, fiel reflejo de su exquisita afectividad:

"... .."

Lo que dije del Laboratorio digo también del campamento donde nos fué presentada, con los adornos de cobijo, ropa, lecho, mantención e higiene, una fiel representación de la andantesca golfería.

Hubíerame sido difícil reconocerla, sin roña y sin hambre, con las uñas limpias y con la ropa sin desgarrar, si el guiñar bellaco de los ojos, el truhanesco fruncir de las bocas y la nerviosidad de pájaros cautivos, que en todos aquellos sujetos se observaba, no los delatase como legítimos ciudadanos del hampa, en cuyo Gotha rufanesco campean los regios blasones del Lazarillo, de Guzmán y de Pablos.

Fruto granado de pícaro eran unos; simiente, los más; pocos, gente bastarda, a quien la física inutilidad o un rudo empujón de la miseria habían mezclado con los hampones "pura sangre".

El resto no mentía la casta. Cualquiera de ellos puesto en el patio de Monipodio, se hubiera hallado en casa propia, y hubiera sido recibido, no en huésped, en hermano, por los términos habituales. No hallarán unos con otros diferencias. Idénticos serían. Al fin y a la postre, idénticas son las causas por que cuajaron a montones pícaros en nuestro español siglo XVII, y cuajan a montones golfos en nuestro español siglo XX.

Allá se van la raza de hoy y la de entonces en punto a hambre, ineducación y desaseo; allá se van también en punto a despejo y desvergüenza naturales.

¿Qué remedio!... Vamos, remedio sí lo habría; pero, a la cuenta, bien se está sin él, puesto que quien puede no lo pone; necios somos quienes, sin poderlo poner, predicamos para que quien pueda lo ponga.

Llegó la hora de repartir las cajetillas. Hora de suprema ventura para los ochenta infelices, que en lo del tabaco sufren privación, y a las veces van corriendo de mano en mano y de boca en boca un solo pitillo, y no entero, pues colilla prestada al suelo es la que fuman entre ochenta. ¿Tendrá que ver y oír el que en tales ocasiones ocupe el último lugar!...

"... .."

"... .."

—¿Tienes padres?

—Como si no. Mi padre anda preso. Mi madre anda por ahí. Cuando me trajeron aquí hacía ocho meses que no tropezaba con ella.

—¿Dónde vivíais antes?

—Yo, en la calle. Mi madre... A punto fijo, no lo sé.

—¿Cómo te llamas?

—Pepe.

—Sabes leer, escribir.

—Me estorba lo negro...

—¿Qué harás cuando salgas?

—Lo que antes: recoger colillas, abrir las portezuelas de los coches, jugarle las propinas, dormir en las buñolerías cuando tenga perras pa café y en el quicio de los portales o en las covachuelas del puente cuando no las tenga. Buscármelas, don Joaquín. Siempre se encuentra algo. Cuando uno es chico, siempre hay manera de vivir.

—¿Y cuando seas hombre?

—¿Cuándo sea hombre?... ¡Cualquiera sabe lo que pasará entonces!—añade, encogiendo los hombros, apartando el cigarrillo de la boca y escupiendo al cielo una ancha bocanada de humo.

¡Cuándo sea hombre, cuando la semilla dé fruto!...

¡Pobre "homunculus"!... Las hierbezuelas, al empuje del huracán, se doblan, se arrastran; pero el huracán pasa y vuelven a erguirse y a columpiarse frente al sol. Los árboles mal arraigados, al embate del huracán, se rompen, y entre llamas mueren retorciéndose, o en el fango se pudren poco a poco.

Frente a mí, en el campamento establecido sobre el paseo del Canal, se balanceaba graciosamente aquel capullo humano. Preso el padre. Perdida la madre por las callejuelas a ofrenda de lascivia económica, con la escuela cerrada para su educación y el hambre abierto para su estómago, sonreía el chiquillo.

Así debía de crecer, así tendría que hacerse hombre, así le dejarían, le condenarían a hacerse hombre en esta gran ciudad que recorren los automóviles y los coches galoneados, en esta capital donde los palacios brillan como joyeles y los conventos se yerguen como fortalezas.

—Desde hoy—dijo Chicote—sois libres para seguir aquí o para marcharos. En vosotros está escoger.

Algunos se acercaron a mí en solicitud de trabajo; fueron pocos; les pedí sus nombres. Un infeliz obrero, casi ciego por causa de un hundimiento en un pozo negro, reclamó plaza en un asilo. También pedí su nombre.

En los demás sólo vi reflejada el ansia de ser libres. La vida antigua les llamaba.

El chiquillo tuvo un total temblor: sus brazos se movieron como dos alas apercebidas a volar. Era como un gorrión desentumeciéndose en el interior de la jaula entreabierta.

¿Dónde daría con su vuelo?

Quizá contra los barrotes de la cárcel, en que sufre el padre prisión."

Pedro de Répide, por su parte, decía así:

"Ello es que la excursión no podía por menos de resultarnos interesante y curiosa. El infrascrito, por su parte, puede asegurar que encontró aquel lugar y aquella gente mucho mejor de lo que esperaba. Recordé la hediondez de aquella tienda-asilo de la montaña, edificio que hubo necesidad de destruir por el fuego. Vinieron a mis mientes los asilos de Santa Ana, el de la calle de Méndez Alvaro y el de Tovar, que en breve tiempo, reciente casi su construcción, convirtiéndose en un humano pudridero; y el de la calle de Aceiteros, que el alcalde actual, señor Francos Rodríguez, ordenó clausurar en el acto un día que llegó a visitar aquel cobijo infecto.

Este campamento de gentes sin hogar que ayer hubimos de ver, no parece español. En todos los otros recintos similares que conocíamos, las lacerias tradicionales se mostraban aterradoras y atávicas ante nuestros ojos. Eran los mismos rostros, los mismos gestos, las mismas vestiduras con que hacía sus santos el Españolito, y Murillo sus mendigos leprosos. Templos de la bribia y alcázares de la gallofa, tanto daban los albergues de la caridad oficial como el clásico tugurio que ofrecía

"La Píltra del tío Largo", o la gratuita hospitalidad de la Casa del Duende, como se llamó el palacete de la Casa Puerta, cuando de ser encubridor de próceres holgazanas pasó a trocarse en guarida de viancantes sin posada y de errabundos urbanos sin vivienda.

* * *

Yo recuerdo que, visitando hace unos tres años el asilo Tovar, pregunté al conserje si los asilados consentían en bañarse en unas pilas que a tal efecto había. Contestóme francamente que no, y que la mayor parte ni aun á la fuerza consentían en lavarse la cara. Aquí no acontece de ese modo. Aquí todos se bañan cuidadosamente, y a su ingreso se les rapa la cabeza, con notable beneficio de su limpieza capital. Muncificados en su cuerpo y en su indumento, sienten ya algo como una saludable renovación de su sér.

... ..

Los restantes, a quienes ayer, en aquella misma ocasión, se les comunicó que se hallaban en libertad de permanecer en el campamento o de abandonarle si querían, solicitaban trabajo.

Y he aquí el verdadero fondo del problema. Las gentes sin pan y sin hogar encuentran en aquel lugar un temporal refugio, un fugaz sustento y un efímero reposo. Allí se procura, y se consigue cumplidamente, la higiene de su cuerpo. Pero hace falta también otra. La higiene de su alma, libre de las preocupaciones y las tentaciones de la ociosidad y atenta al buen empleo de la actividad de la materia.

Si se han conseguido mejorar tan notablemente esos refugios de los menesterosos, y hasta disminuir la proporción de los que se recogen a ese abrigo, complétese la obra con otra parte de higienización moral. La base de ésta en el individuo no depende más que de hallar o no resuelto el fundamental problema de la mantención. Hágalo quien pueda. Mejor que de guardar indigentes bien cuidados, debe alabarse un pueblo de poseer la mayor suma de ciudadanos laboriosos."

El servicio atrajo la atención y recibió visitas muy agradecidas: a una de ellas se refiere la fotografía que publicamos, en la que aparecen rodeadas del personal femenino de la colonia, entre otras personalidades Pablo Iglesias, el alcalde, vizconde de Eza, y el conde de Peñalver, en cuyo período de alcaldía se organizó el servicio de Campamento y asistió a la visita como presidente de la Asociación Matritense de Caridad.

Pasaron los años, y siendo alcalde don Joaquín Ruiz Jiménez acordó su Ayuntamiento la supresión de este servicio. Se cumplió el acuerdo, como no podía ser menos; pero pocos meses más tarde el ministro de la Gobernación, que lo era don Santiago Alba, no estimó procedente ni oportuna esta decisión, dando orden en contrario, y como no se disponía de presupuesto municipal, abonó él los gastos que ocasionaba la reinstalación del campamento, actitud gallarda que pareció muy bien al vecindario.

No fué ajeno a esta decisión el doctor don Eloy Bejarano, a cuyo recuerdo tengo siempre verdadera devoción. Este señor, arrebatado a la vida por traidora enfermedad, a la Sanidad española y al cariño de su familia y de sus amigos, que eran legión, fué inspector general de Sanidad interior cuando este cargo tenía la categoría de Dirección. Hombre de un talento tan grande como su infinita bondad, entusiasta por la Sanidad en la que se produjo siempre de una manera acertada y siempre discretamente, vivió sus días rehuendo todo motivo de exaltación personal con una modestia verdaderamente ejemplar y nada frecuente.

Se reinstaló, pues, el campamento gracias al dinero que facilitó el señor Alba, mejorándose en cuanto se pudo, y se reanudó el servicio. En una de las fotografías que ilustran este artículo aparece el ministro, hallándose en lo alto de la escalinata el doctor Bejarano, y el que esto escribe hablando con el señor Alba.

En 1927, el alcalde, señor Semprún, mal aconsejado, decretó un nuevo cerrojazo en el parque, so pretexto de que carecía de condiciones higiénicas, porque en la visita que hizo observó que en una huerta próxima había, de trecho en trecho, unos pequeños montones de mantillo para su abono. Conviene decir que dicho parque tenía aproximadamente un medio kilómetro de extensión superficial, en cuadro, con varios pequeños pabellones de servicios y otros dos amplísimos, cuyos muros medían un espesor de sesenta centímetros y ocupaban una zona que, si mal no recuerdo, era de 24.000 pies; uno de ellos con dos pisos.

De nada sirvieron mis observaciones, y como la recogida de mendigos había necesidad de continuarla, recibí orden para disponer un nuevo parque provisional que pudiera funcionar durante los meses de calor, en terrenos llamados de la Arganzuela. Cumplí el encargo lo más rápidamente posible y lo mejor que pude, y mientras preparé otro nuevo parque provisional para invierno en el barrio de la Guindalera, que actualmente continúa funcionando, y continuará hasta que se llegue a establecer el servicio en un local construido ex profeso.

Por mi parte, atento siempre a las conveniencias del servicio, me puse de acuerdo con el arquitecto municipal señor Ulled y, convenientemente autorizados, formulamos un proyecto de parque sanitario para la recogida de mendigos, su clasificación y destino de los mismos, con importe aproximado de tres millones de pesetas, que fué aprobado; y subastada su construcción en terrenos de la calle del General Riego, se terminaron las obras, hallándose en disposición de ser ocupado, lo que no creo llegue a suceder, puesto que no hace mucho se publicó la noticia de haberse resuelto dedicarle a Hospital Municipal.

La labor improba que supone tantos años al servicio de la recogida de mendigos, en lucha siempre con las contrariedades que a diario proporcionaba el mismo, llegó a pesarme e hice renuncia de cometido tan poco grato, aconsejando al Ayuntamiento se reorganizase, constituyendo un sector especial con su dirección propia, como así sucedió después. En todo este tiempo no he disfrutado de gratificación ni beneficio alguno.

Para terminar, que ya es tiempo, diré que no siempre la recogida de mendigos fué función municipal, habiendo ocurrido que algunos gobernadores la reclamasen, como sucedió en tiempos de don Fernando Merino, a cuya disposición me puse, aportando todos los elementos que poseía el servicio por orden del alcalde, señor Ruiz Jiménez.

En estos días el problema adquiere alguna actualidad, puesto que, según *Ahora*, el señor director general de Seguridad tiene el propósito de intervenir en la recogida de mendigos, por ser proyecto suyo desde hace mucho tiempo, trazar un plan determinado para acabar de una vez con la plaga de la mendicidad, que ya es asunto endémico en Madrid. Mi enhorabuena, sin regateos, por tal decisión. Talento, energía, constancia para el trabajo son condiciones que satisface cumplidamente el director general de Seguridad, al que los madrileños debemos desear un completo éxito.

DR. CÉSAR CHICOTE

Director jubilado del Laboratorio Municipal de Madrid.
Académico de la Nacional de Medicina.

Este notable trabajo del Dr. Chicote apareció en el diario *AHORA* el día 9 de septiembre de 1933.—L. R.

YUOQ EL

Colaboración independiente

Sobre los Colegios Médicos

Al distinguido compañero D. Sisinio Crespo

La lectura de sus artículos sobre el tema interrogante "¿Para qué sirven los Colegios Médicos?", me ha producido tan halagueña impresión, que me fuerza a desenterrar el siguiente trabajo, el que tenía olvidado desde la fecha de su publicación en el Boletín del Colegio de esta provincia, trabajo que desearía ver inserto en las columnas de EL SIGLO MÉDICO, por cuanto traduce mi natural descontento hacia la colegiación obligatoria, punto éste que usted deja enfocado y delicadamente encauzado a tenor de las ayes y desavenencias de la conciencia y conducta profesional.

Con el beneplácito del Director de esta Revista, a quien anticipo mi reconocimiento por la merced, tiene el honor de saludar a usted, ofreciéndole cuanto vale y puede, su afmo. compañero (no pariente), q. e. s. m., Felipe Crespo.

Córdoba y septiembre 9-1933.

AL COLEGIO MEDICO DE CORDOBA Y A MIS COMPAÑEROS COLEGIADOS

NOTA CLÍNICA

Sañador por naturaleza, vivo, actúo y me desplazo, casi automáticamente, muy al margen de cuanto toca a mis relaciones social y profesional. A predominio afectivo, incliné siempre mi particular estímulo, en el campo material y espiritual de la existencia, a lo menos artificioso, prefiriendo lo sencillo a lo complicado y la tosca naturalidad al templado disimulo. En mi yo superior y al cabo de mis años, que no son pocos, no he podido observar la más leve mutación durante los tránsitos y edades por mí ya recorridos. Las contadas amistades que cultivo son preferentemente rancias y sinceras, sin temor al adagio chino: "vida sin amigos muerte sin testigos". Mi vocación a la Medicina no fué sentida ni asentada; fui médico cumpliendo sobre manera con el precepto de "obediencia a tus mayores". Algo de aptitud con un poco de amor propio y otro tanto de resignación, formaron el mortero que dió expresión y norma a la práctica de esta espinosa e irrefutable ciencia conjetural.

El caudal de mi afectividad, aunque restringido, no deja de ser selecto; de aquí mi perplejidad para su justo y económico aforo. Al decir selecto quise significar su cualidad específica, por cuanto el contenido sensorial posee una finura de vibración que lo proximal en la perspectiva del medio o ambiente le agita y alarma y sólo abrogándose en la ilusión de su virtual lejanía en la subconciencia, goza tranquilo y plácidamente de eufórica tensión endocrinal. ¡Lástima que por atributos o taras de mis progenitores no disfrutara yo de un bien dosificado y proporcional reparto hormonal, equilibrado, plasmador y facultativo de afectividad, actividad y ambición!

Cuando no huído, voy forzado, si una especial simpatía no brota, ilumina, guía y anima el acto espontáneo volitivo-social. ¿Egoísmo? "El egoísmo es la base del edificio social, y la hipocresía, la llave del edificio." (Le Dantec.) ¿Ineducación? Desde juvenil edad, y sin tutores ni maestros, ya musitaba yo el sentido sentencioso del pensamiento filosófico: "La buena educación es un sistema de muelles y resortes intercalados entre los individuos para evitar o, cuando menos, retardar el mordisco." Más conforme estaría con el dicho original de Goethe: "Los que en la convivencia social no par-

ticipan de la comunidad de ideas dominantes, costumbres, relaciones, etc., etc., es que tienen algo torcido en su cerebro." O con la expresión americana: "ser diferente es indecente". Democracia en todo y para todos, hasta en lo privativo.

Pensemos, pues, con igualdad de ideas, gustemos lo mismo de lo mismo, comulguemos y amemos con idéntica unión, constancia y còsis. Ríamos y lloremos democráticamente. Todos mansos o todos valientes a compás del pito del primer ocurrente intelectual o labriego. Progresiva, ascendente y máxima felicidad en la evolución humana.

Salvada esta digresión, vuelvo a mi tema. Mi amor al aislamiento es tan consecuente, después de mi trabajo cotidiano, que diría, como Zimmermann: "Nunca estoy menos solo que cuando estoy solo."

Siempre he creído que mi destino en la vida es el de luchar poco para padecer desproporcionablemente hasta reintegrarme a la tierra, como la tierra, por pérdida continua de energía intra-atómica o desmaterialización de la materia, se reintegrará a la nada. "Nada se crea. Todo se pierde." (G. Le Bon.) Tan singular divagación parecerá un engendro de mi fantasía patinadora y patizamba; yo tengo el defecto, como cualquier teórico, de creer en ella, y dudar, en consecuencia, de la eternidad de nuestro planeta.

Los compañeros que hasta aquí leyeren opinarán que más he tratado de anularme que de acreditarme dentro del ejercicio profesional, y, verdaderamente, no van desaminados, pudiendo deducirse que en los veintitrés años que llevo de práctica en Córdoba, con el programa expuesto, algunos colegas deberán agradecerme aquella mi voluntaria limitación, quedando silenciado el resto y concluida mi morbo-filiación caracterológica ante el respetable Colegio y no menor respetabilidad de los colegiados amigos y compañeros.

NOTA QUIRÚRGICA

"Operar, se ha dicho, no es una victoria, sino un defecto terapéutico." No contando con otro recurso, operaré, pues, seguidamente.

Mi propósito es el de, con la asepsia ética más extremada, impugnar nuestros Estatutos y Reglamento en el artículo número 32, párrafo octavo, y artículo 5.º, párrafo segundo, respectivos, a cuyo efecto dejo enfocado mi historial psíquico como mínima parte de la masa que manda, por sentirme arrastrado e incluso en la homogeneidad que no vislumbro en dicha masa, salvo sea para demostrar y patentizar la debilidad o ligereza de cuantos, sin recelo, acataron o aprobaron el artículo de referencia, sobre todo en una carrera o profesión libre por antonomasia como lo es la médica, hoy disciplinada casi militarmente, con leyes estatutarias, reglamentos, códigos, sanciones y cadenas... Lo mismo declararía de la fiscalización bufonesca que representa el libro-registro de utilidades y el recetario para tóxicos, ambos torpes abortos de una dictadura.

Como yo, médico libre, ejercen muchos compañeros, aunque discrepen, naturalmente, de mi sentir y pensar; sin embargo, de entre ellos no pocos tendrán sus fundados motivos para vivir y ejercer particular o independientemente. No vamos a exigirles una confesión tan explícita como la definida por el que suscribe; pero, en amor a la verdad, habréis de convenir en que muchas veces el compañero que se titula particular no lo es por desamparo de otros cargos, como el célibe y el dipsómano alcohólico no lo son ni lo fueron indefectiblemente por falta de hembra o por ausencia de agua, sino por sobra del *nosce te ipsum*. Seres ricos de conocimiento y pobres de destreza. Nada expeditos. Hasta en las aves, emigrantes por añadidura, suele contarse alguna que sedentaria, abandona la banda y sin temor sus soledades canta.

Suplico a mis compañeros disculpen esta mi tenacidad, no contumacia, y asimismo les encarezco que, con la mayor justeza, interpreten y defiendan mi psico-análisis si, desde este momento, resuelvo eludir sin menoscabo el cumplimiento de los artículos citados. Buscaré, si me niegan su concurso, a quien pueda ayudarme contra el fallo del espíritu que dictó el tal articulado, espíritu rígido por carencia de la materia psiquiátrica; espíritu muy poroso y muy ducho en la fisiología del *caparazón* humano, no obstante haber florecido en el siglo xx. Yo, que pertenezco al último tercio del xix, quisiera alcanzar en el día los sesenta y cinco años, frontera límite para merecer la jubilación estatutaria y al par la consecución de mi deseo, máxime, advertido ya por la ineluctable influencia que sobre mí va ejerciendo la ley del mínimo esfuerzo.

Al medirnos indistintamente por el mismo rasero aquel *espíritu de la letra*, debió advertir que, aunque débil, precaminoso y mortal, yo (y no seré el único) no le solicitado de ninguna facultad superior que, como novel patriota, se me organice de nuevo y se me oriente, dirija y apremie. En última instancia, preferible hubiera sido que cada colegio, con libertad de elección, hubiese nombrado sus miembros y estatuido su reglamento a tenor de sus usos, costumbres y naturales aspiraciones, sin usar fuerza de ley contra la voluntad discrepante. Aceptar otra solución es declarar sin rebozo nuestra orfandad, debilidad y desconfianza mutuas.

¿Tribunales profesionales? Ruego a mis compañeros que no den otro sentido que el mero, libertario y amistoso al siguiente símil.

Por su acción y efectos nunciativos, podrían compararse estos tribunales con aquellas vacunas polivalentes que se dicen profilácticas a la vez que curativas, constituidas por una mezcla de gérmenes procedentes de viejos y de nuevos cultivos, aunque de la misma raza, gérmenes en este caso vivos, íntegros, seleccionados y atóxicos por no sé qué artificios de laboratorio, acerca de los cuales, y dicho sea de paso, no estoy impuesto. Por falta de ensayos, nadie puede anticipar si la inmunidad que con dicha vacuna se trata de conferir pueda ser sólo temporal o no pueda ser temporal ni *eterna*, puesto que su indicación dominante, casi específica, según se aventura, va dirigida contra aquellos procesos en donde se manifiesta clarivamente una desviación, descarrío o pérdida de la moral profesional y médico-social; desafuero y desafecto que imagino excepcional en nuestra carrera. Entonces, me dirán ustedes, si votos, ¿para qué rejas?

¡O caballeros o mercaderes! Nuestros estatutos, reglamentos y códigos deontológicos deben fomentarse y forjarse en la Universidad, para controlarse y resurgir después sublimados, y nunca escriturados en los secretos archivos de nuestras conciencias.

ADICIÓN

Este artículo no cumple otra misión que la de confesarme y justificarme ante mis compañeros todos. Ni remotamente abriga mi ánimo el solicitar ni promover controversia en causa tan justa y dilucidada cual es la de mi estado pático o hígido, y si canté mi propia derrota no lo creo razón bastante para que nadie me censurase si se advierte que mi canto y mi pluma no tienen ningún carácter de fúlicos o gallináceos. Únicamente el Colegio, acogedor, sería el llamado a examinar y cursar mi instancia por juzgarlo de su exclusivo dominio y competencia, sin necesidad de apelación a superior jerarquía.

El colegiado

FELIPE CRESPO GÁLVEZ

Enero 1931.

SECCION OFICIAL

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS

DIRECCION GENERAL DE MARRUECOS Y COLONIAS

Oposiciones para proveer dos plazas de médico de la Administración municipal de Xauen y Larache, respectivamente, dotadas cada una con el haber anual de 3.000 pesetas españolas, como sueldo, y otras 3.000 en concepto de gratificación, y 20 plazas de médico de consultorios del campo de la Zona de Protectorado de España en Marruecos, dotadas cada una con el haber anual de 3.000 pesetas españolas, como sueldo, y 6.500 en concepto de gratificación.

Debiendo cubrirse dos plazas de médico de la Administración municipal de Xauen y Larache, respectivamente, dotadas cada una con el haber anual de 3.000 pesetas españolas, como sueldo, y otras 3.000 en concepto de gratificación, y 20 plazas de médico de consultorios de campo de la Zona de Protectorado de España en Marruecos, dotadas, cada una, con 3.000 pesetas, como sueldo, y 6.500 en concepto de gratificación, se anuncia su provisión mediante oposición libre con las limitaciones que se señalan, en las siguientes bases:

1.^a Serán condiciones indispensables para tomar parte en la oposición:

a) Ser español o marroquí originario de la Zona española.

b) Ser mayor de edad y menor de cuarenta años al finalizar el plazo de admisión de instancias.

c) Hallarse en posesión del título de doctor o licenciado en Medicina, expedido por cualquiera de las Universidades de España.

d) Gozar de la aptitud física necesaria para el desempeño del cargo.

e) Carecer de antecedentes penales.

2.^a Las instancias dirigidas al excelentísimo señor director general de Marruecos y Colonias, las presentarán en la referida Dirección general (Presidencia del Consejo de Ministros) hasta el 15 de noviembre próximo, acompañadas de la documentación a que se refieren los apartados de la base 1.^a, a excepción de la correspondiente al apartado d), que se justificará mediante reconocimiento que practicarán los médicos que designe el presidente del Tribunal de oposición a los opositores que resulten aprobados.

3.^a Los ejercicios de oposición tendrán lugar en Madrid, ante un tribunal presidido por el catedrático de Patología y Clínica médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, don Fernando Enríquez de Salamanca.

Actuarán en dicho Tribunal, como vocales: Don Francisco Rozabal Farnés, médico de Sala del Hospital Provincial de Madrid; don Jacinto Segovia Caballero, jefe de Equipo quirúrgico del Ayuntamiento de Madrid; don Eduardo Sánchez Vega y Malo, jefe de clínica de Cirugía del Hospital Militar de Madrid y como Secretario del Tribunal, con voz y voto, don Eduardo Delgado y Delgado, asesor médico de la Dirección general de Marruecos y Colonias.

4.^a Los referidos ejercicios, que se ajustarán al programa que se inserta a continuación, serán cuatro. Consistirá el primero en la redacción, durante cuatro horas, como máximo, de dos temas sacados a la suerte de entre los que constituyen el cuestionario especial para este ejercicio, que serán común para todos los opositores. El segundo ejercicio consistirá en la contestación oral de tres temas sacados a la suerte, por cada opositor, de entre los que figuren para este cuestionario; no pudiendo invertir el actuante más de quince minutos en la explanación de cada tema. El tercer ejercicio (clínico) se efectuará según disponga el Tribunal. El cuarto ejercicio (práctico), sobre cadáveres, se

efectuará con arreglo al cuestionario señalado para el mismo, durante un plazo de cuarenta minutos como máximo, incluido el tiempo que invierta el opositor en la descripción de la región anatómica correspondiente, descripción que será obligatoria.

5.^a Estos ejercicios serán eliminatorios, y para poder los opositores pasar de un ejercicio a otro, deberán obtener, como minimum, una calificación de 25 puntos.

6.^a El opositor que no concurra a la práctica de estos ejercicios quedará eliminado, siempre que no lo justifique debidamente durante la celebración del ejercicio en que le corresponda actuar y que la causa no sea durable, acerca de cuyo extremo el Tribunal resolverá en cada caso.

7.^a Todos estos actos serán públicos.

8.^a La calificación total se hará por el Tribunal en sesión secreta, sumándose los puntos que hayan obtenido los opositores en cada uno de los ejercicios, teniéndose en cuenta que cada miembro del Tribunal podrá acomodar su calificación de cero a diez puntos.

9.^a Los ejercicios de oposición comenzarán el primer día laborable, tres meses después de la fecha de la inserción de este anuncio de oposición en la *Gaceta de Madrid*. Cinco días antes de la fecha del comienzo de estos ejercicios se anunciará, mediante oportuno aviso, colocado en la portería de esta Dirección general, el lugar y horas en que hayan de efectuarse.

10. Los opositores aprobados podrán solicitar, por orden riguroso de máxima a mínima puntuación obtenida, las vacantes de médico de la Administración municipal, teniéndose en cuenta que estas plazas, aunque con una retribución menor que las de consultorios de campo, ofrecen la ventaja de tener residencia en ciudad. De no existir voluntarios, serán cubiertas por los últimos que figuren en la relación de opositores aprobados. Las plazas de consultorios se cubrirán con los demás opositores aprobados, según propuesta que formule el señor alto comisario.

11. Esta Dirección general se reserva el derecho de ampliar cuantas plazas de idéntica categoría a las anunciadas fueran precisas, dentro de una prudencial previsión y siempre que el Tribunal emita informe favorable, como resultado de los ejercicios realizados por los opositores. Los opositores que como resultado de esta facultativa ampliación fuesen propuestos por el Tribunal para ocupar plazas de esta índole que pudieran vacar en la Zona, quedarán en expectación de destino durante el plazo máximo de dos años.

12. Los opositores nombrados para desempeñar plazas vacantes objeto de esta oposición, deberán posesionarse del destino que se les asigne en el plazo de un mes, a partir de la fecha de su nombramiento, percibiendo su sueldo y gratificación correspondiente desde la toma de posesión del cargo.

13. Los opositores deberán abonar 75 pesetas en concepto de derechos de examen en la Habilitación de esta Dirección general.

Madrid, 29 de agosto de 1933.—El director general interino, *Fernando Duque*.

PROGRAMA

PRIMER EJERCICIO, ESCRITO

- Tema 1.^o Anestesia quirúrgica en general.
- Tema 2.^o Manifestaciones sifilíticas terciarias.
- Tema 3.^o Anaerobiosis: Patogenia y tratamiento.
- Tema 4.^o Inmunidad natural y adquirida.
- Tema 5.^o Fundamentos de la profilaxis general de las enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Tema 6.^o Principios fundamentales de bromatología.
- Tema 7.^o Estudio patológico y clínico de los comas.
- Tema 8.^o Neoplasmas: Su estudio patológico y clasificación.
- Tema 9.^o Trastornos de la calcificación.
- Tema 10. Hemorragias, trombosis y embolias: Concepto patológico y estudio clínico.

SEGUNDO EJERCICIO, ORAL

Primer grupo

Tema 1.^o Atmósfera.—Composición.—Microorganismos del aire.—Infección por el aire.—Temperatura.—Medios de defensa del organismo contra las variaciones térmicas.

Tema 2.^o Luz.—Efectos fisiológicos, patológicos y terapéuticos de la luz.—Acción de la luz solar sobre los microorganismos.

Tema 3.^o Climas.—Clasificación y caracteres.—Acción fisiológica y patogénica de los mismos. Climas de altura.—Sus efectos fisiológicos, patogénicos y terapéuticos.

Tema 4.^o Origen y distribución de las aguas.—Procedimientos usuales de captación y conducción de las mismas.—Influencia sanitaria del abastecimiento de aguas en las colectividades.—Caracteres de un agua potable.—Alteración y contaminación del agua de bebida.—Depuración de las aguas.

Tema 5.^o Alcantarillado.—Condiciones generales que debe reunir.—Tratamiento higiénico de las aguas de alcantarilla.—Evacuación directa en las corrientes de agua.—Evacuación después de depuración.—Depuración por medios físicos, químicos y biológicos.

Tema 6.^o Higiene de la primera infancia.—Mortalidad infantil.—Sus causas y lucha contra esta mortalidad.

Tema 7.^o Higiene escolar.—Enfermedades del período escolar.—Profilaxis de las enfermedades del grupo escolar.—Condiciones higiénicas que deben reunir los edificios destinados a escuelas.—Inspección sanitaria de las escuelas.

Tema 8.^o Desinfección.—Generalidades.—Desinfección en los casos de enfermedades contagiosas.—Desinfección durante el curso de la enfermedad.—Desinfección final.—Medidas comunes a adoptar referentes al enfermo, a la habitación y al personal sanitario.

Tema 9.^o Paludismo.—Agente patógeno.—Factores de diseminación.—Modo de transmisión, mecanismo del contagio.—Profilaxis.—Campaña antipalúdica.—Modo racional de establecerla.

Tema 10. Sífilis.—Agente patógeno.—Factores de diseminación.—Modos de transmisión.—Mecanismo del contagio.—Profilaxis.—Campaña antiluética.—Modo racional de establecerla.—Importancia de la profilaxis individual.

Tema 11. Fiebre tifoidea.—Agente patógeno.—Factores de diseminación.—Modos de transmisión.—Mecanismo del contagio.—Profilaxis.—Modo racional de establecerla.

Tema 12. Tifus exantemático.—Etiología.—Factores de diseminación.—Modo de transmisión.—Mecanismo del contagio.—Profilaxis.—Modo racional de establecerla.

Tema 13. Viruela.—Etiología.—Factores de diseminación.—Modos de transmisión.—Mecanismo del contagio.—Profilaxis.—Modo racional de establecerla.

Tema 14. Tifus recurrente.—Agente patógeno.—Factores de diseminación.—Modos de transmisión.—Profilaxis.—Modo racional de establecerla.

Tema 15. Helmitiasis intestinal.—Agentes patógenos.—Factores de diseminación.—Modos de transmisión.—Mecanismo del contagio.—Profilaxis.—Modo racional de establecerla.

Tema 16. La emetina y sus aplicaciones.

Tema 17. Empleo de los antihelmínticos.

Tema 18. Empleo de los compuestos arsenicales.

Tema 19. Empleo de los preparados antimonial.

Tema 20. Medicamentos antileproso.

Tema 21. Digital y sus glucósidos.

Tema 22. Empleo de la insulina.

Tema 23. Medicaciones antianémicas.

Tema 24. Vacunación antituberculosa.—Estado actual del problema.

Tema 25. Laxantes.

Tema 26. Antidiarreicos.

Tema 27. Colagogos.

Tema 28. El opio y sus alcaloides.

- Tema 29. La belladona y sus alcaloides.
Tema 30. Hinópticos.

Segundo grupo

- Tema 1.º Pnemonía aguda lobar.—Cuadro clínico.
Tema 2.º Diagnóstico directo y diferencial de un derrame pleural.
Tema 3.º Diagnóstico clínico de las cavernas pulmonares.
Tema 4.º Patogenia de la tuberculosis pulmonar.
Tema 5.º Angina de pecho.—Patogenia.
Tema 6.º Insuficiencia cardíaca aguda.
Tema 7.º Pericarditis.—Cuadro clínico.
Tema 8.º Reumatismo cardíaco evolutivo.
Tema 9.º Endocarditis aguda.—Clasificación.—Patogenia. Cuadro clínico.
Tema 10. Hipertensión arterial.—Patogenia.
Tema 11. Arritmias de conducción.
Tema 12. Glomerulonefritis difusas.—Patogenia y estudio clínico.
Tema 13. Hemoptisis.—Patogenia y estudio clínico.
Tema 14. Quistes hidatídicos pulmonares.—Patogenia y estudio clínico.
Tema 15. Diagnóstico diferencial de la disentería bacilar.
Tema 16. Diagnóstico de las verminosis intestinales.
Tema 17. Diagnóstico diferencial del tifus exantemático.
Tema 18. Diagnóstico diferencial del tifus recurrente.
Tema 19. Diagnóstico de la espiroquetosis bronquial.
Tema 20. Diagnóstico del Kala-azar.
Tema 21. Diagnóstico diferencial de la sprue.
Tema 22. Diagnóstico de la lepra.
Tema 23. Diagnóstico directo y diferencial del sarampión.
Tema 24. Diagnóstico y profilaxis de la difteria.
Tema 25. Myasis.
Tema 26. Granuloma venéreo.
Tema 27. Tratamiento dietético de la diabetes.
Tema 28. Diagnóstico de las afasias.
Tema 29. Diagnóstico diferencial de las esplenomegalias.
Tema 30. Lupus vulgar.—Etiología.—Localización.—Síntomas.—Diagnóstico diferencial y tratamiento.

Tercer grupo

- Tema 1.º Diagnóstico de las elefantiasis.
Tema 2.º Infecciones sépticas locales.—Principios de su tratamiento.
Tema 3.º Tétanos.—Gangrena gaseosa.—Etiología y tratamiento.
Tema 4.º Gangrenas.—Sus formas clínicas.
Tema 5.º Heridas de los nervios.—Proceso de reparación. Tratamiento.
Tema 6.º Mecanismo y sintomatología de las fracturas craneales.
Tema 7.º Osteomielitis.—Etiología y tratamiento.
Tema 8.º Tratamiento de las fracturas cerradas de los miembros.
Tema 9.º Mal de Pott.—Sintomatología y tratamiento.
Tema 10.º Diagnóstico diferencial de las artritis.
Tema 11.º Heridas del tórax.—Síntomas y tratamiento.
Tema 12.º Apendicitis aguda.—Diagnóstico y tratamiento.
Tema 13.º Pústula maligna y actinomicosis.
Tema 14.º Hernias; accidentes de las mismas.—Diagnóstico diferencial de la estrangulación.
Tema 15.º Complicaciones y tratamiento de las quemaduras.
Tema 16.º Aneurisma políteo.—Sintomatología y tratamiento.
Tema 17.º Diagnóstico diferencial y tratamiento de las cistitis.
Tema 18.º Traumatismos de la uretra.—De las uretritis.
Tema 19.º Enfermedades de los párpados.—Tracoma.
Tema 20.º Glaucoma.

- Tema 21.º Blenorragia en la mujer. •
Tema 22.º Cáncer del útero.
Tema 23.º Diagnóstico diferencial del embarazo con algunos procesos patológicos.
Tema 24.º Eclampsia.
Tema 25.º Clasificación de las distocias.—Placenta previa.
Tema 26.º Patología del puerperio.
Tema 27.º Tiñas.
Tema 28.º Shock traumático.—Patogenia y tratamiento.
Tema 29.º Eccemas.—Etiología.—Síntomas.—Diagnóstico diferencial.—Complicaciones.—Tratamiento.
Tema 30.º Piodermitis.—Forunculosis.—Anthrax.—Etiología.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial.—Tratamiento.

TERCER EJERCICIO, CLÍNICO

(Según disponga el Tribunal.)

CUARTO EJERCICIO, PRÁCTICO, SOBRE CADÁVERES

- Tema 1.º Región tempoparietal.—Trepanación craneal descompresiva.
Tema 2.º Región lateral del cuello.—Ligadura de la arteria carótida externa.
Tema 3.º Región suprahiodea.—Ligadura de la arteria lingual.
Tema 4.º Región infrahiodea.—Traqueotomía.
Tema 5.º Aponeurosis anterior del cuello.—Esofagotomía.
Tema 6.º Región torácica lateral.—Pleurotomía.
Tema 7.º Descripción de los mesos y epiplones.—Enteroanastomosis.
Tema 8.º Región inguinal.—Quelotomía.
Tema 9.º Región infraumbilical.—Talla hipogástrica.
Tema 10.º Región cecal.—Apendicectomía.
Tema 11.º Región lumbar.—Nefrectomía.
Tema 12.º Plexo braquial.—Aislamiento del nervio radial en el brazo.
Tema 13.º Región del hombro.—Desarticulación escápulo-humeral.
Tema 14.º Región antebraquial.—Ligadura de la arteria radial.
Tema 15.º Región crural.—Ligadura de la arteria femoral en el triángulo de Scarpa.
Tema 16.º Articulación de la rodilla.—Amputación de Gritti.
Tema 17.º Región tibial anterior.—Ligadura de la arteria tibial anterior.
Tema 18.º Región poplítea.—Ligadura de arteria poplítea.
Tema 19.º Articulación tibioperonea-astragalina —Operación de Pirogoff.
Tema 20.º Región tarsiana.—Desarticulación de Lisfranc.
Madrid, 29 de agosto de 1933.—El director general interino, *Fernando Duque*.

DECRETOS

Con arreglo a lo prevenido en el artículo 25 del Decreto de 21 de noviembre de 1932;
Visto lo acordado por la Comisión mixta del Estatuto de Cataluña, y de acuerdo con el Consejo de Ministros,
Vengo en decretar lo siguiente:
Artículo único. Se implanta el acuerdo transfiriendo a la Generalidad de Cataluña los derechos sanitarios por servicios de Sanidad interior, consignado en la certificación de la Comisión mixta que se transcribe como anejo a este Decreto.
Dado en Madrid a siete de septiembre de mil novecientos treinta y tres.—*Niceto Alcalá Zamora y Torres*.—El presidente del Consejo de Ministros, *Manuel Azaña*.

ANEJO A QUE SE REFIERE EL PRESENTE DECRETO

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

Certifico: Que en sesión de 11 de los corrientes la referida Comisión aprobó lo siguiente:

"La Ley de 3 de enero de 1907 regula la aplicación de los emolumentos que los inspectores de Sanidad deben percibir por derechos sanitarios por servicios de Sanidad interior.

El importe de la totalidad de las cantidades que se cobran por derechos sanitarios se invierte en las provincias en donde ha tenido lugar el devengo del derecho sanitario, sin que el Estado tenga ninguna participación en los expresados derechos sanitarios.

La Comisión mixta acuerda:

1.º Se traspasan a la Generalidad de Cataluña la cobranza, distribución y administración de las cantidades que por derechos sanitarios se exigen por los inspectores de Sanidad para servicios de Sanidad interior, a contar desde la fecha del traspaso efectivo de dichos servicios.

2.º Las cantidades que se recauden por los expresados derechos se aplicarán en la proporción que determina la Ley de 3 de enero de 1907, el 75 por 100 de los honorarios a los inspectores de Sanidad y el 25 por 100 restante a material o instalación de Laboratorios e Institutos de la Región.

3.º En tanto no se varíe la forma de recaudación establecida en la Ley de 3 de enero de 1907, percibirá la Generalidad las devoluciones que debían hacerse a las Inspecciones provinciales de Sanidad y recibirá por conducto del Ministerio de la Gobernación el 25 por 100 destinado al material e instalación de Laboratorios e Institutos sanitarios en el territorio de Cataluña."

Y para que conste expido el presente en Madrid a 19 de agosto de 1933.—R. Closas.—V.º B.º, el presidente, Carlos Esplá. (Gaceta del 8 de septiembre.)

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

DECRETO

En el Convenio Internacional para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes firmado en Ginebra el 13 de junio de 1931 y aprobado por España por ley de 28 de marzo de 1933, se incluyen en el grupo II la metilmorfina (codeína) y la etilmorfina y sus sales, obligándose las altas partes contratantes a una inspección especialmente prescrita en su artículo 13 sobre la fabricación, importación, exportación y comercio de los estupefacientes en general, así como a la formación de evaluaciones y estadísticas con otras prácticas relativas a establecer el control oficial sobre el uso de las referidas substancias.

Estas inspecciones y vigilancias se hacen necesarias con respecto a la codeína y a la etilmorfina y sus sales teniendo en cuenta que, aunque dichas substancias no son por su naturaleza estupefacientes, son fácilmente transformables en otras engendradoras de habituación perniciosa, y no pudiéndose llevar a cabo de un modo adecuado el cumplimiento de dichos requisitos con el régimen establecido actualmente para el comercio de los referidos productos y atendiendo a la necesidad de establecer un control especial de su empleo en Medicina, se ha propuesto por el Consejo Técnico Nacional de la Restricción de Estupefacientes, sean dictadas disposiciones de carácter general que permitan asegurar el

cumplimiento de las necesidades anteriormente señaladas con respecto a los productos referidos y de todos aquellos que por similitud puedan hallarse en lo sucesivo comprendidos dentro de los preceptos de restricción aplicables a los mismos a tenor de lo establecido en el capítulo IV del referido Convenio.

De acuerdo con esta sugerencia, a propuesta del ministro de la Gobernación y de conformidad con mi Consejo de Ministros,

Vengo en decretar:

Artículo 1.º La metilmorfina (codeína) y sus sales, así como la etilmorfina y sus sales, entre ellas la dionina, quedan sometidos a afectos de control, importación y circulación en el territorio nacional a los preceptos legales vigentes para los productos estupefacientes, de acuerdo con los prescritos en el Convenio de Ginebra de 23 de febrero de 1925.

Art. 2.º No obstante, se excluye para su prescripción el uso de la receta oficial establecida para los productos estupefacientes a tenor del referido Convenio.

Art. 3.º En virtud de lo prescrito en el artículo 1.º, los almacenistas autorizados, laboratorios y farmacias remitirán relaciones juradas de existencias y movimientos de los productos referidos en el presente decreto, incluyéndolos en las relaciones que periódicamente se hallan obligados a presentar por las vigentes disposiciones legales.

Art. 4.º Los almacenistas no autorizados que se hallaran actualmente en posesión de los referidos productos, podrán optar o a transferir sus existencias a almacenistas autorizados para el tráfico de estupefacientes o a continuar expendiendo dichos productos a farmacéuticos hasta la total extinción del "stock" que posean en la actualidad, siendo condición indispensable que en este último caso remitan en el plazo máximo de treinta días, a contar desde el de la inserción de este decreto en la *Gaceta de Madrid*, declaración jurada a la Dirección general de Sanidad de la cantidad exacta a que ascienden sus existencias y, mensualmente, un estado bajo su estricta responsabilidad del movimiento de productos hasta la total extinción de los mismos. De no cumplimentar lo prescrito y transcurrido el plazo señalado, serán considerados los poseedores como traficantes ilegales en productos estupefacientes, incurriendo en las responsabilidades previstas en las vigentes disposiciones legales sobre la materia.

Art. 5.º Por ampliación, se consideran comprendidos en el presente decreto aquellos productos derivados de cualquiera de los alcaloides fenantrénicos del opio o de los alcaloides ecgonínicos de la coca que, sucesivamente, se estime de procedencia por el Consejo Técnico Nacional de la Restricción de Estupefacientes.

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*.

Ilmo. Sr.: Vacantes los cargos de inspectores generales de Sanidad exterior y de Comunicaciones y Transportes, de Sanidad interior y de Instituciones sanitarias, dependientes de esa Dirección general y de conformidad con lo prevenido en el Decreto fecha 2 del actual,

Este Ministerio se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Se convoca a concurso especial de méritos entre médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional que reúnan las condiciones fijadas en el artículo 1.º de la mencionada disposición, para proveer las inspecciones generales antes citadas.

2.º Los concursantes presentarán sus solicitudes en el Registro general de esa Dirección, acompañadas de los méritos que deseen alegar, hasta las trece horas del día 23 del actual.

3.º V. I. como presidente y los consejeros de Sanidad señores D. Jorge Francisco Tello Muñoz y D. José Sánchez Covisa, en unión de dos funcionarios de los que presten ser-

vicio activo en cada una de las ramas correspondientes a las inspecciones que se van a proveer, que no hayan tomado parte en el concurso, designados por sorteo que se efectuará inmediatamente de transcurridos el plazo señalado en el apartado anterior, como vocales, constituirán los Tribunales que han de fallar el presente concurso.

Lo digo a V. I. para su conocimiento, el de los interesados y efectos. Madrid, 7 de septiembre de 1933.

DECRETO

A propuesta del Ministerio de la Gobernación, y de acuerdo con el Consejo de Ministros,

Vengo en autorizar al primero para que presente a las Cortes Constituyentes un proyecto de ley reorganizando la estructura y los servicios de la Restricción de Estupefacientes.

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*.

A LAS CORTES

El Decreto de 16 de Junio de 1931 y subsiguiente Ley de 15 de septiembre del mismo año declararon subsistentes, entre otros dictados con anterioridad al advenimiento de la República, los de 30 de abril de 1928 y 13 de noviembre del mismo año, relativos al establecimiento en España de la Restricción de Estupefacientes, según los acuerdos del Convenio Internacional del Opio y conveniencias de orden nacional.

No obstante los términos de dichos Decretos, sus preceptos y la constitución misma del organismo para el que fueron dictados, resultan anticuados en cuanto al presente e ineficaces en cuanto al desarrollo de sus funciones y logro de sus fines, circunstancias que ya fueron previstas en el Decreto de convalidación referido, al consignar expresamente la reserva de facultad para que pudieran ser modificados.

Por otra parte, la débil aplicación que hasta estos últimos tiempos han tenido los Decretos referidos, ha manifestado enseñanzas de experiencia y orden práctico que es preciso recoger para que la eficacia del organismo y su aplicación, que es necesario llevar a cabo con celeridad, rindan los fines totales que presiden la necesidad de su dictado.

En virtud de lo expuesto, el ministro que suscribe, de acuerdo con el Consejo de Ministros y previamente autorizado por S. E. el Presidente de la República, tiene el honor de someter a las Cortes Constituyentes el siguiente

PROYECTO DE LEY

Artículo 1.º La Restricción de Estupefacientes, creada por el Real decreto de 30 de abril de 1928, constituye un Organismo oficial e independiente afecto al Ministerio de la Gobernación, Dirección general de Sanidad, encargado de proponer y llevar a la práctica las medidas conducentes al cumplimiento de las obligaciones derivadas de los Tratados Internacionales y de las que se estimen necesarias para regular el uso, venta y tráfico de sustancias estupefacientes en el territorio nacional, prevenir su abuso, combatir sus causas y remediar sus efectos.

Su actuación alcanzará a todo el territorio del Estado español, sus Colonias y Zona de Protectorado en Marruecos.

Art. 2.º Llevará su dirección administrativa el director general de Sanidad, y en su nombre y represen-

tación un funcionario técnico, que ostentará la denominación de jefe de la Restricción de Estupefacientes; éste será nombrado libremente por el ministro de la Gobernación, a propuesta del director general de Sanidad, y ejercerá la Jefatura del Personal y Servicios a sus órdenes inmediatas y directas.

Art. 3.º Queda extinguida la Junta Social y Administrativa creada en el título segundo del Decreto referido, y en su lugar, ostentará la superior representación del Organismo en funciones técnico-asesoras y resolutivas, un Consejo supremo, que se denominará Consejo Técnico Nacional de la Restricción de Estupefacientes, y que será integrado: por el director general de Sanidad, como presidente; un consejero de Sanidad, el director del Instituto Técnico de Farmacobiología, el jefe de la Restricción de Estupefacientes, que ejercerá en su seno la función de secretario; el presidente del Colegio de Médicos de Madrid; el presidente del Colegio de Farmacéuticos de Madrid; el representante de España en la Comisión Consultiva del Opio; un Asesor jurídico; un delegado de la Dirección general de Seguridad, un médico de libre designación, un farmacéutico de libre designación, un odontólogo de libre designación y un médico especializado en el tratamiento de las toxicomanías.

Este Consejo asumirá la condición y prerrogativa asignados a la Junta extinguida en la base sexta del Real decreto citado.

La Dirección general de Sanidad, por delegación del Ministerio de la Gobernación, podrá modificar la constitución de este Consejo, añadiendo o suprimiendo aquellos que por cualquier conveniencia se estimara oportuno.

El Consejo designará de entre sus miembros una Comisión permanente que ostentará la representación del Pleno y ejercerá la misión y funciones que por éste se le asignen.

Art. 4.º Será misión inmediata del Consejo, independiente de las funciones señaladas a la Junta en los Decretos referidos:

Primero. Estudiar y proponer la forma de llevar a efecto en las mejores condiciones económicas y de efectividad en orden a su fin, la Restricción del Estado en la venta y distribución de estupefacientes, prevista en el Decreto-ley de 30 de abril de 1928.

Segundo. Recoger en disposiciones adecuadas las enseñanzas prácticas derivadas de las actividades de la Restricción hasta el momento actual y relacionados con el presente.

Tercero. Ordenar y proponer, en consecuencia, las modificaciones pertinentes en el organismo y sus bases y la redacción del Reglamento definitivo de la Restricción de Estupefacientes.

Art. 5.º Consecuentemente, al carácter de independencia que por la presente se reconoce a este Organismo, se consignarán en los próximos presupuestos las partidas necesarias a sus atenciones de personal exclusivo, no atendiendo en presupuestos, material y servicios, desglosándose las partidas que figuran ahora englobadas en otros conceptos, sin perjuicio de continuar hasta ese momento atendidas dichas necesidades como en la actualidad a efectos presupuestarios.

Art. 6.º Quedan modificadas por la presente Ley y en los preceptos a que afecta, las bases correspondientes en el repetido Decreto de 30 de abril de 1928 y artículos concordantes del Reglamento provisional de 8 de julio de 1930, así como cuantas disposiciones se opongan a su cumplimiento.

Madrid, 2 de septiembre de 1933.—El ministro de la Gobernación, *Santiago Casares Quiroga*. (*Gaceta* del 5 de septiembre.)

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid

Altura barométrica máxima, 705,4; ídem mínima, 700,3; temperatura máxima, 31°2, ídem mínima, 12°5; vientos dominantes, SE. NE.

Vuelven a registrarse en Madrid las altas temperaturas, acompañadas de accidentes tempestuosos, que mantienen la presión atmosférica sujeta a variantes rápidas y de importancia. Todo ello hace que los afectos crónicos del sistema circulatorio y del aparato respiratorio se influencien de modo perjudicial. En las enfermedades infectocontagiosas no se registra durante esta semana característica alguna que merezca señalamiento. Desde luego, crecen algo en número las infecciones tifoideas y paratifoideas; pero hay que advertir que en proporción importante de los limitados casos que se registran, cuentan muchos importados a Madrid desde los lugares de vacación estial.

Las enfermedades de la infancia, en las infecciosas eruptivas, no acusan modificación, y los procesos enteríticos y gastrointestinales decrecen.

CRONICAS

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

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

Vacantes.—Ruiloba (Santander); excedencia; 4.ª; pesetas 1.650; méritos; 1.216 habitantes.

—Orés (Zaragoza); renuncia; 5.ª; 1.375 pesetas; méritos; 674 habitantes.

—Villa del Rey (Cáceres); defunción; 4.ª; 1.650 pesetas; méritos; 902 habitantes.

—Algar (Cádiz); nueva creación; 3.ª; 2.200 pesetas; méritos; 3.130 habitantes.

—Villanueva del Rosario (Málaga); renuncia; 1.ª; pesetas 3.300; antigüedad; 3.195 habitantes.

—Fuentenovilla (Guadalajara); renuncia; 5.ª; 1.375 pesetas; méritos; 651 habitantes.

—Alcola del Río (Sevilla); jubilación; 2.ª; 3.025 pesetas; méritos; 2.790 habitantes.

Vacante de médico (anuncio no oficial).—Alcaldía Constitucional de Luzaga. Desde 1.º de octubre próximo se halla vacante la plaza de nueva creación de médico particular que preste los auxilios de su ciencia a los vecinos de Cortes de Tajuña y este pueblo que lo componen entre ambos unas 145 familias; el agraciado percibirá el sueldo anual de 5.000 pesetas, pagadas por trimestres vencidos y cobradas por los respectivos vecindarios; también disfrutará de casa y leña gratis y libre de toda carga vecinal.

Las instancias con títulos de suficiencia y méritos en la carrera, se recibirán en esta Alcaldía hasta el 27 de septiembre próximo.

(Nota) Este pueblo tiene buenas vías de comunicación, tiene auto diario de Alcolea del Pinar al Sarguillo y días de mercado; otro de Soladorces a Sigüenza; le baña el río Tajuña y se apercibe el hermoso aroma de sus ricos pinares.

La distancia al pueblo de Cortes es de cuatro kilómetros, camino llano, por lo que no precisa caballería. Luzaga, 28 de agosto de 1933.—El alcalde, Eusebio Gonzalo.

Forensías.—En los Juzgados de primera instancia e instrucción de Alcañiz, Belmonte (Cuenca), Borja, Callosa de Ensarriá, Cuéllar, Don Benito, Gandesa, Guernica, Orotava, Santa Coloma de Farnés y Valverde del Camino; de categoría de ascenso, se halla vacante, por resultar desierto

el concurso de traslación, la plaza de médico forense que, de conformidad con lo prevenido en el artículo 12 del Decreto de 17 de junio de 1933, debe proveerse por antigüedad entre forenses en propiedad de categoría de entrada.

Las instancias deberán tener entrada en el Ministerio antes de las catorce horas del último día del plazo de treinta naturales, a contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*. (30 de agosto.)

—En los Juzgados de primera instancia e instrucción de Llerena y Castuera, de categoría de ascenso, se halla vacante por resultar desierto el concurso de traslación, la plaza de médico forense que, de conformidad con lo prevenido en el artículo 12 del Decreto de 17 de junio de 1933, debe proveerse por antigüedad entre forenses en propiedad de categoría de entrada.

Las instancias deberán tener entrada en el Ministerio antes de las catorce horas del último día del plazo de treinta naturales, a contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*. (5 de septiembre.)

—En los Juzgados de primera instancia e instrucción de Celanova, Burgo de Osma, Totana, La Roda, Motilla del Palancar, Mondoñedo, Balaguer, Palma del Condado y Chinchón, de categoría de ascenso, se hallan vacante la plaza de médico forenses que, de conformidad con lo prevenido en el artículo 12 del Decreto de 17 de junio de 1933, debe proveerse por antigüedad entre forenses en propiedad de categoría de entrada.

Las instancias deberán tener entrada en el Ministerio antes de las catorce horas del último día del plazo de treinta naturales, a contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*. (6 de septiembre.)

La inspección médico-escolar.—El día 1 del próximo mes de octubre se verificará en el local del Colegio de Médicos de Madrid (Esparteros, 9), a las 10 de la mañana, una Asamblea de médicos maestros con el fin de tomar acuerdos relacionados con la inspección médico-escolar y elevar una demanda a los Poderes públicos para que sean reconocidos los derechos de dichos profesionales.

Dada la importancia de la reunión se ruega la inexcusable asistencia a todos los compañeros que posean el título del magisterio.

Paseos de un solitario.—Hombres y mujeres de mi tiempo. Recuerdos y memorias de Carlos M.ª Cortezo. Precio de los dos tomos publicados 5 y 6 pesetas cada uno; para los suscriptores de *El Siglo Médico* 8,50 pesetas los dos tomos.

Programa de los ejercicios oral y escrito para oposiciones a plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad con el Real decreto de 2 de agosto de 1930 y la Real orden de 11 de noviembre de 1930. Precio, 1,50 pesetas.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

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

BARDANOL

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

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. — Valencia.

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