

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4163 — Tomo 92

AÑO OCHENTA

23 Septiembre 1933

FRANQUEO
CONCERTADO

*Cardiazol-
Efedrina*

contra el asma

se usa especialmente en el asma crónico, acompañado de alteración del corazón derecho, en el asma bronquial que se asocia a estados bradycárdicos o hipotónicos, en la bronquitis asmática y en el enfisema,

combate la debilidad circulatoria

produciendo efectos muy favorables en el colapso vascular, insuficiencia cardio-vascular, bradicardia, bloqueo cardíaco, descenso de la presión arterial, minus-descompensación, intoxicaciones, así como también profilácticamente antes de proceder a la anestesia.

Dosis: Como dosis media se prescribe la de 2 a 3 veces al día 10 a 20 gotas o $\frac{1}{2}$ a 1 tableta. Por vía subcutánea o intramuscular se aplican 1 a 2 a 3 ampollas por día.

Envases originales: Tubos de 10 tabletas. Frascos de 10 g de líquido. Cajas de 6 ampollas de 1,1 ccm.

KNOLL A.-G.

Fábricas de Productos Químicos
Ludwigshafen del Rhin (Alemania).

*Yodo-
Calcio-Diuretica «Knoll»*

Hipertensión, Angina de pecho, Asma etc.
Tubos de 20 tabletas



Arhéol

C¹²H¹⁴O

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

Gonorrea - Cistitis

Catarro vesical

Pielonefritis - Pielitis

Laboratorios P. ASTIER, 41-47, rue du Docteur-Blanche, Paris (16°)
Sucursal en ESPAÑA : 129, Bruch, BARCELONA.



¿Viene usted a Madrid?

Hospédese

Hotel Los Leones de Oro

(entre Puerta de Sol y Gran Vía)

Calefacción :: Baños

Precios económicos : Muchas atenciones para los médicos
Hotel Los Leones de Oro.-Carmen, 30.-Madrid

Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO. Carabanchel Alto

DIRECTOR: DR. JAIME ESQUERDO SAEZ



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

ESTAFETAS DE PARTIDOS

Se advierte a los médicos que piensen solicitar la vacante de Cobreros (Zamora) que en dicho pueblo ejerce un médico hijo de la localidad, que tiene la titular interina y contratadas la mayoría de las iguales. Para evitar perjuicios pueden informarse del titular interino o del alcalde. (9.790)

—Asimismo se advierte, con respecto a la titular de Campazas (León), que se hallan contratadas las iguales por el que la desempeña interinamente más de un año y que también la solicita. (7.810)

VACANTES

Para su provisión en propiedad por concurso, en armonía con lo dispuesto en la ley de 15 de septiembre de 1932 (artículos 1.º y 2.º) y Reglamento de 7 de marzo de 1933 (artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19), se anuncian las plazas de Médicos titulares-Inspectores municipales de Sanidad siguientes, debiendo enviarse las instancias, en papel de 8.ª clase, a la Inspección provincial de Sanidad respectiva, acompañadas de la ficha

(Continúa en la página XVIII)

músculos, sin orden alguno. Muchas veces hacen falta varios años para que se interese la mayoría de los músculos y al principio se distingue todavía la paresia de la parálisis completa, porque el enfermo puede obligar al globo ocular a hacer el movimiento que desea, merced a esfuerzos enérgicos y repetidos. Cuando la enfermedad está constituida, la cara tiene el aspecto clásico descrito por Hutchinson. Los párpados caídos dan al enfermo un aspecto de dormido. La contracción insuficiente del músculo frontal, que trata de surtir al elevador del párpado, levanta las cejas y produce en la frente pliegues transversales. Los globos oculares están inmóviles o casi inmóviles, ambos parecen de cera. Al andar el enfermo echa la cabeza atrás, contrayendo enérgicamente el músculo frontal, con el fin de aprovechar la parte pequeña de hendidura parpebral, que queda abierta para ver, con el fin de apreciar los objetos laterales que tienen que desviar la cabeza a derecha e izquierda. Al principio es frecuente la diplopia, pero no existe en todos los casos porque la evolución de los accidentes suele ser muy lenta. Cuando se encuentra dicha diplopia permite descubrir el músculo enfermo, sabiendo que si es hemionima procede de la parálisis de un separador, y si es cruzada de la de un aproximador, y que la imagen se encuentra desviada hacia el lado en que actúa el músculo paralizado. La oftalmoplejia interna, sobre ser poco corriente, se suele presentar incompleta, pero puede aparecer antes que la oftalmoplejia externa. La parálisis ocular puede permanecer unilateral mucho tiempo; a veces no se llega a extender al otro lado en toda la evolución de la enfermedad. Los períodos de detención de la evolución de los accidentes no son raros y alcanzan en algunos casos excepcionales hasta quince y más años de duración. La polioencefalitis superior crónica puede ir asociada a la interior o a la amiotrofia espinal progresiva. La existencia de los síntomas de oftalmoplejia nuclear progresiva durante la parálisis general, la tabes o la esclerosis opaca crea formas clínicas que se han llamado asociadas.

El problema diagnóstico consiste en reconocer el origen nuclear cuando hay una parálisis ocular. La oftalmoplejia, de cuasa orbitaria y monolateral a consecuen-

trastornos del simpático. Las anomalías de la irrigación vascular del nervio, que se encuentran con frecuencia, pueden contribuir a los trastornos, y las variaciones del dolor por efecto de la emoción de los actos reflejos y de la humedad podrían explicarse por los cambios en la constricción o dilatación de los vasos pequeños. Esta enfermedad es muy tenaz, y los recursos que se han empleado para combatirla pocas veces tienen éxito duradero. Consisten en la liberación del nervio de toda adherencia. La envoltura y aislamiento del mismo en fascias o tejido adiposo. La electrización y la irradiación. Se han obtenido a lo sumo ligeros alivios. Para los casos muy rebeldes se ha propuesto la sección completa del nervio por encima de la lesión o las inyecciones alcohólicas. En algunos casos han dado buenos resultados, pero, desgraciadamente, de poca duración, las denudaciones de la arteria y de las venas con sección de las fibras simpáticas, que forman un plexo alrededor de ellas.

Neuritis ascendente.—Es una enfermedad poco común que se produce a consecuencia de heridas abiertas e infectadas, sobre todo en el miembro superior, donde ataca de preferencia al nervio cubital. Sin embargo, durante la última guerra han sido excepcionales los casos observados. La sintomatología se puede dividir en tres períodos. El de comienzo se manifiesta por los dolores propios de la lesión que el nervio sufrió, tirantez, compresión, desgarre. Este dolor va algunas veces se irradia, y desde luego puede ir acompañado de edema. El segundo período es de localización neurítica; los dolores dependen tanto de la lesión del nervio como de la irritación del tronco del mismo; pero se van precisando, se hacen radiados y toman un carácter muy parecido al de la causalgia; cualquier contacto, los movimientos de la marcha o la exploración de la herida despiertan ese dolor. Por último, el tercer período es el de la neuritis ascendente. El dolor se va pareciendo cada vez más al de la causalgia, con crisis paroxísticas que duran media hora a una hora. Hay trastornos motores, pero no guardan proporción con la intensidad de los sensitivos y afectan al mismo territorio por el que se distribuye el nervio enfermo. Este nervio resulta sensible a la presión por encima de la re-

gión traumatizada, y la exploración repetida demuestra que el dolor va ascendiendo. Los trastornos tróficos consisten en edema, flictenas, artropatías y retracciones tendinosas. Más tarde se manifiestan los dolores en las ramas más altas del nervio, del plexo y hasta de las raíces.

En muchos casos se ha hecho el diagnóstico, porque el enfermo explicaba que sus dolores irradiaban desde la herida hasta la raíz del miembro, sin poder observar ningún trastorno como la amiotrofia o la parálisis que confirmasen la existencia de la lesión. En estos casos se trataba de neuralgias radiadas, que se curaban con frecuencia al librar al nervio de una compresión cicatricial, o bien por medio de una inyección de alcohol. Está comprobado que la mayoría de los casos de presuntas neuritis ascendentes eran trastornos neuropáticos y no lesiones orgánicas. Esto lo deben saber quienes estén llamados a dar un informe médico legal, porque en los accidentes del trabajo se pretexta muchas veces esta neuritis ascendente, y como constituye una invalidez grave es preciso diferenciarla de otros trastornos que la pueden simular. Se fundará el diagnóstico diferencial en la existencia de los trastornos tróficos citados. El dolor del nervio por la compresión, la abolición de los reflejos tendinosos. Todo ello demuestra la alteración de los nervios por encima del sitio de la lesión. También se debe explorar la existencia de una lesión espinal. Se ha querido tomar como prueba de la progresión ascendente la exaceración del dolor en la tos y en el estornudo; pero este síntoma se presenta también en las neuritis localizadas.

Cuando dominan los fenómenos dolorosos en las neuritis ascendentes su pronóstico es tan grave como el de la causalgia o más. Porque en ésta se pueden emplear la alcoholización, las secciones o la denudación arteriales con algunas probabilidades de éxito. En cambio, en algunas neuritis ascendentes, sobre todo las producidas a consecuencia de neuromas de amputación, ha habido que hacer secciones repetidas y no se ha llegado a alcanzar la parte sana del nervio para hacer desaparecer la causa de la irritación. De no intervenir quirúrgicamente los enfermos padecen constantemente dolores intolerables,

dio de células grandes llamado también de Perlia. Todavía no se conoce bien la significación de estos núcleos, pero parece que el núcleo principal es el centro motor de los músculos extrínsecos, en tanto que el central y el de Edinger lo son de los músculos intrínsecos. El núcleo del patético, situado en la substancia gris del acueducto y en posición caudal con relación al anterior, corresponde a un plano transversal, que pase por el extremo anterior de los tubérculos cuadrigéminos posteriores. El motor ocular externo tiene dos núcleos, uno principal o dorsal, envuelto por la rodilla del facial; corresponde a la eminencia teres, y un núcleo ventral menos importante situado en posición lateroventral con relación al anterior.

Pueden ocurrir dos casos: o bien la polioencefalitis superior crónica se presenta aislada, y entonces como no sea un proceso sífilítico no se sabe cuál es la causa de ella, o bien se encuentra complicada con otras afecciones orgánicas del sistema nervioso, como son la esclerosis en placas, la parálisis general progresiva y la tabes. Las lesiones de la polioencefalitis superior crónica pueden interesar a todos los núcleos motores por igual o alterar principalmente al motor ocular común, respetando los centros de la musculatura intrínseca. Las lesiones pueden ser simétricas o asimétricas. Histológicamente se comprueba la atrofia de los núcleos representada por una alteración de las células, que varía según la fase de evolución del proceso desde la cromatolisis más ligera a la desaparición total de la célula, pasando por todas las fases clásicas de la lesión celular. Además, las diferentes células de un mismo núcleo suelen presentar lesiones de distinta intensidad. La atrofia de las fibras radicales y de los músculos, que dependen de ellas, es proporcional a la de las células. Se observan, además, algunas alteraciones inflamatorias de las regiones inmediatas representadas por la congestión vascular, las hemorragias puntiformes, una infiltración celular ligera y la esclerosis neuróglia.

Comienza la afección de una manera lenta e insidiosa. Rara vez, de modo brusco, por la diplopía o la ptosis palpebral. Luego se afectan poco a poco los demás

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

23-IX-1933

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

Los maestros de la Ciencia

G. RAMON

(30 de septiembre de 1886)

POR EL

DR. DUJARRRIC DE LA RIVIERE

Jefe de servicio en el Instituto Pasteur, de París

G. Ramón ingresó en el Instituto Pasteur en 1911, no para entregarse, como era su secreta ambición, a investigaciones de laboratorio, sino para cumplir una

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMI-
LABLE

tarea estrictamente práctica en el Servicio de elaboración de sueros en el Anexo de Garches. Este trabajo, ya considerable en tiempo de paz, había de adquirir extraordinarios desenvolvimientos al producirse la guerra mundial. Durante cuatro años, G. Ramón inmuniza con sus propias manos millares de caballos y recoge toneladas de suero antitetánico, antidiftérico, antistreptocócico, antinefrocócico, etc., que bajo su control se distribuye en millones de ampollas que salvarán la vida de innumerables enfermos y heridos. Da en esta obscura obra toda la medida de su talento y encuentra, además, en ella amplio campo de observaciones, de las que más tarde obtendrá el más provechoso beneficio.

Después de la guerra y al cumplirse los diez años de su entrada en el Instituto Pasteur, G. Ramón va a poder, al fin, realizar su cara ambición: entregar a algunas investigaciones en un pe-

CALCINHEMOL ALCUBERRO

PODEROSO ANTIANEMICO
ALCALA, 88. — MADRID

queño "laboratorio" que se le ha permitido improvisar en una de las habitaciones de su modesto alojamiento. Allí realiza el primer descubrimiento que le abre el camino para otras nuevas realizaciones.

En 1921-1922, en efecto, con ocasión de sus experiencias sobre el veneno dif-

térico y su antitoxina, registra la aparición, en una mezcla de toxina diftérica y de suero antidiftérico, de un verdadero precipitado. Demuestra que este precipitado se forma con el máximo de velocidad y de pureza en la mezcla, en la que la toxina y la antitoxina se ha saturado mutua y exactamente y basa sobre este fenómeno específico el "método de precipitación", que permite dosificar, *in vitro*, por una simple reacción físicoquímica, la antitoxina diftérica, que hasta entonces no se había podido obtener más que recurriendo a los animales de laboratorio.

El método de cristalización permite igualmente apreciar, siempre *in vitro*, la actividad de la toxina diftérica y da a Ramón el medio de demostrar, de una manera indiscutible, que, en ciertas condiciones, puede la toxina transformarse en un derivado inofensivo que conserva a la vez la propiedad de cristalización, el valor antigénico y el poder inmunizante de

Diarreas estivales ELDOFORMO

Bayer-Meister Lucius

la toxina, de donde procede. Tal es el caso del derivado obtenido sometiendo la toxina a la acción simultánea de una pequeña cantidad de formol y del calor prudentemente aplicado. A este derivado es al que ha dado Ramón el nombre de "anatoxina" diftérica; desde 1923 ha propuesto este preparado para la vacunación antidiftérica y la profilaxis de la difteria.

Diversas vacunas antidiftéricas habían sido ya preconizadas y sido objeto de tentativas de utilización en Alemania (Behring) y en los Estados Unidos (W. Park).

Después de algunos ensayos preliminares, que bastaron para probar su inocuidad y su eficacia, la vacunación por la anatoxina diftérica entró en la práctica corriente y se extendió y generalizó rápidamente. Actualmente es utilizada en el mundo entero y se ha hecho obligatoria para ciertas colectividades, tal por

ejemplo, en Suiza, para los niños de las escuelas en el cantón de Ginebra, en Francia, en los ejércitos de mar y tierra, etc. Varios millones de individuos han sido ya sometidos a la vacunación anatoxina, y en numerosos países, donde es sistemáticamente aplicada, su provechosa acción en la profilaxis de la difteria ha quedado claramente patentizada.

Los mismos principios que habían presidido la preparación de la anatoxina dif-

TRATAMIENTO DE LAS DERMITIS DERMIZINA

Sulfato de dibenzotiofeno, almidón, protóxido de zinc y aceite de olivas.

térica condujeron a G. Ramón al perfeccionamiento de la anatoxina tetánica y a su empleo en la prevención del tétanos en los animales domésticos (con el concurso de P. Descombey) y en el hombre (con la colaboración de Ch. Zoller). Habiendo dado muy satisfactorios resultados una experiencia hecha en los caballos de varios regimientos, la inmunización antitetánica por la anatoxina específica se extendió progresivamente a la caballería del ejército y actualmente se hallan vacunados por este medio más de la mitad de sus caballos (50.000).

Desde 1925, la vacunación por la anatoxina tetánica se utiliza como método de prevención del tétanos en el hombre. Indudablemente que actualmente su empleo no representa una necesidad tan urgente como la de la vacunación antidiftérica, ya que la amenaza de una y otra enfermedad son para el hombre bien distintas. ¿Pero qué niño no se halla expuesto en sus juegos a producirse una

S A R N A

Cúrase con SULFURETO CABA-
LLERO

herida en la que el tétanos puede resultar una temible complicación? ¿No son numerosos los casos de tétanos que se declaran como consecuencia de una insignificante herida en la que parecía superfluo recurrir a la inyección de suero antitetánico? Y en estas condiciones, ¿no es preferible inmunizarse de una vez

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

contra el tétanos por medio de la vacuna de la anatoxina tetánica?

Piensen bien todos aquellos que tienen a su cargo la responsabilidad de la salud de las clases militares en los servicios que podrían prestarse en tiempo de paz, y más todavía en los de guerra, con la aplicación sistemática de la vacuna preventiva contra el tétanos.

La vacunación antidiftérica, la vacu-

Borolumyl (sin bromuro), medicamento racional y muy activo contra la EPILEPSIA, VOMITOS DEL EMBARAZO. Tolerancia absoluta. Sedante del sistema nervioso.

nación antitetánica y otras, como la vacuna antitifoidea, pueden facilitarse grandemente gracias al procedimiento llamado de las "vacunaciones asociadas", del que igualmente debemos el principio a G. Ramón. Habiendo observado en el caballo, con ocasión de la preparación de sueros terapéuticos, que de la inflamación local bastante viva, que se manifiesta algunas veces en el punto de inyección de la vacuna, resulta un aumento de la actividad terapéutica de los sueros, G. Ramón fué conducido a provocar sistemáticamente esta inflamación local. Y había de venir al espíritu la idea de aplicar el mismo principio a la vacunación del hombre por las anatoxinas, para acrecer igualmente la inmunidad que éstas procuran. Pero claro es que no podía ser cuestión—como Ramón había hecho para los caballos—de un producto como la mandioca, que puede provocar bajo la piel del hombre una irritación local demasiado intensa. Así G. Ramón, con la colaboración de Ch. Zoeller, eludió la dificultad administrando a las personas que debían ser vacunadas a la vez contra la difteria y contra las infecciones tifoideas una mezcla de anatoxina diftérica y de vacuna antitífica. Esta última, gracias a la reacción local que determi-

Jarabe Bebé.-Telradinamo.-Septicemiol.-Purquantil (Jarabe de Frutas)
(Véase anuncio, página IV.)

na casi siempre, desempeña el papel de la mandioca y desde sus primeras experiencias G. Ramón y Ch. Zoeller pudieron darse cuenta de que la inmunidad antidiftérica que sigue a la inyección de la mezcla anatoxina—vacuna antitifoidea, es evidentemente superior a la que resulta de la inyección de la anatoxina diftérica sola. Tal es el método de las "vacunaciones asociadas", que permite no solamente obtener una mejor inmunidad, sino también proporcionar varias inmunidades en una sola operación. Este método, de un seguro porvenir, simplifica y perfecciona la inmunidad.

Al mismo tiempo que creaba así nue-

vos métodos de vacunación, al mismo tiempo que daba un gran impulso a otros procedimientos de inmunización frente a ciertas enfermedades del hombre (la disentería muy particularmente) y de los animales, G. Ramón no perdía de vista la preparación de sueros terapéuticos, trabajo que le había dado entrada en el Instituto Pasteur.

Aplica sus métodos anatóxicos a la inmunización de animales productores, instaura nuevas técnicas (adición de la mandioca y del cloruro de calcio al antígeno, etc.) y saca un provechoso partido de sus observaciones. Descubre así que los caballos vacunados anteriormente por medio de la anatoxina tetánica se muestran particularmente aptos para la elaboración del antitoxico tetánico. Gracias a todos estos perfeccionamientos es posible hoy día obtener en un tiempo cuatro o cinco veces menor, sueros con una actividad de dos a diez veces mayor que antes y, en consecuencia, tratar con mejores resultados a los enfermos.

En relaciones con clínicos inmunólogos y muy particularmente con el profesor Debré y el doctor P. Nelis (este último de Bruselas), G. Ramón se preocu-

“MALTOPOL”

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

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

pa constantemente de mejorar los métodos por él creados y estudia la patogenia y el tratamiento específico de ciertas afecciones como la difteria.

No descuida tampoco las investigaciones puramente teóricas: trabajos de inmunología comparada, ensayos sobre la naturaleza y la constitución de las toxinas y de las antitoxinas, etc.

Así, el mejoramiento de la producción y del valor de los sueros terapéuticos, y especialmente de los sueros antitoxicos, y la creación de métodos de profilaxia aplicables a ciertas enfermedades infecciosas: vacunación antidiftérica y antitetánica por medio de anatoxinas específicas, métodos a los que hay que añadir el de las "vacunaciones asociadas" de un tan gran interés práctico.

Tal es, en resumen, la obra realizada en diez años escasos por G. Ramón. Obra que honra a su autor y que ha contribuido en amplia escala a la grandeza y progreso de la ciencia francesa y de la técnica en la ciencia de que fué iniciador el sabio Pasteur.

SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIOLCOL, BENZOATO SODICO Y DIONINA

J. DOMINGO CHURTÓ

C. Libertad, 14.—BARCELONA

La Cruz Roja protege la salud

La lucha antituberculosa

(CONTINUACIÓN)

La Cruz Roja de Chile, que concede una particular importancia a la protección de la infancia, sostiene tres preventorios de niños y organiza frecuentes colonias de vacaciones. En el Gabinete

de médicos de España a los
CONVALESCIENTES
les
recetan **Elixir CALLOL**

Médico Físicoterápico de la Institución se realizan exámenes clínicos infantiles, reacciones Pirquet para el diagnóstico precoz y aplicaciones de la vacuna Antialfa de Ferrán. La Cruz Roja toma además una importante parte en las campañas educativas contra la enfermedad.

En el Ecuador organiza la Cruz Roja colonias de vacaciones, que, además de una cura de aire y descanso, proporcionan a los niños propensos a la tuberculosis un régimen de sobrealimentación y reconstituyentes.

Por iniciativa de la Cruz Roja de El Salvador, se fundó en este país, en el año 1931, una Liga Nacional Antituberculosa, cuya primera manifestación fué la organización en la capital, San Salvador, de un Dispensario para la investigación, diagnóstico, tratamiento y prevención de la terrible enfermedad. Se han realizado por T. S. H. conferencias de propaganda antituberculosa.

La Cruz Roja Española, tanto en sus establecimientos centrales de Madrid como en los dependientes de los Comités locales, atiende las consultas de los enfermos de los pulmones. La institución cuenta además con algunos dispensarios antituberculosos, subvenciona un asilo para niños escrofulosos y sostiene diversas colonias de vacaciones particu-

CONTRA LAS NEURALGIAS ACONSEJAD

Cerebrino Mandri

larmente reservadas para los niños amenazados por la tuberculosis.

En los Estados Unidos, la Cruz Roja no dirige ninguna obra antituberculosa. Sin embargo, un gran número de sus Comités locales poseen enfermeras visitadoras con la misión de enseñar a la colectividad los métodos de profilaxia y los medios de mejorar la salud. Otros dan su apoyo a numerosas instituciones encargadas del tratamiento de los tuberculosos.

En Estonia, la Cruz Roja dirige un sanatorio de 50 camas para ex combatientes tuberculosos. Sostiene además va-

(Continúa en

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de lactocrescoto soluble

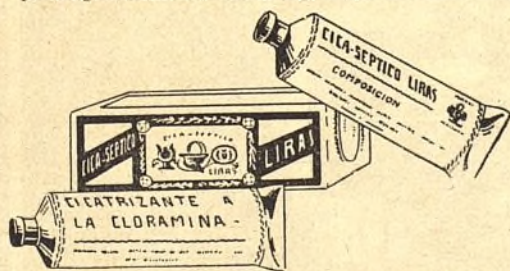
**ACCION
RAPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Castell y Martín-Angel 238 - Bar

CICA-SEPTICO LIRAS

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



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA
Muy eficaz en casos idénticos y se prefiere Cloramina.
En Centros Farmacéuticos y Farmacias surtidas.

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

ALMOKRANAS



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

Jugo de carne Valentine's

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Los médicos lo emplean en los Hospitales, en sus clínicas particulares y aun en sí mismos cuando ven que el organismo necesita reponerse. Esto demuestra la fe que tienen en el poder vital de dicho preparado, pues aumenta las fuerzas decaídas cuando los órganos digestivos se han debilitado. Es el mejor alimento.

DR. JULIAN CALLEJA, presidente de la Real Academia de Medicina de Madrid (España): "Tengo una gran satisfacción en informarles que considero el JUGO VALENTINE'S como un poder de gran superioridad para vigorizar el sistema nervioso, por lo cual yo mismo lo empleo en mí y lo prescribo a mis enfermos."

JOHN TANNER M. D. LL. D., médico decano en el dispensario general Farrington, para enfermedades de mujeres y niños, Londres (Inglaterra): "En los casos de flujos y hemorragias de todas clases, fiebres, formas graves de neumonía y extenuación extremada, cuando el estómago se niega a retener otras preparaciones ordinarias, es cuando el JUGO VALENTINE'S obra como una verdadera maravilla. No puedo hablar en términos más altos de este preparado, puesto que he podido apreciar sus inmensas ventajas en el tratamiento de los más serios y delicados casos que están bajo mi cuidado."

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América
VALENTINE'S MEAT-JUICE Co.
RICHMOND, VIRGINIA, U. S. A.

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos

Agentes generales para España y sus colonias

E. DURAN, S. en C.
Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANÉMIA

hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA
PERFECTA
DEL
METODO DE MINOT-MURPHY

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



hepal JARABE

principio
aislado
con hierro

antianémico
del hígado
y cobre

PRODUCTO NACIONAL

Laboratorio Juste
APARTADO DE CORREOS 9030



MADRID

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

EN AMPOLLAS DE 2cc
CONTENIENDO EL PRIN-
CIPIO ANTIANÉMICO DE
20gr DE HIGADO Y
CORRESPONDIENDO
EN EFICACIA A 300gr
DE HIGADO FRESCO
UNA A TRES AMPO-
LLAS POR VIA SUB-
CUTANEA, INTRAMUS-
CULAR O INTRAVE-
NOSA DIARIAMEN-
TE

hepal
INJECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA



hepal PROPORCION

LAS SUSTANCIAS ORGANICAS QUE FORMAN EL GLOBULO ROJO Y LOS
ELEMENTOS INORGANICOS QUE PRODUCEN LA HEMOGLOBINA

1932



TUBERCULOSIS

Sanocal Granulado

CALCIO, VITAMINAS,
ESTOMAGO DE CERDO,
EXTRACTO DE HUESOS, ETC.

Laboratorios Abello Vinaroz 5 MADRID

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

HISTORIAL

Fundadores y Directores: D. Mariano Delgrás.—D. Serapio Escolar.—D. Francisco Méndez Alvaro.—D. Matías Nieto y Serrano.—D. Ramón Serret y Comín.—D. Angel Pulido y Fernández.—D. Carlos M.^a Cortezo y Prieto.

PUBLICACIONES REFUNDIDAS.—Boletín de Medicina.—Gaceta Médica.—Genio Médico-Quirúrgico.
Correspondencia Médica.—La Sanidad Civil.—Revista Clínica de Madrid.

1854 AÑO OCHENTA 1933

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

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

Presidente: Excmo. Sr. Prof. D. Amalio Gimeno y Cabañas

Vicepresidente: Excmo. Sr. Dr. Victor M.^a Cortezo

VOCALES

Dr. MARIANO ACEÑA
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

Dr. JOSE ALVAREZ SIERRA
Del Hospital de San Rafael.

Dr. VITAL AZA Y DIAZ
Director del Sanatorio quirúrgico de Santa Alicia. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Prof. J. BLANC Y FORTACIN
Agregado de la Facultad de Madrid. Jefe de Clínica del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Prof. LEON CARDENAL Y PUJALS
Vice-Rector de la Universidad Central. De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. JOSE CODINA Y CASTELLVI
Decano de la Beneficencia Provincial. Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina.

Prof. A. FERNANDEZ MARTIN
Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid.

Dr. E. FERNANDEZ SANZ
Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ
De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina.

Dr. S. GARCIA VICENTE
Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid.

Prof. A. GARCIA Y TAPIA
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. F. GONZALEZ DELEITO
Teniente Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos.

Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA

De la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ

De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Prof. TEOFILO HERNANDO Y ORTEGA

De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Presidente del Consejo Nacional de Cultura. Director del Instituto Nacional de Farmacobiología.

Dr. F. HUERTAS Y BARRERO
De la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. J. DE ISASA Y ADARO
Pediatra.

Dr. C. JUARROS Y ORTEGA
Profesor de la Escuela de Criminología. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. JACOBO LOPEZ ELIZAGARAY

De la Beneficencia Provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. E. LUENGO Y ARROYO
Del Instituto Nacional de Higiene.

Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. MANUEL MARIN AMAT
Oftalmólogo. Académico C. de la Nacional de Medicina.

Dr. M. MARTINEZ SALDISE
Médico titular.

Dr. A. MORANA Y JIMENEZ
Análisis clínicos.

Dr. JOSE MOURIZ Y RIESGO
Jefe del Laboratorio Central de la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. B. NAVARRO Y CANOVAS
Radiólogo. Del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. FEDERICO PECO
Jefe de Clínica del Instituto de la Encarnación.

Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI

De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. A. PULIDO Y MARTIN
Urologo. De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA
Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. J. MARTIN RENEDO
Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel.

Dr. G. RODRIGUEZ LAFORA
Presidente del Consejo Superior Psiquiátrico. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Prof. R. ROYO-VILLANOVA
De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina.

Dr. C. DE SAN ANTONIO
Del Hospital del Buen Suceso.

Dr. J. SARABIA Y PARDO
Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. E. SLOCKER Y LA ROSA
Jefe de Clínica quirúrgica del Hospital de la Beneficencia general. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Prof. J. FRANCISCO TELLO
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. J. M.^a TOME Y BONA
Dermatólogo. Secretario de actas de la Academia de Dermatología y Sifiliografía.

Prof. A. VALLEJO NAGERA
De la Escuela de Sanidad Militar. Director del Hospital Psiquiátrico de San José (Ciempozuelos). Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina.

Dr. J. M.^a DE VILLAVEVERDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso.

Vocal consultor jurídico: Dr. José M.^a Cordero y Torres, oficial letrado del Consejo de Estado.

Director: F. JAVIER M. CORTEZO y COLLANTES, oficial facultativo de la Academia Nacional de Medicina.
Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Redacción y Administración: Serrano, núm. 58.-Madrid.-Teléfono 52703

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO: Sección científica: Problemas que plantea la asistencia de ciertos psicópatas, por el Dr. Guillermo Muñiz.—Etiología y patogenia del desprendimiento de la retina, por el Dr. H. Arruga.—Notas prácticas de aparato digestivo, por el Dr. J. Luis-Yagüe y Espinosa.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Problemas que plantea la asistencia de ciertos psicópatas

POR EL

DR. GUILLERMO MUÑIZ

Médico del Sanatorio Psiquiátrico Esquerdo

Existe una modalidad psicopática cuyas características plantean en la práctica sanatorial problemas difíciles de resolver, por no decir imposibles. Estos problemas son de índole social y llevan consigo un concepto de peligrosidad.

Esta peligrosidad queda establecida bajo varios aspectos, alguno de los cuales analizaremos en este trabajo.

Conviene para nuestro objeto señalar la presencia de enfermos exhibiendo un delirio sistematizado de persecución como paradigma de peligrosidad en su amplia acepción.

Para entrar en el análisis de los casos objeto de este estudio, es bueno que se indique alguna de las características de estos enfermos.

Son ellos conocidos con el nombre de *paranoicos*, en los cuales, más que un verdadero trastorno de las funciones intelectuales, es una anomalía de carácter de tipo patológico. Son naturalezas sensitivas y muy susceptibles; ofrecen además como rasgos de la personalidad una hipervaloración del yo, orgullo, rigidez de ideas (testarudez), recelosos, ideas sobrevaloradas, etc.

Por otra parte, estos psicópatas pasan desapercibidos las más de las veces en el ambiente extrafrenocomial, y, a todo más, se les califica como de un carácter raro, sin alcanzarles la idea de que son enfermos, y mucho menos de su peligrosidad.

En cambio, en el establecimiento psiquiátrico pronto se les hace delirar.

Tanto aquí como en otros lugares, los paranoicos son sujetos inadaptables y en continuo conflicto con el medio, y por esta circunstancia se hace muy difícil su manejo. Como, por otra parte, se creen que no son enfermos, las dificultades se hacen mayores.

Esta modalidad peculiar del carácter paranoico no tolera la menor desatención que hacia ellos se tenga, aun después de darles todo género de explicaciones, y esto puede ser el comienzo de sus ideas de persecución.

Abunda en los antecedentes de estos enfermos la existencia de fracasos en su vida profesional, los cuales son atribuidos por el paciente como a un de-

seo de perjudicarlo, para lo cual no repara en manifestar que existía una confabulación mayor o menor de las gentes para conseguir este objeto.

Del material casuista que poseo, entresaco algunos casos clínicos, los cuales dieron ocasión a que se nos plantearan problemas difíciles de resolver, teniendo en cuenta el concepto de responsabilidad.

Caso primero.— J. P. O., de cuarenta y siete años, soltero, de profesión farmacéutico, con manifestaciones de tipo paranoico, el cual comenzó por presentar idea de persecución contra un determinado señor de la localidad, tal vez por causas insignificantes, incluso una broma; más adelante no es éste sólo el que trata de perjudicarlo, sino que existen confabulados varios vecinos del lugar, e incluso su misma familia. A tal extremo llegó la situación de nuestro enfermo, que ya no tenía confianza en los alimentos que en su casa le servían, diciendo que tenían un olor especial, y, por tanto, sospechaba trataban de envenenarlo. Esta situación hizo que cambiara su conducta, dirigiéndose al casino, donde comía, pero también aquí pensó lo mismo al cabo de quince o veinte días, decidiendo trasladarse a la fonda, corriendo en ésta la misma suerte que en las anteriores. Por fin llegó a pasar algunas temporadas fuera del pueblo, comiendo en sitios diferentes, hasta el momento en que ingresa en el Sanatorio del doctor Esquerdo.

La situación del paciente es la siguiente:

No tiene más medio de vida que su profesión, y no posee más bienes que unos miles de pesetas. Su familia carece asimismo de recursos.

Las ideas de envenenamiento que mostraba antes de su ingreso han desaparecido desde la fecha en que éste se ha realizado, y no se han vuelto a presentar en varios meses de estancia.

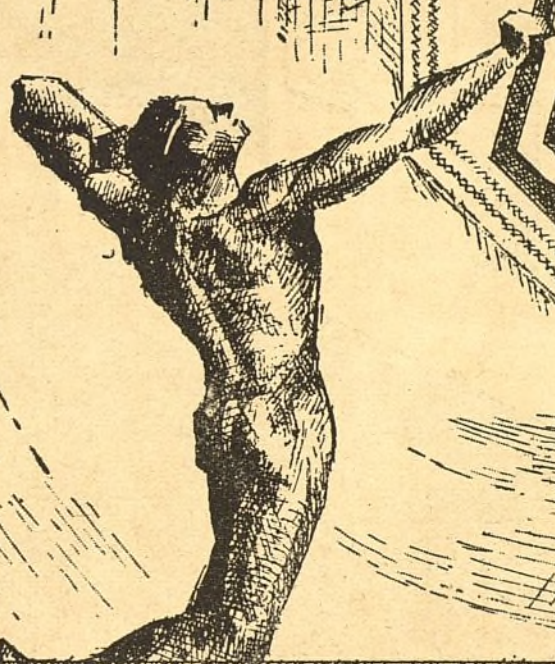
Su comportamiento ha sido, en el sentido disciplinario, bueno. Acepta nuestros consejos y los de sus hermanos, a los cuales se encomienda.

No acusa alucinaciones, y, en cuanto a sus interpretaciones delirantes, dice que sólo tiene un fundamento de sospecha.

Se hace cargo de su situación, y con aire de re-

— V —

FITINA



RECONSTITUYENTE TÓNICO DEL SISTEMA NERVIOSO REMINERALIZANTE

El preparado más rico en fósforo orgánico
y sustancias remineralizantes asimilables

Comprimidos Granulado Cápsulas Sellos

Muestras y literatura :

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744



MORRHUËTINE JUNGKEN

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

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIA Y ATONÍAS GÁSTRICAS

signación dice que qué va a ser de su porvenir, que cuánto tiempo va a estar en el Sanatorio, y tiene además la preocupación de que no puede volver a ejercer su profesión.

Esta es, a grandes rasgos, la situación que se nos plantea, y, por tanto, hemos de resolver las siguientes incógnitas:

¿Debe el enfermo continuar recluido?... Si nos inclinamos en eset sentido, perderá sus pequeños ahorros y quedará inutilizado para seguir ejerciendo su profesión, teniendo que pasar a un establecimiento oficial, por carecer de recursos.

¿Debe aconsejarse su salida?...

En tal caso, corremos el riesgo de que el enfermo cometa algún acto delictivo, y máxime teniendo en cuenta su condición de farmacéutico.

Caso segundo.—B. L. de la B., de cincuenta años, casado y de profesión oficinista. Ingresa en este Sanatorio el 25 de noviembre de 1932 y sale a los dos meses.

En sus antecedentes familiares existe una disposición de tipo epiléptico.

El enfermo es un sifilítico, y lleva cinco años que padece ataques de excitación, con ideas de persecución: últimamente intentó estrangular a sus hijos y a su mujer; insomnios, dolores de cabeza y retraimiento.

La exploración nos da: retracción pupilar perezosa a la luz. Reflejos tendinosos exaltados. Romberg negativo; nervios craneales funcionan bien. No hay disatría. Alucinaciones auditivas. Wassermann positivo en sangre. Se le hizo la punción lumbar, pero la familia no nos ha proporcionado su resultado, por habérseles extraviado. (Causas ajenas a nuestra voluntad impidieron que se la hiciéramos de nuevo.)

Las diferentes pruebas de Terman-Bourdon, Masselon, Ebbinghaus, memoria de fijación y de evocación, sin deficiencia. Está bien orientado, pero no tiene sentimiento de enfermedad.

Delirios: ofrece un sistema delirante de naturaleza sistematizada; habla de doctrinas espiritistas y de que está hipnotizado, como asimismo cree que lo está su mujer y que bajo este influjo disponen como quieren de él.

Sus ideas de persecución se reducen principalmente a los compañeros de oficina con los que trabaja, los cuales dice que quieren perjudicarlo.

El diagnóstico, con carácter provisional, lo hacemos entre una psicosis sifilítica y una parafrenia.

Lo cierto es, y nos sirve para nuestro objeto, que es un enfermo peligroso que nos plantea la siguiente situación:

La oficina donde trabaja pertenece a la compañía M. Z. A., la cual sólo concede tres meses de alta por los casos de enfermedad. El enfermo no tiene derecho a la jubilación, por no llevar el tiempo establecido. Su familia no dispone más que del sueldo que percibe, y próximo a terminar el plazo de los tres meses, piden nuestro parecer de llevarse al paciente.

Caso tercero.—E. G. R., de veintinueve años, casado, de profesión militar; ingresó en este Sanatorio el 16 de septiembre de 1931.

El enfermo estuvo en la campaña de Africa y su-

frió una herida de bala en el brazo derecho, con fractura conminuta del radio.

Esto fué el motivo de que le pusieran inyecciones de morfina hasta llegar a adquirir el hábito. Ello ocurría por el año 1922. Por esta misma fecha se pegó un tiro en la sien derecha, motivado por la falta de morfina.

La herida presenta orificio de entrada por la parte externa del arco superciliar, con salida por la parte interna superior del arco superciliar contrario, o sea del izquierdo, atravesando el seno frontal y ocasionando por el traumatismo el desprendimiento de la retina del ojo derecho (utilizó el brazo herido para realizar este acto).

De entonces a la fecha de su ingreso aquí, no solamente hizo uso de la droga en cantidades que llegaron hasta cinco gramos diarios (?), sino que se embriagaba con frecuencia, llegando a sufrir varios ataques de *delirium tremens*. Sus borracheras iban seguidas de otras tantas camorras, con actitud de agresividad, que motivaron su reclusión en un establecimiento para toxicómanos.

De él salió para volver a ingresar, y más tarde también lo hizo en sanatorio psiquiátrico.

Estuvo en Prisiones militares por sus escándalos en los *cabarets*, debido a la embriaguez.

Estas alternativas de estancia y salida de las casas de salud demuestran el fondo de predisposición psicopática del enfermo y su tendencia morbosa a las bebidas, generalmente comentados.

En el año 1927 se casa, y aunque él dice que las relaciones conyugales eran buenas, su mujer nos manifiesta la serie de disgustos que le ha dado, llegando incluso a amenazarla con la pistola.

Han tenido un hijo, que se murió de pocos meses.

Su mujer también nos dice que la paga que tiene no le dura más que los primeros días de cobrarla, y como no tienen más recursos que su sueldo, no podía subvenir a sus necesidades económicas.

Su comportamiento en el Sanatorio es bueno; pero cuando hay ocasión, ya sea dándole salidas de prueba, o bien si se celebra en el establecimiento alguna fiesta (Carnaval, Nochebuena, etc.), no puede substraerse a la ingestión del alcohol, y por cierto que basta una pequeña dosis para producir un estado de embriaguez con pérdida del conocimiento, o, mejor dicho, de los actos que realiza, que no recuerda una vez que se le pasa la borrachera.

El enfermo no delira ni tiene alucinaciones; no se excita ni es agresivo; es muy razonable estando sin beber y se da cuenta de las reflexiones que se le hacen.

Sólo pide salir, y promete una y mil veces que ya no tomará más alcohol, pues de la morfina ya no toma nada y no siente su necesidad.

Caso cuarto.—L. M., de cuarenta y un años, casado, de profesión auxiliar de Instituto.

Ingresa en este establecimiento el 11 de febrero de 1929. El enfermo, viniendo de Barcelona a Madrid, tuvo en el viaje un estado alucinatorio con excitación, y fué preciso detenerle en el camino, ingresando en la cárcel de R., donde permaneció tres días, al cabo de los cuales, y desaparecida su excitación, vuelve a reanudar el vaje, y una vez en Ma-

drid, le repite el día de su llegada en el hotel X, al extremo de que se hace necesario su traslado al departamento psiquiátrico del Hospital provincial.

Aquí estuvo una semana aproximadamente, y por último es trasladado a nuestro servicio.

Iniciado inmediatamente el interrogatorio, se nos ofrecía un abundante delirio de persecución, con alucinaciones auditivas intensamente marcadas, quejándose de que le acusaban de invertido e impotente.

Al ir la primera noche de su estancia en el Sanatorio a darle un hipnótico, muestra sus órganos genitales para demostrar que él "no es tal cosa", y rechaza la medicación por desconfianza, pero al fin logramos que la tomara.

Los episodios de su vida anterior a su internamiento están llenos de accidentes que demuestran su vida patológica.

Así ocurría en el hogar, donde sostenía frecuentes conflictos con la cuentes y desagradamadre de su esposa. Esta, que era de condición inferior a él, en el orden económico e intelectual, había sido rechazada por parte de los familiares del enfermo, que no aceptaban la unión.

Cuenta ésta que su marido se levantaba algunas noches presa de un estado alucinatorio, y con la pistola en la mano registraba toda la casa.

En un viaje largo, y viniendo desde las Canarias a la Península para trasladarse a Francia, abandona su mujer en Cádiz, en un período avanzado de gestación, y la hace regresar a Canarias sola.

Sus familiares decían que siempre ha sido un carácter raro y testarudo, orgulloso, con mucha vanidad y egoísmo.

Por otra parte, señalemos que el enfermo tenía la carrera de abogado y la de Filosofía y Letras, habiendo hecho varias oposiciones a cátedra y a abogado del Estado, y fracasando en todas.

Su expediente es brillante, lo que acredita un período escolar bueno.

Durante el tiempo de su estancia se observaron en él crisis de excitación y reacciones agresivas contra un pobre enfermo que, por hablar con voz afeeminada, se figuraba que se burlaba de él, y por ello justificaba la agresión.

Mostrábase confuso y desorientado al comienzo, con actitudes extravagantes, y discurseando, escribiendo cartas inacabables a su mujer y a otros familiares o amigos. Esta manifestación grafológica la conservó durante el tiempo de su estancia en el Sanatorio, y el contenido de las cartas giraba siempre sobre el mismo tema, pues decía que si repetía los conceptos era por el temor de que sus cartas fueran interceptadas.

Sus ideas delirantes eran claramente de perse-

cución y querulantes o vindicativas, lo que mostraba mediante escritos que dirigía a jueces, médicos y abogados.

Como quiera que en los últimos meses de estancia las alucinaciones habían desaparecido (aunque ignoramos si ellas fueron debidas a que le indicamos que su existencia demostraba no hallarse bien), así como los estados de excitación psicomotora, quedando tan sólo el residuo de un delirio de tipo paranoico, con gran lucidez, sin que las pruebas de la inteligencia, memoria, afectividad, etc., etc. resultaran negativas, fué dado de alta por orden judicial en el momento en que procedíamos a incoar el expediente judicial con arreglo a la disposición vigente en los tiempos de la Monarquía.

Caso quinto.--J. R. E., de sesenta y ocho años, casado, de profesión farmacéutico.

Ingresa el día 24 de septiembre de 1929.

La historia de este enfermo es sumamente pintoresca, habiendo ocurrido un hecho de los que se cuentan como excepcional, pero a la vez ilustrativo del tacto que muchas veces debe tener el psiquiátrico al enfrentarse con los enfermos o familiares de éstos.

Lo sucedido fué que, habiendo el mencionado paciente ido a consultar con un célebre especialista sobre una psicosis de su señora y con el propósito de recibirla en un Sanatorio, fué tan raro su relato y al parecer tan delirantes sus observaciones, que prudentemente, antes de que el famoso psiquiatra adoptase una determinación, juzgó necesario hablar con la supuesta enferma y con su hijo. La sospecha de que el verdadero enfermo era el marido fué evidenciada inmediatamente, cuando éstos le relataron el género de vida que aquél hacía y una serie de escritos a cuál más delirante, juntamente con anónimos dirigidos a su señora, en los cuales la trataba de ramera, loca y otros extremos por el estilo. Era fácil la comprobación del anónimo por el giro de sus frases y la sintaxis especial que caracterizaba al sujeto. Estos anónimos fueron dirigidos, unos a una vecina, y otros, a su señora, hablándolas en los términos ya señalados, y con referencia, claro es, a su esposa, por indicar exactamente el domicilio de ésta.

Esta señora, por lo demás, modelo de conducta, y de edad avanzada, era víctima, o, mejor dicho, fué víctima en compañía de su hijo, de los celos e ideas de persecución del enfermo, sin que se les alcanzara a comprender que él lo hacía por su enfermedad, hasta que así se les indicó por el mencionado especialista, cediendo en la interpretación de juzgarlo como a un canalla o poco menos.

En ciertas ocasiones, estos altercados degeneraban en impulsiones agresivas, al extremo de querer aho-

Avance de sumario para el número siguiente

(30 de Septiembre de 1933)

PROF. A. VALLEJO NAGERA.—Diagnóstico y tratamiento de la poliomielitis aguda.

DR. JAVIER M. TOMÉ BONA.—Sobre las latencias en la sífilis.

DR. VÍCTOR MOET Y ARRANZ.—Alergia y dermatosis.

Bibliografía.

Prensa extractada.

gar a su señora, lo cual fué oportunamente impedido por la presencia del hijo.

Tal era su disparatado y absurdo delirio, que en cierto día, estando en un cine sufrió una alucinación, creyendo haber visto a su señora en compañía de un conocido suyo, momento en el cual sufrió como un mareo, con pérdida del conocimiento por breves momentos, pasados los cuales pudo advertir que la pareja ya había desaparecido (esto significa una típica alucinación visual propia de los paranoicos, pues se han observado que éstas dan generalmente hacia el obscurecer o simplemente cuando existe poca luz).

Este género de vida, absolutamente patológico, con su ocio, puesto que hacía varios años no ejercía la profesión ni otros cargos, no podía menos de concluir en una reclusión e incapacidad consiguiente; a tal efecto, fué ingresado en Ciempozuelos, de donde, al cabo de un año aproximadamente, logró fugarse, hasta que es nuevamente ingresado en este establecimiento, y donde hemos podido comprobar las siguientes manifestaciones sintomáticas:

Delirios sistematizados de persecución, con ideas fijas sobre la condición afirmativa de la enfermedad mental de su esposa, y, por ende, el carácter hereditario de dicha psicosis en su hijo, por lo demás tan sano como su madre.

Con afectividad bien conservada para con éste, mas no así con la esposa, a la cual no escribía más que raramente, y siempre en tono de reproche e insulto.

Continuamente escribía largas cartas a jueces, abogados, médicos, etc., relatándoles sus ideas delirantes.

A su hijo le pedía que le sacara del Sanatorio para que con ello no le hicieran víctima sus compañeros de profesión, impidiéndole ejercer ésta por estar enfermo, y para ponerle en tratamiento. ¡La tragedia no podía ser más enorme!

Su hijo, cuando se hallaba el enfermo en Ciempozuelos, iba a verle; pero hubo de desistir, por las escenas de violencia y delirio que provocaban sus visitas al padre.

Su actitud cambió, pues, y se limitó a preguntar frecuentemente por el estado y marcha de su padre, para el que, desgraciadamente, sabía que no había solución satisfactoria a su estado.

También el enfermo nos hablaba de envenenamiento, temor que le llevó a vivir largas temporadas separado de su mujer y su hijo, en las cuales aprovechaba para vigilar la salida de aquélla y ver si la cogía *in fraganti* y a la vez para enviarla esos anónimos insultantes.

Han existido otros episodios francamente anormales, los cuales no anotamos en honor a la brevedad, pues con decir que los datos recogidos para el "informe de incapacidad" sumaban más de veinte pliegos escritos a máquina se dará una cuenta de lo larga que es su historia.

Por lo demás, no ha vuelto a sufrir más alucinaciones; las pruebas mentales realizadas con los tests clásicos han sido buenas, así como la orientación y el dominio de la realidad fuera del módulo constitutivo de su delirio sistematizado de per-

secución y celomanía vinculada en una mujer bastante distanciada de la menopausia.

De cosas orgánicas y reacciones serológicas no acusaba nada de particular.

Su constitución correspondía a la atlética, según el criterio de Kretschmer.

Su actitud, altiva; ordenado, metódico, limpio y correctamente vestido.

Consideraciones.

Se desprende de lo expuesto la necesidad de inclinarse, movidos por los factores económicos, en un sentido que tienda a favorecer a éstos, desvalorizando la noción de peligrosidad social cuando ésta queda establecida en la simple hipótesis.

Por estas circunstancias, aconsejamos en el primero y segundo casos su alta provisional, para que pudieran seguir trabajando y no perder sus ingresos.

Asimismo hubimos de inclinarnos a que el caso tercero permaneciese en el Sanatorio con régimen de puerta abierta, con lo cual puede vivir modestamente su mujer y el paciente.

Aún no existen en España casas de salud para alcohólicos exclusivamente. Nosotros suplimos esta deficiencia gracias a los medios con que cuenta el servicio y las condiciones especiales de que goza la institución psiquiátrica fundada admirablemente por el doctor Esquerdo.

En lo que respecta a los otros casos, el último hubo de permanecer en el establecimiento y el otro se fué bajo la responsabilidad judicial, pues su esposa no quería que se le diese el alta, por temores justificados, a los cuales nos inclinamos también, y por ello no garantizábamos un comportamiento normal.

De todas formas, estos son hechos bastante elocuentes para que tengamos en cuenta las condiciones especiales del sujeto, pues sería lamentable que, sujetándonos al criterio de peligrosidad posible, inutilizásemos para siempre, no ya a la persona, sino a la familia de la misma.

De ahí la necesidad de organizar los medios de asistencia a los psicópatas en el ambiente familiar y la creación de seguros especiales contra las enfermedades mentales, con lo que se evitarían los peligros económicos derivados de la incapacidad para el trabajo de éstos, por sus condiciones de peligrosidad o falta de aptitud.

Nuestros enfermos dados de alta con carácter provisional son reintegrados a la familia bajo condición de seguir con ellos una estrecha vigilancia, notificando a la Dirección facultativa la marcha del proceso cada mes y en cualquier momento que se observe una alteración peligrosa en el enfermo.

El señalado en la primera historia fué recluso, a los pocos días de salir de este Sanatorio, en Leganés, e ignoramos su estado.

El segundo, a pesar de hacer un año que salió, tenemos noticias de su buen comportamiento; éste prueba hasta qué punto hemos de ser consecuentes con los medios económicos, dejando en segundo término la peligrosidad eventual o hipotética, pues, de no ser así, nuestro paciente hubiese permanecido recluso, perdiendo el cargo que tenía, que era el único medio de vida de él y su familia.

En otro trabajo seguiré tratando de historias de enfermos mentales, que, por su curiosidad e ilustración práctica, son dignos de que se conozcan, principalmente entre aquellos compañeros que no se dedican a la especialidad, pero que en su práctica les puede servir de ejemplo, ya que, por desgracia, se nos ha hecho médicos sin enseñarnos una rama tan importante de la Medicina como es la Psiquiatría.

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.)

(Conclusión.)

TEORÍA DE LA RETRACCIÓN VÍTREA

Según esta teoría, la retina se desprendería de la coroides por existir una fuerza atractiva centrípeta que atraería la retina hacia el centro del globo ocular.

El precursor de esta teoría fué Muller, quien, contrariamente a los que opinaban que el desprendimiento de la retina era efecto de sudación coroidea, creyó que era el vítreo al retraerse que desprendía la retina hacia el centro del ojo. Fundaba su aserto en la observación de casos en que el vítreo presentaba formaciones fasciculares que no creía fueran efecto del desprendimiento, sino su causa. Además, los exámenes anatomopatológicos de casos de desprendimiento de la retina en que se observa el vítreo encogido, ocupando el centro del ojo y arrastrando la retina, favorecían esta opinión, que fué compartida por otros oculistas.

Iwanof siguió en parte esta teoría, creyendo que el desprendimiento de la retina era precedido del desprendimiento del vítreo. Este se condensaría o retraería desprendiéndose de la retina, pero siguiéndole ésta a su vez, fundaba su opinión en numerosos casos de desprendimiento del vítreo que había observado. La importancia del desprendimiento del vítreo como causante o predisponente del desprendimiento de la retina ha sido señalada modernamente por Amsler, quien señala que con un examen minucioso no es raro encontrar al nivel de la región papilar una tenue opacidad anular, de forma circular u ovalada, a veces algo irregular. Esta opacidad representa la inserción de la hialoides posterior alrededor de la papila, y señala el desprendimiento posterior del vítreo, que, según Amsler, predispone al desprendimiento de la retina.

Wecker fué continuador de las ideas de Muller, y en su famoso *Tratado de enfermedades del fondo del ojo*, en 1870, daba gran importancia al papel del vítreo en la producción del desprendimiento de la retina, y fué el primero en señalar la gran frecuencia de desgarros de la retina en los casos de desprendimiento, aunque sin señalarles un papel patológico preponderante.

Fué Leber quien, 1882, se declaró partidario de esta teoría y dió valor patológico a los desgarros. Según este autor, examinando la evolución del desprendimiento de la retina en el hombre, se podía observar cómo la retina es progresivamente atraída hacia el interior del

globo a medida que pasa el tiempo; igualmente, si el vítreo forma opacidades o bridas adheridas a la retina, como si es transparente, es su armazón la que se retrae y retrae la retina. Este mismo fenómeno lo observaba Leber experimentalmente inyectando partículas metálicas en el vítreo de conejos, y comprobaba las fases de progresiva retracción del vítreo y desprendimiento de la retina.

Una condición que señala este autor para explicar su teoría patogénica es que la retracción del armazón del vítreo dejaba parte de líquido constituyente del mismo en libertad, y este líquido era el que pasaba al espacio retro-retiniano a través de los desgarros de la retina. Esta parte líquida del vítreo existiría ya en algunos ojos muy miopes, como lo prueba la excesiva movilidad de sus cuerpos flotantes.

Cuando el líquido estuviera colocado detrás de la retina, ya se quedaría allá, con tendencia a situarse en la parte inferior. Esta emigración tendría lugar, según ya dijo Leber, tanto en los casos con desgarro como en los que no lo tenían, aunque él creía que en los casos de desprendimiento de la retina rápido siempre existía desgarro. De suerte que Leber creía muy posible que cuando la retracción del vítreo era lenta, la retina podía ir despegándose lentamente y podía haber desprendimiento de la retina sin desgarro.

Se fundaba esta patogenia, en gran parte, en los exámenes anatomopatológicos de ojos enucleados por antiguo desprendimiento de la retina, que las complicaciones obligaban a enuclear. En casi todos ellos la retina quedaba ocupando una zona desde el nervio óptico hasta la ora serrata en forma de embudo, conteniendo en su interior los restos de vítreo, que, según Leber, se había ido encogiendo progresivamente hasta llegar a aquel estado. Además, citaban en su apoyo los que seguían estas teorías la disminución de la tensión ocular en la gran mayoría de los casos de desprendimiento de la retina; también serían factores que favorecerían la retracción del vítreo la ectasia de las paredes oculares, principalmente al nivel del polo posterior en la miopía y las pérdidas de vítreo, accidentales u operatorias.

En apoyo de esta teoría, publicó Nordenson, discípulo de Leber, el examen anatomopatológico de cuatro ojos enucleados, cuyas características histológicas eran en favor de la retracción vítrea, en especial por las formaciones fibrosas y señales de condensación del armazón del vítreo. Asimismo, Von Hippel añadió doce casos más de exámenes histológicos de ojos enucleados habiendo tenido desprendimiento de la retina. Ellos también demostraban, según los partidarios de esta patogenia, que la exudación coroidea era producida ex vacuo, después de haber obrado el vítreo, ejerciendo una fuerza atractiva de la retina durante un determinado tiempo.

Addario creyó también en la retracción del vítreo como causa del desprendimiento; aunque basándose en exámenes histológicos, manifestó existir una red fibrilar entre la retina y el vítreo sobre la región preecuatorial de aquélla. Ello explicaría, según el autor, la frecuencia de desgarros en esta región, favorecido además por ectasia de la esclerótica en la miopía y por la fluidificación del vítreo en la edad senil. Gonin también, basándose en el examen anatomopatológico de tres ojos con desprendimiento de la retina, enucleados, se mostró partidario de la teoría de retracción del vítreo, señalando asimismo que los desgarros se producían por acción directa del vítreo, en el que los procesos de condensación de su armazón o de neoformación de bridas atraían fuertemente la retina, desgarrándola.

Sin embargo, esta teoría patogénica tuvo muy pocos partidarios entre los oculistas de aquel tiempo; sólo los

(1) Véanse los números anteriores.

¿Desea usted un Antiséptico eficaz...

...que pueda emplear frecuentemente, sin peligro alguno, y con la seguridad de obtener los mayores efectos bactericidas y terapéuticos?...

Prescriba el Antiséptico

LISTERINE

Posee muchos puntos de superioridad sobre los antisépticos ordinarios:



1.º Su eficacia ha sido comprobada científicamente. La prestigiosa revista médica inglesa «The Lancet» (véase «The Lancet» Sept. 21st 1929 p. 616) demuestra que el Antiséptico Listerine sin diluir mata en quince segundos el siguiente número de microbios:

2.º Mata los microbios sin irritar los tejidos más delicados.

Propietarios:
LAMBERT PHARMACAL Co.
ST. LOUIS. - Mo. E. U. A.



Microbios muertos en 15" a 37°	
Estafilococo aurea...	612.000 000
Streptococo hemolítico...	650.000 000
Streptococo viridans...	720.000 000
Pneumococo... más de...	800.000 000
Bac. acidófilo odontológico tipo 11 (1)	640.000 000
Bac. acidófilo odontológico tipo 11 (1)	100.000 000

(1) La causa, al parecer, de la caries dental.

Concesionario: FEDERICO BONET
Apartado número 503 - Madrid

ION-CALCINA PALLARES

Hemostático-reconstituyente
a base de *cloruro de calcio*
FRASCO.-Para uso interno
AMPOLLAS.-Inyección intravenosa

Laboratorio M. PALLARES
Plaza Mosén Sorell, 6
VALENCIA

STROPHANTIMUM PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada

LOS AMPHO-VACCINS DE RONCHESE

Lisado
bacteriano



bacterias tratadas
por el bromo

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

LISTA DE LOS AMPHO-VACCINS:

INYECTABLES

Antiinfeccioso
Antiestafilocócico
Intestinal
Puumonar
Urinario

A INGERIR

Antiinfeccioso
Antiestafilocócico
Antitífico T. A. B.
Intestinal
Pulmonar
Urinario

TOPICOS

Antipiógeno
(en 2 formas: ampollas de 2 y
10 c. c.)
Rinofaríngeo
Ampho-Tabletas
(a base de Ampho-Vaccins Ri-
nofaríngeo)
Pyo-Amphogel

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

REPRESENTANTES: **PAGÉS & SARRIAS**

ARGENSOLA, 5 mod.-Teléf. 41934.-MADRID

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

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

*Quina, carne,
lacto-fosfato de cal*



RIGUROSAMENTE DOSIFICA-
DO Y ASIMILABLE, REUNE
TODOS LOS PRINCIPIOS AC-
TIVOS DEL FOSFATO DE CAL,
DE LA QUINA Y DE LA CARNE

Es el reconstituyente más
energico en los casos de
desnutrición y de dismi-
nución de los fosfatos
cálcicos

De venta en todas las
farmacias

Depósito general para España:

D. ANTONIO SERRA
Apartado 26, REUS (Tarragona)

Lipiodol Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

“ASCENDIENTE” Y “DESCENDIENTE”

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Genera-
les 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.

discípulos de Leber y Gonin la seguían fielmente. Los contrarios daban como razones principales en contra la ausencia de desgarros, que no encontraban en la mayoría de casos, y la falta de alteraciones en el vítreo, visibles al oftalmoscopio, que pudiesen obrar retrayéndose y que correspondiesen a los tractus o tramás que se veían histológicamente en los ojos enucleados.

Además, decían los contrarios a esta teoría, si fuera cierta dicha patogenia, el líquido pre y subretiniano serían iguales, y además de que no lo parecen, porque el líquido subretiniano es amarillo y flúido, en vez de transparente y espeso como el vítreo, la experiencia de varios autores, Nagayama y Birch-Ehirschfeld, entre ellos, inyectando líquido subretiniano en el vítreo de animales, demuestra ser un producto muy distinto, pues produce reacción inflamatoria muy notable.

Leber, posteriormente, comprobó en algunos de los casos de desprendimiento de la retina, tanto en el hombre como experimentalmente, la presencia en algunos ojos enucleados de una formación membranosa delgada que cubría la cara interna de la retina en contacto con el vítreo. Esta formación correspondía, según Leber, a un proceso inflamatorio de la retina. Esta cutícula o delgada membrana se retraería en un periodo tardío de su evolución, y al retraerse produciría los desgarros de la retina. En esta patogenia que posteriormente emitió Leber, el vítreo jugaría un papel pasivo comparado con la anterior concepción patogénica.

Gonin, en 1920, con ocasión de ser ponente en el Congreso de la Sociedad Francesa de Oftalmología, publicó un interesante trabajo referente a la patogenia del desprendimiento de la retina, insistiendo con nuevos datos en favor de la formación del desprendimiento por retracción del vítreo y combatiendo las refutaciones que se hacían a dicha patogenia.

En este trabajo sentó Gonin la idea de que los desprendimientos idiopáticos son producidos por el desgarro de la retina, según la patogenia que acabamos de reproducir.

Este trabajo de Gonin no despertó en el público oftalmológico gran interés, a pesar de su importancia, pues ya muchos de los conceptos eran de Leber. Además, Gonin no se refería todavía a los hechos terapéuticos que después tanta importancia debían de tener.

Tres años más tarde, Gonin empezó a dar cuenta de los resultados obtenidos obturando los desgarros retinianos, sentando la premisa de que para obtener la reeplicación de la retina en los casos de desprendimiento idiopático hay que obturar los desgarros existentes, publicando una serie de trabajos desde entonces en que progresivamente daba cuenta de los resultados obtenidos en los casos últimos tratados, hasta el último trabajo, en el que hace el resumen de 300 casos tratados quirúrgicamente, afirmándose en sus teorías patogénicas y terapéuticas.

En estos últimos cuatro años son muchos los oculistas de todo el mundo que han seguido la técnica de Gonin, y están conforme en su concepción terapéutica, pues aunque las técnicas han variado mucho, la inmensa mayoría de ellas van encaminadas a obturar los desgarros o bien a aislarlos, es decir, a impedir la comunicación entre el vítreo y el espacio subretiniano. Así lo han manifestado Lindner con su técnica del barraje de los desgarros; Guist, con la suya de trepanaciones y toques con potasa; Wewe, con sus aplicaciones diatérmicas en superficie y perforantes; Meller, por medio de las electropunturas, etcétera.

Esto no es óbice para que la teoría patogénica de Leber y Gonin sea seguida por muchos oculistas de hoy día, pues incluso algunos de los que creen en la necesidad de cerrar los desgarros para curar el desprendimiento de la retina,

no creen que la formación del desprendimiento sea por retracción del vítreo.

Como los modos de interpretación de estas teorías tienen mucho de personal y están basados generalmente a la observación de enfermos más que en exámenes de piezas anatomopatológicas de desprendimientos recientes, que son los documentos verdaderamente interesantes y son los que faltan, hay muchas variaciones de concepción patogénica del desprendimiento de la retina, aun dentro de los dos grandes grupos: exudación de la coroides y retracción del vítreo, por lo cual vamos a dar nota muy somera sólo de las que nos han parecido de mayor interés.

Deutschmann, el oculista que quizá mayor número de enfermos de desprendimiento de la retina ha visto, sostuvo la idea de la retracción en masa del vítreo como la productora del desprendimiento, contra la cual efectuaba una operación consistente en la sección del vítreo, penetrando cerca de la ora serrata de un lado para ir a salir por el opuesto. Creía que los desgarros eran siempre secundarios. Posteriormente reconoce Deutschmann que los desgarros pueden ser primitivos, aunque no asignándoles el papel patogénico que Gonin les da.

Cree que los desgarros se producen por tensión de la retina, sobre todo a nivel de la ora serrata, y que al desprenderse de la retina a dicho nivel, la naturaleza tiende a compensar la tensión retiniana, insertando la retina más hacia atrás, lo cual provoca él con su operación, incindiendo la retina cerca de la ora serrata. Ultimamente, Deutschmann se declara partidario, como Baumann, de que, para la existencia del desprendimiento, la presión de la red capilar corínea tiene que ser mayor que la red capilar ciliar, que en estado normal es superior a aquélla, y es la que asegura, según Baumann, la adaptación de la retina sobre la coroides. Reclama Deutschmann la prioridad de las cauterizaciones ígneas contra el desprendimiento de la retina que él hizo por primera vez y después abandonó, pero que ahora ha vuelto a repetir.

Vogt, fundándose en sus estudios sobre las lesiones degenerativas de la retina de los ojos miopes y los ojos seniles, cree que el desprendimiento es debido a las soluciones de continuidad que llegan a producir dichas lesiones, lo cual permite el paso del vítreo al espacio subretiniano ayudado por los movimientos oculares.

Vogt se mostró en un principio contrario en absoluto a la acción retráctil del vítreo por la falta de comprobación al examen con la lámpara de hendidura de las bridas o condensaciones del armazón vítreo que Leber y Gonin presuponen. Asimismo, negó las señales de pre-retinitis cuya existencia Leber sostuvo. Posteriormente, Vogt ha aceptado la retracción del vítreo como el factor cooperador en la formación de los desgarros y en el levantamiento de sus colgajos.

Colaïanni figura como partidario de la retracción del vítreo en el mecanismo de producción de desprendimiento de la retina; pero se basa en el examen anatomopatológico de dos ojos enucleados por glaucoma secundario.

Hanssen ha sido asimismo defensor de las lesiones propias degenerativas de la retina, que principalmente en miopes ha comprobado él muy a menudo y que están descritas en un capítulo anterior de este trabajo. Según él, la degeneración cistoidea y la atrofia de la retina dan lugar a la formación de verdaderos agujeros de la misma que favorecen su desprendimiento, sin que se observe la más pequeña señal de membrana prerretinal de Leber.

Gonin acepta como excepción que la dehiscencia de la retina está cerca de la ora serrata, tal como demuestra Hanssen, o que pueda llegar a formar desgarros, como parecen haber demostrado Vogt y Rehsteyner.

Seourdylle niega papel patogénico a los desgarros; a lo más, acepta que coincida con el punto en que se inicia el levantamiento de la retina. Cree que la formación del

desprendimiento es debida a la lesión de la coriocapilar y del epitelio pigmentario, cuyas prolongaciones protoplasmáticas no encajarían con los espacios entre los conos y bastoncillos, lo cual facilitaría que la exudación de focos de coroiditis periférica separase la retina de la coroides. La coroiditis periférica existiría, según Sourbylle, en la mayoría de los casos. Cree, además, que los desgarros tienen tendencia a desaparecer espontáneamente, y por esto no se los encuentra en los casos antiguos tan frecuentemente como en los recientes. Los desgarros son, para Sourbylle, accidentes banales en el curso del desprendimiento de una membrana sutil, como es la retina, y alterada, y no es a base de su obstrucción, que debe emprenderse una acción terapéutica. Su método de punciones e inyecciones subconjuntivales o galvanocauterizaciones finas y múltiples ha de ser, según él, más perfecto e inocuo que la termopunción de Gonin, por combatir mejor la tendencia a formarse el desprendimiento en el sentido patológico que él sostiene. Su hijo Gabriel, en su tesis sobre el tratamiento del desprendimiento de la retina, duda de la necesidad de obturar el desgarro, basándose en los resultados obtenidos con la técnica de su padre, comparados con los obtenidos por Gonin, por una parte, y por otra, por considerar peligrosa la intervención con el termocauterio en los casos recientes en que el desgarro está en la parte superior.

La coroiditis periférica, como causa del desprendimiento de la retina, ha sido admitida por la mayoría de autores, sea cual fuere la patogenia aceptada; pero algunos de ellos le han concedido un papel muy primordial. La manera de obrar de la misma en la producción del desprendimiento de la retina es, según la mayoría de autores, productora de exudación corioidea, aunque otros admiten su actuación como alterante de capa corio-capilar y, consecutivamente, del epitelio pigmentario, o bien, favoreciendo las lesiones destructivas de la retina.

Löwenstein ha insistido en la importancia de la coroiditis en general, y preferentemente la periférica, como factor etiológico y patológico del desprendimiento de la retina favorecido por el alargamiento del ojo en los miopes. Löwenstein cree que la mayoría de estas coroiditis periféricas son de origen tuberculoso, y trata sus enfermos de desprendimiento de la retina con tuberculina. La patogenia que admite, pues, Löwenstein es mixta, ya que la coroiditis obra desprendiendo la retina por exudación.

Esta preponderancia del papel de la coroiditis en la formación del desprendimiento la señalan principalmente asociada a una u otra etiología varios autores. Dor la asocia a trastornos dentarios, especialmente cuando existen quistes apicales, así como también a la tuberculosis. Por la etiología tuberculosa son muchos más los autores que se han manifestado, entre ellos, Schall, Heine, Meller, Lotin, Velhagen, Lauber y Von Hippel. Crean estos autores, como ya hemos notado en el capítulo de la etiología correspondiente a tuberculosis, que la patogenia de estos casos en que la coroiditis es de origen tuberculoso está favorecida por el estado general deficiente, por efecto de la infección latente bacilar.

Otro grupo de oculistas, entre ellos Baurmann, Deutschmann y Stein, dan mucho valor a las alteraciones funcionales de la red capilar de la coroides. Baurmann, por la diferencia de tensión comparativamente a la red capilar del cuerpo y procesos ciliares. Como ya hemos dicho al mencionar los estudios de Baurmann, en el estado normal la tensión de los capilares de la preretina (cuerpo y procesos ciliares) es mayor que la de los capilares de la retrorretina (coroides). Cuando esta diferencia de tensión se invierte, se desprende la retina. Deutschmann, Stein y otros autores aceptan las ideas de Baurmann, aunque Stein cree en una alteración del funcionamiento de los

capilares del resto del cuerpo. Se funda en investigaciones que en capítulo aparte hemos citado.

La idea de Baurmann de que la retina está adaptada contra la coroides por efecto de la presión capilar prerretinal había sido primitivamente señalada por Stellwag, quien sostenía que la adaptación de la retina a la coroides era debida a la presión hidrostática del vítreo, cuya disminución ocasionaría el desprendimiento de la retina.

Una modalidad de estas teorías es la de Redslob, cuya falta de presión en el vítreo sería debida a fenómenos de acidosis, que producirían un trastorno del vítreo con retracción del mismo, al revés de lo que sucedería en el glaucoma, en el que PH del vítreo estaría aumentado y se hincharía.

Lindner, basándose en su experiencia clínica y en sus experimentos de dinámica hidrostática, que insertamos en un anterior capítulo, da mucho valor a los movimientos del ojo en la patogenia del desprendimiento de la retina, y por ello es por lo que a los enfermos de desprendimiento de la retina les pone anteojos estenopeicos para facilitar el reposo del globo ocular y su curación.

He de mencionar que personalmente he reconocido la importancia de los movimientos de la patogenia del desprendimiento de la retina; de ello traté en el Congreso de la Sociedad Francesa de Oftalmología, señalando la importancia que, a mi modo de ver, tienen los movimientos del globo ocular, y así decía: "Si esta patogenia se confirmase, daríamos más importancia al reposo del ojo que al del enfermo y a la postura que debe guardar, que a veces es muy molesta. Es por ello por lo que sigo la técnica operatoria de suturar el globo ocular al párpado inferior en las operaciones de desprendimiento de la retina, que di a conocer en el Congreso de Leipzig del pasado año.

Bartels no niega esta patogenia, pero cita como caso que la contradice el de un desprendimiento que curó por medio de la técnica de Lindner-Guist en un sujeto con nistagmus; reconoce Bartels que si la soldadura está bien hecha, la adherencia de la retina se mantiene firme, a pesar del nistagmus.

JUICIO COMPARATIVO

Con razón decía Amsler en su trabajo sobre el problema actual de la patogenia del desprendimiento de la retina: "No es fácil desembrollar la madeja de ideas, teorías y doctrinas que nos presentan hoy los especialistas en materia de desprendimiento retiniano." Y es que, además de la confusión ya reinante en este asunto, los resultados terapéuticos de estos diez últimos años ha hecho vivir el problema patológico de esta enfermedad de una manera vibrante, y algunos partidarios de teorías que con estos hechos terapéuticos quedaban malparadas han forcejeado su imaginación, y evolucionando con más o menos habilidad, han expuesto ideas que a veces han complicado más la cuestión.

Sin embargo, la significación de estos hechos terapéuticos, fundados en la técnica de Gonin, es de tal importancia, que ellos por sí solos constituyen el argumento de mayor fuerza en los juicios comparativos a base de los conocimientos que poseemos. Sólo hay unos datos que pueden tener mayor fuerza convincente para aclarar el concepto patológico, que son los exámenes anatomopatológicos de los casos de desprendimiento de la retina reciente; pero ya sabemos cuán escasísimos son los ojos enucleados en estas condiciones.

En lo que casi todos los oculistas estamos conformes es en la patogenia de los desprendimientos de retina en los casos de coroiditis exudativa, retinitis nefrítica y desprendimiento, complicando las afecciones orbitarias. Se trata de una exudación corioidea que levanta la re-

tina. En los casos de desprendimiento llamado idiopático sólo hay unanimidad en reconocer la preferencia en los miopes y en los viejos, cuyas lesiones degenerativas son muy similares y han sido demostradas por Hanssen y Vogt, señalando la fragilidad de la retina y consiguiente facilidad de perforarse. También es aceptada la parte que toma la coroiditis periférica en la formación del desprendimiento de la retina, siendo varios los autores que creen en la frecuencia con que la tuberculosis es su causa.

Aparte de esto, el mecanismo de formación del desprendimiento es muy discutido, mas los éxitos del método obturador de los desgarros da mucha luz sobre el asunto. Hay que reconocer que los desgarros son muy frecuentes y que, cuando las condiciones de visibilidad del fondo son buenas, se los descubre en la gran mayoría de veces, y sólo se descubren pocas veces cuando las condiciones de visibilidad han empeorado (numerosos pliegues de la retina, opacidad del vítreo u otros medios).

La enfermedad no empieza propiamente en el desgarro: el desgarro es una agudización del proceso latente, pero de una gravedad extraordinaria, pues aunque ya hemos citado casos y autores que señalan desgarros sin desprendimiento, la idea de Gonin de que si no se obtura el desgarro no se reaplica la retina, es casi una sentencia. La enfermedad podemos creer que empieza alterándose la retina lenta y progresivamente por efecto de la miopía, o la senilidad, o la coroiditis periférica, o las intoxicaciones generales que han producido una insuficiencia hepática, y sobre todo renal, hasta llegar un momento en que un episodio hace que se rasgue la retina y, por efecto de los movimientos del ojo, tal como personalmente hemos manifestado, y Lindner con sus experimentos ha demostrado, se agranda progresivamente el agujero, pasando el vítreo detrás de la retina. Este momento puede estar determinado o favorecido por una baja de tensión ocular, y ésta a su vez por un trastorno de secreción ciliar, ya de origen tóxico o inflamatorio o emotivo; todos sabemos cuán frecuentes son los casos de desprendimiento de la retina a raíz de disgustos y emociones. Frecuentemente son traumatismos los que parecen producir el desprendimiento. En estos casos, el mecanismo es difícil de apreciar si el trauma no actúa directamente sobre el ojo mismo, y muy a menudo es un golpe con la cabeza contra una puerta o un objeto duro al agacharse o levantarse. En estos casos, como en otros muchos, creo que el mecanismo de producción del desprendimiento sería el siguiente: las lesiones inflamatorias pasadas o presentes, o los procesos degenerativos que han actuado en la retina y en la coroides, producen puntos de soldadura entre estas dos membranas y el armazón del vítreo. En unos puntos la soldadura es firme entre las tres partes, lo cual ocurre en los casos de coroiditis diseminada, en los que los desprendimientos son raros; en otros la retina esta adherida al vítreo y poco a la coroides, porque el proceso ha sido preferentemente retiniano y de poca intensidad. Con ocasión de una sacudida brusca, la violenta vibración hace temblar el vítreo y rompe la retina en un punto en que estaba adherida; pero si la lesión es muy pequeña, puede curar sin desprendimiento; si no cura, lentamente va agrandándose, aunque cuando su tamaño es muy pequeño puede pasar bastante tiempo sin ser advertida, o dando sólo pequeñas molestias de fotopsias y visión de puntos negros, pues el factor movimiento en agrandamiento de los desgarros cuando éstos son muy pequeños actúa muy poco, ya que la masa de vítreo no encuentra bordes prominentes donde chocar al moverse el globo, tal como sucede cuando los desgarros son ya regulares.

La retracción propia de todos los tejidos esclerosados hace que, si la retina perforada estaba esclerosada, los

bordes del agujero se incurven hacia el interior del ojo, y entonces ofrecen mayor superficie de choque contra el vítreo en los movimientos del globo.

Hay que tener presente, en apoyo de lo antedicho, que experimentalmente, cuando se ha producido una irritación de las membranas oculares y la retina no ha quedado desprendida, el vítreo queda muy adherido a la zona de antigua inflamación, lo cual muestran las experiencias descritas en un capítulo anterior.

Además, en las preparaciones de casos recientes de desprendimiento de la retina se ven con frecuencia al nivel de los desgarros pequeñas masas pigmentarias en el tejido de la retina, degenerada en más o menos escala, lo cual señala un proceso previo degenerativo e inflamatorio común a retina y coroides.

El paso del vítreo al espacio retroretiniano cuando hay desgarros de la retina lo muestran evidentemente las preparaciones de ojos de conejos, en los que se ha producido un desprendimiento artificial y se les ha inyectado tinta china en el vítreo, tal como en un capítulo anterior está descrito.

La teoría de retracción del vítreo de Gonin nos parece lógica en los casos de abundante pérdida de vítreo, sobre todo si el armazón queda en tensión desde la herida hasta la retina, en los casos de hemorragias del vítreo con formación de restos fibrosos flotantes y en parte adheridos a la retina; mas creemos es una excepción el caso en que es cierta. Si lo fuese, veríamos a menudo desprendimientos de la retina en los operados de cataratas, que son en mayoría viejos, a los que producimos una hipotensión ocular aguda y que en un tanto por ciento de casos pierden vítreo. También hubiéramos visto muchos desprendimientos de la retina en los casos en que se hacía la aspiración del vítreo según el método de Zur Nedden, que tan en boga estuvo hace ocho o diez años, y que siempre se hacía en vítreos alterados y ojos a veces muy lesionados. Además, el vítreo es un órgano relativamente pasivo; sus cambios los rige preferentemente al cuerpo ciliar, y más probable es que la reducción de volumen de vítreo sea global por disminución de la aportación del líquido que no que su trama se retraiga. La génesis del desprendimiento por retracción del vítreo no explica la evolución corriente de los casos en que el desprendimiento se hace inferior con reaplicación de la retina en la parte superior, pues si aquélla es progresiva, no porque se retraiga la trama del vítreo abajo ha de dilatarse arriba, como en sus esquemas nos muestra Gonin, pues si la trama pesara más que el líquido, que la trama deja en libertad, como cree Gonin, ocuparía preferentemente siempre la parte declive o inferior.

La retracción extrema de la trama vítrea en los ojos enucleados por desprendimiento de retina no reciente tiene escaso valor significativo, pues también creemos que si los casos no son recientes, las alteraciones que han sufrido dichos ojos enmascaran las más de las veces los datos anatomopatológicos primitivos.

Las apreciaciones de Baurmann referentes a la diferencia de tensión pre y retrorretinal nos parece muy bien teóricamente, pero de difícil realización en la práctica. El argumento mismo contra la teoría de la retracción del vítreo, referente a que las operaciones intraoculares no van seguidas de desprendimiento de la retina, lo combate. Para que la retina se desprenda, a pesar de que durante toda la vida está situada entre el vítreo y la coroides, no es sólo necesario que el vítreo le ceda paso; es necesario que la coroides la empuje, y más que nada, necesita estar ella misma muy alterada para ceder a la acción de sus vecinos.

Véanse en apoyo de ello las preparaciones de los casos de desprendimiento de la retina, que forman un capítulo de este trabajo. Llama la atención en la mayoría de los

casos las alteraciones de la retina; son tan intensas, que parece mentira que estando reducida a una delgada lámina no se desgarre con más facilidad; otras veces son zonas extensas de degeneración cistoideas las que caracteriza la fragilidad de la retina. Después de ver dichas preparaciones, no asombran ciertos casos de recidivas postoperatorias.

La llamada congestión ex vacuo de la coroides, que algunos autores señalan en sus doctrinas en favor de la retracción vítrea y exudación coroidea, se produciría asimismo en las operaciones intraoculares, y los enfermos de glaucoma que han tenido la red coroidea sometida a una tensión excesiva no presentan desprendimiento de la retina después de las intervenciones en que la diferencia de presión es notabilísima y duradera.

Lo que sí creo es que muy a menudo las lesiones retinianas son concomitantes a lesiones coroides inflamatorias de tipo insidioso, lento, sin reacción manifiesta, semejando a las iritis sin reacción, pero que con la lámpara de hendidura conocemos por la turbiedad de la cámara anterior y pequeños nódulos en el esfínter o pequeños precipitados en la Descemet, imperceptibles a simple vista. Este estado me ha parecido en muchos casos estar asociado a otros factores (trauma, miopía, senilidad), aun en casos en que el ojo presentaba poca o nula reacción y creó etilogía bacilar en muchos de los casos. Me lo ha parecido por la comprobación de la tuberculosis en algunos de ellos, como los que cito en este trabajo; por el estado general en otros, y por el estado de la retina en algunos en que, aparte de los desgarros, el edema, las hemorragias y el aspecto de las mismas, me parecían estar bajo un estado flogístico, que el desprendimiento agudizaba. Incluso sin desgarro podría haber exudado inflamatorio subretiniano. Este mecanismo sería el más frecuente en los desprendimientos con desgarro en la ora serrata, cuya preferencia por el hemisferio inferior es difícil de explicar; como no sea considerando que el peso del líquido subretiniano se acumula en la parte declive y en los movimiento del globo cuando se levanta la córnea, puede el líquido dirigirse hacia atrás; pero cuando baja la córnea, el líquido presiona el ángulo que ocupa entre la coroides y la ora serrata, favoreciendo su desinserción. Esta patogenia tiene como dato en contra el que en los casos tan frecuentes de desprendimiento de retina inferior, secundariamente, no se producen desinserciones en dicha región. La preponderancia de desgarros en la parte anterior del globo y en la mácula cree Horniker es debida a la analogía en ambas regiones de la red terminal vascular y la capilar. Según él, abundan las terminaciones arteriales serpenteadas, en las que la circulación es más lenta, la acción de los elementos tóxicos circulantes más sostenida, así como más acentuados los trastornos de circulación y de nutrición. Probablemente influye también en que los desgarros no se presentan en el polo posterior, salvo en la mácula y el mayor grueso de la capa de las fibras del nervio óptico, que disminuye progresivamente desde el nervio óptico hasta la ora serrata.

Un factor que ha de influir necesariamente en la forma de los desgarros es la tendencia retráctil de la retina. En general, casi todas las membranas en el cuerpo, cuando se cortan, los labios de la herida se separan en mayor o menor escala, pero cuando los tejidos han sufrido alteraciones de atrofia y fibrosis, la tendencia retráctil es mayor. La retina asimismo se abre al desgarrarse, ya que aquí los desgarros están generalmente abiertos, sobre todo si la retina no está muy desprendida o lo está mucho, formando abombamiento; solamente cuando la retina está muy arrugada y la tendencia retráctil tiene sobrado margen para actuar, no se entreabren los desgarros, o se entreabren y abren según los movimientos del

ojo. Esta tendencia retráctil explica por qué en la observación clínica y en las preparaciones los bordes de los desgarros se incurvan hacia dentro.

Los casos de desprendimiento sin desgarro se explican sólo por estar aislado el espacio retrorretinal del vítreo mediante una zona de soldadura entre la retina y la coroides alrededor del desgarro.

Hay casos de desprendimiento sin desgarro cuando la irritación coroides sea capaz de producir un exudado subretiniano en cantidad. Lo son los que complican la retinitis nefrítica, la coroiditis exudativa y los abscesos orbitarios. En estos casos, según la patogenia expuesta, parece más beneficioso el tratamiento de reposo o el drenaje subretiniano sin perforar la retina.

La forma del desgarro ha de depender principalmente de la disposición de las adherencias entre la retina y el vítreo y entre la retina y la coroides en aquel lugar, pues aunque una vez el vítreo se introduce por los movimientos detrás de la retina, ya la masa vítrea despegga todo lo que encuentra a su alrededor en el momento inicial; las fuerzas son mínimas y la disposición de las adherencias ha de señalar la forma del desgarro. Lo probable es que en un movimiento o serie de movimientos se desgarre la retina en un punto inicial. Si se trata de una zona pequeña de adherencia entre el vítreo y la retina y en su alrededor la retina está relativamente adherida a la coroides, se desprenderá una rodela de la retina tal como vemos flotar a veces en el vítreo.

Si una vez rota la retina en un punto la resistencia desgarrase o la adherencia de la retina a la coroides es más acentuada en un lado que en otro, se seguirá desgarrando por el lado menos resistente y tomará el desgarro la forma frecuente de herradura. La tendencia de estos desgarros a dirigir más frecuentemente sus puntas hacia la periferia me parece que es por seguir la dirección de las fibras nerviosas de la capa de la retina llamadas de las fibras del nervio óptico que siguen esta dirección.

En la periferia hay menos desgarros en herradura, y allá la retina tiene ya también muy pocas fibras nerviosas. Además, los desgarros en herradura tienen lugar generalmente cuando la retina está bastante íntegra. En tales casos, la capa de las fibras del nervio óptico lo está también, e influencia la forma del desgarro.

En la mácula los desgarros son redondos, porque la zona del mínimo grosor, y por ende de mínima resistencia, es circular. Además, en la mácula no hay casi fibras del nervio óptico. Los ensayos de densidad del vítreo y del líquido subretiniano relatados en otro capítulo de este trabajo explican la migración del líquido subretiniano en los casos en que el desprendimiento es inicialmente superior, que son la mayoría. Ello justifica también que pongamos a los enfermos vueltos en la cama o sillón del lado operado, para que el líquido subretiniano tenga su evacuación por las aberturas oculares practicadas.

La densidad aumenta con el tiempo transcurrido; esto en líneas generales. Los estudios sobre composición del líquido subretiniano creo que pueden dar una ligera aclaración patogénica de algunos fenómenos de la evolución del desprendimiento de la retina.

La cantidad de albúmina es escasa en la mayoría de casos al principio; sólo fué cargada en dos casos al principio, y por cierto, el desprendimiento por desinserción en la ora serrata, en jóvenes, lo cual afirma mi opinión de que en estos casos el origen es coroides y de naturaleza inflamatoria (y a mi modesto modo de ver, probablemente tuberculosa). La escasa cantidad de albúmina en la mayoría de los casos habla en favor del origen vítreo del líquido subretiniano.

Mas, como decíamos en nuestro trabajo ya citado, de

Remineralice con

JARABE de FELLOWS

HIERRO

SODIO

POTASIO

FOSFORO

MANGANESO

CALCIO

para contrarrestar la merma de minerales tan marcada en tales infecciones agudas como: bronquitis aguda, coriza, la debilidad de la vejez, y las condiciones post-operativas.

El Jarabe de Fellows contiene todos los elementos esenciales en cantidades científicamente proporcionadas. El metabolismo defectuoso de las células ocasionado por la merma de minerales, se contrarresta rápidamente supliendo estos elementos en una forma que el cuerpo pueda asimilar con prontitud.

El Jarabe de Fellows lo hace rápida y eficazmente. Por eso es la preparación de más valor para estas condiciones.

Dosis que se sugiere: Una cucharadita tres veces al día bien diluida en agua.

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

OROTERAPIA DE LA TUBERCULOSIS

CRISALBINE

EN INYECCIONES INTRA-VENOSAS

THIOSULFATO DOBLE DE ORO Y DE SODIO
AMPOLLAS DOSIFICADAS A 0,05, 0,10, 0,15, 0,20,
0,25, 0,50, DE PRODUCTO PURO CRISTALIZADO

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA**

MARQUES POULENC F^{res} & USINES DU RHÔNE - 21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS (8^e)



Inofensivo y de una Pureza absoluta

**CURACION
RADICAL
Y RÁPIDA**

(Sin Copaiba — ni Inyecciones)

de los Flujos Recientes ó persistentes

PARIS, 8, Rue Vivienne y en todas las Farmacias

Exigir la Firma

Santal Midy

Sobre el rótulo

Exigir el Nombre



Sobre cada cápsula



**EXTRACTO
DE
MALTA**

“EUMALT”

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

SIMPLE BLANDO y POLV.
C/HIPOFOSFITOS »
C/HEMOGLOBINA »
C/PEPSINA Y PANCREATINA »
C/YODURO FERROSO. »
C/ACEITE HIG. BACALAO. »
C/ACEITE HIG. BACALAO E HIP. »

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

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

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

hace cerca de dos años: "La coroides y el vítreo serían órganos incompatibles", y cuando el vítreo penetrara bajo la retina por una parte, la coroides reabsorbería su parte líquida, por lo cual bajaría la tensión ocular; mas obrando el líquido subretiniano como elemento extraño, asimismo puede provocar irritación corioidea, con la consiguiente exudación albuminosa, que es la que encontramos en líquido subretiniano a medida que avanza el tiempo.

Por ello, hay que ser prudentes en interpretar la congestión corioidea de ciertos ojos enucleados con desprendimiento de la retina, pues si bien puede ser primitiva, también puede ser secundaria a la irritación que el contacto del vítreo produce, y el hecho comprobado de que los análisis del líquido subretiniano demuestra aumento de la cantidad de albúmina a medida que pasa más tiempo, es significativo de la irritación corioidea en aumento. Mas los análisis citados indican que en casos antiguos se encuentra el líquido subretiniano con poquísima albúmina, como la que tiene el vítreo normal. Ello es prueba de que la coroides no está ya irritada, seguramente por atrofia, pues las preparaciones de ojos con antiguo desprendimiento de la retina muestran una marcada atrofia de la coroides.

Estos hechos, basados en análisis de albúmina que, *grosso modo*, por ebullición, todos los colegas pueden comprobar, explican una porción de hechos clínicos. Así, los fenómenos irritativos de ciertos casos (uveítis con hipotonía) son posiblemente debidos a una coroiditis por irritación del líquido subretiniano. La dificultad de curación de los casos antiguos puede ser debida a la falta de condiciones de reabsorción de la coroides, aunque se cierre el desgarro, o bien por estar inflamada (los casos con reacción ocular son difícilísimos de curar), o bien por estar atrofiada (casos antiguos). Por los datos citados antes se deduce que, en general, el pronóstico es peor cuando el líquido subretiniano está cargado de albúmina; pero es regla general que debe precisarse con más experiencia, pues en dos casos recientes de desgarro en la ora serrata con líquido subretiniano cargado de albúmina, se obtuvo la curación por medio de operación.

Quizá la conducta terapéutica pueda orientarse en el análisis rápido del líquido subretiniano hecho durante la operación; mas estas consideraciones nos alejarían del objeto de nuestro trabajo, que, dada la naturaleza del tema, es muy extenso, a pesar de la brevedad obligada. Lo que sí se vislumbra es que en esta enfermedad tenemos mucho por investigar, y que con el fruto de las investigaciones es de esperar será posible mejorar todavía los resultados que obtenemos.

Notas prácticas de aparato digestivo

POR EL

DR. J. LUIS-YAGÜE Y ESPINOSA

LOS ENEMAS COMO PROVOCADORES DE NÁUSEAS

La evacuación del contenido gástrico se hace precisa en bastantes ocasiones, por la naturaleza de la dolencia, sintomatología penosa de ésta, sustancias contenidas en el estómago, etc., etc.; y si bien en los más de los casos suele ser sencilla de provocar por los procedimientos conocidos de tilación uvular o ingestión de agua salada, mezclada con aceite o sencillamente caliente, y aun llegando, si precisa, el cateterismo evacuador, con o sin lavado, en algunos, la práctica se hace imposible, sobre todo cuando existe negativa del sujeto a abrir la boca. Es evidente que entonces se puede llegar a forzarle, mediante el empleo del abre bocas y la violencia, siempre recusable, o proceder, como más sencillo, a la introducción en

el estómago, mediante cateterismo nasal, de una solución emetizante, y aun llegar a la inyección subcutánea de cloruro de apomorfina, emético parenteral valiosísimo; mas ambos procedimientos pueden no ser aplicables en el momento preciso, por carencia de sonda o necesidad de recurrir a la fuerza en el primero y tratarse de niños menores de cinco años o faltar el medicamento, difícilmente conservable por su fácil oxidación, en el segundo.

Entonces puede recurrirse, con grandes probabilidades de éxito, al efecto emetizante de los enemas altos y a presión, que originen el reflejo cologástrico, y, aun por contigüidad, el antiperistaltismo gástrico. Para ello es aconsejable la administración, en primer término, de un enema salino, como más fácil de procurarse la mezcla, a partes iguales, de 250 a 325 c. c. de agua purgante sulfatado-sódico-magnésico (Loeches, Carabaña, Coslada, Rubinat), frecuentemente hallables entre las medicinas caseras habituales, con agua común, a presión de un metro, sobre la cama, y de fracasar éste, recurrir al enema oleoso, de un litro, a partes iguales, templado, y a mayor presión, conforme a técnica expuesta (1), proceder único para los niños, sin salino previo, reduciendo las cantidades según la edad.

En las más de las veces, el mismo enema origina la producción de náuseas, pero en otras la presión de la prensa abdominal, al tratar de expulsar la irrigación, determina la evacuación gástrica. Y el enfermo rebelde se ve entonces obligado, contra su voluntad, a abrir la boca, salvo en los casos de trismus, en los que no debe usarse tal procedimiento, ni aun la evacuación gástrica, por los graves riesgos de asfixia que ofrece.

La producción de náuseas por medio de enemas nos obliga a llamar la atención sobre otros aspectos con ellos relacionados. Suele ser frecuente, y quizá con excesiva premura, el consejo a la prescripción de una irrigación intestinal para evidenciar la existencia de una sospechada hemorragia del tractus digestivo medio (esófago, estómago, duodeno, yeyuno), mediante la presentación de melena, y determinando aquella movimientos gástricos, de intensidad relacionada con la zona intestinal donde actúe y calidad del excitante, vulnerar el reposo del órgano, primer factor básico esencialísimo en el tratamiento de la hemorragia gastroduodenal, perjudicando la fase inicial de cicatrización de la lesión (2), y aun determinando la producción de vómitos, que pueden ser hemáticos, con el peligro y la alarma consiguiente del enfermo, sus familiares y hasta el mismo médico.

Uno de los tratamientos aconsejados a los hepáticos, insuficientes y, sobre todo, obstruidos coledócicos, por colangitis o litiasis, son los enemas intestinales, en estos últimos, frescos o más bien fríos, y es frecuente observar la producción de náuseas, y aun de vómitos, con su empleo, sin ningún beneficio ostensible para el enfermo y sí con grandes molestias, y hasta peligros graves.

De modo empírico se venía aconsejando que las irrigaciones intestinales, tan usadas y hasta abusadas en las septicemias de tal puerta de entrada, se aplicasen distanciadas de las tomas de alimento, por temor a que pudieran cortar la digestión, sin parar mientes que algunas de ellas determinaban en unos enfermos fenómenos náuseos, que en unos solían ir acompañados de vómitos y en otros de malestar gástrico indefinido, ocasionado, indudablemente, por formación de ondas antiperistálticas.

Cuando los familiares, generalmente femeninos, emplean en los niños pequeños las irrigaciones intestinales, puestas con depósito siempre excesivamente elevado, en

(1) «Sobre técnica de los enemas oleosos.»—EL SIGLO MEDICO, 1 agosto 1931.

(2) «Empleo de los enemas como denunciadores de una hemorragia digestiva.»—EL SIGLO MEDICO, 6 junio 1931.

lugar de enemas aplicados con pera de goma, o si la inyección se ha efectuado con algo de violencia, el enfermo devuelve lo que aún conserva en su estómago, ingerido o regurgitado, manifestando sus molestias por inquietud, llanto y pataleo, que se atribuyen erróneamente a la defensa propia contra el enema.

Tales son las ventajas e inconvenientes que ofrecen los enemas o irrigaciones intestinales como productores de náuseas.

LAS MANZANAS COMO ANTIDIARREICO

Hace ya bastantes años que nos hablaron, en diferentes ocasiones, aldeanos de las regiones norteñas españolas, de los efectos de las manzanas ácidas para cortar las diarreas, aun en cierta población serrana próxima a la capital, renombrada por este fruto, donde hubimos de pasar los veranos de nuestra adolescencia, nos recominaban los hortelanos el que comiésemos manzanas aún no bien maduras, muy celebradas por su dulzor en la madurez, porque nos servirían de tapón intestinal; y, al contrario, si bebíamos después agua en alguno de los manantiales tan gratos y próximos a las huertas, nos ocasionaría diarrea. El efecto astringente era siempre achacado al ácido del fruto.

De aquí nuestra sorpresa cuando algunos años después Moro dió a conocer su cura de manzanas para el tratamiento de las diarreas infantiles; y este autor, cual otros que le precedieron, probablemente no hizo más que recoger consejos populares, aplicándolas empíricamente a la terapéutica.

Relacionando nuestros recuerdos, casi infantiles, con lecturas científicas más recientes, procedimos a cierta sistematización en la apreciación de resultados, e interrogamos a cuantos enfermos pudimos sobre el efecto de las manzanas en la diarrea, observados en sí o recogidos de sus convecinos, llegando hasta tratar de efectuar la cura en nuestra residencia, adonde el fruto no llega en todas las condiciones apetecibles de sanidad, madurez y frescura, ni se puede conseguir en todo tiempo; mas no tratamos nunca a niños, porque nos dió reparo el ensayo de un proceder todavía no perfectamente sancionado por la ciencia, que pudiera determinar perjuicios en algunos casos, por defectuosa preparación en manos familiares poco capacitadas. Desde luego, que procedimos a su administración cruda, en pequeños trozos mondados, sin proceder a la trituración mediante el rallado, y no como alimentación exclusiva, sino complementaria, sobre todo de primero o segundo desayuno, merienda y como postre. Los resultados conseguidos en las enterocolitis a frígore, por ingestión de bebidas frías, las de mayor frecuencia, a nuestro juicio las únicas indicadas sintomáticamente, pues en las demás debe eslabonarse tratamiento en relación con el diagnóstico etiológico, fueron satisfactorios, sin manifestaciones secundarias molestas ni perjudiciales, pero no quedamos plenamente convencidos de su eficacia y, sobre todo, de la necesidad de su existencia.

Con posterioridad ha surgido en el mercado un preparado comercial, y, ante éste, sí que hemos reaccionado, porque sin superación a lo natural, salvo la posibilidad de empleo en todo tiempo, encarece la cura y las dificultades de su conservación en climas excesivamente cálidos como los nuestros, ofrece peligros para la salud, sobre todo la delicada infantil.

Y recurrimos de nuevo a nuestros clásicos procederes dietéticos antidiarreicos, sin empleo de fármacos en los más de los casos, encantados de los buenos resultados conseguidos: horchatas de arroz aciduladas con zumo de limón e ingeridas fuera de comidas, cocimientos de arroz y pan (tisana), agua panada, agua albuminosa, papillas espesas de harinas de arroz (rizonutrina, sopa

de nieve), hechas con caldos desgrasados, harinas corrientes no laxantes (ni avena, ni cacao) y en los casos de máxima resistencia de la diarrea, cocimientos de bellotas tostadas (café de bellotas), dos o tres tazas al día, siempre con suspensión absoluta en la alimentación de leche, huevos y carnes.

De modo que nuestro juicio sobre la cura de manzanas en la diarrea quedaría sintetizado:

Es un buen tratamiento dietético, exclusivamente sintomático en los adultos, sin contraindicaciones, cuando hay posibilidad de emplearlo con frutos ácidos, frescos, sanos y maduros.

No existen motivos que aconsejen su industrialización, y sí más bien la recusan.

Es superado por la terapéutica doméstica de horchatas de arroz acidificadas con zumo de limón y, en último término, con el cocimiento de bellotas tostadas.

BIBLIOGRAFIA

RADIODIAGNÓSTICO DE LA INFANCIA, por los Dres. *Manuel y Francisco Arce*, radiólogos del Hospital del Niño Jesús, Clínica de Pediatría de San Carlos y Asilo de San Rafael.

La obra de los eminentes radiólogos Dres. M. y F. Arce, que está en publicación, es, sin disputa, única y viene a llenar un vacío en nuestra patria, pues resulta un tratado completo de radiodiagnóstico, en que se exponen en magníficas radiografías, sacadas de sus numerosas consultas, para que sirvan al pediatra, médico general y estudiantes de Medicina como medio auxiliar en los casos clínicos. Ya hemos dicho en otra ocasión en esta revista que lo más positivo en Medicina era la observación clínica y la anatomía patológica. El laboratorio y la radiografía no son más que medios auxiliares, muy importantes en ocasiones, pero que conducen a falsas interpretaciones otras veces, cuando se las quiere colocar preponderantemente en primer lugar. En el estudio de las fracturas, cuerpos extraños, etc., la radiografía nos presenta la lesión sin que quepa la menor duda, de una manera perfecta; en las demás lesiones viscerales es muy difícil su exacta interpretación, y suele conducir con mucha frecuencia a lamentables equivocaciones.

Esta obra que nos ocupa constará de cuatro tomos, con un total de más de 1.600 páginas y 1.000 notabilísimas radiografías. El primer tomo, que tenemos a la vista, está dedicado a las extremidades inferiores; el segundo, a las superiores; el tercero, al cráneo, columna, costillas, aparato digestivo y urinario, y el cuarto, a corazón y pulmones.

El primer tomo (ya publicado) es verdaderamente notable, que honra a sus autores y a la casa editora que lo publica con magnífico papel, radiografías claras y demostrativas, que nada han perdido de las magníficas *negatoscopias* obtenidas en la radiografía por tan ilustres radiólogos. Creemos que esta obra no debiera faltar en la biblioteca de todo médico; a los especialistas les es indispensable, y merecedores los autores del apoyo que la clase médica debe a los compañeros que así honran la literatura médica de nuestro país.

DR. B. HERNÁNDEZ BRIZ

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

GADRAT. *El tratamiento raquídeo de la tabes por los arsenobenzoles.*

Refiere el autor en este trabajo los resultados obtenidos con el tratamiento intrarraquídeo de ocho tabéticos, con fenómenos dolorosos, periféricos o gástricos y

en los cuales el tratamiento intensivo por el mercurio o el arsénico no había proporcionado ningún resultado.

Estos enfermos fueron sometidos a inyecciones raquídeas de sulfarsenol a dosis que oscilaban entre 1/2 y 1 miligramo y 1/2 por sesión disuelto en suero fisiológico. Las inyecciones se espaciaban de diez a quince días y repetían de dos a cinco veces.

En la mayoría de los casos estas inyecciones han ido seguidas de dolores intolerables, que en muchas ocasiones requirieron el empleo de la morfina. En un caso después de la segunda inyección se presentó una retención de orina que se prolongó durante doce días.

En dos casos los dolores han desaparecido radicalmente y de un modo definitivo, mes y medio después del comienzo del tratamiento lumbar. En otros cinco casos los enfermos no consiguieron ninguna mejoría. Y en el último, en la tercera inyección, se produjo una parálisis total que acabó con el enfermo en un mes.

Este método, por lo tanto, proporciona resultados muy aleatorios y entraña ciertos peligros. Sin embargo, numerosos autores han señalado mejoras de los dolores fulgurantes o gástricos empleando 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.)—TOMÉ.

OBERMAYER. *Eczema debido a una hipersensibilidad al caoutchouc.*

Refiere el autor la observación de un médico que fue atacado de un eczema vesiculoso después del empleo de guantes o condones de goma. Tratóse de precisar cuál era el agente nocivo para la piel, pudiéndose eliminar el caoutchouc bruto y las sustancias químicas empleadas para prepararle.

Llegóse a la conclusión de que el agente nocivo se encontraba entre las sustancias empleadas durante la vulcanización del caoutchouc y entre ellas únicamente el cloruro de azufre (C₂S₂) dió resultado positivo. Todas las sustancias que no contenían este cuerpo se mostraban constantemente negativas.

Intentóse entonces neutralizar la acción irritante de esta sustancia por los álcalis. Tratando los guantes con una solución al 4 por 100 de hidróxido de sodio, la acción irritante de los guantes desapareció y el médico pudo emplear de este modo los guantes sin padecer eczema. (*Arch. of Der. and Syph.* Tomo XXVII. Número 1.)—T. B.

MAC BRYDE Y THOMPSON. *Meningitis y dermatitis causada por una nueva variedad de blastomiceto.*

Trátase de un enfermo de veintiocho años que en 1930 había padecido una dermatitis blastomicótica del antebrazo y del puño. En diciembre de 1931 ingresó en el hospital con signos de meningitis, muriendo en cama cuarenta y seis días después del comienzo de estos accidentes.

La autopsia demostró la existencia de una blastomycosis pulmonar y meníngea. El hongo pudo ser cultivado partiendo de las lesiones cutáneas y del exudado meníngeo. Se le encontró igualmente en vida en el L. C. R., pudiendo ser cultivado partiendo de éste, la orina y la sangre.

Se trataba de un *Endomyces capsulatus* var. *isabellus*, siendo patógeno para el ratón, conejo y cobaya. (*Arch. of Der. and Syph.* Tomo XXVII. Núm. 1.)—T. B.

GAMMEL Y MORITZ. *Monosporosis experimental.*

El monosporium, llamado también *scedosporium aleurisma*, es un hongo que se encuentra en ciertas micosis

del tipo del pie de Madura en Italia, Brasil, Argel, Paraguay y Estados Unidos de América.

Los cultivos de monosporium apiospermum observados en dos casos de pie de Madura de América del Norte, fueron inyectados en la articulación de la rodilla del conejo, produciendo una artritis primero aguda, después crónica, que se desarrolló con alteración de la sinovia, cartilago, hueso y tejido periarticular, produciendo abscesos y granulomas en los que pudo encontrarse esporos e hiphes.

Una artritis semejante pudo ser producida experimentalmente en el conejo por la inyección de actinomyces asteroides, pudiendo distinguirse únicamente por el examen del hongo.

Estas experiencias establecen, por lo tanto, la acción patógena del monosporium apiospermum. (*Arch. of Der. and Syph.* Tomo XXVII. Núm. 1.)—T. B.

SCHAUMANN Y INTROZZI. *La etiología de las alteraciones de los órganos hematopoyéticos del lupus eritematoso agudo.*

En este trabajo, profusamente ilustrado con láminas en color, refieren los autores cuatro observaciones de lupus eritematoso agudo. Tres de ellos pudieron ser estudiados post-mortem, comprobándose lesiones en los ganglios linfáticos, las amígdalas, bazo y medula ósea. En el cuarto caso, los ganglios epitrocleares, único órgano linfático que pudo ser examinado, estaba igualmente afectado. En dos de estos enfermos pudo encontrarse en la sangre un bacilo no ácido resistente que representaba sin duda en opinión de los autores una forma de bacilo de Koch.

Como consecuencia de estas comprobaciones, estiman que el lupus eritematoso agudo no es exclusivamente un proceso cutáneo, sino que debe ser considerado como un fenómeno de una enfermedad sistematizada de naturaleza tuberculosa, pudiendo manifestarse por la presencia del bacilo en la sangre y en la que existen localizaciones, sino siempre macroscópicas, por lo menos microscópicas en el aparato hematopoyético. Estas localizaciones pueden revestir unas veces la forma clásica de la tuberculosis y en otras la de un tejido granulomatoso, pudiendo recordar el de la granulomatosis maligna. (*Haematológica.* Tomo XII. Núm. 7.)—T. B.

ALONSO PRESA. *La crisis epiléptica en relación con los fenómenos naturales cósmicos y geofísicos.*

Sobre tan interesante tema he aquí las conclusiones que desarrolla el joven profesor Dr. Presa:

1.^a Las fases lunares parecen ejercer una influencia, con preferencia sobre los accesos motores.

2.^a Las perturbaciones de la fotosfera solar obrarán, por el contrario, sobre los equivalentes epilépticos, trastornos circulatorios, neuroviscerales, cenoestopáticos, caracterológicos.

Termina diciendo, que acción como la de tales astros no se puede afirmar por breves estudios, y hace votos y enardece a otros autores a proseguirlos. (*Bahía Médica*, octubre, 1932).—J. H.

GARNO Y PIAGGO. *Taquicardia y polipnea de esfuerzo secundaria a la frenicectomía izquierda.*

Después de la observación de muy numerosos casos, realizan las siguientes conclusiones los autores.

1.^a Una vez practicada la frenicectomía izquierda puede verse cómo se desarrolla un síndrome que se halla caracterizado por una taquicardia sinusal constante y regular a más de polipnea de esfuerzo muy marcado.

2.^a Este síndrome es excepcional, si bien tiene im-

portancia debida a que compromete las actividades funcionales orgánicas en forma seria.

3.^a Para que este síndrome se desarrolle es necesario que a la acción del desequilibrio nervioso y de perturbación mecánica que produce la frenicectomía se añada un terreno de desequilibrio, vago simpático, constitucional o adquirido y preexistente a la intervención. (*Revista de Tuberculosis*, del Uruguay, noviembre-diciembre, 1932).—J. H.

C. MADERNA. *La cloruremia en la dermatología.*

En cerca de 95 enfermos de la piel, Maderna ha realizado la observación y el estudio de los cloruros en su plasma sanguíneo; de estos enfermos, 45 lo eran de eczema—diversos—, 14 de psoriasis, 15 de lupus simple, dos de eritematoso, seis de pitiriasis versicolor, cuatro de pénfigo, y cuatro de acné (tipos diversos).

Afirma que, en términos generales, las cifras de cloruro sódico en sangre y orina son normales en aquellas afecciones que reúnen la cronicidad y la circunscripción de sus lesiones. Pero en las de carácter agudo y lesiones difusas se hallan aumentadas las cifras en sangre y disminuidas en la eliminación urinosa.

Este aumento y disminución será tanto más evidente cuanto más gravedad y difusión encierre la lesión. (*La Riforma Medica*, 11 de marzo, 1933. Nápoles).—J. H.

A. RAVINA. *Tratamiento del reumatismo articular y muscular por la histamina y sus derivados.*

La histamina, en abril de 1931, se aconseja, por Deszö Deustch, como tratamiento del reumatismo muscular. En la misma fecha, Paolo Jacchia dice haber obtenido buenos resultados con inyecciones cutáneas de medio miligramo de estricnina. Son numerosos los trabajos posteriores, especialmente en Alemania y en Austria, que sostienen la misma opinión.

Las afecciones, mejoradas por la histamina, son las formas agudas o subagudas del reumatismo articular y muscular, es decir, los accidentes reumáticos mejorados o curados por el salicilato de sodio. La histamina carece de acción sobre los reumatismos tuberculosos, sífilíticos, diatésicos o endocrinos.

Los éxitos en las afecciones reumáticas por los amasamientos las cataplasmas, los baños de barro, de aire caliente y la diatermia serían debidos a que estos procedimientos liberan, a expensas de las células cutáneas, sustancias histamínicas vasodilatadoras.

Además, parece existir en el reumatismo un desequilibrio histamínico determinante de trastornos circulatorios, que ceden transitoria o definitivamente a la dilatación de los capilares y vasos pequeños.

Parece, pues, que la acción de la histamina en el reumatismo articular y muscular dependería de reacciones vasculares. A la inyección de histamina sigue un aumento de la temperatura en superficie y profundidad, que llega a persistir diez horas; fenómenos acompañados de trasudación intercelular y aceleración de la desproporción líquida. Provoca dilatación vascular; activa la circulación local; provoca la reabsorción de los exudados y la eliminación de los desechos del metabolismo patológico acumulados por el éxtasis sanguíneo.

La histamina en las afecciones reumáticas modificables por el salicilato sódico se emplea: en inyección subcutánea, en inyección intramuscular y, para Deutsch, sería la ionización el modo más activo; Ebbeke señala la posibilidad de introducir el cation histamina en la piel humana por medio de la corriente galvánica.

El tratamiento por inyecciones subcutáneas ha dado

buenos resultados, especialmente en las manos de Jacchia, que ha tratado casos de poliartritis aguda febril. Inyecciones, en dosis de medio miligramo de clorhidrato de histamina; un tercio de miligramo en los jóvenes con estado general mediocre. Por prudencia, Jacchia no ha tratado hipotensos ni cardíopatas. Los resultados han sido favorables, y las reacciones, variables con los sujetos, son de ordinario rápidas y poco molestas.

Después de la inyección subcutánea de clorhidrato de histamina, de ordinario, hay enrojecimiento de la cara con ligera cefalea; los dolores articulares y musculares disminuyen, así como se atenúa la inmovilidad y el enfermo puede hacer movimientos activos o pasivos extensos sin dolores o muy atenuados; el sueño es posible; la contractura muscular desaparece; la mejoría dura tiempo variable.

En casos, basta una sola inyección para la mejoría definitiva; de ordinario el efecto persiste uno o dos días, y en los casos muy graves, sólo horas. El efecto de la medicación no se agota y nuevas dosis proporcionan los mismos resultados.

Puede decirse que el clorhidrato de histamina es preciosa ayuda en el tratamiento salicilado. Los resultados son buenos si se inyecta la histamina en los tejidos periarticulares o intramuscularmente, en dosis fraccionadas. Los mismos efectos se obtienen, pero más lentamente, al inyectar histamina por vía intradérmica en las proximidades de la región dolorosa o por ionización.

La histamina en el reumatismo articular y muscular es una medicación esencialmente sintomática, que no dispensa de la administración clásica del salicilato de sodio. (*La Presse Medicale*, París, 1.^o abril, 1933. Núm. 26, pág. 519).—M. A. C.

W. MENGERT. *Relación entre el peso del recién nacido y el metabolismo de la madre.*

A causa de estar o permanecer ocultos los factores que verifican su influencia sobre el desarrollo intrauterino y el peso del feto en el acto de nacer, a pesar de las investigaciones numerosísimas practicadas tanto en la mujer como en los animales dedicados a las experiencias de laboratorio. Se ha visto y comprobado por todas ellas que el peso de la madre, la dieta, la edad, la posición social, el estado del padre y el estado vitamínico no actúan sobre el peso del recién nacido. Su determinación del metabolismo en las gestantes ha sido hecha en 212 y las ha dividido en su relación con el peso del niño en seis grupos. (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, junio, 1933).—H. S.

F. CASANOVA Y C. D'IGNAZIO. *Endocarditis vegetante aórtica por brucella melitense.*

La endocarditis séptica por brucella melitense es de extrema rareza en clínica; excepcional su localización sobre corazón y riñón.

En un caso clínico, que recientemente hemos observado, hemos visto lesiones producidas por el brucella melitense sobre corazón y riñón, especialmente sobre aquél.

Hombre de treinta y ocho años; siempre ha bebido leche de cabra; buen estado general; fiebre ondulante en 1926. Proceso que se inicia con hepatoesplenomegalia, aumento ligero del área cardíaca y en punta, se ausculta un soplo sistólico.

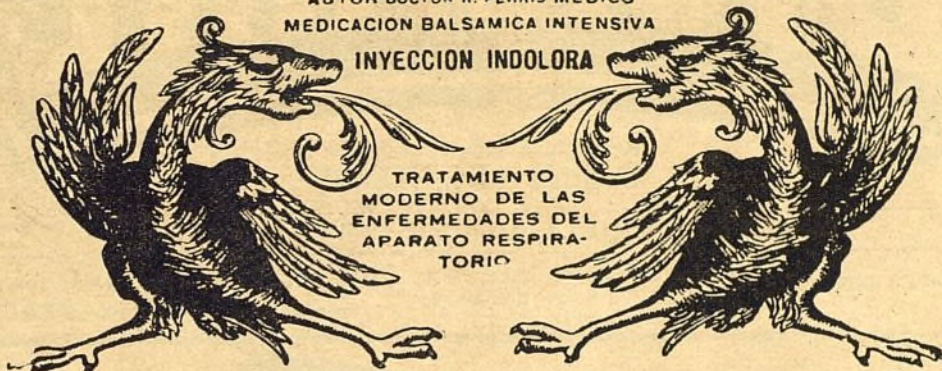
El enfermo ingresa en un servicio hospitalario; es diagnosticado, sucesivamente, de gripe, de fiebre tifoidea, y en el que permanece cuatro meses sin mejoría. A las tres semanas de iniciación del proceso, accesos

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

1

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

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

Neyol n.º 2
Antifímico

2

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

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

Neyol n.º 3
Niños

3

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

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

Neyol n.º 4
Procesos agudos

4

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

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

Neyol n.º 5
Antiasmático

5

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

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

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

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

SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS

Asociación
gitalina - Uab



Reemplaza con ventaja la
Digital y Digitalina

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas
PARIS VI.^e

Muestras y
literaturas:

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



DESTILERIAS

ADRIAN-KLEIN S.A.
BENICARLÓ (Castellón)



Suero anti-asmático de Heckel

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

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

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

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

SUERO ANTIAISMATICO DE HECKEL

basta para hacer cesar el espasmo.
La crisis de asma causada por la excitación del
neumogástrico cede inmediatamente por la inyec-
ción del Suero Antiasmático de Heckel, por excita-
ción del gran simpático.



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)

diarios de fiebre intensa, cefalea y sudores abundantes; cuadro al que pronto se añaden intensos dolores en región lumbar con irradiaciones abdominales. Sobre piel existen lesiones purpúricas, con localización predominante en miembros inferiores; petequias, también visibles en la cara inferior de la lengua. Disnea, anemia y leucopenia. Hemocultivo positivo al brucella melitense.

La muerte ocurrió de manera brusca a los seis meses de enfermedad. En la autopsia se encontró una endocarditis vegetante, ocupando las valvas aórticas, obstruyendo casi el orificio.

Es de interés un suerodiagnóstico positivo para fiebre tifoidea al iniciarse la enfermedad, a los pocos días de iniciarse la fiebre melitense. Positividad, fácilmente explicada por una vacunación artificial precedente. (*Minerva Médica, Torino*, 18 agosto, 1933. Año XXIV. Vol. II, pág. 209).—M. A. C.

GEORGES BERNARD. *La acción terapéutica de los baños de mar.*

Comienza el autor por exponer los elementos físicos y químicos que intervienen en los baños de mar, pasando revista a continuación a la acción que ejercen sobre la temperatura—elevación o descenso, según la duración del baño—, sobre el aparato circulatorio—elevación de la presión sistólica, descenso de la diastólica, taquicardia—, sobre la respiración—mayor profundidad de los movimientos inspiratorios—, sobre el metabolismo—elevación del mismo—, sobre el aparato urinario—aumento de la diuresis—, sobre el sistema nervioso—excitación—, sobre el aparato digestivo—estímulo del apetito y estreñimiento—. En los niños, termina diciendo que, pueden emplearse con beneficio a partir de los cuatro años, siempre que sean de corta duración.—(*Le Progrès Medical*. Núm. 33, 19 agosto, 1933.—J. H.

J. KABELIK. *Empleo terapéutico del hiposulfito de sodio.*

Se emplea en algunos procesos: estados anafilácticos y anafilactoides, eczemas, asma, intoxicación por salvarsán y, recientemente, en la pelagra, y como antídoto de intoxicaciones por arsénico, mercurio, bismuto y de venenos, como el ácido cianhídrico.

Parece que su acción es de protección coloidal: acción eucoloidal. Esta hipótesis nos ha llevado a su empleo en una serie de afecciones, donde hemos obtenido excelentes resultados.

Es como Trapl, por nuestra indicación, ha empleado el hiposulfito sódico por vía intravenosa, en la eclampsia, estados preeclámpsicos, vómitos incoercibles y, en general, en las toxicosis gravídicas.

Considerando que en las quemaduras graves, los efectos tóxicos primarios son resultado de trastornos del estado coloidal del suero, el empleo del hiposulfito sódico en los primeros días del accidente, y por vía intravenosa, repetido varias veces al día, calma los dolores, se opone a la intoxicación e interviene en el metabolismo del azufre. Tratamiento por vía intravenosa que no excluye el tratamiento local corriente de las regiones quemadas.

Empleamos los hiposulfitos de sodio, de magnesio, de calcio, sus sales de cobre, de plomo. En la solución existe siempre un exceso de hiposulfito sódico. En general, inyectamos dos gramos de hiposulfito y dos gramos de glucosa. La dosis tóxica de hiposulfito empieza a los cuatro gramos por kilo de peso, es decir, 200 a 300 gramos para un hombre adulto.

En las preparaciones de cobre y de plomo, las dosis de los metales no pasan del centigramo.

Las inyecciones son intravenosas; también pueden ser utilizadas por vía intramuscular y aún debiera ensayarse la rectal y la intraperitoneal en los animales.

Por vía bucal se emplearán los hiposulfitos en píldoras gelatinadas de 0,25 gramos, dando de seis a ocho o más al día.

El hiposulfito cálcico puede emplearse en la quimioterapia cálcica.

El hiposulfito de magnesio en los estados anafilactoides y anafilácticos, y en especial en los estados de eclampsia. (*La Presse Medicale*, París, 23 agosto, 1933. Núm. 67, pág. 1.316).—M. A. C.

BODE. *Las reacciones cutáneas atípicas a las picaduras de los mosquitos.*

Siemens, en Holanda, y Genner, en Dinamarca, han descrito casos de dermatitis ampollosa, no mencionada aún en la literatura, caracterizada por un pequeño número de elementos ampollosos redondeados, que pueden alcanzar el tamaño de una nuez y que contienen un líquido, primero seroso y luego purulento. Las ampollas están rodeadas de una zona eritematosa insignificante. El prurito es nulo o por lo menos muy moderado. Muy rápidamente, en el curso de veinticuatro horas, alcanzan los elementos ampollosos su tamaño definitivo. Se localizan en las partes descubiertas y aparecen, sobre todo, durante el verano.

El autor de este trabajo refiere los dos primeros casos de este género observados en Alemania. Trátase de dos hermanas de diecisiete y veintiún años, que desde hace tres años, durante todos los estíos, presentan lesiones ampollosas, así como numerosas picaduras de mosquitos sobre las piernas y las manos.

Es precisamente a estas picaduras de mosquitos a las que atribuyen estas lesiones. los autores que han descrito esta enfermedad.

Para confirmar esta hipótesis ha macerado el autor en suero fisiológico algunas cabezas de *Culex pipiens* y ha efectuado a las dos hermanas intradermos. Al cabo de media hora ha aparecido una pápula urticariana de 5 mm. de diámetro, muy pruriginosa, que aumentó rápidamente de tamaño en veinticuatro horas, acompañándose de una vesícula de contenido seroso.

Es digno de señalar que la misma intradermo no produce en los testigos más que una pápula urticariana que desaparece en cuarenta y ocho horas. De esto se deduce, por lo tanto, que es preciso un estado alérgico particular para que se produzca una lesión ampollosa después de la picadura del mosquito. (*Der. Woch.* Tomo XCVI. Núm. 1.)—T. B.

BENDER. *Un caso de dermatomiositis.*

Ha observado el autor un interesante caso de dermatomiositis en un hombre de cincuenta y cinco años, que se quejaba de dolores musculares en diversas partes del cuerpo, observándose infiltrados, más o menos perfectamente limitados en los músculos, que desaparecían rápidamente o perduraban durante muchos días, siendo siempre muy dolorosos.

La piel muestra frecuentemente un eritema simple, infiltraciones claramente limitadas y a veces vesículas de un contenido purulento o hemorrágico. Puede existir fiebre durante algunas semanas. Los leucocitos están disminuidos. La tolerancia a la sacarosa está aumentada (300 gr. sin determinar glicosuria en lugar de 100).

El diagnóstico de la dermatomiositis se plantea con latríquinosis, si bien la ausencia de triquinas en los músculos y de eosinofilia sanguínea permite fácilmente eliminar este diagnóstico.

Como factores etiológicos de la dermatomiositis se han

señalado el enfriamiento, el reumatismo, infecciones banales y todas las enfermedades infecciosas: roséola, bennorragia, gripe, tuberculosis, etc. Se han mencionado también asociaciones con las afecciones nerviosas (dermatoneuro-miositis), la esclerodermia, polineuropatía, leucemia, etc.

Para el autor, la dermatomiositis no es una enfermedad autónoma, sino un síndrome cuyo origen, evolución y significación son variables según los casos. (*Der. Woch.* Tomo XCVI. Núm. 1.)—T. B.

LEVADITI, VAISMAN Y SCHOEN. *Nuevas investigaciones experimentales sobre la sífilis. Ciclo evolutivo del virus sífilítico. Neurosífilis. Virulencia del treponema pálido.*

Los ganglios linfáticos periféricos del conejo sífilizado contienen virus sífilítico perfectamente patógeno y, sin embargo, están desprovistos de treponemas. Es posible que el virus sífilítico contenido en el tejido linfático del conejo revista formas inaccesibles a nuestros medios de control, las cuales son capaces de convertirse en elementos espirilares si los tejidos del animal huésped se prestan a esta transformación. Los ganglios linfáticos periféricos de los ratones sífilizados experimentalmente contienen el treponema en el 50 por 100 de los casos, no existiendo un paralelismo entre la virulencia de estos ganglios y su contenido en treponemas.

Después del injerto de ganglios de ratón a conejos por vía escrotal, transcurre un lapso de tiempo durante el cual no puede descubrirse ningún treponema ni en el injerto ni en los tejidos que albergan éste. Posteriormente, de un modo brusco hacen su aparición las formas espiroquetianas, efectuándose esta aparición al mismo tiempo que la estructura tisular cambia de aspecto, para revestir los caracteres del chancro sífilítico. Todo se efectúa como si el virus empleara este período para llenar un ciclo evolutivo que comprende los estadios infravísibles que preceden a la fase treponémica.

El virus sífilítico se localiza frecuentemente en el neuroeje de los animales inoculados por vía testicular (conejo) o subcutánea (ratón). Por el contrario, muéstrase generalmente inofensivo para el sistema nervioso cuando se le pone inmediatamente en contacto con el encéfalo. Para que el virus sífilítico invada el sistema nervioso, es preciso que haya cumplido ciertas fases de su ciclo evolutivo fuera del neuroeje. Una vez localizado en el parénquima nervioso persiste durante largo tiempo bajo una forma inaccesible a nuestros medios de investigación, sin provocar alteraciones que pudieran ser relacionadas con la P. G. P. El virus permanece en esta forma hasta que por razones ignoradas sobrevienen las modificaciones alérgicas que permiten al germen vencer la resistencia opuesta por el encéfalo a su pululación. A partir de este momento, al estadio infravisible suceden otras formas de tránsito destinadas a engendrar los parásitos espirales. Esta multiplicación local del treponema determina las alteraciones características de la P. G. P. Ciertas razas de virus sífilítico son particularmente aptas para localizarse en el sistema nervioso. (*Ann. de l'Institut Pasteur.* Tomo L. Núm. 2.)—T. B.

G. IZAR. *Tratamiento patogénico y tratamiento indirecto del absceso del pulmón, con especial referencia a la moderna alcoholterapia.*

A la terapéutica del absceso pulmonar hay que unir las inyecciones intravenosas de alcohol al 33 por 100 en solución clorodada, según técnica de Landau, Fejgen y Bauer, o bien en solución glucosada al 40 por 100, según técnica de Costa.

La ineficacia de los métodos antiguos en el tratamiento médico del absceso pulmonar nos ha llevado a experimentar el de las inyecciones intravenosas de alcohol, especialmente en enfermos cuyo estado general e intensidad del proceso permitían dilatar la intervención quirúrgica.

Hasta la fecha hemos tratado tres casos; los resultados permiten deducciones sobre esta terapéutica.

En primer caso utilizamos el alcohol al 33 por 100 en suero fisiológico; 12 inyecciones intravenosas a dosis crecientes de 10 c. c., la primera a 40 c. c. la doza-va inyección. En total se inyectaron 260 c. c. de alcohol al 33 por 100. Sólo al inyectar 25 c. c. el enfermo tuvo escalofrío intenso y sudor abundante.

En el segundo enfermo se inicia el tratamiento con 20 c. c. de solución de alcohol al 33 por 100; 50 el segundo día; 100 c. c. el tercero; 150 c. c. el cuarto; 200 c. c. el quinto; el sexto, 200 c. c.; y también 200 c. c. el séptimo. La trombosis venosa impidió continuar el tratamiento; accidente que hemos de unir a la sensación dolorosa a lo largo de la vena inyectada.

En el tercer enfermo se inició el tratamiento con dosis de 10 c. c. y progresivamente fué elevada hasta 100 c. c. También hubo trombosis y dolor de vena inyectada.

En el primer caso disminuyó la expectoración, así como la altura de la fiebre.

En el segundo, el cuadro clínico permaneció invariable.

En el tercer enfermo las inyecciones intravenosas de alcohol consiguieron su curación clínica y radiológica.

Consideramos que en el tratamiento médico del absceso pulmonar debemos situar al mismo nivel: el salvarán en las formas espiroquéticas; la emitina en las formas iniciales de amebiasis, y la alcoholterapia por vía intravenosa. (*Minerva Médica.* Torino, 1.º septiembre, 1933. Año XXIV. Vol. II. Núm. 35, pág. 282).—M. A. C.

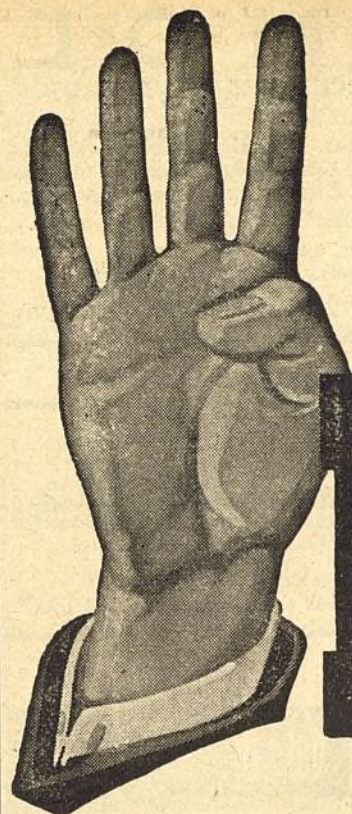
PUENTE Y FIOL. *Complicaciones de una eritrodermia.*

Presentan los autores una enferma con antecedentes específicos y serología positiva, que presentaba al propio tiempo una adenopatía tuberculosa del cuello comprobada por anatomía patológica e inoculación al cobaya. En julio de 1931, por sus antecedentes, se inicia un tratamiento con neo y bismuto, que hubo de suspenderse por razones de intolerancia. Recibe otros tratamientos y se la somete a las pruebas de los intradérmicos con neo y suero de enfermos de eritrodermia. En noviembre aparece una eritrodermia vesículo-edematosa con oscilaciones de intensidad en su evolución y con complicaciones de tipo piodérmico.

A fines de enero siguiente se observa una nueva erupción, distribuida especialmente en los miembros superiores, de nódulos hemisféricos de 3 a 8 mm., diseminados en número considerable (más de 50 en los antebrazos), de color rojo violáceo, consistencia semidura e indolores. Estas lesiones se inician por un elemento papuloso, purpúrico, que aumenta progresivamente de tamaño y que luego evoluciona espontáneamente.

En el momento actual la enferma presenta grandes zonas impetiginizadas, y los elementos nodulares se han hecho planos, aunque conservan su coloración violácea. La biopsia muestra un tejido de granulación en vías de organizarse del tipo del granuloma telangiectásico.

Tiene interés el caso por el aspecto histológico, que recuerda ciertas zonas de granulomas piógenos o pseudobotriomicomas, con la diferencia de que en estas circunstancias el proceso es intradérmico. (*Revista Argentina de Dermosifilología.* Septiembre de 1933.)



QUADRONAL

El analgésico ideal por su
composición científica:

1. *Antipirina.*
2. *Fenacetina.*
3. *Cafeína.*
4. *Lactofenina.*

En combinación con:

**Peróxido de magnesio y
hesamethylentetramina**

Dolores de cabeza, reumáticos, nerviosos,
del trigémino y gripe

Depositorio en España:

E. DURAN
(S. en C.)

MADRID
Teluán, 9 y 11

Representación científica:

**R. CARPINTIER
& SEMMLER**

Madrid (9)
Apartado 9055
Teléfono 58268

ASTA-S. A. Fábrica de productos químicos. BRACKWEDE (Alemania)

¿Usa usted gafas?

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

«Puntual Cuyás»

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

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

«Luxtal»

que absorben los rayos infrarrojos sin colorear las
imágenes.

SE FABRICAN EN TODAS LAS GRADUACIONES

PIDA FOLLETOS EXPLICATIVOS A TODOS LOS OPTICOS DE ESPAÑA



SANATORIO NEUROPATICO

Calle de Pablo Iglesias, 52 - CARABANCHEL BAJO (Madrid) - Tel. 116 C.

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA
Plaza de la Indendencia, 8.—MADRID.—Teléfono 11380

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

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

INSTITUTO MEDICO - PEDAGOGICO

CARABANCHEL BAJO.—Calle de Pablo Iglesias, núm. 12.—Télf. 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

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

PODEROSO ANTISEPTICO DE LAS INFECCIONES DE LOS OJOS
LAVADOS Y BAÑOS OCULARES

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

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

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

LABORATORIO IBERIA -:- Rambla Moncada, 29 -:- VICH (Barcelona)

Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

Acción derivativa, descongestiva y antiflogística se obtiene en todos los casos con el

Vejjigatorio líquido del Dr. Masó Arumí

INDICACIONES: PLEURESÍAS — NEUMONÍA — NEURITIS — CIÁTICA, ETC.
Muestras y literatura: Farmacia del DR. NADAL. — Rambla de Canaletas, 1. — BARCELONA

IODASA BELLOT

**Solución titulada de IODO PEPTONA - BELLOT
SIN IODISMO**

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

Dosis media: Niños, de V a XX gotas. Adultos, de X a L gotas.
Escrófula, raquitismo, artrismo, reumatismo, arterioesclerosis, enfermedades del corazón y de los vasos, asma, enfisema, linfatismo, bocio, infartos glandulares, obesidad, sífilis.

LA IODASA se prepara en España desde el año 1907
F. BELLOT.—Antonio López, 163.—MADRID

de méritos (artículo 4.º del Reglamento de 7 de marzo de 1933):

—La de Alcolea del Río (Sevilla), partido judicial de Lora del Río; por jubilación; 2.ª categoría; dotación de 3.025 pesetas; con 300 familias de beneficencia y población de 2.790 habitantes. Concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta 9 de octubre.

—La de Fuentenovilla (Guadalajara), partido judicial de Pastrana; por renuncia; 5.ª categoría; dotación de 1.375 pesetas; con 10 familias de beneficencia y

(Continúa en la página XIX)

CESTONA

AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)

GUIPUZCOA (cerca de San Sebastián)

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Unicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del
HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, ETC., ETC.

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

TEMPORADA OFICIAL: DE 15 DE JUNIO A 30 DE SEPTIEMBRE

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

Pídanse noticias directamente a CESTONA (Guipúzcoa)

rias colonias de vacaciones para niños indigentes y de salud delicada.

En Finlandia, la Liga del Mariscal Mannerheim para la protección de la infancia, que se halla afiliada a la Cruz Roja, consagra una gran parte de sus esfuerzos a preservar a la infancia de la tuberculosis. Organiza cursos de higiene social (tuberculosis) para enfermeras visitadoras, dirige un sanatorio de tuberculosis ósea y articular y sostiene colonias de vacaciones.

Las tres sociedades que integran la Cruz Roja francesa se han asociado al gran esfuerzo de organización antituber-

CARABAÑA: el mejor purgante

culosa desplegado en Francia a partir de la guerra mundial. Con fecha 15 de febrero de 1933, de los 763 dispensarios existentes en Francia, 163, o sea algo más de un quinto, pertenecen a la Cruz Roja. Esta administra además seis sanatorios, un hospital para aislamiento de tuberculosos, con 503 camas; 19 preventorios, dos casas de convalecencia para muchachas jóvenes, 13 escuelas al aire libre y tres establecimientos diurnos de cura de aire para niños. Por otra parte, 141 Comités locales se consagran a la obra de las colonias de vacaciones. En la sede social de una de las ramas de la Cruz Roja existe además una sección para la colocación de niños en el campo y la orilla del mar.

Dos de las sociedades (la Sociedad de Socorros a los Heridos Militares y la Unión de Mujeres de Francia) disponen de oficinas encargadas de coordinar sus actividades antituberculosas. Han creado además, en su hospital-escuela de París, un dispensario-escuela, donde se forman enfermeras visitadoras de tuberculosis. El diploma entregado por estas escuelas tiene el valor de un diploma oficial.

En Gran Bretaña, la Cruz Roja une sus esfuerzos a los de la Orden de San Juan de Jerusalén para asistir a los ex-oficiales y soldados tuberculosos. Esta asistencia reviste la forma de tomar a su cargo, parcial o totalmente, los gas-

CATARROS, TOS JARABE MADARIAGA BENZOCINAMICO

tos ocasionados por la cura del enfermo. Entre los establecimientos antituberculosos administrados por las dos sociedades, merece citarse un sanatorio de 18 camas reservado a los oficiales. Entre los dirigidos por los Comités de la Cruz Roja, son los más importantes un sanatorio para hombres, mujeres y niños y una colonia de tuberculosos, destinada principalmente a los ex soldados y sus familias, y que comprende un hospital-sanatorio de 120 camas, instalaciones de reeducación profesional y

una colonia, propiamente dicha, para enfermos que han terminado su cura de entrenamiento en el trabajo y son allí albergados, ya individualmente en el hotel, o ya en "chalets", acompañados de sus familias. Uno de los Comités de la Cruz Roja se ocupa de la preservación de los niños delicados y predispuestos a la enfermedad y del tratamiento y cuidados a domicilio de los enfermos graves.

La Cruz Roja de Grecia posee un sanatorio de 135 camas para el tratamiento de la tuberculosis ósea y dirige en Atenas un dispensario de higiene social que sirve de centro de instrucción práctica para las alumnas enfermeras visitadoras de la Cruz Roja. Este establecimiento se halla especialmente encargado de administrar la vacuna preventiva contra la tuberculosis (vacuna B. C. G.) a los recién nacidos. Más de 3.000 niños han sido ya vacunados, y esta inmunización se extiende actualmente en las provincias. La Cruz Roja colabora además con la "Obra patriótica de protección de la infancia", efectuando por medio de sus enfermeras visitadoras el control de los niños vacunados con la B. C. G. en los consultorios de la institución. La Cruz Roja de la Juventud

IRRIGACIONES RADIO-ACTIVAS
MONTURIOL
CURAN FLUJO BLANCO
Muestras Farmacia Monturiol,
San Bernardo, 60

organiza colonias de vacaciones para sus afiliados.

En Holanda, la Cruz Roja subvenciona la Obra de los Parques para convalecientes, cuyo fin es crear pabellones de curas de aire diurnas en los parques públicos de las grandes ciudades. Estas instalaciones, que comprenden generalmente, además de las galerías de curas, provistas de "chaises-longues", una oficina, una cocina, guardarropa con lavabos y duchas y cabinas de aislamiento, se hallan abiertas para los convalecientes, las personas fatigadas y los tuberculosos en espera de ser admitidos en el sanatorio. La Cruz Roja concede su protección a la Sociedad de Colonias de trabajo para los tuberculosos (Zonnenstraa), a la que en 1931 hizo un préstamo de 50.000 florines reembolsables en veinte años.

La Cruz Roja Húngara dirige tres dispensarios antituberculosos y su sección de la Juventud administra una escuela de aire libre.

El Fondo del rey Jorge V para la organización de la lucha contra la tuberculosis en la India es administrado por la Cruz Roja. Una sección especialmente nombrada a este efecto ha emprendido la creación de Comités antituberculosos en los principales centros urbanos y desarrolla una activa propaganda educativa por medio de hojas, gráfi-

cos, folletos y películas. Subvenciona además algunas escuelas médicas y hospitales para la organización de cursos y de demostraciones sobre las causas y prevención de la tuberculosis.

La obra antituberculosa de la Cruz Roja italiana comprende la asistencia curativa a los enfermos tuberculosos y la asistencia preventiva a los amenazados por la enfermedad, y muy particularmente a los niños. Desde la promulgación de la nueva ley sobre protección contra la tuberculosis (1927), y a consecuencia de las directivas que le han

ANTIPHLOGISTINE

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

sido dadas por el Gobierno, la Cruz Roja consagra sus principales esfuerzos en este campo a la creación y desenvolvimiento de instituciones permanentes curativas y preventivas y ha abandonado a otras organizaciones las demás obras antituberculosas.

Actualmente la Cruz Roja italiana posee cinco sanatorios, de los cuales tres se hallan reservados al tratamiento de la tuberculosis pulmonar y dos al de la tuberculosis quirúrgica. Estos sanatorios disponen de un total de 1.094 camas, que en 1931 hospitalizaron a 2.758 enfermos, con un total de 321.383 días de presencia. El ya importante número de camas de que disponen los sanatorios de la Cruz Roja italiana será en breve aumentado por la apertura de un nuevo hospital-sanatorio con 200 camas. El número de preventorios permanentes se eleva en la actualidad a 16, de los cuales uno, con 2.011 camas, se halla reservado a niños menores de cuatro años (huérfanos de madres tuberculosas o separados de la madre gravemente enferma). Por otra parte, la Cruz Roja italiana dirige algunos dispensarios antituberculosos para niños y adultos.

En ejecución de la resolución votada en la VIII Conferencia internacional de la Cruz Roja, celebrada en 1907, la Cruz Roja japonesa, desde 1911, ha con-

STROPHANTUM PALLARÉS

XV gotas contienen $\frac{1}{2}$ milígramo de Estrofantina

sagrado grandes esfuerzos a la propaganda de nociones de profilaxia antituberculosa. Ha creado, además, 10 sanatorios para los casos ligeros de tuberculosis pulmonar, 48 dispensarios antituberculosos y una escuela-preventorio marino para niños raquíticos.

La Cruz Roja letona asume por sí sola la responsabilidad del tratamiento en el país de los casos de tuberculosis ósea que exigen una cura sanatorial. Dirige a este efecto dos sanatorios para tuberculosis ósea, que responden muy ade-

cuadamente a las necesidades del país. Dispone, además, de dos sanatorios para tuberculosis pulmonar abierta, que cuentan, respectivamente, con 250 y 140 camas; un sanatorio para tuberculosis pulmonar cerrada y para convalecientes, con 40 a 50 camas; una casa de vacaciones para enfermeras; un preventivo de verano, administrado por la Cruz Roja de la Juventud, y una casa de descanso para madres y niños de poca edad dirigida por la Unión letona de Socorros a los Niños.

La Cruz Roja de Luxemburgo dirige

GOTAS SANGUINEAS ROYEN

un centro de colocación familiar para hijos de madres tuberculosas y una colonia de vacaciones. La Liga contra la tuberculosis, afiliada a la Cruz Roja, aunque con independencia administrativa, colabora muy activamente con la institución en el desenvolvimiento de las obras de defensa antituberculosa.

En Noruega se ha llegado a un acuerdo entre la Cruz Roja y las dos principales asociaciones antituberculosas del país, en virtud del cual un organismo especial, compuesto de representantes de las tres sociedades, coordina su actividad en el campo de la lucha contra la tuberculosis. La Cruz Roja sostiene un sanatorio de 26 camas y una "Casa de tuberculosos" con análoga capacidad. Los establecimientos de este nombre estuvieron en principio destinados casi exclusivamente a servir de asilos a los tuberculosos en estado avanzado; pero después adquirieron un carácter terapéutico. Se hallan muy extendidos en todas las regiones de Noruega, y su número excederá la centena.

En el sanatorio antituberculoso "Pukeora", la Cruz Roja neozelandesa sostiene talleres y obradores de readaptación profesional.

La Cruz Roja polaca posee un sana-

torio de montaña, de 175 camas, para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, y otra, en una estación hidromineral de altitud media, para el tratamiento de la tuberculosis ganglionar de los niños. Además, administra 17 dispensarios antituberculosos, dirige cinco colonias de vacaciones y envía a un gran número de niños a diversas estaciones veraniegas de curas de aire y descanso.

La Cruz Roja rumana sostiene tres colonias de vacaciones para niños de salud débil.

Las enfermeras visitadoras y los médicos agregados a numerosos centros de

salud de la Cruz Roja siamesa visitan los enfermos a domicilio, y, cuando se trata de un tuberculoso, instruyen al paciente y a la familia sobre las medidas para evitar el contagio. Los enfermos cuyo estado exige un tratamiento de urgencia son transportados al hospital y cuidados en el pabellón de aislamiento del mismo.

En Suecia, la Cruz Roja ha limitado su acción en el campo de la lucha antituberculosa a la creación de obras de preservación de la infancia. Sostiene la institución cuatro preventorios permanentes y cinco preventorios de verano, todos ellos destinados especialmente a la colocación de niños pertenecientes a familias tuberculosas y que están expuestos al peligro de la infección. Dirige, por otra parte, dos hogares maternales e infantiles y 30 colonias de vacaciones.

La Alianza de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja de la U. R. S. S. se halla constituida, como se sabe, por nueve sociedades distintas y autónomas. De ellas, cinco participan en la lucha contra la tuberculosis, ya dirigiendo dispensarios, sanatorios o preventorios, ya organizando campañas educativas contra los principales azotes sociales.

La rama de Natal de la Cruz Roja de la Unión Sudafricana participa en la lu-

CONGESTIONES ACTIVAS DEL RIÑÓN H I V E R I C A

Muestras y literatura

Labs. del Dr. PUNYED LLOBERAS
Apartado número 5. - R E U S

cha contra la tuberculosis, trabajando en estrecha relación con los inspectores de higiene. Los casos de tuberculosis pulmonar poco avanzada son enviados por la Cruz Roja a los sanatorios del Estado libre de Orange y los enfermos más graves son atendidos por la Cruz Roja con una asistencia domiciliaria.

La Cruz Roja yugoeslava, por mediación de sus organizaciones de la Juventud, organiza colonias de vacaciones para niños débiles. Estas se elevaron en 1931 a 33, subvencionadas por el Comité central de la Cruz Roja con una suma de 20.000 dinares. En el mismo año, los Comités regionales organizaron otras colonias.

Tal es, muy brevemente resumida y seguramente con alguna inevitable omisión, la acción de las sociedades nacionales de la Cruz Roja en la lucha contra la tuberculosis. Sin duda que la extensión de su esfuerzo varía de un país a otro según los recursos materiales de que disponen, el estado de evolución social y la presencia o ausencia de una fuerte organización nacional de defensa antituberculosa. Pero, en su conjunto, la obra de la Cruz Roja en este campo representa una importante contribución al esfuerzo emprendido en el mun-

do para librar a la humanidad de uno de sus más terribles azotes.

II

La campaña antivenérea

Las enfermedades venéreas continúan causando en todo el mundo grandes estragos. Aparte de los sufrimientos que infligen, de la invalidez y de otras tristes consecuencias acarreadas por el mal,

Sipolysin
"Henning"
**Obesidad,
endógena y exógena**

éste ocasiona a la colectividad considerables pérdidas de dinero. En la ciudad y cantón de San Luis (Estados Unidos), para una población de un millón de habitantes, se gasta anualmente la suma de dos millones de dólares en la lucha contra la enfermedad. Es, por tanto, evidente la necesidad, en todos los países civilizados, de que se prosiga esta campaña por los poderes públicos y de que en ella cuenten con la colaboración de la iniciativa privada. Y aun cuando la aportación de esta última se halle representada generalmente por la obra de asociaciones especializadas, en muchos casos corresponde también a la Cruz Roja una importante contribución, ya bajo la forma de propagandas educativas, ya por la acción directa que ejerce contra la propaganda de las enfermedades venéreas al facilitar la profilaxis y tratamiento de los enfermos en sus diversos servicios médicos.

La propaganda antivenérea se hace generalmente en forma ocasional por medio de conferencias organizadas por las

Estreñimiento: Supositorios Evacuatil Rivalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis

Preparación de óvulos y supositorios.
Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

sociedades nacionales de la Cruz Roja de diversos países y por artículos de vulgarización y notas que aparecen en sus revistas. Sin embargo, algunas sociedades dan a estas propagandas un carácter más sistemático. Así, por ejemplo, el Comité ginebrino de la Cruz Roja suiza organizó recientemente una serie de conferencias, ilustradas con proyecciones, destinadas a llamar la atención de los jóvenes mayores de dieciséis años sobre el peligro de las enfermedades venéreas.

(Se continuará)

ción de esta enfermedad dura de diez a quince días, otras veces hasta seis semanas, y se han citado casos en los que progresaba paroxísticamente. Se conocen numerosos casos de curación. Los síntomas se van atenuando, y en unos meses se logra la restitución integral. Lo más corriente es que terminen por la muerte, en comas, asífísico o por medio de un acceso de sofocación cuando las complicaciones bulbares son considerables.

El diagnóstico de esta enfermedad será muchas veces difícil, sobre todo en un principio. La oftalmoplejía permitirá localizar la lesión, aunque la rigidez de la nuca y de los miembros pudiera hacer pensar en una meningitis; la falta de fiebre inclina más a la idea de la polioencefalitis. Cuando el comienzo es brusco, por un ictus, da la sensación de una hemorragia o de un reblandecimiento del pedúnculo, y solamente el dominio de las alteraciones motoras oculares; la rareza de una hemiplejía, clara y existente desde un principio, y la evolución de los accidentes, impondrán el diagnóstico de la polioencefalitis superior aguda. Conviene insistir en que esta enfermedad tiene grandes semejanzas con la encefalitis epidémica y probablemente se llegará a demostrar que se confunde con ella.

Polioencefalitis superior crónica.—Se la conoce también con el nombre de oftalmoplejía nuclear progresiva. Las primeras descripciones proceden de Bruner. Comquiera que los núcleos motores oculares tienen una disposición compleja, conviene recordarlos un poco antes de entrar en la descripción de los trastornos. El núcleo del motor ocular común se encuentra en el pedúnculo cerebral, a nivel del tubérculo cuadrigémino anterior y en la cara central del acueducto de Silvio. A su vez, en la cara ventral de él se encuentra el fascículo longitudinal posterior. El citado núcleo está compuesto de varios grupos de células, y aunque la sistematización que vamos a decir peca de esquemática, nos vale para comprender los trastornos. El núcleo más anterior se encuentra a nivel de la comisura blanca posterior. Le sigue un segundo núcleo llamado de Edinger-Westphal; a continuación, el llamado núcleo principal o lateral, y entre ambos núcleos principales un núcleo impar y me-

de los que se libran por la morfomanía o por el suicidio; son incompatibles con toda ocupación. En algunos casos en que por excepción dominaban los trastornos motores sobre los sensitivos, el pronóstico es algo menos grave.

Como tratamiento se han empleado con algún resultado la corriente galvánica, la electricidad estática; ambas han logrado aliviar un poco el dolor. En los casos muy rebeldes se inyectará en las proximidades del nervio suero fisiológico fenicado o cocainizado y más adelante, si todas estas medidas fracasan, se emplearán la alcoholización directa y la resección. En los casos de trastornos tróficos importantes y dolores intensos está indicada la amputación del nervio enfermo.

POLIOENCEFALITIS

Se conocen con el nombre de polioencefalitis lesiones diversas localizadas en el mesencéfalo y en algunos segmentos más bajos del sistema nervioso central. Cuando se localiza la inflamación en los núcleos grises, el bulbo de la protuloracia o de los pedúnculos, se trata de la polioencefalitis aguda de Wernicke, que puede ser superior cuando las lesiones se encuentran al nivel del tercer ventrículo del acueducto de Silvio y de la mitad superior del cuarto ventrículo o inferior cuando las lesiones se extienden desde el núcleo del motor ocular externo hasta el cruce de las pirámides. Las fibras radicales del motor ocular común, el núcleo rojo y el locus niger sufren rara vez esta lesión.

Polioencefalitis superior aguda hemorrágica.—Las lesiones hemorrágicas a nivel de las paredes del tercer ventrículo de los núcleos de los nervios motores oculares, todo ello generalmente sin fiebre y con conservación de la musculatura intrínseca del ojo, se producen a consecuencia de diferentes causas, entre las que descuellan el alcoholismo crónico. También se han atribuido dichas lesiones a otras intoxicaciones, como el óxido de carbono, tabaco y las carnes en malas condiciones. Se conocen casos en que se produjeron tras de un intento de intoxicación por ácido sulfúrico y otro en un enfermo tra-

tado mucho tiempo por el lisol. También tienen importancia las enfermedades infecciosas, sobre todo la gripe, la viruela, la granjula, y con menos frecuencia la sífilis. Experimentalmente se ha podido reproducir la enfermedad por medio de virus sectigénicos de equi-zootias. La enfermedad que nos ocupa no se debe considerar hoy día como un proceso claramente independiente, porque puede consistir con la mielitis bulbar, con alteraciones de todo el eje gris de la médula. Por su etiología y por sus lesiones anatómicas coincide con la encefalitis de los hemisferios cerebrales de los diferentes segmentos del istmo del encéfalo y con las poliomielitis; pero se diferencia de ellas por su localización y su cuadro clínico. Es probable que muchos de los casos descritos con este nombre pertenecieran a la encefalitis epidémica, por entonces desconocida.

Comienza la enfermedad por pródromos muy variables, según los casos, y siempre de pocos días de duración. Consisten en cefalalgia intensa, frontal o difusa, a veces muy violenta y acompañada de vértigos, escotomas centelantes y pérdida fugaz del conocimiento. El enfermo se niega a todo esfuerzo físico y resulta muy difícil alimentarle. En ocasiones sufre una caída brusca, con pérdida del conocimiento y con crisis convulsivas. De cuando en cuando presenta rigidez de la nuca, de los miembros y hasta del tronco. En los alcohólicos crónicos se puede manifestar el comienzo de la enfermedad por un ataque de *delirium tremens*. A partir del primer accidente aparecen rápidamente cansancio, pérdida de fuerza y astenia.

Tras de este período de pródromos aparecen los trastornos oculares, que suelen ser los primeros, y con ellos somnolencia, apatía y delirio. Observa el enfermo que su agudeza visual disminuye, suele tener ipopia y muchas veces también ptosis palpebral. La oftalmoplejía puede ser bilateral y puede interesar a toda la musculatura interna del ojo, creando la cara de Hutchinson clásica; pero esto es excepcional. Cuando se afectan los dos ojos suelen estarlo de una manera desigual. Se conocen casos de parálisis asociadas, otros de parálisis aisladas de ambos rectos externos y, por excepción, de am-

bos rectos internos; si la ptosis es doble, que no suele suceder, se acentúa más en un lado que en el otro. La musculatura intrínseca suele estar indemne, y las pupilas reaccionan bien, hecho muy importante. Sin embargo, se han observado desigualdad pupilar y miosis. La reacción pupilar es un poco lenta y se hace a golpes. El fondo del ojo no presenta alteración, pero se conocen casos con neuritis óptica. Se manifiesta por una papila roja, con vasos flexuosos dilatados, bordes estumados y con pequeñas hemorragias.

Además de los trastornos oculares, que son el carácter esencial de la enfermedad, se encuentran ya en las descripciones antiguas indicio de la obnubilación intelectual de diferentes grados. Síntoma que alterna con crisis de agitación intensa y de delirio. La lesión de los fascículos del pedúnculo se manifiesta por trastornos motores, sensitivos y cerebelosos, que varían con la extensión y localización de los focos. Muchas veces se aprecia debilidad de los miembros superiores o inferiores, o los de un lado. El temblor de las extremidades y, sobre todo, de las manos, es frecuente, y también lo son los movimientos coreicos o atetóxicos. Los trastornos de la marcha, que se hace oscilante y hasta ebria, pueden obligar al enfermo a permanecer en cama. La sensibilidad se encuentra casi siempre intacta. El estado de los reflejos es muy variable. A veces son normales, pero pueden estar exagerados o disminuidos y por excepción abolidos del todo. Al principio puede presentar la enfermedad algunas oscilaciones febriles, pero lo corriente es que sea apirética durante la mayor parte de su evolución. El pulso, que unas veces es normal, suele ser rápido, débil y pequeño; los trastornos respiratorios, muy inconsistentes, aparecen en el período terminal, lo mismo que los trastornos de los esfínteres. Las alteraciones tróficas, por ejemplo, las escaras, son poco corrientes. Los trastornos que preceden van asociados a otros bulbos protuberanciales, parálisis del facial, trastornos de la deglución disartria, alteraciones del ritmo cardíaco y respiratorio, que acaban por resultar graves para la vida de los enfermos. Los trastornos medulares o cerebrales no son tan frecuentes, pero existen algunas veces. La evolu-

población de 651 habitantes. Concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta 9 de octubre.

—La de Villanueva del Rosario (Málaga), partido judicial de Archidona; por renuncia; 1.ª categoría; dotación de 3.300 pesetas; con 290 familias de beneficencia y población de 3.195 habitantes. Concurso libre de antigüedad y selección por Tribunal. Solicitudes hasta 9 de octubre.

—La de Algar, segundo distrito (Cádiz), partido judicial de Arcos de la Frontera; por nueva creación; 3.ª categoría; dotación, 2.200 pesetas; con 159 familias de beneficencia y población de 3.130 habitantes. Concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta 9 de octubre.

—La de Villa del Rey (Cáceres), partido judicial de Alcántara; por defunción; 4.ª categoría; dotación, 1.650 pesetas; con 80 familias de beneficencia y población de 902 habitantes. Concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta 9 de octubre.

—La de Orés (Zaragoza), partido judicial de Egea de los Caballeros; por renuncia; 5.ª categoría; dotación, 1.375 pesetas; dos familias de beneficencia y población de 674 habitantes. Concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta 9 de octubre.

—La de Ruiloba (Santander), partido judicial de San Vicente de la Barquera; por excedencia; 4.ª categoría; dotación, 1.650 pesetas; 40 familias de beneficencia y población de 1.216 habitantes. Concurso libre de méritos. Solicitudes hasta 9 de octubre.

Por oposición, y en armonía con lo dispuesto en la ley de 15 de septiembre de 1932 y Reglamento de 7 de marzo de 1933 (arts. 23, 24, 25 y 26), se anun-

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

cian a oposición las siguientes plazas de Médicos titulares:

—La de Morón de la Frontera, distrito 4.º (Sevilla); por renuncia; 1.ª categoría; dotación, 4.950 pesetas; con 300 familias de beneficencia y población de 22.526 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 18 de octubre.

—La de Tuéjar (Valencia); por renuncia; 3.ª categoría; dotación, 2.200 pesetas; con 15 familias de beneficencia y población de 2.198 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 18 de octubre.

—La de Navia de Suarna, 2.ª zona (Lugo); por renuncia; 2.ª categoría; dotación, 2.750 pesetas; con 300 familias de beneficencia y población de 7.402 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 18 de octubre.

—La de Santovenia de Pisuergra (Valladolid); por separación; 4.ª categoría; dotación, 1.650 pesetas; con 20 familias de beneficencia y población de 312 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 18 de octubre.

—La de Cervera del Río Alhama (Logroño); por defunción; 1.ª categoría; dotación, 3.300 pesetas; con 250 familias de beneficencia y población de 6.992 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 18 de octubre.

—La de Corcos del Valle (Valladolid); por defunción; 4.ª categoría; dotación, 1.650 pesetas; con 30 familias de beneficencia y población de 800 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 18 de octubre.

—La de Pajares de los Oteros (León); por defunción; 2.ª categoría; dotación, 2.750 pesetas; con 53 familias de beneficencia y población de 1.675 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 18 de octubre.

—La de Onda (Castellón); por renuncia; 2.ª categoría; dotación, 2.750 pesetas; con 133 familias de beneficencia y población de 7.722 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 18 de octubre.



Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES
JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: "El Siglo Médico", la "Revista de Medicina y Cirugía Práctica", "El Genio Médico", "El Diario Médico Farmacéutico", "El Jurado Médico Farmacéutico", la "Revista de Ciencias Médicas de Barcelona" y la "Revista Médico-Farmacéutica de Aragón", recomiendan en largos y encomiásticos artículos el JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO como el último remedio de la Medicina moderna para combatir el ASMA, DISNEA y los CATARROS CRONICOS, haciendo cesar la FATIGA y produciendo UNA SUAVE EXPECTORACION.

PRECIO; 6,50 pesetas frasco

DEPOSITO CENTRAL: Sr. Medina, Serrano, número 36, Madrid, y al POR MENOR, en las principales farmacias de España y América.

FORENSIAS

—En los Juzgados de primera instancia e instrucción de Almodóvar del Campo, La Carolina, Sagunto y Manresa, de categoría de ascenso, se halla vacante la plaza de Médico forense, que, de conformidad con lo prevenido en el artículo 10 del Decreto de 17 de junio de 1933, debe proveerse por traslación en el más antiguo de los Forenses de categoría de ascenso propietarios que lo soliciten.

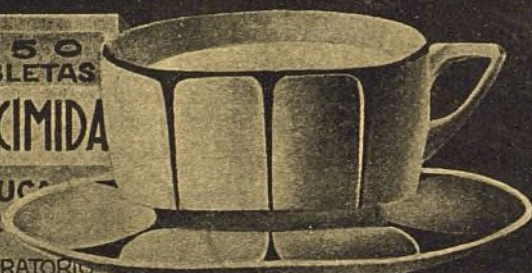
Las instancias deberán tener entrada en este Ministerio antes de las catorce horas del último día del plazo de treinta naturales, a contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid* (18 de septiembre).

—En los Juzgados de primera instancia e instrucción del distrito de la Izquierda, de Córdoba, y Pamplona, de categoría de término, se hallan vacantes las plazas de Médico forense, que, de conformidad con lo prevenido en el artículo 10 del Decreto de 17 de junio de 1933, deben proveerse en el más antiguo de los Forenses de categoría de término en propiedad que lo soliciten.

Las instancias deberán tener entrada en este 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* (18 de septiembre).

dulcimida morató.

los diabéticos
ya pueden comer dulce



**DULCIMIDA
MORATO**

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

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

Sabor agradable.

No contiene hidratos
de carbono

DOSIS: Cada tableta tie-
ne el dulzor de un terrón
doble de azúcar. Indique-
se: Una o dos tabletas
para dulzor agradable en
té, café, leche, agua, et-
cétera, etc.

Indispensable en Diabe-
tes, Glucosuria, Artritis-
mo, Obesidad, Gastroen-
teritis y Gastrocoleritis.

DIETA HIDRICA. —
Dp./ Agua hervida, 1.000.
Dulcimida, 8 a 10 ta-
bletas.

Colutorios y gargarismos,
edulcorar con 2 tabletas.
Dulcimida por 250 c. c.
de colutorio o gargarismo.
Colirio ligero astringente,
lavados y baños oculares,
al 1 ó 2 por 100 de Dulci-
mida en agua.

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PIADOTROFO

TONICO INFANTIL

a base de glicerofosfato de cal, áci-
do arsenioso, glicerina y muira
puama.

FIMONAL

MEDICAMENTO

especial para el tratamiento de las
enfermedades del aparato respi-
ratorio.

Fórmula: Gomenol, arrhenal, ben-
zoato sódico, benjín y dionina.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por *Decio Carlán*.—Con los dos directores, por *Juan de Cercedilla*.—Cuestiones profesionales: Los médicos de la Segunda República, por el *Dr. J. Alvarez Sierra*.—Colaboración independiente: Comentarios al Proyecto de Asistencia Médicosanitaria Rural, por el *Dr. Francisco Becares*.—**Sección oficial:**—Hospital de San Lázaro (Granada) Clínica Médica del *Dr. Fidel Fernández*.—Crónicas. Tertulia médica.

BOLETIN DE LA SEMANA

¡Grandes anales de pocos días!

De fecha 15 de septiembre es el Decreto por el cual cesa el doctor D. Julio Bejarano Lozano en la Dirección general de Sanidad.

De igual fecha es el Decreto nombrando SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y BENEFICENCIA al doctor D. José Estadella Arnó.

Grandes cosas supone este cambio de categorías y de personas en bien de la sanidad nacional. El Gobierno del Sr. Lerroux ha acordado la pronta organización del Ministerio de Sanidad. Nosotros hemos hecho público en repetidas ocasiones nuestra opinión doctrinal sobre tal extremo, y así, celebrando el gran avance que esta determinación del Gobierno supone, esperamos conocer el estatuto de la nueva entidad sanitaria oficial para poder deducir en consecuencia.

Bien está lo que se va a hacer si lo que se hace se hace bien.

Por lo pronto, es un acierto la provisión de la subsecretaría, que estaba pendiente desde meses atrás por culpas de baja política.

La personalidad de D. José Estadella y Arnó es de acusado perfil de mérito. Es un médico de buena historia, es un hombre de gran cultura, es un prestigio en la profesión de su patria chica (Lérida), es un *españolista* puro y limpio de todo separatismo, es un parlamentario que actuó eficazmente en las Cortes y que tiene publicadas sus opiniones sobre las reformas sanitarias sin reservas ni reticencias.

Es un hombre preparado para el cargo, y conocido como competente y laborioso en los problemas que se apresta a solucionar y encauzar.

Podemos esperar mucho de su actuación, y todos debemos prestarle ayuda y ánimo en su tarea, demasiado difícil en los actuales momentos por obra y gracia de los directores antecedentes.

Pero hay más de bueno. Hay que el Sr. Estadella va a tener como colaboradores a D. Antonio Tuñón de Lara y a D. José Verdes Montenegro, nombrados directores generales de Beneficencia y de Sanidad, respectivamente.

¡Si no fuésemos ahora optimistas nos pareceríamos al cosechero del cuento!

En la tarde del día 19 se posesionaron de sus cargos los Sres. Tuñón y Verdes, y en este mismo número de EL SIGLO MÉDICO publicamos la impresión que nuestro redactor Juan de Cercedilla ha podido



*El Dr. José Estadella y Arnó,
Subsecretario de Sanidad y Beneficencia.*

trazar como resultado de la visita hecha a los nuevos directores.

Los cambios de orientación en la política sanitaria han despertado un verdadero vendaval de comentarios y de suposiciones, algunas bien fundamentadas, y otras encendidas por la impaciencia y el buen deseo de corregir abusos e intemperancias que, por fortuna, parecen haber terminado.

Lo discreto es esperar, y esperar dando amplio margen de confianza a quienes tienen tanta y tan difícil tarea que desenvolver.

Saludemos desde estas columnas a los ilustres compañeros D. José Estadella y D. José Verdes Montenegro, y saludemos al bien probado amigo Sr. Tuñón

de Lara, deseándoles la más feliz concurrencia de circunstancias en ayuda de sus buenos deseos y orientaciones.

* * *

No sólo han sido motivo de comentarios las variaciones de personal directivo en la sanidad; los médicos han conocido con asombro la orientación dada por el Ministerio de Instrucción pública a la provisión de las Inspecciones médicas escolares de Madrid.

La Orden fecha 5 de septiembre de 1933, que reproducimos íntegra en la "Sección Oficial" de este número, tiene materia suficiente para los más apasionados juicios. No esperábamos nunca del Sr. Barnés tamaña arbitrariedad como supone *limitar* el concurso de dichas Inspecciones a aquellos que las desempeñaron interinamente. ¡Esto tanto vale como nombrar libremente! Y eso no puede aceptarse, y es necesario enmendar tal y tan imprudente arbitrariedad, que está dando ocasión a que se digan cosas, ¡cosas tales!, que no queremos reproducir porque nuestra opinión sobre el Sr. Barnés es mucho más alta que lo que supone creerle capaz de esos atropellos por favorecer a sus familiares.

* * *

También se dieron cosas divertidas en esta semana, y fué la más atrayente la proposición que el conocido *azañista* Sr. Coca, diputado a Cortes, concejal y diputado provincial, a más de viajero impenitente a costa del Erario público, y *cicerone* amenísimo por su dominio de las lenguas vivas, muertas y agonizantes, ha presentado a la Diputación, pidiendo una convocatoria para inscribir señoritas aspirantes a enfermeras honorarias y demás fines para substituir a las religiosas en los hospitales.

¡Es mucho laico este Sr. Coca! Claro que Mouriz. Rojo y cuantos están enterados de este asunto aconsejaron prudencia y estudio antes de resolver. Así se acordó con el voto en contra de los socialistas, que también son un rato laicos en esto de los hospitales.

Lo que a nosotros más nos extraña es que el señor Coca, que desde su revista *Medicina Ibero* y en su brillante posición política tantas cosas buenas ha podido defender, se limite a viajar en comisión y a comerse monjas crudas, mientras Tuñón de Lara defiende a los titulares sólo por romanticismo.

¿No les parece a ustedes que tiene gracia este furor revolucionario del Sr. Coca?

¡A cuantos como él les hubiera convenido seguir en el misterio modesto de su vida y que no se les viese a toda luz!

DECIO CARLAN

CON LOS DOS DIRECTORES

Una breve llamada telefónica de petición de una entrevista y una cita para pocos minutos; luego me ofrece amablemente el ilustre fisiólogo Dr. Verdes Montenegro, nuevo director general de Sanidad en el Gobierno del Sr. Lerroux.

Este culto médico, que se encuentra ya "al mezz del



D. José Verdes Montenegro.

camino de la vitta", se licenció en la Facultad de Medicina de Madrid en los últimos años del siglo XIX, pero nada más salido de las aulas matritenses marchó a Bilbao, donde por espacio de ocho años ejerció el periodismo activo, dirigiendo con gran acierto un diario de la política de Salmerón, en cuyas filas militó siempre.

Vuelto a Madrid comienza—bien se puede decir—su verdadera carrera médica, en la que en el campo de la fisiología gana con suma rapidez un muy justo renombre, debido a sus dotes, no solo de clínico, sino de organizador de lucha social contra tan terrible enemiga, creando el primer dispensario antituberculoso, el Sanatorio de Húmera, y siendo uno de los fundadores de la Fiesta de la Flor. Años más tarde crea el Instituto Antituberculoso de las Peñuelas, en el que se realiza seria y firme labor y en donde se ha fundado una magnífica escuela.

Director de revistas, escritor eminente, sanitario de sólida preparación, la obra de este hombre bueno e inteligente es una esperanza para la Sanidad nacional.

Esto es lo *poco*—tanto se podría decir—que el tiempo apremiante me deja escribir de él.

Al despedirme con cordialidad suma, en la intimidad de su despacho, me dice:

—El trabajo y el optimismo los tengo a igual nivel, pues si mucho va a ser el uno, del otro tengo mucho almacenado.

—Y el nuevo Ministerio de Sanidad, ¿qué le parece?

—Un acierto y una necesidad, ese punto es una de las bases del trabajo y en el que he de colaborar con el subsecretario y el director de Beneficencia.

—Y respecto a los titulares, ¿está de acuerdo con el Sr. Tuñón de Lara?

—Aún he de hablar con él acerca de este tan interesante problema.

—¿Y la lucha antivenérea y antituberculosa?

—He de estudiar a fondo la primera; respecto a la segunda, se me ocurren tantas cosas buenas y bellas por hacer... ¡En fin, no hace más que horas que me he posesionado y tengo mucho que estudiar; problemas todos de tanto interés! El optimismo me llena; puede que sea tanto que no esté en relación con mi edad.

—Sí, lo está, Dr. Verdes; sí, lo está, pues, el optimis-



D. Antonio Tuñón de Lara.

mo y la esperanza son las únicas fuentes de un alma como la vuestra, llena de verdadera juventud.

En su despacho del Ministerio de la Gobernación, al que he llegado a través de una obscura selva de pasillos sumidos en penumbra y grave soledad, me recibe, todo cordialidad y agradecimiento para EL SIGLO MEDICO—que no ha hecho si no rendir culto, como acostumbra, a la verdad—el nuevo director de Beneficencia, D. Antonio Tuñón de Lara, el hombre que no siendo médico supo actuar en las Cortes con más actividad que ellos cuando se han tratado problemas de Beneficencia y Sanidad.

—¿Cómo se interesó por la defensa de los titulares?

—Asuntos de la política del distrito que represento en Cortes me hicieron intervenir en este problema, que me fué apasionando hasta el punto de ser hoy uno de mis principales objetivos y en el que pienso seguir avanzando hasta conseguir para esta clase, tan atacada y tan sufrienda, los derechos que tanto merece.

—Y de la creación del nuevo Ministerio de Sanidad, ¿qué opinión tiene?

—La de que es una perfecta y urgente necesidad.

—¿Y del traspaso de servicios de Beneficencia al Gobierno civil y de las obras benéficas?

—Todo eso son proyectos y conversaciones con mis compañeros Estadella y Verdes Montenegro, para ir a una perfecta reorganización, y en muchos casos, creación de servicios. Créame, tengo grandes esperanzas y pienso se va a hacer entre todos una verdadera revolución de la Sanidad, pero por hoy no puedo decir más; si acaso, más adelante...

—¡Le tomo la palabra, mi señor Director!

JUAN DE CERCEDILLA

Cuestiones profesionales

Los diputados médicos de la Segunda República

Por todas las señales que se manifiestan en el horizonte político de España, las Cortes Constituyentes de la segunda República están próximas a su fin. Al llegar este final, la clase médica española hace con un gesto de desencanto el balance de la obra sanitaria llevada a cabo por los dos años de labor legislativa.

Cuando vinieron al Congreso nuestros cincuenta y dos diputados médicos, una gran parte de la familia médico-farmacéutica sonrió satisfecha de júbilo y pletórica de ilusión. Si no todos, algunos de los problemas que tanto preocupan y que tanto interesan a nuestra clase podrían ser resueltos. El autor de este artículo no quiso soltar a vuelo las campanas de su satisfacción, aun cuando la experimentó, y muy honda, al tener noticia del triunfo de sus amigos. Sabía de antemano que la actividad política de un Parlamento ahoga todas las iniciativas que reflejan un sentido particularista de la vida ciudadana. Cincuenta y dos diputados médicos, como si fuesen ciento, no podrían alterar el tono que el Gobierno diese a su obra, ni las vibraciones de actividad que la Cámara concediese a sus trabajos.

Lo que no creímos nunca fué en una ausencia tan absoluta de preocupación por las necesidades de la higiene pública, ni en un olvido de los imperativos biológicos modernos.

Se habló de una ley de Sanidad, que el señor Pascua preparó meticulosamente; se anunciaron los principios básicos del Seguro obligatorio de enfermedad; la redención de los médicos titulares; la organización de la asistencia social, y hasta la creación de una Subsecretaría con categoría de Ministerio autónomo.

Todo esto ha quedado en el aire, en el negociado de los buenos propósitos, menos la Subsecretaría. Cuando se haga la historia crítica de estas Cortes habrá que reconocer que estuvieron totalmente divorciadas de los asuntos sanitarios. Hasta la ley para reglamentar la provisión de vacantes de titulares, aprobada con el mejor deseo, ha sido llevada a la práctica con un reglamento que desvirtúa el espíritu de los legisladores.

Pero de todo esto no son responsables nuestros cincuenta y dos diputados. De lo que si son es de la ingenuidad que tuvieron muchos al suponerse futuros redentores de sus hermanos de profesión.

Los que así pensaron ignoraban lo que es la política y cuáles son los hilos misteriosos que la mueven. Precisamente, un grupo numeroso de diputados técnicos resulta contraproducente, porque de haberse unido para imponer una orientación sanitaria, se les hubiese acusado de coacción. Si con insistencia se hubiesen levantado en los escaños para pedir determinadas mejoras, cabría pensar que confundían una asamblea de reivindicaciones profesionales con la alta misión de un Parlamento, en el que concurren todos los intereses del país.

Los diputados médicos, que pronto liquidarán su acta, al entrar en el Congreso fueron siempre representantes de su distrito, nunca médicos. La toga doctoral y el recuerdo del busto de Hipócrates quedaban demasiado lejos, envueltos en la neblina de las cosas que no tienen trascendencia presente.

Se nos dirá que a las Cortes del 73 y en las Constituyentes del 69 hubo diputados médicos que plantearon problemas de su especialización.

Así lo hicieron Mata, Suñer, Corominas, Victorio, Rusca, Aguilar, Capdevila, Cervera, Encinas, Chao; se les escuchó con atención y dieron lugar a reformas útiles.

Eran otros tiempos, y el oleaje de la marea revolucina-ria no prohibía el uso de la palabra, como ahora se hace, sin autorización del jefe de la minoría.

Para la masa general de los sanitarios, principalmente para los rurales, ha sido una triste desilusión el ver que sus colegas no han podido hacer nada útil en favor de los asuntos que les interesaban. En vez de adelantar, hemos perdido, porque al aprobarse la autorización de Estatutos, se vuelve al regionalismo, al localismo, y ya no hay que pensar ni en el pase al Estado ni en la independencia económica. Hay que seguir atados al caciquismo de los Ayuntamientos.

En las elecciones de 1930, muchos de los cincuenta y dos diputados tuvieron su acta por el apoyo de colegas y clientes. Al menos, su personalidad social la ostentaban como médicos.

Ya en el Salón de Sesiones, se fueron diluyendo en las fracciones socialistas, radicales, agraria, federal, etcétera, etc. La personalidad científica se deslizó en el disolvente de los partidos.

No podemos ni debemos relacionar el fracaso sanitario de estas Cortes con la actuación de sus diputados.

Más de una vez el venerable Dr. Cortezo nos contó las luchas que tuvo que sostener para interesar a Maura, a Villaverde, a Sagasta, a Silvela en los asuntos de medicina y la insensatez de senadores y diputados para poder estimar en su justo valor los proyectos de alta higiene y profilaxis que hubo de presentar.

Lo que no podemos evitar es la lamentación por haber perdido esta ocasión de tan gran número de diputados facultativos para haber abordado algunos temas de interés. Hoy está fuera de duda que la política racional de un pueblo debe tener como base una orientación biológica. Desde las leyes sociales a las económicas; desde las relaciones civiles a las privadas; desde el Derecho público a las necesidades del hogar, todas las manifestaciones de la personalidad ciudadana tienen un substratum de Biología y Psicología positiva.

Alguien ha dicho que las Cortes actuales no podían hacer más porque eran constituyentes. Constituyentes fueron las del 1869 y en ellas Suñer, Capdevila, Cervera, Galdo y Chao hablaron de la higiene de las ciudades y de los pueblos, de las necesidades de los facultativos y hasta del problema de la tuberculosis. Por cierto que fué la primera vez que en un Congreso de carácter político se planteó el problema sanitario de la lucha anti-tuberculosa por boca del Dr. D. Francisco Suñer y Capdevila.

DR. J. ALVAREZ SIERRA

COLABORACIÓN INDEPENDIENTE

COMENTARIOS

al Proyecto de la Asistencia Médicosanitaria Rural

DEL

DR. FRANCISCO BECARES

Inspector provincial de Sanidad de Valladolid

Por parecernos algo superior a lo que hasta ahora se ha escrito (aunque alguna laguna tenga), pues creemos que una cosa perfecta raya en el imposible poder hacerla, este proyecto creo nos resuelve a satisfacción de los rurales la mayoría de los problemas que el ejercicio de la medicina rural lleva hoy como carga onerosa para los médicos rurales.

Nos agradaría que las autoridades sanitarias lo leyeran con interés, así como los compañeros que por su situación y especiales condiciones puedan patrocinar este digno proyecto y sacarle adelante. Creemos que la Medicina saldrá algo airosa; los médicos

nada perderemos — al contrario, también ganaremos —, y la humanidad doliente y no doliente, y en especial el proletario, ganará y tendrá la Medicina a su alcance con un minimum de molestias y escaso sacrificio económico.

Por creer que varios de mis lectores desconocen tal proyecto, voy a permitirme copiar parte de él.

Organización de la asistencia médico-rural.

Cada pueblo contará, por lo menos, con los mismos médicos que hoy tenga, teniendo en cuenta que no debe designarse a un médico la asistencia de más de 2.000 habitantes. Creemos que son suficientes 1.500 individuos para cada médico; con esta reducción de habitantes por médico, más los que aumenten como después se señala, se evita en parte el grave problema del paro médico.

Se constituye un grupo médico sanitario, que puede llamarse Distrito sanitario rural, con un contenido de 10 a 12.000 habitantes, formado por la agrupación de varios pueblos, en un radio de 10 a 12 kilómetros, para que puedan ser fácilmente asistidos por los especialistas que ha de tener este Distrito (cirujano general, pediatra, puericultor y odontólogo), con residencia en el Ayuntamiento capital del Distrito sanitario rural.

A primera vista parece que la creación de este Distrito sanitario rural implica una sobrecarga grande sobre la economía de los pueblos y que es pequeño el número de individuos y kilómetros asignados a cada Distrito.

Hemos hecho un estudio del número de habitantes y kilómetros del partido judicial de nuestra residencia, y son necesarios casi todos los pueblos para llegar a esos números. Luego creemos está bien calculado el número de individuos y kilómetros. De esta forma, nuestros enfermos, sin grandes molestias y sin ningún desembolso, tienen a su alcance lo necesario para ser atendidos en sus dolencias, y así se evitan ese ir y venir de la Ceca a la Meca, y que los que lo hemos pasado rogamos morir antes que pasar un tan gran calvario.

Como complemento a esto, y para dar más facilidades a los enfermos, se forman los Distritos sanitarios comarcales, en los cuales se recibirán a los enfermos que concurran de los pueblos del Distrito para ser asistidos, médica y quirúrgicamente, en las distintas especialidades. Este Centro será regido por un médico especializado en materia de higiene y sanidad pública, y tendrá las siguientes asistencias: Medicina general, Gran cirugía, Pediatría, Puericultura, Higiene escolar, Odontología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Vías urinarias, Psicotecnia y Orientación profesional, Higiene mental, Laboratorio de análisis aplicado a la Higiene, a la Clínica, a la Bacteriología y a la Policía de alimentos; Radiodiagnóstico, Estadística, Administración y Propaganda. Los especialistas de este Centro habrán de trasladarse en consulta a los Distritos sanitarios rurales que comprenden el comarcal periódicamente y dar asistencia de sus especialidades, en todos los pueblos que comprende el Distrito sanitario de esta clase, a los individuos que la necesiten y no se hallaren en condiciones de ser trasladados al Hospital comarcal. Este Centro

Doctor:

LOS **LABORATORIOS TURON,**

productos neuroterápicos,

tienen el gusto de presentarle tres productos de eficacia comprobada:

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

DOSIS: De dos a cuatro cucharadas grandes distribuidas en las veinticuatro horas.

Completamente inocuo: tolerancia absoluta

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

DOSIS: De una a tres tabletas al día.




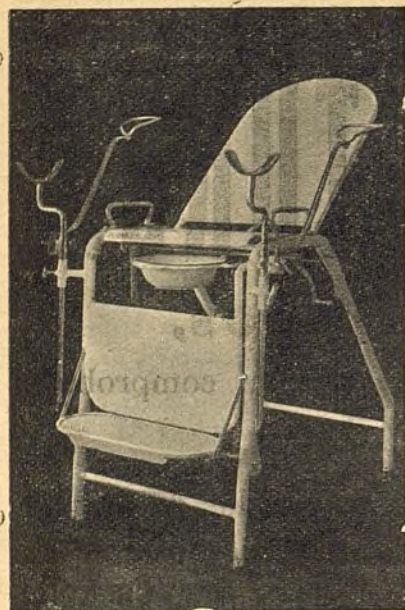
Fosforal-Turón
(Excelente tónico nervioso).

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

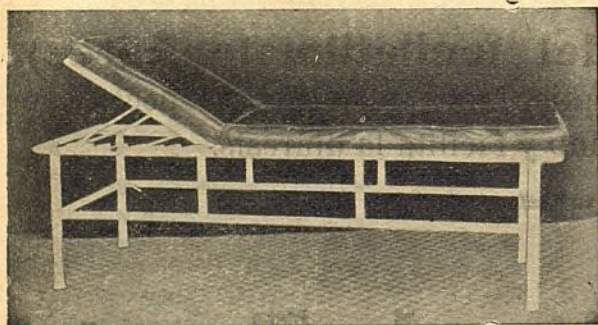
DOSIS: Una cucharada de postre antes o después de las tres comidas.



 **Lauria, número 96.-BARCELONA**



Modelo 99.
Mesa especial para ginecología, modelo doctor Velasco, muy práctica y sólida. Pintada al duco, pesetas 175.



Modelo 7.
Cama de reconocimiento y manejo, en tubo de hierro, esmaltada en blanco con almohadas de gutapercha. Ptas. 225.



Modelo 100.
Mesita de niño, construída en tubo, esmaltada en blanco con almohadones de gutapercha del mismo color. Pesetas 150.

SOLICITEN
NUESTROS
CATÁLOGOS
GENERALES

de Mobiliario
e Instrumental



Para la adquisición de nuestros muebles e instrumental de cirugía, concedemos el pago en **cinco** y **diez** plazos mensuales.



Modelo 64.
Silla para clínica, esmaltada en blanco. Ptas. 40.

INDUSTRIAL MEDICA DORIA, S. A.

EXPOSICIÓN Y OFICINAS

Calle de Raimundo F. Villaverde, número 1

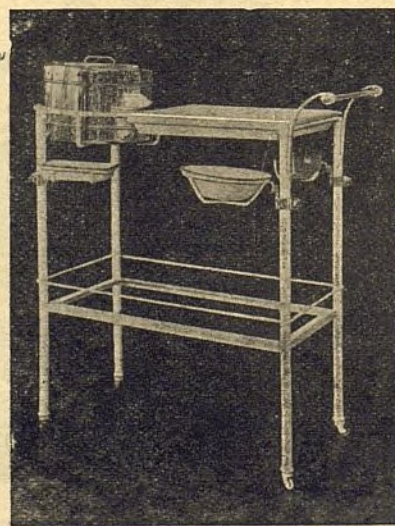
Glorieta (Caminos)

Teléfono 40699.-MADRID

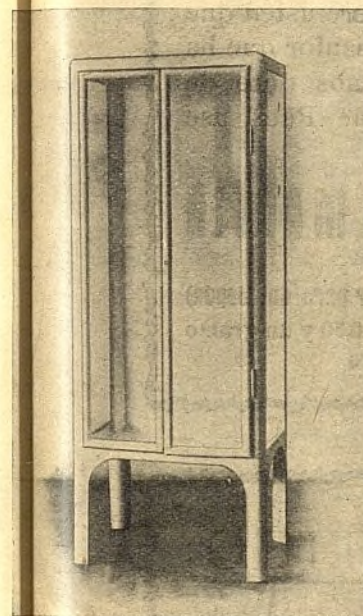
~~~~~ Apartado 3031 ~~~~~



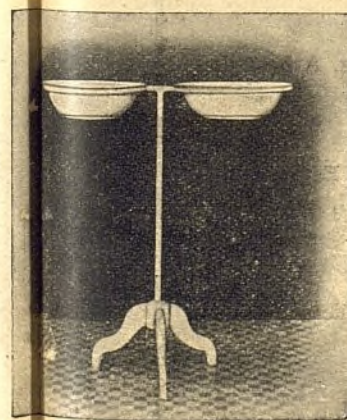
Modelo 101.  
Vitrina fichero, modelo adoptado por el Instituto de Puericultura de Madrid. Se construye para los diferentes tamaños de fichas y con los departamentos que se deseen. Dimensiones: alto, 150 cm.; ancho, 110; fondo, 35 cm. Ptas. 650.



Modelo 109.  
Carrito porta-curas completo con un bote de 30 X 18 o dos de 20 por 14. Entrepañio de luna. Ptas. 175.



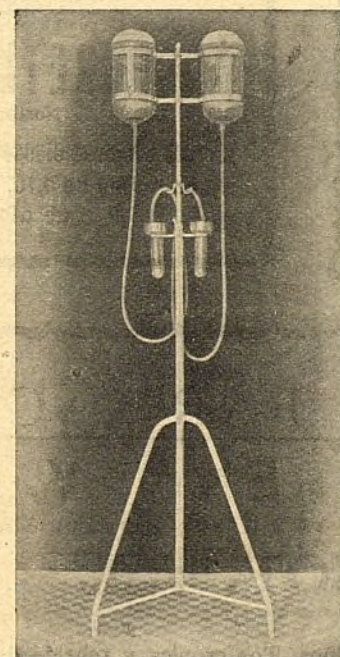
Modelo 102.  
Vitrina chapa ángulos redondos. Pintada al duco. Tres entrepaños de luna con canto pulido. Dimensiones: ancho, 55 cm.; fondo, 35 centímetros. Ptas. 290.



Modelos 70 y 71.  
Porta palanganas pie fundido. Modelo 70. — Sin palanganas. Pesetas 38.  
Modelo 71.—Con palangana de 32 cm. Ptas. 45.

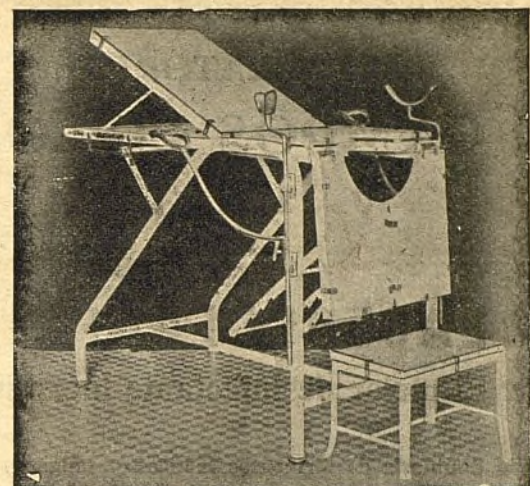


Modelo 114.  
Luceta de techo propia para clínica, luz clara e igual. Pesetas 50.

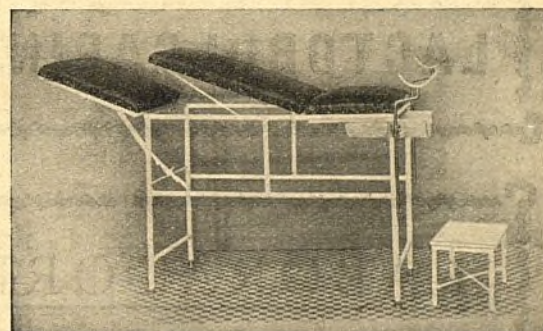


Modelo 56.  
Porta-irrigador pie de tubo de hierro esmaltado en blanco parte superior niquelada, completo. Ptas. 55.

Nuestros muebles son  
insustituíbles  
por su construcción esmerada,  
su solidez y su precio.



Modelos 14 y 15.  
Modelo 14.—Mesa de operaciones Eureka, construída en sólido tubo de hierro acerado con planos de luna. Grueso del asiento, 15 milímetros. Con juego de horquillas y pedales. Lunas enteras. Ptas. 320.  
Modelo 15.—La misma, con lunas partidas. Pesetas 350.



Modelos 5 y 6.  
Modelo 5.—Mesa de reconocimiento y curación, toda en tubo de hierro esmaltado en blanco con horquillas o pedales niquelados y almohadones de gutapercha. Ptas. 140.  
Modelo 6.—La misma, con escotadura para lavados. Ptas. 155.



Modelo 111.  
Palanganero, con dos palanganas de hierro esmaltado y entrepañio de cristal esmerado. Ptas. 50.



LABORATORIOS  
**CAMPOS FILLOL**  
VALENCIA

**LACTOBULGARINA**

El mejor desinfectante intestinal

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

FRASCO DE 250 GRAMOS, 3,65 PESETAS  
EN TODA ESPAÑA

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

En gastroenteritis, tóxicas, diarreas estivales, infecciones intestinales, etc., es de doble éxito.

**LACTOBULGARINA**

**A L Z O L A**

(Guipúzcoa)

Oligo metálica, marcadamente litfínica,  
radioactiva, 30°

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

Temporada:

15 de junio al 15 de octubre.

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

**CANFORETIL B. MARTIN**

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)  
En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y un gramo  
de alcanfor puro

**LABORATORIO FARMACEUTICO**

**PONS, MORENO Y C.<sup>A</sup>**

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

**BURJASOT VALENCIA**  
(ESPAÑA)

**Jarabe Bebé**

Tos ferina de los niños. Tos crónica y rebelde de los adultos. Infalible e inofensivo.

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

**Tetradinamo**

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

**Septicemiol**

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de colessterina, gomenol, alcanfor y estricnina.

**Eusistolina**

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

**Mutasán**

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación del ferrocarril.



dispondrá de vehículos de transporte de enfermos, de servicio ambulante, de rayos X, de equipos de propaganda y de Higiene infantil. Los médicos adscritos a los Centros de Higiene rural y comarcal sanitarios y especialistas, lo mismo que los de asistencia en los pueblos, dependen únicamente de la Sanidad provincial, y funcionarán con absoluta independencia de cualquier otro organismo o autoridad, de las que no tendrá otra subordinación que la que corresponde a cualquier ciudadano o funcionario en cuanto a la cooperación que es obligada para los servicios de asistencia pública.

Con lo expuesto se tiende, según nuestro criterio, a proteger en el sentido de facilitar la Medicina lo más perfecta posible al proletario y la clase media, pues fácilmente se comprende que estos Centros sanitarios rurales y comarcales habrían de llenar esta indicación.

Será un buen medio de suprimir el paro médico, porque, calculando en 23 millones el número de habitantes de España y descontando cerca de cuatro millones de habitantes, que representan los que hay en las capitales de provincia, nos restan 19 millones. Como a cada grupo de 12.000 habitantes se le asigna, por ejemplo, tres médicos, nos dan 4.749 médicos colocados; mas suponiendo que sean cinco los necesarios para cada grupo de 40.000 habitantes, nos dan 2.375, que, sumados a los 4.749 del grupo de los 12.000, nos dan un total de 7.124 médicos que encontrarían colocación, número éste que llenaría casi completamente el cupo de médicos parados. Como, por término medio, percibirá 10.000 pesetas cada uno, suman un total de 71.240.000 pesetas, que viene correspondiendo a tres pesetas y céntimos por individuo y año, cantidad ésta que, en el caso de una familia numerosa de ocho individuos, rebasará en 30 pesetas la satisfecha en años anteriores por asistencia médica. ¿No es insignificante esta cantidad si se la compara con la que hay que desembolsar en el momento que sale uno de casa? ¿No son considerables las atenciones médicas que percibirá por estas 30 pesetas? Creemos que sí, porque no solamente los enfermos recibirán asistencia en los sendos Distritos, sino que el que no pueda desplazarse de su lugar recibirá la asistencia médica de los especialistas de los dos Distritos en su propio domicilio.

Esta condición creemos nos arranca otra espina, que es la de las consultas. Nosotros no tenemos miedo a las consultas; a quienes tenemos miedo es a los médicos que no tienen vergüenza (que, generalmente, si la tienen, pero como anda el dinero de por medio, hay que procurar adquirir cartel para que le llamen otra vez. Y ¿cómo adquirir este cartel? Pues despretigiando al compañero; éste es uno de los medios más eficaces y que, por lo tanto, mejores resultados da). Creemos que, al desaparecer, en cierto modo, ese interés, los colegas de los Distritos mostrarían la virtud de no decir mal del compañero, y, si no desaparecía por completo ese gusano roedor (de hablar mal), por lo menos disminuiría bastante, y ya es suficiente conseguir.

#### *Funcionamiento de esta organización.*

El médico de asistencia que ha de haber en cada partido médico tendrá a su cargo la asistencia ordi-

naria de todos los individuos que le formen, tal y como lo hace actualmente. Seleccionará aquellos enfermos que deban ser asistidos por los especialistas de los Distritos, según la gravedad de los procesos de los atacados.

El cometido sanitario de estos médicos de asistencia, en relación con la profilaxis y lucha contra las enfermedades evitables y con la sanidad general de los pueblos, estará únicamente subordinado a la Sanidad oficial del Estado en la capital de la circunscripción y, por lo tanto, no tendrá otra relación de dependencia con las autoridades locales que la que corresponde a cualquier residente en el Municipio. Sin perjuicio de esta autonomía, el médico tratante en función de sanitario municipal estará en relación con los Ayuntamientos y con los alcaldes para darles cuenta de cualquiera alteración de la salud pública y de las medidas que haya sido preciso adoptar. Toda otra acción de carácter médico profesional o sanitario que hayan de desarrollar los médicos de asistencia en los pueblos será cumplimentada por intermedio del Centro sanitario rural o comarcal.

Eliminada la Beneficencia municipal de este nuevo sistema de asistencia médica, los Ayuntamientos no tienen ninguna intervención en la forma cómo los médicos de la asistencia pública prestan los servicios facultativos a los particulares, pudientes o pobres, ni autoridad para imponerles, cualquiera que sea su naturaleza, únicamente conservan la que les corresponde como en cualquier otro servicio público.

¿Qué habremos conseguido con esto? Desligarnos completamente de los señores monterillas. Y ¿les parece a ustedes poco? A mí me parece muchísimo más: poder hacer sanidad. Pues aunque actualmente hay un señor Inspector de Sanidad en la provincia, no le es posible desplazarse de pueblo en pueblo para atender a la salubridad de éstos; mientras que, teniendo esta obligación los médicos higienistas de los Distritos sanitarios rural y comarcal, les será fácil trasladarse de lugar en lugar y hacer esta salubridad (que buena falta nos hace), decir y obligar a los alcaldes a que rindan tributo a los más elementales principios de la Higiene, a que los establecimientos públicos dejen de ser criaderos fecundísimos de moscas y que los alimentos que nos han de servir de sostén sirvan para este fin y no para arruinar intoxicando nuestra naturaleza. Salubridad que no podemos hacer los médicos rurales, pues enseguida vienen las represalias.

Los médicos adscritos a los Centros de Higiene rural y comarcal, sanitarios y especialistas, lo mismo que los de asistencia en los pueblos, dependen únicamente de la Sanidad provincial y funcionan con absoluta independencia de cualquier otro organismo o autoridad, de las que no tendrá otra subordinación que la que corresponde a cualquier ciudadano o funcionario en cuanto a la cooperación que es obligada para los servicios de asistencia pública.

#### *Organización económica.*

Desaparecen las organizaciones de médicos titulares dependientes de los Ayuntamientos (y de todo el mundo) y se convierten en médicos de la asistencia pública adscritos a los centros sanitarios de higiene rural dotados en la forma que se dirá.



Cesa la asistencia por conciertos, iguales o contratos con los particulares, quienes habrán de hacerlo directamente con los centros comarcales. De este modo, la nueva forma de asistencia médicosanitaria puede ser retribuida:

a) Por los Ayuntamientos obligados a contribuir con el 5 por 100 del presupuesto municipal para los servicios sanitarios y a razón de 50 pesetas por cada familia pobre que incluyan en sus listas de protección social. ¡Qué bajón iban a dar las listas de la beneficencia!

b) Por los particulares, que abonarán 10 pesetas por cada individuo de la familia.

c) Por las Diputaciones provinciales, que deberán satisfacer el 10 por 100 de las aportaciones de los Ayuntamientos y de los particulares.

d) Con cooperación del Estado (obligación tiene, pues para eso tiene sobre nosotros derechos, y justo es que le alcancen los deberes), que podrá graduarse a base de las dotaciones de todas las plazas de especialistas de los centros sanitarios y de higiene rural de los distritos municipales y de los comarcales y para la organización y sostenimiento de los referidos centros (instrumental, material, etc.).

e) Los centros de asistencia u hospitales comarcales serán atendidos con la parte correspondiente que los Ayuntamientos satisfacen de contingente provincial a las Diputaciones, y subvencionados además por éstas en razón a los servicios que se desplazan de la Administración provincial a la nueva organización sanitaria. El presupuesto de estos centros permitirá dotarles de cuanto se requiera para las funciones que han de realizar y del material móvil para el transporte de los enfermos que han de recibir asistencia en los mismos. Con las aportaciones que se indican y alguna más que es fácil habilitar para la dotación de un distrito sanitario comarcal, se pueden señalar a cada médico tratante haberes anuales de unas 6.000 a 8.000 pesetas; a cada médico especialista del distrito rural, de 8.000 a 10.000 pesetas, y a los especialistas de los centros sanitarios de esta misma demarcación, unas 12.000 a 15.000 pesetas, además del derecho a la indemnización por dietas y gastos de viaje cuando salgan de su residencia.

De esta forma conseguimos la independencia económica, porque ya no valdrá eso de "se advierte a los compañeros que piensen solicitar la vacante de X que las iguales están comprometidas" ni tampoco el tener que ajustarnos como las patatas, y otras varias lindezas por el estilo, que todos sabemos.

Una laguna grande sale a nuestro paso, y es que en este proyecto no se dice cómo se han de dar las plazas, punto éste muy importante, porque todo lo noble de él desaparece si los médicos hemos de seguir siendo elegidos al mero capricho de los Ayuntamientos o del director del centro sanitario comarcal; en él debe garantizarse la estabilidad del médico y la fácil entrada y limpia de trampas y favoritismo; de esta forma no se impondrá a los pueblos el señorito del lugar, el hijo del alcalde, caso de que esto parezca un atropello. Nosotros no tendríamos inconveniente en que ejerciera el señorito, siempre que el pueblo nos diera a nosotros nuestro estipendio; así se aunaban los deseos del hacendado y los nuestros.

Sentiríamos que este proyecto no llegue a constituir una realidad, porque con él creemos nosotros se nos garantiza nuestra independencia económica desde el momento en que nada tendremos que ver con los vecinos ni con los Ayuntamientos; se nos garantiza nuestra independencia profesional, pues conseguida la económica, ésta hará que podamos ejercer sin temor a la pérdida del cliente o del partido; nos aproxima, y esto a nosotros por lo menos nos interesa grandemente, a los centros donde la Medicina se divide en varias ramas, siendo más fácil su estudio y mejor su empleo, porque, aunque se puedan poner algunos botones de muestra, en los que se demuestre que varios especialistas dejan de serlo, creemos que la mayoría abarcan su especialidad con cierta perfección, y creo que alguna lección útil habríamos de recibir de ellos; teniendo tan cerca estos centros, fácil nos sería familiarizarnos algo con ellos y sus enseñanzas, y siempre saldríamos ganando como médicos, porque creemos que para exigir nosotros también debemos tener que ofrecer y poder dar.

Y, por último, volvemos a repetir, al crear los jefes de higiene, al igual que los especialistas tienen la obligación de desplazarse de su residencia oficial para asistir al enfermo que lo necesite, éstos tendrán la obligación de desplazarse a los pueblos a hacer sanidad, investidos de su autoridad para sancionar e imponer multas a los infractores de sus disposiciones higiéniicasanitarias, para de esta forma hacer salubridad, porque actualmente los I. M. de S. no la podemos hacer, porque enseguida vienen las represalias, como antes decimos, y un "¿a usted qué le importa que tengamos nuestros estercoleros donde nos venga en gana? ¡Pues no es usted poco exigente! Yo toda mi vida les he visto en los mismos sitios, y vea usted si nos criamos gordos y colorados". (El vino, el aguardiente que consumen más que agua les da ese aspecto; no lo dicen, pero lo deben pensar: "Nuestros cerdos no se lavan, al igual que nosotros, y, sin embargo, nos hacen una buena matanza".) Si algún político nos lee, pensará que atentamos a la autonomía municipal. ¡Qué bien suena esta palabrita para seducir a las multitudes! Pero nosotros les decimos que de estas cosas no saben una palabra o no les conviene saber, sino piensan, como algunos cucos lugareños: "Cuanto más analfabetos, mejor les arreamos." A estos señores les diremos: "¿Ustedes creen que un cerdo se deja lavar sin gruñir? ¿No? Pero porque gruñe ¿hemos de dejarle más puerco de lo que es?" No, señor. Prestemos a este proyecto nuestro apoyo. ¿Qué importa yerre en lo menos, si acierta en lo más?

SISINIO CRESPO

## SECCION OFICIAL

### Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes

#### ORDEN

*Inspectores médicos escolares. Anunciando concurso para proveer siete plazas.*

Ilmo. Sr.: Establecida la reorganización del Cuerpo Médico escolar de Madrid y de su Dispensario, por Decreto



de 5 de junio último (*Gaceta* del 7 del mismo) y consignadas en él las plantillas del personal facultativo, sanitario y administrativo, así como el procedimiento por el que deben ser provistas las vacantes que por la aplicación de sus propios preceptos se produzcan o existan,

Este Ministerio, en armonía con lo preceptuado en el referido Decreto, ha resuelto:

1.º Que se proceda a la provisión en propiedad, mediante concurso-oposición, de siete plazas de Inspectores Médicos escolares de Madrid, dotadas con el sueldo anual de 4.000 pesetas, a cuyo efecto, en el término de quince días, a partir de la fecha de publicación de esta Orden en la *Gaceta de Madrid*, los aspirantes presentarán sus instancias y documentación en el Registro general del Departamento los días laborables, comprendidos en dicho término en las horas señaladas para este servicio.

Podrán tomar parte en este concurso-oposición los que justifiquen haber desempeñado o venir desempeñando iguales cargos con carácter interino, con nombramiento oficial, con sueldos expresamente consignados en el presupuesto y siempre y cuando sus servicios hayan rendido la máxima eficacia y demostrado los interesados completa actividad y aptitud profesional.

Estas circunstancias se acreditarán con los oportunos títulos administrativos, con el informe de la Junta provisional a que se refiere el apartado 7.º de esta Orden, con hoja de servicios certificada y cuantos documentos o trabajos fehacientes contrastados estimen oportuno aportar los interesados.

2.º Que asimismo se proceda a la provisión, en propiedad, por igual medio y en los mismos términos y plazos que se señalan en el apartado anterior, nueve plazas de Inspectores Médicos Auxiliares, categoría de entrada, dotadas con el sueldo anual de 2.500 pesetas.

Podrán aspirar a estas plazas los que reúnan alguna o algunas de las circunstancias siguientes:

a) Haber desempeñado o venir desempeñando, con carácter interino y nombramiento oficial, con sueldo consignado en el presupuesto, el cargo de Inspector Médico escolar y siempre y cuando sus servicios tengan la misma validez y justificación que la exigida en el apartado 1.º de esta Orden.

b) Los que, además de poseer los títulos de Licenciado o Doctor en Medicina, tengan el título o certificado que acredite tener aprobados los estudios de Maestro Normal o los de Maestro de Primera enseñanza.

c) Los que, además del título de Licenciado o Doctor en Medicina, estén en posesión del título de Médico Puericultor, expedido por la Escuela de Puericultura, o el certificado de aprobación del curso de Higiene escolar expedido por la Escuela Nacional de Sanidad.

d) Los Licenciados o Doctores en Medicina que justifiquen por publicaciones, Memorias y otros trabajos haberse dedicado preferentemente a los de Higiene escolar.

3.º Que igualmente se proceda a su provisión, en propiedad, por los mismos medios de concurso-oposición, señalándose iguales plazos y términos para la presentación de documentos y solicitudes, de diez plazas de Médicos especialistas y cinco de Auxiliares de Dispensario, categoría de entrada, de la Inspección Médicoescolar de Madrid, dotadas, respectivamente, con los sueldos de 2.500 y 1.500 pesetas.

4.º Las especialidades objeto de provisión serán: una de Dermatología; una de Laringología; una de Trastornos del crecimiento; una de Pulmón y Corazón; una de Psicotecnia; una de Análisis clínico; una de Radiología, una de Oftalmología, y dos de Odontología.

Las Auxiliarias se referirán a las siguientes especialidades: una de Laringología; una de Pulmón y Corazón; una de Dermatología; una de Oftalmología, y una de Odontología.

Los interesados deberán consignar en sus peticiones la especialidad o especialidades a que aspiren.

5.º Podrán aspirar a una y otra clase de plazas los que

reúnan alguna o algunas de las siguientes circunstancias:

a) Desempeñar o venir desempeñando plazas de igual especialidad en el Dispensario de Higiene escolar con nombramiento oficial.

b) Los que, además de poseer los títulos de Licenciado o Doctor en Medicina, o de Odontólogo, cuando se trate de esta especialidad, posean el título de Maestro Normal o de Maestro de Primera enseñanza o certificado de tener aprobados los estudios que dan derecho a dichos títulos.

c) Los que, además de ser Licenciados o Doctores en Medicina, excepto para las de Odontología, estén en posesión del título de Médico Puericultor expedido por la Escuela Nacional de Puericultura o el certificado de aprobación del curso de Higiene escolar expedido por la Escuela Nacional de Sanidad.

d) Los que, además del título de Licenciado o Doctor en Medicina, justifiquen, documental y fehacientemente, haberse consagrado a trabajos y estudios de las especialidades a que aspiran, con relación a la infancia.

6.º Los opositores de toda clase a que se refieren los apartados anteriores deberán abonar, al tiempo de presentar sus solicitudes, en concepto de derechos, la cantidad de cuarenta pesetas.

7.º En tanto puede constituirse la Junta del Cuerpo Médico escolar a que se refiere el artículo 7.º del Decreto de 5 de junio último, que debe tener carácter definitivo, se constituirá una con carácter provisional integrada por los actuales Médicos escolares propietarios.

8.º El Tribunal que debe llevar a efecto la clasificación previa de los aspirantes y la clasificación de los ejercicios de la oposición estará integrado por: D. Virgilio Hueso, Consejero Nacional de Cultura, Presidente; D. J. Antonio Muñozerro, Inspector Médico escolar, Decano; D. Antonio Duque Sampayo, Subdelegado de Medicina de Madrid; D. Luis de Hoyos Sáiz, Catedrático de Higiene escolar en la Facultad de Filosofía, Sección de Pedagogía y ex Profesor de igual asignatura en la Escuela Nacional de Sanidad; D. Nicolás Martín Cirajas, Inspector Médico escolar, Secretario. Suplentes: D. Enrique Rioja Loblanco, Consejero Nacional de Cultura, Presidente; D. Carlos Sáinz de los Terreros, Inspector Médico escolar; D. Antonio Crespo Álvarez, Director del Dispensario Antituberculoso de Madrid; D. Manuel Alonso Zapata, Director de Escuela graduada de Madrid; D. Antonio Oller, Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad.

9.º Expirado el plazo de presentación de documentos, por el Tribunal se procederá a la clasificación de los aspirantes para cada una de las plazas objeto de provisión, formando los grupos que en los respectivos apartados se señalan según las circunstancias demostradas, en el orden que dentro de cada grupo sea procedente, publicándose las relaciones oportunas en la *Gaceta de Madrid*.

10. Los ejercicios de oposición serán los señalados en la base segunda del artículo 4.º del Decreto de 5 de junio último, actuando independientemente los opositores que aspiren a las plazas de Inspectores Médicos, a las de Inspectores Médicos auxiliares y a las de especialistas y auxiliares de Dispensario, esto es: en tres grupos distintos y como si se tratase de convocatorias distintas.

11. Los ejercicios de oposición darán comienzo el 15 de octubre próximo y el Tribunal publicará los cuestionarios que crea pertinentes con arreglo a lo señalado en el Decreto antes mencionado, con diez días de anticipación al comienzo de los ejercicios.

Las materias objeto de los ejercicios prácticos se determinarán de entre varios formados por el Tribunal, mediante sorteo en el momento de actuar cada opositor, y que cuando se refiere a aspirantes a especialistas o a auxiliares de Dispensario, habrán de relacionarse con la especialidad a que cada interesado aspire.

12. Si el Tribunal lo juzgase oportuno, para mejor aquilatar el mérito de los opositores de cualquier clase, queda autorizado para determinar la realización de un nuevo ejer-



cicio complementario, y en la forma y condiciones que estime más conveniente.

13. Realizados todos los ejercicios de oposición, el Tribunal elevará al Ministerio las propuestas por orden de clasificación, para las plazas de cada clase, que comprenderá únicamente el número de las convocadas, sin que en modo alguno pueda extender su propuesta ni determinar como aprobados los que excedan de dicho número. Las propuestas de especialistas y auxiliares de Dispensario formarán una sola relación, entendiéndose que en aquellas especialidades que llevan asignada auxiliaría se figurarán en primer término los referidos especialistas, y a continuación, con el número 2, el auxiliar respectivo.

14. Tanto en el ejercicio escrito como en el práctico, así como el complementario, si procediera, serán clasificados por puntos, pudiendo conceder cada Juez una máxima de diez puntos por ejercicio.

15. Los ejercicios escritos para cada clase de plazas serán de conjunto para todos los opositores, pudiendo, si el número de aspirantes fuese excesivo, formar grupos de éstos, no inferiores a 25 actantes.

16. Publicadas las listas de aspirantes en la *Gaceta de Madrid*, y en el término de ocho días, por los interesados se podrán formular las recusaciones que fuesen pertinentes, según los preceptos generales que regulan las oposiciones de Cátedras, siendo de aplicación general estos preceptos a cuanto no hubiera sido previsto en esta convocatoria.

17. La Dirección general de Primera enseñanza queda facultada para adoptar cuantas medidas estime oportunas para resolver todo lo que tiende a la mejor ejecución de los preceptos contenidos en esta Orden.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Madrid, 5 de septiembre de 1933.—*Francisco J. Barnés*. Señor Director general de Primera enseñanza. (*Gaceta* del 9 de septiembre.)

\* \* \*

Ilmo Sr.: Aprobadas las plantillas que constituyen el Cuerpo Médico escolar de Madrid por Decreto de 5 de junio último (*Gaceta* del 7) y en aplicación de los créditos que para su organización fueron fijados en el capítulo 4.º, artículo 7.º, concepto 1.º del presupuesto de este Departamento con vigencia desde 1.º de enero último,

Este Ministerio ha resuelto que por esa Dirección de su digno cargo se proceda a extender los oportunos títulos administrativos del personal, tanto propietario como interino, que actualmente vienen desempeñando sus respectivos cargos, con las dotaciones que figuran en las plantillas del artículo 3.º del referido Decreto y con la antigüedad de 1.º de enero último, o con la fecha de posesión respectiva, si fuese posterior aquélla.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Madrid, 5 de septiembre de 1933.—*P. P. Santiago Pi y Suñer*. Señor Director general de Primera enseñanza. (*Gaceta* del 9 de septiembre.)

## Hospital de San Lázaro (Granada)

**Clínica médica del Dr. Fidel Fernández**

A partir del 1.º de octubre de 1933 y durante todos los días laborables del año escolar, se dará un CURSO GENERAL DE ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO, a cargo del Dr. Fidel Fernández y de los auxiliares adscritos a su servicio de Clínica médica.

Los señores que se inscriban serán adiestrados individualmente en todas las técnicas de exploración, diagnóstico y tratamiento, y aquellos que lo deseen recibirán temas y las facilidades necesarias para preparar trabajos de investigación o tesis doctorales.

Las lecciones tendrán lugar todas las mañanas de los días lectivos, y habrá además conferencias teóricas los jueves por la tarde y sesiones operatorias precedidas de comentarios sobre la cirugía de la especialidad. Todos los señores inscritos utilizarán los diferentes servicios de la Clínica: consultorio, enfermerías, laboratorio, gabinete radiológico, gabinete de metabolimetría, etc., etc., y aquellos que asistan con regularidad y demuestren al final su suficiencia recibirán el diploma correspondiente.

La matrícula—limitada a un número máximo de diez alumnos (médicos o estudiantes de Medicina)—es completamente gratuita, y se hará en la Administración del Hospital de San Lázaro, durante las horas de oficina.

## CRONICAS

### Noticias

—Ha sido nombrado don Andrés Núñez del Río para el cargo de Inspector de Sanidad de la provincia de Sevilla.

—En la *Gaceta* del 12 de septiembre se publica una orden disponiendo que en Valladolid, y con jurisdicción sobre toda la provincia, se constituya un Jurado mixto del personal al servicio de Hospitales, Sanatorios, Casas de Salud, etc., de la Beneficencia provincial.

### Forensias

—En los Juzgados de primera instancia e instrucción de Arcos de la Frontera, Albuñol, Andújar, Aracena, Berja, Estepa, Falset, Granollers, La Bisbal, Lucena, Olot, Ronda, Tuy, Vera, Vich y Villafranca del Panadés, de categoría de ascenso, se hallan vacantes, por resultar desierto el concurso de traslación, las plazas de Médico forense, que, de conformidad con lo prevenido en el artículo 12 del Decreto de 17 de junio de 1933, deben 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* (10 de septiembre).

## SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 10028.—Madrid. Forma emulsionable en frío: 2,90 ptas. caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,40 ptas. frasco de 250 gramos. Ambas formas: A granel por kilos.—Muestras gratuitas.

**Sil - Al** *Silicato de aluminio, fisiológicamente puro*  
Laboratorio Gámir, VALENCIA - J. Gayoso, MADRID

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

**NIÑOS** *Quininfantina*  
DELGADO RONCO

En papales, de acción eficaz y agradable de tomar.

BOLAÑOS Y AGUILAR • Talleres gráficos • Altamirano, 50, MADRID