

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 á 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOUE
78, Faubourg Saint-Denis, Paris



Representante en España: D. DANIEL ROBERT. Claris, 72. — BARCELONA

Biblioteca de EL SIGLO MEDICO—MONOGRAFIAS

Precio de cada tomo 1,50 pesetas (para los suscriptores de «El Siglo Médico»).

- I. **Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas**, por el Dr. Valdés Lambea.
- II. **La demencia precoz**, por el Dr. Vallejo Nágera.
- III. **Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes**, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.
- IV. **Los problemas clínicos de la úlcera del estómago**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- V. **La blenorragia aguda y su tratamiento**, por el Dr. Angel Pulido Martín.
- VI. **El médico rural ante las distocias más frecuentes**, por el Dr. Vital Aza.
- VII. **Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- VIII. **La Epilepsia**, por el Dr. José M.^a de Villaverde.
- IX. **El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea**, por el Dr. García Vicente, y **Alteraciones de la voz, laringitis y ronquera**, por el Dr. Huarte Mendicoa.
- X. **El tratamiento del reumatismo**, por Federico Peco y Manuel M. Sellés.

Ayuntamiento de Madrid.

Los envíos a reembolso llevan un aumento de 0,75 pesetas, por lo cual conviene el previo pago de 1,50 pesetas en sellos de correo o giro postal.

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

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.[^]

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(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 coles-
terina, 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 espiroquetosis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril



SANATORIO NEUROPÁTICO

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

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

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

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

Véanse reglamentos a la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

Dirección médica: Dr. Gonzalo R. Lafora.

AGUAS MINERALES NATURALES

DE

CARABANA

“LA FAVORITA”

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID

Ayuntamiento de Madrid

CAPÍTULO IV

RAPTO

Art. 441. El rapto de una mujer, ejecutado contra su voluntad y con miras deshonestas, será castigado con la pena de prisión mayor a reclusión menor, a no ser que a la violencia carnal corresponda mayor pena.

Art. 442. El rapto de una mujer menor de veintitrés años y mayor de doce, ejecutado con su anuencia, pero interviniendo engaño grave, será castigado con la pena de arresto mayor.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES COMUNES A LOS CAPÍTULOS ANTERIORES

Art. 443. No puede procederse por causa de estupro sino a instancias de la agraviada, o de sus padres, abuelos o tutor.

Para proceder en las causas de violación y en las de rapto ejecutado con miras deshonestas, bastará la denuncia de la persona interesada, de sus padres, abuelos o tutores, aunque no formalicen instancia.

Si la persona agraviada no tuviere personalidad para comparecer en juicio y fuere además de todo punto desvalida, careciendo de padres, abuelos, hermanos o tutor que denuncien, podrá verificarlo el fiscal por fama pública.

En todos los casos de este artículo el perdón expreso o presunto de la parte ofendida extinguirá la acción penal o la pena si ya se hubiere impuesto al culpable.

El perdón no se presume sino por el matrimonio de la ofendida con el ofensor.

Art. 444. Los reos de violación, estupro o rapto, serán también condenados por vía de indemnización.

1.º A dotar a la ofendida, si fuera soltera, viuda o divorciada.

2.º A reconocer la prole, si la ley civil no lo impidiere.

3.º En todo caso a mantener la prole.

Art. 445. Los ascendientes, tutores, maestros o cualesquiera personas que, con abuso de autoridad o cargo, coope-

5.ª Con ensañamiento, aumentando deliberada e inhumanamente el dolor del ofendido.

El reo de asesinato será castigado con la pena de reclusión menor en su grado máximo a reclusión mayor.

Art. 413. Es reo simple de homicidio el que, sin estar comprendido en el art. 411, matare a otro, no concurriendo alguna de las circunstancias enumeradas en el artículo anterior.

El reo de homicidio será castigado con la pena de reclusión menor.

Art. 414. Cuando riñendo varios y acometiéndose entre sí confusa y tumultuosamente hubiere resultado muerte y no constare su autor, pero sí los que hubieren causado lesiones graves, serán éstos castigados con la pena de prisión mayor.

No constando tampoco los que hubieren causado lesiones graves al ofendido se impondrá a todos los que hubieren ejercido violencias en su persona la de prisión menor.

Art. 415. El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide, será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, será castigado con la pena de reclusión menor.

CAPÍTULO II

INFANTICIDIO

Art. 416. La madre que por ocultar su deshonra matare al hijo recién nacido, será castigada con la pena de prisión menor en sus grados mínimo y medio.

En la misma pena incurrirán los abuelos maternos que, para ocultar la deshonra de la madre cometieren este delito.

CAPÍTULO III

ABORTO

Art. 417. El que de propósito causare un aborto será castigado:

- 1.º Con la pena de prisión mayor, si ejerciere violencia en la persona de la mujer embarazada.
- 2.º Con la pena de prisión menor si, aunque no la ejerciera, obrare sin consentimiento de la mujer.
- 3.º Con la de arresto mayor, si la mujer lo consintiera.

Cuando, a consecuencia del aborto, resultare la muerte de la mujer embarazada, se impondrán las penas respectivas en su grado máximo, siempre que hubiere mediado imprudencia y no correspondiere mayor pena conforme al artículo 558.

Art. 418. La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo causare, será castigada con arresto mayor.

Art. 419. Cuando la mujer causare su aborto o consintiere que otra persona se lo causase para ocultar su deshonor, incurrirá en la pena de arresto mayor en su grado mínimo.

Art. 420. El facultativo que, abusando de su arte, causare el aborto o cooperare a él, incurrirá respectivamente en las penas señaladas en el art. 417 y, además, en multa de 2.500 a 25.000 pesetas.

El farmacéutico que, sin la debida prescripción facultativa expendiere un abortivo, incurrirá en la pena de multa de 500 a 5.000 pesetas.

CAPÍTULO IV

LESIONES

Art. 421. El que de propósito castrare a otro, será castigado con la pena de reclusión menor.

Art. 422. Cualquiera otra mutilación ejecutada igualmente de propósito, se castigará con la pena de reclusión menor en sus grados mínimo y medio.

na con una mujer mayor de doce años y menor de veintitrés, interviniendo engaño grave, se castigará con la pena de multa de 500 a 5.000 pesetas.

Con la misma pena se castigará cualquier abuso deshonesto cometido por las mismas personas y en iguales circunstancias que las establecidas en el párrafo 1.º de este artículo y en los dos artículos precedentes.

Art. 440. Incurrirán en la pena de prisión menor en sus grados mínimo y medio, inhabilitación absoluta para el que fuere autoridad pública o agente de ésta y multa de 500 a 5.000 pesetas:

1.º El que habitualmente promueva, favorezca o facilite prostitución o corrupción de persona menor de veintitrés años.

2.º El que para satisfacer los deseos de un tercero con propósitos deshonestos, facilitare medios o ejerciera cualquier género de inducción en el ánimo de menores de edad, aun contando con su voluntad, y el que mediante promesas o pactos le indujere a dedicarse a la prostitución tanto en territorio español como para conducirlo con el mismo fin al extranjero. Se impondrá pena inmediatamente superior en grado a los culpables señalados en el art. 455.

3.º El que con el mismo objeto ayude o sostenga con cualquier motivo o pretexto la continuación de la corrupción o la estancia de menores en casas o lugares de vicio.

A los delitos previstos en este artículo será aplicable, en su caso, lo dispuesto en el art. 445.

La persona bajo cuya potestad legal estuviere un menor, y que con noticia de la prostitución o corrupción de éste por su permanencia o asistencia frecuente a casas o lugares de vicio, no le recoja para impedir su continuación en tal estado y sitio, y no le ponga en su guarda o a disposición de la autoridad, si careciere de medios para su custodia, incurrirá en las de arresto mayor e inhabilitación para el ejercicio de cargos de tutela y perderá la patria potestad o la autoridad marital, si las tuviere, sobre el menor que diere ocasión a su responsabilidad.

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

1-IV 1933

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

Las grandes figuras de la Cruz Roja :: ::

MAX HUBER

Max Huber nació en Zurich el 28 de Diciembre de 1874. Estudió derecho y ciencias políticas en las Universidades de Lausana, Zurich y Berlín, en donde obtuvo el doctorado de derecho en 1897. Avido de conocimientos, emprendió un viaje de estudios económicos alrededor del mundo, visitando sucesivamente, de 1899 a 1901, Inglaterra, Rusia, Siberia, Extremo Oriente, Australia y Estados Unidos.

Por su cultura y su asombrosa capacidad intelectual, obtuvo en 1902 la cátedra de derecho internacional y de derecho público en la Universidad de Zurich. Durante los diez años en que ejerció el profesorado, publicó numerosas obras sobre derecho internacional y ciencias sociales, siendo *Die Soziologischen Grundlagen des Völkerrechts* (Principios sociológicos de derecho de los pueblos) la que tuvo más éxito.

Profesor honorario desde 1921, doctor en filosofía *honoris causa* de la Universidad de Ginebra, Max Huber fué nombrado miembro del Instituto de Derecho Internacional y de la Academia Real Neerlandesa.

Delegado de la Confederación Helvética en la Segunda Conferencia de la Paz en La Haya, en 1907, consejero jurídico, de 1913 a 1921, del departamento político en Berna; de 1918 a 1921 se ocupó sobre todo de las cuestiones relacionadas con la Sociedad de Naciones y los tratados de arbitraje y de conciliación. En 1910 y 1920 le fueron confiadas varias misiones importantes ante la Conferencia de la Paz, el Consejo Supremo y el Consejo de la Sociedad de Naciones. Delegado suplente de Suiza

presidió de 1925 a 1927. Miembro del Tribunal permanente de arbitraje desde 1923, fué tomado como árbitro único en varias cuestiones internacionales.

Cuando se retiró del Tribunal de La Haya en 1930, Max Huber fué de nuevo encargado de representar a su país en las asambleas de 1931 y 1932 de la So-



ciudad de Naciones. Después del fallecimiento de Fridtjof Nansen, al organizarse la oficina internacional que lleva el nombre del célebre explorador, la Sociedad de Naciones confió a Max Huber la presidencia del nuevo organismo.

En 1928, cuando murió Gustavo Ador, Max Huber, que era miembro del Comité Internacional de la Cruz Roja desde 1923 y vicepresidente desde 1925, fué unánimemente invitado por sus colegas, el 12 de Mayo, a ocupar el cargo de presidente. Desde esa fecha no ha cesado de tomar una parte activa en la obra de la Cruz Roja. El notable discurso que pronunció en Bruselas, en 1930, ante la XIV Conferencia Internacional de la Cruz Roja, quedará mucho tiempo presente en la memoria de todos aquellos que tuvieron el privilegio de oírle exponer en términos elocuentes y comprensivos la misión de la Cruz Roja en el mundo. Podemos decir que por sus grandes cualidades de corazón y de espíritu, su sentido de la justicia, su poderosa y aguda inteligencia, Max Huber es verdaderamente digno de figurar entre las más grandes personalidades de la Cruz Roja.

(Comunicado por el Secretariado de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, París.)

La organización moderna en las profesiones liberales :: ::

El problema de la eficiencia en la oficina del que ejerce una profesión liberal se presenta hoy día de un modo prominente. A medida que aumenta la competencia y que los cobros se hacen más difíciles, el problema de la eficiencia viene tomando grandes proporciones.

Nos referiremos en este artículo a la organización que el médico moderno requiere.

Ya es tiempo que el médico dirija sus facultades analíticas y diagnósticas hacia el fin económico de su profesión, porque allí es donde está el punto débil de la práctica médica de hoy día.

Hay tres factores que contribuyen a la eficiencia de la oficina del médico, desde el punto de vista comercial, a saber:

I. Métodos sencillos y prácticos de teneduría de libros.

II. Un sistema sencillo y práctico de archivar.

III. Un conocimiento de los elementos de métodos de cobros médicos así como los principios sencillos de la Psicología.

Considerando estos factores, pocas son las oficinas médicas que trabajan con eficacia, circunstancias que pocos médicos conocen. Sin embargo, un médico práctico debe, hoy en día, por mera necesidad y bajo la presión de la competencia volverse un hombre de negocios. De no hacer esto, debe, por lo menos, darse cuenta de la necesidad imperiosa de que la parte comercial de su profesión sea manejada por una secretaria capaz. Entre ambas alternativas, los médicos escojan la segunda.

Reducida a su más sencilla expresión, la teneduría de libros es, ni más ni

Gardan
contra la Gripe

en las primeras reuniones de la Asamblea de la Sociedad de Naciones, fué nombrado miembro de la Comisión de las Islas Aaland y de la Comisión del bloqueo.

Durante nueve años, de 1921 a 1930, desempeñó las funciones de juez en el Tribunal permanente de justicia internacional de La Haya, institución que

ERES una alabanciosa que, cuando vas a comprar, todo te cuesta más caro y dices que te lo dan.

**

NUNCA LOS favores deben medirse por el sacrificio que exigen al que los otorga, sino por el beneficio que reportan al que los recibe.

**

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

ION-CALCINA
— PALLARES —

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

menos, un método práctico para vigilar las entradas y las salidas.

Proporciona los informes, y debe proporcionarlos en una forma que se encuentren fácilmente, sobre lo que debía entrar y todavía no ha entrado. Lo más esencial de un sistema de contabilidad es mantenerle sencillo.

**

Algunos médicos dirán: «¡Oh!, yo dejo estos asuntos a mi empleada. Para mí es una gran molestia ocuparme de ellos personalmente; además yo nunca he podido adelantar mucho en el manejo de las cuentas. Ella sabe lo que ha de hacer, en la mayoría de los casos, de modo que yo no me ocupo del asunto.»

Ahora, yo pregunto: «Desde el punto

Antiséptico GLORÓGENO LUMEN

Muestras gratis.
Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22. — Jaén.

de vista estrictamente pecuniario, ¿puede usted permitirse el lujo de dejarle a su empleada toda la responsabilidad del manejo de la parte comercial de su profesión? ¿No habrá una posibilidad de que este asunto sea bastante importante para merecer su atención personal?»

La respuesta es indudablemente afirmativa, especialmente para aquellos médicos prácticos que han empezado a sentir la depresión y la disminución correspondiente de entradas.

Hay varios factores de incertidumbre y de importes malgastados, que se pueden atribuir generalmente a apuntes defectuosos.

De mis entrevistas con los médicos que me han llamado para discutir el aspecto comercial de su profesión, las siguientes causas de derroche han sido mencionadas con mayor frecuencia:

1. Entradas no comprobadas.
2. Salidas no comprobadas.
3. Apuntes defectuosos, poco accesibles o eficaces.
4. Incertidumbre sobre probables entradas, resultando de la falta de apuntes claros.
5. Una contabilidad muy detallada, pero con un sistema defectuoso.
6. Falta de apuntes de historias clínicas.
7. Omisión de cargos por servicios prestados, siendo ésta una de las más grandes lagunas de la profesión.
8. Estados de cuenta enviados tarde o con mucha demora.
9. Muy malos cobros.

Ninguna práctica médica, por más próspera que sea, puede aguantar pérdidas como éstas sin dejar de sentir, tarde o temprano, los resultados correspondientes.

Existe incertidumbre no sólo desde el punto de vista de las entradas brutas sino también de la utilidad neta. El médico, al igual que cualquier otro ciudadano, está obligado a pagar el impuesto

"MALTOPOL"

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

to sobre las ganancias, en cuya ocasión hace una declaración solemne de que ha mencionado correctamente las entradas, las utilidades, así como un estado de cuenta exacto de las exenciones y deducciones.

Los métodos usados en la mayoría de las oficinas han pasado por varios estados de evolución, que pueden describirse más o menos como sigue:

El libro.—Se hacen los asientos por orden cronológico, sin emplear el orden alfabético. Indudablemente este método es la sencillez misma, pero conside-

NOMBRE..... TEL. NÚM.....		DIRECCIÓN.....	
Fecha.....	Servicios prestados.....	Cargo.....	Cobrado.....
Saldo.....			
NOTAS SOBRE EL TRATAMIENTO.			
HISTORIA CLÍNICA.			

Modelo I. — Modelo de registro sencillo para hacer constar los informes indispensables que el doctor necesita conocer acerca de sus pacientes.

rado por sí solo, no es nunca adecuado aun para la práctica más modesta. Luego viene:

Un diario y un libro mayor.—El dia-



FORMULA

POR 20 GRAMOS

Tihocol... 23 centigr.

Codena... 1 centigr.

Arrhenal... 2 centigr.

Precio al público:

4,95 ptas.

rio, como su nombre lo indica, es para las entradas principales y de cada día. El libro mayor es para el traslado permanente y para el asiento de las cuentas. Los títulos de las columnas son conocidos de casi todos los médicos, pero para que se entienda con mayor claridad toda la evolución, permítaseme indicar lo siguiente:

Las columnas del diario llevan los títulos que siguen (al margen superior de la página): Nombre... Dirección... Número de teléfono... (encabezando las columnas) Fecha... Servicios prestados... Cargo... Contado... Saldo...

Generalmente el libro mayor es de hojas movibles, y al examinarlo se verá que las cuentas están asentadas en orden alfabético. Se reconoce fácilmente que el libro mayor es algo incómodo de manejar.

Para que surta los efectos que está llamado a desempeñar debe manipularse constantemente. Luego, en la serie de evoluciones de los documentos de registro que emplea el médico, viene:

Fichero.—Único para pacientes acti-

vos solamente. En este caso, el archivo se arregla por orden estrictamente alfabético, ordenando de la misma manera los nombres que empiezan por la misma letra, por ejemplo: Alba, Alfaro, Alvarado, Alvarez, Amador, Aragón, Avila.

El fichero múltiple (archivo de tres cajones).—En este caso, los archivos

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.
Alcalá, 88. — Madrid.

se arreglan completamente por orden alfabético, pero se hace provisión para mantener archivos completos para cada una de las siguientes clasificaciones:

Pacientes activos.
Cuentas por pagar.
Historias clínicas.

(Modelo.)

Nombre..... Tel. núm.....	
Dirección.....	
Paciente más cercano.....	
Dirección.....	
Diagnóstico.....	
Enfermedad.....	
Tratamiento.....	
Procedimiento quirúrgico.....	
Pronóstico.....	
Investigación radiográfica.....	
Notas especiales.....	

Modelo II. — Modelo más completo (anverso).

Fecha.....	Servicios prestados.....	Credito.....	Contado.....	Recibido a cuenta.....	Saldo deudor.....

Modelo III. — Reverso del modelo más completo.

A medida que los nuevos pacientes llegan al consultorio, sus respectivas tarjetas se archivan en el punto alfabético correspondiente en el cajón del ar-

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

chivo de los pacientes activos. De la misma manera, cuando los pacientes antiguos vuelven para seguir algún tratamiento después de transcurrir mucho tiempo, se trasladan sus tarjetas respectivas al archivo de pacientes activos. Cuando los pacientes terminan su tratamiento, y tienen algunos cargos

SIGUE A LA PÁGINA XIV



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 pts. en toda España.

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

ACEITE HIGADO DE BACALAO EGABRO. FOSFORADO, AROMATIZADO Y DULCISIMO: Novísima y única especialidad española. Científica impregnación molecular, en frío, del aceite hígado de bacalao, sin el más leve cambio químico, de olor delicioso y gratísimo al paladar. Adultos y niños lo toman como una golosina. Verdadera revolución terapéutica. No es grosero producto sintético ni una desacreditada emulsión: es algo serio, original y único que ofrecemos al médico español.

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

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

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

FIMONIOL: Elixir.— Preparación balsámica, desinfectante y sedante de vías respiratorias. Eficaz y agradable.

LABORATORIO EGABRO—CABRA (Córdoba), España.

SIL-AL

Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro.

Sustituye al bismuto en terapéutica gástrica.

Existe el SIL-AL belladonado.

Muestras y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

BARDANOL

— — Elixir de bardana y estaño eléctrico. — —

INDICACIONES:

Estafilococias en todas sus manifestaciones.

Muestras y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

BENZOFORMINA

— — Comprimidos de 0,25 gramos. — —

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

Frascos de 50 comprimidos.

Gramos. Muestras y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

FOSFOTIOCOL

TOSSES Y CATARROS

GASTRITIS DOLOROSAS
HYPERCLORHIDRIA
ULCERAS

KAOLINASE
KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO
— TIÓ —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

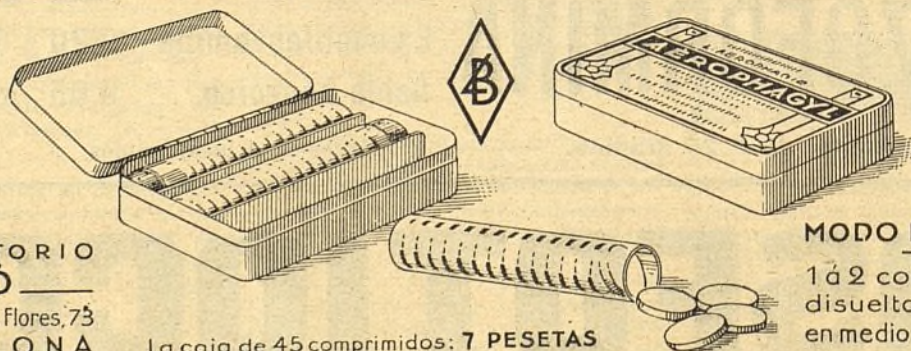


La caja de
20 dosis
de 10 gramos
6 PESETAS

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

INSOMNIOS
TRASTORNOS CARDÍACOS
TRASTORNOS NERVIOSOS
TRASTORNOS PULMONARES

AÉROPHAGYL



LABORATORIO
— TIÓ —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: **7 PESETAS**

MODO DE EMPLEO

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

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director-Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMÓN Y CAJAL | Ilmo. Sr. D. RAMÓN LOBO REGIDOR

VITAL AZA
Ginecólogo. Académico C. de la A. N. de M.
J. BLANC Y FORTACÍN
Del Hospital de la Princesa.
L. CARDENAL
Catedrático. Académico.
Cirujano del Hospital de la Princesa.
J. CODINA CASTELLVÍ
Académico. Médico de los Hospitales Dr. de los San. Antituberculosos.
J. L. ELIZAGARAY
Académico. Del Hospital General.
E. FERNÁNDEZ SANZ
Académico de la N. de Medicina.
FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ
Director de los servicios de aparato digestivo de la Beneficencia general y de la Facultad de Medicina de Granada. Académico.
A. FERNÁNDEZ MARTÍN
Ex-interno de la Fdad. y Hospitales.
S. GARCÍA VICENTE
Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal.

A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo. Académico.
J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid. Académico.
B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico-Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.
T. HERNANDO
Catedrático. Académico.
J. M. HUARTE MENDICOA
Laringólogo.
F. HUERTAS
Del Hospital General. Académico.
C. JUARROS
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico. Académico.
E. LUENGO ARROYO
De la Sección de Parasitología del Instituto N. de Higiene y del Hospital de la Facultad de Medicina.
G. MARAÑÓN
Del Hospital General de Madrid. Profesor de la F. de M. Académico.

M. MARÍN AMAT
Oftalmólogo Académico C. de la Nacional de Medicina.
M. MARTÍNEZ SALDISE
Publicista médico.
A. MORANA JIMÉNEZ
Medicina interna.
J. MOURIZ RIESGO
Jefe del Laboratorio del Hospital General. Académico.
B. NAVARRO CÁNOVAS
Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Beneficencia.
F. PECO
Medicina interna.
G. PITTALUGA
Catedrático. Académico.
A. PUJOL MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
J. Y S. RATERA
De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.

G. RODRÍGUEZ LAFORA
Prof. A. de la F. de M. ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
R. ROYO VILLANOVA
Catedrático de Med. legal. Valladolid.
J. SARABIA PARDO
Director del Hospital del Niño Jesús Académico de la N. de Medicina.
E. SLOCKER
Académico. Cirujano de la Beneficencia general (antes Hospital Princesa).
F. TELLO
Director del Instituto N. de Higiene.
J. M. TOMÉ Y BONA
Dermatólogo.
A. VALLEJO NÁGERA
Director del Sanatorio Píluquático de Ciempozuelos.
J. M. DE VILLAVÉRDE
Del Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.
R. DEL VALLE Y ALDABALDE
Académico H. de la N. de Medicina.

Redactor jurídico: **JOSE M.ª CORDERO TORRES**

Redactor jefe: **F. JAVIER CORTEZO Y COLLANTES**

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: *Progressi sumus, progredimur, progrediemur.*

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

SUMARIO: Sección científica: Nuestra experiencia sobre falsas úlceras y dispepsias apendiculares en el medio castrense, por el Dr. G. Durán.—Clínica hematológica: Hematología práctica, por el Dr. Valds Lambea.—Historia y evolución de la sífilis experimental (I), por el Dr. Javier M. Tomé Bona.—Información científica extranjera: Reglas de conducta, dictadas por el Consejo de Sanidad alemán, para el empleo del salvarsán y sus derivados, por el Dr. F. G. D.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

CLÍNICA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR DE TETUÁN

Cirujano jefe: Dr. G. Durán.

Nuestra experiencia sobre falsas úlceras y dispepsias apendiculares en el medio castrense

POR EL

DR. G. DURÁN

De Sanidad Militar y Beneficencia Municipal de Madrid.

Las aportaciones clínicas al estudio de la úlcera de estómago, con ser tan copiosas y tan variadas, nos parecen todas ellas muy estimables, no sólo por tratarse de un tema que dista mucho de estar totalmente estudiado, sino también porque la frecuencia con que el clínico la encuentra en su práctica diaria justifica plenamente toda la atención que siempre ha merecido por parte de internistas y cirujanos.

Es difícil encontrar en Medicina tema tan controvertido como el del úlcus; dejando a un lado las obscuridades que existen sobre su patogenia, hemos de reconocer que en lo que se refiere a tratamiento las opiniones andan todavía más dispares. Nosotros podíamos citar a este respecto un hecho bien demostrativo: muy recientemente han publicado dos dis-

tinguidos especialistas, que ejercen en condiciones de ambiente absolutamente comparables, resultados justamente contrarios respecto al reciente método de Loeper, de las inyecciones de pepsina. Dice así el Dr. González-Galván, de Sevilla (*Medicina Ibero*, 19 Marzo 1932): «De acuerdo con todo lo expuesto, les reservamos (a las inyecciones de pepsina) las mismas indicaciones, y ajustamos la misma marcha y cuidados accesorios (se refiere a régimen, reposo, etcétera), consiguiendo con todo ello resultados felices, los más sólidos y persistentes—probablemente—que es dable alcanzar hoy en el tratamiento médico racional del úlcus gastroduodenal.»

En cambio, el Dr. Fidel Fernández, de Granada, podemos resumir su opinión sobre pepsinoterapia así (*Medicina Ibero*, 9 Abril 1932): «El autor va pasando revista a los diversos síntomas que presentaban los enfermos, como vómitos, sensibilidad en epigastrio, quimismo gástrico, sangre en heces, etc., y de todo ello deduce que las conclusiones resultantes del estudio de las 23 historias clínicas que presenta no pueden ser más desfavorables para el método de Loeper, pues apenas si algún alivio transitorio y pasajero puede anotarse en el haber de la pepsina, no habiendo ni una sola curación y siendo los efectos nulos o desfavorables.»

Como se ve, las opiniones no pueden ser más contrapuestas. Y así ocurre con las normas del tratamiento médico o con las preferencias sobre la gastrotomía y la resección.

Es decir, que hay un amplio margen a la perspicacia del clínico para elegir en cada caso lo que mejor convenga, según las características morbosas del enfermo. Es aquí donde la experiencia personal del médico tiene un enorme valor. Y cada uno que haya tratado ulcerosos se da cuenta que la marcha a seguir en cada caso sobre método de tratamiento, oportunidad de la intervención cruenta, procedimiento a poner en práctica, etc., dependen en gran parte de las aptitudes particulares del clínico.

Nuestra experiencia, muy limitada, tiene una particularidad que la diferencia de las estadísticas corrientes: nos referimos a las especiales condiciones en que actúa el cirujano castrense. Efectivamente, no pueden compararse, o al menos no admiten un estudio de conjunto, los casos recogidos al azar por un cirujano que actúa en un hospital civil, donde las condiciones de edad, sexo, profesión, género de vida de los enfermos, etc., imprimen particularidades especiales a la marcha clínica de los procesos digestivos; de tal modo, que la valoración de un procedimiento terapéutico depende más posiblemente de aquellos conmemorativos que de las condiciones del proceso en sí. Para fijar la importancia de esto basta pensar que el cirujano civil no puede aconsejar con el mismo criterio la intervención al enfermo acomodado, con posibilidades de seguir un régimen dietético y medicamentoso que le conduzca a una curación incruenta, que el enfermo pobre, sin recursos, que carece de medios materiales para seguir un régimen apropiado, y que, por otra parte, le imposibilita para su trabajo habitual por la deficiencia nutritiva que su alimentación monótona y restringida supone. En el primer caso es justificable una cura médica; en el segundo es probablemente más práctica la intervención cruenta.

Asimismo, la edad es evidentemente otra circunstancia que ha de modificar esencialmente la conducta terapéutica respecto a tratamiento médico o quirúrgico; un hombre más allá de la cincuentena, con una insuficiencia global de sus emunctorios, con un corazón en disistolia y un hígado en inminencia de bloqueo, no puede aconsejarse una intervención cruenta y sí una cura de régimen que puede aliviarle grandemente. En cambio, un sujeto joven sin taras orgánicas, y con la actividad que exige la plenitud de la vida, inclina el ánimo a la intervención cruenta. Queremos significar con todo esto que, cuando se trata de valorar en bloque el tratamiento cruento o incruento de un proceso gastrointestinal, hay, aparte las consideraciones doctrinales, otros factores que sólo puede ponderar el práctico y que, en definitiva, son los que han de dictar el fallo terapéutico. Es de este modo como nosotros queremos significar que las conclusiones a que se ha llegado en Cirugía civil no son totalmente aplicables a la Cirugía castrense.

En efecto, las características que bajo este aspecto de la Cirugía gástrica nos interesa señalar son las siguientes:

1.^a *La edad*.—Es, creemos, un factor esencialísimo, y en ello influyen no pocas circunstancias. Ante todo, la edad media sobre la que actúa el cirujano castrense es de veinte a treinta años, y ésta es justamente la etapa de la vida propia para dos grandes grupos de enfermedades de estómago: trastornos secretorios de tipo hiperacidez y trastornos tróficos de tipo ulceroso. A esto se añade la evidente frecuencia de los procesos apendiculares. Efectivamente, a poco que recapacitemos sobre la historia que nos cuentan los dispépticos inveterados, los ulcerosos que han llegado a un síndrome pilórico o los apendiculares rastroeros, echaremos de ver que hacen remontar el comienzo de sus dolencias a su juventud; fué entonces cuando empezaron a sentir su estómago, o bien nos refieren molestias intestinales vagas y con intermitencias de mejoría y agravación que han llegado al médico en una fase terminal del proceso. He aquí justamente la distinta posición del cirujano militar en relación con su colega civil: aquél sorprende el mal en sus comienzos, y su decisión terapéutica puede ser definitiva; éste asiste a las postrimerías y últimas consecuencias de un proceso iniciado muchos años antes. Es así como nosotros hemos tenido ocasión de observar casos de hiperclorhidrias y úlcus de evolución aguda y con sintomatología ruidosa correspondiendo a un proceso florido y en plena actividad. Del mismo modo los procesos apendiculares agudos dominan la patología abdominal de los reclutas.

A pocas historias clínicas que se recojan en un servicio de cirugía castrense se puede notar este hecho: que el comienzo de la apendicitis corresponde a su incorporación a filas; diríase que el apéndice entra en escena con la vida militar. Esta consideración nos hizo meditar mucho acerca de las posibles causas que pudieran determinar este despertar del apéndice: evidentemente, aquí hemos de pensar en la sobreactividad que lleva aparejada la vida de instrucción, el cambio total a veces del régimen alimenticio del recluta, el cambio de ambiente, y, sobre todo, los trastornos intestinales de tipo colitis por excesos de todo orden, pero concretamente en Africa por hipermineralización del agua de bebida.

2.^a *Sexo*.—Otra característica de la enfermería militar es la referente al sexo, pues salvo rarísimos casos son hombres los enfermos que ha de tratar. Sobre este particular hemos de hacer una observación. Así como el matrimonio corresponde a la entrada en escena del aparato genital femenino, y ello es factor bastante para poner en marcha procesos latentes que hasta entonces estaban dormidos, así también nosotros nos permitimos hacer notar que con el ingreso en filas entra en actividad el sistema sexual de muchos de nuestros reclutas.

Efectivamente es un hecho absolutamente evidente que, particularmente para los mozos procedentes de medio rural, el traslado a la ciudad lleva consigo

las primeras relaciones sexuales, y con ello el desarrollo de trastornos dispépticos muy diversos. Sin entrar en la cuestión de las relaciones entre el metabolismo y las secreciones internas, es obvio que el florecimiento sexual del hombre, y más que nada el abuso de las relaciones sexuales, puede determinar un estado de astenia o verdadera neurosis sexual de tipo melancólico, que indudablemente actuará sobre la capacidad segregante y, por ende, digestiva del estómago.

Un sargento nos consulta por molestias de estómago poco concretas: pesadez, flatulencia, eructos, anorexia, vómitos episódicos, mal gusto de boca. Exploración: No hay sensibilidad en zona gástrica, ligero chapoteo, no Glenard. Quimismo: ClH libre, 0,50; ClH combinado, 0,40; A. orgánicos, 0,20; A. total, 1,10. Consideramos el caso como una dispepsia por hipoacidez en sujeto asténico, y con neurosis melancólica. Por el interrogatorio tratamos de buscar su origen, y con alguna habilidad el enfermo nos confiesa que ha abusado de los placeres sexuales, y que desde entonces nota un decaimiento acompañado de los trastornos gástricos que hemos referido. Un tratamiento tónico y fisioterápico con una prudente abstinencia mejoró totalmente al enfermo, desapareciendo las molestias digestivas.

Por otra parte, es preciso añadir la influencia que las enfermedades venéreas pueden tener sobre dispepsia. En efecto, hemos visto casos de blenorragia con infección vesicorrenal ascendente determinar genuinas dispepsias urinarias; asimismo el abuso de balsámicos puede, como es sabido, determinar genuinas gastritis químicas.

Pero también la sífilis, tan frecuente en estas edades, puede producir, ya sean verdaderos estados ulcerosos (sabido es que de esta suerte es como ha podido explicarse la acción favorable del bismuto en la cura de muchas úlceras), o bien simplemente lesiones papulosas secundarias que determinan dispepsias de difícil diagnóstico.

Pero también la sífilis, tan frecuente en estas edades, puede producir, ya sean verdaderos estados ulcerosos (sabido es que de esta suerte es como ha podido explicarse la acción favorable del bismuto en la cura de muchas úlceras), o bien simplemente lesiones papulosas secundarias que determinan dispepsias de difícil diagnóstico.

3.º *Género de vida.*—Es este un factor absolutamente decisivo y que por sí solo puede determinar, y determina de hecho, buen número de trastornos dispépticos e intestinales en nuestros reclutas. Basta pensar un momento en el formidable cambio de vida que supone el traslado del medio familiar al ambiente de cuartel. El hecho de someter al joven recluta a los ejercicios activos de instrucción, marcha, gimnasia, etcétera, puede despertar un proceso latente y bien soportado que desde entonces seguirá una marcha

progresiva. Hemos visto un caso típico de úlcus agudo en corvadura menor, comprobado por radio, que entró en materia por una hematemesis copiosa a raíz de una marcha. Asimismo hemos visto un caso de perigastritis en un antiguo ulceroso que se desencadenó en el curso de unas maniobras.

Ya se comprende que pueda producirse una perforación en los esfuerzos violentos que exigen la práctica de algunos ejercicios, particularmente en reclutas de Artillería.

Pero es el factor alimenticio el que sin duda tiene una influencia decisiva en la patogenia de la mayoría de los trastornos gastrointestinales del recluta. Cualquiera que sea el medio de donde proceda el soldado, la alimentación omnibus a que son sometidos en el cuartel, ha de modificar, sin duda, su quimismo, y si bien es cierto que el estómago tiene una gran capacidad de adaptación a la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos, es indudable que los primeros tiempos de su incorporación van acompañados de trastornos dispépticos, generalmente de tipo hiperclohidri-

co, y a veces pseudoulceroso, que ceden simplemente a una cura de restricción alimenticia.

Antes de seguir adelante hemos de hacer notar un extremo absolutamente exclusivo de la Cirugía castrense: nos referimos a la simulación. Los jefes de clínica de Medicina saben lo frecuentes que son los trastornos gastrointestinales simulados; tienen sus enfermos sometidos a régimen severo, y ellos buscan medios para bur-

lar esta prescripción: se trata en algunos casos de sugestión, los reclutas se dejan influenciar por compañeros que efectivamente padecen genuinos procesos orgánicos gastrointestinales, y sobre todo si han sido intervenidos con éxito, se desarrollan en ellos dispepsias gastrointestinales nerviosas que reproducen en gran manera el cuadro sindrómico de un úlcus, y no digamos el más sencillo de una apendicitis crónica.

A este propósito podríamos citar varios casos demostrativos hasta dónde llega la historia clínica a simular genuinos procesos ulcerosos:

Soldado sin antecedentes, de aspecto depauperado, pálido y asténico; nos refiere que desde hace dos meses, y a raíz de una transgresión dietética, ha sufrido vómitos muy agrios, fuertes dolores postprandiales irradiados a espalda, tendencia a estreñimiento. Exploración: Sensibilidad difusa en epigastrio con predominio en zona pilórica; ligero chapoteo; signo Glenard negativo; punto dorsal de Boas dudoso. Radio: estómago hipertónico con ondas vivas

Avance de sumario para el número próximo

(8 de Abril de 1933)

DR. E. A. SÁINZ DE AJA.—Un caso de varicela-zona simultáneos y una pequeña epidemia de zoster.

DR. M. MARTÍN SALAZAR.—El seguro de enfermedad. Mi gestión divulgadora en España.

DR. JAVIER M. TOMÉ BONA.—Historia y evolución de la sífilis experimental (II).

Sección práctica: Notas de Terapéutica clínica de la tuberculosis de los pulmones. Dr. Valdés Lambea.

Bibliografía.

Prensa extractada.

Sección profesional.

en antro; bulbo deformado. Quimismo: CIH libre, 1,20; CIH combinado, 0,70; A. orgánicos, 0,40; A. total, 2,3. Sangre: indicios. Sometemos a este enfermo a una simple cura de reposo; su estómago con alimentación reparadora y de fácil digestión; nada medicamentos. El enfermo mejora y desaparecen todas sus molestias. En otros casos, por el contrario, el ulcus nos presenta una marcha benigna y anodina.

Sargento pletórico, con un estado de nutrición excelente, nos refiere un poco confusamente una historia de molestias vagas que sobrevienen por períodos irregulares, sin guardar ninguna relación con las comidas ni tampoco con el régimen dietético; nunca vómitos, no hematemesis; exoneración normal; nada de dolores violentos. Exploración: Sensibilidad no modificada en zona gástrica; Glenard negativo; no hay chapoteo; punto Boas más que dudo so. Quimismo: CIH libre, 1,05; CIH combinado, 0,50; A. orgánicos, 0,60. Sangre negativa. Hemorragias ocultas: indicios. Radio demuestra en corvadura menor un típico nicho de Haudeck, que es confirmado en la intervención.

Asimismo las enfermedades crónicas de tipo con-suntivo pueden dar lugar a dispepsias secundarias que por su rebeldía o por su intensidad pueden despistar al cirujano. Se trata de sujetos palúdicos inveterados, con punto esplénico de Pigmieli di Melfi, con hematología negativa, con su síndrome palúdico dormido o latente, y con la dominante clínica de sus trastornos gástricos, que vienen a comprometer seriamente su salud. Nosotros no vamos a discutir aquí las relaciones, tan bien estudiadas recientemente, entre el síndrome anémico y los trastornos tróficos de mucosa gástrica, que nos llevarían muy lejos, y si sólo queremos hacer resaltar hasta dónde estos complejos infecciosos crónicos pueden reproducir el síndrome ulceroso.

Muchacho con antecedentes palúdicos lejanos, pero intensa y oportunamente tratado, ingresa en nuestro Servicio procedente de una clínica de Medicina. Nos refiere trastornos de cinco meses fecha; ardores antes comida, que se calman al comer, para reaparecer más tarde, y que se acentúan particularmente por las noches; vómitos muy raros y siempre biliosos; pesadez y flatulencia, eructos y regurgitaciones ácidas; estreñimiento. Exploración: Estómago con sensibilidad difusa; signo Glenard positivo; chapoteo. Cateterismo: en ayunas retira 200 c. c. líquido mucoso y agrio. Quimismo: después del desayuno Ewald da CIH libre, 0,90; CIH combinado, 0,50; A. orgánicos, 0,80. Sangre negativa. Hemorragias ocultas. Radio: estómago caído tres traveses dedo por debajo cresta ilíaca, dilatado y atónico; bulbo duodenal en tope de vagón. El enfermo pide a todo trance la intervención, y se encuentra un piloro engrosado sin señales exteriores de proceso ulceroso. Se hace una gastroyeyunostomía, y el enfermo, después de un curso postoperatorio un poco accidental, no acaba de reponerse aun cambiando de ambiente en España. Vuelve, en efecto, con trastornos

intestinales y sensibilidad en región apendicular; pero con un tratamiento dietético prudentemente dirigido se repuso totalmente.

Una característica muy dominante de la Cirugía castrense, al menos según nuestras observaciones, es la gran facilidad con que algunos de nuestros reclutas se entregan a la intervención. En esto los encargados de clínicas de Medicina saben hasta qué punto algunos soldados piden con insistencia la operación sobre su estómago. Nosotros podemos afirmar que muchachos con dispepsias banales de origen vario piden ser operados y resultan rebeldes a todo tratamiento clásico, porque en definitiva han pensado que su afección sólo es posible curar con la intervención cruenta.

Un legionario ingresa en nuestro Servicio contando una historia confusa de dolores, ardores, no vómitos, estreñimiento, quimismo casi normal. Exploración de estómago negativa, incluso radiográfica. Solamente la palpación de apéndice acusa cierta sensibilidad y, sobre todo, un reflejo gástrico muy neto. Sospechamos una dispepsia de posible origen apendicular e instituimos un tratamiento dietético y laxante que no modificó en nada el cuadro; el enfermo nos pedía todos los días la intervención, y viendo que efectivamente sus trastornos no sólo se modificaban, sino que más bien se exacerbaban, le intervenimos extirpando un apéndice absolutamente normal. Las molestias desaparecieron totalmente. En este caso nos quedamos un poco perplejos sobre si verdaderamente se trataba de una neurosis obsesiva que sólo podía remediarse con la intervención o bien era uno de esos casos que califican los clínicos de dispepsia apendicular.

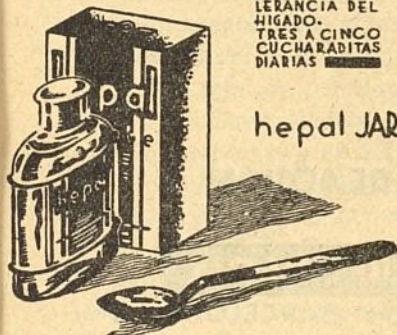
Lo cierto es que a nosotros nos ha llamado más de una vez la atención el desarrollo por etapas de verdaderas endemias quirúrgicas, si pudiera permitirse-nos la expresión. Nos asombra la facilidad con que muchos de nuestros reclutas aceptan o, mejor, piden la intervención. Evidentemente esto nos parece una derivación del ambiente quirúrgico social: para el vulgo no médico, la cirugía ha llegado a un grado tal de perfeccionamiento que puede resolverlo todo y que no hay proceso morboso que se resista a su imperio. No sé hasta qué punto esto puede ser beneficioso: de momento creemos que este furor quirúrgico es perjudicial; los enfermos se alucinan con la intervención, y ello puede lanzarnos a operaciones innecesarias, ya que un buen tratamiento médico daría cuenta de la afección que a veces tiene que curar la acción sugestiva de una operación, no siempre inofensiva. A este propósito recordaremos el caso de un soldado que nos mandan de una clínica de Medicina con el diagnóstico de ulcus y con una lesión mitroaórtica descompensada. El jefe de clínica médica había hecho presente al enfermo lo improcedente de la intervención; no obstante, el paciente se obstinó en llegar hasta nosotros, que, claro es, confirmamos la absoluta contraindicación que había sentado el colega de medicina.

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 AMPOL-
LLAS POR VIA SUB-
CUTANEA INTRAMUS-
CULAR O INTRAVE-
NOSA DIARIAMEN-
TE

hepal
INYECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA



hepal PROPORCIONA LAS SUBSTANCIAS ORGANICAS QUE FORMAN EL GLOBULO ROJO Y LOS
ELEMENTOS INORGANICOS QUE PRODUCEN LA HEMOGLOBINA

OPTALIDON SANDOZ

La fórmula analgésica más acertada para garantizar un efecto máximo
antidoloroso con un mínimo de substancia activa.

Fórmula del OPTALIDON «SANDOZ»...

Acido isobutilalilbarbitúrico.....	0,05
Dimetilaminofenazona	0,125
Cafeína.....	0,025

Actuando la cafeína como elemento sumamente sinérgico y correctivo se suprimen todos
los efectos secundarios como somnolencia prolongada, pesadez de cabeza, etc., inherentes
a los demás analgésicos.

El Optalidon «SANDOZ» soluciona al facultativo el compromiso de calmar el dolor
sin perjudicar al enfermo.

El Optalidon constituyendo un producto «SANDOZ» se propaga solamente entre la clase médica.

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS SANDOZ, BASILEA (Suiza).

OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA:

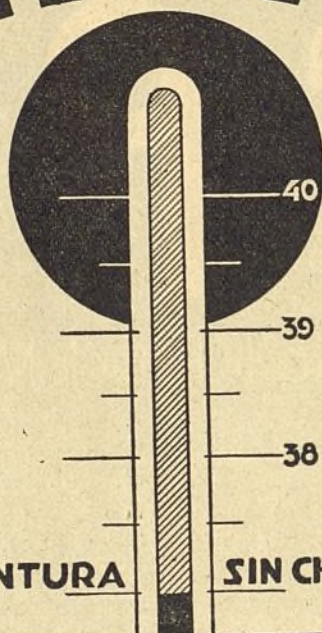
Apartado núm. 880.

BARCELONA

Plaza Cataluña, 9.

EN TODOS LOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS **SEPTICÉMINE**

PROVOCA UNA BAJA DE CALENTURA



SIN CHOQUE NI REACCION

LABORATORIOS CORTIAL .15 BOUL^d PASTEUR . PARIS
JUAN MARTIN ALCALA 9. MADRID CONSEJO DE CIENTO 341 BARCELONA

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCION de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

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

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

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

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

La segunda parte de nuestro trabajo queremos dedicarla especialmente a nuestra experiencia sobre las llamadas dispepsias apendiculares.

Ante todo hemos de hacer una afirmación: que es muy probablemente el cirujano castrense el que tiene más ocasión de ver y estudiar más apendicitis en todas sus fases: cólico apendicular con todo su cortejo de abdomen agudo; apendicitis subaguda o acceso apendicular recientemente enfriado; apendicitis crónica, pero secundaria a episodio agudo; y por fin, aquellos casos más difíciles, desde el punto de vista diagnóstico y, sobre todo, quizás de patogenia más intrincada: apendicitis crónicas primitivas. Por eso, por las especiales circunstancias en que actúa el cirujano militar en tiempo de paz, es por lo que nos permitimos detallar ciertos puntos que nos ha deparado observar la experiencia.

Efectivamente, hay una serie de causas conjugadas que explican la gran frecuencia de la apendicitis en nuestros reclutas: edad que corresponde a la que se señala como máxima frecuencia de la apendicitis. Transgresiones dietéticas, más exactamente verdadero cambio total de régimen alimenticio del enfermo, con su frecuente secuela de trastornos gastroentéricos. Los ejercicios gimnásticos propios del período de instrucción militar, que obligan a mayor actividad muscular y, por ende, favorecen el desarrollo de afecciones tipo cólico.

El enjuiciar la verdadera significación clínica de las apendicitis no precedidas de episodio agudo, es sabido constituye un problema demasiado complejo de patología abdominal. Pero si esto es difícil en la ordinaria práctica civil, es mucho más difícil todavía en Cirugía castrense, porque a todos los factores del problema viene a añadirse otro, que es el interés del enfermo en exagerar o agravar sus propias molestias.

Ahora bien, nosotros, refiriéndonos a nuestra propia experiencia, sólo nos fijaremos en un aspecto del problema: los síndromes gástricos de tipo ulceroso provocados por una apendicitis rastrera.

En términos generales hemos de afirmar que esta cuestión apenas tiene importancia en los sujetos de alguna edad; es justamente en los individuos jóvenes donde este problema se nos plantea con no rara frecuencia. Las molestias gástricas que presenta este enfermo, ¿son debidas realmente a una úlcera, o bien pueden ser producidas por una apendicitis primitivamente crónica? ¿Cómo orientaremos nuestro diagnóstico sobre una probable dispepsia apendicular? En general, nos regimos por el siguiente esquema: Sujetos que hacen malas digestiones desde hace varios años, no obstante su estado de nutrición favorable. Experimentan después de las comidas sensación de pesadez y distensión acompañada de eructos. Al propio tiempo el enfermo refiere que sufre, sobre todo, de la parte derecha del vientre, y aun puede sentir repercusión dolorosa hacia región apendicular. En los casos completamente desarrollados aparecen otros signos secundarios de un cierto valor: anorexia pro-

gresiva, y a veces se desarrolla un apetito caprichoso; náuseas, acompañadas de crisis dolorosas con un estado nauseoso que puede variar de intensidad, pero que no desaparece totalmente hasta la intervención. Vómitos repetidos de carácter idiopático que duran uno o dos días para desaparecer espontáneamente; pero en los antecedentes del enfermo se encuentran crisis de colitis aguda.

Esta forma es la genuinamente dispéptica, pero en otras ocasiones nos encontramos con sintomatología más compleja de tipo, a no dudar, ulceroso. Se trata, en efecto, de sujetos que sufren de crisis dolorosas y aun tienen hematemesis que hacen pensar en una úlcera de estómago o duodeno y que pueden curarse por la apendicectomía (!).

¿Cómo establecer la separación? Hay un hecho de un gran valor, y es que mientras el verdaderamente ulceroso presenta sus crisis regulares después de las comidas, en el apendicular el dolor no aparece regularmente: hay comidas, incluso muy indigestas, que el sujeto no experimenta la menor molestia. El dolor es caprichoso y se presenta por crisis que parten más bien de la región umbilical que no del apéndice xifoideo.

Asimismo la apendicitis crónica puede simular el *ulcus duodenal*, cuando los dolores aparecen unas tres horas después de las comidas: esto ocurre especialmente cuando se trata de una apendicitis retrocecolica ascendente, cuya punta terminal cae próxima al ángulo inferior derecho del duodeno.

Casos como el siguiente se nos presentan con alguna frecuencia: Un sargento ingresa en nuestro Servicio aconsejado por su médico de familia para ser intervenido de una úlcera de estómago; el enfermo nos cuenta que desde hace más de cuatro años sufre molestias episódicas de su estómago; temporadas de anorexia, vómitos, ardores, pesadez después de las comidas, algunos despeños diarreicos acompañados a veces de cólicos; otras temporadas el enfermo está perfectamente y del todo libre de molestias. Dato de gran interés: estos trastornos no se influyen en nada por el régimen, antes bien, el enfermo hace en algunas ocasiones comidas inconvenientes sin experimentar la menor molestia. Exploración: Sujeto con buena nutrición y panículo adiposo bien desarrollado; no hay más que un dolorimiento difuso en todo epigastrio, nada chapoteo; no *Glenard*. Resto de vientre normal. *Quimismo* da *ClH* libre, 0,80, *ClH* combinado, 0,40; A. orgánicos, 0,50; no hay sangre; nada en heces. Radio: estómago hipertónico, nada duodenal. Sometemos al sujeto a régimen y medicación anodina y le sometemos a observación. Entonces tenemos ocasión de observar una crisis del tipo de las referidas por el enfermo; y lo que más nos llama la atención es que la exploración del apéndice es dolorosa y, sobre todo, provoca un reflejo doloroso de estómago demasiado evidente. Al propio tiempo, la radio, a las seis horas, demuestra *éxtasis ileal* y apéndice no visible. Entonces comenzamos a sospechar si los trastornos referidos dependerían de una

apendicitis larvada. Proponemos la intervención al enfermo, que es aceptada de buen grado, encontrando un apéndice largo, acodado, interno, ascendente, con meso vascularizado y cuyas manipulaciones determinan reflejos nauseosos muy intensos y dolorimiento de estómago. Entonces es cuando afirmamos más nuestras sospechas acerca del origen apendicular de los trastornos. El enfermo mejoró considerablemente, las crisis no se repitieron. Posteriormente hemos tenido ocasión de ver al enfermo, que se encuentra perfectamente.

Pero existen otros casos más difíciles de enjuiciar: Un sargento ingresa en nuestro Servicio con una larga historia gástrica, de esos enfermos inteligentes y autoobservadores que nos cuentan con gran lujo de detalles el largo proceso de su enfermedad; todo ello infiltrado de cierto hálito de melancolía y angustia, tan propio del antiguo enfermo de estómago que ha ensayado todo el abundante arsenal terapéutico, incluyendo, por supuesto, el de la cuarta plana de los periódicos, sin obtener el menor resultado.

La historia, resumida, es ésta: Enfermo desde hace siete años, ha pasado por todas las fases imaginables de molestias de estómago; en unas ocasiones episodios de anorexia, ardores y vómitos apenas influenciados por el régimen. Más veces, pesadez y flatulencia con mal gusto de boca al despertar. Gastralgias tardías con repercusión a espaldas; el año 25, con motivo de la campaña, ha vomitado una vez como una cucharada de café de sangre. Exploración: Sujeto pálido y desnutrido con expresión fisionómica de sufrimiento. Vientre con depresión epigástrica; ligero chapoteo y signo Glenard positivo. Estómago sin puntos dolorosos demostrables, aunque parece sensible región pilórica a palpación profunda. Resto abdomen normal, si se exceptúa una dudosa sensibilidad en fosa ilíaca derecha. Quimismo da: ClH libre, 0,60; ClH combinado, 0,40; A. orgánicos, 0,70. No hay sangre; no hay hemorragias mínimas. Radio de estómago dilatado y caído tres traveses dedo por debajo cresta ilíaca; nada contracciones; nivel de píloro horizontal; bulbo duodenal en mitra de obispo. Índices generales: tensión (Vaquez), 11-7; ligera hipoglobulia; normal, 4.200000. Hemoglobina, 80 por 100. F. L., linfocitosis de 30 por 100; orina normal. Hacemos un diagnóstico provisional de dispepsia por hipoalimentación con probable úlcus. Le sometemos a un régimen de reposo y engorde a base de feculentos y cura de insulina; el enfermo no gana gran cosa y cada día aumenta su impaciencia por la intervención, en la que cifra todas sus esperanzas.

En efecto, le intervenimos con anestesia esplánica, encontrando un estómago dilatado, con píloro muy engrosado y con bridas duodenales de hilio de hígado a peritoneo de cabeza de páncreas que seccionamos previa ligadura. Terminamos la operación con una gastroyeyunostomía posterior transmesocólica.

El enfermo sufre en el postoperatorio una crisis

de retención que cedió a lavado de estómago, y presentó algunos vómitos que cedieron a tratamiento insulínico. El operado se va reponiendo lentamente, a pesar de hacer una cura complementaria de aguas. Pero los trastornos no desaparecen, se han modificado en sentido favorable, pero el enfermo aqueja todavía molestias que nos hacen pensar en la posible repercusión de una apendicitis. Dirigimos, efectivamente, la exploración en este sentido, y pensamos que los trastornos residuales de estómago pudieran tener un posible origen apendicular. Y en este sentido proponemos la intervención al enfermo, que es aceptada de buen grado: nos encontramos con un apéndice largo, libre e interno con meso muy vascularizado; su aislamiento, fácil técnicamente, determina tan fuertes reflejos gástricos o, mejor dicho, solares, que en uno de ellos se produce una verdadera lipotimia, que nos inquietó un tanto y que obligó a mucha parsimonia en la ligadura del meso; apendicectomía con encapuchonamiento. El enfermo se repuso rápidamente y los trastornos desaparecieron por completo.

La interpretación de estos casos está evidentemente rodeada de dificultades.

Por esta casuística que hemos tenido ocasión de observar vemos la formidable complicación y la serie de dificultades que ofrece el enjuiciamiento de algunos casos.

Nosotros creemos con muchos clínicos que se extirpan quizás bastantes apéndices sin beneficiar ni mucho ni poco a los enfermos. ¿A que cirujano no le ha ocurrido encontrarse en la intervención con un apéndice sin apenas lesiones visibles, y sin embargo, que había producido bastantes molestias, que unas veces ceden y otras no después de la intervención? Más de una vez hemos tenido que reprocharnos de haber realizado si no una intervención perjudicial, por lo menos inútil. En cambio, a veces se cometen errores en sentido contrario: creemos estar ante un ulceroso que intervenimos y nos encontramos con un estómago sin ninguna lesión ulcerosa, y es el apéndice el responsable del cuadro morboso.

Claro es que por lo que se refiere al apéndice tenemos la impresión de que muchos producen trastornos de origen puramente mecánicos no inflamatorios. En particular es muy frecuente encontrar una brida del meso que le acoda en su parte media, al propio tiempo que le dirige hacia arriba y adentro, en dirección de la línea espinoumbilical, y son particularmente esos apéndices cuya punta se relaciona más o menos directamente con el estómago los que pueden producir los síndromes gástricos de origen apendicular.

Resumiendo, y a modo de conclusiones, podríamos establecer lo siguiente como resultado de nuestra experiencia:

1.^a La Cirugía gastrointestinal castrense presenta caracteres muy propios que le imprimen una fisiología especial que la separa de su homóloga civil. La etiología, caracteres clínicos, marcha y terapéuti-

ca no se ajustan totalmente a las normas clásicas.

2.^a En todo síndrome gástrico de tipo simplemente dispéptico o ulceroso hay que pensar en su probable origen apendicular.

3.^a Hay apendicitis crónicas que cursan con la sintomatología clínica de un úlcus gástrico o duodenal.

4.^a Los signos fundamentales que han de orientar al clínico son: anorexia, náuseas y vómitos episódicos. Pero sobre todo tiene gran valor el que los trastornos gástricos no se modifiquen lo más mínimo por el régimen.

5.^a Durante la exploración puede algunas veces provocarse un reflejo apéndiceogástrico; también puede presentarse el reflejo mucho más exagerado al maniobrar sobre apéndice durante la intervención, lo que confirma su influencia en la determinación de los síndromes gástricos.

CLÍNICA FIMATOLÓGICA

HEMATOLOGÍA PRÁCTICA

POR EL

DR. VALDÉS LAMBEA

IV

Terminaba el último trabajo sobre hematología fimatológica hablando de las *células de Rieder*, elementos cuyo estudio tiene importancia. Trátase de células de variable tamaño, caracterizadas especialmente por las grandes variaciones morfológicas del núcleo; los tienen, en efecto, de todas las formas imaginables: núcleos deformes, monstruosos, multilobulados, sumamente irregulares, en roseta, etc. Muestra siempre el protoplasma basofilia más o menos intensa, y tiene granulaciones azurófilas finas. A menudo cuesta trabajo clasificar a un determinado leucocito como linfocito anormal, como mieloblasto o como monocito patológico, y las células de Rieder se han considerado por unos como de la serie linfoide (Neaegeli, Rosenow); por otros como elementos mieloides atípicos (Pittaluga, entre nosotros); por otros autores, en fin, como elementos neoplásicos (Sternberg, Banti). Es lo cierto que el hallazgo de las células de Rieder es frecuente en los tuberculosos avanzados con síntomas de gran intoxicación, indicando un trastorno importante en los órganos hematopoyéticos.

Paradójicamente, pero con frecuencia, encontramos en clínica lo que podemos llamar la *hematología disociada*, la disociación de la fórmula hematológica. En estos casos analizaremos los elementos integrantes de la hematología del enfermo y procuraremos averiguar el porqué de la disociación. Ocurre, por ejemplo, que un sujeto con proceso tuberculoso en plena actividad, con numerosos estertores finos, con sombras radiográficas expresivas en un proceso caseoso, con fiebre, etc., tiene una velocidad de sedimentación notablemente acelerada, de 60 milímetros

a la hora, por ejemplo, leucocitosis (11.000 leucocitos); pero únicamente 59 granulocitos polimorfonucleares neutrófilos, sorprendiéndonos este último hallazgo. En otro enfermo intoxicado como el anterior, con lesiones tuberculosas del mismo tipo, hay leucocitosis moderada, aumento de leucocitos polimorfonucleares; pero a pesar de la caseosis, la velocidad de sedimentación está muy poco acelerada, y es, por ejemplo, de 8 milímetros. Algunas veces nos explicamos la razón de tales paradojas hematológicas, pero en muchos casos no encontramos el porqué de ellas.

La existencia de ciertos síntomas en un enfermo determinado puede y debe inducirnos a practicar determinadas exploraciones hematológicas. Yo me refiero especialmente a la conducta que debemos seguir con ciertos fímicos hemoptoicos, es decir, ante aquellos enfermos que presentan intensas y repetidas hemoptisis, o pequeñas hemoptisis de repetición: la hemoptisis constituye el síntoma predominante, lo que asusta y perturba al enfermo, en ocasiones el síntoma que amenaza. En casos de esta índole procuraremos averiguar por qué suceden así las cosas: si estamos en presencia de un sujeto con diátesis hemorrágica con hemofilia o con púrpura. En efecto, son bastante frecuentes la púrpura trombopénica y los procesos hemofílicos, que yo he encontrado bastantes veces en hombres y en mujeres tuberculosos: aquí podría traerse la cuestión de la hemofilia femenina. Las investigaciones encaminadas a averiguar la existencia de estos procesos están indicadas también en los fímicos que vamos a frenicectomizar, especialmente cuando estos sujetos han tenido hemoptisis y más todavía hemoptisis de repetición, abundantes, pertinaces o rebeldes. Conviene recordar ahora que después de la frenicectomía se presentan en ocasiones síndromes hemoptoicos molestos que duran varios días y que perturban el curso postoperatorio del paciente.

Son sospechosos de diátesis hemorrágica los tuberculosos con hemoptisis de repetición y lesiones pequeñas, tanto a veces que casi no dan síntomas radiográficos. En algunos enfermos, lo repito, el síntoma hemoptisis predomina de un modo notable: han sido hemoptoicos desde el principio y han seguido siéndolo durante toda la evolución del proceso. Algunos de tales individuos tienen trombopenia esencial, y además de las hemoptisis nos hablan de que han sido o de que son epistáxicos; las mujeres, de reglas anticipadas o exageradas, y algunos enfermos de hemorragias subcutáneas fáciles e intensas por traumatismos pequeños, o de hemorragias viscerales diversas. En los procesos trombopénicos las plaquetas están disminuidas y el coágulo se retrae defectuosamente o no se retrae, de tal manera que en el tubo de experiencia no queda suero libre. En los sujetos hemofilioides se producen con facilidad hemorragias, generalmente por traumatismo, pero, en ocasiones, de un modo espontáneo (epistaxis, metrorragias, etc.). Estos sujetos no tienen las plaquetas disminuidas, pero la sangre se coagula con dificultad sin que esté muy prolongado el tiempo de la hemorragia. En cier-

tos sujetos con púrpura, la prueba de la hiperemia pasiva es positiva más o menos intensamente.

Lo más frecuente, según mi experiencia, es hallar en los tuberculosos persistentemente hemoptoicos un síndrome de trombopenia esencial: disminución del número de plaquetas, defectuosa retracción del coágulo y prolongación del tiempo de la coagulación. En la misma consulta, en un momento, averiguaremos la duración de la hemorragia, el tiempo de la hemorragia, que en los hemofílicos y hemofilioides está notablemente prolongado. El pinchazo con un punzón o con una plumilla, produce una hemorragia que se cohibe de un modo espontáneo en dos o tres minutos. Patológicamente esta hemorragia se prolonga y dura cinco, diez, veinte minutos o más. Un buen procedimiento para estudiar la retracción del coágulo consiste en trabajar con el pequeño tubo en U, adecuado para este objeto. Por succión se llena de sangre del dedo o de la oreja y se deja reposar en el laboratorio. En los sujetos sanos, a los cincuenta o sesenta minutos se retrae el coágulo separándose el suero; en los trombopénicos, el coágulo no se retrae o se retrae mal, y queda poco suero libre o no queda ninguno.

Es sabido que en los sujetos normales se encuentran plaquetas en la proporción de 300.000 a 350.000 por milímetro cúbico; pero disminuye este número en los enfermos de trombopenia esencial. Es, pues, conveniente contar las plaquetas a los tuberculosos desconcertadamente hemoptoicos, y yo aconsejo el proceder de Fonio, empleado sistemáticamente en mis servicios. Es un procedimiento esencialmente práctico y de bastante exactitud para la clínica corriente.

Pinchar el dedo, bien limpio con éter, y poner sobre la picadura una gota de sulfato magnésico al 14 por 100. La sangre, al salir, se pone en contacto con el líquido. Mezclar sobre el dedo la sangre y la solución salina con una fina varilla de vidrio. Tomar de la mezcla con el portaobjetos y hacer una extensión como de costumbre. Secar al aire y teñir como siempre por el método de May Gruwald-Giemsa. Mirar al microscopio, contando en cada campo hemáties y plaquetas, y apuntando hasta contar 1.000 hemáties. Para hacer el cálculo téngase en cuenta que en los normales hay 60 plaquetas por cada 100 hemáties. Conociendo el número de éstos por milímetro cúbico, se puede calcular fácilmente. Véase un ejemplo:

El problema tiene 4.000.000 de hemáties y hemos visto que a los 1.000 eritrocitos contados correspondían 40 plaquetas. Por consiguiente, el problema se planteará en esta forma:

$$\begin{aligned} 1.000 : 40 &:: 4.000.000 : x \\ x &= \frac{4.000.000 \times 40}{1.000} = 160.000 \text{ plaquetas} \end{aligned}$$

por milímetro cúbico de sangre. Trátase, pues, de un trombopénico.

El tiempo de la coagulación se determina rápida y fácilmente con un capilar de perlas huecas. Se pincha el dedo y se toma sangre por aspiración. Se deja

el tubo horizontal sobre la mesa, esperando cinco minutos, y de aquí en adelante cada minuto, se corta una perla con la lima, depositando cada una de aquellas en un tubo de ensayo, con un centímetro cúbico de solución fisiológica de cloruro sódico. Trabajaremos con una gradilla de 10 ó 12 tubos iguales. Agitar el tubo para mover bien la perla. Si la sangre no se ha coagulado, pasa al suero y éste se tiñe. Si se ha coagulado, el suero permanece limpio. Normalmente la coagulación se inicia a los ocho minutos completándose al cuarto de hora.

Son de mucha importancia en clínica fimatológica las investigaciones sobre los hemáties, y voy a ocuparme en este trabajo de algunos extremos importantes en este asunto.

Desde el punto de vista en que estamos colocados ahora podemos dividir los tuberculosos en rojos y pálidos, afirmando desde el primer momento que paradójicamente muchos fímicos rojos tienen pocos eritrocitos, y al revés, que abundan los fímicos pálidos no anémicos, tuberculosos de mal color, que hacen pensar en una anemia intensa y que no la tienen, sucediendo más de una vez que alguno de tales individuos es poliglobúlico.

El síntoma palidez, tan frecuente en los tuberculosos, no depende, hay que repetirlo, en todos los casos de la anemia. Muchas veces se trata de palidez constitucional, por el modo especial de ser de los capilares cutáneos, por el modo de hacerse la circulación periférica, sobre todo en la cara: el tuberculoso pálido es hijo de una madre pálida, o su padre es pálido también, como sus hermanos. Esta palidez familiar es frecuente. Otras veces la palidez es debida a trastornos vasomotores de índole tóxica, y entonces el síntoma puede ser transitorio, pasajero. Como he dicho, algunos de esos pálidos no sólo no tienen anemia, sino que son poliglobúlicos. Por ejemplo: una muchacha de diecisiete años da por su mal color la impresión de estar muy anémica; pero tiene, sin embargo, 5.400.000 hemáties y el 80 por 100 de hemoglobina. En tuberculosos avanzados, inveterados, casi de toda la vida, están inutilizadas extensas zonas pulmonares, hay poco campo respiratorio y se produce hiperglobulia compensadora, algunas veces muy intensa. Algunos de estos hiperglobúlicos tienen gran intoxicación y están muy pálidos. Pero encontramos también en clínica fimatológica hiperglobúlicos rojos, hiperémicos. Así, un muchacho de veintiséis años tiene un proceso fímico cirroso unilateral, del lado izquierdo; casi se ha constituido un fibrotórax y el enfermo tiene gran disnea; su cara está enrojecida y frecuentemente tiene hemoptisis. Tiene 6.600.000 hemáties.

Tenemos, pues, en los tuberculosos hiperglobulias permanentes, como las que tenían los enfermos citados; pero encontramos en otros casos hiperglobulias episódicas, transitorias, y en este sentido tienen importancia las hiperglobulias consecutivas al neumotórax artificial algo violento, que suceden casi inmediatamente a las insuflaciones, y aquellas otras que

se presentan después de las frenicectomías exageradamente eficaces. Una enferma mía tenía antes de la intervención 4.750.000 hematíes, y seis meses después, con gran elevación diafragmática y estando muy disneica, 7.100.000 hematíes. Un enfermo con lesión lobular ulcerada tiene 4.500.000 hematíes, y al día siguiente de un neumotórax algo enérgico, 5.850.000 hematíes. En estos casos, recuerdo lo dicho anteriormente, se presentan también crisis hiperleucocitarias, de estudio muy interesante. Trabajando en el conejo sobre neumotórax artificial se comprueba de un modo muy sencillo lo que digo aquí. En el conejo es fácil elevar hasta en 3.000.000 rápidamente el número de eritrocitos haciendo un neumotórax enérgico.

El hallazgo de síndromes anémicos de tipo ortoplástico en los tuberculosos es muy frecuente; pero tiene especial importancia el estudio de un síndrome anémico que podemos calificar de verdaderamente precoz, de una anemia temprana, que se presenta en tuberculosos de lesiones mínimas, como si la toxemia se localizase inicial y preponderantemente en el sistema eritropoyético. Intervienen, sin duda alguna, factores trascendentes de índole genotípica (*minus variate*, inferioridad biológica constitucional de un sistema). Algunos de tales sujetos entran en materia como anémicos: es el síndrome de alarma o de aviso. Otras veces se trata de fímicos simplemente pálidos, sin anemia, como he dicho antes.

Aun cuando algunas veces encontramos en los tuberculosos un síndrome de anemia metaplásica, maligna tipo Biermer, o de anemia aplástica, con una cantidad de hematíes enormemente pequeña, de menos de un millón, y valor globular próximo a uno, con megaloblastos circulantes, poliucitosis, anisocitosis, esto es poco frecuente, lo repito. El hallazgo de cifras de 4.000.000 de hematíes, de 3.200.000, se hace a menudo en tuberculosos algo intoxicados, y buscando con tesón se suele encontrar algún hematí nucleado (normoblasto), y a veces encontramos policromatofilia, es decir, eritrocitos que toman a la par los tintes ácidos y básicos, no estando, por lo tanto, teñidos uniformemente en rojo, como los hematíes normales. En estas anemias moderadas de los fímicos la hemoglobina disminuye de una manera desproporcional a los hematíes, y el valor globular se mantiene, por lo tanto, próximo a uno. En las anemias de los tuberculosos avanzados, de los tísicos, se encuentran en la sangre periférica elementos degenerados, hematíes pequeños, irregulares, deformes, de tamaños desiguales. En estos estados hay aplasia medular. Es el período de los procesos degenerativos viscerales, frecuentes en la tisis.

Las anemias de tipo clorótico son muy poco frecuentes en clínica fimatológica, sobre todo si separamos el tipo interesante de niño o de joven tuberculoso más o menos hipertiroideo, linfático, moderadamente obeso, foco de metabolismo basal bajo, pálido, de palidez blanca, con lesiones ganglionares periféricas, mediastínicas, abdominales, etc. En estos suje-

tos encontramos algunas veces una hematología interesante, particular, caracterizada por linfocitosis, a veces hay un síndrome leucemoide linfocítico, eosinofilia mayor o menor, hipoglobulia moderada (alrededor de 4.000.000), y considerable disminución de hemoglobina, de tal manera que el índice colorante es bajo.

Conviene señalar en este sitio un hecho de gran importancia señalado por varios autores, y que yo he visto alguna vez: la hiperglobulia de los enfermos con tuberculosis del bazo. Un enfermo mío portador de un bazo con tuberculosis miliar, tenía 6.400.000 hematíes, con una palidez intensa y un estado general malísimo.

El hallazgo de hematíes con basofilia punteada es poco frecuente. Sin embargo, en los tuberculosos sometidos a tratamientos intensos y prolongados por el hiposulfito de oro y de sodio, encontramos con relativa frecuencia hematíes con punteado basófilo. Recordemos en este momento que la presencia de tales eritrocitos es la regla en los individuos intoxicados por el plomo, de manera que puede afirmarse que se trata de un síntoma de intoxicación metálica, cosa que yo he comprobado experimentalmente trabajando sobre quimioterapia de la tuberculosis. La policromatofilia difusa o policromasia, afinidad de los hematíes para los colores básicos, es normal en el conejillo, es un signo de juventud, de incompleta madurez del hematí, cuyo antecesor, como sabemos, es basófilo; pero hay también policromatofilia como signo de vejez, de degeneración del eritrocito, y tal es la que aparece en ciertas graves anemias, coincidiendo entonces con la existencia de hematíes, enfermos caducos y degenerados.

Historia y evolución de la sífilis experimental

POR EL

DR. JAVIER M. TOMÉ BONA

Secretario de actas de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía.

I

La exposición sucinta de la historia y evolución de la sífilis experimental es asunto de una singular transcendencia como precisa introducción para el conocimiento básico y verdaderamente científico de los problemas que se deducen del estudio de esta infección. Por estas razones nos ha parecido oportuno redactar una de estas periódicas informaciones científicas a esta cuestión.

Historia.—El tema de la sífilis experimental, por las razones que antes indicamos, ha sido cuestión que ha ocupado desde muy antiguo y con gran intensidad la atención de los médicos. John Hunter, en el año 1786, efectuó los primeros trabajos en este sentido, y si bien de ellos se dedujeron, como ahora veremos, conclusiones trascendentalmente erróneas, marcan el primer paso en los estudios de este género. Este autor se inoculó pus de un blenorragico y se le produjo una infección sifilítica, de donde dedujo la identidad de los virus de ambas enfermedades, hecho que ha retrasado considerablemente las investiga-

ciones sobre la etiología de las enfermedades venéreas. Indudablemente, el enfermo que utilizó Hunter para sus tristes experiencias padecía un chancro intrauretral que fué el origen de la infección sifilítica adquirida por él.

Las consecuencias de este lamentable error duraron hasta que Ricord, en sus trabajos efectuados entre 1831 y 1836, demostró por medio de las inoculaciones humanas la distinción entre la blenorragia y los chancros, restando, sin embargo, por mucho tiempo englobados como una sola entidad clínica la sífilis y el chancro venéreo.

Rollet, profesor de Lyon, algún tiempo después efectúa la distinción entre estas dos enfermedades, descubriendo trascendental de este ilustre sabio que posteriormente había de venir a enriquecer el acervo de nuestros conocimientos con la demostración de la contagiosidad de las lesiones sifilíticas secundarias.

Por esta misma época, Sperino, en Italia, Turenne, en Francia, y Lipmann, en Alemania, partidarios los tres de la identidad de las enfermedades venéreas, practican en el hombre con el fin de vacunarle contra la sífilis la inoculación de productos chancerosos (sifilización).

Una época de silencio en cuanto se refiere a la experimentación sifiliográfica, sigue a esta época inicial, hasta que el Anónimo del Palatinado, Waller, Wallace y otros emprenden estudios experimentales con el fin de demostrar la virulencia de la sangre y otros humores orgánicos de los enfermos de sífilis. De resultados de estos trabajos vino a rectificarse la opinión dogmática de Ricord, que consideraba el accidente primario como el único elemento virulento en esta infección.

La introducción de los animales de experimentación relega a segundo término las inoculaciones humanas y da un nuevo y definitivo impulso a la actividad investigadora en el campo de la sífilis. Sin embargo, se siguen efectuando en alguna ocasión para aclarar algunos problemas como, por ejemplo, el de la parálisis general y para controlar también el efecto preventivo o curativo de distintos medicamentos o técnicas. Digno es de resaltar, en este sentido, las reiteradas pruebas de amor a la ciencia y de desinterés en pro de la humanidad dadas por los médicos, que en la inmensa mayoría de las ocasiones se han prestado a ser terreno para la experiencia.

Muchos han sido los animales que se han empleado con fin experimental en sifiliografía, habiendo sido seleccionados por su mayor receptividad el mono, conejo, cobaya, ratón, cerdo, cordero, etc. A pesar de todo esto, hasta el descubrimiento del treponema resultaba imposible demostrar de un modo absoluto la naturaleza sifilítica de los distintos accidentes cutáneos.

Metchnikoff y Roux, en el año 1903, inician verdaderamente la historia de la experimentación animal en la sífilis. En estos trabajos efectuados en monos antropoides, demostraron la producción en ellos de la lesión inicial y de las manifestaciones del periodo secundario.

El descubrimiento del treponema, efectuado, como nadie ignora en el año 1905, por Schaudinn y Hoffmann, es el suceso más trascendental ocurrido en la historia de la sífilis. Desde aquel punto y hora se cuenta con un dato perfectamente seguro para demostrar la naturaleza sifilítica de una determinada lesión.

Las trascendentales observaciones experimentales de Metchnikoff y Roux impulsaron a gran número de investigadores a continuar por la senda abierta por ellos, y con el fin de obviar las dificultades deducidas de la rareza y fragilidad de estos monos antropoides, comenzaron a ensayar las mismas experiencias con otros animales. De

este estudio de los diversos animales que podían ser sujetos de experiencia, seleccionóse el conejo como el más receptible y práctico.

Siegel, Schulze, Hensel y otros inoculan al conejo con fragmentos de chancro, sangre, tejido renal, etc., de sujetos contaminados. Bertarelli y Volpino, en Italia, efectúan importantes estudios sobre la queratitis intersticial experimental del conejo. Parodi, en el año 1906, prevé la posibilidad de la inoculación por vía escrotal, la cual fué posteriormente confirmada por Levaditi y Yamanouchi. Mulzer y sus colaboradores señalan poco después la existencia de las adenopatías directas y «cruzadas», primer estadio de la generalización parasitaria, según afirmaron en su memoria publicada en el año 1911. En este mismo trabajo se encuentra una magnífica iconografía sobre la sífilis del conejo, la cual hoy mismo proporciona datos y enseñanzas de singular importancia. Estos mismos autores estudian comparativamente la virulencia de los distintos productos de inoculación y las variaciones que en ella sufre después de un cierto número de pases, así como también la evolución normal de la sífilis del conejo y las modificaciones que sufre por la acción del tratamiento.

Los autores americanos Pearce, Brown y Mulzer, más posteriormente todavía, en 1928, han completado de un modo absoluto el cuadro de la sífilis experimental del conejo, constituyendo sus respectivas monografías los estudios de conjunto que con más fruto pueden consultarse.

SÍFILIS EXPERIMENTAL EN EL HOMBRE

Hunter, en la autoexperimentación desgraciada que mencionamos más arriba, inició el capítulo de las experimentaciones humanas de la sífilis. Ricord, en 1831, y considerando «la inoculación humana como el único medio científico susceptible de aclarar los desconocimientos del problema venéreo», emprendió este género de experiencias en gran escala.

No ignorando la gravedad de la infección sifilítica y fundándose en un criterio de singular prudencia, restringió su campo de experimentación a los individuos ya específicos. Reduce igualmente los ensayos a la sola contagiosidad de los accidentes que pueden ser reinoculados al portador, lo cual, de modo análogo a las experiencias de Hunter, dió lugar a una deducción errónea, que mantuvo durante muchos años la hoy inaceptable concepción de la dualidad de los chancros.

A estos métodos de inoculación se han opuesto los llamados de «confrontación», que son más complejos y requieren para su interpretación un sentido crítico más sutil. Las investigaciones posteriores en este sentido, a las que haremos alusión más adelante, han demostrado que los resultados obtenidos por este método, como los obtenidos por Rollet y Fournier, pueden ser de primer orden.

De un modo accidental se han observado gran número de verdaderas inoculaciones, bastantes entre ellas de sífilis profesional. De éstas, sin embargo, se han deducido, aunque parezca paradójico, muy escasas enseñanzas.

La interpretación de los resultados obtenidos con las inoculaciones de sífilis a través de los tiempos, no puede ser muy exacta, ya que se han efectuado siguiendo fundamentos científicos diferentes y en la exposición de ellos se han empleado términos vagos e imprecisos que impiden la formación de un juicio con visos de acierto.

Thibierge y Lacassagne han publicado en el año 1923 una interesante monografía, en la que reúnen 48 observaciones de inoculaciones positivas, cifra jamás alcanzada en ningún trabajo anterior.

Con objeto de no distraer la atención de los lectores prodigando nombres y fechas que no consigan otra cosa más que fatigar sin proporcionar, cuanto más, sino una erudición fatigosa e inútil, resumiremos brevemente los hechos más importantes que de este estudio experimental en el hombre se han deducido.

La inoculación del chancro sifilítico al hombre sano se ha efectuado doce veces. (Anónimo del Palatinado, Rinecker, Rollet, etc.)

La contagiosidad de las lesiones secundarias fué discutida durante mucho tiempo, fundándose el apotegma de Ricord, de que sólo el chancro puede engendrar un nuevo chancro, y que las lesiones secundarias pueden proporcionar lesiones del mismo carácter, pero nunca accidentes primarios. Sin embargo, la inoculación de accidentes secundarios ha sido efectuada con resultados positivos veintiséis veces. (Wallace, Anónimo del Palatinado, Vidal, etcétera), quedando demostrado que *la primera manifestación de una sífilis inoculada, lo mismo lo sea con virus procedente de un chancro que de una lesión secundaria, es siempre un chancro*, contrariamente a la opinión del mencionado maestro del Hôpital du Midi.

La inoculación de las lesiones terciarias ha sido intentada inútilmente por gran número de autores, entre los que destaca principalmente Finger, que ha efectuado treinta ensayos con productos gomosos y de periostitis crónicas en los individuos, sin conseguir en un solo caso la infección experimental.

El Anónimo del Palatinado, en tres experiencias sucesivas, demostró por vez primera la *virulencia de la sangre de los sifilíticos secundarios*, la cual fué posteriormente debidamente comprobada por Gibert, Waller, y muy particularmente por Peliizzon, que repitió la experiencia con tres estudiantes. Con tal motivo, dice este autor, «que la sangre es infectante, pero en menor grado que los productos de los accidentes secundarios y mucho menos todavía que el virus procedente del chancro».

Inoculación de los diferentes productos normales y patológicos.—Los resultados obtenidos por este procedimiento han sido constantemente negativos. Diday ha inoculado en dos ocasiones con resultados completamente negativos las lágrimas recogidas a un paciente con sífilis secundaria florida y no tratado. Padova ha efectuado con resultados igualmente negativos por cinco veces la inoculación de la leche procedente de nodrizas infectadas. Profeta ha empleado la saliva de un individuo portador de lesiones secundarias bucales. Rollet empleó como producto el obtenido de un chancro venéreo en un individuo con sífilis, no consiguiendo transmitir más que el chancro blando. Diday efectuó la inoculación con el pus de un elemento de acné padecido por un sifilítico florido. Por último, un autor cuyo nombre hemos olvidado, efectuó experiencias análogas con idénticos resultados, empleando el semen de un sifilítico en período contagioso.

Las inoculaciones de los animales al hombre pueden ser consideradas como excepcionales.—La mayoría de las observadas han sido obtenidas de un modo fortuito. Metchnikoff y Roux, sin embargo, han conseguido por dos veces el paso de la infección del mono al hombre. Una de estas experiencias fué efectuada para demostrar que el paso del virus por el organismo del mono produce una atenuación relativa de esta virulencia. Con este fin, los autores inocularon a una señora anciana con treponemas que habían sufrido varios pases por el organismo del mono, y al cabo de doce días presentó unas pequeñas pápulas de color rojo oscuro que persistieron varias semanas sin ul-

cerarse, y desaparecieron sin producir adenopatías ni dar posteriormente lugar a ninguna erupción sifilítica. Daniella y Stroe publicaron en el año 1914 una observación análoga, en la que la inoculación fué fortuita y profesional.

Inoculaciones humanas para probar el valor preventivo de un medicamento.—Estas experiencias son de fecha relativamente próxima. Perfectamente conocidas de todos son las experiencias efectuadas en 1906 por Metchnikoff, sirviendo de sujeto de experiencia el Dr. Maisonneuve, para probar la eficacia preventiva de la pomada de calomelanos. Los detalles tan conocidos de esta popular experiencia se encuentran en todos los libros, por lo cual hacemos gracia de ellos al lector.

Morgan se inocula en el antebrazo para demostrar la acción preventiva del arsenobenzol. Una hora después de efectuada ésta, recibe una inyección de 0,60 gramos del medicamento, no sufriendo lesión inicial ni serología positiva en múltiples exámenes mensuales.

Más recientemente Levaditi y Navarro Martín han ensayado por este procedimiento el derivado acetilico del ácido oxi amino-fenil arsínico, administrándole dos horas antes y seis y media después de la inoculación efectuada por escarificación por vía oral y a la dosis de 2 gramos. En cuarenta y siete días de vigilancia no se produjo lesión alguna y la serología se mantuvo constantemente negativa, mientras que en los macacos, testigos inoculados al propio tiempo, se produjo la afección con una incubación de diez días.

VALOR DE LOS RESULTADOS NEGATIVOS

Hasta este punto quedan expuestos los hechos deducidos de los resultados positivos de las inoculaciones. Las inoculaciones negativas, por el propio hecho de su negatividad, encierran en determinadas circunstancias un valor teórico y práctico considerable.

Algunos resultados negativos no pueden valorarse prácticamente de un modo absoluto. Tal sucede, por ejemplo, con los que, según mencionamos más arriba, consiguieron Diday, Padova, Profeta y otros con la saliva, leche y esperma de los sifilíticos en actividad, las cuales, sin embargo, resultaron positivas en el animal, practicadas por Voss (leche) y Finger y Landsteiner (esperma).

Como hecho positivo deducido de las investigaciones de este género, debemos mencionar el estado refractario a nuevas inoculaciones de los individuos ya contaminados y muy especialmente los paralíticos generales.

Gaspary, estudiando desde el punto de vista experimental el problema de la sífilis congénita, comprobó la inmunidad de la madre aparentemente sana.

No consideramos preciso decir muchas palabras para encarecer la importancia que la sífilis experimental del hombre ha tenido en la evolución de nuestros conocimientos sobre la etiología, patogenia, clínica y tratamiento de la infección sifilítica. Gracias a ella, en primer término, fué deshaciéndose el embrollo del unicismo, dique opuesto durante gran número de años al avance de los progresos fundamentales de lo que hoy constituye la moderna Sifiliografía. La demostración de la contagiosidad de las lesiones secundarias fué igualmente un avance considerable, especialmente en lo que a la profilaxis individual y social de la infección se refiere.

Ahora bien, en la actualidad la sífilis experimental del animal ha llegado a un estado de progreso y de perfeccionamiento técnico que ha restado a la del hombre una

gran parte de su importancia, haciendo resaltar, más que sus ventajas científicas, los peligros y responsabilidades morales que de su práctica se deducen. En la segunda parte de este trabajo quedará creemos perfectamente justificado este aserto que insinuamos.

(Continuará.)

Información científica extranjera

Reglas de conducta, dictadas por el Consejo de Sanidad alemán, para el empleo del salvarsán y sus derivados.

Adaptación de F. G. D.

1.^a Los preparados de salvarsán deben utilizarse en todas las manifestaciones de la sífilis. Cuanto más precozmente se inicia el tratamiento, más favorables son los resultados y más éxitos se obtienen con el tratamiento abortivo.

2.^a Las condiciones previas e indispensables para obtener buenos resultados con el empleo de los preparados de salvarsán son: el dominio perfecto de la técnica de su aplicación, el evitar cuidadosamente todas las complicaciones presumibles y una observación precisa y continua de los enfermos antes, durante y después del tratamiento.

3.^a Antes de iniciar éste nos informaremos de si el paciente tuvo alguna enfermedad anterior, y lo exploraremos cuidadosamente, anotando su peso.

4.^a Mientras existan otras enfermedades agudas, por ligeras que sean, nos abstendremos del tratamiento con el salvarsán, y caso de ser indispensable su empleo lo utilizaremos con las mayores precauciones. En las enfermedades agudas graves prescindiremos por completo del salvarsán, así como en aquellas personas que han soportado mal una inyección anterior y que todavía tienen molestias a causa de aquélla. No inyectaremos salvarsán cuando el estómago esté vacío ni cuando esté muy repleto.

5.^a Obligan a mayores precauciones en el empleo del salvarsán y sus derivados: las anemias graves, las caquexias y los estados de desnutrición, el estatus tífico-linfático, la diabetes, el bocio, el basedow, la enfermedad de Addison, la tuberculosis pulmonar, las lesiones cardiovasculares, las de riñón y las de hígado, las enfermedades del aparato digestivo, la obesidad, el alcoholismo, la epilepsia y el embarazo. En todos estos casos empezaremos con dosis muy débiles, tanteando la susceptibilidad del enfermo. Lo mismo haremos en los sífilíticos con lesiones del sistema nervioso central o de otros órganos importantes y en aquellas personas que han soportado mal las inyecciones anteriores de salvarsán.

6.^a La dosis se calculará teniendo en cuenta el peso del enfermo, su estado general y la clase, gravedad y extensión de las manifestaciones sífilíticas. Para la primera inyección utilizaremos dosis mínimas (0,1-0,2 gramos de salvarsán; 0,15-0,3 de neosalvarsán, salvarsán sódico o miosalvarsán; 0,1-0,3 de neosalvarsán plata). En los jóvenes más fuertes daremos como inyección inicial 0,3 de salvarsán, 0,45 de neo o de salvarsán sódico o de miosalvarsán, y 0,3-0,4 de neosalvarsán plata. Para las inyecciones ulteriores aumentaremos las dosis, llegando a 0,3-0,4 de salvarsán; 0,45-0,6 de neosalvarsán, salvarsán sódico o miosalvarsán, y 0,3-0,45 de neosalvarsán

plata. En los hombres fuertes y robustos y en curas abortivas daremos de primera intención la dosis de 0,4 de salvarsán; 0,6 de neosalvarsán, salvarsán sódico o miosalvarsán, o 0,45 de neosalvarsán; pero en las mujeres nos tendremos en las dosis inmediatamente inferiores a éstas.

Para los niños de pecho las dosis son, por kilogramo de peso: 0,007-0,02 de salvarsán; 0,01-0,03 de neosalvarsán, salvarsán sódico o miosalvarsán, y 0,007-0,025 de neosalvarsán plata.

7.^a Cuando damos dosis fuertes dejaremos tres a siete días entre cada dos inyecciones; si damos dosis débiles, los intervalos serán más cortos.

8.^a La cantidad total de salvarsán que debe darse en seis semanas, y que constituye la dosis total de la cura ordinaria, será: 2,5-3,0 gramos de salvarsán; 4-5 de neosalvarsán, salvarsán sódico y miosalvarsán, y 4,5 de neosalvarsán plata.

Para una cura a fondo recomendamos las siguientes dosis totales:

En el hombre:

Salvarsán.....	3,0-4,5 gramos.
Neosalvarsán, salvarsán sódico o miosalvarsán....	4,5 6 —
Neosalvarsán plata.....	4,0 5,0 —

En las mujeres:

Salvarsán.....	2,5-4,0 gramos.
Neosalvarsán, salvarsán sódico o miosalvarsán....	4,0-5,0 —
Neosalvarsán plata.....	3,5 4,0 —

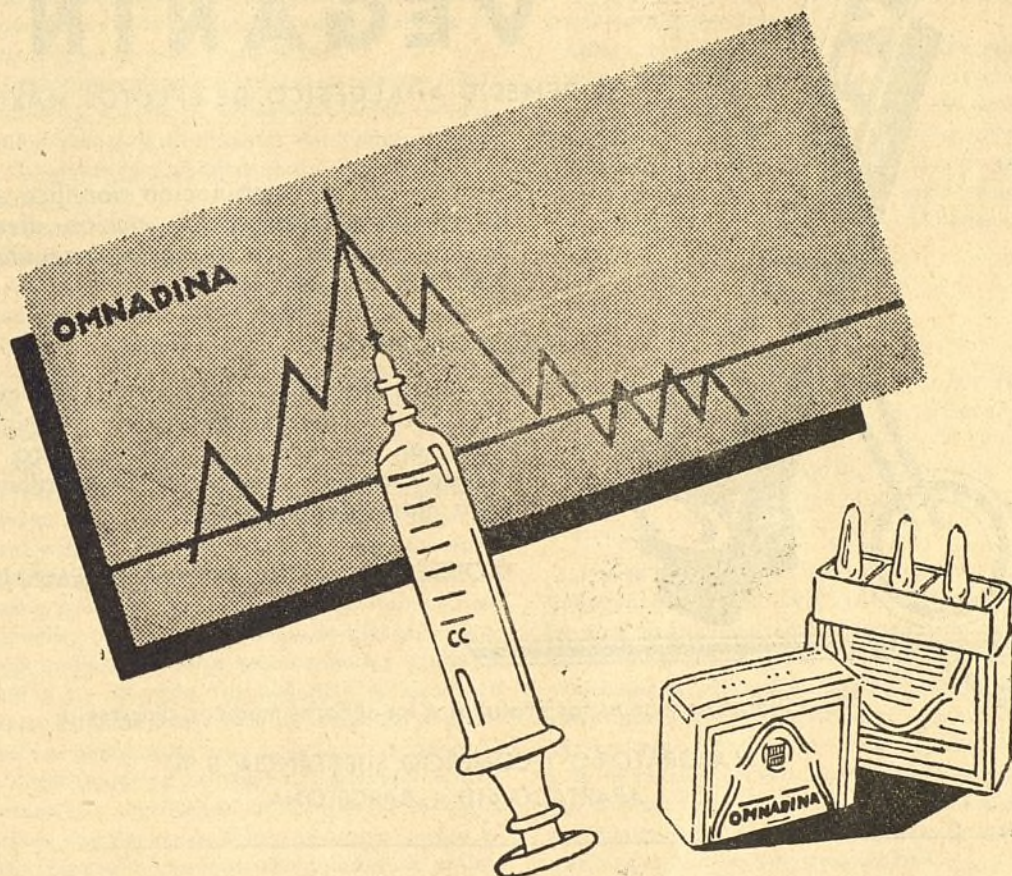
Sólo en casos muy especiales y con personas muy robustas podrán rebasarse estas dosis a condición de que toda la cura se haya soportado bien. En el tratamiento combinado con bismuto o mercurio hay que ser más cauto en la dosificación y vigilar más a los enfermos. Antes de dar una inyección de salvarsán, de bismuto o de mercurio hay que comprobar si la orina contiene albúmina.

9.^a Durante toda la cura, y sobre todo en los días de las inyecciones, evitarán los pacientes los excesos corporales y de toda clase. Durante todo el tratamiento se intensificará y mejorará la alimentación.

10. Hay que informar a los enfermos de los síntomas reveladores de que el tratamiento se soporta mal, tales como las cefalalgias, náuseas, vértigos, vómitos, fiebre, lipotimias, insomnio, rubicundeces, hemorragias, erupciones, pérdida de peso y escasa cantidad de orina, a fin de que los anoten e informen al médico minuciosamente.

11. Cuando aparecen estos síntomas debemos interrumpir la cura, retrasar la inyección siguiente, por lo menos ocho días, hasta que el enfermo vuelva a sentirse bien del todo, utilizar dosis más pequeñas y cambiar de preparado. Tras las primeras inyecciones hechas en sífilis recientes no son raras las hipertermias, a veces con escalofríos, que no son contraindicación para continuar la cura. En cambio, las que sobrevienen más tarde deben tomarse en consideración. Asimismo los síndromes vasomotores observados inmediatamente después de la inyección o durante la inyección misma, deben servirnos de alarma y obligarnos a dar dosis menores, cambiar de preparado o inyectar un miligramo de adrenalina o de suprarrenina diez minutos antes de la inyección de salvarsán.

12. Los exantemas pasan inadvertidos fácilmente y hay que buscarlos, pues su aparición obliga a suspender inmediatamente el tratamiento. Aun los más leves obligan a interrumpir la cura durante dos semanas; si antes repitiéramos las inyecciones de salvarsán, las de bismuto



OMNADINA

Plenovacuna no específica indicada en todas las enfermedades infecciosas.

La Omnadina moviliza y exalta las defensas orgánicas.

Perfectamente tolerada por niños y adultos, no produce reacciones violentas.

OMNADINA

Caja de III y de XII ampollas de 2 cm³

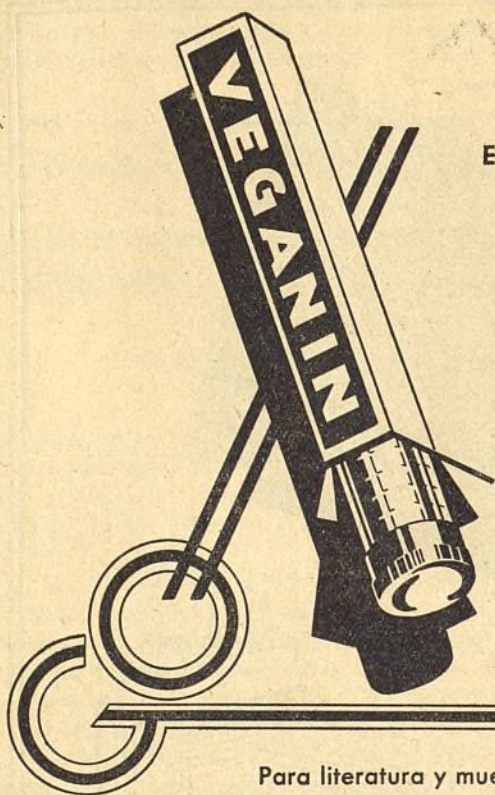
Envase original

LA QUÍMICA COMERCIAL Y FARMACÉUTICA, S. A.

Bayer-Meister Lucius

BARCELONA

APARTADO 280



VEGANIN

EL REMEDIO ANALGÉSICO DE EFECTOS MÁXIMOS

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

INDICACIONES:

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

GOEDECKE & Co. BERLIN, ALEMANIA

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

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



TRICALCINE INYECTABLE

DIPROPANOILFOSFATO de CAL INALTERABLE
CACODILATO de SODA 0,05. SULFATO de ESTRICNINA 0,001

MEDICACION CALCICA INTENSIVA Y ESTIMULANTE

TUBERCULOSIS
MISERIA
FISIOLOGICA

POSOLOGIA
Una ampolla por
día durante 12 días
Descanso 10 días y
comenzar otra serie

CONVALECENCIAS
ANEMIA
ESCROFULOSIS

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, rue Chaptal, Paris. 9°

o las de mercurio, se presentaría probablemente una dermatitis universal grave. Cuando ésta aparece hay que suspender en absoluto la cura antisifilítica.

13. En las curas combinadas de salvarsán con bismuto o con mercurio hay que prestar mayor atención a las acciones secundarias de estos preparados.

14. Las inyecciones de salvarsán deben hacerse con la asepsia más severa y siempre anotaremos la casa productora del medicamento y el número del preparado que utilizamos. El salvarsán y sus preparados sólo deben comprarse en las farmacias.

15. Las disoluciones de los derivados del salvarsán se harán en el mismo instante de la inyección con la asepsia más severa y se utilizarán en seguida. Evitaremos hacer las disoluciones en la misma jeringuilla, utilizando siempre agua destilada y esterilizada y nunca agua de fuente. Se calentarán ligeramente hasta que tengan la misma temperatura que el organismo. El agua destilada se conservará en vasos de cuarzo o de vidrio de Jena y se someterá a una doble destilación. Más cómodo es procurarse ampollas preparadas en el comercio. Las jeringuillas de inyección serán de cristal. Las disoluciones deberán ser transparentes y desprovistas de toda partícula flotante.

16. Los preparados de salvarsán y más especialmente el neosalvarsán y el salvarsán sódico, se descomponen por la luz, haciéndose muy tóxicos. Antes de utilizar el contenido de una ampolla de estos medicamentos examinaremos si está o no alterada, rechazándola en el primer caso. Tampoco utilizaremos restos de ampollas abiertas anteriormente ni compuestos que tengan un color sospechoso. Las disoluciones se utilizarán al momento de emplearse y nunca nos serviremos de las que llevan algún tiempo y menos aun de las que se venden ya hechas en las farmacias. Tampoco haremos disoluciones en grande para inyectar a varios enfermos, pues a los pocos minutos de preparadas son sospechosas.

17. En las inyecciones intravenosas cuidaremos de que la aguja esté bien dentro de la vena, evitando herir la pared opuesta o atravesarla. Inyectaremos lentamente y con tanta más lentitud cuanto más recelemos del estado del corazón del enfermo. Tan pronto como éste acuse el más pequeño dolor local, aparezca un infiltrado o se presenten los síntomas más ligeros del aparato respiratorio o circulatorio, se suspenderá la inyección y sólo volveremos a hacerla, cuando nos convenzamos de que la aguja está bien dentro de la vena y veamos pasar la sangre desde ésta a la jeringuilla. El tratamiento con el salvarsán se hará únicamente por médicos que conozcan bien su técnica y tomando todas las medidas de precaución que la ciencia aconseja.

(Munch. med. Wochenschr., 1932, núm. 47.)

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

TÉCNICA PEDIÁTRICA CLÍNICA-PRÁCTICA (*Kinderärztliche Technik zum Gebrauch in Klinik und Praxis*), por el doctor Hans Behrendt (Frankfurt). Un tomo en 8.º menor de 122 páginas con 73 grabados intercalados en el texto. George Thieme. Leipzig, 1933.

Frecuentemente descuida el médico la práctica en el niño y en el lactante de exploraciones o terapéuticas que poseen una técnica especial que ignora, precisamente por

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

no hallar en los libros un resumen que le permitan rápida orientación e información. El Dr. Behrendt propónese con su tomo prestar a los médicos generales un gran servicio al compendiar en breves páginas las técnicas habituales en las clínicas pediátricas.

Muy brevemente encontramos expuestas, entre otras muchas técnicas, la alimentación con sonda, el sondaje duodenal, el cateterismo traqueal y las inyecciones intra-traqueales, la punción del pericardio, las inyecciones e infusiones intraperitoneales, la extracción de sangre con fines diagnósticos, el cateterismo, la punción vesical, la punción intracisternal y ventricular, los métodos de balneación etcétera.

A. V. N

ACCIDENTES DEL TRABAJO AGRÍCOLA. *Estudio médico legal*, por el Dr. Vicente de Andrés Bueno, profesor auxiliar en la Facultad de Medicina de Valladolid, médico de los accidentes del trabajo de la Compañía de Ferrocarriles del Norte. Premio Marvá, 1931. Tipografía Cuesta, Valladolid.

Los estudios médicos relacionados con los accidentes del trabajo han adquirido de pronto en nuestro país una importancia y un interés extraordinarios, ante los rápidos avances de la legislación social, que trata de proteger los riesgos profesionales del mayor número posible de personas, haciendo desaparecer desigualdades irritantes. Así, por ejemplo, los trabajadores de la tierra, a pesar de su vida mísera y de los muchos peligros que rodean a sus labores, rudas y ago adoras como las que más, no tenían derecho alguno a ser indemnizados por los accidentes de que pudieran ser víctimas al trabajar por cuenta ajena.

El Decreto de 12 de Junio de 1931, convertido en ley con fecha 9 de Septiembre del mismo año, viene a reparar una injusticia notoria al hacer extensiva a la agricultura la ley de Accidentes del Trabajo, vigente hasta ahora para la industria. El mutualismo obligatorio es la fórmula que ha hecho al parecer posible la solución del problema desde el punto de vista económico.

Con fines puramente didácticos, y rindiendo culto a la actualidad y a sus arraigadas aficiones, el Dr. De Andrés Bueno ha escrito un libro de 258 páginas, muy bien editado por cierto, en el que copia íntegramente el extenso «Reglamento de 25 de Agosto de 1931, para la aplicación a la Agricultura de la ley de Accidentes del Trabajo», y le va comentando de un modo razonado y minucioso, disposición por disposición, apoyando sus juicios en los dictados de la ciencia y en un gran número de casos de observación personal.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el médico, ante todo y sobre todo, debe procurar siempre dar cumplida satisfacción a su conciencia, el Dr. De Andrés Bueno no podía limitarse escuetamente a transcribir y comentar los preceptos legislativos, sino que trata en todo momento de aleccionar al médico en el cumplimiento de sus deberes y de establecer reglas claras y precisas que le permitan discernir en cada caso, con las mayores probabilidades de acierto, cuándo un accidente sufrido por un operario es indemnizable en estricta justicia y cuándo deja de serlo.

A este respecto, hace resaltar el autor, por medio de ejemplos sumamente claros y prácticos, que las imprudencias profesionales cometidas por el asalariado con ocasión de su trabajo deben ser consideradas siempre con derecho a indemnización, mientras que aquellas otras imprudencias que se cometan durante la jornada de trabajo, pero que son

ajenas a éste, no pueden ser indemnizables; debiéndose también tener siempre en cuenta, para aquilatar el derecho a una indemnización y para fijar su cuantía, el estado anterior del individuo, ya que algunas enfermedades como la tuberculosis, la sífilis, la gonococia, la diabetes y los tumores, pueden influir o ser influidas por un traumatismo en las condiciones que detalla el autor. En este mismo orden de ideas, el capítulo que trata de las hernias (hernias de esfuerzo; hernias de debilidad), cuestión batallona en materia de accidentes del trabajo, es uno de los más completos y que pone más de relieve la competencia del autor.

Con respecto a la incapacidad temporal, opina el Dr. De Andrés Bueno que, a pesar del silencio de las legislaciones sobre este punto, la única persona capacitada para decidir si una lesión es productora o no de incapacidad temporal es el médico, al cual, para facilitarle asimismo la debida valoración de las incapacidades permanentes, le ha confeccionado un cuadro muy detallado y bastante completo que se acompaña de 19 magníficos fotograbados con diagramas, en los que se ponen de manifiesto los distintos grados de incapacidad de las diferentes articulaciones del cuerpo humano.

Los capítulos finales de este libro se ocupan de la actuación del médico en los accidentes del trabajo agrícola (modo de prestar la asistencia, peritajes, informes, documentos, etcétera), y en su prevención, enumerando, por último, todas aquellas enfermedades especiales de los agricultores que deben ser consideradas también como accidentes a los efectos de la indemnización; entre las cuales se cuentan diversas oftalmías y dermatitis, el muermo, el carbunco, la fiebre de Malta, el tétanos, las neuritis de los arrozales y el paludismo en ciertos casos.

El Dr. Royo Villanova y Morales expone en el prólogo la historia de la legislación española sobre accidentes agrícolas, y hace a este propósito algunas atinadas observaciones con ese estilo limpio y ameno que constituye el sello de familia.

Diré, para terminar, que la obra del Dr. De Andrés Bueno está escrita en un lenguaje liso y llano, sin engollamientos ni petulancias, y que estoy seguro de que ha de resultar sumamente útil para estudiantes y médicos y, muy en especial, para los médicos de partido, que, por razones topográficas, han de ser los llamados a intervenir en la casi totalidad de los accidentes de trabajo agrícola.

T. R. Y.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

H. Pleasants. FALSOS DIAGNÓSTICOS DE NEUROSIS EN CASOS DE ENFERMEDADES ORGÁNICAS.—En este interesante trabajo da cuenta el autor de un buen número de historias clínicas de enfermos en los que se diagnosticó neurosis viscerales, siendo así que se trataba de verdaderas lesiones orgánicas.

Divide los casos en: errores en las enfermedades del aparato circulatorio, principalmente en afecciones cardíacas, que tan alegremente se diagnostican muchas veces de neurosis del corazón; errores en enfermos de aparato respiratorio, entre los que cita uno muy curioso de un enfermo que habiendo sufrido un accidente de automóvil se diagnosticó, una vez curado de sus lesiones, como de neurosis respiratoria postraumática, siendo así que se trataba de un cáncer

incipiente del pulmón; errores en enfermos de aparato digestivo, entre los que cita, en primer término, algunos diagnósticos de la famosa dispepsia nerviosa, que en realidad eran carcinomas incipientes, y los tan conocidos reflejos gástricos e intestinales que en muchas ocasiones son úlceras, neoplasias o procesos inflamatorios que escapan a nuestro diagnóstico; errores en enfermedades del aparato genitourinario, de los que también cita un caso de cáncer del fondo de la vejiga en el que se diagnosticó al paciente durante mucho tiempo de trastornos psiconeuróticos por dificultades en ejercer su vida sexual, y, por último, cita dos casos de errores en pacientes diagnosticados de ciáticas, de los que uno padecía un tumor fibroso del cuerno del útero de aquel lado, y el otro un absceso periuretral por estafilococos que irritaba al ciático en su trayecto.

Esta presentación sería de poco va or si no contestara o intentara contestar dos preguntas: 1.ª ¿Por qué se cometieron estos errores?, y 2.ª ¿Qué principios generales deben seguirse para evitar equivocaciones semejantes?

1. En cuanto a la primera pregunta, hay varios factores que deben tenerse en cuenta. El primero, los exámenes incompletos y defectuosos. Se habla de algunos casos, aseverando que no existe enfermedad orgánica y se presume que esta observación es correcta, sin haberla comprobado adecuadamente. Muchas enfermedades orgánicas, como las miocarditis y los carcinomas de los órganos abdominales, no revelan en sus estados primarios manifestaciones orgánicas bien definidas. En algunos casos la causa básica, infecciones focales, son muy difíciles de demostrar. En otros la falta de voluntad y cooperación impide la investigación adecuada. Un segundo factor es presumir la presencia de una psiconeurosis, a juzgar por la riqueza, abigarramiento y variación de síntomas «funcionales», que nos hace creer innecesario llevar más adelante la investigación. El tercer factor es creer que los síntomas presentes son tan sólo una variedad de la reacción primera a una situación psicógena. Cuando se trata de los factores segundo y tercero hay que tener no sólo mucho cuidado sino buen criterio.

2. Para evitar los errores que acabamos de citar me parece justificado el siguiente procedimiento en el ejercicio de la neuropsiquiatría:

a) Hay que considerar todos los casos desde el punto de vista de la constitución personal del paciente, herencia, desarrollo precoz, resultados escolares y profesionales, factores sexuales y maritales, adaptabilidad económica y social y reacciones del individuo—en diferentes épocas— a las condiciones ambientales. Esto último incluye la enfermedad, lesión y conmociones físicas y mentales.

b) Debe obtenerse del paciente una historia cuidadosa en cuanto al desarrollo cronológico de los síntomas. Se necesitará la ayuda de parientes y amigos. Volviendo a examinarle, también se obtiene con frecuencia una información adicional valiosa.

c) Debe examinarse todo caso, tanto somático como neurológicamente. El neuropsiquiatra tendrá la suficiente práctica para hacerlo, como también debe hacerse un análisis de orina, de sangre, las reacciones de Wassermann y las químicas sanguíneas.

d) No hay que practicar exámenes especiales hasta obtener una visión clara sintética de qué cambios físicos y psíquicos ha sufrido el paciente, teniendo en cuenta su constitución personal básica. Para esto precisa evaluar el caso psicológicamente, tarea muy difícil y a menudo absorbente.

e) Todos parecemos estar conformes en que no hay que diagnosticar la psiconeurosis hasta no haber completado

las investigaciones indicadas. Algunos insisten en que este diagnóstico debe tener siempre carácter de exclusión. Esto, como toda fe ciega en los procedimientos de laboratorio, tiene sus desventajas, por ejemplo: Algunas intervenciones quirúrgicas (fácilmente evitables) sólo consiguen acentuar el ya existente círculo vicioso, sobre todo cuando se trata de operaciones en la nasofaringe y el abdomen, y, por otra parte, sabido es que en manos competentes las manifestaciones neuropsíquicas pueden evaluarse en su justo valor, aunque para ello haga falta tiempo y entrevistas repetidas. Por lo tanto, los exámenes especiales resultan mejor cuando la investigación neuropsiquiátrica los aconseja. Si hay duda, sin embargo, es lo natural someter al paciente a más investigaciones.

f) Desde el punto de vista de la neuropsiquiátrica, toda enfermedad debe considerarse como compuesta de algo somático y algo psíquico. Estos dos componentes son indivisibles y deben valorarse según su relación con la etiología y la situación total. Guardando este amplio punto de vista se pueden evitar con frecuencia algunos errores en el diagnóstico.

Por todo ello el autor establece las siguientes conclusiones:

1.^a Cierta variedad de manifestaciones neuropsíquicas ocultan a menudo enfermedades viscerales orgánicas bien definidas.

2.^a La enfermedad visceral puede hacer surgir manifestaciones neurológicas, ya que las vísceras están inervadas por el sistema vegetativo. Sobre ellas no tienen influencia las porciones segmentales y superiores del sistema nervioso central y de las emociones, pero en cambio son capaces, cuando se trastornan, de dar lugar a perturbaciones en las emociones a causa del dolor reflejo y a toda clase de fenómenos periféricos. Los estados psíquicos y emotivos influyen en el sistema nervioso vegetativo y funciones viscerales, y viceversa.

3.^a Se muestran casos que enseñan cómo los síntomas neuropsíquicos han enmascarado enfermedades cardíacas, pulmonares, gastrointestinales y genitourinarias.

4.^a Las causas de error en los diagnósticos se deben a exámenes incompletos y falsos, a no saber juzgar y valorar correctamente las manifestaciones neuropsíquicas, y al hecho de que en individuos predispuestos los primeros síntomas de enfermedades viscerales pueden ser sólo de tipo psíquico.

5.^a Desde el punto de vista neuropsíquico no hay que aceptar la enfermedad como puramente somática o puramente psíquica. Toda enfermedad tiene un componente somático y otro psíquico, debemos mirarla desde dicho punto de vista para enunciar el diagnóstico y administrar la terapéutica. Además hay que estudiar todo caso a la luz de la situación total. (*The Journal of the American Medical Association*, 12 de Diciembre de 1931).—F. G. D.

J. Jullien. LAS FORMAS DE LA BRUCELOSIS HUMANA.—En las infecciones brucelosas o melitenses (fiebres ondulantes, fiebres mediterráneas, etc.) pueden distinguirse tres formas principales: las brucelosis ocultas, las brucelosis simples y las brucelosis resistentes y complicadas.

Las brucelosis ocultas se observan frecuentemente entre los individuos expuestos por su profesión a ser infectados por los animales (pastores, carniceros, veterinarios, mozos de granjas), entre las personas que viven en contacto con enfermos humanos y entre los convalecientes, todos los cuales pueden presentar una seroaglutinación de Wright y una fijación del complemento positivas para los gérmenes

brucelosos, bajo la apariencia de salud más completa. Estas nociones son interesantes no sólo porque demuestran que la enfermedad puede ser contagiada por individuos completamente sanos, sino también porque los sujetos sanos con aglutinación o intradermorreacción positiva son probablemente poco aptos para contraer la enfermedad y deben ser eliminados, por lo tanto, de los ensayos de vacunación preventiva. Las formas ocultas comprenden a todos los portadores de gérmenes en apariencia sanos y a todos los individuos de las regiones endemiadas cuyas reacciones serológicas o alérgicas para el melitensis son positivas.

Las brucelosis simples son las causadas por los bacilos brucelosos solos, sin asociación con otros gérmenes, inoculados en individuos sanos y jóvenes. En estas formas se hallan comprendidas las formas ambulatorias, consistentes en ligeras molestias con fiebre escasa, como las que se han observado en algunos laboratorios en los que se manipulaba con cultivos de bacillus abortus. Estos casos benignos curan solos y muchas veces pasan inadvertidos. Otros casos de brucelosis simples son menos silenciosos y presentan ya el aspecto clásico sudoroalógico, que constituye el 30 por 100 fuera de las epidemias. La evolución de la enfermedad tiene lugar en algunas semanas o a lo sumo en pocos meses (dos a tres), sobreviniendo la curación ordinariamente sin secuelas. Estas formas simples son muy sensibles a los diferentes agentes antiinfecciosos, todos los cuales han proporcionado éxitos rápidos: acridina y derivados, arsenobenzoles, quinina, bismuto, autohemoterapia, serosidad de vejigatorios, melitina, auto y stokvacunas específicas, etc. En estas formas el índice de sedimentación es casi normal.

Las formas de esta enfermedad resistentes a las medicaciones y en especial aquellas sobre las cuales no ejercen acción alguna las vacunas específicas constituyen el 60 por 100 de los casos, dependiendo su gravedad de la asociación de otros microbios con los bacilos de la brucelosis. Dichos microbios patógenos asociados evolucionan en general sobre un terreno colocado por la brucelosis en un estado de menor resistencia. Estas formas resistentes recaen principalmente sobre individuos ancianos o debilitados que viven en malas condiciones higiénicas. La infección brucelosa parece preparar el terreno a los gérmenes infecciosos sobreañadidos, dando lugar a casos de un polimorfismo extremo.

Las asociaciones más frecuentes son las brucelotuberculosas evolutivas (formas pulmonares agudas de rápida evolución, meningéas, osteoarticulares) y crónicas.

Se observa también la asociación de los bacilos brucelosos (melitensis, abortus Bang) con colibacilos, estreptococo, pneumococos, estafilococos, virus neurotropos (neuromelitococias de Roger), tíficos y palúdicos. Hay también una asociación frecuente diploestreptocócica estudiada por el autor en su bacteriología, sus reacciones ante las inyecciones intradérmicas y los efectos curativos de las stokvacunas polivalentes.

En las brucelosis crónicas, resistentes o complicadas, al contrario de lo que ocurre en las formas simples, es siempre muy elevado el índice de sedimentación, cuya busca no debe ser omitida en ningún caso. (*La Presse Médicale*, núm. 3, Enero 11 de 1933).—T. R. Y.

G. Socken. FISIOLÓGIA DE LA PUBERTAD. ELIMINACIÓN DE LA HORMONA A DEL LÓBULO ANTERIOR DE LA HIPÓFISIS EN LA ORINA.—Durante la infancia existe una estabilidad y un equilibrio relativos entre las relaciones mutuas de las glándulas endocrinas, pero al llegar al comienzo de la pubertad este equilibrio se rompe bruscamente en favor de la hi-

pófsis y del tiroides, acelerándose por ello el crecimiento y todos los procesos metabólicos en general. De un modo paulatino van tomando preponderancia las glándulas generadoras, sobre todo en lo que se refiere a los signos secundarios de la sexualidad, hasta que al terminar la pubertad el equilibrio se encuentra modificado en provecho de las mismas. El estímulo para el desarrollo de estas glándulas proviene de las hormonas A segregadas por el lóbulo anterior de la hipófisis. Del ovario parten dos hormonas, una de acción excitante y otra inhibidora, la foliculina y la luteína.

Ascheim y Zondek han demostrado que durante el embarazo se eliminan grandes cantidades de hormona del lóbulo anterior de la hipófisis por la orina, y esto les ha servido para basar un método de diagnóstico precoz. Al mismo tiempo que en la orina, pueden encontrarse grandes cantidades de esta hormona en el suero de las embarazadas, mientras que en las restantes épocas es imposible encontrarla, ni en sangre ni en orina de mujeres con madurez sexual.

En cambio, el autor la ha buscado en 50 niños y jóvenes de uno a dieciocho años de edad, habiéndola encontrado en la orina en 24 casos, o sea, en la mitad aproximadamente. No encontró diferencia alguna entre las reacciones positivas en niños o niñas, ni tampoco en favor de ninguna edad de terminada. Las reacciones positivas desaparecieron tan pronto como la madurez sexual se había establecido de un modo perfecto. Deduce de esto el autor que durante el período de actividad sexual perfecta toda la hormona A del lóbulo anterior de la hipófisis es utilizada por el organismo y sólo cuando las glándulas generadoras se modifican en su actividad por el embarazo aparece esta hormona en la orina. (*Zeitschr. f. Kinderheilk.*, 53/4).—F. G. D.

Proubost, Mallet, Herrion. LOCALIZACIÓN TORÁCICA DE LA ENFERMEDAD DE HODGKIN. —Una de las localizaciones que la linfogranulomatosis maligna parece que ha tomado de una manera casi constante es la forma o localización torácica. En los servicios hospitalarios de pulmón es un gran número de veces confundida con la tuberculosis pleuropulmonar.

El enfermo por nosotros observado no tenía ninguna lesión de carácter pleural; ahora sí, los pulmones y los ganglios mediastínicos estaban afectados—nos dicen los autores, que hacen un estudio detenidísimo y rico en datos de toda índole del enfermo, cuya historia insertan en su artículo.

La observación detenida de este paciente lleva a los autores a pensar en gran cantidad de hechos de importancia, y de éstos creen que son dignos de un detenido estudio los tres puntos siguientes:

1.º Puntos de contacto entre la tuberculosis y la enfermedad de Hodgkin. Después de hacer una amplia exposición sobre este punto, vienen, aunque no de un modo muy efectivo, a sumarse a lo por tantos autores enunciado. «De que la frecuencia con que la linfogranulomatosis maligna toma la forma de la tuberculosis cuando sus manifestaciones son de índole torácica nos lleva a pensar en ella.»

2.º Lo dedica al «foyer» ganglio pulmonar, del que hace un acabado estudio, dedicando su tercer punto al «foyer» preesternal y a su origen linfático no dudoso. (*Paris Médical*, núm. 7, 18 de Febrero de 1933).—J. H. S.

Grossmann. TRATAMIENTO DEL LIQUEN PLANO POR MEDIO DE INYECCIONES DE SALICILATO DE BISMUTO. —Infinidad de veces vemos que el liquen plano se muestra totalmente rebelde a gran número de tratamientos—radioterapia,

inyecciones de arsénico de mercurio—, entre otros muchos. El profesor Grossmann nos dice que desde el año 1929 viene empleando en sus servicios hospitalarios el salicilato de bismuto en inyección intramuscular en el tratamiento del liquen plano, y desde esa fecha hasta la actualidad ha tratado quince casos, habiendo logrado en todos ellos un franco éxito. Practica el autor una inyección intramuscular de un centigramo por semana durante diez, viendo siempre como a la séptima u octava las pápulas se chafan y desaparecen. (*Archives of Dermatology and Syphilology*, Enero 1932).—J. H. SAMPELAYO.

Tropp y Rauch. INTOXICACIÓN ARSENICAL POR EL VINO, A BORDO DE UNA NAVE. —Los autores han tenido ocasión de tratar en el Hospital de Hamburgo seis marineros de un barco francés que presentaban signos típicos de una intoxicación arsenical crónica. Estos casos pertenecían a una intoxicación arsenical por el vino en 200 marineros de dos compañías de navegación del Havre. La ración de vino de un marino es de un litro por día, y hecha la investigación, se comprobó que cada litro contenía 3 a 12 miligramos de arsénico.

Los primeros signos de intoxicación comenzaron aproximadamente cuatro semanas después del comienzo de la ingestión del vino. Se presentaron síntomas gastrointestinales caracterizados por dolores gástricos, diarrea y prurito, seguido de exantema. En un caso éste fué escarlatiniforme, y dejó, al desaparecer, una pigmentación gris negruzca de todo el cuerpo, comprendida la cara. Otros enfermos tuvieron solamente una pigmentación de los pliegues, y dos únicamente, un eritema ampolloso seguido de una melanosis.

Todos los enfermos tenían hiperqueratosis más o menos marcadas, y en las escamas córneas, así como en los pelos, se encontraban por el método de Marsch Liebigh cantidades abundantes de arsénico.

El examen del sistema nervioso mostró una disminución de la sensibilidad táctil y térmica; los enfermos se quejaban de parestesias en los pies. Uno de ellos tenía trastornos neuríticos de las extremidades inferiores. Otro un epífora persistente. (*Der. Woch.*, 9 de Julio de 1932).—TOMÉ BONA.

A. Spinelli. LA ESENCIA DE BERGAMOTA COMO ANTI SÉPTICO EN CIRUGIA. —Después de un detenido estudio histórico, químico y clínico de la esencia de bergamota nos da el autor las conclusiones siguientes:

1.ª Tiene la esencia de bergamota una acción bactericida intensa, tanto en la superficie cutánea como en el espesor del dermis.

2.ª No produce irritación de ninguna clase, ni en la piel ni en las mucosas.

3.ª No produce asimismo acción de carácter tóxico al ser absorbida.

4.ª No mancha la piel ni los vestidos del paciente.

5.ª Es producto de olor muy agradable, por lo que está muy indicado su uso en las lesiones de carácter pútrido.

6.ª En ciertas intervenciones quirúrgicas es a veces necesario que la zona operatoria tome un color rojo; este preparado lo da azul fuerte, y si la añadimos una solución etérea de carmín índigo, lo tendremos; si lo queremos de color amarillo intenso, no hay más que añadirle una solución alcohólica de ácido pterico al 10 por 100.

7.ª Por su baratura y comodidad de preparación es la más recomendable, tanto en la desinfección del campo operatorio como en la desinfección de las manos del operador y de sus ayudantes. (*Il Policlinico*, 15 de Octubre).—J. H. SAMPELAYO.

TOXICOMANÍA

Tratamiento racional
:: :: y científico :: ::
de la morfinomania con

ANTIMORPHICO

MINGO

Literatura e informes

LABORATORIO MINGO

Infantas, 26. — Teléfono 12.576.

TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Escrófula, Raquitismo

SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Calcio asotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosetadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza
las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición
y el estado general.

L. PAUTAUBERGE

18, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositarlos para España:

Hernández-Salinas y C.^a, Barcelona Sagúes, 2 y 4, (S. G.)

RADIO

Stewart-Warner

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

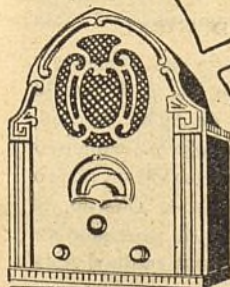
Con menos lámparas obtiene el máximo
rendimiento alcanzado hasta el día

Está dispuesto para el
adaptador de extra corta.

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

Se fabrica en
alterna y continua

Dispone de toma
para televisión



REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA

VIVÓ, VIDAL Y BALASCH

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

RECONSTITUYENTE RÁPIDO

ENOFOSFORINA SERRA

Fortalece a los débiles: Acoria las
convalecencias: Aclara la mente:
Devuelve el buen humor.

AGUAS DE

MARMOLEJO

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

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

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

Estación de ferrocarril a 7 horas de Madrid y 4 de Sevilla.

Alquitrana la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

Pedidos de botellas e informes al señor Gerente, en
MARMOLEJO (Jaén).

SARNA

— (ROÑA) —

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

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona.



TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo

Exito en los Hospitales desde 1848.

— y el Mal de Piedra. —
En todas las farmacias. — Al por mayor TAVERNIER & AGUETTANT. — LYON (Francia).

HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS
A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar *Cloro-Anemias*
Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue des Beaux-Arts, París.

Estafeta de partidos.

Se notifica a los compañeros que piden solicitar la plaza de Herruela (Toledo) hay en ella ejerciendo un compañero que tiene contratadas las iguales. Salió a concurso y fué renunciada por el elegido por tal motivo. (Notificación particular. Lazaana.)

VACANTES

SE ENCUENTRAN VACANTES LAS SIGUIENTES PLAZAS DE MÉDICOS TITULARES INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD:

Se advierte a los compañeros que en Villalobón (Palencia) están contratadas

Sanatorio Psiquiátrico **ESQUERDO** Carabanchel Alto.

Director: Dr. Jaime Esquedo Sáez.



Informes y correspondencia... } AL DIRECTOR { MADRID. — Alfonso XI, 7 — Teléfono 16962
Carabanchel Alto. Sanatorio. — Teléfono 20

las iguales por el médico de la localidad. Más detalles a D. Ildefonso Fernández, Villalobón (14.100).

—La Dirección general de Beneficencia ha tenido a bien disponer que el Tribunal que ha de juzgar el concurso para la provisión de tres plazas de médicos internos del Hospital de la Beneficencia general, convocado en la *Gaceta de Madrid* de 28 de Enero último, lo constituyan los señores médicos de número del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia general siguientes: D. Pedro Cifuentes Díaz, presidente, y vocales, los señores médicos de número del expresado Cuerpo, D. Manuel Arredondo Rodríguez, D. José María Blanc Fortacín, D. Eusebio Alvaro Gracia, D. León Cardenal Pujals, D. Salvador Albasanz Echevarría y D. Enrique Slocker de la Rosa.

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD. — En armonía con el anuncio publicado en la *Gaceta de Madrid* de fecha 29 de Enero último para la provisión en propiedad de la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad del Ayuntamiento de Puebla del Río (Sevilla), que ha de tener lugar por oposición ante Tribunal especial, éste quedará constituido, según acuerdo del Ayuntamiento de 15 del corriente, en la siguiente forma: Presidente, D. Carlos Ferrand López, inspector provincial de Sanidad; vocales: D. Juan Ruiz de la Riva, médico del Instituto provincial de Higiene; D. José Yáñez Manteca, subdelegado de Medicina de Sevilla; don José Caro Romero y D. José F. Romero Rabana, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Dos Hermanas y Sevilla, respectivamente; secretario, D. José Antonio Barón y Campos, secretario del Ayuntamiento de Puebla del Río.

—En cumplimiento de lo dispuesto en Orden ministerial de fecha de hoy, por esta Dirección se convoca concurso voluntario entre funcionarios en activo servicio, pertenecientes al Cuerpo de Sanidad Nacional, para la provisión de tres plazas de inspectores sanitarios de Transportes, adscritos a la Inspección general de Sanidad exterior y de Comunicaciones y Transportes, con arreglo a las condiciones fijadas en el art. 6.º del Reglamento del Personal de 8 de Julio de 1930, debiendo los aspirantes presen-

(Continúa en la página siguiente.)

Naturalmente, como se verá en un

ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

IODARSOLO
Primer producto de iodo y arsénico
BALDACCIO - PISA

Claro está que aun un sistema de tarjetas tan sencillo como el que emplea hoy el médico es mucho más eficaz, des de todos los puntos de vista, que un libro diario y un libro mayor, cuyo uso pronto se hace complicado cuando se trata de una práctica extensa.

Teniendo estas ideas presentes en la mente es como he preparado los mode

PAIDOTROFO
TONICO INFANTIL

En los principales sistemas de archivar que se emplean en las oficinas comerciales de los Estados Unidos, y cuya base es el orden alfabético, numérico, geográfico o por materias, el único que

merece ser considerado por una oficina médica es el orden alfabético. Este orden debe emplearse para las tarjetas así como para la correspondencia. La correspondencia debe colocarse en legajos individuales, usando un legajo para cada letra del alfabeto. Los distintos documentos deben archivar en los legajos por orden cronológico, poniendo el último documento al frente para que sea más accesible.

Todas las fichas y las carpetas de correspondencia deben arreglarse por orden estrictamente alfabético entre guías de cartón que indican las letras del alfabeto.

ROBERTO R. AURNER.

Profesor de Administración Comercial de la Universidad de Wisconsin y colaborador de la revista *Actualidades Médicas*.

(De *Actividad*, Barcelona.)

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

La tuberculosis en la Historia. (1)

POR EL DR. V. PESET

Tampoco durmió la Cirugía en tan noble empresa, pues aun olvidando la funesta sangría latente desde que Poda lino, uno de los hijos de Esculapio, la empleó en el sitio de Troya, la ensalza Broussais a título de preventiva y contra la disnea o en la tisis florida, y desde 1819 aumentó la mortalidad; otro recurso quirúrgico propuesto por Colson en 1842 encuentra eco en la actualidad, el neumotórax artificial que preconiza Forlarini en 1895 y Berneing en 1921 substituye por el oleotórax, en que el aceite suprime al gas; surge el drenaje y relleno de las cavernas, la frenicectomía (Sornit, 1911), toracoplastia (Cerville, 1885) y cruentas intervenciones colapsoterápicas que parecen descabelladas: ¡siempre la audacia, que diría Dalton!

Respecto de las últimas conquistas científicas que agitan a la terapéutica, yerra Boudin en la primera mitad del siglo anterior al suponer un antagonis-

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

mo entre la tisis y la malaria, pero antes de experimentar Kl-bs, de Königsberg, en 1900 las posibilidades terapéuticas de los bacilos recogidos en animales de sangre fría, surgió ya la bacterioterapia antitífica cuando Cantani, de Nápoles, empleó sin éxito en 1886 los cultivos puros de *bacterium termo* en pulverizaciones porque *in vitro* es destructor del bacilo de Koch; se buscan agentes farmacológicos despertantes del fagocitismo señalado por Metchnikoff; anuncia Spengler los cuerpos inmunizantes oriundos del hematíe, bacteriolísicos unos, antitóxicos otros; busca Abderhalden la reacción suérica de los fermentos defensores; la quimioterapia se afana por destruir guaridas del microbio y se llega hasta la bacterofagia de

D'Herelle. De la bacteria a la toxina: en 1890 Behring, y un año después con Kitasato, demuestran la acción antitóxica, base de la suero y vacunoterapia, comprobándola Ehrlich con venenos vegetales. En el Congreso de Madrid de 1898

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

afirmó Bhering que las vacas tratadas con tuberculina le habían proporcionado suero antitóxico, *antiptisina*; Maragliano, de Génova, da otro en el Congreso de Burdeos de 1895; en la Academia de Medicina de París indica Mar moreck el suyo el año 1913 y aparecen otros procedentes de animales inyectados con cultivos vivos, de Redon y Chénat, Broca, con siembras atenuadas por Schwaimitz y Dorset, esterilizados en los de Richet, Boinet o Niemans, y desde 1892 se aconsejan por Babes los métodos mixtos de obtención, apareciendo otros nuevos de Vallée (1909), Lanne longue, Achard y Guillaud (1907), Jousset, Breschettini, etc. Y aparecen las diversas vacunas propagadas por Calmette Guerin o Arloing, Courmont, Lewy, Blumenthal, Passini, Ferrán, etc., para la vía subcutánea generalmente, algunas para la endovenosa, traqueal y aun la digestiva; pero a pesar de las teorías sobre inmunidad expuestas por Calmette en la Conferencia de Osio (1930), del *placet* del Instituto Pasteur,

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

Véase anuncio, página II.

de la Comisión de Higiene de la Liga de las Naciones y de la Asociación de Microbiología (1927), Alemania sigue escéptica respecto a vacunas, cree que no caben faltando la reacción tuberculínica. Precisamente se ha ventilado ahora una famosa causa en Lübeck incoada por la hecatombe debida a una vacuna BCG preparada por el insigne bacteriólogo Dr. Ents Altscaedt, que administrada por la boca a recién nacidos enfermaron 168 y murieron 75, echándose a pique la crédula teoría del virus fijo de las vacunas vivas y correlativo dosado de las mismas, recordando la catástrofe las investigaciones de Petroff (Cong. Mic. Inter., París, 1930) sobre la disociación del bacilo tuberculígeno y su posible evolución virulenta. Desilusionan y desconciertan, pues, las últimas noticias diciendo que el curso del proceso no crea inmunidad a tenor de los tres «períodos de Rankes», dogma no rígido, modificable por mil y una circunstancias; ni existe la inmunización antituberculosa (Wassermann y Neu-

CARABAÑA: el mejor purgante.

feld en 1921, Lange en 1930), y hasta niega Neufeld la posibilidad de una vacunación protectora de los sanos, de esa inmunización histiógena o contra bacilos y toxinas, ineficaz para los gérmenes vivos y receptores sesiles. ¡Cuántos de-

roches dignos de mejor premio! ¡Cuántos golpes fuera del clavo! Triste sino aun el de la benemérita Lucha Social! Teorías pletóricas de lucubración que presta razones para todos los gustos y está casi horra de hechos incontrovertibles, cuando cabe repetir que los libros y revistas de la especialidad consumieron más tinta que las ediciones del *Quijote*, y con tantas contradicciones enloquece la brújula de la Terapéutica.

Afortunadamente asoman los fulgores de nueva aurora. Tras de la patología anatómica, cuyo verdadero padre fué Bichat, afligrida por la celular de Virchow, y de la patología fisiológica

Intestínol
"Hemming"
Dispepsia, Meteorismo etc.

o experimental de Magendie y Cl. Bernard, surge la era acariciadora que soñaron los yatroquímicos desde Silvio, ansia de una patología fisicoquímica que sintieron Rokitsky en 1844 y Virchow en 1855 y va cristalizando con Herter, Becquerel y Rodier, Simon y Boulet analizadores del tubérculo, Hoppe Seyler y otros, de esputos, humores y excreciones, y este siglo xx W. Kühne, E. Salkowsky, Hamburger, Weil y Brieger prosiguen entusiastas el estudio quimicobiológico para despejar tantas incógnitas; se falsifican ya varias materias desde Berthelot; de las 120 piezas que forman, según se cree, el mosaico albuminoideo, imitó 20 Fischer... Esperanzas asaz remotas, empero ilusión quizá, probable utopía, porque no bastará con que la casualidad bienhechora proporcione un puñado de células vivas, sino que ha de conocerse para el colosal milagro la exacta composición del citoplasma normal y alterado, del núcleo, del nucléolo, fabricarlos ar-

JARABE ALMERA

a base de fosfato de cal gelatinoso, el más asimilable.

tificialmente e inmergirlos en medio vital *ad hoc*; inaudito consorcio químico harto distante de las más abstrusas operaciones de laboratorio.

Expuesta la historia sin hondos comentarios—queden para el paciente lector—resulta que el terapeuta, ante esa lacra que rechaza hasta las ofrendas de oro de la crisoterapia (sanocrisina de Möllgaardt, trifal, etc.), sigue perforando el lóbrego túnel en espera del rayo de sol y recuerda aún con amargura estas palabras de Mad. Stéa: ¡Progrés! ¡Hélas!

(De *Crónica Médica de Valencia*, Febrero de 1932.)

NADA MAS fácil, ni nada más común, que criticar; pero nada más difícil que hacerlo oportuna y acertadamente.

(1) Véase el número anterior.

sona mayor de edad a satisfacer deseos deshonestos de otra, a no ser que al hecho corresponda sanción más grave con arreglo a este Código.

4.º Los que por los medios indicados en el número anterior retuvieren contra su voluntad en prostitución a una persona obligándola a cualquier clase de tráfico inmoral, sin que pueda excusarse la coacción alegando el pago de deudas contraídas, a no ser que sea aplicable al hecho lo dispuesto en los artículos 474 y 475.

Art. 434. Los responsables criminalmente de los delitos comprendidos en los tres últimos números del artículo anterior, que fueran de las personas señaladas en el artículo 445, incurrirán en la pena de prisión menor en sus grados mínimo y medio, en vez de la de arresto mayor.

Art. 435. Serán aplicables totalmente las sanciones del art. 433 a los delitos en él previstos, aun cuando alguno de los hechos que les constituyan se ejecuten en país extranjero.

Pero en este caso no se castigarán en España cuando el culpable acredite haber sido penado por los ejecutados en la República y cumplida la condena.

Art. 436. Incurrirán en la pena de multa de 250 a 2.500 pesetas los que expusieren o proclamaren por medio de la imprenta, o con escándalo, doctrinas contrarias a la moral pública.

CAPÍTULO III

ESTUPRO Y CORRUPCIÓN DE MENORES

Art. 437. El estupro de una doncella mayor de doce años y menor de veintitrés, cometido por autoridad pública, sacerdote, criado, doméstico, tutor, maestro o encargado por cualquier título de la educación o guarda de la estuprada, se castigará con la pena de prisión menor en sus grados mínimo y medio.

Art. 438. En la misma pena señalada en el artículo anterior incurrirá el que cometiere estupro con su hermana o descendiente, aunque sea mayor de veintitrés años.

Art. 439. El estupro cometido por cualquiera otra perso-

Art. 423. El que hiere, golpear o maltratare de obra a otro, será castigado como reo de lesiones graves:

1.º Con la pena de prisión mayor, si de resultados de las lesiones quedare el ofendido imbécil, impotente o ciego.

2.º Con la de prisión menor en sus grados medio y máximo, si de resultados de las lesiones el ofendido hubiere perdido un ojo o algún miembro principal, o hubiere quedado impedido de él o inutilizado para el trabajo a que hasta entonces se hubiere habitualmente dedicado.

3.º Con la pena de prisión menor en sus grados mínimo y medio, si de resultados de las lesiones el ofendido hubiere quedado deforme o perdido un miembro principal, o quedado inutilizado de él, o hubiere estado incapacitado para su trabajo habitual o enfermo por más de noventa días.

4.º Con la de arresto mayor en su grado máximo a prisión menor en su grado mínimo, si las lesiones hubieren producido al ofendido enfermedad o incapacidad para el trabajo por más de treinta días.

Si el hecho se ejecutare contra alguna de las personas que menciona el art. 411 o con alguna de las circunstancias señaladas en el art. 412, las penas serán la de reclusión menor en sus grados medio y máximo, en el caso del número 1.º de este artículo; la de prisión menor en su grado máximo a prisión mayor en su grado mínimo, en el caso del número 2.º; la de prisión menor en sus grados medio y máximo, en el caso del número 3.º, y la de prisión menor en sus grados mínimo y medio, en el caso del número 4.º del mismo.

No están comprendidas en el párrafo anterior las lesiones que al hijo causare el padre excediéndose en su corrección.

Art. 424. Las penas del artículo anterior son aplicables respectivamente al que, sin ánimo de matar, causare a otro algunas de las lesiones graves administrándole a sabiendas sustancias o bebidas nocivas, o abusando de su credulidad o flaqueza de espíritu.

Art. 425. Las lesiones no comprendidas en los artículos precedentes, que produzcan al ofendido inutilidad para el

trabajo por más de quince días o necesidad de asistencia facultativa por igual tiempo, se reputarán menos graves y serán penadas con arresto mayor o destierro y multa de 250 a 2.500 pesetas, según el prudente arbitrio de los Tribunales.

Cuando la lesión menos grave se causare con intención manifiesta de injuriar, o con circunstancias ignominiosas, se impondrá, además del arresto mayor, una multa de 250 a 2.500 pesetas.

Art. 426. Las lesiones menos graves inferidas a padres, ascendientes, tutores, maestros o personas constituidas en dignidad o autoridad pública, serán castigadas siempre con prisión menor en sus grados mínimo y medio.

Art. 427. Cuando en la riña tumultuaria, definida en el art. 414, resultaren lesiones graves y no constare quienes las hubieren causado, se impondrá la pena inmediatamente inferior a la correspondiente a las lesiones causadas a los que aparezcan haber ejercido cualquier violencia en la persona del ofendido.

Art. 428. El que se mutilare o el que prestare su consentimiento para ser mutilado con el fin de eximirse del servicio militar, y fuere declarado exento de este servicio por efecto de la mutilación, incurrirá en la pena de presidio menor en sus grados medio y máximo.

Art. 429. El que inutilizare a otro con su consentimiento, para el objeto mencionado en el artículo anterior, incurrirá en la pena de presidio menor en sus grados mínimo y medio.

Art. 430. Si la conducta penada en el artículo anterior hubiera sido mediante precio, la pena será la inmediatamente superior a la señalada en el párrafo anterior.

Si el reo de este delito fuere padre, madre, cónyuge, hermano o cuñado del mutilado, la pena será de arresto mayor en su grado medio a prisión menor en su grado mínimo.

TÍTULO X Delitos contra la honestidad.

CAPÍTULO PRIMERO

VIOLACIÓN Y ABUSOS DESHONESTOS

Art. 431. La violación de una mujer será castigada con a pena de reclusión menor.

Se comete violación yaciendo con una mujer en cualquiera de los casos siguientes:

1.º Cuando se usare de fuerza o intimidación.

2.º Cuando la mujer se hallare privada de razón o de sentido por cualquier causa.

3.º Cuando fuere menor de doce años cumplidos, aunque no concurrieren ninguna de las circunstancias expresadas en los dos números anteriores.

Art. 432. El que abusare deshonestamente de persona de uno u otro sexo, concurriendo cualquiera de las circunstancias expresadas en el artículo anterior, será castigado, según la gravedad del hecho, con la pena de prisión menor en sus grados medio y máximo.

CAPÍTULO II

DELITOS DE ESCÁNDALO PÚBLICO

Art. 433. Incurrirán en las penas de arresto mayor, multa de 500 a 5.000 pesetas e inhabilitación para cargos públicos:

1.º Los que de cualquier modo ofendan al pudor o a las buenas costumbres con hechos de grave escándalo o trasendencia, no comprendidos expresamente en otros artículos de este Código.

2.º Los que cooperen o protejan la prostitución de una o varias personas, dentro o fuera de España, participando de los beneficios de este tráfico o haciendo de él modo de vivir.

3.º Los que por medio de engaño, violencia, amenaza, abuso de autoridad u otro medio coactivo determinen a per-

SANATORIO PEÑA-CASTILLO

SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso.

Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física. Hotel de dietética. Dos hoteles para psiconeurosis. Pabellón especial de radioterapia profunda. Sección de toxicómanos.

Director: EXCMO. SR. D. M. MORALES

HOZNAYO. — La mejor agua de mesa.

tar o enviar sus instancias al Registro general de esta Dirección en el plazo de quince días hábiles, a contar desde el siguiente al de publicación de la presente convocatoria en la *Gaceta de Madrid*, (24 de Marzo.)

ANCHUELO (MADRID).—Se anuncia a concurso para su provisión la plaza de médico para la asistencia a familias pudientes, de nueva creación en esta localidad.

ALMORRANAS



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

El sueldo anual será de 5.000 pesetas, cobradas por la Junta que al efecto responde de ellas, por mensualidades vencidas.

La titular de Beneficencia queda exceptuada por ahora.

Las solicitudes, debidamente justificadas, méritos en la carrera, serán dirigidas a la Secretaría de este Ayuntamiento, en el plazo de quince días, a contar de la fecha en que aparezca publicado este anuncio.

Este pueblo dista de la capital 41 kilómetros, teniendo comunicación diaria con auto de viajeros de ida y vuelta, como también con Alcalá de Henares, cabeza de partido, y auto también diario, tardando veinte minutos.

Anchuelo, 22 de Marzo de 1933 — V.º B.º: El alcalde, *Sixto Pudondo*.—El presidente de la Junta, *Silverio Sáez*.

—Por oposición, la de San Esteban del Valle (Ávila), partido judicial de Arenas de San Pedro, Tribunal especial, se-

gunda categoría, vacante por nueva creación; dotación de 2.750 pesetas anuales y 59 familias de Beneficencia; censo, 2.093 habitantes. Hay otra titular. Tribunal: Presidente, D. Pedro García Dorado; vocales: D. Jesús Sahagún Torres, D. Jesús Crúces, D. Gerardo Sánchez Carrión y D. Angel Jiménez García, médicos. Solicitudes hasta el 25 de Abril.

Médico ofrécese, interino, substituto o ayudante. Dirigirse a D. Manuel Martínez Bravo. Santo Domingo de la Calzada.

ANALISIS

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

Laboratorio del DR. E. ORTEGA sucesor del Dr. Calderón

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866

ANTIASMATICO 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, Difteria y los Catarras crónicos, haciendo cesar la fatiga y produciendo una suave expectoración.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

Las enfermedades del Estómago e Intestinos

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

ELIXIR ESTOMACAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta Principal Farmacia del mundo.

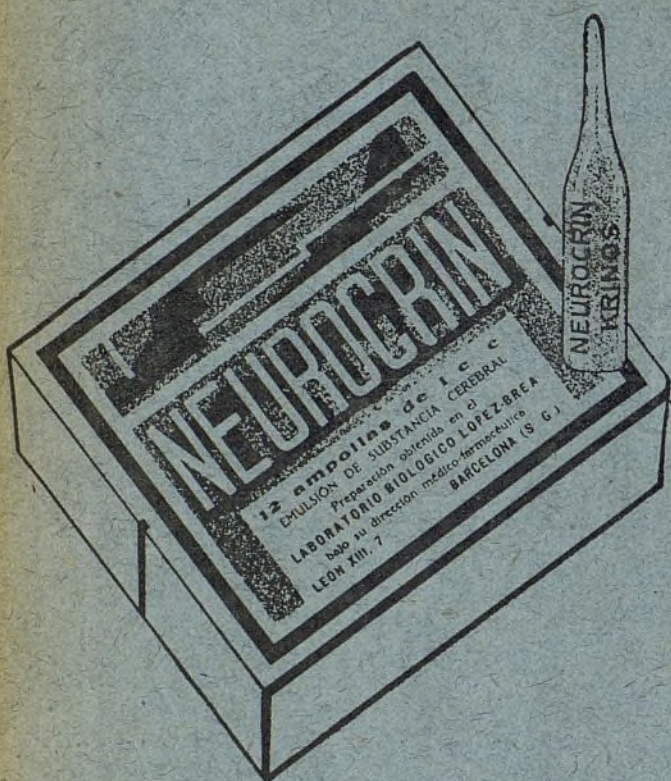
PARA CLINICA O SANATORIO

En lugar adecuado, a cuatro kilómetros de Cibeles, con tranvía y autobús a la puerta, véndese hotel tres plantas (y ático apropiado para laboratorio). Edificio de construcción moderna en el centro de terreno cuadrado rodeado de jardín y huerta. Superficie total, 20.000 pies. Agua de Lozoya y pozo con motor de aire; calefacción central, gas, electricidad, alumbrado y uso doméstico; saneamiento perfecto a alcantarilla general. Garaje dos o tres coches. Pabellón de portería. Lavadero. Cobertizo para aves.

Libre de todo gravamen véndese contado o plazos garantía.

Peticiones e información: **APARTADO 822.**

*Exposición Municipal
P. Villa 3*



Térapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynol

(Emulsión aséptica de substancia cerebral)

INDICACIONES

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

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

Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenaje, Desnutrición y Raquitismo

ADMINISTRACION Y DOSIS

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

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

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

TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

OVARIOTONO

COMPOSICIÓN { Substancia ovárica, 0,10; Substancia tiroidea, 0,03; Viburnum prunif. extr., 0,06; Piscidia erythrina extr., 0,06; Hyoscyamus niger extr., 0,01.



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

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

HEMOSTONO

COMPOSICIÓN { Substancia mamaria, 0,10; Substancia placentaria, 0,05; Secale cornutum extr., 0,06; Hamamelis virg. extr., 0,04; Hidrastis canad. ext., 0,02.



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

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

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 recuperación 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 el *Dottore Balardo*.—El Reglamento para la aplicación de la Ley de 15 de Septiembre de 1932, por *Rafael Ruiz*.—Letras de polka, por *El Licenciado T. B. O.*—Academias, Sociedades y Conferencias.—Colaboración médico-rural: Una mala jornada, por *Sisinio Crespo*.—A propósito de los tests de la regeneración sanguínea en las anemias.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Estateta de partidos.—Código Penal.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Un parabién y un escolio.

Parabién.

Después de cruel y muy prolongado exilio, el Dr. Albiñana y Sanz se encuentra hoy entre sus familiares, en la muy ilustre villa de Enguera, acudiendo al restablecimiento de su quebrantada salud y al sosiego de su ánimo convulso.

¡Sea para bien!

Nosotros, por nosotros y por cuantos nos han acompañado en las gestiones y campaña para prestar la posible ayuda al compañero, en su triste situación, hemos de poner hoy punto a nuestro actuar con estas sencillas palabras dedicadas al doctor Albiñana: ¡Sea para bien!

Escolio.

Nuestra ayuda de ayer y nuestro parabién y nuestra alegría de hoy, no precisan mucho comentario. Sólo bastará decir que el Dr. Albiñana y Sanz es médico, como nosotros, es escritor médico, como nosotros, y pertenece a la Academia de Medicina, como nosotros pertenecíamos, siendo académico corresponsal en premio a sus trabajos científicos.

Ahora bien, nuestra clara prestación de ayuda y defensa a este compañero, tan cruelmente tratado por la autoridad gubernativa, ha sido motivo de las más oscuras y mendaces insidias, de las más aviesas interpretaciones y de las más absurdas y arbitrarias actitudes y resoluciones por parte de gentes que venían obligadas al más liberal espíritu, al sentimiento más fraterno y a la corrección más exquisita de procederes.

Y este escolio es advertencia que se relaciona con la proposición más arriba demostrada y en el que hemos de exponer alguna deducción o regla útil.

La defensa y ayuda al compañero médico en triste trance de perseguido, no ha encontrado para nosotros el apoyo que era lógico entre los compañeros del Dr. Albiñana. Pero nosotros encontramos, frente a nuestra lógica actitud de ayuda y defensa

del compañero médico Dr. Albiñana, la más desahogada y bárbara de las campañas. Así las cosas, la voz de un ilustre médico francés se alzó caballerosa para requerir a un personaje médico y académico de la situación gubernamental, y este personaje, encontrando absurdo cuanto se hiciera en ayuda y defensa del médico y académico Albiñana, se encogió de hombros y ni siquiera contestó al ilustre compañero francés.

Entonces hubo otro médico y académico español que profundamente indignado de tanta falta de moral profesional, acudió a la Prensa diaria y fustigó violentísimamente al personaje médico y académico desdenoso. Fué el momento apical de la cuestión. Los médicos y la opinión pública española y extranjera tuvieron en aquel punto y hora ante sus ojos el cadáver abierto de un asunto sobre el cual aun nadie se decidía a disecar. ¡Ya estaba hecho! Toda la miserable carroña que se paseaba enmascarada por la Prensa y por las Corporaciones profesionales médicas quedó sangrante y en piltrafas a la vista de todos.

¿Qué iba a pasar? ¡Lo que pasó!

En el extranjero—Francia, Suiza, Bélgica, Alemania e Italia—se organizó una protesta de médicos ante la situación del médico Albiñana. ¿Y en España? En España acudieron los médicos académicos al ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes para que, faltando a todas las leyes y reglamentos, dejara cesante al médico y académico español que defendía al médico académico Dr. Albiñana.

¡Y el ministro ordenó su cesantía!

¡Ya lo sabéis! Cuidado en adelante.

No bastan los derechos más firmemente adquiridos, no bastan las leyes nacionales, no bastan los más primarios mandamientos de la caballerosidad y del honor. No basta nada de eso. Vuestro puesto y vuestro pan sólo cuentan merced a la más baja de todas las esclavitudes. ¡Cuidado en adelante!

Nadie predique la religión de que se burla. Nadie espere que en el ruedo del circo, maniata lo y frente a las bestias voraces, haya un mártir que vuelva los ojos hacia sus hermanos de ergástulo.

Se cuenta que ni entre los griegos ni entre los bárbaros hubo ejemplo de nación que cual Sicilia más tiranos padeciera y más veces los derrocará. Pero su libertad nunca dejó de ir acompañada de facciones y divisiones que hacían siempre fácil a cualquier artificioso y ambicioso alzarse de nuevo con la tiranía, y como siempre había entre los sicilianos espíritus inquietos y aventureros, para aprovecharse de esa debilidad, no hay que extrañar sea la de Sicilia una historia de tiranías largas con intervalos de muy corta libertad.

Creo que Plutarco afirma no tener excusa la estupidez de tales pueblos.

¡Así nosotros! ¡Miserable estado de los médicos! Cuidado en adelante:

Leed la vida de Lucio Junio Bruto. Lo mejor de su exquisita educación fué aquello que le condujo a conquistar su apelativo. Sin haberse hecho pasar por estúpido no hubiera triunfado de la sarta de los Tarquinos.

Lucrecia no fué más que la vileza de los tiranos lanzada a los ojos de Roma por la mano de un hombre que se hacía pasar por tonto.

DOTTOR BALOARDO

28 Marzo 1933.

El Reglamento para la aplicación de la Ley de 15 de Septiembre de 1932.

¡ALERTA! EL ESCALAFÓN EN PELIGRO

Con verdadera ansiedad esperábamos la aparición del Reglamento a que aludimos en nuestro epígrafe.

Con fecha de 15 de Septiembre de 1932 se promulgó, decretada y sancionada por las Cortes, una Ley referente a la provisión de plazas, resolución de expedientes y percepción de haberes de médicos y farmacéuticos titulares inspectores municipales de Sanidad.

Esta Ley nos satisfizo plenamente, pues defendiendo los derechos de los médicos, elevaba y dignificaba a la clase poniéndola un tanto al abrigo de majos de Ayuntamientos, atropellos de Corporaciones y asechanzas caciquiles.

Sin llegar a la liberación anhelada, que no tendremos hasta la creación del Ministerio de Sanidad del cual dependamos directamente, era un caso más, así lo esperábamos, quedábamos en defensa de nuestros intereses y un nuevo peldaño que ganábamos en el calvario de nuestra dignificación.

Con ansia esperábamos el Reglamento para la aplicación de la citada Ley y teníamos de él las mejores referencias.

Pero su lectura nos ha causado una tremenda decepción. No sólo deja el mencionado Reglamento desamparados derechos indiscutibles de los médicos titulares, sino que coloca nuestro Escalafón en peligro de atrofiarse por falta de función y de desaparecer.

No solamente no avanzamos nada con la disposición a que hacemos referencia, sino que retrocedemos gran parte del camino andado y perdemos derechos adquiridos.

La historia de la lucha por el mejoramiento y dignifica-

ción de la clase es larga y puede jalonarse con las siguientes disposiciones que a modo de hitos van marcando nuestro lento avance en la carrera de nuestra liberación, que es una verdadera carrera de obstáculos.

La Instrucción de Beneficencia de 1873 apenas se ocupa de los médicos titulares. Los Ayuntamientos podían nombrarlos y separarlos a su antojo, así como asignarles el sueldo que quisieran, sin perjuicio de no pagárselo después.

El Reglamento Benéfico-Sanitario de los pueblos de 14 de Junio de 1891 apenas modifica este estado de cosas verdaderamente arbitrario, pero ya en él se señala la necesidad del concurso oficial para proveer las plazas y del contrato en su art. 11, que dice: «Dentro de los ocho días siguientes a la cesación de un facultativo municipal, convocará el alcalde a la Junta municipal para la pronta provisión de la vacante, fijando el sueldo, el número de familias pobres, la duración del contrato, que en ningún modo podrá exceder de cuatro años, etc.»

Es decir, que terminados los cuatro años, el médico quedaba en la calle y que el Ayuntamiento tenía la facultad de fijar el sueldo.... y la de no pagárselo.

Además nombraba, arbitrariamente, a quien mejor le parecía, puesto que expresamente le facultaba a ello el artículo 12 de la citada disposición, que decía: «Terminado el plazo señalado para la admisión de solicitudes, el alcalde convocará a la Junta municipal para elección y nombramiento del facultativo, que se hará por mayoría de votos, debiendo elegirse el nombrado entre los aspirantes que llenen todos los requisitos exigidos en el anuncio oficial del concurso.»

Como se ve, los Ayuntamientos podían elegir libremente al médico que les conviniera, cometiendo, casi siempre, manifestas injusticias.

Esta postergación de la clase, sobre todo la inestabilidad de los médicos titulares en sus plazas, era realmente vejatoria y depresiva, sin embargo de lo cual continuó este lamentable estado de cosas, hasta que el 11 de Octubre de 1904 apareció el Reglamento del Cuerpo de Médicos Titulares, con el que se dió el primer paso, aunque balbuciente, en la marcha de nuestras justísimas aspiraciones. En dicho Reglamento comienza a restringirse un poco la forma arbitraria de los concursos. Ya no basta ser español y médico. Es además necesario pertenecer al Cuerpo de médicos titulares. Bien poco por cierto. Pero aun ganamos otro punto, y éste ya es de alguna importancia. En el art. 41 de este Reglamento se establece que los contratos se considerarán como de duración ilimitada.

Es decir, que ya habíamos llegado a la anhelada inamovilidad en el cargo de médico titular. Ya no se le consideraba contratado por una temporada como el proveedor de carbón.

El médico pasa con el mencionado Reglamento a ser un funcionario municipal que desempeña una plaza de la que no se le puede destituir, a menos...

Seguíamos, sin embargo, con la incógnita, y la tan decantada inamovilidad era en muchos casos sólo aparente, y así lo confirmaba el Reglamento de Empleados municipales de 23 de Agosto de 1924, que en su art. 105 dice: «Los Ayuntamientos respetarán los contratos que se hallen en vigor con sus médicos y sólo se entenderán caducados dichos contratos y producidas de derecho las vacantes por fallecimiento, por mutuo consentimiento, por haber sido nombrado el facultativo para prestar sus servicios en otro Municipio, por separación justificada y por haberse cumplido alguna de las cláusulas resolutorias que de común acuerdo se hayan aceptado en el contrato.»

Como se ve, el último apartado constituía un verdadero

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el
tratamiento de las

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

Estados llamados Pretuberculosos



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

Ayuntamiento de Madrid

— BARACHOL —

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

LABORATORIOS FAUS.—VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMODICO — SEDANTE NERVIOSO

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

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardiacos especializados.
PARIS

Muestras y Literaturas:

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

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

Ayuntamiento de Madrid



**¡CONTRA
EL DOLOR!**

nervioso, reumático, cefálea, neurálgico, regla dolorosa, dolor tabético, dentario nervioso, dolor canceroso, raquialgia meningítica y post-anestésica, dolor post-partum y post-abortion.

ACONSEJAD

**CEREBRINO
MANDRI**

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



portillo abierto por el cual se han intentado no pocas escapatorias.

No obstante, este Reglamento constituía un positivo impulso para la marcha de la clase médica, puesto que en su art. 106 establece las dotaciones mínimas de las plazas, *sueldos* que en adelante no podrán fijar a su antojo los Ayuntamientos, asegurando además el cobro de los haberes y hasta concediéndoles carácter de preferencia en otros artículos, y protegiendo la dignidad de la clase al señalar en el art. 109 las que han de ser consideradas como faltas leves y graves, poniendo así a los facultativos a salvo de emboscadas, puesto que ya no podrán ser molestados por faltas que no estén previstas en el mencionado artículo.

También empiezan a cortarse abusos en la resolución de los concursos o, cuando menos, a reconocer la arbitrariedad depresiva con que tales concursos se establecen y se resuelven. Así el Estatuto Municipal de 3 de Marzo de 1924 previene que (art. 247) «Los ingenieros, arquitectos, abogados, médicos, farmacéuticos, veterinarios, archiveros y demás funcionarios técnicos y titulares del Ayuntamiento, ingresarán por oposición o por concurso. En los concursos se establecerá escala graduada de méritos por orden de preferencia.»

Ya es algo. Ya no somos funcionarios municipales solamente, sino que ascendemos a la categoría de funcionarios técnicos. Ya en los concursos quedarán, cuando menos, salvadas las formas al establecerse una escala de méritos. Claro que esto no era bastante, pues los Ayuntamientos podían seguir confeccionando sus *escalas de méritos* como quisieran, y considerando siempre como méritos preferentes la influencia y el favoritismo. Así lo reconoce el legislador, que en el mismo artículo, y a continuación, expresa que «Respetando la autonomía local en cuanto al nombramiento y separación de funcionarios municipales, el Gobierno podrá dictar reglamentos de carácter general para impedir que los Ayuntamientos desatendan sus servicios o los encomienden a personal falto de garantías.»

Pero nosotros creemos que ya no somos funcionarios municipales equiparables al ordenanza, al alguacil o al barrero: somos funcionarios técnicos titulados. Tenemos a nuestro cuidado algo tan interesante como la salud y las vidas de los administrados. Encomendado a nuestro celo se deja algo tan importante como la Sanidad pública. Contraemos al desempeñar nuestro cargo la máxima responsabilidad, y somos, por lo tanto, acreedores al máximo respeto y reconocimiento, empezando por respetar nuestros derechos y reconocer nuestros méritos. Es en nosotros una aspiración justa y equitativa que la escala de méritos sea establecida con carácter general y obligatorio por la Superioridad y que se reconozca algún derecho a la antigüedad.

Todos estos conceptos comienzan a tener un eco en las altas esferas, que en 9 de Febrero de 1925 dictan un Reglamento de Sanidad que, si no colma todas nuestras aspiraciones, hace al menos alguna concesión a nuestros legítimos anhelos. En él se decreta la constitución y organización del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

Se nos eleva de rango, empezando a reconocerse la enorme importancia de nuestra función. En él se previene (artículo 1.º del Apéndice) que «En los concursos (para provisión de vacantes) deberán señalarse como méritos preferentes, el más elevado título profesional, los servicios más relevantes prestados con ocasión de epidemias, la publicación de trabajos originales, la antigüedad en la categoría, etcétera.»

Por fin, la cacareada escala de méritos, aunque un tanto

desdibujada e imprecisa, ha sido dictada con carácter general; por fin se empieza a conceder algún derecho a la antigüedad, pero... «Los Ayuntamientos, al resolver estos concursos, *podrán hacer computación en conjunto de los méritos antes señalados*»

Sigue abierta la puerta en toda su amplitud y los Ayuntamientos siguen haciendo los nombramientos a su antojo.

Menos mal que en el mismo Reglamento se ordena la confección del suspirado Escalafón del Cuerpo.

¡Cuántos años de lucha para conseguirlo! Esto hace renacer nuestras esperanzas, porque pensamos que aquellas disposiciones serán transitorias y que una vez confeccionado el Escalafón, que tantos sudores y trabajos nos ha costado, le será concedido algún valor, y aun nos atrevemos a esperar que al ordenar la confección de tal documento es con objeto de que una vez terminado, entre en funciones. No creemos que esto sea ningún disparate. Pues que, ¿no funcionan escalafones parecidos en Correos, Telégrafos, Aduanas, Magisterios, etc?

Fichas. Documentos. Títulos. Actas notariales. Certificaciones. Timbres. Pólizas... ¡Por fin! ¡Ya tenemos Escalafón!

El 2 de Agosto de 1930 se publicó un nuevo Reglamento para la provisión de vacantes, imposición de correcciones disciplinarias y concesión de permutas, licencias y excedencias, que colma nuestras aspiraciones más legítimas y que nos impresiona gratamente, porque en él se ve deliberado propósito de proteger los derechos e intereses de la clase, elevándola, dignificándola y redimiéndola.

Aquilatando sus méritos y reconociendo sus derechos.

Con él se desvanecen nebulosidades que flotaban a través de anteriores disposiciones. Así, por ejemplo, norma 6.ª (11 de Noviembre de 1930): «Sólo se entenderán producidas de derecho las vacantes: a) por fallecimiento; b) por renuncia; c) por excedencia; d) por jubilación; e) por haber tomado posesión de una plaza en propiedad en otro Municipio; f) por separación justificada; g) por haber tomado posesión de cargo oficial incompatible.

Es decir, que ya no se produce vacante por el hecho de haber sido nombrado para prestar servicios en otro Municipio, sino que para que la vacante se produzca es necesario que el nombrado tome posesión del cargo.

Además, como se ve, tampoco se produce vacante por haberse cumplido alguna cláusula resolutoria de contratos anteriores... casi siempre leoninos.

Ahora es cuando la inamovilidad es un hecho, y no considerando esto suficiente, se fijan dichas normas de un modo concreto los méritos que han de ser tenidos en cuenta en la resolución de los concursos y se les asigna su correspondiente puntuación (norma 25).

En adelante, los Ayuntamientos no harán a su capricho y acomodo el cómputo de estos méritos, sino que la puntuación de cada uno de ellos será hecha por la Dirección general de Sanidad, según la escala de puntos evaluada en la norma 25, y dicha puntuación, consignada en una ficha expedida por la citada Dirección general de Sanidad, ficha que será el único documento que acompañará a la solicitud. Los Ayuntamientos se limitarán a sumar dichos puntos otorgando la plaza al concursante que más puntos reúna (normas 10, 11 y 24).

Únicamente queda al libre albedrío de los Ayuntamientos el determinar si la vacante ha de ser cubierta por concurso o por oposición (norma 8.ª), lo que nos parece tanto más plausible, cuanto que para este caso concretan las normas citadas (del 15 al 22) cómo ha constituirse el Tribunal, quiénes han de formarlo, cuáles han de ser y en qué forma han de realizarse los ejercicios. El programa con su-

jeción al que han de verificarse, programa que ha de ser confeccionado por la Dirección general de Sanidad, advirtiéndole que este organismo es el único que podrá variarlo y haciendo la salvedad de que cuando una modificación fuere introducida en el programa, no comenzará a regir hasta seis meses después de publicada en la *Gaceta*.

En una palabra, los Ayuntamientos que así lo deseen, pueden optar por el procedimiento de la oposición para cubrir sus vacantes, pero nunca podrán hacer de las oposiciones arma o instrumento que puedan esgrimir a su capricho, porque están previstos todos los casos, a fin de rodearlas del máximo de garantías para que los opositores luchen en lid noble y legal.

Pero lo que más nos complace de las normas citadas, lo que colma la medida de nuestros deseos, es el hecho de poner en vigor el Escalafón, que elevándolo de provisional a definitivo y haciéndole entrar en juego, le asigna parte principalísima en los concursos. A este fin, establece dos turnos: el primero de antigüedad y el segundo de méritos. A partir de esta fecha, la primera vacante que ocurra en un Municipio corresponderá al turno de antigüedad; la segunda, al de méritos, alternando rigurosamente por este orden (normas 9.^a y 23), advirtiéndole que las plazas cuya provisión corresponda al turno de antigüedad serán adjudicadas por rigurosa prelación en el Escalafón, y ni siquiera (sin duda para evitar subterfugios) serán los Ayuntamientos los que determinen el turno que corresponda aplicar en cada caso, sino que es la propia Dirección general de Sanidad la que llevará una relación de los turnos consumidos por cada Municipio, con objeto de determinar el turno que corresponde a cada caso (norma 9.^a).

Todavía juega papel el Escalafón, pues aun en los concursos de méritos decide en casos de empate (norma 24).

Ya tenemos, por fin, al Escalafón en funciones, y no otra cosa podíamos esperar, puesto que si un Escalafón así se confecciona, es, lógicamente pensando, para que funcione, y a un Escalafón no se le puede hacer funcionar de otro modo, que nosotros sepamos.

Ahora los médicos todos tenemos abierto el camino de nuestra liberación. Los jóvenes, llenos de entusiasmo y de noble emulación, porque encuentran en las oposiciones campo fecundo en que cultivar sus disposiciones. Los que con noble afán han ido acumulando méritos en su carrera, porque encuentran en los concursos de méritos justa compensación a sus desvelos, y los que envejecieron en constante y abrumadora lucha durante luengos años, porque en los concursos de antigüedad ven una esperanza de mejora, y todos, en fin, porque rindiendo a la antigüedad noble culto, se le asigna la prelación que legítimamente le corresponde, sin matar por ello plausibles estímulos, ya que también al estudio y a los méritos se les da el valor que en justicia debe concedérseles.

Estas disposiciones empezaron a regir el 1.^o de Diciembre de 1930; pero como poco después sobrevino el cambio de régimen, los Ayuntamientos olvidaban el cumplimiento de aquellas disposiciones y los médicos esperábamos que el Gobierno de la República amparara nuestros legítimos derechos corroborando aquellas disposiciones.

El 15 de Septiembre último, fué puesta en vigor una Ley que venía a sancionar, dándoles aún más fuerza legal, las normas de que hemos hecho mención, la cual, en general, nos parecía aceptable, pero que necesitaba para su aplicación de ciertas normas reglamentarias que había de dictar el Ministerio de la Gobernación. Y cuando creíamos de buena fe que dicho Reglamento apoyaría nuestros deseos, nada exagerados, leemos con dolor: Art. 13. «Los concursos

para la provisión de plazas a que se refiere el presente Reglamento serán libres o restringidos con arreglo a las siguientes modalidades, acordándose en cada caso, por la Corporación interesada, el que haya de aplicarse para la provisión de la plaza.»

Esas modalidades a que alude el artículo citado son cuatro: una de antigüedad libre y otra de antigüedad restringida; una de méritos libre y otra de méritos restringida.

Véase como desandamos lo andado con tantas penalidades y cómo los Ayuntamientos vuelven a tener el derecho de acordar la modalidad que apetezcan.

Por dolorosa experiencia sabemos que los Ayuntamientos jamás aceptan el concurso de antigüedad. No quieren médicos viejos, es su frase; por lo tanto, el Escalafón, logrado con tantos afanes, está expuesto a la atrofia, al anquilosamiento por falta de función y a una total desaparición por caer en desuso.

Y mientras tanto los pobres médicos rurales que van dejando sus ilusiones en las esperanzas de la vida profesional, jirones de su vida en las escabrosidades del duro cumplimiento de su deber, ven desamparados sus derechos, perdidas sus últimas esperanzas y pisoteadas sus ilusiones.

Empiezan a sentirse reumáticos, catarrosos, asmáticos, tal vez cardíacos, cambio de clima que les favorezca; no pueden pensar en un partido menos duro y más en armonía con sus facultades físicas en decadencia. Tienen tal vez hijos a quienes educar y tienen que resignarse a dejarlos sin la instrucción adecuada por no poderse aproximar a una población.

¡Quedan condenados a destierro perpetuo por el crimen de haber estudiado una carrera, y por el enorme delito de haberse sacrificado por un pueblo, que ni se lo paga ni se lo agradece!

¡Compañeros! No debemos resignarnos a este estado de cosas, atentatorio a nuestros más legítimos derechos. Ya que no ganemos terreno, es preciso que, cuando menos, no perdamos el conquistado con tantos trabajos, con tantos afanes y a costa de nuestra salud y de nuestras vidas sacrificadas en aras de salud y de las vidas de los demás.

La menor compensación que podemos pedir a nuestros desvelos es un resquicio de esperanza de poder mejorar. Lo menos que debemos exigir es que se respete el Escalafón y se le utilice concediendo siquiera un turno en los concursos a la antigüedad, siempre venerable y en todas partes respetada.

¡Compañeros! Todos a defender nuestro Escalafón, que es nuestra única esperanza. Los viejos, porque en él encuentran su único apoyo. Los jóvenes, porque en la vida profesional se envejece muy pronto.

RAFAEL RUIZ.

LETRAS DE POLKA

Pregón del canastero.

¡Canastos, don Marcelino!
 ¡Canastos, la Dirección!
 ¡Canastos!, cómo ha hecho el chino,
 ¡canastos!, la Asociación.
 ¡Canastos!, qué Reglamento,
 ¡canastos!, más singular.
 ¡Canastos!, qué descontento,
 ¡canastos!, el Titular.

¡Canastos!, sus ilusiones,
 ¡canastos!, y tanto afán,
 ¡canastos!, por los rincones,
 ¡canastos!, rodando están.
 ¡Canastos!; mas lo que pasa,
 ¡canastos!, hoy no me extraña,
 ¡canastos!, fuera de guasa,
 ¡canastos!, dentro de España.
 ¡Canastos!, pues no hay derecho,
 ¡canastos!, a dar tal brida,
 ¡canastos!, a quien se ha hecho,
 ¡canastos!, así en la vida.
 ¡Canastos!, la causa es esa,
 ¡canastos!, del revolcón.
 ¡Canastos!, a él no interesa,
 ¡canastos!, vuestra cuestión.
 ¡Canastos!, y pues la tiene,
 ¡canastos!, que resolver...
 ¡Canastos! ¿De dónde viene?
 ¡Canastos!, ¿qué vino a hacer?
 ¡Canastos!, pues está claro.
 ¡Canastos!, no hay más razones...
 ¡canastos!, pagáis bien caro
 ¡canastos!, las elecciones.

EL LICENCIADO T. B. O.

Marzo 1933.

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 25 de Marzo de 1933.

HEMOCITOLOGÍA Y CLÍNICA EN GINECOPATÍAS AGUDAS

Dr. Vital Aza: La precisión diagnóstica, tanto en Medicina como en Ginecología, es una aspiración ideal que en la práctica muchas veces no es posible alcanzar si se requieren exploraciones muy enojosas o peligrosas para el enfermo. No es lo mismo cuando del problema diagnóstico dependan la intervención quirúrgica y la vida del enfermo.

Es tal la situación en dudas diagnósticas por ginecopatías agudas; cuando se duda entre accidente cataclísmico, hemorragia interna por rotura de embarazo extrauterino o bien una invasión perineal por rotura de colección purulenta.

Sin entrar en sus diferencias clínicas, queremos decir algo sobre el valor analítico hematológico entre estos dos citados procesos. Se dice: en caso de hemorragia interna por rotura de embarazo ectópico hay ligera leucocitosis, nunca tan elevada como en cuadro abdominal por rotura de colección purulenta y sin la polinucleosis propia de este último proceso. Se dice: leucocitosis intensa con polinucleosis elevada, proceso séptico.

Nosotros, en dos casos clínicos recientes, creemos que lo observado no concuerda con esta opinión, tomada como clásica por muchos autores.

El primero de nuestros casos se refiere a una mujer de veintiséis años, con normalidad de antecedentes; a los cuatro años de matrimonio tiene un aborto; esto hace tres años. Nos cuenta su última regla, en 12 de Octubre último, con síntomas subjetivos que la hicieron pensar estaría embarazada. En meses sucesivos se presentan molestias abdominales, compatibles con la vida, pero con reposo en cama. En 7 de Enero último, de modo repentino, dolor agudo

intenso abdominal izquierdo con desvanecimiento, frialdad, frecuencia de pulso. Su médico lo interpreta como rotura de embarazo ectópico; fija la indicación de laparotomía. Es cuando ingresa en nuestra clínica. Hay defensa abdominal, sobre todo en lado izquierdo; un cuadro que permite el diagnóstico anterior; casi sin pulso, 36,4, escasa reacción y energías generales muy limitadas para soportar el acto operatorio. Con las vacilaciones para el acto quirúrgico, el laboratorio nos aporta 4.700.000 hematíes, 65 por 100 de hemoglobina, 0,64 de valor globular, 32.500 leucocitos, 95 por 100 de polinucleares. Es decir, reacción sanguínea de proceso séptico agudo.

Rechazamos la intervención quirúrgica; fijamos el diagnóstico de rotura de hematocele infectado; disponemos bolsa de hielo abdominal, tónicos cardíacos, dosis grandes de suero. Reacciona rápidamente la enferma; el cuadro hemático entra en franca regresión y a los pocos días es alta por curación, sorprendiéndonos la marcha rápida del proceso y la ausencia de restos de proceso genital.

El segundo caso se refiere a una mujer que meses antes habíamos visto por un cuadro abdominal agudo y tal situación general que rechazamos la intervención quirúrgica. Sin embargo, la enferma se repone pronto y su médico le da de alta por curación.

Con un cuadro abdominal agudo ingresa en nuestra clínica; el laboratorio nos indica normalidad sanguínea, y laparotomizada encontramos una lesión anexial, probable apendicitis y abundantes adherencias, demostrando que había existido un embarazo ectópico. La misma tarde de la intervención, que había soportado bien, tiene 180 pulsaciones, ansiedad respiratoria, frialdad y todo el cuadro sintomático de una hemorragia interna. Es el momento que pensamos relaparotomizar; hacemos análisis de sangre y encontramos 3.800.000 hematíes, 68 por 100 de hemoglobina, 20.000 leucocitos y 90 por 100 de polinucleares. Todo ello indicando proceso hipertóxico, que no es raro ver en las primeras horas de intervenciones ginecológicas. No reoperamos; tratamiento médico. La enferma cura en pocos días.

Estos dos casos, totalmente desprovistos de apasionamientos, obligan a hablar algo sobre lo bien sentado del diagnóstico y lo acertado del proceder terapéutico. Es fácil suponer que nuestro primer pensamiento era estar ante un cuadro de hemorragia interna, si bien el laboratorio nos daba datos de proceso hipertóxico séptico, indicado por la leucocitosis y la polinucleosis elevadas. Ahora bien, también podemos pensar si, contrariamente a lo admitido, se darán estas modificaciones hematológicas en casos de hemorragia interna, como ya algunos autores han afirmado y la clínica las ha confirmado al intervenir quirúrgicamente la hemorragia abdominal.

Es cuestión a pensar mucho, sobre todo por tratarse de casos en los que de la actuación terapéutica dependerá la vida de la enferma.

Dr. Slocker: La divulgación de los conocimientos sobre abdomen agudo ha llevado a una perfección diagnóstica, tanto de apendicitis aguda como de accidentes cataclísmicos de embarazo extrauterino.

De los casos expuestos, en el primero creemos no ha terminado la actuación del cirujano; seguramente presentará otro accidente agudo abdominal.

Dr. Haro: Estando conformes con los datos expuestos, queremos apuntar que en dos casos personales de accidentes agudos abdominales hemos encontrado leucocitosis hasta de 20.000 y polinucleosis ligera; uno de ellos se trataba de una anexitis tuberculosa caída en Douglas, y en el otro, un quiste ovárico con torsión de pedículo coincidente con em-

barazo de tres meses; diagnósticos confirmados en el acto operatorio.

Dr. Codina: La discrepancia entre la clínica y el laboratorio, especialmente los datos de tipo sanguíneo, nos ha llevado a realizar en tuberculosis una serie de investigaciones cuyos resultados presentaremos oportunamente y que nos afirman que los datos hematológicos no debemos tomarlos como dogma.

Dr. Hernando: La no relación entre la fórmula hemática y la clínica abdominal es muy frecuente. En un operado por el Dr. Ortiz de la Torre, presentando leucocitosis y polinucleosis intensas y tocándose una tumoración flotante y movable en hipocondrio derecho, la intervención por vía lumbar, hasta riñón y explorando regiones vecinas, no halló nada. El cirujano cerró; al día siguiente desapareció la fiebre que venía presentándose desde meses antes; la enferma curó, y doce años después murió de hemorragia cerebral.

Aunque con poca relación con el tema presentado, creo de interés comunicar que en estos últimos meses hemos visto dos casos de dilatación aguda de estómago post partum, en los que, a pesar del tratamiento médico empleado, fallecieron las dos enfermas. Apuntamos que en ellas el diagnóstico de dilatación aguda gástrica se estableció algo tardíamente.

Dr. Huertas: Entre la exploración clínica y la de laboratorio nos parece debemos dar predilección a la clínica; los datos de laboratorio son un síntoma más a añadir a nuestro juicio clínico.—*M. Aceña.*

* *

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA E-PAÑOLA

Sesión del 27 de Marzo de 1933.

ABSCESES PULMONARES NEUMOCÓCICOS CURADOS POR LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

(Comunicación del Dr. Valdés Lambea.—Discusión.)

Dr. Carlos Hinojar: El tratamiento de los abscesos pulmonares está a la orden del día, utilizando la endoscopia. En esta cuestión interesa su origen, y, sin extendernos en su patología, interviene en su producción la obstrucción bronquial; ésta, impidiendo la ventilación bronquial, realiza una mejor multiplicación microbiana y formación purulenta; es por anulación del poder defensivo pulmonar, y la desobstrucción bronquial es lo más indicado y sencillo al mismo tiempo que se puede realizar aspiración bronquial de material patológico existente.

Los abscesos agudos pulmonares son casi exclusivamente los únicos a tratar endoscópicamente con éxito. Los abscesos crónicos resultan más difíciles, es especial por su cáscara fibrosa y ser su cavidad no retráctil.

La marcha a seguir en el tratamiento endoscópico de los abscesos pulmonares es la aspiración repetida; dos, tres o cuatro veces semanales, con arreglo a la cantidad de pus existente.

No hemos tenido ocasión de tratar abscesos pulmonares por vía endobronquial, pero sí actuar endoscópicamente con motivo de cuerpos extraños endobronquiales con formación de pus. Uno de ellos, una niña que, tres meses antes, se había tragado una llave; la radiografía lo comprueba, así como la presencia de un absceso pulmonar. Endoscópicamente llegamos a una formación granulomatosa; extraída pudo darse salida a un material sanguíneo y purulento y finalmente a la llave; la evolución fué rápida a la curación. Otro caso es el referente a un niño que se había tragado la

contera de un lápiz; endoscópicamente pudimos hacer la aspiración, por dos veces repetida, de material purulento en cantidad no menor de 100 c. c.; maniobras que asustaron a la madre del enfermo y desapareció con él.

Creemos que en todo caso de absceso pulmonar, antes de llegar a la intervención quirúrgica, debemos actuar endoscópicamente; en muchas ocasiones evitaremos la operación.

Dr. Perera Prats: Limitándonos a la cuestión quirúrgica en los abscesos pulmonares y considerando como tal toda colección purulenta en parénquima pulmonar, y por tanto, los quistes hidatídicos supurados y los consecutivos a accidentes traumáticos, los que cuando sea posible realizaremos la intervención quirúrgica, decimos que para discutir esta cuestión consideramos dos grandes grupos de abscesos pulmonares: metaneumónicos o de origen embólico y por afecciones de orden interno.

En el último Congreso Internacional de Cirugía, celebrado recientemente en Madrid, una de las tres ponencias oficiales era el tratamiento quirúrgico de las afecciones supuratorias no tuberculosas del pulmón. Lo expuesto es conocido de todos.

Como aportación personal diremos que los casos de abscesos pulmonares operados son considerables y su índice de mortalidad está muy por bajo del que se señala; índice que depende de la indicación quirúrgica y del carácter de los gérmenes productores. Especial atención concedemos; así, el microbismo es aerobio o anaerobio; la asociación anaerobia agrava generalmente el pronóstico.

De casos personales citamos el de un muchacho de trece años con raquitismo acentuado, configuración torácica simulando un cifótico; muy limitadas resistencias generales; le hemos operado cuatro veces por otros tantos abscesos pulmonares; uno de ellos por neumectomía. La última operación, realizada con mínima cantidad de anestésico y en tal estado del enfermo que nos parecía realizar la necropsia dada la flacidez de los tejidos. En la actualidad está sometido a baños de sol para la cicatrización de úlceras por decúbito, resultado del último absceso pulmonar.

Otro caso, un enfermo de sesenta y siete años; en el curso de una bronconeumonía se produce un estado supuratorio de gran parte del pulmón, facilitado por una bronquiectasia crónica. El aspecto del lóbulo inferior derecho pulmonar era un sistema de cavernas. En este enfermo, a pesar de su edad avanzada y diabetes e historia de seis meses de enfermedad, se hace neumectomía; curación.

La operatoria de los abscesos pulmonares tiene los peligros de la transformación anaerobia, no del absceso operado, sino de los circunvecinos, e igualmente la hemorragia secundaria, generalmente mortal.

Dr. Castillo de Lucas: Insistimos en la necesidad del diagnóstico y pronóstico de los abscesos pulmonares; de ello depende el éxito del tratamiento empleado. Sauerbruch compara esta operatoria con la de las osteomielitis y con la del simple forúnculo; el éxito depende del momento operatorio.

En nuestra casuística contamos dos casos de absceso pulmonar con estado septicémico; realizamos su abertura complementada con una frenicectomía. Obtuvimos la curación.

CASO CLÍNICO. POLIOESCLEROSIS CEREBROMEDULAR

Dr. Raúl de Montaud: El objeto de su presentación es el resultado favorable del tratamiento, que en quince días la situación clínica se ha modificado tan intensamente que de seguir así estará curado prontamente.

Hace tres años vimos a este enfermo con un síndrome

completo de hipertensión intracraneal; típico; sin nada focal. No podía hacerse diagnóstico de proceso.

El éxtasis papilar, ante nuestra contraindicación de punción lumbar, nos llevó a aconsejar la punción ventricular, realizada por el Dr. Díaz Gómez. A pesar de haber extraído bastante cantidad de líquido cefalorraquíneo, nada modificó el cuadro sintomático. También fracasan todos los tratamientos medicohipotensivos. En cambio, la radioterapia mejora rápidamente al enfermo y cura en pocas sesiones. Pasan dos semanas y tiene un nuevo episodio de hipertensión intracraneal, y nuevamente tratado con radioterapia también desaparece. Hace quince días se nos presenta el enfermo sin poder andar; un cuadro atáxicocerebeloso; de impresión hacemos el diagnóstico de esclerosis en placas de iniciación cerebral; lo confirma la exploración neurológica. Nuevamente es tratado con radioterapia, y las pocas sesiones que lleva ha modificado su síndrome tan intensamente que creo que curará en otras pocas sesiones.

LA ENDOSCOPIA PER ORAL EN EL TRATAMIENTO
DE LOS TUMORES DE LAS VÍAS AÉREAS

(Con presentación de enfermos.)

Dr. Carlos Hinojar: Lee un extenso trabajo sobre este tema.

Dr. Valdés Lambea: La indicación de las maniobras endoscópicas en el tratamiento de las afecciones broncopulmonares no creemos sea tan extensa como algunos afirman; en pocas ocasiones nos han resuelto dudas diagnósticas. Ahora bien, es un método del que debe tener conocimiento el médico y utilizarlo en casos convenientes; no, por ejemplo, en aquellos como los epitelomas broncopulmonares confirmados; sería maniobra que sólo acarrearía molestias al enfermo.

El valor de las maniobras endoscópicas en el tratamiento de las neoplasias pulmonares es muy limitado; en la mayoría de las ocasiones no tardan en presentarse generalizaciones tumorales que acaban con la vida del enfermo.

Dr. Piga: En el caso presentado se han hecho dos intervenciones: la biopsia acompañada de extirpación tumoral; otra, diatermocoagulación. Sobre lo realizado queremos exponer nuestro criterio personal. En tumores de esta naturaleza, de sospechar malignidad, realizamos la biopsia por alta frecuencia. Ello por dos razones: por ser más inofensiva que la biopsia ordinaria; carece de los peligros de difusión del proceso tumoral que puede provocar la biopsia ordinaria, y además, que la alta frecuencia es de técnica muy sencilla, a lo que se une la realización de la extirpación cuando es un tumor benigno.—*M. Acuña.*

COLABORACIÓN MÉDICO-RURAL

UNA MALA JORNADA

Como siempre hemos estado lejos de la capital de la provincia en donde hemos ejercido, esto por una parte, y por otra porque habíamos oído hablar mal en el sentido de que las sesiones de los Colegios Médicos eran ineficaces, queríamos convencernos por nuestros propios ojos, y ansiamos llegar a la primera ocasión para poder asistir a una reunión, cuando un día el presidente de la Junta de Médicos de mi distrito galantemente me invitó a una, cediéndome un puesto en su automóvil. Con anticipación a la hora fijada para emprender el viaje me presenté en el lugar convenido, haciendo el viaje feliz; mas, ¡ay!, mi gozo en un pozo; llegamos al edificio del Colegio, que nos produjo grata

impresión, «pensamos en algo que tiene vida»; siguiendo los pasos de mi compañero, entramos en el salón de sesiones, donde había unos diez médicos, a los que fui presentado, ¡oh dolor! (en efecto, somos poca cosa para el mundo médico, bien se puede asegurar que el último átomo); pero no creo que siendo los médicos, teniendo los médicos la obligación moral de ser hermanos por el hecho de haber estado varios años en el mismo centro y después sufrir el mismo o parecido calvario, digo no se debía mirar nunca con indiferencia y menos con desprecio, pues si esto es y sucede así, nunca llegará lo que por todos los médicos debemos procurar alcanzar, que es la unión de todos, si no queremos ver padecer hambre a nuestras familias y vernos más despreciados de lo que ya estamos. No nos desairéis a los médicos que tenemos la desgracia de llevar con nosotros un nombre que nunca se ha oído. Daos cuenta que sin nosotros no será nada la comunidad médica.

Pues bien, hecha la presentación y deseando saludar a todos los presentes, ofrecí mi mano para estrechar la suya, que los menos me ofrecieron galantemente; mas otros no podrían decir si somos alto o bajo, rubio o moreno: no se molestaron siquiera en mirarnos y para estrechar su mano hubo necesidad, después de tener la mano en el aire, de llamarles la atención: ¿Creéis, señores médicos, que así es posible hacer compañerismo? No para aquí nuestra desilusión; cuando nos preparamos para escuchar lo que se iba a tratar, nuestro presidente, muy atento y con mucha discreción, nos dice que parece que los señores que allí se encuentran no creen conveniente que haya un extrañío (debemos advertir que la Junta es de las que se llaman de gobierno), palabra bastante significativa y que como está al alcance de todos no traducimos.

Pensamos nosotros, al no ser admitidos, que los asuntos a tratar serían muy graves, algo así como un plan de guerra militar que es perjudicial lo sepa el enemigo (que en este caso, por lo visto, éramos nosotros); llegamos a suponer que los acuerdos no podrían ser tan graves como todo eso, y que de todas formas serían cosas que a la clase médica se referirían, y que moral ni materialmente hay razón para a un compañero darle con las puertas en las narices. Por poco que esto signifique de esta forma, en vez de unir, se desmembra más y más la clase médica. Y hora es ya de convencernos de que si la unión de los más no llega para obligar a los menos (después de demostrar que éstos no llevan la razón), que son los despreocupados, los desaprensivos, los ineducados, y los más graves, que son los médicos que tienen el título como enchufe (empleamos esta palabra por ser de momento; damos este nombre a los que no necesitan para vivir holgadamente el ejercicio de la Medicina, y que por el hecho de poseer una industria o propiedades en gran escala, lo que menos les interesa es el ejercicio de la Medicina y, como consecuencia de su bienestar, no les interesa la unión, es más, les estorba para conseguir sus fines, que muchas veces no son más que políticos, por no decir mangoneadores, y, claro, que los que están colocados en esta situación no formarán voluntariamente nunca parte de ninguna Asociación que les dificulte o imposibilite su influencia personal). Pues bien, a los menos tenemos que aconsejarles educación médica, y si no tomasen nuestros consejos debemos hacérselos tragar; la justicia de los más debe vencer la despreocupación de los menos. Si esto no se hace así o parecidamente, ¡hay de nosotros! De todos los médicos, igual de los rurales que de los que viven en poblaciones importantes.

SISINIO CRESPO

Padilla de Abajo.

A propósito de los tests de la regeneración sanguínea en las anemias.

Numerosos son los tests que han sido propuestos para apreciar los resultados de la regeneración sanguínea en las anemias. En un estudio documentado y reciente PETREQUIN nos hace ver cuán diferente es el valor de aquéllos, y estudiando la comparación de los diversos tests de la regeneración sanguínea se cree autorizado para sacar las conclusiones siguientes:

1.^a De los diversos tests propuestos, únicamente los hematológicos merecen ser utilizados en la práctica corriente.

2.^a Estos tests suelen ser infieles porque existe entre la elaboración de las jóvenes hemacias y su aparición en la sangre un factor poco conocido aún: la «liberación globular». Por lo tanto, deberemos buscar formas jóvenes cuya «liberación» sea fácil y se haga en las circunstancias fisiológicas.

3.^a La numeración de las hemacias de granulaciones vitales o «tests de la reticulocitosis» responde mejor a estas condiciones. La numeración de las hemacias con granulaciones vitales constituye, pues, el mejor procedimiento para darse cuenta de la actividad medular en las anemias y, por consecuencia, para apreciar el valor de un tratamiento o para establecer un diagnóstico, porque:

A) Por ser el más rápido (con una lámpara preparada al azul de cresil brillante la búsqueda no dura un minuto).

B) Es el más sencillo (no exige coloración complicada: una lámina de azul de cresil, extenderla, y eso es todo).

C) Por último, y principalmente, es el más preciso y el más fiel.

Sin embargo, nos parece que el autor no ha tenido muy en cuenta la importancia de la leucocitosis y, particularmente, el aumento del número de los polinucleares. Además, hay un tests que traduce biológica y clínicamente la mejoría de las anemias, y es el estudio de la hipotensión que las acompaña.

Sea lo que fuere, el trabajo de PETREQUIN es interesante y fecundo porque la comprobación de estos tests permite no solamente establecer un diagnóstico con precisión, sino apreciar el valor de un tratamiento con certeza sin perder un tiempo precioso en la espera de un resultado hipotético. La opinión del autor recibe una confirmación brillante con los trabajos de BAISETTE. En efecto, éste ha podido estudiar el valor de la medicación estricnoarseniada en una serie de afecciones en que la anemia es de regla:

1.^o La hipotensión permanente, de marcha idiopática o arterial.

2.^o En las convalecencias de las enfermedades infecciosas.

3.^o En diferentes formas de tuberculosis pulmonar.

Está demostrado que el NEORHOMNOL (nucleinato de es tricnina y cacodilato de sosa), combinación estable e indolora, inyectada en dosis de una a dos ampollas en veinticuatro horas o ingerida en cantidad de dos comprimidos diarios, reanima en todos estos enfermos progresivamente la presión arterial hasta la normal y aumenta el número de los leucocitos y de las hemacias de granulaciones vitales. La medicación estricnoarseniada, bajo esta forma, es susceptible de proporcionar resultados constantes en todas las anemias, y el estudio de los tests de la regeneración sanguínea confirma la generalidad de las indicaciones y la eficacia del NEORHOMNOL, sin que sea preciso recurrir a medicaciones voluminosas y caras.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Embalsamamiento de cadáveres durante las travesías de buques

ORDEN

Ilmo. Sr.: Vista la instancia elevada a esa Dirección general por los navieros Sres. Ibarra y Compañía, Sociedad en comandita, domiciliada en Sevilla, en la que se propone que los cadáveres de los pasajeros o tripulantes fallecidos a bordo durante las travesías de sus barcos en la línea Mediterráneo-Brasil-Plata, puedan ser embalsamados al objeto de realizar su sepelio en tierra, evitando así tener que arrojarlos al mar:

Considerando que esta idea, altamente simpática, puede llevarse a cabo con todas las garantías para los intereses de la salud pública, y aun en muchos casos, con beneficio evidente para la Administración de justicia en los de accidente o muerte violenta, siempre que se regulen de modo expreso las condiciones en que ha de verificarse el citado embalsamamiento.

Este Ministerio, de acuerdo con lo informado por esa Dirección general, ha tenido a bien disponer:

1.^o Todas las Compañías navieras españolas, con médico de la marina civil a bordo de los buques que se dediquen al transporte de pasajeros, podrán efectuar el embalsamamiento de todas cuantas personas fallezcan a bordo de aquéllos durante las travesías, conservando los cadáveres hasta la llegada al puerto en que hayan de ser inhumados.

2.^o Los procedimientos a emplear serán los autorizados en las disposiciones vigentes, o los que en lo sucesivo se autoricen a este efecto, todos los barcos de líneas de pasajeros que deseen realizar embalsamamientos durante las travesías, deberán hallarse provistos de equipos de material para dicho objeto, acompañados de la correspondiente certificación del profesor farmacéutico que los haya preparado, llevando asimismo los féretros en las condiciones que determinan las vigentes disposiciones sanitarias (Orden de 4 de Junio de 1929, apartado primero, letra d).

3.^o Ocurrido el fallecimiento, bien a petición de los familiares o por iniciativa del capitán del barco, se podrá disponer la operación de embalsamamiento, llevándose a cabo por el médico de la Marina civil de a bordo, una vez extendido el certificado de defunción y transcurridas las horas reglamentarias para poder efectuar dicha operación.

4.^o Verificada tal práctica, el médico que la hubiese realizado levantará la correspondiente acta, detallando el procedimiento empleado, que será firmada por el mismo capitán del buque y por dos testigos de la tripulación o pasaje.

5.^o A la llegada del barco al puerto en que haya de desembarcarse el cadáver, la autoridad sanitaria del mismo, una vez comprobadas las condiciones en que se realizó la operación de embalsamamiento y revisada la documentación, autorizará el desembarco, previo cumplimiento de los requisitos reglamentarios.

Lo que participo a V. J. a los efectos oportunos. Madrid, 15 de Febrero de 1933.—P. D., M. Pascua.—Señor director general de Sanidad. (Gaceta del 17 de Febrero de 1933.)

Dispensarios antivenéreos.

Ilmo. Sr.: Consignadas en los Presupuestos del Estado para 1933 cantidades para la creación de nuevos servicios de Lucha antivenérea, independientemente de lo que se destine al mismo fin, en las organizaciones sanitarias rurales, procede la instalación de unidades completas en aquellas poblaciones que teniendo más de 20.000 habitantes, se considera indispensable cuenten con servicios especializados de lucha antivenérea. Y a la vista de las facilidades ofrecidas por diversas Corporaciones locales,

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

Que se instalen Dispensarios antivenéreos en íntima relación con los demás servicios de Higiene existentes en la localidad, en las poblaciones que se mencionan, caso de persistir las Corporaciones interesadas en las colaboraciones ofrecidas y a tenor de lo dispuesto en el Decreto de 7 de Abril de 1932:

Elche, Orihuela, Don Benito, Baena, Lucena, Pueblonuevo-Puentegenil, Priego, Santiago, Ortigueira, Guadix, Loja, Alcalá la Real, Andújar, Martos, Carabanchel Bajo, Chamarín de la Rosa, Jumilla, Lorca, Yecla, Caravaca, Aller, Cangas del Narcea, Langreo, Lluarca, Llanes, Mieres, Pola de Siero, Tineo, Villaviciosa, La Estrada y Sagunto.

De Orden ministerial lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos oportunos. Madrid, 27 de Febrero de 1933.—P. D., *M. Pascua*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 28 de Febrero de 1933.)

MINISTERIO DE OBRAS PUBLICAS

Incompatibilidades médicos ferroviarios.

DECRETO

El Decreto de 13 de Diciembre de 1932 estableció una rigurosa incompatibilidad entre el ejercicio de cargos dependientes de las Compañías ferroviarias auxiliadas económicamente por el Estado y la percepción de haberes activos o pasivos del Estado o de las Corporaciones locales de carácter público, sin otras excepciones que la de los funcionarios en activo de los Cuerpos Colegisladores y la de las clases de tropa en situación de retiro.

Por Decreto de 19 del presente mes de Enero se hicieron extensivas esas excepciones a los médicos y profesores de cualesquiera Centros de enseñanza, si bien disponiendo, en cuanto a los primeros, que no podrán percibir, a título de iguales o por cualquier otro concepto, estipendios fijos de agentes ferroviarios ni figurar en las plantillas facultativas de entidades benéficas en las cuales aparezcan inscritos agentes ferroviarios.

La Prensa ha recogido las lamentaciones de los agentes comprendidos en la incompatibilidad, y muchos de éstos se han dirigido por medio de respetuosísimos escritos al Ministerio de Obras públicas, exponiendo la triste situación que se les crea obligándoles a optar por uno de los dos destinos que ejercen, la suma de cuyas retribuciones constituye la base de su presupuesto familiar.

Mantener el principio de la incompatibilidad lo estima el Gobierno indispensable. Las Empresas ferroviarias deben tener en todos los aspectos de su función gran flexibilidad, que sólo se puede alcanzar imponiendo a quienes estén adscritos a los servicios fundamentales de ellas la dedica-

ción íntegra de sus actividades a los mismos. Es tanto más conveniente ese rigor, cuanto más considerable sea la preponderancia del Estado en el capital de las Empresas, y por virtud de tal circunstancia, más fuerte la tendencia a que el Estado intervenga en la administración de las redes, porque si éste llegara a infiltrar en los ferrocarriles ciertos defectos característicos de su organización burocrática, se producirían daños enormes.

Mas cortar el mal de raíz, cual era el propósito evidenciado en los referidos Decretos, ocasionaría perjuicios irreparables a gran número de familias, y querer remediarlos apelando a reglas casuísticas conduciría a un sistema netamente arbitrario, capaz, por la irregularidad de sus mallas, de estrangular muchos casos justos y de dejar libres otros de evidente injusticia. A esos desigualitarios efectos nos llevaría el señalamiento de cifra a manera de tope para la doble retribución, o el distinguir entre las diversas procedencias de los funcionarios públicos que actúan también de agentes ferroviarios. Es preferible, pues, prescindir del propósito de cortar el mal radicalmente, si el realizarlo así ha de acarrear un puñado de injusticias y atenerse a contenerlo firmemente, a evitar su propagación y a conseguir más adelante su total eliminación.

En virtud de las consideraciones expuestas, de acuerdo con el Consejo de Ministros y a propuesta del ministro de Obras públicas,

Vengo en disponer que los Decretos de 13 de Diciembre de 1932 y 10 de Enero de 1933, queden modificados en la siguiente forma:

Artículo 1.º Se declara incompatible el ejercicio de toda función dependiente de las Compañías que como concesionarias de ferrocarriles hayan recibido o reciban del Estado subvenciones o auxilios económicos en cualquier forma, con los servicios al Estado o a las Corporaciones públicas que representen a las Regiones, Provincias o Municipios.

Art. 2.º No podrá desempeñar cargo de ningún género en las Compañías referidas, persona alguna que por cualquier concepto perciba haberes del Estado, de las Corporaciones públicas enunciadas en el art. 1.º, o de las Empresas ferroviarias.

Art. 3.º Quedan exceptuados de la incompatibilidad, los médicos y practicantes, y los profesores de cualesquiera Centros de enseñanza.

Art. 4.º Se exceptúa igualmente a las clases de tropa del ejército y de los demás Institutos armados, en situación de retiro.

Art. 5.º Este Decreto no será aplicado a quienes con anterioridad al 13 de Diciembre de 1932, fueran agentes de las Compañías y tuvieran también con anterioridad a esa fecha, señaladas retribuciones por el Estado o las Corporaciones dichas.

Art. 6.º Los agentes que, prestando servicio activo, percibieren, además, haberes pasivos de la misma Compañía o de otra Empresa ferroviaria, deberán renunciar a éstos antes del 31 del corriente mes, para seguir adscritos a aquél.

Art. 7.º Los médicos que percibieran a título de iguales o por cualquier otro concepto estipendios fijos de los agentes ferroviarios o figurasen en las plantillas facultativas de entidades benéficas en las cuales aparezcan inscritos obreros o empleados de ferrocarriles, deberán renunciar a esos estipendios y causar baja en tales plantillas antes del 31 del mes actual para poder seguir al servicio de las Compañías.

Art. 8.º En lo sucesivo será requisito indispensable para ingresar en las Compañías, declaración jurada del opositor o solicitante de que no percibe retribución de ninguna clase

del Estado o de las Corporaciones públicas de carácter local, o si la percibiera, el compromiso de renunciar a ella previamente a la toma de posesión de su destino ferroviario si llegara a alcanzarlo.

Art. 9.º Los Comisarios del Estado en las Compañías de Ferrocarriles cuidarán de la estricta observancia de lo dispuesto en el presente Decreto.

Art. 10. Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo que este Decreto ordena.

Dado en Madrid a 27 de Enero de 1933.—*Niceto Alcalá Zamora y Torres*.—El ministro de Obras públicas, *Indalecio Prieto Turo*. (*Gaceta* del 28 de Enero de 1933.)

Cargos compatibles.

DECRETO

El Gobierno ha examinado las relaciones de agentes ferroviarios que, por percibir haberes del Estado o de Corporaciones locales de carácter público, están incurso en las incompatibilidades definidas por el Decreto de 13 de Diciembre de 1932 y ha examinado asimismo diversas solicitudes de esos mismos agentes para que se les exceptúe de dicha medida.

Las relaciones en las cuales se consignan los cargos de otra naturaleza, atribuidos a muchos agentes ferroviarios, demuestran elocuentemente la conveniencia de mantener el Decreto referido, no sumando a las ya establecidas en su articulado otras excepciones que las de los médicos y profesores, cuyas actividades fuera de las Compañías no estorban al perfecto cumplimiento de sus deberes en relación con el servicio ferroviario, pero disponiendo, en cuanto a los médicos, una regla a virtud de la cual se elimine la posibilidad de favoritismos en la expedición de certificados que sirvan para justificar la baja en el servicio.

Por las consideraciones apuntadas, de acuerdo con el Consejo de Ministros y a propuesta del ministro de Obras públicas,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Quedan exceptuados del Decreto de 13 de Diciembre de 1932, los médicos y profesores de cualesquiera Centros de enseñanza pública que, a la vez, presten servicios a las Compañías ferroviarias que hayan recibido auxilios económicos del Estado.

Art. 2.º Los médicos adscritos a las Empresas de Ferrocarriles citadas no podrán percibir, a título de iguales o por cualquier otro concepto, estipendios fijos de agentes ferroviarios, ni figurar en las plantillas facultativas de entidades benéficas en las cuales aparezcan inscritos agentes ferroviarios.

Art. 3.º Las Compañías exigirán de sus médicos que antes del 31 del presente mes de Enero, formulen declaración jurada de no estar comprendidos en los casos del artículo 2.º o de su renuncia a partir del 1.º de Febrero próximo, a percibir los estipendios o a cesar en los cargos a que ese art. 2.º se refiere.

Art. 4.º Las Compañías darán de baja el 1.º de Febrero a todos los agentes a quienes afecte el Decreto de 13 de Diciembre de 1932.

Madrid, 19 de Enero de 1933.—*Niceto Alcalá Zamora y Torres*.—El ministro de Obras públicas, *Indalecio Prieto Turo*. (*Gaceta* del 20 de Enero de 1933.)

MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISION

Jurados mixtos.

El Ministerio de Trabajo ha dispuesto:

1.º Que dentro del Jurado mixto de médicos, practicantes y demás especialidades al servicio de Sociedades, Mutualidades benéficasanitarias, de Madrid, se constituya una Sección de médicos de Compañías de Seguros de Accidentes del trabajo, la cual estará integrada por tres vocales efectivos e igual número de suplentes de cada representación, y tendrá la misma jurisdicción que la atribuida al Organismo de que forma parte.

2.º Que para la designación de las respectivas representaciones tendrán derecho electoral las entidades patronales y obreras que actualmente figuren inscritas en el Censo Electoral Social de este Ministerio, en unión de las que se inscriban en el plazo de veinte días, contados a partir del siguiente al de la publicación de esta Orden en la *Gaceta de Madrid*; y

3.º Que una vez transcurrido el plazo indicado en el número anterior, se determinará aquel en el cual habrán de celebrarse las elecciones, con especificación de las entidades con derecho a tomar parte en ellas.

Madrid, 24 de Febrero de 1933. (*Gaceta* del 1 de Marzo.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,9; ídem mínima, 700,6; temperatura máxima, 17º; ídem mínima, 5º; vientos dominantes, NE. E. y N.

Las afecciones agudas del aparato respiratorio han seguido siendo la enfermedad dominante, tanto en los adultos como en los niños. En los primeros, lo que han presentado de característico han sido las congestiones pulmonares, algo rebeldes al tratamiento. Ocurrieron principalmente en personas que ya habían padecido el último invierno otros procesos pulmonares.

En los segundos coincidían las bronquitis agudas con anginas, destacando sobre todo el carácter mucoso espeso de la secreción bronquial.

Estadística de mortalidad en Madrid en el mes de Junio de 1932.

CLASIFICACIÓN POR DISTRITOS (1)

	Habitantes.	Defunciones.
Centro.....	45.848	46
Hospicio.....	52.382	52
Chamberí.....	118.006	131
Buenavista.....	133.382	142
Congreso (2).....	102.584	188
Hospital.....	90.062	175
Inclusa.....	82.605	107
Latina.....	91.580	107
Palacio.....	69.604	81
Universidad....	119.860	140
TOTAL.....	905.893	1.169

(1) Las defunciones en hospitales se clasifican en el distrito de procedencia del fallecido.

(2) De las defunciones de este distrito corresponden al establecimiento de la Inclusa 26.

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15^e)

NATIBAÏNE

ÚNICA ASOCIACIÓN DE
DIGITALINE NATIVELLE
Y DE
OUABAÏNE ARNAUD

Draeger.

EL TRATAMIENTO
DE LAS
TUBERCULOSIS QUIRURGICAS

POR EL
METODO del D^R. FINIKOFF

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

CALCIUM
DEL DOCTOR
FINIKOFF
(INTRAVENOSO)

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



**Poderoso reconstituyente para
niños y adultos.**

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

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

Laboratorios Viñas - Claris, 71 - BARCELONA

Terapeutica Cacodilica Intensiva e Indolora

CYTO-SERUM

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS
Una Inyección intra-muscular cada dos días

*Poderoso Estimulante
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

**GRIPE
TUBERCULOSIS
PALUDISMO
NEOPLASMA
NEURASTENIA
CONVALESCENCIAS**

Contra toda alteración de la sangre
Contra las enfermedades infecciosas
Contra las caquexias de todo origen

Solicítense Muestras Gratis

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

Elaborado por D. L. Molina Gatteau en el Laboratorio BOIZOT, Luis Cabrera, 47, Madrid.

JARABE "ROCHE"

DE THIOCOL

Afecciones broncopulmonares

ALLONAL "ROCHE"

Antidalgico poderoso

PANTOPON "ROCHE"

Opio total inyectable

SPASMALGINE "ROCHE"

Antiespasmódico por excelencia

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

DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR GRANDES GRUPOS DE EDADES	
Menos de un año.....	218
De uno a cinco años.....	122
De cinco a veinte ídem.....	80
De veinte a cuarenta ídem.....	179
De cuarenta a sesenta ídem.....	244
De sesenta a ochenta ídem.....	259
De ochenta en adelante.....	66
Sin clasificación.....	1
TOTAL.....	1.169
Se segregan las defunciones de <i>transeúntes</i> y por causas externas.....	99
TOTAL.....	1.070
En igual mes de 1931 (totalidad).....	1.307
Diferencia en 1932 (totalidad) (menos).....	138
Proporción por 1.000 (deduciendo <i>transeúntes</i> y causas externas).....	1,180
Término medio diario (totalidad).....	37,709

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Nomenclatura abreviada. (Aprobada por la Comisión internacional reunida en París en Octubre de 1929.)

Fiebre tifoidea y paratifoidea.....	5
Tifus exantemático.....	»
Viruela.....	»
Sarampión.....	36
Escarlatina.....	1
Coqueluche.....	5
Difteria.....	1
Gripe o influenza.....	4
Peste.....	»
Tuberculosis del aparato respiratorio.....	110
Tuberculosis de las meninges.....	22
Otras tuberculosis.....	23
Sífilis.....	10
Paludismo (malaria).....	»
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias.....	18
Cáncer y otros tumores malignos.....	88
Tumores no malignos.....	»
Reumatismo crónico y gota.....	3
Diabetes sacarina.....	5
Alcoholismo crónico o agudo.....	»
Otras enfermedades generales y envenenamientos crónicos.....	36
Ataxia locomotriz progresiva y parálisis general.....	2
Hemorragia cerebral, embolia o trombosis cerebrales.....	53
Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.....	30
Meningitis simple.....	39
Enfermedades del corazón.....	185
Otras enfermedades del aparato circulatorio.....	25
Bronquitis aguda.....	25
Bronquitis crónica.....	21
Neumonía.....	123
Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto tuberculosis).....	24
Diarrea y enteritis.....	59
(De ellas, 50 en menores de dos años)	
Apendicitis.....	6

Enfermedades del hígado y de las vías biliares.....	15
Otras enfermedades del aparato digestivo.....	55
Nefritis.....	47
Otras enfermedades de los aparatos urinario y genital.....	6
Septicemia e infección puerperales.....	2
Otras enfermedades del embarazo, del parto y del estado puerperal.....	7
Enfermedades de la piel, del tejido celular, de los huesos y de los órganos de la locomoción.....	»
Debilidad congénita y vicios de conformación congénitos, nacimiento prematuro, etc.....	23
Senilidad.....	18
Suicidios.....	»
Homicidios.....	»
Otras muertes violentas o accidentales (excepto suicidio y homicidio).....	21
Causas no especificadas o mal definidas.....	16
TOTAL.....	1.169

Observaciones.—La mortalidad durante el mes de Junio ha disminuído, con relación al mes anterior, en los distritos del Centro, Chamberí, Buenavista, Inclusa y Universidad en 11 a 22 casos, y en el del Hospicio, que sólo ha tenido un descenso de cinco casos. Ha aumentado en los distritos del Congreso, Hospital y Palacio en 13 a 22 casos, y en el de la Latina en cinco.

La mortalidad por edades, en relación al mes anterior, está modificada favorablemente en las edades de uno a cinco años, en 15 casos; en las de veinte a cuarenta años, en 20 casos; en las de cuarenta a sesenta años, en 24 casos, y las que mejoran más son las de sesenta a ochenta años, que lo hacen con 44 casos. Está aumentada en las de menos de un año y en las de cinco a veinte años; en la primera con 56 casos y en la segunda con 12.

En relación a las distintas rúbricas han mejorado este mes, con relación al anterior, las del sistema nervioso, con 18 casos (de ellos nueve pertenecen a la rúbrica parálisis general y ataxia locomotriz progresiva); las del aparato circulatorio, con 23 casos; las del aparato respiratorio, con 56 casos; las del aparato urinario, con 25 casos, y han aumentado las rúbricas de fiebre tifoidea, sarampión, tuberculosis, sífilis y tumores.

Con relación al mes de Junio del año anterior han mejorado mucho los distritos de la Inclusa y Universidad, y en menor proporción los del Centro, Chamberí, Buenavista, Latina y Palacio. Han mejorado Hospicio, Congreso y Hospital.

Con relación a las edades, en igual mes del año anterior, han mejorado notablemente las de un año, con 78 casos, y las de uno a cinco, con 51 casos; otras han mejorado sólo en 12 o 13 casos, y han aumentado las de cuarenta a sesenta años en 21 casos, y las de sesenta a ochenta en 13 casos.

Las rúbricas que han mejorado en este mes, en relación al igual del año pasado, son la fiebre tifoidea, en 9 casos (teniendo en cuenta que el año pasado hubo 14); las del sistema nervioso, en 58 casos; las del aparato circulatorio, en 43; las del aparato respiratorio, en 38; la debilidad congénita, en 13, y la senilidad, en 16. La enteritis en menores de dos años ha disminuído en la cifra de 99 casos, prueba evidente del gran beneficio de la lucha pro infancia.

Han aumentado las tuberculosis en 11 casos y los tumores en 25.

Madrid, 11 de Julio de 1932.—El alcalde presidente, *Pedro Rico*.

Asociación oficial de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad.

El Comité ejecutivo de esta Asociación celebró sesión plenaria durante los días 17 y 18 de Marzo, tomando, entre otros, los siguientes acuerdos: Celebrar Asamblea extraordinaria en Madrid el día 28 de Abril con el siguiente orden del día:

1.º Situación creada a la Asociación por el Reglamento de provisión de vacantes y conveniencia de su transformación.

2.º Situación económica. Deudas con la Tesorería central.

3.º Pleito con Talleres Poligráficos. Apelación contra la sentencia. Incidentes y derivaciones.

4.º Dimisión del Comité ejecutivo.

5.º Propositiones de las Juntas provinciales y asociados.

Rendir en dicha Asamblea un homenaje de gratitud al diputado D. Antonio Tufiñón de Lara, por sus intervenciones parlamentarias en defensa del Cuerpo de Médicos titulares.

Dar cumplimiento a la orden de entrega del Escalafón, lamentando los términos en que ha sido redactada, de lo que pudiera deducirse que la Asociación dificultaba o encañecía la obtención de la ficha de méritos, no siendo cierto, pues la hoja de servicios que facilitaba la Secretaría era voluntaria. El Escalafón fué entregado a un delegado de la Dirección general de Sanidad el día 18.

Dirigir al señor ministro de la Gobernación un escrito protestando del Reglamento de provisión de vacantes, que no responde al espíritu ni a la letra de la Ley, deja en el mayor desamparo a los médicos viejos y no resuelve el problema de las destituciones arbitrarias ni el del pago puntual de las dotaciones.

Afirmar la necesidad, cada día más evidente, en que se encuentra la clase, de realizar una verdadera unión para triunfar de los obstáculos que se oponen al logro de sus justas aspiraciones.

CRONICAS

Vacante de médico en Castilla la Nueva.—Se necesita médico, buen clínico, de más de treinta y cinco años de edad, casado, excelente reputación, para igualatorio libre. En principio 400 familias y con garantía mínima de 10.000 pesetas anuales.

Cabeza de partido judicial, con ferrocarril, telégrafo y teléfono. Fijará su residencia antes del 3 de Mayo de 1933.

Dirigirse por carta pidiendo detalles y cuantos antecedentes precisen los señores solicitantes a D. Manuel del Valle, calle de Monteleón, 4, Madrid.

Mártires de la Ciencia.—El Dr. Hervé, médico director del Sanatorio de Escaldes, en los Pirineos orientales, ha sufrido la amputación de la mano izquierda a consecuencia de las lesiones sufridas por el empleo de los rayos X.

El estado del doctor, que ha padecido varias operaciones quirúrgicas por la misma causa con un admirable estoicismo, no inspira graves temores.

Pliegos de la obra «Oposiciones».—Agradeceremos mucho a aquellos suscriptores que por error de esta Admi-

nistración se les hayan enviado pliegos duplicados de la obra «Oposiciones médico-rurales», nos los devuelvan, pues a ellos en nada les beneficia, mientras que se quedan incompletas tantas obras como pliegos nos falten.

«Oposiciones médico-rurales».—Con el número presente acompañamos ocho pliegos correspondientes al tomo LEGISLACIÓN SANITARIA de la obra «Oposiciones».

Sobrepasamos nuestro compromiso de envío en el mes de Marzo en cinco pliegos más de los ofrecidos, y al comenzar Abril mandamos ocho pliegos del tomo correspondiente a LEGISLACIÓN SANITARIA, y, como tenemos ofrecido, se sucederán los envíos con la rapidez posible para dar fin a toda la obra en el menor espacio de tiempo.

Recordamos que la reclamación de pliegos debe hacerse dentro de los ocho días siguientes a la fecha de envío.

Médico parado aceptaría cargo aunque fuese burocrático o substitución en Madrid. Razón en esta Administración.

Tratado práctico de etiqueta y distinción social, 4 pesetas. Reembolso, 4,55. Pídase a EL SIGLO MEDICO.

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

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

Programa para el concurso de oposiciones a ingreso en la Academia de Sanidad Militar. 1,25 pesetas. EL SIGLO MEDICO.

El problema médico social de la tuberculosis.—Doctor Tomás de Benito. 7,50 pesetas. Pedidos, SIGLO MEDICO.

Tubos de rayos X «Müller-Metalix» con protección total.—Al número presente acompañamos interesante prospecto y tarjeta recomendando su lectura. Detalles, Röntgenmüller, Barquillo, 25, Madrid.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

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

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estano coloidal
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 84. — Valencia.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TRODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70.488