

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.

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



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 a 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg. Saint-Denis, PARIS

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



He aquí unas cuantas
ventajas del Antiséptico

LISTERINE



- 1 Posee un doble efecto antiséptico. El de sus componentes volátiles: tomillo, eucalipto, gaulteria y alcohol etílico; y el de la acción combinada de los ácidos bórico y benzoico que quedan adheridos a la parte tratada con el Antiséptico Listerine, prolongándose de este modo la protección antiséptica.
- 2 Su poder antiséptico es definido y uniforme. Produce siempre los mismos resultados en igualdad de casos. Se distingue así notablemente de las imitaciones ofrecidas con frecuencia cuyo valor antiséptico no ha sido determinado científicamente.
- 3 Es una solución antiséptica no tóxica. Puede emplearse cuantas veces se desee y sin ningún peligro como loción, irrigación o nebulización en todas las cavidades del cuerpo.
- 4 Tiene la garantía del prestigio científico universal conquistado por la Lambert Pharmacal Co. entre los médicos de todo el mundo.

Ayuntamiento de Madrid

Propietarios: LAMBERT PHARMACAL Co., St. Louis, Mo. E. U. A.
Concesionario: FEDERICO BONET - Apartado 501 - Madrid

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

FRANQUEO
CONCENTRADO

• TUBERCULOSIS
AFECCIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Escrófula, Raquitismo

SOLUCIÓN
PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición y el estado general.

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

Depositarlos para España:
 Jiménez-Salinas y C.^{ta}, Barcelona Sagúés, 2 y 4, (S. G.)

RADIO
Stewart-Warner

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

Con menos lámparas obtiene el máximo rendimiento alcanzado hasta el día

Está dispuesto para el adaptador de extra corta.

Posee toma y conmutador de "Pick-up".

Se fabrica en alterna y continua.

Dispone de toma para televisión

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA
VIVÓ, VIDAL Y BALASCH
 P.^o Recoletos, 16 - MADRID • Cortes, 589 - BARCELONA

LIBROS DE INTERES

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

Pesetas

<i>Sinónimos de medicamentos modernos</i> , por Gustavo López y García. Rústica.	4
<i>El problema médico-social de la tuberculosis</i> , por Tomás de Benito. Rústica...	7,50
<i>El bandido de Fontfreda</i> , por R. Comenge. Novela (parte II). Rústica.....	6
<i>Programas y Reglamentos de Médicos titulares, Lucha antivenérea</i> (dos pesetas). <i>Sanidad Militar, Estatutos de los Colegios Médicos, Provisión de vacantes de médicos y farmacéuticos</i> , cada uno	1,50
<i>Monografías</i>	1,50
<i>Contestaciones al Programa de médicos titulares</i> , 4 tomos. Rústica	25
<i>Paseos de un solitario. Hombres y mujeres de mi tiempo</i> , por C. M. ^a Cortezo. Rústica.	
Primera serie	5
Segunda serie	6
<i>Indicaciones del Forceps y técnica operatoria del mismo</i> , por el doctor Paulino A. Pons. Rústica	4
<i>Tratado práctico de etiqueta y distinción</i> . Rústica	4

VACANTES

Por la Dirección general de Sanidad se convoca concurso voluntario entre funcionarios en activo servicio pertenecientes a Cuerpo de Sanidad Nacional, para la provisión de las plazas de inspectores provinciales de Sanidad de Zaragoza y Badajoz, y de sus resultas, con arreglo a las condiciones fijadas en el artículo 6.^o del reglamento del Personal de 8 de julio de 1930, debiendo los aspirantes presentar o enviar sus instancias al Registro general de esta Dirección en el plazo de diez días hábiles, a contar desde el siguiente al de la publicación de la presente convocatoria en la *Gaceta de Madrid*. (*Gaceta* del 3 de junio.)

Médico, inspector municipal de Sanidad, substituiría compañero durante uno o más meses de verano. Dirigirse: Aniceto Lasarte. Leopoldo Cano, 9. Valladolid.

Practicantes:

Cerceda (La Coruña); 750 pesetas. Solicitudes hasta el 23 de junio.

Matronas:

Cabañas del Castillo (Cáceres). Solicitudes hasta el 20 de junio.

Cerceda (La Coruña); 750 pesetas; 23 de junio.

Valdelacasa de Tajo (Cáceres); 600 pesetas; ídem.

causantes de incapacidad parcial permanente para la profesión si sumasen 50 ó más por 100 las valoraciones correspondientes.

A los efectos de este artículo y cuando se trate de mujeres, cualquiera que sea su edad, y de obreros mayores de sesenta años, bastará que la suma de las valoraciones llegue al 40 por 100 para que la incapacidad pase a la categoría superior inmediata o se califique de incapacidad parcial permanente para la profesión.

Sección 2.ª—De las indemnizaciones.

Art. 26. Las indemnizaciones debidas en caso de accidente seguido de muerte o de incapacidad permanente de la víctima, serán abonadas a éste o a sus derechohabientes en forma de renta.

Por excepción de esta regla, las indemnizaciones podrán ser abonadas en totalidad o en parte, en forma de capital, a solicitud del accidentado o de sus derechohabientes, por acuerdo de la Comisión Revisora Paritaria Superior de Previsión Social, creada por decreto de 7 de abril de 1932. La indicada Comisión examinará las circunstancias del caso, apreciará si se ofrecen garantías de empleo juicioso del capital que se haya de abonar y decidirá libremente la denegación de la solicitud o accederá a ella, fijando la parte del valor del rescate que haya de ser satisfecha como indemnización, sin que en ningún caso pueda exceder del importe de cuatro años de salario de la víctima.

Art. 27. La indemnización a que se refiere el artículo 9.º de este Reglamento será abonada en la cuantía y forma siguientes:

1.ª Si el accidente hubiera producido una incapacidad temporal, el patrono abonará a la víctima una indemnización igual a las tres cuartas partes de su jornal diario desde el día en que tuvo lugar el accidente hasta el en que se halle en condiciones de volver al trabajo, o se le dé de alta con capacidad permanente o falleciere a consecuencia del accidente, entendiéndose que la indemnización será abonada en los mismos días en que lo haya sido el jornal, sin descuento alguno por los festivos.

mina para cada caso, en forma y cuantía según la clase de incapacidad que el accidente produzca.

En caso de fallecimiento del obrero, la indemnización corresponderá a sus derechohabientes, en la forma que se indica en este Reglamento, y el patrono deberá abonar los gastos de sepelio de la víctima conforme a lo que se dispone en el artículo 30.

La responsabilidad del patrono para los efectos legales será efectiva desde que ocurra el accidente.

Art. 10. Tanto la asistencia médica y farmacéutica como las indemnizaciones serán obligatorias, aunque las consecuencias del accidente resulten modificadas en su naturaleza, duración y gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo, o tengan su origen en infecciones adquiridas en el nuevo medio en que coloque, por orden expresa o modo tácito, el patrono al paciente para su curación.

CAPITULO II

DE LAS INCAPACIDADES E INDEMNIZACIONES

Sección 1.ª—De las incapacidades.

Art. 11. Para los efectos de las indemnizaciones por accidentes del trabajo se considerarán cuatro clases de incapacidades:

- a) Incapacidad temporal.
- b) Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual.
- c) Incapacidad permanente y total para la profesión habitual, y
- d) Incapacidad permanente y absoluta para todo trabajo.

Art. 12. Se considerará incapacidad temporal, a tenor del artículo anterior, toda lesión que esté curada dentro del término de un año, quedando el obrero capacitado para el trabajo que estaba realizando al sufrir el accidente.

Art. 13. Se considerará incapacidad permanente par-

cial para el trabajo habitual toda lesión que, al ser dado de alta el obrero, deje a éste con una inutilidad que disminuya la capacidad para el trabajo a que se dedicaba al ocurrirle el accidente.

En la valoración se tendrá en cuenta, además de la lesión, el oficio o profesión del accidentado, considerando si se trata de jornaleros y trabajadores no calificados, o de profesiones u oficios que precisen principalmente los miembros superiores o de profesiones que precisen principalmente los miembros inferiores, o de oficios y profesiones de arte y similares que requieran una buena visión y una gran precisión de manos, o de otro oficio o profesión especializados.

En todo caso, tendrán tal consideración las siguientes:

- a) La pérdida funcional de un pie o de los elementos indispensables para sustentación y progresión.
- b) La pérdida de la visión completa de un ojo, si subsiste la del otro.
- c) La pérdida de dedos o falanges indispensables para el trabajo a que se dedicaba el obrero.
- d) Las hernias, según el art. 17.
- e) Las lesiones que se consideren capaces de producir la misma incapacidad para el trabajo habitual.

Art. 14. Se considerarán como incapacidades permanentes y totales para la profesión habitual todas las lesiones que, después de curadas, dejen una inutilidad absoluta para todos los trabajos de la misma profesión, arte u oficio a que se dedicaba el obrero al sufrir el accidente, aunque el obrero accidentado pueda dedicarse a otra profesión u oficio.

Especialmente en relación con el párrafo anterior, se considerarán como incapacidades permanentes y totales para la profesión habitual las siguientes:

- a) La pérdida de las partes esenciales, de la extremidad superior derecha, considerándose como tales la mano, los dedos de la mano en su totalidad, aunque subsista el pulgar o, en igual caso, la pérdida de todas las segundas y terceras falanges.
- b) La pérdida de la extremidad superior izquierda,

nunciar a la indemnización o renta como incapacidad permanente. En estos casos serán de cuenta del patrono los gastos de operación y los jornales de convalecencia, que, a lo sumo, durará un mes después de la cicatrización de la hernia externa operatoria.

Una hernia reproducida sólo dará derecho a indemnización en los casos en que el obrero no la haya cobrado antes y trabaje después con el mismo patrono por cuenta del cual se practicó la operación.

En caso de considerarse necesaria la operación y de negarse el accidentado a someterse a ella, se estará a lo dispuesto en el artículo 72.

Art. 24. La lesión conocida con el nombre vulgar de callo recalentado se considerará como incapacidad temporal para los efectos de la indemnización.

No obstante, si el proceso infeccioso motivado por el callo recalentado da lugar a una incapacidad permanente, ésta será indemnizada en la misma forma que se señala en los artículos correspondientes.

Art. 25. Todas las incapacidades son definitivas; pero pueden coexistir con ellas otras de menor importancia, que se evaluarán con arreglo al siguiente cuadro y harán cambiar la categoría de aquellas cuando sumen más de un 50 por 100, haciéndolas pasar a la superior inmediata.

Cuadro de valoraciones.— Tanto por ciento.

- 1.º Pérdida de la segunda falange del pulgar derecho, 25 por 100.
 - Pérdida de la segunda falange del pulgar izquierdo, 12 por 100.
 - 2.º Pérdida total del índice derecho, 25 por 100.
 - Pérdida total del índice izquierdo, 18 por 100.
 - 3.º Pérdida de cualquiera de los otros dedos, 15 por 100.
 - 4.º Pérdida de una falange de cualquiera de los demás dedos de la mano, excepto el pulgar, 9 por 100.
 - 5.º Angulosis de la muñeca derecha, 45 por 100.
 - Angulosis de la muñeca izquierda, 30 por 100.
- Cuando ocurran tan sólo lesiones de las mencionadas en el cuadro de valoraciones, serán conceptuadas como

Caldas de Oviedo

dades del aparato respiratorio. Reumatismos eréticos dolorosos. Notables resultados de las estufas en la hipertensión arterial. Agua en bebida. Baños. Duchas. Inhalaciones. Pulverizaciones.

Aguas oligometálicas, muy radiactivas. Temperatura 43°. Enferme-

Gran Hotel del Balneario

Todo confort. - Cocina selecta. - Varias fondas - Casas de huéspedes
15 de junio a 30 de septiembre

Aguas de MARMOLEJO

Carbónicas, bicarbonatado-sódicas, magnésicas, cálcicas, litínicas muy radioactivas.
De creciente éxito en el tratamiento de enfermos de **estómago, hígado, bazo, riñones, vejiga, intestinos, diabetes sacarina, cloro-anemia. Arterioesclerosis, etc.**

2.ª temporada de 1.º de Septiembre a 15 de Noviembre.
Estación de ferrocarril a siete horas de Madrid y cuatro de Sevilla.
Alquitranada la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. — Todo confort.

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

ALZOLA

(Guipúzcoa)

Oligo metálica, marcadamente litínica, radioactiva, 30°

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

Temporada:

15 de junio al 15 de octubre.

Balneario de Carlos III

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte

Clima de montaña, 780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas

INFORMES Y FOLLETOS:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid

Establecimiento Balneario de Arnedillo (Logroño)

Aguas termales (52° 5 c.) clorurado-sódicas (5 gramos en litro) sulfatado bromuradas, con litio y rubidio, notablemente radioactivas (1.142 voltios hora litro).

ESPECIALISIMAS para la curación del artritis y reumatismo en todas sus formas, principalmente en la ciática, gota, escrofulismo, contracturas, luxaciones, fracturas, heridas, úlceras, gripe mal curada, etc., etc.

Aplicaciones completas de Lodos-vegeto minerales, únicos en España.

HOTEL DEL BALNEARIO, precios moderados, excelente trato, todo confort.

Estancia tranquila; clima muy saludable; altura sobre el nivel del mar 651 metros.

Viaje estación de CALAHORRA 15 de Junio a 30 de septiembre.
Detalles, folletos, etc., etc. Administrador del Balneario.

AGUAS MINERALES NATURALES

DE

CARABAÑA

«LA FAVORITA»

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

◀ MADRID ▶

Ayuntamiento de Madrid

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO

de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

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

Sanatorio Psiquiátrico **ESQUERDO** Carabanchel Alto
Director: Dr. Jaime Esquerdo Sáez



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

¿Viene usted a Madrid?

Hospédese

Hotel Los Leones de Oro

(entre Puerta del Sol y Gran Vía)

Calefacción — Baños :— :—

Precios económicos :: Muchas atenciones para los médicos

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

Correspondencia

administrativa

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

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

- D. Juan Orúe Antón.—Pagado fin diciembre 1933.
D. Carlos Gonzalo Cortés.—Id.
D. Antonio Martín González.—Id.
D. Antonio Roger Amado.—Id. febrero 1934.
D. Marcos Sendino García.—Id. julio 1933.
D. Alfredo Zambrana.—Id. fin junio 1934.
D. Ignacio Fedriani.—Id. fin diciembre 1933.

(Continúa en la página XX)

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

Director: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

Tos ferina de los niños. Tos crónica y rebelde de los adultos. Inofensivo.

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

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 espiroquitosos en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRITICA

— AMENIDADES —

10-VI-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

Revolución docente

POR EL

DR. BLANC FORTACIN

(Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de Madrid)

Días atrás un ilustre médico de Santander, el Dr. López Albo, razonaba en un artículo de un gran diario la conveniencia de incorporación de los Hospitales a la enseñanza oficial de la Medicina. Este asunto está resuelto ya en todos los países del mundo. Diez hospitales municipales son en Buenos Aires clínicas de la Facultad de Medicina. El propio de

dicha Facultad es uno más y no el de mayores proporciones en importancia. En toda Europa ocurre cosa análoga.

En España los hospitales se hallan virtualmente, y desde hace tiempo, en



funciones de enseñar. Hay un decreto hoy plenamente vigente, en virtud del cual los médicos que lleven cinco años en ejercicio de jefe de una clínica de Hospital, pueden, previo informe de la Academia Nacional de Medicina y del Claustro correspondiente, ser nombrados profesores

agregados a la Facultad. Ese decreto publicado en tiempos de Romanones como ministro de Instrucción pública, es de una trascendencia enorme; aplicado a la letra ya suponía un avance en la eficiencia de la enseñanza clínica. Véase uno de los artículos: El contingente de los alumnos de los cursos prácticos se distribuirá por igual entre el profesor titular y los agregados en forma tal, que ninguno tenga adscritos más de veinticinco alumnos. Es decir, que el catedrático recibía el inmenso beneficio de ver descargada su labor a límites compatibles con una buena actuación pedagógica. No encierra esta afirmación la menor ironía, aunque lo sospeche algún docente oficial.

Ampliada a otras disciplinas uni-

Diarreas estivales
ELDOFORMO
Bayer-Meister Lucius

“MALTOPOL”

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

cionan las sensaciones extremas, se ha colocado sin darse cuenta fuera de la vida ordinaria. Yo no veo en él otra cosa, que al seguir la pendiente insensible de una mala vida, un hombre de sus condiciones se haga un pillo y acabe sus días en un cadalso afrentoso. Pero, capitán, mire usted con atención la vista que presenta nuestro pueblo por esta parte.

Genestas alcanzó a ver a lo lejos una inmensa plaza circular poblada de árboles, en medio de la cual se hallaba una fuente rodeada de olmos gigantes. El circuito estaba señalado por declives, sobre los cuales se levantaban tres filas de árboles diferentes: en primer lugar acacias, luego árboles del cielo y en la parte superior del coronamiento, olmos achaparrados.

—He aquí el campo que tenemos destinado para celebrar la feria—dijo el médico—. Después, el camino vecinal empieza por las dos casas de que ya hablé a usted, o sea las que pertenecen al juez y al notario.

En aquel momento entraban en una calle ancha y bien pavimentada, a cada lado, de la cual se encontraba un centenar de casas nuevas casi todas separadas y rodeadas por sus jardines. La iglesia, cuyo frontispicio formaba una hermosa perspectiva, se encontraba en el final de aquella calle, en mitad de la cual se habían trazado ya otras dos, en las que también se levantaban varias casas. La alcaldía estaba en la plaza de la Iglesia, haciendo frente al prebisterio. A medida que Benassis avanzaba, las mujeres, los niños y los hombres, que volvían de sus trabajos, y los que se encontraban descan-

sando en la puerta de sus casas, le saludaban, quitándose sus sombreros y dándole las buenas noches; los chicuelos corrían y saltaban alrededor de su caballo como si la bondad del animal les fuera tan familiar como la de su dueño. Aquello era una oscura alegría, que semejante a los sentimientos profundos, tenía su particular pudor y su atrayente comunicación. Viendo la acogida que hacían al médico, Genestas pensó que la víspera había estado demasiado modesto en la manera que tuvo de pintarle el afecto que le guardaban los habitantes del Cantón. Aquella era indudablemente la manera más dulce de gobernar, porque todos los títulos están escritos en el corazón de los súbditos, verdadero reinado, considerado con imparcialidad. Cualquiera que sea el poder que alcancen los radios de la gloria o del poder que goce un hombre, su alma contrapesa con suma facilidad los sentimientos que le proporciona su obra exterior, y se da cuenta en seguida de su existencia real, no encontrando nada cambiado, ni nada nuevo, ni nada más grande que el ejercicio de sus facultades físicas. Los reyes, aunque poseyesen toda la tierra, están condenados del mismo modo que los demás hombres, a vivir en un círculo reducido donde tienen que sufrir las leyes, y su felicidad tiene que depender de las impresiones personales que experimentan. Por otra parte, ¿no era Benassis reconocido, amado y obedecido por todo el Cantón?

TERTULIA MEDICA

versitarias ese decreto hubiera transformado la enseñanza universitaria y hubiera impreso una provechosa acción educativa a la Universidad

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA. 88.—MADRID

que, aunque otra cosa se crea, debe ser escuela de voluntad y buen sentido. No muy sobrado de ambas cosas se halla el ambiente universitario: proyectos, planes y reformas no faltan, ni han faltado; más si a tenor de la abundancia fuera la competencia, no padeceríamos seguramente esta endemia de mala crianza que por doquier se respira.

Aquel decreto tan profundamente renovador fué inspirado por un revolucionario: el Dr. Cortezo. Un revolucionario que ha luchado toda su vida sin atender a su propia conveniencia. Recién salido de la escuela fué catedrático por oposición y decano de un hospital del Estado.

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.

BALDACCI, PISA

Y un buen día, creyendo que ambos cargos no podían ejercerse sin independencia, y que del Rey abajo nadie debía osar cometer atentado

contra un derecho ganado por propio valimiento, lanzó por la ventana las dos plazas, y salió a luchar en campo libre de estorbos oficiales. Este revolucionario inspiró el decreto referido, cuando no le importaba ya para poder sacar de él la menor ventaja. Estaba ya en la cumbre de su carrera política; y del hospital que abandonó por un rasgo de dignidad, no conservaba más que un recuerdo triste de los que con él convivieron, y una nostálgica evocación de una ilusión malograda. Su nombre está ins-

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio
Frasco e inyectables.

crito en los muros de la que fué su cátedra; ¡no ha vuelto a entrar en ella con pleno derecho moral, porque el mundo es... como es!

Pero la revolución docente que inspiró Cortezo, sucumbió por falta de ambiente. La universidad española de hoy tiene espíritu apocado, y por ello vive en perpetua tutoría. Cifra su progreso en edificios e instalaciones que nunca le parecen bastante bien acondicionadas y provistas. Ello es muy de atender y procurar. Mas con ello solo, no se alcanza perfección. Ello es obra de virtud pedagógica rara cualidad que tiene como enemigos la vanidad y la ambición.

Hoy, por hoy, quien sienta voca-

ción docente, trabaje por cuenta propia, si tiene medios para llevar a cabo su misión. Abra las puertas de su es-

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

cuela a quien sienta el ansia de aprender, y considere que aquélla será célula de una universidad futura, donde los maestros vivirían en familiar y afectuosa camaradería con los discípulos, libres del agobio del número, exentos del afán de exhibición, atentos a esa íntima satisfacción de comunicarse ideas e intuiciones. De esas cátedras saldrán los investigadores, los matemáticos y los químicos, los biólogos y filósofos, y los versa-

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

Véase anuncio, página IV.

dos en el arte de regir los pueblos que tanta falta hacen hoy día en nuestra patria.

(Continúa en la página XX)

CAPITULO III

Un Napoleón del pueblo.

—¡Gracias a Dios que llegan ustedes, señor!—dijo Jacoba, al ver a los dos caballeros—. Hace ya más de una hora que estos señores les están esperando. Siempre ocurre lo mismo; cuando es necesario que la cena esté lucida, retarda usted la hora para que se haya pasado. Ya está todo deshecho de tanto cocer.

—Pues bien; ya estamos aquí—respondió Benassis sonriendo.

Ambos caballeros después de apearse se dirigieron al salón en el que se encontraban ya las personas invitadas por el médico.

Señores—dijo éste al entrar, tomando la mano de Genestas—: Tengo el honor de presentar a ustedes al capitán Bluteau, que pertenece al regimiento de caballería de guarnición en Grenoble; es un viejo soldado que me ha prometido que permanecerá algún tiempo entre nosotros—. Después, dirigiéndose a Genestas, le presentó a un hombre delgado, de cabellos grises y vestido de negro—: Este es el señor Dafau, nuestro juez municipal, de quien ya os he hablado y que ha contribuido tan poderosamente a la regeneración del Municipio—. A continuación le llevó delante de un joven pálido y de mediana estatura, vestido también de negro y con anteojos, y repitió—: El señor Tonnelet, yerno del señor Gravier, y el primer notario establecido en el pueblo—.

Volviéndose a continuación hacia un hombre grueso, medio aldeano y medio burgués, de aspecto grosero, granujiento, pero de una sencillez, añadió—: El señor Cambon es mi teniente alcalde, el mercader de maderas y a quien debo la benévola confianza que tienen depositada en mí los habitantes del distrito. Es uno de los constructores del camino que tanto ha alabado usted—. Por último, dirigiéndose al sacerdote, continuó—: No tengo necesidad de advertir a usted la profesión del señor. Es un hombre al que nadie puede menos de amar en cuanto le trata.

La figura del sacerdote absorbió toda la atención del militar por la expresión de bondad moral que le caracterizaba y cuyas seducciones eran de todo punto irresistibles. En el primer momento, la cara del Sr. Janvier se manifestaba desagradable por las muchas y pronunciadas arrugas que tenía. Su pequeña talla, su delgadez y su apostura anunciaban una gran debilidad física; pero su fisonomía complaciente atestiguaba la profunda paz interior del cristiano y la fuerza engendradora por la castidad del alma. Sus ojos, en los que parecía reflejarse el cielo, descubrían el inagotable depósito de caridad que adornaba su corazón. Sus gestos naturales eran los de un hombre modesto, y sus movimientos tenían la púdica sencillez de las muchachas. Su presencia inspiraba en seguida además, respeto profundo, un deseo vago de penetrar en su intimidad.

—¡Ah!, señor alcalde—dijo inclinándose—tratando de rehuir los elogios que de él hacía Benassis.

GOTAS NEUROSTENICAS FOSFORADAS

del Dr. GENOVÉ

Compuesto de FOSFORO PURO perfectamente dosificado
Strignos nux, vómica, Ignatia amara, Chyrayita, Eritroxilum coca, Quina y Colombo

Valioso tónico de los nervios. — Poderoso incitante vital
Alimento del cerebro. — Acción rápida e inofensiva

Neurastenia. — «Surmenage» intelectual. — Estados melancólicos. — Jaquecas
Cefaleas. — Impotencias. — Anafrodisia

ZARAGATONA GENOVÉ
ABSOLUTAMENTE LIMPIA

EL MEJOR LAXANTE — EL MAS EFICAZ — EL MAS INOFENSIVO
Insubstituible en el estreñimiento pertinaz

Pídanse muestras y literatura a la Farmacia VIUDA GENOVÉ. — Rambla de las Flores, 5. — BARCELONA

SIL-AL

Metahidrosilicato de aluminio
fisiológicamente puro.

**Sustituye al bismuto en
terapéutica gástrica.**

Existe el SIL-AL belladonado

Muestras
y literatura:
A. GAMIR
Valencia

BARDANOL

Elxir de bardana y estaño eléctrico.

INDICACIONES:

**Estafilococias en todas
sus manifestaciones.**

Muestras
y literatura:
A. GAMIR
Valencia

BENZOFORMINA

Comprimidos de 0,25 gramos

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

Frascos de 50 comprimidos.

Gramos. Muestras
y literatura:
A. GAMIR
Valencia.

= BARACHOL =

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

LABORATORIOS FAUS. — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

Tratamiento médico del ulcus gástrico

PEPSIN

Pepsina para uso hipodérmico

20 centigramos de P E P S I N A pura neutralizada por ampolla de 2 c. c.

Aprovechamiento clínico de la acción anti-ulcus del fermento gástrico, en inyecciones parentéricas sin reacción local.

Indicaciones: *Úlceras de las vías digestivas, colitis ulcerosas, úlceras de las piernas, de decúbito, diabéticas, tabéticas, etc., en la anemia perniciosa.*

Laboratorios Juste

Francisco Navacerrada, 3, hotel.

Apartado de Correos 9030
M A D R I D

— Teléfono 55386

NUEVA FORMA FARMACÉUTICA CONCENTRADA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL AJO (Allium Sativum)

Anti-
dia-
reico

ALLISATINA
SANDOZ

Anti-
dis-
pép-
tico

(Principio activo del ajo fijado al carbón vegetal)

La Allisatina está dotada de un poder antidiséptico bien definido y ejerce sobre el tubo digestivo una acción modificadora, estimulante y sedativa a la vez. Esta acción característica, unida a sus propiedades anti-parasitarias y bactericidas, permite establecer con la Allisatina una medicación de las afecciones de las vías digestivas de un carácter nuevo y de un valor especial.

INDICACIONES:

Afecciones intestinales crónicas con fermentaciones anormales y patógenas, flato, cólicos, calambres intestinales, colitis, enterocolitis y colitis mucomembranosa. — Diarreas subagudas y crónicas, disentería, dispepsias gastrointestinales con o sin diarrea, enteritis infecciosas y gastroenteritis. — Hipertensión. — Inapetencia. — Afecciones broncopulmonares.

Productos farmacéuticos SANDOZ, Basilea (Suiza)

OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA:

Apartado 880. — Barcelona. — Plaza Cataluña, 9

NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO
MEDICACIÓN BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA



LABORATORIOS-FEDE S.A.

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

Neyol n.º 1
Procesos crónicos del
aparato respiratorio

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

Neyol n.º 2
Antifímico

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

Neyol n.º 3
Niños

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

Neyol n.º 4
Procesos agudos

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

Neyol n.º 5
Antiasmático

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

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

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

SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS

Ayuntamiento de Madrid

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO

Lema: *progressi sumus, progredimus, progrediemur.*

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

SUMARIO. Sección científica: La gastrectomía. Sus indicaciones, técnicas y resultados, por el Prf. Tefilo Hernando y Ortega. — Períodos médicos.

La gastrectomía. Sus indicaciones, técnicas y resultados

POR EL

PROF. TEOFILO HERNANDO Y ORTEGA

Ponente del tema en la sesión especial celebrada por la Academia Médico-Quirúrgica Española el día 8 de mayo de 1933.

Las intervenciones quirúrgicas que se realizan con motivo de las enfermedades del estómago y duodeno son las que con más frecuencia tiene que practicar el cirujano. Para nosotros, los internistas, se nos plantea a diario el problema de si está o no indicada una operación en un enfermo con una lesión de estas vísceras; y por lo que a mí se refiere, puedo aseguraros que constituye una de mis mayores preocupaciones, que, a veces, llega a ser una verdadera tortura, la de si he de aconsejar o no a un enfermo una intervención. Asimismo, debo recordar también como uno de los momentos más difíciles en el ejercicio profesional, aquel en el que un enfermo, después de haber agotado todos los tratamientos médicos, luego de haber pasado por ese momento difícil en que se decidió la intervención y por los días angustiosos en que se esperaba el resultado inmediato de ésta, transcurridas unas semanas, unos meses, a veces unos años, vuelve otra vez a la clínica acusando molestias, unas veces semejantes a las que tuvo antes de la operación, otras de diferente naturaleza. Si fuimos el que le aconsejamos la intervención, el paciente, según su carácter, nos recrimina más o menos fuertemente, atribuyéndonos parte de aquel fracaso. Otras veces el enfermo bondadoso se limita a confesar sus molestias y hasta busca disculpa para su desgracia. En los dos casos somos nosotros los que nos sentimos contrariados, compartimos con nuestro enfermo su desdicha y lamentamos, como nunca, que no haya llegado la medicina a encontrar la indicación precisa, ni la cirugía a conseguir la técnica perfecta que permita que todos estos pacientes consigan la curación que en la mayoría de

los casos durante largos años esperaron, y que otros muchos, más afortunados, logran con la intervención operatoria.

La importancia del problema justifica que desde hace medio siglo no haya Congreso, ni reunión médico-quirúrgica en la que todos los años no se aborde este asunto. Considero, por consiguiente, un acierto el que esta Academia, siempre joven, siempre renovada, en ella todos hemos comunicado nuestros primeros trabajos, plantee esta cuestión, porque si bien es verdad que los progresos que se realizan van muy lentamente, conviene mantener vivo el problema para que no se olvide un sólo momento, siendo, además, necesario exponer periódicamente a los médicos generales el estado en que se encuentra.

INDICACIONES DE LA GASTRECTOMÍA

La gastrectomía puede estar indicada en los siguientes casos: cáncer gástrico y otros tumores malignos del estómago. Algunos tumores benignos. Úlcera gástrica, duodenal y del yeyuno, gastritis crónica: tuberculosis gástrica, actinomicosis y otras enfermedades raras del estómago; también en algunas lesiones traumáticas de esta viscera.

Nosotros en este momento vamos a discutir solamente las indicaciones y los resultados de las resecciones gástricas en el cáncer, en la úlcera gástrica y duodenal y en la gastritis crónica.

Cáncer gástrico

A pesar de los esfuerzos hechos por tantos experimentadores y clínicos con el fin de encontrar un tratamiento médico del cáncer gástrico y de los resultados estimables conseguidos con la radioterapia, en la actualidad, no podemos luchar contra esta terrible enfermedad más que combatiendo las enfermedades precancerosas (úlcera y gastritis poliposa) o recurriendo lo más tempranamente posible a una intervención quirúrgica. Por desgracia, no contamos con un medio que nos permita hacer un diagnóstico del carcinoma en el momento en que se inicia y casi siempre o siempre, cuando llegamos al diagnóstico,

aun utilizando los métodos más sensibles (investigación de hemorragias ocultas, radiodiagnóstico y gastroscopia), ya estamos en presencia de un cáncer en período más o menos avanzado de su evolución.

Nunca se recomendará bastante a los médicos generales y a los pacientes que se preocupan de tantas enfermedades más o menos fantásticas, el cuidado con que debe vigilarse toda alteración gástrica que se presente, pasados los cuarenta años, sin olvidar los casos de cáncer juvenil. Este será el modo de que lleguen estos enfermos a los cirujanos, y aun a los médicos especialistas, en condiciones de que se les pueda practicar una intervención seguida de éxito.

A pesar de haber visto algunos centenares de enfermos con cáncer gástrico, son muy pocas las veces en las que he podido aconsejar la intervención, y menos en los que la supervivencia, después de ésta, ha podido alcanzar mayor duración de año y medio o dos años (en dos más de tres años y en otro cuatro). Las duraciones mayores solamente se han conseguido en pacientes con todos los síntomas de una úlcera, en los que la intervención quirúrgica pareció confirmar este diagnóstico, y sólo el examen histológico pudo hacer sospechar la existencia de una alteración epitelial.

De todos modos el cáncer gástrico debe ser intervenido siempre, y si yo le tuviera me haría operar en cualquier momento de su evolución. Puede decirse que casi carece de objeto otra intervención que no sea la resección y ésta ha de ser lo más amplia posible para llevarse todo el tejido enfermo del estómago y órganos vecinos, ganglios, etc. En algunos casos estará indicada la gastrectomía total.

No olvidemos que la mortalidad, en la resección por cáncer, es mayor de un 25 por 100; pero ante una enfermedad en que la vida no podría prolongarse más de unos meses y en muchos casos llena de sufrimientos, está justificado correr este gran riesgo con la esperanza de un posible éxito operatorio.

La muerte de los enfermos sobreviene en la mayoría de los casos a consecuencia de una recidiva del tumor.

Se han publicado algunos casos de gastrectomía total con supervivencias de tres años y ocho meses (Moynihan), de cuatro de (Mayo). Estos casos tuvieron anemia que no se presentó a los dos años en el caso de Brighan ni en dos de Walters (1).

Indicaciones de la resección en las gastritis y duodenitis crónicas

Desde hace más de dos siglos, según las ideas predominantes en Medicina, se estudian en los libros unas veces sólo las dispepsias, concediendo a lo más unas líneas a las gastritis; otras, sólo las gastritis, limitándose a una mera mención de las dispepsias. Es decir, como en otras partes de la Medicina se concedía alternativamente una importancia mayor a la alteración funcional o a la lesión anatómica.

Después que Kussmaul propuso el sondeo del estómago, Leube, que le empleó de manera sistemática, describió los distintos cuadros de hiperacidez y de hipoacidez, y todos los médicos creyeron que la

patología gástrica y su terapéutica quedaba reducida a un problema de química elemental de hiperácidos, hipoácidos y anácidos, que se podrían combatir con alcalinos, dosis moderadas o dosis fuertes de ácido clorhídrico, respectivamente. Sin embargo, algunos autores, Hayen y sus colaboradores en Francia y Brinton en Inglaterra; después, Faber en Dinamarca; Bergmann y su escuela, en Alemania, insistían en la importancia de la gastritis, que ya todo el mundo admitió desde que el gran número de intervenciones quirúrgicas practicadas demostró su frecuencia y en que, sobre todo, los estudios anatomopatológicos de Konjetzny y sus colaboradores los radiológicos de mucosa (Akerlund, Forsell, Berg), el frecuente empleo de la gastrocopia (Schindler, Hohlweg, Korbsch, Gutzeit, etc.) han permitido que todos comprobemos, de manera indudable, cómo muchas de las molestias que acusan los enfermos, y que antes atribuíamos a lesiones ulcerosas, al cáncer o a trastornos puramente funcionales, se deben a una gastritis o a una duodenitis.

Los estudios histológicos modernos han llevado a sustituir la denominación antigua de catarro gástrico por la de gastritis; aquél suponía una lesión superficial de la mucosa y éste indica una lesión de toda la pared del estómago, que no siempre se muestra manifiesta en su superficie.

Muy difícil es puntualizar las indicaciones quirúrgicas en las gastritis crónicas. Insistimos, como hace persona tan conocedora del problema como es Konjetzny, en que debe prolongarse lo posible el tratamiento médico.

A veces puede requerir intervenciones quirúrgicas a distancia cuando la gastritis está sostenida por una apendicitis, colecistitis, tonsilitis, etc.

Cuando fracasa el tratamiento médico directo e indirecto (contra la lesión que la sostiene) será necesario recurrir a la intervención quirúrgica directa. A veces ésta surgirá en el momento de una intervención operatoria, a la que irá el enfermo diagnosticando de úlcera, con la que es a veces muy difícil diferenciarla, más rara vez de cáncer, y en la que el cirujano, encontrándose con una gastritis, debe realizar la pilorogastrectomía, puesto que la gastroenterostomía generalmente agrava a estos enfermos.

Estará indicada la intervención cuando el examen radiográfico o la gastroscopia nos demuestren la existencia de una gastritis poliposa, que, como es sabido, predispone al cáncer, o cuando encontremos una gastritis de antro, rebelde al tratamiento médico, o una piloritis hipertrófica, o cuando la gastritis se acompañe de hemorragias. Finalmente, fuera de todos estos casos, cuando las molestias que el enfermo tenga sean persistentes y perturbadoras para su vida social.

Los resultados de la intervención quirúrgica en estos casos son variables.

Finsterer fué el primero que aconsejó se practicara una gastrectomía parcial en los enfermos que con un cuadro de enfermedad orgánica (úlcera o cáncer), la intervención no demostrara la existencia de una u otra de estas lesiones. Después ha publicado 35 casos operados por gastritis. Konjetzny, en 1924, refiere también ocho casos de resección en pacientes con un síndrome pilórico sin otra lesión que la de la "gastritis folicular" (según nombre

(1) El profesor Rivera practicó una gastrectomía hace ya más de treinta años con supervivencia de más de quince.

propuesto por Dobrowolski). Otros muchos casos han sido operados por Doberer (215 casos), Elter y otros.

Neugebauer refiere sus resultados en 35 casos, de los cuales en 33 pudo seguir los resultados tardíos, encontrando en 20 curaciones completas, en dos completo fracaso de la intervención y en los restantes ligeras molestias, pero compatibles con una vida social que antes no podían realizar estos enfermos.

Recientemente, Fitzgerald de Montreal ha practicado la pilorectomía o gastrectomía en nueve casos con un síndrome de tipo ulceroso, a veces con hemorragias profusas y repetidas (uno de sus casos), en los que la intervención no demostró más que la presencia de gastritis y en los que la resección llevó a la curación a siete, produjo alivio en una y en otra (aunque aliviado), fué seguida de molestias por adherencias.

Sin embargo, otros autores en el 50 por 100 de sus casos (Anschutz-Wanke) y aun en una proporción mayor (Haberer) obtuviera resultados francamente malos.

La mortalidad inmediata en los resecados por gastritis es relativamente pequeña. En 319 resecciones que reúne Finsterer encuentra una mortalidad de 1,5 por 100. En cambio, como hemos dicho, los resultados tardíos particularmente en algunas estadísticas son peores que en la úlcera.

Es preciso, por consiguiente, esforzarse en perfeccionar el tratamiento médico de la gastritis, así como en los casos de fracaso quirúrgico buscar las causas para puntualizar las indicaciones.

Úlcera gástrica

Pasaron ya los tiempos en los que se discutía si el tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal debía ser médico o quirúrgico. Nadie puede negar las siguientes afirmaciones:

1.^a Hay úlceras gástricas y duodenales que se curan por completo; unas veces espontáneamente, otras a favor del tratamiento médico. Tenemos la comprobación en los numerosos casos de autopsias e intervenciones quirúrgicas que demuestran la presencia de cicatrices perfectas tanto en el estómago como en el duodeno. Tienen menos valor, pero también merecen recordarse, los casos de curación médica comprobados radiológicamente, coincidiendo con la desaparición de los síntomas subjetivos y objetivos de la úlcera.

2.^a El tratamiento quirúrgico de la úlcera tiene una mortalidad semejante a la que da el tratamiento médico.

3.^a Ahora bien, cuando no se hacen operar más

que las úlceras graves, complicadas o rebeldes al tratamiento médico, los resultados de la intervención son extraordinariamente halagüeños, consiguiendo que se curen una mayoría de enfermos condenados a grandes molestias y en un tanto por ciento elevadísimo a la muerte.

4.^a Realizada la intervención, el paciente tiene todavía un cierto número de probabilidades de seguir con molestias, unas veces atenuadas, otras semejantes a las que tenía antes de la operación.

Por estos motivos repetimos ahora lo que hace diez años decíamos en este mismo sitio: la úlcera gástrica y duodenal deben operarse cuando haya fracasado en ellas el tratamiento médico.

¿En qué casos se puede considerar como fracasado el tratamiento médico y pensar en la conveniencia de recurrir a un tratamiento quirúrgico, especialmente a la gastrectomía?

Siempre que después de observar el tratamiento médico con rigor persisten los dolores, las hemorragias ocultas, existe una estrechez del píloro o duodeno y en algunos casos mediogástrica. Quizá también en algunos casos

en que el examen radiológico o gastroscópico demuestre la existencia de una úlcera penetrante y, finalmente, cuando se sospeche la transformación de la úlcera en un carcinoma. Recordaremos también las intervenciones de urgencia en las perforaciones y en las hemorragias profusas.

Insistimos una vez más en la conveniencia de hacer preceder, en la mayoría de los casos, todo tratamiento quirúrgico de un tratamiento médico riguroso y prolongado. Un cirujano de la experiencia de W. J. Mayo dice que no se debe recurrir al tratamiento quirúrgico sino "after nine complete and permanent cures", con lo que sólo quiere significar cuánto debe pensarse antes de decidir una intervención.

Conviene con este motivo que señalemos a los médicos la importancia que tiene el hacer un diagnóstico lo más temprano posible de la úlcera, pues todos hemos observado, y Nielsen lo ha demostrado con estadísticas cuidadosamente hechas, que una úlcera es tanto más difícil de curar cuanto más antigua es, y, por el contrario, que aumentan las probabilidades de curación cuanto más tempranamente se instituye el tratamiento médico. Esto se comprende fácilmente cuando se estudia histológicamente una úlcera y se ve que cuanto más antigua menor suele ser la zona granulosa, que sigue a las más superficiales de exudación y necrosis, y, en cambio, más gruesa es la zona profunda de tejido cicatrizal, pobre en capilares, y, por tanto, en condiciones de dificultar la tendencia a la cicatrización de la zona granulosa.

Asimismo también debemos señalar en este mo-

Avance de sumario para el número próximo (17 de Junio de 1933)

DR. JOSÉ GOYANES CAPDEVILA. Diagnóstico y operatoria de los tumores intradurales-extramedulares.

LA GASTRECTOMÍA, SUS INDICACIONES, TÉCNICA Y RESULTADOS (Discusión).

PROF. DR. D. FLORESTÁN AGUILAR.—Origen castellano del prognatismo en las dinastías que reinaron en Europa. (Conclusión).

Bibliografías.

Prensa extractada.

Sección profesional.

mento que, según la experiencia de la mayoría de los cirujanos, la gastrectomía proporciona menor número de éxitos en los jóvenes.

INDICACIONES DE LA RESECCIÓN EN LAS COMPLICACIONES DE LA ÚLCERA

Perforación.—Muchos consideran que en las úlceras perforadas se debe hacer también la resección, siempre que se las opere dentro de las primeras veinticuatro horas, sobre todo dentro de las doce primeras. Prader ha practicado investigaciones bacteriológicas llegando a la conclusión de que por la hiperacididad que padecen estos enfermos es muy rara la infección dentro de las primeras doce horas, y refiere siete casos de resección en siete perforados, que curaron todos. Otros prefieren la simple sutura o ésta seguida de gastroenterostomía. Probablemente el tomar una u otra determinación depende de muchas circunstancias, cuya solución dejamos a los cirujanos.

Hemorragia aguda.—La mayoría de los cirujanos se muestran enemigos de la intervención en este momento. Yo, que he asistido a una intervención en plena hemorragia, me he dado cuenta de las dificultades que tiene; en el referido caso el fin fué fatal. Sin embargo, deben hacer meditar acerca de la utilidad de esta intervención los siguientes resultados, que refiere Finsterer: Entre 90 casos, intervenidos en el momento de la hemorragia, en 40 la intervención fué temprana: De 33 resecados, uno murió (3 por 100 de mortalidad) y en siete se practicó la gastroenterostomía, uno murió (14,2 por 100 de mortalidad). En cambio, de 50 en que la operación fué tardía murieron 16 (32 por 100 de mortalidad).

Intervenciones en úlceras de curso crónico

En todos los casos de úlcera gástrica, duodenal y yeyunal, en los que esté indicada la intervención quirúrgica, debe recurrirse a la resección lo más amplia posible, siempre que haya posibilidades técnicas para realizarla.

Esta es nuestra opinión terminante, basada en nuestra experiencia personal.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la gastroenterostomía es una intervención menos peligrosa, habiendo casos en los que ésta se ha practicado hace doce, quince y más años, encontrándose los pacientes en perfecto estado de salud, sería de desear que se lograra un conocimiento exacto de cada enfermo que algún día nos permitiera precisar qué pacientes pueden curarse con uno u otro procedimiento operatorio.

Recordemos que al lado de la opinión de la mayoría de los cirujanos que en la actualidad dan preferencia a la resección, un cirujano de la experiencia de Mayo sigue prefiriendo la gastroenterostomía y otros métodos conservadores con los que dice consigue más de un 90 por 100 de curaciones con riesgo operatorio muy pequeño.

A todos extrañaba la discordancia de este cirujano, y recientemente otro cirujano de Rochester, W. Walters, después de un viaje de estudios por Europa, llega a la conclusión de que el motivo por el que en Alemania es necesario recurrir a la resección, con más frecuencia que en el Estado de Minnesota, es porque en aquel país es frecuentísima la gas-

tritis crónica, que sería relativamente rara en los enfermos operados en Rochester.

Es indudable que en nuestro país es también muy frecuente la gastritis crónica. Por este motivo se podría explicar la frecuencia de los malos resultados que se consiguen en un gran número de casos con la gastroenterostomía.

No es que consideremos estos estudios como definitivos, pero sí interesantes porque señalan una orientación para el porvenir, haciendo, que, como antes decíamos, se intente estudiar cada caso con la esperanza de que llegue algún día en el que se pueda elegir para cada enfermo aquella operación que teniendo en cuenta sus condiciones individuales sea la que precisamente esté indicada.

Consideramos como una de las causas más frecuentes del fracaso de la gastrectomía el estudio insuficiente del enfermo.

En efecto, en estos casos, tanto por parte del médico como del cirujano, se extreman las exploraciones en todo lo referente al estómago y duodeno, obteniendo gráficas detalladas de la acidez gástrica, investigación de hemorragias ocultas en heces, múltiples radiografías en las que se nos suministran datos no solamente acerca de la existencia de la úlcera y de su localización, sino también del estado de los relieves de la mucosa en sus más finos detalles. No es que nosotros creamos que se debe prescindir de nada de esto. En primer lugar por que estimamos que es un deber de educación clínica el hacer el estudio más preciso posible de todo cuanto se relaciona con la lesión de un determinado órgano, particularmente cuando el enfermo ha de pasar a manos del cirujano. En este caso por un doble motivo: en primer lugar, porque aun cuando el cirujano, una vez laparatomizado el enfermo, siempre ha de decidir lo que le aconsejen las lesiones que compruebe, conviene que vaya preparado con el mayor número de datos llevando prevista la intervención hasta en sus menores detalles. Además, es de gran interés que el médico tenga hechas todas las exploraciones, por que la intervención, esta autopsia *in vivo*, como se ha dicho tantas veces, le permite sacar deducciones acerca del valor del examen practicado que podrá en lo sucesivo aplicar al estudio de otros enfermos.

Pero tan importante, a veces más que el estudio de todo cuanto se relaciona con el órgano lesionado, es el de los otros órganos, distantes a veces, es decir, como tantas veces hemos repetido, el estudio del enfermo en total. A la insuficiencia de este estudio atribuimos muchos de los fracasos operatorios.

Durante mucho tiempo se ha estado sobrevalorizando la importancia del corazón, tanto para los accidentes que se observan en el curso de las infecciones como para los accidentes operatorios. En la actualidad se sabe que este es un órgano mucho más tolerante de lo que se creía, aun estando enfermo, para soportar las toxinas microbianas, la acción de un anestésico o las consecuencias de un traumatismo operatorio.

En cambio, tiene mucha más importancia cuando se va a decidir una intervención, especialmente una gastrectomía, el estudio de las alteraciones de otros órganos: En primer lugar de los más inmediatos: es preciso no olvidar la frecuencia con que a la úlcera

gastroduodenal se asocian lesiones vesiculares, apendiculares o de otros tramos del intestino.

Nosotros hemos visto en bastantes casos la asociación de la úlcera péptica con la colecistitis que a veces hemos comprobado en las intervenciones quirúrgicas. Merece citarse la estadística de Mayo, publicada por Rivers y Mason, que encuentran en 2.161 intervenciones 202 casos en los que se asociaba la colecistitis y la úlcera.

Asimismo, no olvidaremos nunca la posible existencia de una lesión tuberculosa abdominal. Nos interesará especialmente el estudio del funcionamiento del hígado, páncreas y riñón, no limitándonos solamente aun sencillo examen de orina, sino investigando en la sangre la glucemia, pigmentos biliares. Estudiaremos con minucia cuanto se relaciona con la función eliminadora del riñón (úrea, N, residual), muy frecuentemente alterada en estos pacientes (sobre todo cuando han tenido vómitos repetidos) y que en nuestro sentir puede ser responsable de algunos de los accidentes post-operatorios inmediatos.

Tiene así mismo, como todos saben, un valor grande la exploración del pulmón tanto por la existencia de focos infectivos capaces de complicaciones inmediatas, como por la posible existencia de lesiones tuberculosas crónicas de interés inmediato para el porvenir de estos pacientes. Muchas veces éstas no sólo no constituyen una contraindicación para intervenir, sino que, por el contrario, la operación puede ser necesaria e influir favorablemente sobre el proceso tuberculoso, permitiendo una mejor alimentación al paciente.

Se buscarán también focos infectivos a distancia.

Todos están de acuerdo en los malos resultados que se obtienen en individuos muy jóvenes, y, en cambio, todos hemos visto son muchos más brillantes, especialmente después de la gastroenterostomía, pero también después de la resección, en enfermos antiguos, con grandes alteraciones en la evacuación gástrica. Esto habla en contra de una intervención demasiado precoz que a primera vista pudiera parecer preferible.

Diagnóstico en el momento de la intervención

Decidida la intervención es preciso tener en cuenta que algunas veces el cirujano no encuentra la úlcera en el momento de la operación. Esto puede ser debido a varias causas: en primer lugar a un error de diagnóstico, de parte del médico, con una apendicitis, una colecistitis, etc. Pero otras veces puede ocurrir que la exploración externa del estómago no permita al cirujano encontrar úlceras ni lesiones de gastritis crónica, que, sin embargo, existen.

Por este motivo será conveniente que en estos casos el cirujano practique una gastrotomía para explorar el interior del estómago, y sólo cuando esta exploración permita excluir una úlcera o una gastritis folicular o hipertrófica del antro y píloro, será cuando estará justificado prescindir de toda intervención radical sobre el estómago.

A veces también puede haber dos úlceras (duodeno y curvatura menor) y en el momento de la intervención no ver el cirujano más que una.

Así mismo se examinará la vesícula biliar (co-

lecistitis, litiasis) y el apéndice, teniendo en cuenta que la colecistitis y la apendicitis son enfermedades que unas veces simulan la úlcera gástrica o duodenal y con cierta frecuencia se asocian a ella.

¿Por qué mecanismo cura la gastrectomía la úlcera?

Parecerá raro, a quien no esté informado de los problemas médicos, que cuando se lleva medio siglo practicando la resección gástrica, cuando se han operado cientos de miles de enfermos, todavía se discute el mecanismo por el cual cura esta operación a los ulcerosos.

Esto depende de que todavía no conocemos con exactitud la patogenia de la úlcera. Para los que la juzgan un proceso puramente local la extirpación tiene la misma importancia que la de la supresión de cualquier otro proceso patológico. Pero el hecho es que hay casos de úlceras duodenales que no se pueden extirpar y en las que una resección amplia porporciona también la curación.

La mayoría de los autores suponen que el efecto curativo de esta intervención se debe a las modificaciones que imprime al quimismo gástrico. En efecto, aunque combatida por muchos, todavía parece que se puede conceder valor a la actividad del jugo gástrico en la patogenia de la úlcera, formando parte de una de las diversas teorías que tienden a explicarla. Para ello existen unas cuantas razones de importancia: en primer lugar que la úlcera asienta precisamente en las regiones bañadas por el jugo gástrico: estómago, duodeno, parte inferior del esófago y en el yeyuno en los casos de intervención operatoria en los que se anastomosa al estómago.

Es verdad que los enemigos de la doctrina péptica (Konjetny y sus colaboradores) se han esforzado en buscar úlceras primitivas del yeyuno y han logrado reunir unos cuantos casos. El hecho parece innegable y agregaremos que también se han descrito úlceras primitivas del íleon y del colon, lo cual prueba que todo el conducto digestivo es capaz de ulcerarse, que quizá intervengan causas múltiples, pero que así como las ulceraciones son una rareza en diversos tramos del conducto digestivo, en las regiones bañadas por el jugo gástrico se presentan con una frecuencia tan grande que será difícil poder negar toda participación de aquél. Recordaremos también que en un caso publicado por Berg, en el que por equivocación del cirujano se hizo la anastomosis del estómago, en vez de con el yeyuno, con el íleon, se encontró en la autopsia una úlcera de éste.

Quizá no sea necesaria la hiperclorhidria para la producción de la úlcera, pero cuando menos la existencia de un jugo gástrico activo. El año 1917, en un trabajo publicado con Alday, hablábamos de la frecuencia con que se encuentra aumento de pepsina en los ulcerosos, hecho que posteriormente ha comprobado Günzburg.

Además se pueden producir úlceras con todo lo que aumente la secreción a la acidez del jugo gástrico: comida ficticia, inyección de histamina, desviación de los líquidos alcalinos pancreático biliares (Mann, Weis y Gurriarán.)

Así mismo todo lo que es capaz de neutralizar o rebajar la acidez gástrica obra favorablemente sobre la úlcera: alimentos que rebajan la acidez o que

la neutralizan, alcalinos (recuérdese sobre todo la cura de Sippy), curas de bismuto y otros absorbentes, recientemente el tratamiento con moco, etc. Desde hace medio siglo se emplea, y últimamente se halla en auge, el tratamiento por la atropina, que, moderando la excitabilidad del vago, también aminora o suprime la secreción del ácido clorhídrico.

Las distintas intervenciones quirúrgicas eficaces en el tratamiento de la úlcera, salvo la extirpación o la cauterización, no tocan para nada a la úlcera y cuando son útiles parecen hacerlo rebajando la acidez del jugo gástrico (gastroenterostomía, colecistogastrostomía).

Konjetzny, cuyos notables estudios acerca de la gastritis son dignos de todo elogio, cree que la resección debe su eficacia, exclusivamente, a que con ella se extirpa la zona de gastritis que sería responsable de la producción de la úlcera y de su mantenimiento. Por consiguiente, sería la resección el único método aconsejable porque suprimiría la enfermedad y la causa que la produce.

Sin negar la importancia que pueda tener la gastritis, parece indudable que el éxito de la gastrectomía se debe principalmente a la reducción o supresión que imprime a la actividad del jugo gástrico. Un cirujano de la experiencia de nuestro malogrado Urrutia ha podido decir: "sólo podremos mirar con tranquilidad el porvenir de un ulceroso operado cuando haya quedado anaclorhídrico". Por este motivo Finsterer propuso la resección lo más amplia posible, que después de haber sido discutida por algunos cirujanos va siendo aceptada por todos.

El mecanismo por el cual conduce la pilorogastrectomía a la anaclorhidria es probablemente complejo. En el intervienen múltiples factores:

La supresión de una gran porción del estómago aminora los puntos de contacto de los alimentos con él y, por consiguiente, disminuye los puntos de partida de estímulos que pueden ser capaces de producir las secreción del jugo gástrico. La extirpación de la zona pilórica suprime la parte que, desde Edkins, se considera como capaz de segregar una sustancia (gastrina), que transportada por la vía sanguínea sería capaz de producir un estímulo de la secreción de las glándulas clorhidropépticas que, como es sabido, se encuentran en el fondo del estómago. Después de muchas discusiones los más recientes estudios de Ivy y sus colaboradores (inyectando una sustancia obtenida por vivisección de la sangre de un animal recientemente alimentado y los de trasplante de una "bolsa gástrica") demuestran de una manera indudable la existencia de un mecanismo humoral que regula la secreción gástrica. Por consiguiente, la resección piloroduodenal suprimiría esta importante fase química de la secreción del jugo gástrico.

También deben influir el mejor vaciamiento del estómago y la facilidad para el reflujo de las secreciones biliopancreáticas, en las que tanto han insistido Weis y Gurriarán.

También probablemente se encuentra dificultada la secreción psíquica por el traumatismo que experimentan los nervios del estómago.

Sin embargo, en algunos casos persiste la secreción del jugo gástrico, aun después de gastrectomías extensas. Esto puede ser debido a la persistencia de la secreción psíquica y a que aun faltando la

secreción química de origen pilórico, persista otra segunda fase de esta misma secreción química que tendría su origen en el intestino (experimentos de Enderlen y Zuckschwerdt). También probablemente la distribución de la llamada zona pilórica puede variar en su extensión dentro del estómago en los diferentes individuos y no siempre puede asegurarse que se extirpó toda.

Resultados

No aportamos una estadística de resultados inmediatos y remotos en los enfermos en los que nosotros aconsejamos la resección, porque sería muy difícil de hacer. El menor número de nuestros enfermos se somete a una intervención inmediatamente después de haber hecho su estudio. A la mayoría les aconsejamos un tratamiento médico, recomendándoles que, en caso de fracaso, recurran a la intervención quirúrgica. Muchos de estos enfermos los perdemos y además son operados por muy diferentes cirujanos. Solamente los casos de gravedad extraordinaria, que no permiten espera, y, por consiguiente, tampoco el ensayo de un tratamiento médico, son los que pasan directamente desde nuestra consulta a la sala del cirujano.

Los cirujanos dan una mortalidad inmediata de la resección, que oscila entre el 2 y el 15 por 100. Parece que con una buena técnica y en los enfermos en los que se pueda realizar en bastantes buenas condiciones la intervención, la mortalidad puede aproximarse alrededor del 4 por 100.

Respecto de los resultados tardíos se habla de un 85, 90 y 95 de éxitos. Es muy difícil hacer una estadística rigurosa si se tiene en cuenta que los resultados se refieren a técnicas y a cirujanos distintos.

Accidentes tardíos

Nosotros nos limitaremos a estudiar los casos que en número de 34, desde 1.º de enero del año 30 hasta hoy han venido a consultarnos con motivo de las molestias experimentadas después de haberles practicado una resección. Entre ellos tres presentaban una úlcera de boca anastomótica; siete, diarreas. En todos los demás podrían relacionarse sus molestias con la existencia de una gastritis que se acompañaba unas veces de adherencias, otras de anemia ligera, en un caso de colecistitis, probablemente anterior a la intervención, y en otro de apendicitis. Extirpado el apéndice, mejoró la enferma.

Es verdad que muchos de los resecados tienen molestias las primeras semanas o meses después de la operación, que más tarde desaparecen hasta el punto de que en una mayoría de los casos puede considerarse como cierta la afirmación hecha por algunos cirujanos, de que estos enfermos se encuentran tanto mejor cuanto más tiempo ha transcurrido desde el día de la intervención.

Pero también es verdad que en otros casos, los menos por fortuna, estas molestias persisten, y que otras veces los pacientes vuelven pasados meses y hasta varios años acusando síntomas variados.

Entre las molestias inmediatas podemos recordar, sobre todo en los casos de resecciones amplias, la sensación de "estómago pequeño": los enfermos tienen sensación de plenitud acompañada de malestar



En todos los órganos

y tanto en ambiente ácido
como en los medios alcalinos
se desdobra el

HELMITOL

ejerciendo una acción an-
tiséptica muy enérgica. Pres-
criba, pues, siempre

HELMITOL

en lugar de los preparados
corrientes de hexametilentetra-
mina que son ineficaces en los
medios alcalinos.

Envase original

Bayer-Meister Lucius

✓ Tubo de X tabletas



TUBERCULOSIS · NEURASTENIA · ANEMIA

TRICALCINE

RECONSTITUYENTE

EL MÁS PODEROSO · EL MÁS CIENTIFICO · EL MÁS RACIONAL



MEDICACIÓN

LA MÁS EFICAZ PARA EL TRATAMIENTO DE
BRONQUITIS BAJO VARIAS FORMAS **ANEMIA**
RAQUITISMO - ESCROFULA
LACTANCIA y CRECENCIA DE LOS NIÑOS
TUBERCULOSIS

TRICALCINE

A BASE DE SALES CALCICAS CONVERTIDAS EN ASIMILABLES

DU DOCTEUR E. PERRAUDIN
Ex-Chimiste Expert de la Ville de Paris
Ex-Elève de l'Institut Pasteur

DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS DEL PAIS

Laboratoire des Produits Scientia · 21, rue Chaptal · PARIS

ESCROFULA · RAQUITISMO

PRIMER PREMIO · DIPLOMA DE MEDALLA DE ORO EN EL SEGUNDO CONGRESO ODONTOLÓGICO LATINO AMERICANO, EXPOSICIÓN UNIVERSAL DE ODONTOLOGÍA BUENOS AIRES 1925

CARIAS DENTARIAS · TOS · DEBILIDAD

LACTANCIA Y CRECENCIA DE LOS NIÑOS

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas: **ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTHRAX**, 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**

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

SABOR
AGRADABLE

No Tóxico

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

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

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

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

general, palpitaciones, sudores, etc. Esto se ha querido relacionar con las resecciones amplias, y al lado de unos autores como Haberer, Lorenz y Schur, que citan casos en los que estas molestias se prolongaron meses y años, hay otros, como Urrutia y nosotros, que las hemos visto desaparecer siempre. Cuando como en algún caso observado por nosotros, se presentaron estas molestias tardíamente hay que pensar en que existe algo más: úlcera, gastritis, reproducción de un cáncer (como en uno de nuestros casos) que produce o sostiene esta sensación.

Finsterer, sin embargo, admite la posibilidad de que se presenten estas molestias y cree se evitan haciendo las anastomosis muy amplias, permitiendo un fácil vaciamiento del estómago y la posibilidad de una dilatación compensadora del asa intestinal.

Alteraciones intestinales en los resecaos

En la mayoría de los operados se nota una regularización en sus funciones intestinales, corrigiéndose el estreñimiento que suelen tener los ulcerosos y hasta las diarreas de algunos retencionistas.

Otro menor número de casos permanecen o se hacen estreñidos. Pero los que más nos interesan son los que presentan diarrea, si bien debo decir que cada vez encuentro menor número de casos con este síntoma y muy pocos en los que adquiera importancia.

La diarrea se ha interpretado como una consecuencia de la anaclorhidria y también del vaciamiento rápido del estómago; sin negar importancia a estos factores la diarrea de los resecaos puede ser debida a las siguientes causas:

Errores en la alimentación: las comidas abundantes que realizan muchas veces estos enfermos, que durante tanto tiempo han tenido hambre no satisfecha, pueden por sí solas ser causa de la diarrea. Otras veces son los mismos médicos los que, contando con la anaclorhidria que sigue a la intervención, aconsejan una alimentación extraordinariamente rica en hidratos de carbono, dando lugar a una dispepsia intestinal de feculentos. También puede ser la causa una dieta láctea prolongada.

No cabe duda que la falta de ácido clorhídrico, sobre todo en enfermos que mastican mal, puede hacer que pasen al intestino grandes masas musculares con trozos de tejido conjuntivo capaces de producir una dispepsia intestinal de putrefacción que puede ceder a un tratamiento por el ácido clorhídrico.

Consideramos muy raras las diarreas de origen pancreático. No las hemos observado en ninguno de los enfermos vistos por nosotros, y cuantas veces hemos examinado los fermentos pancreáticos en el jugo duodenal los hemos encontrado normales o aumentados. La relativa frecuencia con que suelen encontrarse grasas y fibras musculares sin atacar se deben no a las alteraciones del páncreas, sino al tránsito rápido que tienen muchos de ellos.

Creemos que se ha concedido demasiada importancia a la alteración puramente funcional (anaclorhidria, dispepsia ácida, dispepsia alcalina), innegable en algunos casos; pero siempre que persistan las alteraciones intestinales debe buscarse su causa dentro del

propio intestino, siendo lesiones de éste, parásitos o bacterias, los responsables del síndrome.

Esto explica que en estos aquílicos, como en otros muchos, unas veces haya diarrea y otras las funciones intestinales se realicen con normalidad. En este caso el intestino completamente normal puede suplir la falta del funcionamiento gástrico, y en los otros alteraciones intestinales latentes se han desencadenado con motivo de la intervención quirúrgica y los cambios que ésta acarreo en la mecánica y en la química digestiva.

Tendremos muy en cuenta la existencia de lesiones tuberculosas peritoneales, intestinales o pulmonares, que muchas veces pueden ser responsables.

En todo caso los enfermos diarreicos deben ser cuidadosamente estudiados desde el punto de vista radiológico y de la bacteriología de las heces.

No olvidaremos la posibilidad de un estado alérgico por lo que se investigará también con minuciosidad la coincidencia de las diarreas con determinados alimentos, unas veces responsables directos y otras capaces de despertar la sensibilidad del paciente contra los microorganismos de su intestino.

También habrá que pensar en los casos de diarrea en la posibilidad de una fístula yeyuno cólica, consecutiva a una úlcera duodenal. Teniendo en cuenta la relativa rareza de ésta en los resecaos debe serlo todavía mucho más aquélla. Nosotros no hemos visto ningún caso.

Anemias

Uno de los accidentes más o menos tardío que se ha señalado como consecuencia de la gastrectomía es la anemia.

Doganello habría referido el primer caso; después otro, Grawitz, pero fué uno de anemia grave, publicado por Moynihan, y sobre todo el de anemia perniciosa típica, que se debe a Hartmann (1921), de la clínica de Mayo, los que fijaron la atención en la posibilidad de que la anemia perniciosa fuera uno de los riesgos de la gastrectomía. Después se han sucedido los casos. Unos en resecaos por cáncer (Bell, Ellis, Hochrein, etc.). Otros por úlcera (Denning, Borgbiaerg y Lottrup, Scheidel, etc.).

Morley y Roberts, entre 44 enfermos operados, encontraron anemia de tipo secundario en 16.

Gordon-Taylor y sus colaboradores encontraron anemia en 44 por 100 de sus resecaos. En cinco de ellos un examen posterior demostró un tipo perniciosiforme.

Rowlands y Simpson llegan a reunir 15 observaciones de anemia perniciosa, cinco en resecaos por cáncer y diez por úlcera, agregando dos personales.

Henschen no encontró ningún caso de anemia entre sus resecaos y agrega que cirujanos de tanta experiencia como Finsterer, Haberer y von Redwitz le dicen lo mismo. Sin embargo, Finsterer, un año más tarde, publica también un caso de anemia en un resecao.

Recientemente Velo refiere los resultados de 44 pacientes que entre 95 ha podido examinar hematólogicamente repetidas veces y dice que no ha encontrado nunca un caso de anemia perniciosa y sí solamente ligera hipocromía.

Nosotros no hemos visto tampoco ningún caso de anemia perniciosa en los resecaos y solamente en

dos de ellos encontramos una anemia hipocrómica secundaria.

Pero parece indudable que pueda sobrevenir la anemia a consecuencia de la gastrectomía y que ésta pueda adoptar dos formas: la de anemia hipocrómica, que se encuentra en bastantes casos, y la de anemia perniciosa, que, aunque rara, puede observarse en algunos, sin que, por lo demás, sea aceptable la afirmación exagerada de Rendle Short: "el peligro de la gastroenterostomía es la úlcera gástrica y yeyunal, el peligro de la resección es la anemia".

Lo que sabemos de la patogenia de las anemias nos hace admitir además como verosímil su aparición como consecuencia de la gastrectomía. Nosotros, que hace ya muchos años, en colaboración con Gutiérrez Arrese, iniciamos un estudio sistemático de la sangre en los enfermos de aparato digestivo, señalamos la frecuencia con que en los anaclorhídricos se encontraba una anemia simple de tipo hipocrómico, hecho que después ha tenido confirmación en las investigaciones de muchos autores. Por consiguiente la anaclorhidria o la reducción en el tamaño del estómago, que supone la gastrectomía, puede también conducir a esta anemia.

Por lo que se refiere a la anemia perniciosa es también posible que la extirpación del estómago pueda determinar su aparición, pues sabido es la demostración que los estudios modernos de Castle y sus colaboradores han hecho de un principio antianémico segregado por la mucosa gástrica; pero han sido sobre todo los de Morris, Schiff, Foulger y sus colaboradores los que demuestran que el estómago segrega no, como antes se creía, una substancia que en presencia de los alimentos engendra el principio antianémico, sino este mismo principio antianémico, que ellos han denominado *addisina*, y que han podido poner de manifiesto, en gran cantidad, en el jugo gástrico concentrado.

Por consiguiente, una resección, sobre todo si es amplia, podrá dar lugar a una anemia perniciosa, pero probablemente necesita además en el paciente, una predisposición, un estado constitucional especial; de ahí su rareza.

Úlcera post-operatoria

Aunque la úlcera post-operatoria del intestino es más frecuente como consecuencia de la gastroenterostomía que de la gastrectomía se la observó ya en los primeros casos de gastrectomía experimental que por consejo de Billroth practicaron en los perros sus discípulos, Gussennbauer y von Winiwarter en 1876. Los primeros casos clínicos fueron descritos por Billroth (1884) y por Eisnersberg (1889). Después ha sido objeto de numerosos trabajos clínicos y experimentales.

Estudiaremos en conjunto todos los casos de úlcera post-operatoria lo mismo que asienten en el estómago como en el intestino o en el sitio mismo de la anastomosis, por creer que todas tienen una patogenia común y en su presencia debe seguirse casi siempre un criterio semejante, desde el punto de vista de su tratamiento.

Como decíamos antes, la úlcera post-operatoria que después de la gastroenterostomía se presentaba muchas veces parece haber disminuído en frecuencia desde que se recurre, especialmente en Europa, con

predilección a la gastrectomía. Ahora bien, ni aun con las técnicas más perfeccionadas se ha conseguido hacerla desaparecer por completo.

En un trabajo recientemente de conjunto, Starlinger reúne las estadísticas de diversos autores, y entre 25.647 resecados encuentra 173 úlceras post-operatorias (0,7 por 100).

El Billroth I da 0,9 por 100 y el Billroth II 0,5 por 100.

Nosotros, entre los 34 enfermos que han venido a nuestra consulta acusando molestias tardías después de una gastrectomía, hemos encontrado tres con úlcera de boca anastomótica del lado del yeyuno, uno de ellos recidivamente.

Por consiguiente, la gastrectomía ha disminuído la frecuencia de la úlcera post-operatoria, pero no la ha hecho desaparecer por completo. Es, por consiguiente, necesario estudiar las causas que motivan esta complicación que, si no la más frecuente, es la más grave de las que pueden presentarse.

La úlcera post-operatoria es más frecuente en los casos de resección por úlcera duodenal menos en los de úlcera gástrica y gastritis crónica y muy rara en el cáncer gástrico. Se explica esta rareza por la frecuencia con que el cáncer gástrico se acompaña de hipoclorhidria o anaclorhidria. Se refieren al caso de Lennander (1907), en el que se encontraron dos ulceritas yeyunales en la autopsia de un resecado por cáncer del píloro que murió diez días después. Judd, de la clínica de Mayo, refiere un solo caso de úlcera post-operatoria después de la resección por cáncer.

Respecto del momento de la aparición de la úlcera péptica, próximamente en una tercera parte de los casos, se presenta en el primer año; después van disminuyendo sus posibilidades a medida que transcurre mayor tiempo desde el momento de la intervención. Sin embargo, Mandl observó un caso a los once años; Urrutia, a los dieciséis; Hochenegg, a los dieciocho, y von Haberer, hasta a los cuarenta años. Conviene, sin embargo, tener en cuenta que no siempre coincidirá el comienzo anatómico con el clínico.

Es más frecuente en el hombre que en la mujer. Según Birgfeld, entre 67 casos el 92 por 100 eran hombres. Recordaremos que, sin que se sepa la causa, la fístula yeyuno cólica no se ha observado nunca en las mujeres.

Es más frecuente en los jóvenes, quizá porque en ellos se conserva más veces la acidez.

Respecto de la patogenia de la úlcera post-operatoria existen las mismas dudas que para la patogenia de la úlcera péptica en general. No hemos de exponer aquí todas las hipótesis emitidas, que en su mayor parte hemos estudiado en otro sitio, pero sí expondremos brevemente aquellos hechos que más se relacionan con la intervención quirúrgica: sus éxitos y sus fracasos.

En primer lugar parece indudable la existencia de un estado constitucional predisponente. Una prueba entre otras la tenemos en la frecuencia de las familias de ulcerosos, de los que tenemos nosotros muchos casos, habiendo sido estudiado el papel de la herencia de la úlcera de manera irreprochable por Mattisson. Todavía más demostrativos son los casos citados por Hurst y Stewart y Urrutia de la frecuencia de la úlcera en los parientes cercanos de los enfermos de úlcera post-operatoria.

Aun cuando pudiera depender de factores locales,

también habla en pro de un factor constitucional la recurrencia de la úlcera que se observó en uno de nuestros casos dos veces, habiéndose publicado otros muchos.

El factor constitucional podría explicar algunos de los fracasos y su estudio debe ser ahondado con la esperanza de conseguir una profilaxia o un tratamiento médico eficaz de la úlcera; pero como la intervención quirúrgica y otros tratamientos médicos locales nos proporcionan un gran número de éxitos tenemos que estudiar las causas locales de los fracasos.

Desde el punto de vista quirúrgico dos opiniones son, entre todas, las que principalmente nos interesan, como capaces de explicar el mecanismo de producción de la úlcera. Estas dos teorías son la de la gastritis y la que atribuye la úlcera a la actividad péptica de la secreción gástrica, habiendo quedado ser conciliadas ambas por Büchner, discípulo de Aschoff.

Aparte de esto pueden quizá también actuar como causas predisponentes pequeños defectos operatorios, habiéndose visto algunas veces como centro de la úlcera un hilo de seda.

La teoría de la gastritis defendida principalmente por Konjetzny, Puhl, Kalima, etc., se apoya en el hallazgo constante de lesiones inflamatorias en los ulcerosos. Del mismo modo que consideran la úlcera primitiva como consecuencia de la gastritis y duodenitis, así también creen que la úlcera yeyunal es la consecuencia de una yeyunitis. La gastritis y duodenitis post-operatorias pueden ser, como decimos en otro lugar, la continuación de las mismas lesiones ya existentes o la consecuencia de las nuevas condiciones creadas por la misma operación. La yeyunitis es hija de éstas o debida a la propagación de una gastritis residual. La intervención quirúrgica obraría en todos los casos quitando el foco inflamatorio y es tanto más eficaz cuanto más extensa.

La teoría de la acción péptica del jugo gástrico es la más antigua, si bien se ve constantemente remozada.

Tiene en su apoyo su aparición en las regiones bañadas por el jugo gástrico, y la eficacia de todos los tratamientos médicos y quirúrgicos que neutralizan éste.

Si se presenta la úlcera tanto en los no operados como después de la intervención sería debido, a una hiperactividad del jugo gástrico, hecho poco probable, o, lo que es más verosímil, a un defecto en el funcionamiento de los mecanismos reguladores de la acidez. Entre éstos parece tener primordial importancia el reflujo del jugo biliopancreático señalado por Boldirreff y cuya significación ha sido puesta de manifiesto por los estudios de Mann y sus colaboradores en los Estados Unidos y en Europa, por los de Weis y los suyos, principalmente nuestro compatriota Gurriarán, que han conseguido úlceras gástricas y duodenales en el 100 por 100 de sus experimentos derivando la bilis y el jugo pancreático a partes más bajas del intestino.

Se puede también considerar como de utilidad en la neutralización de la acidez y protección de la mucosa gástrica al moco. Este hecho fué ya señalado por Claudio Bernard y Schiff, concendiéndole gran importancia Leriche. Recordaremos que el moco ha sido empleado recientemente en los Estados Unidos

como remedio para curar la úlcera gastroduodenal.

La principal objeción que se ha hecho contra la teoría de la acidez es la de que ésta falta en algunos de los ulcerosos. En primer lugar aun cuando falte la acidez en el momento de la exploración esto no significa que faltara en el momento en que la úlcera se produjo. Además, el análisis del jugo gástrico no siempre da el valor exacto del funcionamiento de las glándulas del estómago, pues el examen a la hora y aun la extracción fraccionada puede darnos un día resultados positivos y otros negativos.

Sin embargo, aunque hay algunas estadísticas en contra, la mayoría demuestran la existencia de acidez en los enfermos con úlcera post-operatoria.

Los métodos operatorios persiguen o facilitan el reflujo del líquido duodenal (gastroenterostomía) o, al mismo tiempo, que facilita éste, extirpar una de las zonas (píloro duodenal) que más importancia tienen como punto de partida de estímulos químicos, de la secreción gástrica juntamente a veces con una parte de la zona segregante.

Prácticamente interesa, por ahora, que lo mismo sosteniendo la teoría de la gastritis que la de la acidez los cirujanos están de acuerdo en que la intervención tiene tantas más posibilidades de ser eficaz cuanto mayor es la amplitud del trozo resecado.

La úlcera yeyunal debe tratarse como la gástrica o la duodenal. Primero médicamente, puesto que también es curable. Hurst y Stewart refieren dos casos de úlcera péptica del yeyuno que se encontraron en la autopsia perfectamente cicatrizadas. Cuando fracasa el tratamiento médico se recurre a una nueva resección.

Gastritis, duodenitis y yeyunitis

Puede asegurarse, sin temor de exageración, que la causa más frecuente de los fracasos, o de las molestias que acusan los operados del estómago, es la gastritis o las lesiones semejantes que se presentan en el duodeno o en el yeyuno.

La existencia de la gastritis post-operatoria es indudable y ha sido puesta de manifiesto por los exámenes radiológicos de Bohmansson, von Bergmann, Berg, Konjetzny, Henning, etc. Nosotros también la hemos comprobado algunas veces radiológicamente en pacientes con molestias después de la resección.

Más demostrativos aún que los datos clínicos y los mismos exámenes radiológicos son las observaciones gastroscópicas. Hemos observado gastritis folicular y erosiva en diversas gastroscopias hechas por nuestro colaborador Dr. Rodríguez Olleres, que de manera sistemática las realiza desde hace un año, en nuestra policlínica de la Facultad y a cuya habilidad y prudencia (no hemos tenido el menor accidente) debo dedicar en este momento un recuerdo elogioso. Otros muchos autores (Schindler, Gutzeit, Hübner, Hertel, Henning, etc.) han demostrado gastroscópicamente la frecuencia de esta lesión en los operados, llegando Schindler a afirmar que cuando un resecado tiene molestias siempre se encuentra por gastroscopia alguna lesión en su estómago y que esta lesión es casi siempre una gastritis, desgraciadamente grave.

Henning describe, además de la gastritis hipertrofica con tendencia verrugosa, y de la que se acompaña de inflamación con catarro de la mucosa, la

atrófica, que ha encontrado cuatro veces. En un gastrectomizado vió una atrofia difusa tipo anadenia, que cree explicaría algunos casos de anemia de Biermer.

Al lado de la gastritis ha descrito Konjetzny con Puhl, en los resecaos, una lesión del yeyuno que tendría los mismos caracteres microscópicos y síntomas semejantes y los mismos riesgos (según él sería la primera fase o predispondría a la úlcera duodenal) que la gastritis erosiva, es decir, una yeyunitis erosiva.

La gastritis de los resecaos puede ser unas veces la continuación de la gastritis que existía ya anteriormente, bien por tratarse de un enfermo de gastritis erosiva o hipertrófica o por ser un ulceroso en los que con gran frecuencia se observan también gastritis acompañante.

Cuando la gastritis, tanto en un caso como en otro, está limitada al antro o se trata de una píloroduodenitis hay la esperanza de que al extirpar toda la parte lesionada el paciente quede curado de su gastritis. Cuando, por el contrario, se trata de una gastritis generalizada siempre hay el temor de que la lesión persista si solamente se hace una resección parcial. Sin embargo, se han visto casos de gastritis generalizada en los que una resección parcial ha producido un alivio o una curación, por lo menos, aparente.

Ahora bien; en todo enfermo en el que se hace una resección puede presentarse una gastritis o una yeyunitis por las mismas causas por las que puede sobrevenir en los no resecaos juntamente con las condiciones anormales en que se encuentra un estómago e intestino que suponen una menor resistencia para todo lo que ordinariamente pueden producir estas inflamaciones de la mucosa.

Este es uno de los momentos para insistir en la conveniencia de recomendar siempre a los operados un régimen no severo, pero sí que evite todo lo que pueda producir una irritación mecánica o química de la mucosa.

Quizá influya también, como supone Konjetzny, la falta de ClH, cuya acción antiséptica impediría en condiciones normales la invasión de los gérmenes del intestino.

La prueba de la importancia de los estímulos mecánicos y químicos en la producción de la gastritis la ha encontrado Konjetzny en la gastritis de las terneras en destete (*Absetzkälber*), en las que por el cambio brusco en la alimentación se producen grandes alteraciones gástricas que pueden mejorar y curar volviendo los animales a la alimentación láctea.

Como hemos dicho antes, los venenos autógenos pueden ser también responsables de la gastritis; recordemos las condiciones eliminadoras de la mucosa del estómago para la úrea, el amoníaco y otros productos. Todos sabemos como a consecuencia de quemaduras extensas se pueden producir úlceras gástricas y duodenales o sencillas gastritis y duodenitis. Kauffmann ha obtenido gastritis inyectando colina e histamina. Sabido es que el bacilo coli puede producir en el intestino histamina (Mellamby y Tworth, Berthelot y Bertrand). Otros han producido las gastritis con inyecciones de trementine. Rodríguez Olleros, en nuestro laboratorio, las ha obtenido con inyecciones de tripsina.

La sintomatología de la gastritis es extraordinariamente variada, desde una sensación ligera de peso,

algún ardor, erupciones, hasta dolores intensos acompañados de un estado general malo colocando a los enfermos en condiciones de incapacidad para sus tareas habituales. Muchas veces presenta enteramente el cuadro de la úlcera gástrica o duodenal.

Desde el punto de vista del tratamiento, además del tratamiento causal mencionado aconsejaremos el nitrato de plata, antiguo remedio al que nosotros hemos sido constantemente fieles y que ahora vuelve a rehabilitarse al lado de otros preparados también de plata, como la targesina, colargol, etc., en cucharadas o lavados.

En algunos casos podrá ser útil el ácido clorhídrico. En cambio se muestran la mayoría de los autores enemigos de los alcalinos.

Merece ensayarse la proteinoterapia. También puede ser útil la diatermia que se emplea en otras inflamaciones parenquimatosas y que a veces nos ha proporcionado resultados estimables.

Adherencias

Durante mucho tiempo se ha venido achacando a las adherencias la mayor parte de molestias que sentían los operados del estómago. La sobrevalorización de este accidente puede calcularse si se tiene en cuenta su frecuencia. Todos los resecaos las tienen. Clairmont y Meyer, entre 290 casos de laparotomía han encontrado adherencias en el 90 por 100 de los casos; solamente el 15 hasta el 20 por 100 de los pacientes con adherencias presentaban molestias que podrían ser a ellas imputables.

Creemos, por consiguiente, con von Bergmann y Morawitz que no debe contentarse fácilmente el clínico con el diagnóstico de "molestias por adherencias".

Esto no supone que desdeñemos por completo las perivisceritis, sino que solamente queremos significar que antes de llegar a este diagnóstico se debe de eliminar la posible existencia de una recidiva de la úlcera y sobre todo de una gastritis.

En uno de nuestros casos existían adherencias bien manifiestas, pero este enfermo tenía además una gastritis. Muchos de estos casos se alivian con la diatermia o la radioterapia, no por que sean "molestias por adherencias", sino porque aquellos métodos físicos son útiles, como es sabido en las inflamaciones parenquimatosas y, por tanto, influyen beneficiosamente sobre la gastritis acompañante.

Puede haber casos de perivisceritis evolutivas que se acompañen de molestias, nosotros hemos visto alguno, no en operados, sino en otros enfermos. Así mismo recordaremos la opinión de Deberer, para quien la úlcera iría precedida siempre de una "pan-gastritis", de la que la perigastritis forma parte, dándole valor no como consecuencia, sino como causa de la úlcera.

Así mismo puede ocurrir alguna vez que las adherencias periviscerales determinen síntomas mecánicos por compresión y hasta oclusión de algún órgano abdominal.

Modificaciones en la composición de la sangre

También se han estudiado algunas alteraciones en la química de la sangre después de la gastrectomía. No parece importante la modificación que pueda



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynol

(Emulsión aséptica de substancia cerebral)

INDICACIONES

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

Por contener lipoides 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. extr., 0.02.



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

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



**TODAS
NEURÁLGIAS
REBELDES**

NAÏODINE

**SEDACIÓN
RÁPIDA Y
ATÓXICA**

en ampollas de 5 cc. y 10 cc.

INYECCIONES INDOLORAS

10 cc. a 30 cc.
por día

JUAN MARTÍN, MADRID Y BARCELONA
agentes de

LABORATOIRES J. LOGEAS - BOULOGNE S/ SEINE - FRANCE

O.V.P. EDITIONS

Muestras y literatura: D. Juan Martín, — MADRID-BARCELONA

LA GENTE MODERNA

preferimos la luz eléctrica



a los antiguos quinqués de aceite



y los automóviles



a los coches de caballos



de otra época,



porque obte-

nemos resultados más rápidos y más eficaces.

AGAROL es la emulsión original de aceite mineral y agar-agar con fenolftaleína. Reblandece el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.

Igual ocurre con el estreñimiento. Un nuevo día nos ha traído un nuevo sistema: AGAROL. Para satisfacer las necesidades modernas el AGAROL combina la eficacia con la facilidad de tomarse. No tiene gusto de aceite ni sabor artificial, al que sea difícil acostumbrarse.

La eficacia debe comprobarse con la experiencia. Con gusto le enviaremos muestras para un ensayo.

AGAROL para el estreñimiento

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

Dr. Georg Henning, Berlin



Testogan

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

Teligán

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

Lipolysin

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

Intestinol

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

Pituigan

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

Myoston

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

Muestras y bibliografía al representante general para España:
GUILLERMO HOERNER, Suc. de WALTER ROSENSTEIN, BARCELONA — Apartado 712

ÆTHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TOXICO

TOS *espasmódica*

Tos Ferina

TOS *de los* **Tuberculosos**

Laboratoire de L'ÆTHONE, 9, Rue Boissonnade, Paris.

sufrir la concentración de los cloruros ni el equilibrio ácido básico que por tantos medios lo puede asegurar el organismo.

Merecen citarse las alteraciones en la curva de la glucemia que han observado en los gastrectomizados Lapp y Dibold. Dando en ayunas 100 gramos de destrosa Merck en 250 c. c. de agua han visto que en las extracciones de sangre que practicaban cada media hora se producía una elevación brusca de la curva de glucemia seguida de un descenso, también rápido y profundo, llegando la reacción hipoglucémica en un caso hasta 42 a las dos horas, en otros no tan baja, a las dos y media o tres.

Nosotros, que acabamos de leer el artículo, hemos hecho la prueba en un solo caso en el que había una hipoglucemia inicial con ascenso rápido después de la ingestión de glucosa y descenso también rápido. Continuaremos estudiando este asunto (1).

* * *

Para terminar, diremos que el problema de la cirugía gástrica es seguramente mucho más complejo de lo que hasta ahora se ha venido considerando. Médicos y cirujanos sólo nos hemos ocupado de si es preferible la resección o la gastroenterostomía y para ello sólo mirábamos las estadísticas globales, viendo que método operatorio daba el máximo de curaciones, cuál era el que tenía una menor mortalidad, en cuál de los dos se presentaba un menor número de accidentes post-operatorios.

Ha llegado el momento de que hagamos un examen minucioso, un estudio individual de la causa de los éxitos y de los fracasos, por que si es verdad que la gastrectomía da una mortalidad relativamente elevada, tenemos que saber, que investigar, por que se mueren este 3, 4, 5, 10 ó 15 por 100 que dan las diversas estadísticas y por qué no se mueren los otros 97,90, 85 por 100.

Si es verdad que con una frecuencia lamentable se presenta la úlcera péptica del yeyuno como consecuencia de la gastroenterostomía es preciso estudiar el por qué. Vemos por el contrario que un 60, un 70, que un 80 y hasta un 90 y más por 100, según las estadísticas, curan sin este riesgo.

Poco a poco se van descubriendo las causas de la mortalidad operatoria inmediata y se va reduciendo. El examen minucioso del enfermo antes de la intervención permite evitar un sinfín de accidentes que se presentaban a consecuencia de lesiones más o menos manifiestas del riñón o del hígado. Los métodos modernos de gimnasia respiratoria y de inhalación de anhídrido carbónico, así como las precauciones en la anestesia general o el empleo de la local han permitido reducir las complicaciones respiratorias.

Modernamente se han visto con gran frecuencia las embolias post-operatorias y se ha observado que las favorece un ayuno prolongado o una alimentación cárnea que aumentaría la coagulabilidad de la sangre y que, en cambio, pueden reducirse por una alimentación previamente hidrocarbonada.

¡Cuántas causas exteriores que seguramente ignoramos pueden influir también en los resultados del momento o en los finales!

La misma embolia que acabamos de mencionar parece que se observa con más frecuencia en unas épocas del año que en otras.

Las influencias regionales, de latitud o nacionales parecen tener también importancia. Ya decíamos antes que Walters cree, basado en sus observaciones, que la razón del éxito de las gastroenterostomías en Rochester y su fracaso en Alemania se debe probablemente a que en ésta es mucho más frecuente y mucho más intensa la gastritis. Recientemente von Haberer encuentra con mucha más frecuencia los accidentes tardíos post-operatorios, especialmente la úlcera péptica del yeyuno, en la región del Rhin (Colonia) que en Austria. Por lo que se refiere a sus propias intervenciones encuentra que en tanto que en Austria el 95 por 100 de los reseçados se encontraban bien, en Colonia sigue siendo la estadística comparable para las clases acomodadas mientras que la clientela hospitalaria apenas si este tanto por ciento llegaba al 50.

Esto prueba también la importancia del estado social y de los cuidados a que puede someterse el enfermo.

Véase, por tanto, qué interés tiene para el progreso de la cirugía gástrica el estado minucioso de cada caso apuntando todos los antecedentes y consecuencias, hasta aquellos que nos parezcan sin importancia, de todo lo que podremos deducir algún día las indicaciones precisas de cada intervención y hasta predecir con casi absoluta seguridad los resultados finales.

BIBLIOGRAFIA

- D. C. Balfour.—*The problem of recurrent peptic ulcer*. "Papers of the Mayo Clinic". 1929. Vol. XXI, páginas 54-63.
- D. C. Balfour.—*Causes of unsatisfactory results in the surgical treatment of peptic ulcer*. "Mayo Clinic". 1930. Tomo XXII, págs. 56-60.
- F. W. Bancroft y Ch. W. Lester.—*Post pyloric ulcer under the therapeutic management of intersist*. Radiologist and Surgeon. "Annals of Surgery". 1932. Volumen 96, pág. 1.036.
- C. M. Behrend.—*Nachuntersuchungen Magenreserzierter Ulcuskrankter*. "Bruns Beitrag". 1932. 154 Bd., páginas 363-388.
- H. H. Berg.—*Misserfolge nach Magenoperationen*. "Der Chirurg". 1932. Jhg. 4, págs. 318-333.
- K. Blond.—*Zur Gastrifisfrage*. "Bruns Beiträge". 1931. 152 Bd., págs. 578-580.
- G. Bohmansson.—*Die Chirurgische Behandlung von Gastroduodenalgeschwüren &c*. "Acta Chirurgica Scandinavica". 1926. Vol. LX supplementum VII Stockolm.
- H. Bremer und A. Held.—*Beitrag zur Klinik und Röntgenologie des resezierten Magens*. "Deut. Zeit. f. Chirurgie". 1933. 238 Bd., págs. 466-484.
- Congres Français de Chirurgie.—40 Session. París. 1931. Ponencias acerca de la úlcera péptica post-operatoria de Gosset, Leriche y de Quervain, comunicaciones y discusión.
- J. Doberer.—*Die Magengeschwürskrankheit und ihre verschiedenen Stadien*. "Archiv. klin. Chir". 1932. 171 Bd., págs. 643-672.
- H. Finsterer.—*Die chirurgische Behandlung des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüres und seiner Komplikationen*. "Ergebnisse der gesamten Medizin". 1931. Band, 15, págs. 431-566.

(1) En otro caso la curva se ha mantenido más bien alta.

- R. R. Fitzgerald.—*Chronic Follicular Gastritis: with a report of nine cases*. 1932. "The British Journal of Surgery". Vol. XIX, págs. 25-46.
- G. Gordon-Taylor, R. Vaughan Hudson, E. C. Doos, J. L. Warner, L. E. H. Whitby.—*The remote results of gastrectomy*. 1929. "The British Journal of Surgery". Vol. XVI, págs. 641-667.
- G. Gurriarán.—*Estudios experimentales sobre la obtención de la úlcera crónica gastroduodenal*. "Tesis de Madrid". 1930.
- K. Gutzeit.—*Zur Gastritisfrage*. "Bruns Beiträge". 1931. 152 Bd., págs. 570-577.
- V. Haberer.—*Verschiedenheiten gleichartiger Erkrankungen unter sozialem und geographischem Einfluss*. "Deut. Zeisch f. Chirurgie". 1933. 238 Bd., páginas 409-432.
- N. Henning.—*Gastritis des operierten Magens*. "Mitt. Grenzgeb. Medi. Chir". 1930-32. Bd. 42, págs. 401-408.
- H. Hesse.—*Fehler, Gefahren und unvorhergesehene Komplikationen in der Chirurgie des Magens und Zwölffingerdarms*. "Erg der Chir. u. Orth". 1932. Bd. 25, págs. 154-305.
- A. F. Hurst and M. J. Stewart.—*Gastric and duodenal ulcer*. "Oxford Medical Publications". 1929.
- E. S. Judd.—*Jejunal Ulcers*. "Papers of the Mayo Clinic". 1921. Vol. XIII, págs. 145-165.
- H. Kalk.—*Magen und Duodenalgeschwür*. "Neuen Deutschen Klinik". Berlin, 1930.
- M. Kaspar.—*Ergebnisse nach Magenresektion wegen Karzinom*. "Bruns Beiträge". 1931. 152 Bd., páginas 339-350.
- G. E. Konjetzny.—*Die entzündliche Grundlage der typischen Geschwürsbildung im Magen und Duodenum*. "Ergebnisse der Inneren Medizin und Kiderheilkunde". 1930. Bd., 37, págs. 184-333.
- *Gastritis, Duodenitis und Jejunitis und ihrer Bedeutung für den Chirurgen*. "Bruns Beiträge". 1931. 152 Bd., págs. 552-569.
- *Misserfolge nach Magenoperationen. I Teil: Gastritis, Duodenitis, Jejunitis*. "Der Chirurg". 1932. 4 Jhg., págs. 402-410.
- *II Teil: Ulcus Postoperativum jejuni*. Id., id., páginas 433-449.
- F. W. Lapp und H. Dibold.—*Blutzeckerablauf und seiner Beziehung zum resezierten Magen*. "Klin. Woch". 1933. 12 Jhg., págs. 547-548.
- W. B. Matthews-L. R. Dragstedt.—*The Etiology of gastric and duodenal ulcer*. "Surgery, Gynecology and Obstetrics". 1932. Vol. LV, págs. 265-286.
- K. Mattisson.—*Das Magengeschwür*. Berlin, 1931.
- P. Morawitz.—*Agastische Anämien und ihre Beziehungen zur Anaemia perniciosa*. "Boas. Archiv." 1930. B. XLVII, págs. 305-317.
- *Entstehung der Beschwerden nach Magenoperationen ihre Behandlung*. "Der Chirurg". 1932. 4 Jhg., páginas 265-274.
- R. S. Morris, L. Schiff, J. H. Foulger, M. L. Rich y J. E. Sherman.—*Jour. of the Amer. Med. Assoc.* 1933. Vol. 100, págs. 171-173.
- F. Neugebauer.—*Die Gastritisfrage*. "Bruns Beiträge". 1931. 152 Bd., págs. 514-551.
- H. Ramb.—*Die Ergebnisse der chirurgischen Behandlung des Magen und Zwölffingerdarmgeschwürs*, &. "Deut. Zeitsch.-Chir.". 1933. 240 Bd., págs. 20-41.
- E. v. Redwitz.—*Die chirurgische Behandlung des Magen und Zwölffingerdarmgeschwürs*. "Deut. Zeitsch.-Chir.". 1933. 240 Bd., págs. 1-19.
- A. B. Rivers y J. B. Mason.—*The association of peptic ulcer and cholecystic disease*. "Mayo Clinic". 1930. Tomo XXII, pág. 67.
- F. Starlinger.—*Ulcus pepticum postoperativum*. "Ergeb-

nisse der chirurgie und Orthopädie". 1932. Bd., 25, págs. 380-476.

Urrutia.—*Cuestiones Gastroenterológicas. Papeles póstumos*. San Sebastián, 1931.

C. A. Velo.—*Ricerche Ematologiche nei resecati dello stomaco e considerazioni sull'anemia perniciosa dopo resezione gástrica*. "Archivio italiano delle Malattie dell'apparato digerente". 113 V. L., pág. 97.

W. Walters.—*Physiologic and chemical studies following successful total gastrectomy for carcinoma*. "Mayo Clinic". 1930. XXII, págs. 31-40.

— *The choice of surgical procedures for duodenal ulcer*. "Annals of Surgery". 1932. Vol 96, págs. 258-268.

— *Total Gastrectomy for Carcinoma*. "Jour. of the Amer. Med. Association". 1933. Vol 100, págs. 804-806.

(En el número próximo continuaremos publicando la discusión sobre las ponencias de este tema.)

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Bar. TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN PUERPERAL POR LAS INYECCIONES INTRAVENOSAS DE ALCOHOL.—El autor aconseja en el tratamiento de esta afección las inyecciones de alcohol absoluto en inyección intravenosa (66 c. c. de alcohol en 140 c. c. de suero fisiológico); la inyección debe ser hecha con una gran lentitud, 20 cmc. por minuto. Después de un ligero delirio, la enferma cae en un sueño profundo, bajando la temperatura con gran rapidez; si ésta reapareciese, se harán más inyecciones, con intervalos de dos días; llevan el inconveniente estas series largas: la obliteración de las venas de la enferma. Mestitz y Bar han obtenido resultados muy aceptables, aunque hasta la fecha el número de enfermas tratadas por esta terapéutica no nos permita ser muy optimistas. (*Le Courrier Medical*, 18-9-32.) J. H. SAMPOLAYO.

Blanche Dupeux. EL RÉGIMEN CETÓGENO EN LA EPILEPSIA Y SU APLICACIÓN PRÁCTICA.—Parece ser que el "régimen cetógeno" constituye un régimen de interés en los niños epilépticos y a veces suele producir efectos magníficos. Suele ser muy bien tolerado y no produce como trastorno, más que a veces—si bien pocas—, estreñimiento; también se suele producir una pérdida de peso muy ligera. Hay casos en los que puede conducir permitiendo la disminución de los medicamentos usuales antiepilépticos a una muy grande mejoría del paciente en su estado, tanto físico como mental. Este régimen es algo difícil de aplicar, porque como es de muy larga duración los enfermos experimentan repugnancia por los alimentos. Cita al fin de su trabajo la autora casos de enfermos muy mejorados por este tratamiento. (*Thèse, de Paris*, 1932.)—J. H.

Paul J. Petit. KERATITIS FLINETERULAR Y TRACOMA. Es muy interesante darse cuenta de cómo se comportan las infecciones conjuntivales y corneales en concomitancia con el tracoma. El autor menciona las observaciones por él realizadas de enfermos tracomatosis con keratitis flineterular, e inserta en su artículo la historia de un enfermo al que ha estado viendo durante un largo período de tiempo—cinco años seguidos—. Como conclusión importante de su trabajo, nos dice que la keratitis flineterular agrava en alto modo a los tracomatosis y que en el tratamiento de la misma el tracoma juega un papel de gran importancia. (*Folia Ophthalmologica Orientalia*, Jerusalén, vol. I, fasc. 2.º, febrero 1933.)—J. H. S.



SANATORIO NEUROPATICO

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

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8. — MADRID. — Teléfono 11580

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

Pídanse reglamentos a la Administración

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

Dirección médica: Dr. Gonzalo R. Lafora



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-abortum.

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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



Preparado con especialidad por el Dr. B. Oliver y Rodés, Farmacéutico Químico, Barcelona.

Bactilose

OLIVER
RODES

PRODUCTO
DEL PAIS

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

INDICACIONES

*Forunculosis. Septicemias
Antrax. Escarlatina. Gripe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

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

DEPOSITO GENERAL

VENTA EN
FARMACIAS

LABORATORIO

QUIMICO - FARMACEUTICO
DEL DR. B. OLIVER Y RODÉS

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

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*

GRUPE
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

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

Vejigatorio líquido del Dr. Masó Arumí

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



- D. Fernando Bengoa Gutiérrez.—Pagado fin julio 1933.
 D. Ramón Secchi.—Id. fin junio 1933.
 D. Justo Mata.—Id. fin diciembre 1933.
 D. Angel Carmona.—Id.
 D. Manuel Pont y Gas.—Id.
 D. Tomás Indart.—Id.
 D. Salvador Mayoral.—Id.
 D. José del Río y Chico.—Id.
 D. Manuel Jiménez.—Id.
 D. Emilio Plaza.—Id.
 D. Nicolás Díaz Mateos.—Id.
 D. Francisco Seco.—Id.
 D. Miguel Cadenaba.—Id.
 D. Daniel López.—Id.
 D. José Buja.
 D. Antonio Luna.—Id.
 D. José García Santanatalia.—Id.
 D. Vicente Blanco Andrade.—Id.

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
 a base de Lactococcus solibilis

ACCION RAPIDA Y SEGURA

**calma la tos
 facilita la expectoración
 reanima el estado general**

*Depósito general para España
 Castel y Morán Aragón 223 - Bar*

- D. Enrique Pamo.—Id.
 D. Manuel Corretero Múgica.—Id.
 D. Juan Navaro Santiandreu.—Id.
 D. Julián Romero.—Id.
 D. José Luis Tapia.—Id.
 D. Antonio Cuerda.—Id.
 D. Jesús Posada.—Id.
 D. Eduardo García-Zarbate.—Id.
 D. Manuel Fuentes Rubio.—Id. fin enero 1934.
 D. Guillermo Solís.—Id. fin diciembre 1933.
 D. Antonio Deglado Martínez.—Id.
 D. Lucas Parra.—Id. fin enero 1934.
 D. Manuel Domínguez.—Id.
 D. Francisco Alonso Blázquez.—Id. fin diciembre 1933.
 D. Adolfo Lozano.—Id.
 D. Clemente Serna.—Id. fin enero 1934.
 D. Antonio Ferragud.—Id. fin diciembre 1933.
 D. Agustín Pérez Sanz.—Id.
 D. José Soler Aymaní.—Id.
 D. Santiago Fernández de Velasco.—Id.
 D. Pedro Cuesta.—Id.
 D. Frutos Santiago Martín.—Id.
 D. Francisco Cabo.—Id.
 D. José Carbajosa.—Id.
 D. Fernando Bueno.—Id. fin marzo 1934.
 D. Emilio Rodríguez Moreno.—Id. fin julio 1933.

¡Oh, la mujer!

¿Quién es capaz de leer en el corazón de ciertas mujeres?

Las hay románticas incorregibles, que se enamoran de cualquiera y

CARABAÑA: el mejor purgante

aman espiritualmente a todos los hombres... menos o su marido.

Ahora los periódicos cuentan que una mujer casada ha raptado a un joven inocente de la provincia de Pontevedra.

—No, no—decía él mesándose los cabellos—. ¡Antes la muerte que la deshonra!

—¡Mío, o de nadie!—exclamaba ella.

Y se lo llevó.

Aquí mismo conozco a una señora que se ha enamorado de un trombón de regimiento, y desde que conoce al trombón no puede resistir la presencia de su esposo.

—Quítate de mi vista: te oborrezco—le dice.

—¿Por qué?—pregunta el desgraciado.

JARABE ALMERA

a base de fosfato de cal gelatinoso, el más asimilable

TERTULIA MEDICA

—Porque me hueles a bandolina.

—No me la volveré a poner.

—Es inútil. De todas maneras te odio.

El pobre marido no sabe qué hacerse para reconquistar el amor de la bella, y ayer le compró un melón con objeto de halagarla.

—No me exijas que coma melón. Todo cuanto viene de tus manos me sabe a chinches—grita ella.

Después coge la pluma y escribe en su libro de memorias.

“Cada día me parece más odiosa la existencia. Mi tirano ha querido ablandarme con un melón. ¡Inútil



empeño! ¿cuándo me veré libre de este hombre repunante?

En mi vecindad vive otra señora que está enamorada de un mancebo de botica, tímido como una lombriz y fresco como una rosa. Ella acude a la farmacia con mil pretextos, y cuando él está más distraído, aparece la señora diciéndole amorosamente:

—Buenos días, Silvio. Deme usted diez céntimos de cerato simple; que esté bien fresco; él despacha el cerato y recoge el perro grande con la faz ruborizada y el pulso trémulo.

A los pocos momentos reaparece la señora preguntando:

—¿Tiene usted aceite de almendras dulces?

—Sí, señora.

—Pues deme usted un poquito.

—¿Cuánto?

SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIUCOL, BENZOATO SODICO Y DIONINA

J. DOMINGO CHURTÓ

C. Libertad, 14, BARCELONA

—Lo que usted quiera. Sus deseos son leyes para mí. Es para suavizar el cutis. ¡Ay! ¡Cuánto sufre una cuando no es comprendida!... ¿Usted se llama Silvio, verdad? ¡Qué nombre tan poético! Además, usted es manchego. Lo he sabido por una amiga que compra aquí la flor de malva. ¿Hace mucho tiempo que tiene usted ese lunar en la mejilla?

—Sí, señora, me salió en Madridejos hace seis años.

—¡Madridejos! ¡Qué hermoso país! Allí tendrá usted todas sus afecciones... No me niegue usted, Silvio.

—No tengo a nadie.

Antiséptico Glorógeno Lumen.

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22.—Jaén.

El sonido de su voz conmovió las entrañas del comandante, quien se vió sobrecogido por un ensueño casi religioso con las dos insignificantes palabras pronunciadas por el cura desconocido.

—Señores—añadió en aquel momento Jacoba entrando hasta la mitad del salón, y permaneciendo con la mano en la cadera—, la sopa la tienen ya sobre la mesa.

Atendiendo a la invitación de Benassis que fué llamando a cada uno por orden debido para evitar cortesías y pesadeces ridículas, los cinco convidados del médico pasaron al comedor y se sentaron a la mesa, después de haber rezado la oración que el cura pronunció sin énfasis a media voz.

La mesa estaba cubierta por un mantel de tela adamascada, inventada en tiempos de Enrique IV, por los hermanos Graindorge, hábiles manufactureros que han dado su nombre a los tejidos vastos muy conocidos en los arreglos caseros. El lienzo resplandecía de blancura y desprendía olor a tomillo que Jacoba echaba siempre en la leña. La vajilla era de barro blanco vidriado y con el borde azul, muy bien conservada. La garrafa tenía la antigua forma octogonal que ya sólo se conserva en algunos pueblos. Los mangos de los cuchillos eran de cuerno labrado representando figuras bizarras. Examinando aquellos objetos de uso antiguo, pero que estaban completamente nuevos, podía apreciarse la correspondencia entre los objetos y la natural sencillez del dueño.

La atención de Genestas no pudo menos de detenerse un momento ante la tapadera de la sopera coronada por unas legumbres en relieve divinamente coloreadas al estilo de Bernard de Palissy, célebre artista del siglo XVI. La reunión no dejaba de tener cierta originalidad. Las vigorosas cabezas de Benassis y de Genestas contrastaban admirablemente con la cabeza apostólica del Sr. Janvier; también las caras entristecidas del juez y del teniente alcalde resaltaban de la joven del notario. Aquellas diversas fisonomías parece que representaban a la sociedad en todas sus variedades, en las que se repartía por igual la satisfacción de sí mismo en el presente y la poderosa fe en el porvenir. Únicamente el Sr. Tonnelet y el sacerdote, poco avanzados en la vida, gustaban de escudriñar los acontecimientos futuros que pensaban que les pertenecía resolver; los demás convidados llevaban con preferencia la conversación al pasado. Ahora bien; la preocupación de todos no era otra que la de mejorar las cosas humanas, por lo que sus opiniones reflejaban un doble aspecto de melancolía: una, tenía la palidez de los crepúsculos vespertinos, aquella era el recuerdo borroso de las alegrías que no habían de volver más; la otra, lo mismo que la aurora, anunciaba la esperanza de un hermoso día.

—Señor cura—dijo el Sr. Cambon—. Hoy ha tenido usted muchísimo trabajo y debe encontrarse muy fatigado.

—Sí, señor—respondió el aludido—; porque el entie-

Julio Verne

—Si, picaruelo; tendrá usted novia. Lo leo en sus ojos.

Silvio vuelve a ruborizarse y para disimular su agitación, coge unas píldoras y las machaca en el mortero.

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

CASA SANTIVERI, S. A.

Call, 22. — BARCELONA

no, sin saber lo que hace. En aquel momento sale el boticario, y al ver el estropicio, grita furioso:

—¿Qué está usted haciendo, animal? Machacar las píldoras?

Y quiso tirarle a la cabeza el bote de ungüento amarillo.

La señora interviene y dice a Silvio en voz baja:

—Sacuda usted el yugo de ese tirano. Huya usted de aquí.

Pero él no está dispuesto a correr aventuras, y se mete en la trastiaca triste y macilento.

Gracias a la timidez de algunos jóvenes no ocurren más desgracias matrimoniales; pero, de todas maneras el mundo está desarreglado, la sociedad se desmorona y la inmoralidad cunde.

LUIS TABOADA

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

Pocas personas habrá que, cuando menos, no hayan oído el nombre de este celebrado publicista francés. Sus interesantes e instructivas narraciones científicas corren en lenguas con fabulosa profusión, y su popularidad como escritor acaso no tenga rival en el mundo.

Nació en 1828, en Nantes, donde comenzó sus estudios, que acabó y perfeccionó en París. Su inclinación por la literatura le hizo abandonar la abogacía y componer algunas comedias para el Vaudeville, entre las cua-

FIMONAL

Vías respiratorias.

les obtuvieron éxito *Les Pailles rom-pues* y *Once jours de siège*, y unos cuantos libritos de ópera, que fueron muy bien acogidos por la crítica francesa.

No obstante, el renombre de Julio Verne es debido a esa suerte de novela científica, en gran parte creada por este autor, en que se expone los descubrimientos científicos reales con otras supuestas invenciones de gran interés y amenidad. que llegan, en muchas ocasiones, a lo fantástico y aun a lo grotesco; pero que no dejan de indicar los medios de adquirir

nuevos conocimientos científicos o el camino más adecuado para que las tentativas puedan ser hechas con fruto.

Las obras más leídas de Verne y que más fama le han dado, son: *Vein-*

Yoduros Bern

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

te mil leguas de viaje submarino, La isla misteriosa, La casa de Vapor, Los hijos del capitán Grant, Viaje al Polo Norte, Siete semanas en globo y otras muchas que no es oportuno relatar aquí.

Julio Verne ha compuesto, en colaboración con Lavallée, una hermosa *Geografía ilustrada de Francia*, y ha dirigido, en unión con Macé, el *Magasin illustré d'éducation et de récréation*.

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

ATRACO

—¡DEME la cartera!

El profesor distraído.—¡La cartera! Ya sé lo que me he dejado olvidado en casa.

rrero del pobre cretino y el del buen Pelletier han sido hechos en tiempos diferentes.

—Pero ahora podremos demoler las chozas del barrio viejo—dijo Benassis dirigiéndose a su teniente alcalde—. Esa demolición nos proporcionará cerca de dos obradas de buen prado, y el Ayuntamiento ganará además los cien francos mensuales que nos costaba el mantenimiento de Chautard, el cretino.

—Debíamos recoger durante tres años esos cien francos, para con ellos poder construir un puente en el camino de abajo, donde se cruza con el torrente—respondió el Sr. Cambon—. los vecinos del pueblo y los del valle han tomado la costumbre de atravesar la propiedad de Juan Francisco Pasteureau y acabarán por estropearla, cosa que molesta enormemente al pobre hombre.

—Es indudable—añadió el juez—; ese dinero no podría estar mejor empleado. En mi entender, el abuso de senderos es una de las mayores plagas del campo. El décimo de los procesos que llevamos al juez de Primera instancia tuvo por causa injustas servidumbres. De ese modo se violan casi con la mayor impunidad los derechos de propiedad por gran número de vecinos. El respeto a las propiedades y el respeto a las leyes son dos sentimientos demasiados conocidos en Francia, y que es muy necesario que se propaguen. A muchas gentes les parece deshonesto prestar su asistencia a las leyes y el: "Va te faire prendre ailleurs" (1), frase pro-

verbial que parece dictada por un sentimiento de laudable generosidad, pero que en el fondo no es más que una fórmula hipócrita que sirve para encubrir nuestro egoísmo. Es preciso confesarlo muy alto; nosotros carecemos de patriotismo. El verdadero patriota es el ciudadano lo suficientemente penetrado de la importancia de las leyes para hacer que se ejecuten, aun a riesgo de las mayores molestias. Dejar que se marche en paz un malhechor ¿no es hacerse culpable de sus crímenes futuros?

—De todo hay algo—dijo Benassis—. Si los alcaldes mantuviesen siempre los caminos en buen estado, no habría tantos senderos. Por otra parte, si los concejales estuvieran lo suficientemente instruidos sostendrían al propietario y al alcalde, cuando se oponen al establecimiento de una injusta servidumbre; haría comprender a los ignorantes que el castillo, el campo, la cabaña y los árboles son igualmente sagrados, y que el derecho ni se aumenta ni disminuye por los diferentes valores de las propiedades. Pero semejantes mejoras no podrán obtenerse con rapidez, tienen su raíz en la moral de los pueblos que no podemos reformar completamente sin la eficaz intervención de los curas. Y con esto no me refiero a usted, señor Janvier.

—No tema usted que me de por aludido por tan poca cosa—respondió el cura riéndose—. ¿No procuro yo con todas mis fuerzas la consolidación de los dogmas católicos con los acuerdos administrativos que ustedes adoptan. Por ello en mis parroquiales relativas al robo he

(1) Que te prendan en otra parte.



THUS-SERUM

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

Indicado en
todas las afecciones de las

VÍAS RESPIRATORIAS

Laboratorios VIÑAS - Clarís, 71 - BARCELONA

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

Simblosis de fermentos lácticos y búlgaros en medio vegetal y al máximo de vitalidad

Frasco de 250 gramos, 3,65 pesetas en toda España

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

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

Laboratorio EGABRO. - CABRA (Córdoba), España.

- D. Tomás Martín.—Pagado fin diciembre 1933.
D. José Sánchez Benito.—Id.
D. Juan Ferrán.—Id.
D. Vicente Germán.—Id.
D. Teodoro Magallón.—Id.
D. Gerardo Jiménez Lozano.—Id. fin enero 1934.
D. Antonio Casado.—Id. fin diciembre 1933.
D. Román Rubio Sanz.—Id.
D. Angel Vinuesa.—Id. fin abril 1933.
D. Antonio Sánchez.—Id. fin diciembre 1933.
D. Antolín de la Rosa.—Id.
D. José de la Huerta.—Id. fin febrero 1934.
D. Francisco Adame.—Id. fin enero 1934.
D. Roberto de la Fuente.—Id. fin febrero 1934.
D. Arturo Murcia.—Id. fin diciembre 1933.
D. Miguel Alcalá Torres.—Id.
D. Pedro López Quijano.—Id. 11
D. Manuel Pardo.—Id.
D. Santiago Osarte.—Id.
D. Alberto Fernández Langa.—Id.
D. Gregorio García de León.—Id. fin febrero 1934.
D. Remigio Gallego Gil.—Id. fin diciembre 1933.
D. Enrique Falcó.—Id.
D. José Cordero Soroa.—Id.
D. Emiliano Eizaguirre.—Id.
D. Florencio García y García.—Id.
D. Jesús Cuesta del Muro.—Id.
D. José de la Peña.—Id.
D. Antonio Puente Núñez.—Id.
D. Francisco Nieto.—Id.
D. Francisco Martínez y González.—Id.
D. Marciano Conde Malfaz.—Id.
D. Fernando Vega Delás.—Id. fin marzo 1934.
D. Gaspar Soto.—Id.
D. Félix Ilarri y Zaboray.—Id. fin diciembre 1933.
Facultad de Medicina de Salamanca.—Id.
D. Angel María Castañeira.—Id.
D. Manuel Meleno Sampelayo.—Id. fin febrero 1934.
D. Alberto Chornique.—Id. fin diciembre 1933.
D. Emiliano Gahete.—Id.
D. Agustín Santos Lozano.—Id.
D. Federico Jiménez.—Id. fin marzo 1934.
D. Ponciano Sarriena.—Id. fin diciembre 1933.
D. Antonio Billoch.—Id.
D. Adolfo Gómez Alonso.—Id.
D. Casto González Méndez.—Id.
D. José Luis Resines Tolosana.—Id.
D. Celestino Blanco Bermejo.—Id.
D. Teodoro Galán.—Id.
D. César Morales Noya.—Id.
D. José Peré Raluy.—Id.
D. Julián Selgas.—Id. fin marzo 1934.
D. José Antonio Diéguez.—Id. fin diciembre 1933.
D. Primitivo Valtierra.—Id.
D. Salvador Martínez Santos.—Id.
D. Felipe Muñoz.—Id.
D. Antonio Peláez.—Id. fin febrero 1934.
Círculo Mercantil de Sevilla.—Id. fin diciembre 1933.
D. José Sánchez Sánchez.—Id.
D. Francisco Jofre de Villegas.—Id.
D. Gumersindo Castro.—Id. fin marzo 1934.
D. Eusebio Temprano.—Id.
D. Leoncio Martínez.—Id. fin diciembre 1933.
D. Manuel Gómez Durán.—Id.
D. Fermín Rodríguez.—Id. fin diciembre 1933.
D. Angel Méndez.—Id. fin abril 1933.
D. Mariano Cardillo.—Id. fin diciembre 1933.
D. Antonio Urquijo.—Id.
D. Román Alonso.—Id.
D. José Herrero.—Id. fin febrero 1934.
D. Pedro González.—Id. fin diciembre 1933.

(Continúa en la página siguiente.)

Ayuntamiento de Madrid



Dr. Valdés Lambea

Lecciones sobre tuberculosis

252 páginas. Precio: 15 pesetas

Van en este volumen las lecciones dadas por el doctor Valdés Lambea en el Curso de tuberculosis del Hospital Militar de Carabanchel 1930. Es un libro indispensable a los especialistas en tuberculosis y que deben conocer todos los médicos, pues en él se exponen los conocimientos fundamentales de la Fimatología general y clínica.

Pedidos, remitiendo su importe, a la Administración de "El Siglo Médico", o a "Revista Española de Tuberculosis", Almagro, 25. Madrid.

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: EL SIGLO MÉDICO, la Revista de Medicina y Cirugía práctica, El Genio Médico, El Diario Médico Farmacéutico, El Jurado Médico Farmacéutico, la Revista de Ciencias Médicas de Barcelona y la Revista Médico-Farmacéutica de Aragón, recomiendan en largos y encomiásticos artículos el Jarabe-Medina de Quebracho como el último remedio de la Medicina moderna para combatir el Asma, Disnea y los Catarros crónicos, haciendo cesar la fatiga y produciendo una suave expectoración.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

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

ALMORRANAS



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

del anillo inguinal externo, el choque visceral contra los dedos introducidos en el canal y la desaparición del canal inguinal; para la hernia umbilical, la debilidad de los músculos de la pared abdominal y la ptosis visceral.

El resultado de ese reconocimiento se hará constar en un libro que se llevará al efecto, autorizando cada inspección, con su firma, el médico que practique el referido reconocimiento y el obrero reconocido, y ese libro deberá tenerse a la vista, como documento de información, en todos los casos de reclamación por ese concepto.

Cuando un obrero no haya sido sometido a dicho reconocimiento médico por dejación de la facultad que el patrono tiene para exigirlo, se presumirá *juris tantum* la sanidad del obrero.

Art. 21. La negativa del obrero a someterse al reconocimiento se consignará en el libro especial indicado en el artículo anterior, debiendo firmar dicha diligencia el obrero. Cuando éste se opusiera a ser reconocido, se hará constar en dicho libro esta oposición, firmando la diligencia, a petición del patrono, dos testigos presenciales de la negativa.

Si el obrero reconocido no estuviera conforme con la opinión facultativa del médico nombrado por el patrono, podrá nombrar otro por sí para que le reconozca nuevamente, ateniéndose a su resultado cuando coincidan los dos diagnósticos. En el caso de que éstos sean distintos, se estará, sin otro recurso, a lo que resulte del reconocimiento practicado por un tercer médico, que se nombrará a instancia de una de las partes por el juez de primera instancia del término en que el reconocimiento se verifique.

Art. 22. A falta del reconocimiento médico del obrero, por negativa completa a cualquiera de las formalidades establecidas, dará lugar a la presunción *juris tantum* de que éste padecía con anterioridad una hernia o reunía condiciones orgánicas constituyentes de una predisposición a la misma.

Art. 23. Una vez declarada la hernia como indemnizable, el obrero podrá optar por la operación y re-

en su totalidad o en sus partes esenciales, conceptuándose como tales la mano y los dedos en su totalidad.

c) La pérdida completa del pulgar de la mano que se utilice para el trabajo en cada caso particular.

d) La pérdida de una de las extremidades inferiores en su totalidad, considerándose incluida en este caso la amputación por encima de la articulación de la rodilla.

e) La pérdida de un ojo, si queda reducida la visión del otro en menos de un 50 por 100.

f) La sordera absoluta, entendiéndose como tal la de los dos oídos.

g) Todas las similares que produzcan la misma incapacidad.

Art. 15. Se considerarán como incapacidades permanentes y absolutas para todo trabajo aquellas que inhabiliten por completo al obrero para toda profesión u oficio, especialmente las siguientes:

a) La pérdida total o en sus partes esenciales de las dos extremidades superiores o inferiores, de una extremidad superior y otra inferior o de la extremidad superior derecha en su totalidad, conceptuándose como partes esenciales la mano y el pie.

b) La pérdida de movimiento análoga a la mutilación de las extremidades, en las mismas condiciones indicadas en el apartado anterior.

c) La pérdida de los dos ojos, entendida como anulación del órgano o pérdida total de la fuerza visual.

d) La pérdida de un ojo, si queda reducida en más del 50 por 100 la fuerza visual del otro.

e) Las lesiones orgánicas y funcionales del cerebro y estados mentales crónicos (psicosis crónicas, estados maniáticos y análogos), causados por el accidente, reputados como incurables y que, por sus condiciones, impidan al obrero dedicarse en absoluto a cualquier clase de trabajo.

f) Lesiones orgánicas o funcionales del corazón y de los aparatos respiratorio y circulatorio, ocasionada por acción mecánica del accidente, que se reputan incurables, y que, por su gravedad, impidan al obrero dedicarse en absoluto a cualquier clase de trabajo.

g) Lesiones orgánicas o funcionales de los aparatos digestivo y urinario, ocasionadas por acción mecánica del accidente, que se reputan incurables y que, por su gravedad, impidan al obrero dedicarse en absoluto a cualquier clase de trabajo; tales como, en sus casos respectivos, ano contra natura; fistulas muy anchas, estercoracias, vésico-rectales o hipogástricas; emasculación total.

h) Todas las similares que produzcan la misma incapacidad.

Art. 16. La enumeración que se hace en el artículo 13 de las lesiones que determinan una incapacidad parcial no obstará a que, por la apreciación de las mismas, según lo previsto en el párrafo segundo de dicho artículo, se declare una incapacidad permanente y total para la profesión habitual.

Art. 17. Se considerarán hernias con derecho a indemnización:

a) Las que aparecen bruscamente a raíz de un traumatismo violento sufrido en el trabajo y que ocasione roturas o desgarros de la pared abdominal o diafragma y se acompañen con un síndrome abdominal agudo y bien manifiesto.

b) Las que sobrevengan en obreros no perdidos como consecuencia de un traumatismo o esfuerzo, siempre que éste sea violento, imprevisto y anormal en relación al trabajo que habitualmente ejecuta el obrero.

Art. 18. Para la declaración de la incapacidad producida por una hernia, de no estimar el patrono o entidad aseguradora que se trata de una hernia de fuerza de las comprendidas en el apartado a) del artículo anterior, podrá solicitarse por cualquiera de las partes, o acordarse por el juez, la práctica de una información médica, conforme a lo que se dispone en el artículo presente.

En el caso del apartado b) del artículo anterior será obligatoria la práctica de la información médica practicada en plazo de tres meses, a contar del día en que el obrero se sintió lesionado.

La información habrá de practicarse de oficio, y a la

mayor brevedad posible, bien por los Ayuntamientos de las localidades en que no haya Delegado de Trabajo o ante éste.

Al efecto de la información, se citará, con todos los requisitos legales, al patrono o entidad aseguradora, y, acreditada esta citación, no podrá interrumpirse el procedimiento por su falta de comparecencia, sino que se continuará, en su rebeldía, con los documentos que presente el obrero, que, a falta de otros contradictorios, surtirán plenos efectos legales.

Art. 19. En la información a que se refiere el artículo anterior, se hará constar:

1.º Los antecedentes personales del sujeto observado y los resultados de los exámenes anteriores que haya sufrido.

2.º Las circunstancias del accidente, referidas por el paciente y confirmadas por los testigos, si los hubo, puntualizando la naturaleza del trabajo a que se dedicaba el obrero, la posición exacta en que se encontraba en el momento del accidente, si estaba cargado al efectuar el esfuerzo al que se refiere la producción de la hernia, y la clase de ese esfuerzo.

3.º Los síntomas observados en el momento del accidente y en los días sucesivos, comprobando muy especialmente si se produjo un dolor brusco en el momento del accidente, su localización y condiciones; si fué precisa la intervención inmediata de un médico, y el tiempo que duró la suspensión de las faenas del herido, caso de haber sido necesaria esta suspensión.

4.º Los caracteres de la hernia producida, los relacionados con el examen detenido del estado de integridad funcional de la región afecta y de la pared abdominal, y los deducidos de los reconocimientos, en fechas posteriores, del lesionado.

Art. 20. Los patronos o las entidades aseguradoras podrán exigir de los obreros que vayan a ser admitidos al trabajo el que se sometan a un reconocimiento médico previo, desde el punto de vista especial de la predisposición a padecer cualquier clase de hernia.

Se considerarán síntomas preferentes para calificar una predisposición a la hernia inguinal la gran dilatación

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

- D. Carmelo Piazuolo.—Pagado fin marzo 1934.
 D. Ricardo Núñez.—Id. fin diciembre 1933.
 D. Manuel Péri.—Id. fin marzo 1934.
 D. Celestino Sanabria.—Id. fin diciembre 1933.
 D. Arnaldo Moyer.—Id.
 D. Nicolás María Montero.—Id.
 D. Luis Gómez Cerro.—Id.
 D. Bernardino Díez Caballero.—Idem fin marzo 1934.
 Colegios de Médicos de Santander.—Id. fin diciembre 1933.
 D. Cándido Benito.—Id.
 D. Miguel Martínez.—Id. fin enero 1934.
 D. Luis Márquez.—Id. fin diciembre 1933.
 D. Modesto García Luis.—Id.
 D. Ignacio Mateo.—Id.
 D. Máximo Ramírez Rodrigo.—Id.
 D. Justino Sarralde.—Id.
 D. Prudencio Santos López.—Idem fin abril 1934.
 D. Marcos Sendino García.—Id. fin diciembre 1933.
 D. Manuel García Pérez.—Id.
 D. Justo Blasco Alamán.—Id.
 D. Félix Durán.—Id.
 D. José del Alamo.—Id. fin abril 1934.
 D. Ignacio Moya Núñez.—Id. fin diciembre 1933.
 D. Daniel Monje Juli.—Id. fin abril 1934.
 D. Antonio González de la Calle.—Id. fin mayo 1934.
 D. Leopoldo Bravo.—Id. fin diciembre 1934.
 D. Rafael Reig Vilaplana.—Id. fin mayo 1934.
 D. Baldomero Gómez Casas.—Id. fin diciembre 1933.
 D. Antonio Redondo Jaldón.—Id.
 D. A. Pujol.—Id.
 D. Juan Barceló.—Id.

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 en Farmacias del mundo.

- D. Jesús Alústiza.—Pagado fin marzo 1934.
 D. Celestino Iglesias.—Id. fin diciembre 1933.
 D. Miguel Ramos.—Id.
 D. José Cabanas.—Id.
 D. Manuel Anciola.—Id.
 D. Bernardo Gasque.—Id.
 D. Ramón Alvarez de Toledo.—Id.
 D. Aquilino Lagúa Serrano.—Id.
 D. Alejandro Vallejo Hierro.—Id.
 D. Ezequiel Ballester de los Reyes.—Idem.

(Se continuará.)

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

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

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO
BENGALAIS
Eficaz, Agradable e inofensivo.
ASMA, ENFISEMA, CATARRO, CORIZA
 De Venta en todas las Farmacias. — MUESTRAS: RIERA S. C. BARCELONA, Ap. 229.
 A. FAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE-PARIS

Sanatorio de la Prosperidad

Enfermedades mentales

Director: Doctor Suils. — Cartagena, 67. — Teléfono 57746

● RECHACE IMITACIONES
USE Y RECOMIENDE LO MEJOR
PRUEBE SUS EXCELENCIAS ●
PIDA SIEMPRE

N
A
R
A
N
J
A
D
A



L
I
M
O
N
N
A
T
U
R
A
L

Sucesor, Aurelio Talens Gil

Productos higiénicos, nutritivos y refrescantes
Tesoro de Vitaminas. Vigilante de la salud

Como alimento, dice el renombrado doctor Sandoval Amorós en su trabajo intitulado COMED NARANJAS: "La naranja es la fruta que contiene *mayor cantidad de vitaminas*, destacando, especialmente, la vitamina antiescorbútica, y que será el procedimiento más agradable y más natural de prescribir las vitaminas a los niños, a los adultos sanos, a los viejos, a las embarazadas, a las madres lactantes, a los enfermos crónicos, a los tuberculosos, a los que viven en casas insalubres, donde no reciben las caricias solares..."

La naranjada y limón natural VALENCIA está preparada con productos escogidos, yendo directamente a sus envases y recogiendo todas las propiedades del fruto.

Rechace imitaciones. Pruebe y recomiende

NARANJADA Y LIMON NATURAL VALENCIA

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Origen castellano del prognatismo en las dinastías que reinaron en Europa, por el Prof. Dr. D. Florestán Aguilar. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Reglamento de la ley de accidentes del trabajo en la industria. — Tertulia Médica. — Anuncios.

BOLETIN DE LA SEMANA

*El profesor Aguilar en la Academia.
El hombre y sus virtudes.*

El miércoles, a las cinco de la tarde, y con la solemnidad de reglamento, fué recibido miembro de número en la Academia Nacional de Medicina, el profesor D. Florestán Aguilar, vizconde de Casa-Aguilar.

El acto de la recepción puede calificarse de señalado acontecimiento, por cuanto supone el abrir las puertas del más alto cuerpo consultivo-científico de las ciencias biológico-médicas, a un representante de la facultad odontológica.

Nadie con tanto derecho como el profesor Aguilar podría merecer el honroso título de gonfalonero de una arte y una ciencia a la que ofrendó su vida, tan fecunda en labor, tan generosa de sacrificios, tan gallarda de empeños y tan lucida de victorias.

En un pueblo más pensador y menos pasional que el nuestro, el profesor Aguilar sería un símbolo de ejemplaridad. Cuando la voz de un misionero de la democracia, de la libertad y de la justicia ciudadana se alzase frente a la multitud ansiosa de justicia, de libertad y de democracia, el nombre y la historia del profesor Aguilar bien podría irle en ayuda de los más cálidos y eficaces argumentos.

Aguilar no es aún viejo. En un pobre montón de tiempo, ha pasado de la más obscurecida modestia a los más altos lugares sociales. La historia del profesor Aguilar es un precioso galardón de la historia de nuestros últimos cuarenta años. Es la prueba de que España fué siempre para los trabajadores, sin que precisara reconocerse ese derecho en el código fundamental del Estado.

El recuerdo fácilmente podría agrupar en torno del nombre de Aguilar, cientos y cientos de nombres que valorasen este argumento en todas las manifestaciones de la actividad nacional; pero no lo precisa la asombrosa claridad de su caso.

Aguilar no era nada y ha podido llegar a serlo todo en un pobre montoncito de años, y en un país que aún sigue pidiendo justicias y libertades, cosas por las que clama con infantil empeño desde los tiempos heroicos de Indibil y Mandonio.

A nosotros nos place sobremanera esta apoteosis del profesor Aguilar, que en tanto roza a nuestros más firmes convencimientos. La libertad y la justi-



Prof. Dr. D. Florestán Aguilar.

cia la llevamos cada hombre dentro, porque es la suprema razón de nuestra permanencia en la tierra, porque el álito de la Divina potestad es eso: "Libertad y Justicia", aire de mundo, pulso de la vida, concierto hormonal del progreso y las civilizaciones sociales.

Hace muchos siglos que la libertad y la justicia nacen en España cada vez que un español abre los ojos a la luz de nuestro sol y a los engaños de nues-

tra vida. Pero también hace ya muchos siglos que la libertad y la justicia mueren en España cada vez que un grupo de españoles se junta para definir y organizar estas facultades ante el pueblo.

De cuando en cuando, un hombre de la talla espiritual de Aguilar navega por la vida española sin soltar la fianza de su voluntad, y gobernada la ruta por la aguja de la constancia, que guarda el norte en todos los accidentes de la marejada y en todas las avalanchas de los vientos temporales. ¡Y la nave llega, como ahora, empavesado y alegre el aparejo, castigado el casco por la azarosa travesía y un poco envejecido el timonel que nubla su vista con mares y cielos que vió y lleva el corazón en lastre de melancolías!

En un pueblo más pensador y menos pasional que el nuestro, el triunfo de Aguilar sería como un eco del ¡Viva España! lanzado a una por veintidós millones de esperanzas españolas. Yo no os digo más, sino es que hace mucho tiempo que me pregunto cada vez que miro nuestro glorioso escudo patrio, cómo en ved de las cartelas que triunfan contorneando las columnas de Hércules, no figuran dos serpientes de cascabel devorando el Plus Ultra, que supo hacer su lema nuestro espíritu verdaderamente nacional.

DECIO CARLAN

Origen castellano del prognatismo en las dinastías que reinaron en Europa ⁽¹⁾

POR EL

PROF. DR. D. FLORESTÁN AGUILAR

Discurso de recepción leído el 7 de junio de 1933 en la Academia Nacional de Medicina

EXCMO. SR. PRESIDENTE:

SEÑORES ACADÉMICOS:

En este momento, tal vez el más solemne de mi vida profesional, comprenderéis con cuánta emoción me dirijo a vosotros, porque la merced que me otorgasteis, al abrirme las puertas de esta casa, significa la realización de mi aspiración más alta; y al recibir, con la medalla, la noble investidura de Académico, se convierte en realidad lo que por muchos años juzgué como un sueño.

Para vosotros, el ingreso en la Academia fué la consagración de vuestros grandes méritos personales y de vuestra sabiduría; para mí es mucho más. Yo no puedo desprenderme de mi humilde origen profesional, del que tenía la clase Odontológica, al venir yo a la vida del trabajo. Cuando en 1890, salido de una Universidad extranjera, comencé el ejercicio de mi profesión, en España no se había realizado todavía la evolución científica y social de la Odontología. Mozo yo aún, esa clase no había alcanzado el prestigio académico que podía lograr. A mí me cupo la suerte de colaborar a

su desenvolvimiento y transformación, y de contribuir con un postulado constante y lleno de fe, para conquistar, paso a paso, los elementos de progreso, y lograr la fundación por el Estado de la enseñanza universitaria que formase una juventud estudiosa, ilustrada y entusiasta de su carrera, que conquistase para ella la consideración que tenía en otros países, transformando sus aspecto, entonces empírico y meramente artístico, en la especialidad científica que hoy representa.

Comparaba entonces (os hablo de los años postreros del pasado siglo) el mediocre concepto en que era tenido el profesional de la Odontología en España, con el prestigio social y científico de que gozaba en el extranjero; y espoleado, sinceramente os lo aseguro, por un patriótico anhelo, pensé que España debía también tener odontólogos; y que era nuestro deber hacer la aportación personal de nuestra actuación altruista para lograrlo.

Unido a otros pocos compañeros, algunos que aún viven, otros que no existen, todos merecedores de ser recordados en estos momentos, compañeros en los que resplandecía tanto el entusiasmo por su profesión como su fervoroso patriotismo, y sentían el deseo de que en ese aspecto de la ciencia médica, España no estuviese a la zaga de otras naciones, comenzamos la labor instauradora de la Odontología Académica, trabajando con noble anhelo, durante treinta años, en la Prensa profesional; veintiséis años en la Cátedra, y muchos más en la Clínica, para aprender y enseñar, y, con honradas predicaciones, formar la clase odontológica presente.

En el prestigio logrado por los miembros de esa clase, con sus publicaciones, investigaciones y colaboración al progreso de las ciencias médicas, y por mi actuación dentro del ejercicio de esta rama de la Medicina, mi modesta labor en la Cátedra de esa enseñanza, o en la literatura de sus textos y revistas, habéis hallado motivo para dejarme llegar a vosotros; y he logrado que, lo que hace treinta años me parecía imposible, sea una realidad jubilosa, no ya para mí, sino para cuantos cultivan esta rama de la Medicina. Considerad, Señores, cuán grande y cuán justificado es mi agradecimiento a vosotros, que me dispensáis el inmenso honor de otorgarme vuestros sufragios para ocupar este puesto.

ANOMALIAS DE LOS DIENTES

Los dientes en sí y en sus relaciones con el resto del esqueleto tienen en el hombre, y en las especies animales, características anatómicas de forma, número, volumen, estructura, etc., fijas, constantes e inmutables en estado fisiológico; pero expuestas a muy frecuentes y variadas alteraciones de gran interés en la clínica, por su significación patológica.

A esas alteraciones, es decir, a las desviaciones de tipo primitivo del aparato dentario en su totalidad o en alguna de sus partes, se denominan "anomalías dentarias".

Atendiendo a que estas aberraciones tengan su origen en la génesis del diente, en su nutrición o dependen de su evolución o de los huesos donde están implantados, se clasifican estas desviaciones del tipo normal en:

Anomalías de forma, volumen, número, sitio o heterotopia, dirección, erupción, nutrición, estructura, disposición (oclusión) y ANOMALÍAS DE LOS MAXILARES.

En ciertas anomalías de los dientes, creen ver algunos naturalistas y zoólogos cómo el sistema dentario obedece a las leyes especiales de la evolución de los seres vivos al observar que morfológicamente pasan desde

(1) Hemos suprimido en esta reproducción gran parte del texto anatómico y los apéndices.

los dientes simple de los vertebrados inferiores a la complejidad y perfección de estos órganos en los animales superiores, y aprecian en ciertas desviaciones del tipo normal, en el hombre, ya en las anomalías por aumento o disminución numérica (o fórmula dentaria), ya en la inclinación de los dientes y del proceso alveolar (prognatismo).

En su *Evolución Super-Orgánica del Hombre*, Lluria, con algún otro antropólogo, estima la ausencia de los terceros molares, frecuente en la raza caucásica, como índice de evolución hacia un hombre más perfecto, mientras que, no sólo Darwin, sino Metchnikoff y algún otro, ven en el aumento numérico y de volumen de los molares de los negros de Australia, y de los Tagalos, cuya fórmula dentaria está aumentada a 36 piezas, con la presencia constante de cuatro molares, dos en cada arcada, igual en número a las de los simios, un antecedente antropológico demostrativo de sus teorías evolucionistas.

ANOMALÍAS DE ERUPCIÓN.—Aparecen los dientes temporales y permanentes por etapas sucesivas durante una gran parte de la vida, teniendo cada órgano su orden y su época para evolucionar.

Los períodos de formación y desarrollo de los dientes son coincidentes con los que corresponden a la marcha de osificación y crecimiento del esqueleto.

Los gérmenes dentarios (con la excepción de los segundos y terceros molares permanentes) se forman sin interrupción desde el fin del segundo mes hasta el fin del cuarto mes de la vida del feto, y su desarrollo ejerce una influencia en la forma y dimensiones de los molares.

Sobre la fecha en que cada diente hace su erupción no están conformes todos los anatómicos. El orden de sucesión o cambio de los dientes es, según nuestra observación, coincidente casi siempre con la cronología establecida por Magitot.

Pero esta cronología sufre muy frecuentemente alteraciones por anticipo o por retardo, constituyendo las anomalías de erupción, ya en los dientes temporales

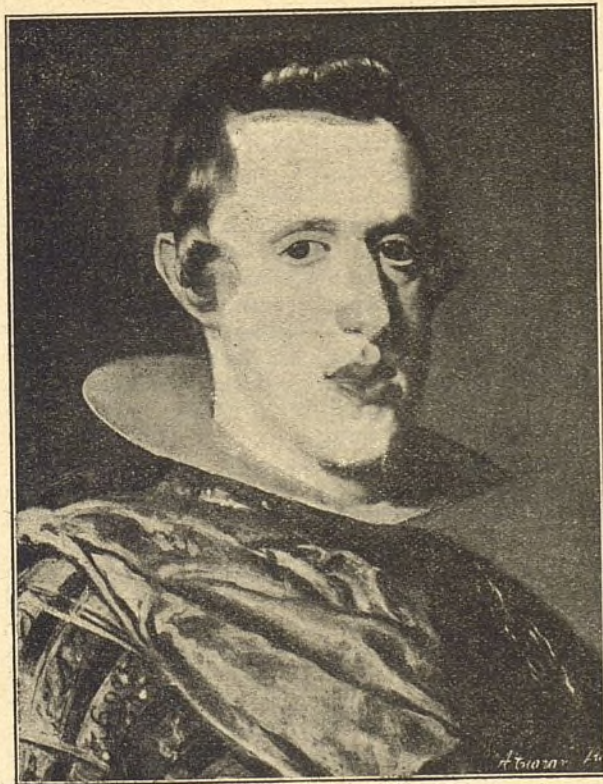


Fig. 1.—Felipe IV joven. (Velázquez.)



Fig. 2.—Doña María Teresa (Velázquez), que casó con Luis XIV de Francia.

permanentes, que pueden ser: por erupción precoz o por erupción tardía.

La precocidad en la aparición de los dientes no tiene, en nuestra opinión, significación alguna patológica.

La historia nos habla de algunos personajes ejemplos de dentición precoz. Luis XIV vino al mundo provisto de dientes, lo cual dió pábulo a nuevas hablillas e interminables comentarios. Un niño tan esperado, por milagro concedido a Francia, e hijo de tan magníficos padres, no podía hacer su entrada en el mundo como el vulgo de los seres: él traía dientes, y hasta se dice que no lloró, antes bien, acogió con majestuosa sonrisa las saluciones de los magnates...

La adulación palaciega trocó en mérito lo que es una anomalía; por lo demás, el nacer con incisivos es un hecho nada extraordinario: Valeria, hija de Diocleciano, Annio Curio Dentato, Papirius Carbo, Roberto el Diablo, Ricardo III de Inglaterra, Mazarino y Mirabeau son, entre otros muchos, ejemplos de dentición prematura.

Andando el tiempo, Luis XIV se hizo hombre y procuró con fe seguir la ley de la procreación dando, con sus mujeres y mancebas, no poco que entender a la obstetricia, él que había dado tanto que sentir a las nodrizas con los mordiscos; pero no encontramos antecedentes de si esta anomalía dentaria fué transmitida a alguno de sus descendientes; si hallamos sobradas pruebas de la transmisión por herencia de otra anomalía bucal del rey, su marcado prognatismo. Lo encontramos sólo en sus descendientes legítimos, prueba inequívoca de la influencia que en ello tuvo su mujer, María Teresa, infanta de España, hija de Felipe IV, también prognática como su marido, y cuya descendencia presenta igual carácter fisionómico, tan acentuado como se ve en los retratos del Delfín, en su nieto Felipe V de España, en Luis XV y Luis XVI de Francia.

Si estos dientes de erupción precoz, con preferencia a los temporales, no perjudican en una forma especial, no hay por qué extraerlos.

La erupción tardía es más común, porque el retardo en los fenómenos de la evolución de los órganos es más frecuente que la precocidad y superactividad fisiológica.

La erupción tardía de los dientes permanentes puede estimarse como un síntoma de infantilismo hipofisario.

En los niños enfermizos, la pobreza fisiológica, el raquitismo, cretinismo y otros estados semejantes, pueden repercutir en un retraso de erupción.

En la segunda dentición, el retardo de la salida del molar del juicio constituye todo un problema, muchas veces de orden quirúrgico, dados los trastornos que produce.

En los cretinos del tipo endémico o accidental encontramos con gran frecuencia anomalías dentarias (1). El cretinismo ocasiona una osificación prematura de los huesos con deformidad de la cabeza y cara, y, como consecuencia de estas alteraciones, se determinan anomalías de forma de los maxilares, anomalías de posi-



Fig. 3.—Felipe V de España, nieto de Luis XIV de Francia y de María Teresa de España.

ción de los dientes, fenómenos de retardo en la formación de los mismos, alteraciones de estructura del esmalte, erosiones e hipoplasias y la predisposición consiguiente a la caries dentaria, por cuanto esos defectos disminuyen la defensa natural de la cubierta coronaria del diente. Según Wilhelm Falter (Falter, pág. 133), en los niños afectos de cretinismo esporádico se observa siempre una erupción tardía de los dientes.

Hay otro tipo de *abrasión dentaria* o verdadero desgaste de los dientes, que puede llegar a causar la desaparición de gran parte (yo he visto casos de desgaste total) de las coronas de incisivos y molares. No se trata de una atrofia del diente, sino de un *desgaste*, determinado por una disminución de la dureza o resistencia mecánica del esmalte y de la dentina, que favorecen la "usura" o desaparición gradual de estos tejidos, dejando amplias superficies articulares planas por haber desaparecido los tubérculos, y que tienen un aspecto liso y pulimentado. Esto se observa en la Myaldematose y debe estimarse como un síntoma de la enfermedad de Basedow.

ANOMALIAS DEL ESQUELETO DE LA BOCA

Tanto como el estudio de las anomalías de los dientes, es interesante el estudio de las desviaciones del tipo normal de los huesos en que aquéllos están implanta-

(1) Krantz ha escrito sobre este asunto, y el Dr. Varela, profesor de la Escuela de Odontología de Buenos Aires, es autor de una tesis sobre *Los dientes de los idiotas*, en que analiza con gran acopio de datos este tema.

dos, es decir, de los maxilares y mandíbula. Esas deformidades pueden ser sintomáticas de alteraciones endocrinas o exponentes de taras hereditarias, que muchos consideran estigmas de degeneración orgánica y que tanto afectan a la conformación y belleza de la cara.

Pertenecen a este grupo las anomalías de la bóveda palatina y las deformaciones por atrofia o por hipertrofia (prognatismo) de la mandíbula.

El análisis de la forma y dimensiones de la bóveda palatina es de interés, porque a las variaciones del índice palatino corresponden variaciones en el mismo sentido del "índice basilar", o relación entre la longitud total del cráneo y la distancia entre el basión y el punto alveolar, con la influencia consiguiente en la conformación anatómica de la cavidad naso-faríngea; y hemos comprobado que en los individuos con paladar alto, con aplanamiento lateral de las arcadas dentarias superiores, existe igualmente una atrofia de los huesos de la base del cráneo.

Las anomalías de la bóveda palatina pueden obedecer a causas congénitas ligadas a otros motivos causantes de un desarrollo deforme del esqueleto o de monstruosidad, como la fisura palatina y labio leporino.

MAGNAN y LEGRAIN han encontrado siempre la forma de bóveda ojival en el paladar de los idiotas, y por ello la señalan como un síndrome de degeneración.

Otras anomalías del paladar resultan de causas extrínsecas, muchas veces realmente mecánicas, que influyen, no sólo en la formación de la bóveda, sino en la morfología de todo el macizo maxilofacial. En este grupo podemos incluir las originadas en la infancia por el uso de chupones o por el hábito en algunos niños de meterse un dedo en la boca, y sobre todo las determinadas por obstrucciones en las vías respiratorias.

Al no funcionar las fosas nasales, en virtud de una ley de fisiología bien conocida, su esqueleto se atrofia; este paro en el desarrollo engendra la atresia de las vías respiratorias, atresia aumentada alguna vez por la incurvación del tabique nasal, que, no pudiendo desarrollarse libremente, se encorva hacia un lado.

Los senos frontales esfenoidales, etmoidales y maxilares quedan igualmente rudimentarios; la atrofia de los senos maxilares determina el aplastamiento de los pómulos; la de los senos frontales y las células etmoidales, explica el aplastamiento de las regiones superciliar y de la base de la nariz.

Al mismo tiempo que así se origina la "facies adenoidea" se producen como consecuencia deformaciones del paladar. El diámetro transversal de la bóveda palatina disminuye; además, esta bóveda se eleva, y en vez de ser moderadamente cóncava, como es normalmente, se encorva como nave gótica. El borde inferior del vómer forma a veces en el fondo un ligero saliente. La parte anterior del borde alveolar de ambos maxilares superiores se proyecta hacia adelante igualmente que los incisivos que él lleva, produciendo exteriormente lo que se llama *prognatismo superior*.

La cara contiene varias cavidades aéreas: los senos frontales, maxilares, etmoidales y esfenoidales, que en el estado normal comunican amplia y fácilmente con el aire exterior, y en los que éste se renueva y circula a cada inspiración; pero cuando la respiración se halla suprimida, no funcionan estos senos, no siguen el desarrollo normal de todo órgano activo y, por consiguiente, dichas cavidades quedan de un volumen más reducido. De aquí el estado rudimentario del hueso malar, por las pequeñas dimensiones del antro de Hignmore; de ahí la anchura relativa del diámetro inferior de la cara, por el contraste que forma el desarrollo normal del maxilar inferior; de ahí la forma ojival de la bóveda palatina y el tamaño reducido de la nariz por la disminución de los diámetros transversales y verti-

cales de las fosas nasales. Este hecho obedece a un mecanismo análogo al que acontece con la cavidad orbitaria de los niños a los que se les ha enucleado un ojo, resultado conocidísimo de todos los oculistas.

A consecuencia de la atrofia del maxilar superior resultan también anomalías de posición de los dientes, por la imposibilidad de desarrollarse y disponerse libremente. Hay falta de relación entre la suma de los diámetros de sus coronas y el perímetro del arco alveolar; los dientes se encuentran demasiado comprimidos entre sí y salen de su hilera cabalgando los unos sobre los otros.

Es frecuente encontrar en los adenoideos anomalías dentarias; pero no se puede precisar si, por ejemplo, la atresia dentaria se encuentra de preferencia en los adenoideos dolicocefalos, y la diastasia en los braquicefalos, ya que en los primeros puede hallarse el paladar plano y en los segundos el paladar ojival.

El distinguido rinólogo español don Antonio Argullós dice "haber observado frecuentemente la hipermegalia de los incisivos medianos, contrastando con la pequeñez de los incisivos laterales". La hipoplasia del esmalte y el microdontismo son defectos que tienen que obedecer a trastornos de nutrición o alteraciones endocrinas en época de formación de los maxilares.

No podemos admitir, a pesar de las opiniones de Subirana, Mañes y otros, que las anomalías de la bóveda palatina sean lesiones secundarias consecutivas a las vegetaciones adenoideas. Las vegetaciones son una monstruosidad *agregada*, pero no causante de la deformidad que es contemporánea con la osificación de la cavidad craneal.

Según Escat y Fere, todo individuo con la bóveda palatina ojival es un degenerado, pero no es necesariamente un adenoideo o un raquítico.

ATRESIA MANDIBULAR.—Es la anomalía esquelética consistente en un achicamiento, que puede ser muy acentuado, de la mandíbula, resultante de una detención en el desarrollo del maxilar inferior por causas congénitas (heredosifilis, raquitismo, osteomalacia y todos los trastornos endocrinos que se traducen en alteraciones del sistema óseo), o por causas adquiridas, como son el vicio de chupar el dedo, el uso de tetinas en el período de lactancia o las ulceraciones de las mucosas del vestíbulo bucal, que con tanta frecuencia se observan en los niños sarampionosos o afectos de otras fiebres eruptivas, y que originan sinequias y adherencias a los bordes alveolares, que impiden abrir la boca, creando verdaderas bridas de inmovilización de la mandíbula, que queda fija como si la articulación temporomaxilar estuviese anquilosada.

La mandíbula queda detenida en su desarrollo, el niño crece, adquiriendo las facies de esos individuos de barbilla hundida, de los que se dice que tienen la "cara de pájaro", que los franceses llaman de "menton fuyant", con una fisonomía típica que tiene algunas características comunes con la facies de los adenoideos.

La ATRESIA MANDIBULAR así producida determina una desproporción de dimensiones entre las correspondientes a la lengua y la cavidad bucal achicada. La lengua resulta voluminosa en exceso, como si se tratase de una macroglosia; es empujada hacia la faringe, porque la retracción de la región mentoniana de la mandíbula atresada, no sólo determina el achicamiento de la cavidad limitada por el macizo esquelético facio-cráneo-vertebral, sino que todas las inserciones musculares con la masa lingual y amigdalina y todo el suelo de la boca se encuentra arrastrado hacia atrás, hacia la columna vertebral, y tal malposición ocasiona reflejos peligrosos para la vida organovegetativa y psíquica del individuo.

En estos casos, cuya etiología, repito, suele encontrarse en las bridas cicatriciales y sinequias resultantes de esas estomatitis tan frecuentes en los niños sarampionosos o en el hábito también frecuente en los

niños de "chuparse el dedo", colocando la mano en presión sobre el mentón, la anomalía diagnosticada precozmente puede ser tratada con eficacia por medios ortodóncicos, con una aparatología bien conocida de los odontólogos y que, aplicada a edad temprana, logra, no sólo corregir la deformación facial, sino, lo que es más importante, evitar los efectos de la GLOSOPTOSIA, de tanta trascendencia para el desarrollo y vida del paciente.

PROGNATISMO

Prognatismo es la anomalía consistente en tener "la mandíbula prominente" (Diccionarios de Ciencias Médicas).

Para los antropólogos, el prognatismo facial es la prolongación o prominencia hacia delante del macizo maxilomandibular, común en las razas negras de Africa y Oceanía, en las que debe considerarse como fisiológico, pero que es accidental en la raza caucásica, dando una estructura facial que influye considerablemente en la graduación del ángulo de Camper. Para mayor claridad en el lenguaje, dan el nombre de "prognatismo" al avance de la cara en la región maxilar superior e inferior, y el de "pragenie", al mismo fenómeno localizado tan sólo en la mandíbula inferior. Ejemplos de ese tipo facial son los que presentamos en las figuras 1 y 2 de la figura 4.^a, reproducción el uno de un ejemplar existente en el Museo Velasco, de Madrid, y el otro de un cráneo de negro africano.

Nosotros, que vamos a referirnos exclusivamente al prognatismo inferior, emplearemos este término, aceptando la definición de los Diccionarios de Medicina y la más amplia que hace Galippe al describir esta conformación generalmente acompañada de desarrollo exagerado del labio inferior, diciendo que prognatismo es la "anomalía en virtud de la cual cesa de ser normal la relación entre los maxilares superior e inferior y se pierde la articulación entre los dientes, montando los incisivos inferiores sobre los superiores, proyectando la mandíbula hacia delante, dejando el maxilar más o menos atrás y dando a la fisonomía un aspecto que recuerda la malformación del perro bull-dog" (Galippe).

Las figuras 3, 4, 5 y 6 de la lámina son una descripción gráfica de una de las formas de prognatismo que pretendemos analizar: el gigantismo mandibular de los acromegálicos. Son retratos de los cráneos de cuatro gigantes: el Gigante Extremeño, del Museo Velasco, de Madrid; el Gigante Constantino, del Museo Antropológico, de París; uno del Museo de Cleveland y otro francés, en los que se ve la deformidad de la mandíbula de los acromegálicos y la consiguiente malposición de los dientes.

Funcionalmente, esta deformidad impide una masticación normal por la maloclusión dentaria y predispone a la caída prematura de los dientes por piorrea.

Estéticamente, ocasiona una fealdad del rostro, pues con el actual criterio que sobre belleza tenemos, una cara no es hermosa sin una normal conformación mandibular.

Anatómicamente, es de todas las alteraciones teratológicas que en la boca se observan, la que con más frecuencia se transmite por herencia, llegando por esta razón a tomar caracteres de fijación en algunas familias, ocasionando la más célebre y evidente de las anomalías faciales, por haber existido en los miembros de diversas dinastías reinantes, adquirido por transmisión hereditaria, según mi opinión, desde los Reyes de Castilla, en el siglo XII.

Para muchos autores, cuya opinión no compartimos, el prognatismo mandibular es estigma sintomático de una degeneración orgánica resultante de la herencia de taras morbosas, de matrimonios consanguíneos, de per-



Figura 4.a.—PROGNATISMO RACIAL:
La prominencia afecta a ambos procesos alveolares. La articulación de los dientes es normal; los superiores ocluyen sobre los inferiores.

Ejemplos: 1. Prognatismo racial o fisiológico. (Cabeza de negro. Ejemplar de Museo Velasco, Madrid).—2. Cráneo de un negro africano.

PROGNATISMO ACROMEGÁLICO:

La protusión es sólo de la mandíbula. La articulación dentaria está invertida.

Los dientes inferiores ocluyen sobre los superiores.

Ejemplos: 3. Cráneo prognático del Gigante extremeño, cuyo esqueleto se conserva en el Museo Velasco de Madrid. (Según Subirana).—4. Cráneo del Gigante del Museum, de París, en que se aprecia un marcado prognatismo y excesivo desarrollo de la rama horizontal de la mandíbula.—5. Cráneo del Gigante Constantino, con considerable prognatismo. (P. E. Lannois y P. Roy, París).—6. Cráneo de un gigante blanco de treinta y un años. (Según W. Todd, Museo Haman, Cleveland.)

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

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

ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL.

TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

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

Premio de la Academia de Medicina de París, por "**Strophantus y Strophantino**"

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

Prescriba la **Urotropina**

en el envase original:
TUBO DE 20 TABLETAS

Schering

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

**Si no es Schering
no es Urotropina**





GYNOCALCION

ACCIDENTES DE LA PUBERTAD ACCIDENTES DE LA MÉNOPAUSIS

LABORATORIOS CORTIAL 15. Boul^d Pasteur. PARIS

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

**MEDICACIÓN · ANTIANAFILÁCTICA
POLIVALENTE**

GRAGEAS
Inalterables sin olor

PRURIGO de los NIÑOS · MIGRAÑAS ·
GRAGEAS INALTERABLES
GRANULADOS ·
PEPTALMINE
4
PEPTO-ALBUMINAS
y
HARINA DE TRIGO
en la
envoltura
· TRASTORNOS DIGESTIVOS · ESTROFULO-ECZEMAS ·

GRANULADOS

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE

GRAGEAS

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

GRAGEAS

GRANULADOS

GRANULADOS

COLAGOGO

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

turbaciones psíquicas y hasta del uso del poder (Jacoby). Atendiendo a los caracteres clínicos de los individuos que presentan esta anomalía, tenemos que estudiar su etiología dividiendo el prognatismo en dos clases, cada una de ellas distinta de la otra, en su origen y significación: una, el prognatismo *accidental*; esto es, el espontáneo, esporádico, y otra, el prognatismo *hereditario* o familiar. El primero obedece a causas originadas en el individuo, congénitas o adquiridas, pero desligadas de todo origen ancestral, mientras que en el segundo es consecuencia de una transmisión hereditaria que las circunstancias individuales pueden agravar o determinar una regresión a la normalidad.

No es el prognatismo la única tara en que pudiera establecerse esta división. Igual ocurre con la hemofilia. Weill, en sus notables estudios de hematología sobre los hemofílicos, demuestra que la hemofilia familiar, la transmitida a través de numerosas generaciones, es una afección distinta de la hemofilia adquirida, y él divide igualmente en dos grupos a estos anormales: uno, el de los hemofílicos familiares, cuyos caracteres hemáticos son uniformes y constantes y que obedece a las leyes de la transmisión hereditaria bien definida para estos casos: y otro grupo, el de los afectos de *hemofilia espontánea* o esporádica, congénita o no. En ambos casos, las características clínicas son las mismas: la frecuencia, la abundancia, la prolongación interminable de las hemorragias por la acción del más leve traumatismo; pero, según el eminente hematólogo y su maestro el profesor Vaquez, de etiología completamente distinta. En unos, el mal se origina y se extingue en el individuo; en el otro, se transmite por las hembras a su descendencia, sin que la Medicina haya encontrado todavía el medio de evitar esa triste herencia.

Para estudiar el prognatismo, si hemos de llegar a alguna conclusión hacia el esclarecimiento del debatido tema de si esta anomalía es o no siempre exponente de un estado patológico, comienzo de una decadencia racial y manifestación de degeneración física y mental del que presenta este estigma, como erróneamente han pretendido algunos autores, importa mucho establecer previamente, y con la mayor claridad, la diferencia entre esos dos tipos de una anomalía que, aunque produce en el individuo la misma deformidad facial, obedece a causas por completo diferentes.

PROGNATISMO ACCIDENTAL

La etiología del prognatismo accidental, esporádico o individual, es decir, el espontáneo, el que se ve en sujetos sin antecedentes hereditarios de esta anomalía, ha de investigarse en las alteraciones de las glándulas de secreción interna, considerándolo como una manifestación de la acromegalia localizada en el sistema masticatorio y que, por razones que luego apuntaremos, influye en el desarrollo del hueso mandibular más que en los otros del esqueleto. Este prognatismo es un fenómeno resultante de una perturbación endocrina.

Obedece a perturbaciones en aquellos órganos que presiden la formación y desarrollo de los demás huesos del esqueleto.

La estructura del tejido óseo de la mandíbula, desde luego, predispone a que en el espesor de la masa se manifieste su hipertrofia de manera más marcada que en otros huesos.

La parte anterior del cuerpo pituitario ejerce una influencia en el crecimiento del esqueleto, desarrollo que termina al finalizar la adolescencia cuando se trata de una función normal de esta glándula; pero en los casos de una hiperfunción de la hipófisis, su influencia continúa, no por igual sobre todos los huesos, sino especialmente sobre algunos que presentan mayor sensibilidad al influjo de sus hormonas.

Los grandes progresos realizados por la endocrinología en los últimos años han venido a demostrar la influencia indiscutible que el desequilibrio en la función de las glándulas de secreción interna ejerce en la estructura normal o anómala de los dientes. Al estudiar las anomalías de forma, de número, de posición o de estructura de los dientes, pensemos siempre en que su etiología puede estar ligada a la patología de esas glándulas, que presiden de modo decisivo el metabolismo del calcio y que son sales de cal las que constituyen en su mayor parte la masa del diente, y que esas mismas glándulas regulan la formación del esqueleto.

En estos prognatismos acromegálicos se trata de un gigantismo mandibular especialmente apreciable en la región mentoniana, coincidente con las alteraciones hiperplásicas de todo el sistema óseo que ocasiona la hiperfunción de la hipófisis, y en estos individuos pueden observarse también otros síndromes del desequilibrio endoquino.

El agrandamiento mandibular va acompañado de otro



Fig. 5.—Nanismo de tipo senil de Guilford, presentado por Keith en el Congreso Internacional de Odontología de Londres.

muy considerable de la lengua y engrosamiento de la membrana mucosa que tapiza la boca. La lengua ejerce presión sobre los procesos alveolares, dándoles una inclinación oblicua que determina el aumento del perímetro del arco dentario inferior, el cual perímetro se hace mayor que la suma de los diámetros transversales de los dientes y ocasiona las diastemas o grandes espacios interdentarios.

Sir Arthur Keith pretende que esa influencia de la función de la hipófisis en el desarrollo de los huesos se ejerce lo mismo en su crecimiento normal que en el anormal, por falta o por exceso, por atrofia o hipertrofia, y que el prognatismo se debe a las hormonas de esa glándula, que, en estado de hiperfunción, sensibilizan los osteoblastos de la mandíbula, provocando su desarrollo excesivo. Por el contrario, cuando esa función endocrina es deficiente, se produce un desarrollo incompleto de los mismos huesos.

En apoyo de esta teoría, Keith presentó en el Congreso Internacional de Odontología de Londres, seis casos de lo que él denomina "progenia" o condición

opuesta a la acromegalia (Fig. 5). En estos casos de hiperfunción de la hipófisis, presentaban los mismos individuos características de infantilismo y senilismo al mismo tiempo (el nanismo de tipo senil de Guilford), con un desarrollo deficiente de las partes del esqueleto que, en los acromegálicos, tiene un crecimiento excesivo.

La mandíbula, muy pequeña, parece atrofiada; el mentón retraído y con los dientes apiñados por falta de espacio para su colocación.

Según esas conclusiones, tenemos que aceptar que si las alteraciones del esqueleto facial, cuando son por atrofia como en la pragenia (adoptemos la denominación de Guilford y Keith), se deben a un estado de hipopituitarismo, cuando son por hipertrofia, como en la acromegalia, serán resultantes de un estado de hiperpituitarismo.

Las alteraciones del rostro ocasionadas por desarreglos funcionales de la glándula tiroides, como las que se observan en los cretinos, son distintas de las determinadas por el desorden funcional de la hipófisis; pero no es sorprendente, dada la correlación de las funciones endocrinas, que, desde Marie hasta Marañón se sostengan muy variadas hipótesis sobre el influjo de la secreción pituitaria en los fenómenos de la acromegalia. Massalongo, Gauthier, Strumpell, Guerini y otros, mantienen opiniones muy opuestas en cuanto a cuál de las glándulas endocrinas ejerce mayor influjo en estos desequilibrios del tipo normal.

El Dr. Elliot, de Londres, cita como ejemplo en favor de esta opinión el resultado que obtuvo con la administración de adrenalina en los procesos de regeneración ósea en los casos de consolidación de las fracturas en que se administra con éxito este fármaco, estimando que allí la adrenalina actúa como una hormona o producto glandular que estimula la proliferación de los osteoblastos.

Cushing, de Boston, discurre en favor de la opinión de que el hiperpituitarismo es el causante de la acromegalia.

Siguiendo estas teorías, podemos definir el *prognatismo inferior casual* como un estado hipertrófico de la mandíbula, con prominencia del mentón y la consiguiente falta de coordinación de los dientes inferiores con los superiores, ocasionado por un estado de hiperpituitarismo.

Atendiendo a la íntima relación que guarda el funcionalismo de las diversas glándulas del sistema endocrino hay quien sostiene que el prognatismo es resultante, no sólo del desequilibrio hipofisario, sino del de las glándulas testiculares; pero los razonamientos de Keith parecen tan concluyentes que sólo al factor pituitario deben atribuirse esas anomalías de desarrollo mandibular, sin negar que clínicamente puedan encontrarse esas deformidades anatómicas en individuos con alteraciones pluringlandulares o con lesiones hipofisarias primitivas con alteraciones secundarias de los testículos.

La comprobación *experimental* de la influencia del hiper o hipopituitarismo en el desarrollo mandibular y en las malformaciones dentarias es un tema que brindamos a los estudiosos y a los investigadores.

En los relatos de los ensayos experimentales sobre el infantilismo hipofisario realizados con animales, ya por la administración de serum hipofisiotóxico (Masay y Goldstein), ya por la aplicación de rayos X o radium, haciendo radiaciones en el paladar para utilizar los efectos citocásticos de las radiaciones sobre la hipófisis (Regaud y J. Blanc), ya por hipofisectomías en los monos y otros animales (Cushing y Homans), no hacen mención de lo observado en relación con los huesos del esqueleto bucal ni con los dientes.

Habiendo conservado otros perros, como testigos de experimento, hemos podido comprobar la obesidad, la

somnolencia, adiposidad, etc., etc., pero nada anormal en relación con la erupción o forma de los dientes, al comparar los perros operados con los testigos.

Independientemente de las causas biológicas del prognatismo inferior hay otras causas mecánicas que, sin alterar el volumen de la mandíbula, pueden modificar su disposición en la articulación temporomaxilar, ocasionar un avanzamiento mandibular que dé a la fisonomía una facies prognática.

Tal resulta en individuos que en la niñez tuvieron el hábito de chuparse el dedo, colocando la mandíbula en pragenia, o en los que, por dificultades respiratorias, por pólipos nasales, durmieron con la boca abierta, buscando la posición de mayor comodidad para los músculos de la masticación.

Para terminar de tratar del *prognatismo casual* o accidental, diferenciándolo del *hereditario*, hemos de anotar que autores de la autoridad de Arnold, Falta y Mayers, con los que seguramente estará conforme el señor Marañón, aseguran que la acromegalia no es transmisible por herencia, y que no se han observado casos de "tipo familiar prognático". Hemos de apuntar también en estos prognáticos que los dientes están separados y que se aprecian grandes espacios interdentarios o diastemas.

PROGNATISMO HEREDITARIO

En 1905, el Dr. Galippe, miembro de la Academia de Medicina de París, publicó su obra *La herencia de los estigmas de degeneración en las familias soberanas*, muy comentada al aparecer al público, y en la que, basándose en la historia y apoyándose en la iconografía, hasta



Fig. 6.—Carlos, rey de España. Busto policromado. (Brujas.)

EJEMPLO DE PROGNATISMO HEREDITARIO

Por transmisión sucesiva y sin interrupción, esta anomalía, que comprobamos ya existente en Alfonso VIII, en 1158, la heredan sus descendientes durante doscientos cincuenta años, y esta característica facial, originaria de la Casa de Castilla, sigue siendo constante en las familias reinantes en España durante quinientos años más. Llegó a Carlos V a través de Borgoña, Trastámara y Austria, y, por transmisión hereditaria, sus hijos e hijas llevarán este rasgo facial a las Casas reinantes de Europa, donde los entronques y matrimonios consanguíneos dieron caracteres de fijación a esta anomalía.

entonces no empleada en estos estudios médicos, creía llegar a la conclusión de que el ejercicio del poder es causa de degeneración y que al transmitirse por herencia la función de Gobierno se transmiten, acrecentándose, los estigmas de la degeneración, hasta determinar, acelerada por el uso y el abuso de los matrimonios consanguíneos y como ley fatal e inmutable de la Naturaleza, la extinción de las familias poderosas.

Para él, Jacoby y los discípulos de su escuela, el hombre creado por la igualdad anatómica y fisiológica sucumben a la influencia de un régimen de excepción. Toda distinción en clases políticas, económicas o intelectuales, consecuencia lógica y natural de esa distinción, es funesta para los elegidos, porque la Naturaleza, queriendo vengarse de la violación de sus leyes, castiga a los favorecidos, a los dichosos, en su "quinta o séptima generación".

Las leyes de la Naturaleza son inmutables, y desdichado el que las viola. Cada privilegio que el hombre se asigna es un paso hacia la degeneración, la fre-



Fig. 7.—Carlos V, por Lucas Cranach.

nopatía, la impotencia, la muerte de la raza. "La locura humana, otorgando privilegios, pretende hacer desiguales a los que Dios hizo iguales"; pero la Naturaleza se encarga de restablecer el nivel común de la Humanidad, castigando a los orgullosos y vengándose de los que quisieron gozar con exceso de dicha y poder, convirtiéndolos en los verdugos de su propia raza.

Los estudios de Galippe para demostrar la herencia patológica, apoyados en la iconografía, se fundamentan mucho en el análisis genealógico de las familias reinantes, examinando la historia de sus miembros para hacer resaltar las circunstancias patológicas de los mismos y llegar a sostener las conclusiones pavorosas que hemos apuntado. La clínica egregia ofrece para un estudio de esta naturaleza ventajas importantes.

La herencia humana es fácil investigarla en tres o cuatro generaciones, de hijos a abuelos o bisabuelos; pero fuera de ese espacio es muy raro encontrar datos de los antecesores, mientras que en las familias soberanas, las crónicas y la historia nos suministran deta-



Fig. 8.—Carlos V, por Christopher Amberger. Antes de Mühlberg.

lles para el análisis de quince o veinte generaciones, y esos antecedentes de clínica egregia son preciosos para comprobar los fenómenos de la herencia en el hombre.

Las observaciones del libro de Galippe iban acompañadas de consideraciones históricas y filosóficas, no exentas de pasión y buscando siempre la comprobación de sus teorías en una relación entre las taras pa-



Fig. 9.—Carlos V, 1471 Tiziano, después de Mühlberg.

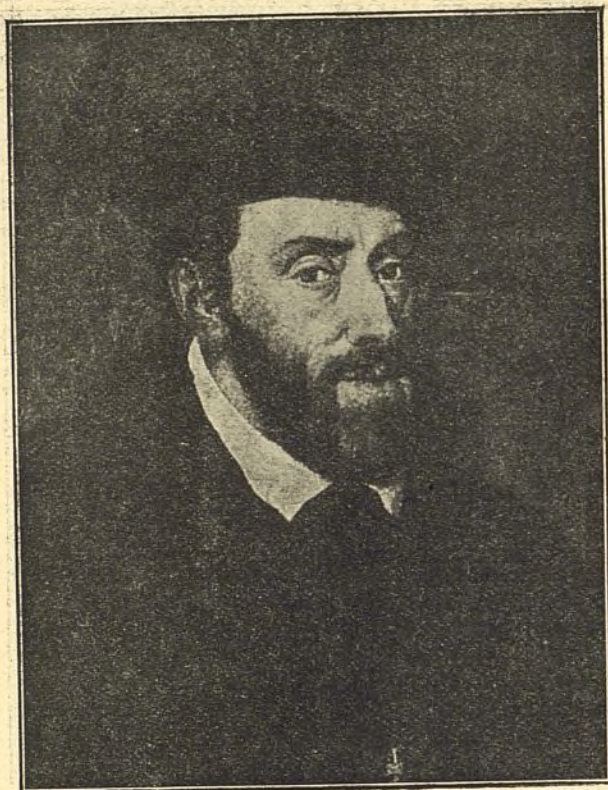


Fig. 10.—Carlos V, por Tiziano, a los 50 años.

tológicas, principalmente los trastornos psíquicos, con el prognatismo de los sujetos estudiados. Galippe había utilizado, conjuntamente con la historia clínica, la iconografía genealógica de las familias reinantes. Observó la gran frecuencia con que en los retratos de los soberanos se apreciaba marcadísima esa peculiaridad del

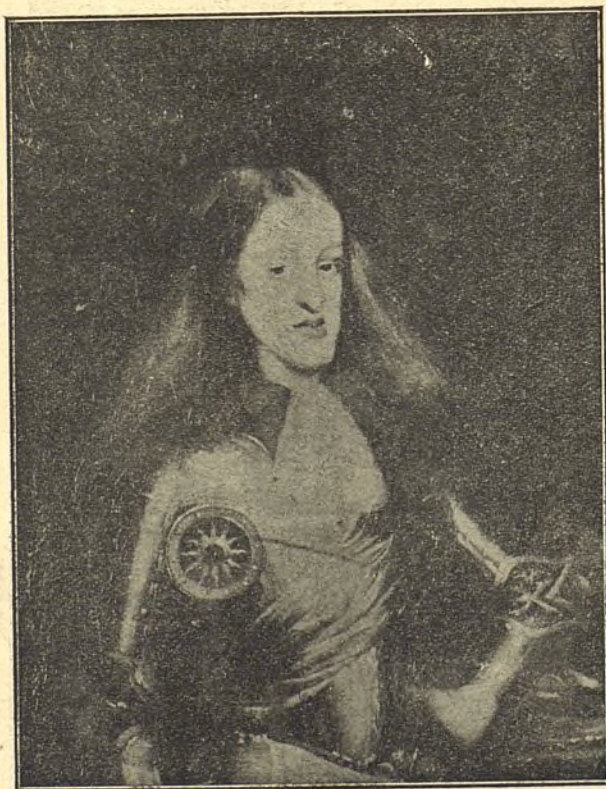


Fig. 11.—Carlos II, rey de España.



Fig. 12.—Don Juan II, rey de Castilla. Padre de Isabel la Católica y Enrique IV.

prognatismo mandibular, al mismo tiempo cómo la historia muestra múltiples ejemplos de locura, esterilidad y degeneración de los individuos de real estirpe, y equivocadamente, sin preocuparse de buscar la prueba en contra, afirmó que el prognatismo era estigma de degeneración.

Lo que era una característica racial que había adquirido caracteres de fijación por el entrecruzamiento de

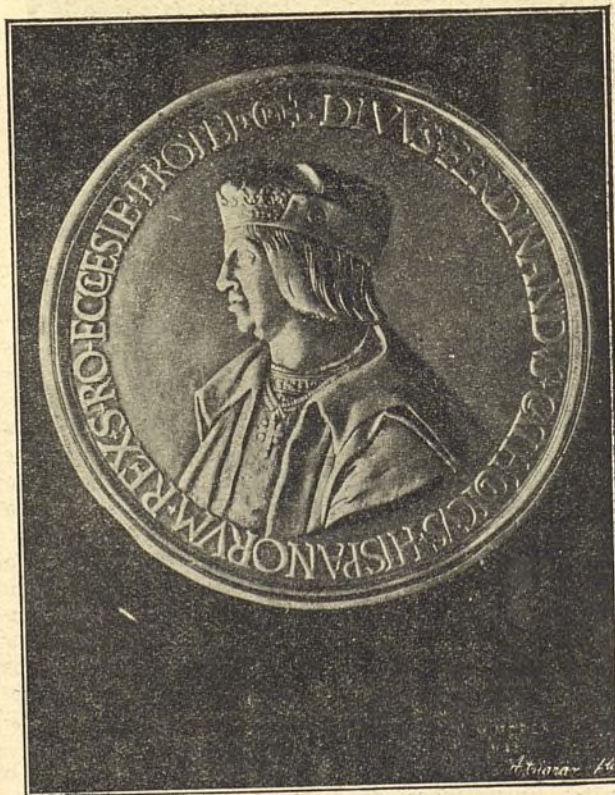


Fig. 13.—Don Fernando de Aragón, el Católico, esposo de Isabel I y padre de doña Juana, reina de Castilla.



Fig. 14.—Doña Juana, reina de Castilla.

las familias reinantes, independiente de las taras patológicas que éstas tuviesen, lo tomó por inequívoco signo de herencia morbosa, y la autoridad del inventor de esta teoría hizo que, sin detenerse a analizarla, muchos escritores la reprodujesen como verdad inconcusa y vieran en el prognatismo de Carlos II de España, de



Fig. 15.—Doña Catalina de Aragón y Castilla, hija de los Reyes Católicos. Casada con Enrique VIII de Inglaterra. Madre de María Tudor, esposa de Felipe II.



Fig. 16.—Fernando I, emperador de Alemania. Hermano de Carlos V.

Luis de Baviera, Carlos IV de Francia, el signo de su locura, y que la anomalía mandibular era prueba del neurosismo de Carlos V, Felipe II, Enrique III de Inglaterra, Guillermo el Taciturno, Luis de Baviera.



Fig. 17.—Doña Leonor, hermana de Carlos V, y su esposo el rey Francisco I de Francia.



Fig. 18.—Otro retrato de doña Leonor, que estuvo casada también con don Manuel de Portugal y fué madre de doña María de Portugal.

Ciertas fueron las neuropatías de aquellos soberanos, y cierto que sus retratos demuestran su prognatismo; pero ninguna relación guardan aquellas taras patoló-



Fig. 20.—El célebre príncipe de Asturias, don Carlos, hijo de Felipe II y de doña María de Portugal.

gicas con esa característica facial heredada a través de muchas generaciones y fijada por una selección realizada, no con fines eugénicos, sino por motivos de casta, cuando no de familia.



Fig. 19.—Doña Catalina, hermana de Carlos V, esposa de Juan III de Portugal, madre de doña María, mujer de Felipe II, y padres ambos del famoso príncipe don Carlos. Don Juan III de Portugal era hijo de doña María de Aragón y Castilla, hermana de doña Juana, madre de Carlos V.



Fig. 21.—Doña Juana, hija de Carlos V, esposa de don Juan de Portugal (príncipe del Brasil) y madre del rey don Sebastián de Portugal.

LA CONSANGUINIDAD

Jacoby y Gallippe, en sus apasionadas teorías, atribuyen también a la consanguinidad de cónyuges la causa del prognatismo de la prole, como síndrome de su degeneración. Este es otro error; desde luego, la clínica nos demuestra sobradamente que no ejercen los

muy respetadas en el campo de la ciencia; pero es lo cierto que los que pretenden encontrar en la consanguinidad un factor causante de la anomalía mandibular, basan sus argumentos en hipótesis, discurren en un camino de sombras, pues nadie puede preciarse de haber encontrado la verdad científica de los misterios de la herencia.



Fig. 22.—El rey don Sebastián de Portugal.

matrimonios entre parientes influjo alguno determinante del prognatismo de sus hijos.

Mis observaciones de más de 50 casos de prognáticos hijos de matrimonios no consanguíneos—las estadísticas del Dr. Angle—, el examen de los habitantes de Marken, los Petits Blancs, los de Volendam, donde son tan frecuentes los matrimonios entre parientes, sin deformidades faciales; los trabajos de Batlesam sobre la consanguinidad, lo demuestran sin lugar a duda.

Que la consanguinidad sea o no causa de la degeneración de la prole, no es éste momento de discutirlo, ni yo he de terciar en tan debatido tema, sobre el que se han emitido opiniones contrarias por autoridades

La embriología ha descubierto la conjunción, las retracciones, la segmentación y el desarrollo de las células que salieron del tejido epitelial para ir a formar el nuevo ser; se sabe que la psicología experimental y la antropología han comprobado cómo esas células transfieren a la descendencia los caracteres físicos y espirituales, los influjos, la necesidad y las experiencias acumuladas del pasado entero.

Se ha visto cómo enlazan las familias y las razas, cómo obedecen a las leyes universales de la evolución y de la vida y de las innúmeras y secretas condiciones y combinaciones impuestas por la Naturaleza omnipotente. Pero la mente humana no ha alcanzado toda-



Fig. 23.—Doña María, hija de Carlos V e Isabel de Portugal, mujer de Maximiliano II de Austria, hijo de Fernando I, el hermano de Carlos V.

vía a averiguar cómo entran en el contenido potencial, formadas por las dos partes pequesísimas del cuerpo de los padres, las virtudes que verifican la obra maravillosa de la generación.

Por eso no es posible explicar el influjo que la consanguinidad de los padres tenga en los hijos.



Fig. 24.—Don Alfonso VIII, el de las Navas. Rey de Castilla y León, esposo de Leonor de Aquitania, hija de Enrique II de Inglaterra. De este matrimonio nacen doña Berenguela, madre de San Fernando y doña Blanca, madre de San Luis, además de don Enrique I.

Cierto es que desde tiempos lejanos se han combatido los matrimonios entre parientes, hasta por escritores sagrados como San Agustín y Santo Tomás; pero me inclino a aceptar la teoría de los que juzgan que la consanguinidad en los matrimonios no ejerce influencia perniciosa para los descendientes. Opiniones admirablemente recogidas, expuestas y sustentadas por el Dr. López Campello en su tesis doctoral *Los matrimonios consanguíneos*, prueban, al parecer sin lugar a duda, después de argumentos muy numerosos y convincentes, que, llevando lo que es engendrado la substancia de los seres engendrados, si éstos son de una misma familia se realizará la ley de semejantes, que no implica degeneración ni la multitud de padecimientos que se han atribuido a estos entronques, y que de matrimonios irreprochables nacerá una descendencia irreprochable, y de matrimonios reprobables por las condiciones morbosas de los cónyuges nacerá una posteridad despreciable, porque el



Fig. 25.—El infante don Felipe, hijo de San Fernando y de Beatriz de Suevia.

elemento sano es imposible que engendre el enfermo; creo, con Gobineau, que "la consanguinidad entre individuos perfectos es un medio de fijar la perfección".

En la genealogía egregia de España, que venimos analizando, fueron varios los matrimonios consanguíneos (1); en mi concepto, sirvieron, sólo para dar fijación más indeleble a caracteres morfológicos ya existen-

(1) MATRIMONIOS CONSANGUÍNEOS EN LAS CASAS DE ESPAÑA.

Juan II de Castilla	con su prima	Doña María de Aragón.
Isabel la Católica	con su primo	Don Fernando.
Carlos V	con su prima hermana	Doña Isabel de Portugal.
Maria de Austria (hija de Carlos V).	con su primo	Maximiliano II (hijo de Fernando I).
Felipe II	con su prima hermana	Doña María de Portugal.
Idem	con su tía	Doña María de Inglaterra.
Idem	con su sobrina	Doña Ana de Austria.
Felipe III	con su prima segunda	Doña Margarita de Austria.
Felipe IV	con su sobrina	Doña María Ana de Austria.

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

- A/** *Simplicidad de su composición*
Yodo. Hipofosfitos, cal. sosa, manganeso
Fosfato sódico Glicerina pura.
- B/** *Ninguna substancia de peligroso manejo para la infancia. Ni estrignina, ni arsénico*
- C/** *No es una emulsión, ni uno de los llamados 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

Asociación
gitalina-Uab

DIGIBAINÉ

Reemplaza con ventaja
la Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE	6, Rue d'Assas PARIS VI.	Muestras y literaturas:
-----------------------	-----------------------------	----------------------------

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

LACTOLAXINE FYDAU

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

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

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

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

Depositarío en ESPAÑA
J. Alejandro RIERA, Nápoles 166, 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,
CIÁTICA, GOTA, LINFATISMO, ADENOIDISMO,
SIFILIS terciaria y HEREDO-SIFILIS.**

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

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

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

<p>▶ Polifosforina POLVO — COMPRIMIDOS INYECTABLES</p> <p>▶ Diuresinol INYECTABLES</p>	<p style="text-align: center;">Agotamiento físico e intelectual</p> <p style="text-align: center;">VENCE LA UREMIA</p>
--	--

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

los, pero no puede deducirse que la consanguinidad fuese la causa determinante de la anomalía, que ya existía en los cónyuges antes de su enlace.

La demostración de nuestro aserto podemos hacerla con documentos fidedignos que reproduzcan las líneas faciales de los sujetos estudiados; reconstruyendo la serie icónica de los reyes de España y sus hijos se comprueba con sorprendente constancia y sin interrupción la existencia de la característica prognática.

Cierto que en esa cronología se suceden con las dinastías distintas las casas de Borgoña, Trastámara, Austria y Borbón, familias en apariencia diferentes, pero que para nuestro estudio no lo son más que en nombre, pues por los entronques familiares, antes de que llegase al trono la nueva dinastía ya las hembras de la anterior habían ejercido la influencia hereditaria para imprimir en ellas esas características faciales.

La primera efigie que encontramos prognática es la del rey don Alfonso XIII *el Noble, el Bueno o el de Las Navas*, que reinó de 1158 a 1214.

De sus ascendientes no he logrado encontrar dato iconográfico ninguno; pero el retrato de don Alfonso, existente en el Colegio de Jesuitas de Salamanca, muestra a este soberano con una exagerada prominencia mandibular, grueso labio inferior y largos incisivos inferiores que cubren los dientes superiores y casi van a clavarse en el labio superior; ancha frente con elevados arcos superciliares, gran nariz y la exoftalmía que igualmente caracteriza ese tipo facial.

Su fisonomía responde exactamente al que se ha llamado por muchos autores "tipo familiar de los Habsburgo", al extremo que tiene extraordinario parecido este retrato con el de Maximiliano II de Austria, que reinó tres siglos después (1564), es decir, cuando ya la Casa de Castilla, por entronques matrimoniales, había dado varias princesas que reinaron en otros países y en cuya descendencia se encuentran los antecesores del expresado austriaco.

En el período correspondiente a los cincuenta y seis años de reinado de Alfonso VIII, no había ningún prin-



Fig. 26.—Don Pedro I de Castilla, *el Cruel*, hijo de Alfonso XI y de doña María de Portugal, hija de Alfonso IV de Portugal y Beatriz de Castilla, que era hija de Sancho, hijo de Alfonso el Sabio, hijo de San Fernando y de doña María A. de Molina.



Fig. 27.—Don Enrique II, conde de Trastámara, rey de Castilla. Hijo de Alfonso XI y de Leonor de Guzmán, esposo de doña Juana Manuel, bisnieta de San Fernando y de Beatriz de Suevia. De este matrimonio nace don Juan I que casa con Leonor de Aragón, padres de Enrique III que, con doña Catalina de Lancaster, tienen a don Juan II, bisabuelo de Carlos V.

cipe en las Casas reinantes en Europa que presentase la característica prognática, según el detenido e imparcial trabajo de búsqueda que hemos realizado antes de llegar a la afirmación de que en este rey encontramos por primera vez confirmado que el prognatismo de los reyes tiene su origen en Castilla, en el siglo XII.

Alfonso VIII fué padre de las primeras princesas que llevaron con su sangre castellana la tara del prognatismo a otras casas reinantes, en las que, hasta entonces, no existía.

De sus hijas, Doña Urraca casó con Alfonso II, rey de Portugal; doña Blanca, que casó con Luis VIII de Francia, transmite esta anomalía a la Casa de Anjou y a los futuros Borbones, por su sexto hijo, el conde de Clermont.

Dos nietos de Alfonso VIII, los dos canonizados como santos, San Fernando, rey de Castilla, y San Luis, rey de Francia, fueron ya muy prognáticos. Así se ve en un retrato de autor desconocido, representando a San Fernando, y en otro de San Luis, rey de Francia, hecho por *el Greco*, aunque por ser pinturas ejecutadas con gran posterioridad a la vida de los retratados no podemos utilizarlos como pruebas irrefutables, como lo son la estatua yacente del hijo de San Fernando, el infante don Felipe (año 1240), que se conserva en la iglesia de los Templarios de Carrión de los Condes, y la de don Enrique II de Trastámara (1368), en la capilla de los Reyes Nuevos, en Toledo; ambas efigies son prueba fehaciente del prognatismo de estos descendientes de Alfonso VIII.

La mandíbula prominente, el grueso labio inferior y exoftalmismo concomitante están bien marcados y sin lugar a duda en ambas estatuas.

(Continuará en el próximo número.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,8; ídem mínima, 697,9; temperatura máxima, 32,4; ídem mínima, 9,5; vientos dominantes, NE y NNE.

Ha aumentado considerablemente durante la última semana el número de casos de cólicos e infecciones intestinales. Lo corriente son procesos agudos que desaparecen rápidamente, pero se presentan también casos de más tenaz duración y alguno de naturaleza eberthiana.

En los niños se han dado muchísimos casos de sarampión; hasta ahora benigno, por no presentar complicaciones, salvo en los niños, de un estado de nutrición deficiente.

CRONICAS

Pliegos de la obra "Oposiciones".—Con el número presente acompañamos los pliegos 12 al 24, inclusive; del tomo II, CIRUGÍA, de nuestra obra "Oposiciones", con lo cual termina el citado tomo.

Esperamos poder remitir dentro de este mes el resto del tomo HIGIENE y el de LEGISLACIÓN.

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

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

Se advierte a los compañeros que piensen solicitar la vacante recientemente publicada de Ibi (Alicante) que esta población tiene, además de otro titular, dos médicos libres, que tienen contratado el igualatorio.

La tuberculosis en la especialidad.—Durante los meses de abril y mayo, y con asistencia de algunos catedráticos de la Facultad, ha sido dado a los médicos y estudiantes matriculados un cursillo sobre "La tuberculosis en Otorinolaringología", por el profesor ayudante de clases prácticas de la asignatura, Dr. D. Sabino Rodríguez Berceuelo, que ha desarrollado en las siguientes conferencias, muchas de ellas ilustradas con proyecciones, tratando los siguientes temas:

- 1.º "La primo-infección en la tuberculosis. ¿Predispone e inmuniza para nuevos ataques? Inmunidad congénita y adquirida."
- 2.º "Etiopatogenia de la tuberculosis laríngea."
- 3.º "Bacteriología. Anatomía patológica y estudio necrópsico de la tuberculosis laríngea."
- 4.º "Diagnóstico diferencial de la tuberculosis laríngea."
- 5.º "Clínica y pronóstico de la tuberculosis laríngea."
- 6.º "Relación entre la tuberculosis pulmonar y laríngea."
- 7.º "Profilaxis de la tuberculosis en general y de la tuberculosis laríngea en particular."
- 8.º "Tratamiento de la tuberculosis laríngea."
- 9.º "Broncoscopia y broncoscopioterapia en las supuraciones broncopulmonares."
10. "Organización de la campaña social contra la tuberculosis y tratamiento de la tuberculosis como enfermedad social."
11. "Papel del laringólogo en la lucha antituberculosa."
12. "Tuberculosis en la nariz."
13. "Tuberculosis en el oído."
14. "Tuberculosis en la faringe."
15. "Tuberculosis en la tráquea."

Forensías.—En el Juzgado de Primera instancia e instrucción número 4, de Barcelona, se halla vacante, por defunción, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva que debe proveerse por el turno de antigüedad entre forenses de la categoría de término que hayan ingresado en el Cuerpo por oposición, conforme a lo prevenido en el Real decreto de 22 de octubre de 1891 y el de 27 de septiembre de 1920.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente

de la Audiencia territorial de Barcelona por conducto del juez del partido en que presten sus servicios dentro del plazo de treinta días naturales, a contar del 4 de junio.

Noticias.—Se cerrará el curso de conferencias del Centro Segoviano con las del Dr. Alvarez (D. Lucio); la del señor Linage y la del catedrático don Teófilo Hernando, que tendrán lugar, respectivamente, los días 8, 15 y 22 del mes actual.

Servicio antivenéreo.—Por el Ministerio de la Gobernación han sido nombrados en virtud del concurso oposición previamente anunciado médicos clínicos del Servicio Antivenéreo de Sevilla, con la dotación de 5.000 pesetas anuales, D. Jesús Muñuzuri Galíndez; de Valencia, con 4.000 pesetas, D. Manuel González Rey; de Ciudad Real, con 3.000 pesetas, D. Juan Ontañón Garasa; de Cartagena, con 3.000 pesetas, D. Casimiro Bonmatí Azorín; de Ecija, con 3.000 pesetas, D. José Madaria Garriga; de Lugo, con 3.000 pesetas, D. Nicolás Peña Martínez; de Huesca, con 3.000 pesetas, D. Miguel Salinas González; de Soria, con 3.000 pesetas, D. Víctor Amanié Domínguez; de Utrera, con 3.000 pesetas, D. Antonio López Villafuertes, y de Carmona, con 3.000 pesetas, don Juan Martínez Higuera.

Nombramientos.—En virtud de concurso han sido nombrados: D. Antonio del Campo Cardona, subinspector provincial de Sanidad de Cáceres; D. José Sierra Inestál, de Albacete; D. Primitivo de la Quintana López, jefe del Centro secundario de Higiene rural de Algeciras; D. José Viñes Ibarrola, subinspector provincial de Sanidad de Alicante; D. José María Gómez Ullate, jefe del Centro secundario de Higiene rural de Alcoy; D. Domingo Martín Yumar, de Valdepeñas; D. Luis Nájera Angulo, de Sigüenza; D. Enrique Angoloti Cárdenas, de Reinos; D. Enrique Alvarez Romero, de Talavera de la Reina; D. José Eleizegui Sieyro, de Villalón; D. Jesús Sahagún Torres, de Lorca; D. Francisco Oquifena Echalecu, director de Sanidad exterior de Castro-Urdiales; D. Julio Pérez Alvarez, jefe del Centro secundario de Higiene rural de Peñaranda de Bracamonte; D. Miguel Benedicto Fernández, de Linares; D. Ildefonso Cortés Rivas, de Villafranca del Bierzo; D. Antonio Pintor González, de Jaca; D. David Molina Herrero, de Hellín, y D. Antonio Martínez Cepa, de Coria; todos ellos con la categoría de jefes de Negociado de tercera clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional y haber anual de 6.000 pesetas.

Necrología.—En Hornachos (Badajoz) ha fallecido nuestro amigo y suscriptor don Diego Chapaza Gallardo. A su esposa y familia enviamos nuestro sentido pésame.

XLVI Congreso de Oftalmólogos Franceses.—Tendrá lugar éste en París el 26 del corriente. El tema oficial del mismo serán las "Conjuntivitis foliculares", a cargo del Dr. V. Morax. Para toda clase de detalles debe dirigirse a Mr. Onfray, secretario general, 6 Avenue de la Motte Picquet, París.

Los médicos de baños.—Con el número presente acompañamos una carta circular que el profesor don Amalio Gimeno envía a los compañeros.

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 LAPPAMAJOR L., y Estañol coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. — Valencia.

Imprenta Zalla Ascasibar, Martín de los Reros, 69, Madrid.