

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

La correspondencia administrativa y giros al Administrador.

La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121

PHOSPHORRENAL

ROBERT

Reconstituyente
granular, elixir e inyectable



NATRO-CITRA

ROBERT

Antidispéptico
granulado y en comprimidos.

ADPHOS ROBERT

Reconstituyente inyectable.

PLURICARDIOL

ROBERT

Tónico cardíaco
Inyectable.

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

Estreñimiento habitual
CASCARINE LEPRINCE

Laxante perfecto
Acción regular sin habituación ni irritación consecutiva a su empleo.

*AFECCIONES del HÍGADO
ATONIA del TUBO DIGESTIVO*

Eumictine

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

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

FOSFOTERAPIA RACIONAL

por el **IRHOMNOI**

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

y el **NEO-IRHOMNOI**

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

Afecciones - Infecciones - Convalecencias.

Tratamiento racional y científico de la DIABETES

por las **Píldoras del Dr. Sejournet**

a base de Santonina
ANTIDIABÉTICAS - RECONSTITUYENTES
*sin régimen especial
Una píldora en cada comida.*

Específico de la Hipertensión

GUIPSINE

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

**REGULADOR del TRABAJO del CORAZÓN
DIURÉTICO**

Antialbuminúrico - Antihemorrágico - Antiescleroso

**MEDICACIÓN ELECTIVA DE TODOS
LOS ESTADOS ESPASMÓDICOS**

Reguladora del Sistema Nervioso Simpático

FREINOSPASMYL

2 a 4 comprimidos diarios

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

tro del mismo plazo, el capital preciso para constituir la renta correspondiente a aquella incapacidad.

La Caja Nacional servirá al obrero víctima del accidente la renta provisional así constituida, hasta que, resuelta por sentencia firme o acuerdo entre las partes la discordia, sea declarada de modo definitivo la incapacidad producida. Con arreglo a ésta, el patrono o la entidad aseguradora convertirán en definitiva la entrega de capital anteriormente hecha a la Caja Nacional, modificándola conforme a lo fallado y con efectos retroactivos.

Art. 42. Si se trata de un accidente mortal, los derechohabientes de la víctima deberán acreditar su condición de tales, con derecho a pensión ante el patrono o entidad aseguradora responsable.

En el caso de que nadie se considere con derecho a la indemnización, el patrono o la entidad aseguradora lo participará a la Caja Nacional, la cual, de oficio, publicará en la "Gaceta de Madrid" la noticia del hecho, nombre, edad y domicilio de la víctima y la dirección a que, deben dirigirse los que se crean con derecho a percibir la indemnización. Pasado un año desde la fecha del accidente, sin que se haya presentado ningún derechohabiente, el patrono o entidad aseguradora ingresarán en el Fondo de garantía la suma correspondiente, con arreglo al artículo 39.

Si surgiera discordia sobre la calidad de derechohabiente, quedará en suspenso la constitución de la renta o rentas, hasta que sea definitivamente resuelta.

Art. 43. La Caja Nacional comprobará, mediante su personal técnico, la exactitud de las declaraciones de incapacidad permanente o muerte por accidente, hechas por el médico del patrono, Mutualidad o Compañía aseguradora, así como los documentos probatorios de la personalidad y derecho de los ascendientes, descendientes, viuda o hermanos menores huérfanos de la víctima.

Si, transcurrido un año, no hubiese cesado aún la incapacidad, la indemnización se regirá por las disposiciones relativas a la incapacidad permanente, sin perjuicio del resultado de la revisión que procediere.

2.^a Si el accidente hubiese producido una incapacidad permanente y absoluta para todo trabajo, el patrono deberá abonar a la víctima una renta igual al 50 por 100 del salario.

3.^a Si el accidente hubiera producido una incapacidad permanente y total para la profesión habitual, pero que no impida al obrero dedicarse a otro género de trabajo, la renta será igual 37,5 por 100 del salario.

4.^a Si el accidente hubiera producido una incapacidad parcial y permanente para la profesión o clase de trabajo a que se hallaba dedicada la víctima, el patrono deberá satisfacer a ésta una renta igual al 25 por 100 del salario.

En caso de incapacidad para la profesión habitual, si el obrero llegará a percibir salario que, sumado a la renta, sea igual o mayor que el que cobraba al ocurrir el accidente, cesará en el percibo de la diferencia, recuperando esta parte de la renta si dejare de percibir tal cuantía de salario.

Para fijar la cuantía de la renta a que se refieren las disposiciones 2.^a, 3.^a y 4.^a de este artículo, en el caso de que el salario estuviere determinado por cantidad diaria, no podrá hacerse otro descuento que el importe de los días en que, siendo obligatorio el descanso, no habría correspondido al obrero percibir salario. Sólo procederá el descuento en el caso de que el obrero utilizase realmente el descanso antes del accidente y no percibiese salario por los días de reposo.

Si la retribución del obrero se hiciere por tanto alzado mensual, la cuantía de la renta mensual se fijará multiplicando por 0,50 — 0,375 ó 0,25, respectivamente, la cantidad mensual que percibiera el obrero.

Si la retribución se hiciere por tanto alzado, semanal, se multiplicará el importe de una de éstas por 52, adicionando una sexta parte de la asignación semanal para fijar la cantidad correspondiente a un año de salario, cantidad a la que se aplicarán los coeficientes legales respectivos para el señalamiento de la renta anual.

Art. 28. Si el beneficiario de una renta por incapaci-

dad permanente es víctima de un nuevo accidente del trabajo, seguirá percibiendo dicha renta, así como las tres cuartas partes de su salario hasta la citación completa del nuevo accidente o hasta que se le de el alta con nueva incapacidad o fallezca por las lesiones recibidas.

En estos dos últimos casos, para fijar la indemnización que corresponda a él o a sus derechohabientes, se tomará como base la incapacidad producida por todos los accidentes, calculándose la renta según el salario que el obrero ganaría si tuviera su capacidad completa. Con cargo al nuevo accidente sólo se abonará el exceso de renta preciso para la entrega de la que corresponda a la nueva incapacidad declarada.

Art. 29. Si el accidente produjese la muerte del obrero, el patrono queda obligado a sufragar los gastos de sepelio por la cantidad que fija el artículo siguiente, y además, a indemnizar a la viuda, descendientes legítimos o naturales, reconocidos, menores de dieciocho años, o inútiles para el trabajo y hermanos huérfanos menores de dieciocho años que se hallasen a su cargo y ascendientes, o al Fondo de garantía, en la forma y cuantía que establecen las disposiciones siguientes:

1.ª Con una renta igual al 50 por 100 del salario que disfrutara la víctima cuando ésta deje viuda e hijos o nietos inútiles para el trabajo o huérfanos menores de dieciocho años, que se hallasen a su cuidado.

2.ª Con una renta igual a la anterior, si sólo dejase hijos o nietos inútiles para el trabajo o huérfanos menores de dieciocho años o hermanos menores de dicha edad huérfanos, y también a su cargo.

3.ª Con una renta del 25 por 100 del salario a la viuda con hijos mayores de dieciocho años, o sin hijos ni otros descendientes del difunto.

4.ª Con una renta del 20 por 100 del salario a los padres o abuelos de la víctima, pobres y sexagenarios o incapacitados para el trabajo, si no dejase viuda ni descendientes, siempre que sean dos o más los ascendientes. En el caso de quedar uno solo, la indemnización consistirá en una renta equivalente al 15 por 100 del salario que recibiera la víctima.

5.ª Con el capital preciso para constituir una renta del 15 por 100 del salario, calculado conforme al artículo 37 de este Reglamento al Fondo especial de garantía.

Art. 38. Unas indemnizaciones no excluyen otras. Por tanto, las debidas por incapacidad permanente son independientes de las determinadas para los casos de incapacidad temporal, y las indemnizaciones por causa de fallecimiento no excluyen las que corresponderían a la víctima durante el tiempo transcurrido desde el accidente a la muerte.

Art. 39. Cuando el accidente produjese el fallecimiento de la víctima y no existiera derechohabiente alguno a las indemnizaciones determinadas en los artículos 29 al 34, el patrono, o la entidad subrogada, vendrá obligada a ingresar en el Fondo de garantía, a que se refiere el capítulo VII, la cantidad necesaria para constituir renta del 15 por 100 del salario.

Sección 3.ª—De la declaración de incapacidades.

Art. 40. En el certificado de alta dado por el médico del patrono, Mutuality o Compañía, se calificará, en su caso, la lesión del obrero y se dictaminará sobre la incapacidad resultante, con arreglo a los artículos 13 al 15 de este Reglamento.

Una vez conformes ambas partes, la Mutuality o Compañía aseguradora o el patrono, si tenía incumplida la obligación del seguro, ingresarán en la Caja Nacional, en el plazo improrrogable de un mes, el capital preciso para constituir la renta correspondiente a la incapacidad declarada. Si la Caja Nacional fuese la entidad aseguradora, comunicará al obrero interesado la incapacidad propuesta por el médico del patrono o por su propio servicio médico, y una vez obtenida la conformidad del obrero, procederá a constituir la renta correspondiente, dentro de los diez días siguientes. De no producirse la conformidad de las partes interesadas, les quedará expedito el ejercicio de las acciones correspondientes, para que se declare la incapacidad que proceda y la renta consiguiente.

Art. 41. Cuando la víctima del accidente no esté conforme con la incapacidad propuesta por el patrono o la entidad que le sustituya, y mientras se tramita y resuelve la discordia, la entidad aseguradora, o en su caso el patrono, ingresarán en la Caja Nacional, den-

GRAN BALNEARIO de Medina del Campo

Verdadero Sanatorio para la escrófula, según informe del Real Consejo de Sanidad.

Aguas cloruradosódicas, sulfurosas, bromoyoduradas de fuerte mineralización. Únicas en España que elaboran **aguas madres**, análogas y muy superiores a las de Salies de Bearn y Briscous, en Francia; de Kreuznach y Nauheim, en Alemania; de Lavey y Tarasp-Schulz en Suiza.

Eficacísimas para el **linfatis no escrofuloso** en todas sus manifestaciones, tuberculosis locales, mal de Pott, artrocaces, coxalgias, oftalmías, corizas, ocnas, raquitismo, herpetismo, reumatismo, anemias, metritis, histerismo, corea, neurastenia y parálisis reflejas.

Manantial alcalino « ANITA »

Aguas cloruradosódicas bicarbonatadas. Variedad litínicas y bromuradas superiores a las tan famosas de Carlsbad en Austria Hungría. Indicadas en las afecciones crónicas del estómago e intestinos, infartos del hígado y bazo, cólicos hepáticos y nefríticos; catarros de la vejiga, diabetes, gota y obesidad. Esmerado servicio de fonda y gran hotel. Espaciosas habitaciones con luz eléctrica, capilla para el culto. Automóviles a la llegada de los trenes.

Temporada oficial del 15 de junio al 15 de septiembre.

Médico director: **D. Clodoaldo García Muñoz**, catedrático de la Facultad de Medicina de Valladolid.

Para más detalles y correspondencia, al administrador del Balneario.

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, 1780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas

INFORMES Y FOLLETOS:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid

ALZOLA

(Guipúzcoa)

Oligo metálica, marcadamente litínica,
radioactiva, 30º

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

Temporada:

15 de junio al 15 de octubre.

Jarabe “ DEYEN ” de Manzana Laxante

Útilísimo en los adultos e insustituible en los niños

DOSIS: Adultos, de una a dos cucharadas de las de sopa diluido en agua o solo; niños y menores de un año, una cucharada de las de café; de dos a seis años, una cucharada de las de postre; de seis en adelante, una cucharada de las de sopa diluido en agua o solo, después de la cena. Todas estas dosis se pueden aumentar o disminuir, según el efecto que produzcan. **DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS**

Depositarlo: E. DURAN.—Tetuán, 9 y 11.—Madrid

Frasco de muestra a los señores médicos, pidiéndolo al director del Laboratorio, Ponzano, 18, entr. izqd.

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay Imitaciones.

Establecimiento Balneario de Arnedillo (Logroño)

Aguas termales (52º 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 artritismo 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.

Caldas de Oviedo

Aguas oligometálicas, muy radiactivas. Temperatura 43º. Enfermedades del aparato respiratorio. Reumatismos eréticos dolorosos. Notables resultados de las estufas en la hipertensión arterial. Agua en bebida. Baños. Duchas. Inhalaciones. Pulverizaciones.

Gran Hotel del Balneario

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

Ayuntamiento de Madrid

1932



TUBERCULOSIS

Sanocal Granulado

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

Laboratorios Abello Vinaroz 5 MADRID

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^ª

Director: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ÉLIXIR E INYECTABLE)

Medicación dinámofora y regeneradora de los estados consuntivos.
A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estriquina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

17-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

Los diferentes públicos

Los obreros

POR EL

DR. CH. FIESSINGER

Entre los médicos se encuentran muchos, cuya carrera no ha sido estudiada en las mismas facultades y tampoco han disfrutado de los mis-

man estas manifestaciones con verdadero frenesí. Los aldeanos saben contenerse más. Al contacto de los espíritus abiertos y de las grandes formas naturales han ganado un tanto de calma, algo así como un baño dado al entendimiento que les permita suavizar los altos montes y los extensos llanos. Su apresuramiento se detiene un poco y los propósitos lentos son cambiados por los grandes intervalos, que preceden a las exclamaciones ruidosas y a los movimientos coléricos.

Cuando la educación se ha mezclado entre ellos, la voz de los instintos protesta y borbotea aún; pero esto es ya en las profundidades de su espíritu. El tumulto no sale a la superficie más que por medio de signos muy atenuados: manifestándose únicamente por una contracción pasajera de sus facciones; por una crispación inesperada de puños, o por una alteración sin consecuencias del timbre

la enfermedad, este egoísmo se manifiesta más vivamente, llegando a ser feroz en muchas ocasiones. Cuando está animado por una inteligencia clara y sencilla durante la gravedad progresa en valores bienhechores. Las cualidades de carácter, los pensamientos bondadosos, la dulzura natural, las creencias religiosas, la resignación ante lo inevitable, pueden apaciguar la exasperación de este grito, que no concibe más que el derecho de resonancia propia. Por lo

Diarreas estivales
ELDOFORMO

Bayer-Meister Lucius

mos ambientes. En lo más céntrico de su curso se ve aquélla, cortada por un cambio de clientela total. Al principio, estos médicos han vivido en el campo y sus cuidados han sido prestados casi exclusivamente a obreros, aldeanos o pequeños burgueses. El día menos pensado viene la ruptura con ellos y trasladan su ambiente al de la alta burguesía y de la aristocracia. ¿Qué número de impresiones nos habrá recogido con sus pasajes a través de estos climas físicos tan diferentes? Son diferentes en la superficie, puesto que cavando un poco más abajo, las mismas reacciones instintivas aparecen de nuevo, ya que la humanidad en su conjunto se manifiesta invariablemente bajo un

El complejo fosforo vitamínico

Vitophos

polvo - tabletas - jarabe

CHEMIROSA IBÉRICA, S. A.

de la voz, y únicamente las personas más allegadas, cuando se encuentran a su alrededor, son las que pueden darse cuenta del cambio inesperado. A los de fuera no llega nunca.

Si bien es cierto que hemos reducido la capa exterior, el lenguaje instintivo sigue siendo el mismo todavía. El amor propio juega su papel sin que llegue a perderle mientras dura la enfermedad fastidiosa; en cuanto al instinto de conservación, cuando parece que se siente amenazado, vuelve a surgir con tal aparato de egoísmo no conocido por nadie más que por él. Cuanto más se prolonga

STROPHANTUM PALLARÉS

XV gotas contienen 1/2 miligramo de Estrofantina

general se hace oír a sí mismo; más o menos ruidoso, cargado de impaciencia, implorando el espectáculo de su miseria.

En el fondo no hay nada semejante a los enfermos de las diferentes capas sociales. Las mujeres ramera se distinguen por una delicada sonrisa que no tienen las demás personas. Las que están bien educadas dan las gracias siempre y a todo. El obrero con ojo incansable escrutina la figura del médico; y el aldeano permanece indiferente ante todos. El más sabio de ellos, indudablemente, es este último. El misterio de las fuerzas desconocidas que le rodean no ha penetrado aún en él, ni es lo bastante poderoso para que no sea abandonado

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

sin resistencia cuando ha sonado la hora del destino y la vez le ha llegado.

Lo que distingue al obrero de entre todos los demás enfermos es el sentimiento de desconfianza que ma-

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

aspecto de uniformidad universalmente consentida.

En el pueblo, las explosiones son más ruidosas. Los gritos, los gestos, las injurias y las vociferaciones son moneda corriente; los obreros esti-

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

nifesta. Tiene siempre delante de sí el temor de ser mal cuidado. ¿Pertenece a una sociedad de socorros mutuos? Pues entonces dice: "Yo iré a buscar al médico, porque por algo les pago", y como su gasto es nulo permanece siempre en la duda. A la larga se deja amansar, pero ha de ser al cabo de unas cuantas pruebas repe-

RINOGOL

Para antisepsia nasal.

J. DOMINGO CHURTO
C. Libertad, 14, BARCELONA

tidas de celo, de abnegaciones siempre prestas.

Es natural que no ceda a la primera entrevista. Los periódicos socialistas se esfuerzan a diario por asegurarle que es todo un personaje. El se lo llega a creer, y en cuanto le duele la menor cosa llama al doctor apresurado y cree que debe estar atendiéndole exclusivamente. Poi lo general no es gran cosa la enfermedad que le aqueja. Cuando el doctor sale de su casa apresuradamente atendiendo al aviso que ha recibido, abre la puerta del enfermo, encuentra a éste en su lecho ocupándose de leer el periódico con toda tranquilidad. Muchas veces las llamadas son por la noche. ¡Qué catástrofe! Es un desgraciado que, un día de fiesta, habiéndose dedicado a sus distracciones libres y abundantes, ha cogido una indigestión formidable. La noche del 14 de julio es pequeña ante su mal y el médico apenas se cuida de él. No una, sino varias veces, hará que le saquen de la cama aquella noche. Las miradas extraviadas que cruza con él a su llegada indican la realidad de una emoción que no ha sabido ocultarse. Los sobresaltos de la borrachera, a veces tienen un aspecto trágico. En las barriadas de obreros guardan las reac-

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Podzoso antianémico

ALCALA, 88.—MADRID

ciones de la infancia: tumultuosas, superficiales y cambiando constantemente de dirección y de sentido. Es preciso tratar a estas pobres gentes como a difíciles monigotes, caprichosos, fantásticos, pero nunca malos en el fondo.

Dirigirse a su vanidad, es fácil y singular tarea. Nombrado para un escrutinio de su ciudad la víspera de

una elección, un obrero mandaba a su mujer lo siguiente: "Pon en la cama colchas y sábanas limpias, pues a la noche se acostará en ella un consejero municipal". Se pone el sombrero nuevo y sale a la calle. Si en un momento de distracción el médico olvida darle un sombrero con el seño, hará de él un enemigo tan encarnizado como soldado que parte para la guerra y que no se desarmará nunca. Alguien se preguntará: "¿A qué enfermo habrá cuidado éste y en qué casa habrá entrado para que hable así?" Estaría muy equivocado el que tal pensase. No he tenido ningún enfermo. Su cortesía sería únicamente la culpable, porque nadie tuvo la culpa de no haberse quitado a tiempo el sombrero.

Es preciso mucha cordialidad con los naturales de este género; pero, además, también es necesaria una cordialidad reservona. Nada de promiscuidades familiares, de confianzas, de charlas cafetinescas, ante una mesa cubierta de bocks de cerveza. La camaradería, el dejarse llevar por la corriente, las risas desproporcionadas,

TREPONEMOL SIFILIS

los golpecitos en el hombro, dan más popularidad al médico que al que se dedica a cuidar escrupulosamente de sus enfermos.

Entonces ¿es que el obrero no es más que un niño insoportable y caparante? Pero al menos ha sabido conquistarse una posición. Su fe en la ciencia ha despertado su circunspección. No se deja sobrecoger fácilmente por los ruegos de los empiricos y charlatanes. Los reclamos de periódicos, ¿no es cierto que le impresionan mucho más que los actos curados que no se imprimen? Lo cierto es que cuando necesita ir a la consulta no busca ya las brujas para cuidar sus enfermedades. Tampoco se deja fácilmente arrastrar por cualquier recién llegado que le quiera echar el capote. En este punto es a los aldeanos a quienes les corresponde sonar las campanillas.

El ama y venera a su escuela. Es un sabio, aunque no sea más que la mitad de burgués. Para él el burgués completo es el médico, quien algunas veces se manifiesta demasiado clerical. Tiene necesidad de los sacerdotes para que le vigilen y ronden su

capital. De este modo formulan sus opiniones más nobles y las creencias religiosas hacen que en el obrero se conviertan en consideraciones de bajeza o de cálculos de sórdido interés. Hoy que el ideal religioso raya con un nuevo resplandor, aunque ciertos dominios de fanatismo y de odio pretendan borrarle sus partes sombrías. Sin embargo, muchas tierras incultas subsisten aún sin que hayan tenido lugar en ellas los desperfectos, que no han hecho más que iniciarse.

Traducción de
M. P. B.

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

Saneamientos de poblaciones

El alcantarillado de las poblaciones suele ser un problema difícil; claro es que nos referimos a los pueblos y pequeñas ciudades, pues en las grandes capitales no hay dificultad, toda vez que se cuenta con medios técnicos y económicos suficientes para afrontar estos problemas. Es, como decimos, en las pequeñas poblaciones donde este asunto constituye muchas veces un escollo insuperable, pues, dada la pequeñez de su presupuesto y el coste relativamente elevado de estas obras, precisa recurrir al crédito, el cual no siempre se encuentra propicio por no ser esta obra remuneradora y sí, al contrario, una carga para el Municipio.

Para las grandes ciudades el estudio del alcantarillado, aparte de las mayores o menores dificultades que ofrezca, por pendientes, sitio de vertido, etc., se hace siempre a base de los procedimientos más modernos y buscando los resultados más completos en la depuración.

“MALTOPOL”

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

En las ciudades pequeñas hay que estudiar sobre todo el vertido. Es muy corriente en los pueblos no dar importancia a la depuración de las aguas residuales, creyendo muchos que llevando el desagüe lejos del núcleo habitado ya es bastante, y, sobre todo, si se consigue desaguar a

(Continúa en la página XX)

Tratamiento curativo del

ESTREÑIMIENTO HABITUAL

con

PETROSINA

GARCIA SUAREZ

NO ES PURGANTE

Es un hidrocarburo líquido, insípido, no asimilable, que lubrica las mucosas de los intestinos, facilitando la defecación.



Con el empleo prolongado

SE CURA SIEMPRE EL ESTREÑIMIENTO

ANTICATARRAL
Garcia Suarez

¡Gracias a él

Curaré a mis enfermos
Bronco neumónicos,
Catarros crónicos
presuntos tuberculosos,
inmunizándolos
contra la

Gripe y Pulmonía



Antiséptico energético de las vías respiratorias y reconstituyente eficaz.

Solución Creosotada de Glicero - Clorhidrofosfato de Cal con Thiocol y Gomenol

No contiene calmantes

LABORATORIO J. GARCIA SUAREZ.-MADRID

Calle Recoletos, 6 moderno. — Telefono 52221

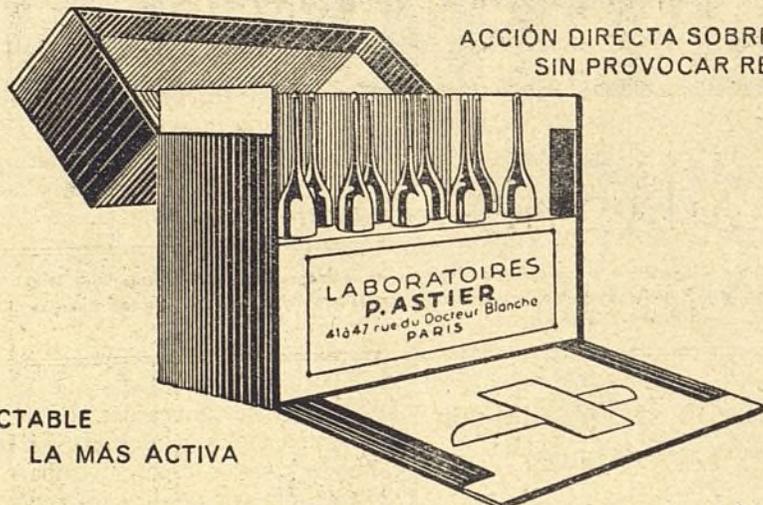
El tratamiento más activo
de toda afección de origen estafilocócico

es la

STALYSINE

VACUNA ANTIESTAFILOCÓCICA

ACCIÓN DIRECTA SOBRE EL MICROBIO
SIN PROVOCAR REACCIÓN



FORMA INECTABLE
LA MÁS ACTIVA

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

SUCURSALES

BARCELONA : calle del Bruch, 129
MILÁN — LONDRES

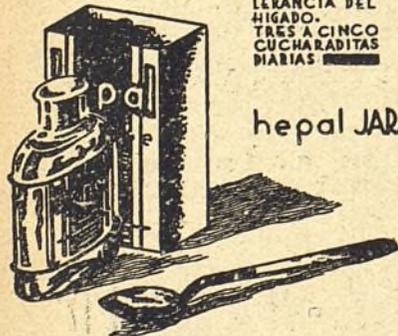
BUENOS AIRES : Potosí, 4058 a 4060
NEW-YORK — VARSOVIA

PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANÉMIA

hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA
PERFECTA
DEL
METODO DE MINOT-MURPHY

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



hepal JARABE

principio
aislado
con hierro

antianémico
del hígado
y cobre

PRODUCTO NACIONAL

Laboratorio Juste
APARTADO DE CORREOS 9030



MADRID

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

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

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

hepal
INYECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA



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: Diagnóstico y operatoria de los tumores intradurales-extramedulares, por el Dr. J. Goyanes Capdevila.—La gastrectomía. Sus indicaciones, técnicas y resultados (discusión).—Origen castellano del prognatismo en las dinastías que reinaron en Europa, por el Prof. Dr. D. Florestán Aguilar. — Periódicos médicos.

Diagnóstico y operatoria de los tumores intradurales-extramedulares

POR EL

DR. J. GOYANES CAPDEVILA,

miembro de número de la Academia Nacional de Medicina.

A pesar de que el tema de los tumores de la médula constituyó una de las ponencias del último Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, celebrado en Madrid en marzo de 1932, habiendo sido explanado brillantemente por cirujanos de gran experiencia en este dominio, me ha parecido de interés llevar este asunto a la Academia Nacional, solicitando la colaboración de neurólogos y cirujanos, y exponiendo algunas observaciones personales, sobre todo un caso reciente, que, a mi juicio, reviste bastante interés, por su gran complejidad y por haber colaborado en su estudio varios colegas, entre ellos algunos señores académicos.

El caso a que me refiero es el siguiente:

V. O. M., de treinta y dos años, casado, de Granada. No ha tenido hijos, ni su esposa abortos, negando lúes. No ha padecido gripe, ni dolores de cabeza. En cambio, siempre fué propenso a padecer algias musculares (torticolis, dolores intercostales, lumbagos) que cedían fácilmente a la medicación corriente (calor, aspirina, atofán). La enfermedad actual se inició en octubre de 1931, en forma de dolores lumbares del lado derecho, de localización imprecisa, que le molestan sobre todo al estornudar, toser, al hacer movimientos impensados, con más intensidad una a dos horas después de conciliar el sueño, despertándole. El dolor iba acompañado de ligera febrícula ($37^{\circ},1-37^{\circ},3$) que no faltaba ningún día, y de tendencia a la astricción de vientre.

Aparecieron algunos trastornos en la micción, tales como escozor al orinar y orinas ligeramente hemáticas, sobre todo al final de la emisión. Recordó entonces el paciente que ya en 1920 había padecido de cistitis aguda, cuya naturaleza no pudo determinarse, hallándose sangre en la orina y glóbulos de pus.

Desde entonces nunca dejó de tener, de vez en cuando, alguna molestia o alteración en la micción. Coincidiendo con los dolores lumbares, los síntomas del aparato urinario se exacerbaban. Una radiografía de los riñones fué negativa de cálculos. El examen bacteriológico dió resultado negativo en cuanto al bacilo de Koch, siendo también negativa la inculcación en el cobaya. En diciembre del 31 se le hizo examen cistoscópico (Martín Vivaldi), hallando lesiones no muy profundas en la vejiga, sospechosas de tuberculosis, pero con orificios ureterales normales; la eyaculación ureteral era débil y la eliminación del indigo carmín retardada. Se hacen instilaciones vesicales de aceite gomenolado con yodoformo, notando alguna mejoría.

Continuaron las molestias lumbares del lado derecho, haciéndose intolerables sobre todo de noche, al comienzo de laño actual (1932). Se practicó entonces la separación, por cateterismo, hallando ambas orinas con pus y hematíes; tenían reacción ácida, pocos gérmenes y no ácido-resistentes, siendo la inculcación negativa. Así se confirmó la existencia de una pielonefritis doble. La pielografía ascendente no demostró nada anormal.

En marzo del 32 tuvo fiebre alta (hasta 39°) que atribuyeron a un catarro bronquial. La tos le exacerbaba los dolores, impidiéndole dormir. Se presentaron entonces edemas maleolares. En abril fué visto en Madrid por los Dres. Martín Lagos y Cifuentes, que confirmaron el juicio diagnóstico de pielonefritis doble. Se hizo la identificación, en el examen de la orina, de un colibacilo (Ruiz Falcó). Las inoculaciones resultaron negativas para el bacilo de Koch.

Se sospechó por aquellos colegas que los dolores debían tener una causa distinta de las alteraciones pielorenales. Por lo demás, los dos riñones segregaban orina con los mismos caracteres anormales (ligera cantidad de albúmina, glóbulos de pus y hematíes), siendo igual y favorable la eliminación. Se aconsejó, en consecuencia, un tratamiento de la pielonefritis; pero atribuyendo los dolores lumbares a una causa distinta, posiblemente radicular, aunque el examen radiográfico de la columna vertebral dió resultado negativo (Jiménez Díaz).

En mayo del 32 el dolor lumbar comienza a disminuir, pero se inician trastornos parastésicos, sensación de acorchamiento en las nalgas, enfriamiento de los pies y otras sensaciones raras. En junio el dolor se acentúa de nuevo, pensando en un origen hepático del algia lumbar. Se le hace cateterismo duodenal, hallando bilis turbia, pero sin pus ni gérmenes (Dr. Fidel Fernández).

A mediados de julio volvió el paciente a Madrid, pensándose ya en la existencia de una lesión medular. Fué explorado entonces en este sentido. El examen de la sangre y el recuento globular dió el resultado siguiente, resumido: glóbulos rojos, 5.030.000; blancos, 10.600; hemoglobina, 78 por 100; valor globular, 0,76; neutrófilos, 74 por 100; basofilia 0, eosinófilos, 6 por 100; linfocitos pequeños, 14 por 100; mononucleares, 3 por 100; formas de transición, 2 por 100. El índice de Arneth, normal, 260 lóbulos (Dr. Mouriz).

La reacción de Weinberg, negativa; la de Casoni, negativa (Dr. Mouriz).

Las reacciones de Wassermann, Kahn y Meinicke, negativas (Dr. Moya).

La eritrosedimentación, dió 5 mm. por hora (doctor Moya).

Por indicación del Dr. Marañón, que vió al enfermo en esta época (mediados de julio del 32), se le hizo la punción lumbar, en posición sentada (doctor Moya) en el sitio clásico, saliendo lentamente, gota a gota, un centímetro cúbico de líquido céfalo-raquídeo, ligeramente enturbiado de sangre (bloqueo aragnoideo). Previa centrifugación, el examen en sentido de la reacción de Wassermann fué negativo, y la curva de Lange negativa también (Dr. Moya). Se practicó la prueba del lipiodol ascendente; el examen radiográfico en esta ocasión demostró para el tórax, conformación normal de pulmones y mediastino, y corazón de plétora abdominal.

La radiografía de la columna vertebral con el lipiodol demuestra que éste ascendió hasta la undécima dorsal, habiéndose hecho la punción lumbar en el sitio clásico (Dr. Raguz). El lipiodol descendiente se detiene también al nivel de la décima dorsal, consiguiéndose así determinar los límites superior e inferior de la neoformación. Con estos datos el doctor Marañón aconsejó la intervención operatoria.

A principios de julio se iniciaron síntomas medulares, con flojedad en las piernas y hormigueos. El doctor Lafora practicó la punción cisternal e inyección de lipiodol descendente, que contornea en forma de cúpula la lesión medular. El examen del líquido (ahora en cantidad abundante) acusa tener una célula por m. c.; reacciones hemolíticas, negativas; globulinas, negativas; glucosa, 0,66; Lange, negativo; Wassermann, negativo (Dr. Mouriz).

La exploración clínica hecha por el Dr. Lafora proporcionó los datos siguientes: paresia de los miembros inferiores, acentuada en los últimos días. Síntomas incipientes de parálisis de vejiga y recto. Le cuesta esfuerzos el comenzar la micción. Reflejos patelares muy exaltados; clonus de ambos pies. Babinsky positivo en ambos lados. Reflejos abdominales normales; el cremastérico falta. Hipoestesia e hipoalgésia desde el par dorsal duodécimo. Dolor en la duodécima y undécima vértebras dorsales a la

percusión. En vista de esto propuso el Dr. Lafora la laminectomía.

A 1.º de agosto exploré al paciente en compañía del Dr. Martín Lagos, confirmando los datos de la exploración neurológica del Dr. Lafora. El enfermo entró por su pie, pero con marcha paraparesica. Los movimientos de las extremidades inferiores estaban conservados (acostado); reflejo abdominal abolido en el lado derecho; la paresia, más intensa en el lado derecho. Reflejo abdominal en el lado izquierdo conservado. Reflejos cremastéreos abolidos en ambos lados. Hipoestesia desde la línea del ombligo. Paresia de vejiga y recto (estreñimiento, dificultad en la micción). Diagnosticamos un tumor o quiste meníngeo intradural-extramedular, situado al nivel de las vértebras décima y undécima, con compresión de la médula y parálisis.

La operación la practiqué el 2 de agosto, ayudado por el Dr. Martín Lagos, en posición lateral y anestesia por el éter. Se hizo laminectomía, resecaando las apófisis espinosas y las láminas de la primera lumbar y duodécima y undécima dorsal, con la pinza gubia, excindiendo los ligamentos amarillos. Abierta la dura longitudinalmente en la línea media, previa colocación de dos puntos fiadores, se halló el espacio subdural colapsado, con escaso líquido céfalo-raquídeo, saliendo el líquido aceitoso del lipiodol. Como viéramos que la tumoración caía un poco más alta, se amplió la laminectomía, resecaando el arco de la décima dorsal, abriendo también hacia arriba la dura madre. Entonces apareció el tumor, bloqueando el espacio subdural por completo; por encima de él el líquido era abundante, saliendo también lipiodol. El tumor era blanco agrisado, del tamaño de una aceituna; se hallaba en el lado derecho posterior del espacio aragnoideo, englobando las raíces posteriores derechas de la décima y undécima, y adherido a ellas. Tenía consistencia dura, y fué fácil extraerlo, liberando las raíces dichas por medio de una disección delicada. La médula estaba fuertemente comprimida y rechazada hacia adelante y a la izquierda, pero el tumor se separó de ella con facilidad. Terminamos la operación llenando de suero fisiológico el espacio aragnoideo, suturando la dura con catbut a punto seguido, uniendo los músculos con crin (dos planos) y cosiendo la piel.

Aunque la herida cicatrizó por *prima intentio*, el curso postoperatorio fué accidentadísimo. Los tres primeros días la temperatura subió hasta 38º,7, para descender el cuarto y quinto casi a la normal; pero el sexto subió de nuevo a 40º y así persistió algunos días. Desde el primero, *post-operationem*, las molestias de orina y sus trastornos se exacerbaban, hasta establecerse retención completa. Suponiendo que la fiebre era de origen urinoso, además de sondarle la vejiga regularmente, se le hizo cistoscopia, hallando en la pared vesical lesiones exulcerativas de tipo tuberculoso. En la orina extraída no se hallaron bacilos de Koch. Se sondaron los uréteres, practicando lavados de ambas pelvis renales, pero sin hallar retención pévica de la orina (Dr. Miraved). Las sondas ureterales se dejaron permanentes para drenar la pelvis, pero a pesar de esto la fiebre no cedió.

En estado casi desesperado se le trasladó a Granada a los nueve días de la operación, con fiebre de cerca de 40º y mal estado del pulso. Luego fué des-

ciendo la fiebre hasta desaparecer; se produjo una descarga poliúrica (cerca de tres litros al día) durante ocho o diez días. Los síntomas nerviosos después de la operación se exacerbaron. Había paraplejía completa, con anestesia, conservándose sólo la sensibilidad al calor; también abolición completa de los reflejos de la extremidad inferior y del abdomen. Después fué recuperando poco a poco los movimientos. A mediados de septiembre aparece el reflejo plantar, pero no en sentido invertido (Babinsky), sino mortal.

El estado actual (exploración del Dr. Martín Lago) es el siguiente: Movimientos: puede doblar el muslo izquierdo sobre la pelvis, aproximarle al plano medio y separarlo; la extensión es más débil; ligera rotación hacia fuera de la rodilla. Flexión y extensión de la pierna manifiestas, pero débiles. Flexión y extensión de los dedos del pie muy ligeras. Lado derecho: puede hacer contracciones voluntarias de casi todos los grupos musculares del muslo; movimientos activos sólo el de aproximación. En la pierna y el pie no se notan contracciones, pero el tono está aumentado. La sensibilidad es casi normal en el lado derecho; en el izquierdo está más disminuída.

Durante el curso post-operatorio se le presentaron varias escaras por decúbito; una, grande, comprendía casi toda la región sacra, que comenzó a cicatrizar desde el mes de septiembre, no hallándose aún terminada la cutización. Otra, glútea, de pequeña extensión, produjo la eliminación de un secuestro de la tuberosidad isquiática. Otra, se observó en el talón izquierdo, de poca profundidad, y una, también por debajo de la espina iliaca, en el lado derecho con despegamiento de la piel y fistulación. La piel de este lado está seca y escamosa; en el pie se produjeron pequeños panadizos periunguales.

El pulso se mantuvo siempre muy frecuente hasta estos últimos tiempos en que está más frenado (de 85 a 100 p. m.). La temperatura es ahora normal (36°, 5). Tiene buen apetito; las digestiones son buenas y se alimenta bien. El estado general es bueno. Hay ligero estreñimiento. Durante un mes después de la operación hubo retención; después vino una fase de incontinencia relativa (cada dos o tres horas). Actualmente va recuperando el control voluntario de la micción. La orina es turbia, y la cantidad diaria de 1,500 a 1,750 c. c. No tiene bacilos de Koch (datos aportados por el Dr. Martín Lagos).

El examen del tumor demostró tratarse de un fibroma meníngeo o meningioma del tamaño y de la forma de una aceituna y de color blanco-agrisado, duro y de aspecto fibroso. El análisis histológico demostró ser (Dr. R. Yllera) un fibroma joven.

Comentarios.—El caso, por lo complicado y difícil en sus primeras fases se presta a muchos comentarios. En el aspecto diagnóstico, la coincidencia en el enfermo de antecedentes miálgicos repetidos y sobre todo, la existencia indudable de una pielonefritis doble, daba ocasión a confusiones, durante la fase radicular. Al establecerse la fase medular, la atención se dirigió ya a las exploraciones especiales del canal raquídeo que hoy han alcanzado una magnífica perfección y un valor enorme para el diagnóstico. Dos son, sobre todo, desde este punto de vista, los datos que quiero comentar de nuestro caso: el bloqueo del canal raquídeo hallado en la punción lumbar y la imagen radiográfica obtenida previa la inyección de lipiodol. Recordemos, con relación a la primera, que al practicar aquélla salió tan solo con escasísima presión, gota a gota, un c. c. de líquido, lo cual demostraba un bloqueo completo u obstrucción del canal y de la circulación del líquido céfalo-raquídeo. Este síntoma es de enorme interés y muy frecuente en los tumores que estudiamos. La exploración manométrica del líquido céfalo-raquídeo por punción lumbar y el fenómeno de Queckens-tedt, han adquirido carta de divulgación desde las publicaciones de Stookey y sus colaboradores. Se conoce con el nombre de "test manométrico lumbar" y tiene la ventaja, además, de poder ser expresado por el método gráfico. La investigación ha demostrado también la importancia que tiene el tiempo o rapidez que tarda en

elevarse la columna manométrica del líquido después de comprimir las venas yugulares en el cuello y la caída de la presión al dejar de comprimirlas. De aquí dedujo Stookey el método llamado de presión yugular y el índice de presión. Claro es que en los casos en que el tumor, intra o extradural, no oblitera el canal (y esto ocurre precisamente en las primeras fases, en las que el diagnóstico es más difícil e importante) este fenómeno no se produce. Por otra parte, el estudio de que hablamos puede favorecer el diagnóstico de localización, la cual es difícil en ciertos tumores intra-raquídeos, como sucede en los de la cauda-equina. En estos y otros casos una doble punción lumbar a diferentes alturas, permite, por medio de las mediciones manométricas localizar el tumor, como con razón insistió C. A. Elsberg en su ponencia del Congreso Internacional. La combinación de la punción lumbar en el sitio clásico, con la cisternal ha permitido obtener en manos de J. C. Ayer, brillantes resultados. Es tan importante el síntoma del bloqueo que, según la estadística de Elsberg, basada en más de doscientos casos, se halló bloqueo completo en el 64 por 100, bloqueo parcial en el 32 por 100 y falta de bloqueo en el 4 por 100. En el caso expuesto por nosotros el bloqueo fué completo.

Avance de sumario para el número próximo

(24 de Junio de 1933)

PROF. ROYO-VILLANOVA. — Heridas contusas desde el punto de vista médico-legal.

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

DR. M. RENEDO.—Novedades oftalmológicas.

Bibliografías.

Prensa extractada.

Sección profesional.

Otros síntomas muy importantes para el diagnóstico de esta clase de tumores son los referentes a las alteraciones del líquido céfalo-raquídeo en cuanto a su composición química y a la presencia de células. Lo característico en ellos es precisamente la llamada disociación albúmino-cítica; es decir, el aumento de los proteídeos, también de la globulina, sin que se halle aumentado el número de células. En el líquido céfalo-raquídeo normal la cantidad de proteídeos existentes puede evaluarse de 20 a 40 mg. por 100 c. c. En el 80 por 100 de los casos de tumores intradurales el valor de las proteínas es de 150 a 450 mg., y en menos de 20 por 100 de 50 a 90 mg., y en los tumores extradurales de 40 a 150 mg., según Elsberg. Por lo demás, el aumento de las albúminas es un síntoma de gran importancia para el diagnóstico de los tumores de la médula, y cuando es muy considerable habla en favor de la localización intradural. Entonces puede ocurrir la coagulación espontánea del líquido. El color amarillento (xantocromia), aunque se presente a veces en los casos de tumores medulares, no es característico de ellos. En general, la coagulación habla en pro de tumor intradural. La existencia de células tumorales en el líquido, bien caracterizadas es un hallazgo raro, pero importante para el diagnóstico.

Por lo que respecta al caso historiado debemos decir que el líquido obtenido por punción lumbar fué tan escaso, por existir bloqueo completo, que no bastó para efectuar los análisis. En cuanto a líquido de la punción cisternal los datos de disociación, o sea de presencia de gran cantidad de proteídeos, fueron negativos, lo que se explica sin dificultad por referirse a un punto situado muy alto. Siempre que hay bloqueo aumenta la albúmina en el líquido céfalo-raquídeo estancado.

Muy interesantes fueron los obtenidos por la mielografía con el lipiodol. Bien es verdad que algunos cirujanos rechazan esta prueba por los peligros que puede reportar, cuando se puede hacer el diagnóstico sin acudir a ella. Pero los riesgos de la misma no son tan considerables que se deba prescindir de ella en cuanto exista la menor duda. El valor de esta prueba es correlativo y paralelo al del bloqueo acusado en la punción y medición manométrica (pruebas de Quekensted y Stookey), y decisiva para el diagnóstico de altura. Asimismo puede dar idea de la posición extra o intradural del tumor. En el caso historiado las imágenes radiográficas de la mielografía no pueden ser más demostrativas, habiéndose combinado el lipiodol ascendente con el descendente. La mancha de éste ofrece una excavación a modo de cúpula que permite afirmar taxativamente que existía en la cavidad subdural una neoformación sólida (tumor) o quística.

En efecto; no es infrecuente que un quiste aragnoideo, a consecuencia de una ligera infección meningea espinal o de causa desconocida (Schlesinger) de mayor o menor intensidad, origine fenómenos análogos a los de las formaciones neoplásicas. Nosotros hemos operado varios de estos casos, algunos en colaboración con el Dr. Lafora. Por lo demás, creemos que el lipiodol ascendente sólo debe emplearse cuando se haya demostrado previa-

mente el bloqueo por medio de la punción, ya que entonces quedará detenido por el tumor sin ascender a la cisterna y espacios aragnoideos cerebrales. Hay varios casos de muerte por penetración del lipiodol en los espacios subaragnoideos y ventrículos cerebrales.

No me propongo hablar en esta comunicación de lo mucho que se podría decir referente al diagnóstico diferencial entre los tumores intra y extradurales, ni tampoco exponer el síndrome especial de los llamados tumores de Schmorl, que hoy van descubriéndose como frecuentes en la región cervical, en el sexo masculino, y provienen, como es sabido, de eccondrosis de los fibrocartílagos intervertebrales, los cuales dan una típica sintomatología de compresión de la zona anterior de la médula, con la característica disociación de las diferentes formas de sensibilidad.

Con esto pasamos a decir algo de los síntomas clínicos de los tumores intradurales-extramedulares, y de los resultados de la exploración neurológica para el diagnóstico topográfico. No vamos a ocuparnos en describir los síntomas de todas las variedades de tumores que afectan a la médula, ya provengan del raquis, ya se desarrollen en las meninges o en la misma médula, sino de apuntar los caracteres sintomáticos más salientes del grupo que motiva esta comunicación. Los tumores desarrollados por debajo de la dura ocasionan dos clases de síntomas: los de las raíces y los de la médula. En ésta el efecto es de compresión, y, por lo tanto, el síndrome compresivo es el que aquí hay que estudiar. En las fases avanzadas de la evolución, la compresión medular se convierte en destrucción de los elementos nerviosos y de las vías de conducción tan complejas en este órgano central nervioso.

En estos últimos años la experimentación y la práctica quirúrgica de ciertas operaciones, tales como la resección de las raíces (Förster) y la cordotomía, han permitido un conocimiento más acabado de la sistematización de los elementos de la médula y de la función conductora de los diversos haces. Por de pronto, parece demostrado que las fibras que en la substancia blanca conducen la sensación del dolor y las que transmiten las sensaciones térmicas van agrupadas, así como también lo están las que llevan la sensibilidad vibratoria y el sentido músculo-tendíneo-articular.

Para comprender los síntomas provocados por la compresión medular causada por el crecimiento de los tumores, es preciso traer el recuerdo de la disposición en láminas o extractos de los cordones, mencionada primero por Fabricius y últimamente estudiada con gran insistencia por Förster. Según el esquema de Elsberg, se reúnen las fibras de las raíces posteriores, ordenándose de dentro a fuera la conducción sensible metamérica de la extremidad caudal a la cefálica, aportando las sensaciones de contacto, presión, vibración, movimientos y sentidos espacial y muscular. En el haz espino-talámico se ordenan, de la línea media hacia fuera, las sensaciones de presión, contacto, dolor y temperatura, siendo la disposición laminar, o sea en planos concéntricos y hallándose dispuestas de la superficie a la profundidad la ordenación metamérica periférico-central. La vía pira-

FITINA



RECONSTITUYENTE TÓNICO DEL SISTEMA NERVIOSO REMINEERALIZANTE

El preparado más rico en fósforo orgánico
y sustancias remineralizantes asimilables

Comprimidos Granulado Cápsulas Sellos

Muestras y literatura :

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744



Derivados de la Colina
activos por vía digestiva
- comprimidos -

CURA COMPLEMENTARIA
DE LA ACÉCOLINE

HYPOTAN

El regulador del caudal arterial

HIPERTENSIÓN
ESPASMOS VASCULARES

LABORATORIOS CHEVRETIN-LEMATTE
L. LEMATTE, Suc^o
DOCTOR EN FARMACIA
52, RUE LA BRUYÈRE - PARIS

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

ALCALÁ 9, APARTADO 310
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA

Tratamiento de la **TOS** en general

Tos seca - Bronco-neumonía

Bronquitis - Gripe

Tuberculosis

Asma

GERMOSE
Gotas del Dr.
BAYRAC
(NO TOXICO)

Específico
contra la Coqueluche
(Tos ferina)

A base de Fluoroformo estabilizado en extractos vegetales.

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

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

midal motriz tiene probablemente una disposición análoga.

El conocimiento de estos detalles es esencial para comprender la sintomatología de la compresión. En las primeras fases de la misma, las vías afectadas serán, pues, las más superficiales, hallándose por lo tanto alterada la sensibilidad de las áreas periféricas; es decir, caudales y de los miembros inferiores. Lo mismo ocurrirá con los trastornos motores. A medida que la compresión aumenta, los síntomas sensitivos y motores irán ascendiendo, hecho que se comprueba constantemente en la práctica: las alteraciones de los reflejos serán paralelas a las de la sensibilidad.

Más importante es el conocimiento de estos datos que la descripción esquemática de los síntomas de compresión de la médula, admitiendo después de la fase radicular otra de hemicompresión con síndrome de Brown-Sequard, y una final de compresión total. Por lo que respecta al síndrome unilateral, en los tumores medulares suele ser poco característico a consecuencia de los efectos a distancia en el plano transversal medular. Un hecho constante y de gran interés para el diagnóstico de altura consiste en que en las primeras fases incompletas de la compresión las alteraciones de la sensibilidad y del movimiento tienen una limitación evidente y se hallan reducidas a las zonas bajas, en armonía con los datos anatómo-fisiológicos expuestos, lo que da ocasión a que se crea en muchos casos en una situación de la neoplasia más baja de la realidad.

Después de la punción lumbar los síntomas sensitivos y los motores de compresión suelen exacerbarse, lo cual constituye un dato diagnóstico de interés. Antes de la punción los trastornos de la sensibilidad suelen estar muy localizados en las zonas bajas corporales. Después de la punción, las alteraciones de la sensibilidad aumentan y se extienden en sentido ascendente. Una exploración en estos momentos permite con frecuencia obtener datos de localización exactos. Sobre este punto ha insistido el Dr. Elsberg en su ponencia de Madrid.

Por lo demás, los síntomas de los tumores intradurales extramedulares varían según su asiento anterior o posterior en la cavidad del raquis. En los posteriores dominan los radiculares y de conducción sensible: neuralgias, trastornos de las diferentes clases de la sensibilidad y de los reflejos; en los anteriores, los síntomas de las raíces anteriores no muy característicos por limitados, y los de la sensibilidad relacionados con el haz espinotalámico.

De ordinario la punción lumbar los exagera agravando la sintomatología. Si pasadas algunas horas de la punción se hace de nuevo la exploración, suele hallarse que el límite superior de los trastornos parestésicos se eleva. Los motores suelen también agravarse. En esto disponemos de un medio de aquilatar con más exactitud el diagnóstico de altura de la compresión. En cambio, en los tumores intramedulares no suele alterarse el nivel después de la punción lumbar. Además, aquí los síntomas, sobre todo en los casos de gliomas, son menos concretos y determinativos, dominando la llamada disociación siringomiélica de la sensibilidad.

Por lo que hace referencia al tratamiento de esta clase de tumores medulares, debemos decir que en

realidad la mayor parte son meningiomas, histológicamente endoteliomas o fibromas, algunas veces manifestaciones localizadas de la enfermedad difusa de Recklinghausen (neurofibromatosis), en ocasiones neurinomas, casi siempre desarrollados a expensas de las cubiertas meníngicas de la médula, la pia o la aragnoides, o de las envolturas de los nervios. Por lo tanto son, en general, tumores de escasa malignidad histopatológica y con gran frecuencia susceptibles de ser extirpados radicalmente.

La extirpación debe ser lo más precoz posible. La precocidad operatoria se halla siempre en relación con la perfección de los medios de diagnóstico, y en el dominio de los tumores medulares hoy, gracias a las pruebas analíticas del líquido céfaloraquídeo (disociación albumino-cítica, xantocromia), a las pruebas piezométricas del mismo, mediante la punción lumbar (presión del líquido, pruebas de Queckensted, Stookey y Ayer), sencilla o doble, y al método de la mielografía con aire (pneumo-raquis de Dandy), y sobre todo al lipiodol (Sicard y Forestier), tenemos recursos brillantísimos para el diagnóstico de altura de la lesión, y, por lo tanto, del bloqueo intra-aragnideo. Pero en todo caso, es imprescindible un examen clínico minucioso y competente (en colaboración con el neurólogo), y repetido con frecuencia.

Es verdad que en las primeras fases del desarrollo de estos tumores el diagnóstico es muy difícil y las pruebas dichas son a veces aleatorias; pero, por otro lado, la fase radicular no compromete la función y vitalidad de la médula y, por lo tanto, la del individuo. Los fenómenos simples de compresión medular son perfectamente curables; mas no así los de destrucción; la regeneración medular es nula o muy precaria. Por lo tanto, es una falta del neurólogo y del cirujano dejar pasar las primeras fases de la compresión. Toda paraplegia compresiva de algunos meses de fecha es ya casi siempre irremediable. Las alteraciones del aparato urinario (retención y sondeo) son en general causantes de la muerte. Las escaras y decúbitos por compresión, muy peligrosos. Mas la paraparesia y la paraplegia espásticas, en sus primeros tiempos, son susceptibles de desaparecer por la operación. De aquí los brillantes resultados obtenidos en estos últimos tiempos en la cirugía de los tumores medulares.

A principios de siglo la mortalidad era enorme. Paralelamente a la perfección del diagnóstico se ha ido mejorando la técnica de la operación. Como consecuencia inmediata de ésta nosotros hemos perdido un caso, en las numerosas laminectomías hechas por motivos traumáticos, para extirpar tumores, para hacer la resección de las raíces posteriores (operación de Förster). Las reglas más importantes para su ejecución, deducidas de nuestra experiencia, son las siguientes: La posición lateral es suficiente en las laminectomías bajas. En las altas dorsales o cervicales es preferible el decúbito prono o la posición sentada, como al operar en la fosa craneal posterior.

La anestesia que usamos es la general por éter, sobre todo en los niños. En la siringomiela (dicho sea de paso, pues hemos hecho esta operación una

sola vez en colaboración con el Dr. Lafora, quizá la primera de España), basta la anestesia local, por estar suprimida o amortiguada la sensibilidad al dolor. Practicamos casi siempre la laminectomía total no osteoplástica, excindiendo las apófisis espinosas y las láminas en ambos lados. Pero en la región cervical creemos preferible, para evitar perturbaciones ulteriores estáticas de la columna, la laminectomía hemilateral, conservando las apófisis espinosas. No empleamos jamás el escoplo ni los raquitomos; la excisión ósea se hace progresivamente con grandes y eficaces pinzas-gubias. Descubierta la dura se debe explorar el espacio epidural, evitando la lesión del abundante plexo venoso, que flota en el tejido adiposo extradural, y, por lo tanto, las posibles hemorragias y entrada de aire en estas venas. La hemostasia ósea se hace con cera esterilizada a lo Horsley. Modernamente se emplea como medio hemostático trocitos musculares y también pequeñísimas lañas o agrafes, que se aplican con una pinza especial.

La abertura de la dura debe ir precedida de una punción. Debe anotarse si late o no y su grado de tensión. Se hace en la línea media, previos dos puntos laterales de fijación y con una tijera muy fina. Abierta la dura se explora la cavidad subdural, la médula o la cola de caballo, según la altura, su circulación venosa y color, y el estado de las raíces. Si el tumor es posterior (y lo son el 80 a 90 por 100 de todos los intradurales-extramedulares) suele quedar al descubierto si el diagnóstico de altura ha sido exacto. Antes del lipiodol y pruebas manométricas, trepanábamos generalmente de modo erróneo por debajo de la implantación del tumor.

Como los tumores a que nos referimos suelen estar aislados, su extirpación no suele ser difícil; a veces hay que sacrificar alguna raíz posterior, lo que no trae inconveniente alguno, por razones bien conocidas. Si el tumor es anterior (el ligamento dentado, bien desarrollado en la región cervical, señala el límite entre lo anterior y lo posterior, y sirve de asidero para desviar la médula sin traumatizarla y acceder al espacio intraaragnoide anterior), la extirpación es más difícil, y entonces conviene agrandar lateralmente la laminectomía hacia la apófisis transversa y pedículo del arco. La médula aparece siempre más o menos comprimida y rechazada hacia el lado opuesto. Se termina la operación llenando de suero la cavidad raquídea, suturando la dura y los músculos en dos planos, y en fin, la piel, sin dejar drenaje. Los cuidados postoperatorios más minuciosos son necesarios. Deben atenderse sobre todo los síntomas vesicales y los decúbitos, que representan la amenaza terrible de los parapléjicos.

Los resultados obtenidos pueden referirse a la vida y a la restauración funcional (pronóstico *quo ad vitam*, *quo ad functionem* y *quo ad sanationem*). Sobre lo primero, hoy la mortalidad se ha reducido de un 5 a un 10 por 100, contra el 50 por 100 de antes. En los niños la laminectomía es una intervención más fácil. La desaparición de los trastornos sensitivos-motrices depende de la precocidad de la intervención. La paraplegia espástica precede a la flácida, y de aquí que en la primera el pronós-

tico sea más favorable. La antigüedad de la misma aumenta la gravedad, como es obvio. Una paraplegia flácida de unos cuantos meses casi nunca es compatible con una restauración funcional.

Abril de 1933.

La gastrectomía. Sus indicaciones, técnicas y resultados

Discusión de las ponencias presentadas en las sesiones especiales celebradas en la Academia Médico-Quirúrgica Española.

Dr. González Bueno: Siguiendo el curso de las ponencias voy a exponer hechos fundados solamente en nuestra experiencia.

Es nuestro criterio que toda úlcera gástrica o gastroduodenal diagnósticada con exactitud su único tratamiento es el quirúrgico. Se dispondrá tratamiento médico con el afán de poner al enfermo en buenas condiciones a la intervención y no con el de curarle, a no ser se trate de caso agudo.

De pasada se ha dicho que ciertos casos son justificables de gastro enterostomía; son las hemorragias difusas del tramogastrointestinal. Hemos tenido dos casos; uno tratado por resección gástrica; el otro que no aceptó la intervención. Hace unos días recibimos los anales de la clínica Mayo; uno de sus trabajos refiere 105 casos de hemorragias difusas gastro-duodenales vistas en el transcurso de los cinco últimos años, los que seguidos en este transcurso de tiempo, en 52 de ellos se ha confirmado la úlcera gastroduodenal en acto operatorio, realizado por alguna causa, o en la autopsia. Creemos que la gastroenterostomía en caso de úlcera gastroduodenal no está indicada en ningún caso en cuanto hace relación con la enfermedad; sus indicaciones nacen en el mismo acto operatorio; todo es cuestión de verse obligado a ella; cuando en el acto operatorio la gastrectomía ponga en peligro la vida del enfermo.

En la quinta conclusión se dice que la mortalidad mínima por gastrectomía es del 4 por 100; creemos que la perfección técnica, como actualmente, permite que al hablar de mortalidad no habrá necesidad de utilizar la centena sino el millar.

En esta misma conclusión se dice, dejar al cirujano la elección de técnica, en la cual se perfeccionará. Creemos que dada la existencia de procedimiento que podemos denominar ideal, como es el Polya, en el que se dan el menor número de circunstancias de fracaso, será el método a aconsejar.

Diferimos, aun cuando no tengamos experiencia, en la clase de anestesia. Siempre utilizamos la anestesia etérea; no hemos observado ni un caso de complicación.

Con respecto a técnica en gastrectomía existen detalles esenciales: separación de los tiempos séptico y aséptico; hacer ligaduras sobre la marcha de la intervención, y sutura perfecta. El uso de guantes de goma no permite la primera condición; no es posible separar el tiempo séptico del asép-

tico, de no cambiar de guantes, lo que hace perder mucho al utilizar los guantes de goma; todo se cumple satisfactoriamente con la utilización de los guantes de hilo. Las ligaduras consideramos necesario realizarlas de inmediato a la colocación de pinza. En cuanto a la sutura en gastrectomía todos estamos conformes en su gran importancia.

Estamos disconformes en la no utilización de "clamp" en yeyuno; el no emplearlo hace posible la caída en cavidad abdominal de sangre, moco y aun de contenido intestinal.

Nuestra estadística, de dos años, comprende 52 resecciones; todas referentes a enfermos particulares y generalmente con tratamiento médico preparatorio al acto operatorio; 28 de úlcera duodenal (dos coincidiendo con apendicitis; uno coincidiendo con litiasis); cuatro úlceras pilóricas; 13 úlceras de curvatura menor; tres cánceres gástricos; uno de hemorragia de tramo intestinal sin confirmar la úlcera; dos de estenosis gástrica; un caso de perforación duodenal. Han fallecido cuatro casos, dos de cáncer. Los operados se han levantado del sexto al séptimo día de la operación. De estos gastrectomizados tenemos noticias de 34; todos se encuentran bien, excepción de uno que dice haber tenido vómitos después de las comidas, trastorno desaparecido posteriormente.

Dr. Casanova Seco: En la tercera conclusión se hace referencia a la técnica en caso de úlcera duodenal inextirpable; que es preferible abandonar la úlcera en el muñón duodenal y terminar con amplia gastrectomía, llevándose todo lo posible del antro pilórico. Es un criterio que venimos defendiendo desde 1927, cuando todavía se aconsejaba realizar gastroenterostomía. En 1931, con motivo del Congreso de Valencia, presentamos una comunicación sobre úlceras duodenales inextirpables. Este criterio no es posible aceptar ante úlceras duodenales de tipo hemorrágico; en dos casos que lo hemos seguido la hemorragia se repitió después de la operación.

De todas las cuestiones por úlceras duodenales inextirpables, abandonadas en el acto operatorio y éste terminado por gastrectomía amplia, la más importante es lo referente al reposo de la úlcera. El doctor Gallart, de Barcelona, considera que esta úlcera duodenal no se pone en reposo, fundado en estudios radiológicos y que muchos casos llegan a formar verdadera bolsa duodenal. Por nuestra parte, realizando esta técnica sistemáticamente en los casos indicados y estudiados en la pantalla, consideramos un mito tal objeción.

Otro punto interesante en gastrectomía es la frecuencia de las úlceras pépticas después de resecciones gástricas amplias. Son raras. Separándonos algo del criterio de los ponentes creemos que las úlceras de boca anastomótica no se produce después de gastrectomías amplias. Con éstas se pretende suprimir la acidez gástrica; la separación en mayor o menor extensión del antro pilórico. Con el estómago en la mano no es posible precisar la extensión de esta zona; haciendo resección económica es más fácil dejar parte de esta porción que con resección amplia. En el primer caso será fácil la aparición de la úlcera de boca anastomótica que cuando la resección rebase antro pilórico.

Para explicar la rareza de las úlceras de boca

anastomótica se dice que estos enfermos no vuelven al mismo cirujano. Ello es posible; en cambio, los gastroenterostomizados con molestias después de la intervención vuelven al mismo que los trató.

Una de las radiografías presentadas por el doctor Hernando pertenece a un enfermo que ha tenido que ser resecado dos veces por úlcera de boca anastomótica. La repetición de la resección ha sido posible solamente por haber realizado gastrectomías poco amplias.

En cuanto a la curación médica de la úlcera gastroduodenal es problema que se discutirá siempre; teóricamente no se puede dudar; en la práctica somos muy escépticos. ¿Qué fundamentos se presentan para asegurar que la úlcera gástrica ha curado completamente? Se apoyan sus defensores en que el enfermo está sin molestias y han desaparecido los síntomas radiológicos y de laboratorio. Todos conocemos enfermos con largas temporadas de aparente curación y que mueren de hemorragia o de perforación. La curación de la úlcera gástrica hay que demostrarla con estudios histológicos.

Dr. González Campo: Estoy fundamentalmente de acuerdo con los ponentes, pero como he tratado varias veces el asunto que se discute y son muchísimos los enfermos de estómago y duodeno que he hecho operar, por ser el más antiguo de los especialistas aquí presentes, me creo obligado a intervenir.

Me referiré exclusivamente al tratamiento quirúrgico del cáncer y de la úlcera, por ser las afecciones en que más veces se recomienda y practica la intervención. En el cáncer las mejores estadísticas extranjeras dan supervivencia de cinco o más años después de la resección amplia en el 15 al 40 por 100 de los casos; uno citado por Boas vivía a los dieciocho años y otro operado por Schede a los veinticinco. V. Haberer dice haber logrado sólo un 20 por 100 de curaciones permanentes, lo cual es muy halagüeño en una enfermedad que mata irremisiblemente al 100 por 100 de los que la padecen. Es sabido que el problema es de diagnóstico precoz, aunque no siempre con él se consigue llegar a tiempo para curar a los enfermos y en cambio se haya logrado en algunos bastante avanzados; pero en general las probabilidades de éxito están en relación con la celeridad en intervenir. Y en estos casos hay que hacer resecciones extensas, sub-totales si no totales, difíciles, sí, sobre todo las últimas, pero no imposibles, como lo demuestra no sólo el caso célebre de Schlatter, sino otros varios que después se han operado en forma análoga.

Y voy a hablar de la úlcera, que es en la que más veces se lleva a cabo la intervención. Lo que explica en cierto modo la inseguridad de un tratamiento es el desconocimiento en que estamos de su etiología y patogenia. Ignoramos por qué se produce y no sabemos a qué factores orgánicos generales y locales hay que atender para prevenirla y para curarla. Hay en este terreno hipótesis para todos los gustos; hay hechos experimentales para apoyar cada una de estas hipótesis, tantos como queramos; hay medios terapéuticos de muy diversa índole a los que se inclinan unos u otros autores; pero, en lo esencial, hoy, como hace muchos años, el tratamiento médico se reduce principalmente a la

dieta láctea y a los alcalinos, y el quirúrgico parece deber ser la resección relativamente amplia, pues ni la yeyunostomía, ni la gastro, ni la excisión, ni otros recursos operatorios que se han ideado dan los resultados que aquélla.

Me parece conveniente precisar bien las indicaciones quirúrgicas de la úlcera: fracaso del tratamiento médico bien observado durante el tiempo necesario; producción de hemorragias copiosas si persiste alguno de los demás síntomas de úlcera; pequeñas hemorragias visibles u ocultas repetidas con frecuencia; persistencia del dolor intenso, que no cede a la ingestión, sobre todo de leche, ni a los alcalinos, y más si se hace continuo; nicho radiológico verdadero; sospecha de degeneración o duda entre úlcera y cáncer; posición social que imposibilita seguir bien un tratamiento médico. No hablo de la perforación y de la estenosis pilórica o mediogástrica, pues ambas complicaciones, como saben todos, sólo pueden combatirse quirúrgicamente. De aquí se deduce que no siempre hay que ensayar un tratamiento médico antes de proponer la intervención, sino que en ciertos casos en cuanto hemos explorado al enfermo sabemos que no puede curar más que a beneficio de la cirugía. Durante una hemorragia abundante no aconsejo intervenir. En las estadísticas de V. Haberer, Finsterer y Cazin se citan muchas curaciones, en las del último 23 de 25 operados; pero, por lo general, es peligrosísimo operar en pleno shock hemorrágico. Delore y Girardier, en un artículo en que tratan de las intervenciones en las hemorragias, aconsejan la operación precoz, pero no inmediata, pasados horas o días y desaparecido el shock, pero entonces acaso sea innecesaria porque tal vez no repita. Y esto no es tratar quirúrgicamente la gastrorragia, sino operar con urgencia una úlcera azuzados por el temor a la reparación de la hemorragia.

Si bien es cierto, como dice Hernando, y como he visto también yo, que la mortalidad de los enfermos no operados no difiere gran cosa de la que tienen los que se operan, hay que fijarse en que al cirujano van por lo general sólo los enfermos muy graves, los desahuciados por los internistas, y que si curan, se libran de una muerte muy probable.

Cuando tratemos a un ulceroso hemos de ser muy cautos para afirmar su curación, ya que siendo este un proceso que se exterioriza por crisis de molestias de más o menos duración, separadas entre sí por períodos muy variables, a veces de varios años, nos es difícil asegurar que la lesión ha desaparecido para no volver, que ha cicatrizado, particularmente en aquellos sujetos en que se traduce por escasos síntomas y éstos poco acentuados.

No hay úlceras médicas y úlceras quirúrgicas; son las mismas, que cuando recientes curan muchas veces fácilmente por procedimientos médicos y cuando antiguas casi siempre requieren para curar el concurso de la cirugía.

Como he dicho, desconociendo el problema de la producción y persistencia de la úlcera, no estamos seguros de la medida en que el jugo gástrico influye en ella, y, por lo tanto, no sabemos si científicamente está indicado administrar alcalinos para combatirla, como no sabemos si el factor inflamatorio influye decididamente en la lesión y si para

combatirle hemos de emplear medios que modifiquen este factor. Y como sabéis, en opinión de muchos, y desde luego en la mía, es el jugo gástrico lo que más culpable parece ser en la aparición y, sobre todo, en el sostenimiento de la úlcera; pero entiéndase que digo el jugo gástrico y no el CIH, pues la pepsina acaso tenga su valor en la expresada acción, a pesar de los argumentos que se han hecho en contra de su importancia en este sentido. Es decir, que lo importante sería la acción péptica del jugo y no el ácido por sí sólo.

He visto curar bastantes ulcerosos con gastroenterostomía, pero he visto otros muchos en que la operación fracasó, puesto que no mejoraron las molestias, o reaparecieron, o se presentaron úlceras yeyunales, no habiéndose logrado siempre ni mucho menos que desapareciese la hiperclorhidria, desaparición que era uno de los puntales en que se apoyaban sus panegiristas, sino que se conservó bastantes veces y algunas aumentó. No deben contraponerse la gastro y la resección: cada una tiene sus indicaciones que no pueden ni deben confundirse.

Por eso creo que en los casos de úlcera activa, lo mismo si es pilórica que de otra zona, debe recurrirse a la resección siempre que sea realizable, pues todos hemos visto casos en que no fué factible. Y cuando no lo sea, si la lesión no es pilórica y estenosante, si no ocasiona retención ni siquiera por espasmos, la gastroenterostomía no tiene razón de ser y sólo debe emplearse en la cicatriz estenosante de una úlcera curada.

La resección debe comprender, por lo menos, todo el antro, pues el producto de las glándulas pilóricas que están repartidas por él, la secretina gástrica o gastrina, es el excitante de la secreción clorhidropéptica que tiene lugar en la mucosa del fundus y de la porción vertical del estómago. Y al operar a un ulceroso no debemos sólo librarle de su úlcera, sino que, además, hemos de procurar dejar a la mucosa gástrica sin aptitud de elaborar jugo péptico, para impedir así en lo posible la formación de nuevas úlceras en la porción de estómago que queda, en la boca anastomótica y en el yeyuno. Por esto aun en las úlceras duodenales se reseca el antro para conseguir dicho objeto, si bien no siempre se logra.

Para los casos en que aparecen nuevas úlceras después de la resección cuando hay hipo o aclorhidria, no nos queda por ahora más recurso que admitir la enfermedad o diatesis ulcerosa de Strauss, que como se sabe no es la úlcera, sino la alteración desconocida que hace que la úlcera se fragüe.

Y el temor de que puedan producirse otras úlceras no debe ser motivo para no intervenir, como no dejamos de tratar a un neumónico porque pueda más adelante padecer otra neumonía.

Dijo Hernando, y yo lo he observado como él, que en los últimos tiempos se ven proporcionalmente menos úlceras pépticas que en los anteriores después de la resección, así como menos trastornos intestinales consecutivos a ella, y este hecho acaso consista no sólo en el perfeccionamiento de las técnicas operatorias, sino en que ahora los cirujanos tal vez insisten más que antes en recomendar a

NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO
MEDICACIÓN BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA



TRATAMIENTO
MODERNO DE LAS
ENFERMEDADES DEL
APARATO RESPIRA-
TORIO



LABORATORIOS-FEDE S.A.

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

Neyol n.º 1
Procesos crónicos del
aparato respiratorio

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

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.

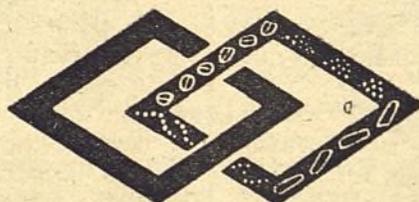
De los números 1, 2, 4 y 5 se preparan cajas de ampollas de 5 y 10 c. c. y del número 3 cajas de ampollas de 2 y medio y 5 c. c.

SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS

LOS AMPHO-VACCINS

de Ronchèse

Lisado
bacteriano



Bacterias tratadas
por el bromo.

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

Lista de los Ampho-Vaccins:

INYECTABLES

ANTIINFECCIOSO
ANTIESTAFILOCÓCCICO
INTESTINAL
PULMONAR
URINARIO

A INGERIR

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

TÓPICOS

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

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

REPRESENTANTES: **PAGÈS & SARRIAS**

ARGENSOLA, 5, mod.-Tel. 41934.-MADRID PUERTA FERRISA, 16.-Tel. 25844.-BARCELONA

PROPIDON

CALDO
STOCK-VACUNA MIXTO
DEL PROFESOR
PIERRE DELBET

VACUNACIÓN CURATIVA
DE LAS
AFECCIONES PIÓGENAS
VACUNACIÓN
PRE-OPERATORIA

CAJAS DE
8 AMPOLLAS DE 4 cc.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
MARQUES "POULENC Frères & USINES du RHONE"
21, rue Jean-Goujon, PARIS, 8^e

sus enfermos un régimen post-operatorio adecuado, que es probable evite las complicaciones.

Los peligros de la resección son, seguramente, mayores que los de la gastro, pero cuando el enfermo se decide a correr el riesgo operatorio debemos apelar al recurso que nos dé mayores probabilidades curativas y no al que, por ser algo menos peligroso, no nos satisfaga del todo en cuanto a su eficacia.

Dr. Regueiro López: La cuarta conclusión habla de la resección gástrica en cáncer que exige rapidez diagnóstica para ser eficaz. El diagnóstico precoz en neoplasia de estómago, hay que confesarlo nunca se realiza. Se han referido experiencias e investigaciones de diverso orden; en todas se ha fracasado. Hasta el día es la clínica ayudada de la radiología la que nos permite sospechar la neoplasia gástrica. En estos casos se necesita decisión para aconsejar al enfermo la intervención. Son casos que debemos someter a observación inmediata a régimen alimenticio para tratar de mejorar el estado general, vigilando siempre con el estudio radiológico y si en el transcurso de un mes el enfermo no mejora se debe proceder a la intervención.

En cuanto a la preparación del enfermo a gastrectomizar muy oportunas nos parecen las aportaciones del Dr. Catalina; cuando hay retención gástrica, tratar la gastritis supone mucho en el post-operatorio; hemos de desintoxicar al enfermo. Tiene sumo interés la limpieza de boca y tramos superiores de aparato respiratorio.

Ya en el acto operatorio, cuando el estómago está limpio, cuando la úlcera radica en sitio asequible, las dificultades técnicas no son muchas; cuando radica la úlcera en parte baja del duodeno o por debajo de ella existen adherencias, el cirujano tendrá especial cuidado con la técnica; muchas veces se verá obligado a dejar abandonada la úlcera con el muñón duodenal. Siendo frecuente la úlcera próxima al cardias, que no coincide con acidez elevada y no presentan trastornos de motilidad, el profesor Olivares en cinco enfermos de su clínica ha realizado una resección parcial; el último operado hace dos años, y hasta la fecha los resultados son satisfactorios.

En cuanto al tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal nos vamos a referir a 240 operados por el profesor Olivares en estos últimos cinco años; en todos practicó el Reichel-Polya. En algunos de los operados la boca anastomótica no funciona; los enfermos mueren; en la autopsia, además de las modificaciones gastro-yeyunales, se encuentran procesos pulmonares que permiten explicar la muerte del operado. Es por lo que desde tales casos el profesor Olivares utiliza el Billroth II, si bien desde primeros de año la resección gástrica la practica siguiendo la práctica de Murphy. De los siete operados por esta última técnica sólo ha habido un accidente; el último operado, que ha fallecido por hemorragia, debida a haber fallado la sutura del cabo duodenal.

Dr. Gutiérrez Arrese: Suscribo las afirmaciones hechas en las conclusiones. Sólo ligeras consideraciones sobre algunos puntos. Con el doctor Hernando estoy de acuerdo en absoluto; únicamente al final

de su ponencia dijo que las adherencias no son nada; afirmación que se puede suscribir; no son nada como causa de un síndrome determinado pero sí como patogenia de trastornos de aparato digestivo.

El Dr. Serrada afirmaba que un tercio de su consultorio de la Cruz Roja son de úlcera o cáncer gástrico. En el consultorio del Dr. Hernando no llega a esta proporción; hay el 15 por 100 de úlceras gastroduodenales. Hablaba el Dr. Serrada de las úlceras infectadas. Es concepto que merece aclararse; los tramos gastrointestinales sólo están exentos de gérmenes los recién nacidos; pasado este momento el estómago e intestino contienen bacterias. Otra cosa es todo cuanto se diga referente a la gastritis periulcerosa; está admitida por todos los autores.

En cuanto a la transformación de la úlcera gástrica en cáncer lo fija el doctor Serrada en el 8 por 100. Esto será un criterio personal en el que seguramente no hay que considerar los cánceres ulcerados. No es lo mismo la úlcera gástrica transformada en cáncer que el cáncer ulcerado. Lo mismo diremos en el diagnóstico de úlcera gástrica fundados en la presencia o historia de hematemesis. De enfermos bien estudiados se separan algunos que no son ulcerosos gástricos; nos ha sido posible en casos con profusas hematemesis diagnosticar cuatro casos de enfermedad de Banti.

Merece especial atención lo apuntado por el doctor Serrada en cuanto a la flora bacteriana de la úlcera de boca anastomótica; su existencia no la podemos relacionar con la falta de ácido clorhídrico; no olvidemos la flora intestinal del colon y del veyuno, que rápidamente después de la intervención puede colonizar en estómago, como tampoco el hecho de que en muchos de los conflictos de intestino delgado intervienen los gérmenes anaerobios.

Dr. González Duarte: Con experiencia algo numerosa de resecciones gástricas por úlcera o cáncer interesa el criterio referente al síndrome gastritis; en cierto tiempo no se aconsejó la operación; ante estos enfermos, con indicación social operatoria por síndrome gastroduodenal y sólo encontrar en el acto operatorio esta gastroduodenitis se procedía a cerrar estómago sin más intervención. Seguido este criterio en tres casos personales, estos tres casos posteriormente se nos han vuelto a presentar con síndrome ulceroso típico. En uno de ellos, ante cierta disposición del píloro, hicimos piloroplastia; el enfermo mejoró provisionalmente y a los veinte meses, como ya hemos dicho, se presentó con síndrome ulceroso típico. En intervención posterior hemos confirmado una úlcera duodenal. En los otros dos enfermos también hemos podido comprobar la úlcera gástrica en estado florido.

Ante el síndrome de gastritis el médico aconsejará tratamiento médico si no hay necesidad de intervención por otro fenómeno. Lo que parece evidente es que la simple laparotomía y manejo de las vísceras agrava el síndrome y en la segunda intervención la región operatoria se encuentra en peores condiciones de intervenir. Es por lo que varios autores aconsejan desde el primer momento la resección gástrica.

En la indicación operatoria por hemorragia gas-

trooduodenal estoy de acuerdo que es mejor dejar pasar este accidente; operar pasado algún tiempo. Esto es así porque el hemorrágico tiene un mínimo de defensa sobre todo para los actos operatorios.

Al referirse a la técnica de gastrectomía no creemos que el asunto pueda discutirse; existen técnicas regladas; hay modalidades personales; no se puede decir cuál es mejor; la práctica de un procedimiento determinado es más o menos difícil, según el cirujano; es un asunto que merece poca discusión. Es todo cuestión personal.

Hablando de datos estadísticos creemos que lo mejor es su publicación detallada; exponerlos en este momento resulta pesado y de poca utilidad.

Dr. Del Río: En el cáncer gástrico tenemos problemas fundamentales: Problema diagnóstico a resolver valorando sintomatología, datos radiológicos y de laboratorio. Somos de opinión en cáncer gástrico que aun realizando las resecciones amplias los resultados son muy limitados; cuando se llega a la intervención el organismo está más invadido de lo que se supone por el proceso canceroso. El mejorar las estadísticas es labor de diagnóstico precoz.

La úlcera gastroduodenal comprende el 90 por 100 de las resecciones gástricas. Considerando la úlcera gastroduodenal como enfermedad de tipo local se comprende el tratamiento quirúrgico. Considerándola como proceso de tipo general el tratamiento quirúrgico, la resección, será paliativo a igual que el tratamiento médico. En la úlcera gastroduodenal lo primordial es el tratamiento médico, si bien el de las complicaciones será la actuación quirúrgica.

Dr. Carro: Hace quince años presentábamos en esta Academia el problema de las indicaciones operatorias de la úlcera gastroduodenal y sobre todo de la gastrectomía. En estos últimos años se ha llegado al convencimiento de que la cirugía es su mejor tratamiento; que los resultados obtenidos son cada día mejores. El problema de cáncer gástrico es frecuente.

En estos últimos ocho meses hemos registrado 52 casos de cáncer gástrico; no fué posible aconsejar la intervención. Somos muy pesimistas sobre los resultados de la gastrectomía por cáncer gástrico. A pesar de lo que dicen muchos autores y de las estadísticas publicadas, la supervivencia del canceroso gástrico operado es muy limitada; cuando llegan estos enfermos al médico es demasiado tarde y aun con diagnóstico radiológico de tumor limitado, movable y asequible, en la intervención se encuentran tales invasiones que la resección gástrica, resección tumoral, resulta completamente ilusoria. He aquí el interés de una sesión en el que se discuta el problema del cáncer gástrico y veamos la manera de llegar a conclusiones sobre indicaciones justas de la resección gástrica por cáncer.

Los resultados de la resección gástrica en los ulcerosos gastroduodenales son cada día mejores; las técnicas han mejorado muchísimo. Hace años, en estos operados, encontrábamos radiológicamente vaciamentos gástricos rápidos; eran enfermos con diarreas, vómitos alimenticios y asas de intestino delgado muy dilatadas. En la actualidad en estos

operados es corriente hallar vaciamentos gástricos más lentos; hay un mejor funcionamiento gástrico.

Al considerar los dolores que aquejan los resecados en el período siguiente a la operación tiene especial importancia la mutilación quirúrgica sobre los nervios seccionados. Conocemos los dolores de los amputados. Tenemos la seguridad de que existen muchos resecados sin molestias y los que las aquejan seguramente son estados irritativos de terminaciones nerviosas afectadas por la intervención; situaciones que en la generalidad de los enfermos van disminuyendo con el tiempo y acaban por desaparecer.

J. M. Madinaveitia: Sitiéndolo mucho, por mi parte, después de las notas optimistas que han dado algunos de los compañeros, yo tengo que disentir, aportando la nota pesimista, aunque no tan completamente pesimista como debiera.

Ante todo he de lamentar, que a pesar de la mucha gente de valer que lleva numerosos años tras el diagnóstico de las úlceras gastro-duodenales, con el fin de conocer su etiología, patogenia, sigamos aún diagnosticando escuetamente *úlcera gástrica* o *úlcera duodenal*, fuera de contadísimos casos en los que podemos agregarla un apellido que la ennoblezca. Es menester que nos esforcemos todos, para no quedar como estaban hace años los dermatólogos diagnosticando tan sólo úlceras de piel, y poder estudiar las diversas clases de úlceras gástricas, para poderlas aplicar su tratamiento adecuado y no el genérico que ahora empleamos.

He sido siempre partidario decidido del tratamiento médico en la úlcera gástrica y he juzgado el tratamiento quirúrgico a manera de último recurso, cuando el médico fracasó. Por lo tanto, ni lo empleo, ni lo aconsejo con la frecuencia que ordinariamente se sigue. Ya en mi conferencia de Barcelona, este otoño, decía que opero el 10 por 100 o aún menos de mis enfermos tratados como ulcerosos gastroduodenales. El tener esta idea es por haberme formado desde 1914 junto a un cirujano especializado en gastroenterología, llevando yo casi siempre la parte médica, hasta hace tres años, que quedé independiente, haciendo yo mismo la parte médica y quirúrgica de mis enfermos. No quiero, por esta razón aportar estadísticas con cifras que en realidad no me pertenecerían, y las más particulares las considero insuficientes, ya que cuento con más de 130 operados, en los cuales efectué cerca de 70 resecciones y en las cuales ha transcurrido un tiempo inferior a tres años, indudablemente demasiado corto para poder aportar datos interesantes para ustedes. Por esta razón me limitaré tan solo a darles mi opinión general sobre la resección, formada sobre varios miles de pacientes que mandé operar.

Comenzaré una vez más confesando nuestra ineptitud al tener que utilizar este método cruento ante una lesión, que de conocerla bien, como antes decía, podríamos tratar adecuadamente sin necesidad de traumatizar tan bárbaramente el organismo.

Ya teniendo que hacer cirugía, ¿cuándo la aconsejamos? Pues ordinariamente, como antes decíamos, cuando el tratamiento médico en sus diversas modalidades fracasó, cuando los dolores y moles-

tias gástricas quedaron mayores de las que suelen presentar ordinariamente los operados cuando la úlcera se perforó (haga pocas horas o muchos meses dejando fuertes adherencias), cuando ha presentado varias hemorragias y cuando tenemos una perforación. No hablo expreso de la degeneración cancerosa, por tener siempre la idea (falsa o no) de que la úlcera no degenera, sino que en ella se asienta un cáncer, como asienta en el labio del fumador, por ser el sitio traumatizado; y pienso que igual puede asentar en la línea de sutura, que también suele ser un sitio de traumatismo.

Tampoco hablo de las resecciones por cáncer, ya que procuré siempre dejarlos sin operar, porque yo no quisiera sufrir los dolores y molestias del acto operatorio por vivir unos meses más con dolores, como con tanta frecuencia les ocurre a estos pobres enfermos.

Respecto a si resección o gastroenterostomía, no es éste el lugar de discutirlo, pero tengo seguramente un criterio muy diferente a los ponentes, ya que juzgo como ellos la resección como el método ideal, por ahora, pero sin sentir desprecio, ni mucho menos por la gastroenterostomía, por las razones siguientes: Tiene mucha menor mortalidad la gastroenterostomía (hablo de la mortalidad siempre refiriéndome a la que interesa al paciente), presenta un número muy parecido de vómitos biliosos, llamados de círculo vicioso, ya que los reseçados también lo presentan con bastante frecuencia, sobre todo siguiendo el método de Moynihan II, y la cuestión de las úlceras de boca anastomótica, que siempre sirvió de bandera para ir contra ella, vemos que también la presentan los reseçados, aunque aún existan algunos cirujanos que no quieren verla en los reseçados. Sin embargo, mi impresión es que la presentan en un menor número los reseçados.

Por lo tanto creo siempre indicada la resección, cuando sea fácil hacerla, sin que por ello peligre la vida del enfermo y en aquellos casos de perforación, hemorragias, y adherencias dolorosas, en los cuales si dejamos la úlcera puede perforarse, sangrar o doler de nuevo.

No he sido nunca partidario de dejar el antro pilórico al hacer la resección, y aún menos después de hacerlo visto hacer en cuatro enfermos míos, los cuales han quedado con fuerte hiperclorhidria y trastornos digestivos después de la operación.

Sigo como norma el resecar, siempre que puedo, hasta la vena siniestra por curvatura menor, y por curvatura mayor hasta la unión del riego sanguíneo procedente del píloro, con el procedente del fondo gástrico. Siempre que me quede en estas condiciones una línea de sección gástrica inclinada de derecha, arriba, a izquierda, abajo, pues de lo contrario secciono más curvatura mayor con el fin de evitar la bolsa inferior gástrica. También sigo esta técnica si la úlcera y su zona inflamatoria van incluidas, pues de lo contrario asciendo más, habiendo llegado en algunos casos al cardíac.

En duodeno sigo el sistema de descender cuanto puedo, dejando sitio para invaginar, pero llevándome la úlcera, y de lo contrario dejándola invaginada.

Nunca he creído en la reglamentación de la resección gástrica, pues cada enfermo es menester operarlo con la técnica que mejor le convenga y salvando las dificultades como mejor creamos. Están habituados los que me rodean a ver que nunca seguimos una técnica determinada, ni nos empeñamos en hacer la operación que habíamos prejuzgado. Una vez abierto el vientre, releendo la historia clínica y explorando los diversos órganos, decidimos lo que se debe hacer y cómo se debe operar aquel enfermo determinado.

Sigo sistemáticamente la anestesia local sin infiltrar la línea media, inyectando (siguiendo la técnica de von Haberer) en ángulo, con vértice en el apéndice xifoides. Si no basta empleo el éter o cloroformo, pero en muy contados casos. Esto lo hago, como ya demostré en la Sociedad de Cirujanos de Madrid, por la gran ventaja que aporta para las variaciones del medio interno.

No hago sistemáticamente ni el mismo tratamiento, ni la misma preparación en todos los enfermos. Creo que en Medicina, como en las demás ciencias, es menester acoplar los conocimientos al problema que se nos plantea, con el fin de resolverlo lo mejor y más cómodamente posible. Por lo tanto a cada enfermo lo operamos en las mejores condiciones de su medio interno, hidrocarbonados, vaciamiento intestinal (nunca purgamos) y gástrico (este último casi siempre con agua oxigenada).

Como no creemos la operación curatoria, sino que un método más a seguir, después del cual tiene forzosamente que seguir tratándose el paciente, si no quiere llamarse pronto a engaño, a nuestros enfermos los sometemos a dieta láctea rigurosa durante los quince días (mejor que los ocho dictados por Gossez) después de la operación, y les damos alcalinos, si lo juzgamos necesario por su exceso de acidez. Luego seguimos un régimen adecuado por lo menos durante dos meses. Les aconsejamos, además, que se consideren siempre como operados, y tengan cuidado en sus transgresiones. Con ello creemos haber obtenido mayores resultados y bienestar más prolongado, que en resumidas cuentas es lo que nos debe interesar para nuestros operados.

De la mortalidad nada quiero hablar, pues me basta con sentir la alegría que produce el ver aproximarse ya las cifras de la verdad que al enfermo interesa, pues ni la mortalidad de la mesa de operaciones, que antes se consideró como tal y que ahora casi desapareció ya, ni la de causas próximas al sitio de la operación, como peritonitis, perforaciones, etc., que también ha disminuído grandemente, ni la de dentro del sanatorio, cifra que aún rige, nos interesa, pues no termina ahí la vida del enfermo y hemos de preocuparnos de que se prolongue ésta mucho. Esta cifra es aterradora, pero tenemos que confesarla, más ahora que va descendiendo, y que hace ya tiempo la dió con su habitual honradez el gran cirujano Hartmann, de París. Además tenemos, como atenuante, que tener en cuenta que sólo se operan aquellos enfermos que fracasaron médicamente y, por lo tanto, que son los peores, pero alcanza la cifra global del 15 al 20 por 100, pues son varios los enfermos que no fallecen en el sanatorio, y sí a los pocos días o al

mes de haber sido operados, por habérseles agudizado una lesión tuberculosa que permanecía adormecida.

Yo creo que ahora perdemos muchos menos de aquellos enfermos que se morían sin que supiéramos su causa, ya que los conseguimos salvar con los métodos modernos, como son tratando sus acidosis, faltas de cloruros y la mayoría de las llamadas atonías o dilataciones gástricas anteriormente.

No me conformo, como dicen en el párrafo 9.º los ponentes con la colaboración de médico y radiólogo con el cirujano. A poder ser debe ser uno mismo el que vea los pacientes, reconozca y explore radiológicamente antes de operarlos. Yo nunca tolero abrir un vientre porque me lo mande ya diagnosticado un compañero. Lo siento mucho, pero mi orgullo no me permite tomar sobre mí una responsabilidad como la de una operación sin haberme cerciorado previamente de las lesiones que padece y en el estado en que se encuentra el paciente. Con ello marchó más sobre seguro.

G. Gurriarán: Creo, con el Dr. Duarte, que el problema de la técnica de la resección está ya resuelto; por otra parte, como mi experiencia clínica no va a aportar nada nuevo al asunto de esta discusión ni mis estadísticas (muy modestas) no son comparables a las tan brillantes presentadas por el Dr. Gómez Bueno con solo un pequeño tanto por un mil de fracasos; me voy a limitar, por haber sido citado por el profesor Hernando en su interesantísima ponencia, a señalar algunas de las relaciones de mis investigaciones con el problema que hoy está planteado en esta Academia.

Se ha hablado aquí y están hoy todos de acuerdo, *del empirismo con que se emplea la gastrectomía*. Yo creo que la eficacia de la resección en la úlcera puede explicarse, por lo menos en parte, si admitimos la *teoría del reflujo duodenal como reflejo de defensa*.

Nuestros trabajos experimentales iniciados con Weiss en Estrasburgo en 1929, nos han llevado a la convicción de que, normalmente existe el reflejo de Boldyreff, que haciendo refluir a estómago los jugos alcalinos duodenales (js. duodenal, pancreático y bilis) protege las mucosas contra el ataque del jugo ácido-péptico.

Utilizando la técnica de Brenemann para la determinación de la topografía de las zonas de secreción ácida y alcalina en el estómago, vemos que las úlceras, tanto experimentales como humanas, asientan siempre en las zonas de secreción alcalina. Siguiendo dicho método, embudnamos en vivo, la mucosa gástrica y duodenal de una mezcla de hidróxido de hierro y ferrocianuro potásico, después de haber inyectado histamina, pocos momentos después las zonas de secreción ácida se tiñen en azul, *el fundus*, las alcalinas toman un color pardo, *duodeno, antro, curvadura menor y cardias*, y la cámara de aire adquiere un tinte verdoso intermedio—esta topografía está un poco en desacuerdo con las funciones secretorias que el señor Casanova atribuía ayer al antro—. Hemos repetido esta técnica en varios perros con úlcera experimental por derivación, y en enfermos ulcerosos momentos antes de resecar el estómago; en todos los casos la topografía es sensiblemente la misma y las úlceras están lo-

calizadas en las regiones de secreción alcalina. Esto coincide además con las estadísticas de localización de la úlcera gastroduodenal que nos dan todos los autores.

Los experimentos que nos han demostrado la existencia del reflujo duodenal y el valor de su papel protector de las mucosas de secreción alcalina son los siguientes:

1.º En perros normales fijamos el fondo de la vesícula biliar a la pared abdominal anterior y pasamos alrededor del píloro un lazo que más tarde podemos apretar desde fuera. Pasados diez días, cuando el animal está repuesto de esta pequeña intervención, inyectamos en la vesícula una pequeña cantidad de azul de metileno, damos una comida de prueba y pasado cierto tiempo sacrificamos el animal después de haber apretado fuertemente el lazo que rodeaba el píloro. *Abriendo el estómago, encontramos que el azul ha invadido la mucosa gástrica*; en algunos casos sólo está teñido el antro. La invasión de azul de metileno es más rápida e intensa después de comidas ácidas y grasas.

2.º Practicamos curvas de neutralización en perros normales, en hombres sanos y en enfermos gástricos, inyectando en el estómago una solución de HCl al 5 por 1.000 y haciendo extracciones cada veinte minutos, cuya acidez titulamos. En los sujetos normales el grado de acidez desciende paulatinamente hasta el 1 por 1.000, aproximadamente, y este descenso coincide con la presencia en estómago de jugos duodenales. En perros con una curva descendente normal, practicamos una ligadura del píloro y obtenemos, después de esta intervención una curva horizontal; la acidez no desciende, a pesar del aumento de secreción de moco gástrico que se produce.

En enfermos ulcerosos, más en los de localización pilórica, la neutralización es deficiente o no se efectúa, y el reflujo no existe o aparece irregularmente.

En estos mismos enfermos, al practicarles una gastroenterostomía de boca ancha y bien orientada o una resección, al favorecer la llegada al estómago de los jugos del duodeno, la curva de neutralización se hace de nuevo descendente.

3.º La experiencia que nos demuestra más palpablemente el papel protector del reflujo es la derivación de los jugos duodenales lejos del lugar en que normalmente son excretados.

Haciendo la derivación total de dichos jugos a la porción terminal del ileón, obtenemos en el espacio de una a cuatro semanas *úlceras de evolución clínica y de aspecto macroscópico y microscópico iguales a los de la úlcera humana en el 100 por 100* de los casos. Estas lesiones asientan siempre en las zonas de secreción alcalina.

Con la derivación aislada de la bilis obtenemos las mismas lesiones en un 40 por 100 de los perros operados.

En consecuencia con estos resultados creemos que normalmente el reflujo duodenal protege las citadas zonas sensibles contra el ataque del jugo ácido-péptico; neutralizando el contenido gástrico de una parte, y por protección directa formando un barniz aislador mezcla de jugos duodenales y moco gástrico, por otra. Al desaparecer este factor pro-

lector, por derivación en el campo experimental, o, en el hombre, por trastornos del reflujo (píloro-espasmo, etc.) de la composición de alguno de estos líquidos o por alteraciones de la excreción de los mismos; *el terreno está dispuesto para la formación del úlcus*. La estadística de coexistencia de úlcera y afecciones de las vías biliares que citó el profesor Hernando viene en apoyo de esta opinión.

No se nos oculta que la derivación de los jugos duodenales provoca una serie de trastornos de digestión y metabolismo que favorecen notablemente la formación de las lesiones. Nuestro antiguo colaborador Weiss ha presentado recientemente con Aron unas comunicaciones a la Société de Biologie de Estrasburgo, en las que pone de relieve la influencia sobre la formación del úlcus exp. de la deficiente digestión de los albuminoides en los perros con derivación total y el favorable efecto de las inyecciones de triptofano e histidina sobre la úlcera experimental y humana. Por nuestra parte tenemos en estudio, en Madrid, el problema de los trastornos generales de los perros así operados.

No pretendemos tampoco esquematizar el gran problema de la patogenia de la úlcera hasta creer que todas las úlceras humanas son debidas a la deficiencia o ausencia del reflujo duodenal. No cabe duda que hay un gran número de factores generales (de constitución, de metabolismo, hormonales) y locales (factores mecánicos, estancación, trastornos secretorios, infectivos, etc.) que desempeñan un gran papel en la patogenia del úlcus rodens. De todas formas interésanos hacer resaltar lo demostrativo de nuestras experiencias sobre la función del reflujo duodenal y su relación con la patogenia de la úlcera, para sacar deducciones relacionadas con la gastrectomía.

Admitiendo, pues, la citada teoría nos es fácil explicar el favorable efecto de la resección de estómago en el tratamiento de la úlcera y el mejor pronóstico postoperatorio de las gastrectomías amplias. En estas intervenciones se suprime una gran parte de las zonas alcalinas sensibles a la acción autodigestiva del jugo ácido-péptico; eliminando con ello el sitio de posibles recidivas, se reseca parte de la región de secreción ácida, disminuyendo así dicha secreción; se favorece la entrada de los jugos duodenales al estómago (que hemos encontrado alterada en los ulcerosos) y el asa anastomótica yeyunal (más sensible, ya que la sensibilidad de las mucosas al jugo gástrico es tanto mayor cuanto mayor es la distancia que las separa del estómago—en el sentido descendente—) continúa abundantemente bañada por los jugos protectores.

Cuando sobreviene una úlcera péptica post-operatoria, ¿se debe a una insuficiente resección, a una anastomosis cuya asa aferente funciona mal, o a deficiencias de metabolismo general o de las secreciones que vierten en el duodeno?

No lo sabemos. Pero creemos que no pasará mucho tiempo sin que éstos y otros problemas de la úlcera queden aclarados.

Debo expresar mi gran agradecimiento al profesor Hernando, por haber puesto a mi disposición magníficas instalaciones que me permiten continuar en Madrid estas investigaciones iniciadas hace cuatro años en Estrasburgo, y a la presidencia, por la

amabilidad con que me ha acogido como nuevo miembro de esta Academia.

Dr. Salas: Después de oír las ponencias de los doctores Hernando, Serrada y Catalina y las intervenciones de todos los señores que me han precedido, nada en realidad debía decir; todos los puntos han sido ya tratados de una manera agotadora; pero el no intervenir hoy en esta discusión podría dar lugar a que se me considerase como desertor del campo de la gastroenterología y de esta polémica en la que parece que todo especialista tiene la obligación de emitir su opinión.

Mi experiencia, basada naturalmente en los conocimientos que primero aprendí del Dr. Hernando, después durante el tiempo que fui ayudante del doctor Urrutia y últimamente en mi pequeña práctica personal es ésta:

Toda úlcera que tratada convenientemente por medios médicos no cura es tributaria de la cirugía, y dentro de la cirugía debe ser resecada, haciendo una amplia pilorogastrectomía.

Se ha hablado aquí de cuando se considera fracasado un tratamiento médico y hasta se mencionó el número de nueve curas, que propone W. Mayo. Yo, señores, creo que esta cifra es completamente humorística, dado que la basa su propio autor, en que al estómago se le deben dar tantas vidas como a los gatos; ya Urrutia comenta esto y dice que se entiende que son gatos americanos. Yo de todas maneras dentro de mi modesta opinión, quisiera hacer incapié en el hecho de que sería muy ventajoso para los médicos y para los enfermos el que éstos no fuesen a la intervención tan sumamente agotados como en realidad hoy día van.

Opino que el método operatorio está hoy día completamente resuelto y cada cirujano debe hacer uno cualquiera, el que prefiera, siempre que lo haga bien. Yo, siguiendo las enseñanzas de mi maestro, continúo fiel al Moynihan II como igualmente hace el doctor Catalina. Las ventajas de este método las ha enunciado el ponente y no creo preciso insistir sobre ellas. Uno de los tiempos de la intervención sobre el que debemos esmerarnos es el de la hemostasia de las paredes gástricas y tanto más cuanto más amplia sea la resección, dado que la parte alta del estómago es la que más sangra.

La complicación, úlcera de boca anastomótica, es rara, pero se da y es debida a que la resección ha sido económica o a que se hizo una exclusión por resección, tipo Finsterer en las pilóricas, o Madlener en las de curvatura menor.

Creo, también con el Dr. Hernando, que las adherencias post-operatorias no suelen dar molestias, y permitidme que diga que a mi manera de pensar, hoy día las adherencias son aún el cajón de sastre, que muchas veces soluciona al médico o cirujano de un diagnóstico no hecho. Nordmann, de Berlín, al tratar de las recidivas de la litiasis biliar es de esta opinión.

¿Se benefician las gastritis con la intervención? Haberer y otros creen que no, pero ante un caso de gastritis intensa me parece prudente resecar, dado que con este diagnóstico existen úlceras que no se aprecian en la pared gástrica al hacer una laparotomía exploratoria.

(Se continuará.)

Origen castellano del pro- gnatismo en las dinastías que reinaron en Europa

POR EL

PROF. DR. D. FLORESTÁN AGUILAR

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

(Continuación.)

Don Enrique tuvo once hijos (tres legítimos y ocho naturales), y en esta descendencia se realizó el entronque con la Casa de Portugal, primero, y Habsburgo, después, por el matrimonio de su nieta doña Leonor con Eduardo I, rey de Portugal, abuelo de Maximiliano de Habsburgo, monarca cuyo exagerado prognatismo toman equivocadamente muchos historiadores como origen del llamado tipo familiar de los Austrias.

Esa idea (muy arraigada, por cierto), es errónea. Bien sabida es la mayor facilidad de las hembras para la transmisión de las taras teratológicas. Por los enlaces citados le llegó a Maximiliano con la sangre oriunda de Castilla, la prominencia mandibular que de modo tan marcado heredaron sus hijos don Felipe y doña Margarita y su nieto Carlos V, en el que se reforzó este estigma por la influencia materna, doña Juana, heredera directa del tipo castellano de sus ascendientes, don Juan II, don Enrique IV y los Reyes Católicos.

Primos en cuarto grado la Reina Católica y su esposo don Fernando, ambos llevaban la característica familiar. El retrato de don Fernando ofrece ésta de modo indubitable, y aunque en el de doña Isabel no parezca tan marcada, basta examinar la cara de su padre, don Juan II, tal como la representa su mascarilla mortuoria, para ver que no había sufrido inte-

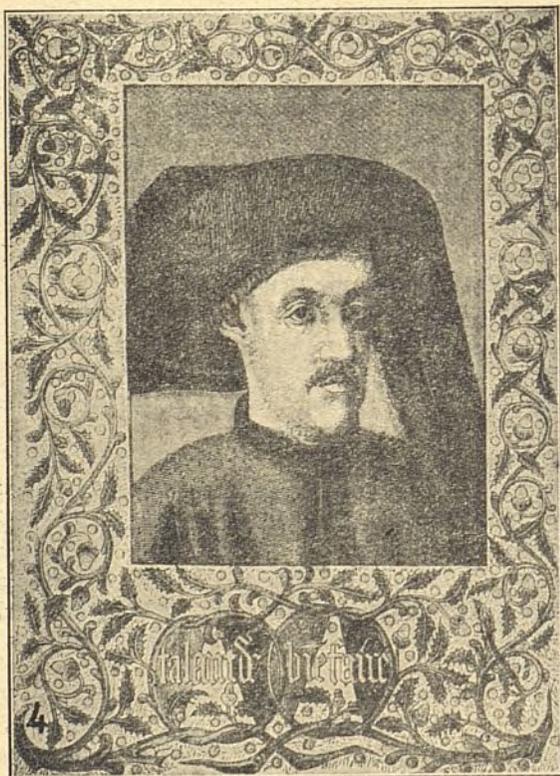


Fig. 28.—Enrique el Navegante, hijo de Juan I de Aviz, rey de Portugal, y de Felipa de Lancaster, bisabuelos de Isabel la Católica, abuela de Carlos V.



Fig. 29.—Alejandro Farnesio, príncipe de Parma. Hijo de Octavio Farnesio y Margarita de Austria, que era hija natural de Carlos V.

rupción la herencia familiar desde don Alfonso *el de Las Navas*, en 1158, por transmisión tan claramente comprobada durante el transcurso de dos siglos en las efigies de los reyes y príncipes San Fernando, don Felipe, don Pedro *el Cruel*, don Enrique de Trastámara, Enrique IV, que aquí reproducimos. Si se pusiera en duda la autenticidad de este último retrato de don Enrique IV, hermano de Isabel la Católica, confirmaría su fidelidad la descripción de la fisonomía del rey que hace su capellán y cronista Diego Enriquez del Castillo, en la "Crónica" de este rey, cuyo capítulo primero trata de la fisonomía, vida y condiciones de don Enrique, y dice:

"Era persona de larga estatura y espeso en el cuerpo y de fuertes miembros. Tenía las manos grandes y los dedos largos y recios; el aspecto feroz, casi a semejanza del león; narices llanas y romas; no que así naciese, mas porque en su niñez recibió lisión en ellas. Los ojos garzos e algo salientes. Donde ponía la vista, mucho le duraba el mirar. La cabeza grande y redonda; la frente ancha, las cejas altas, las sienas sumidas; las *quixadas luengas y tendidas a la parte de ayuso*; los dientes espesos y traspellados y salientes los de abajo; los cabellos rubios, la barba luenga y pocas veces afeitada; la tez de la cara entre roja y morena; las piernas muy luengas y bien entalladas, etc."

Esta descripción coincide con el retrato y sus características revelan claramente el prognatismo de este rey castellano, primo hermano de la madre del emperador Maximiliano I de Austria.

Apoyados en esa iconografía que como fuente abundantísima nos ofrece tantas pruebas evidentes de nuestro aserto, no podemos ser tachados de ilusos al defender con toda sinceridad y toda energía la tesis del carácter hereditario y el origen español de ese prognatismo egregio, mal llamado "estigma de los Habsburgo", que por primera vez aparece en los reyes de Castilla mencionados.

Las efigies de San Fernando y San Luis, primos hermanos, hijos de dos princesas castellanas hijas de Alfonso VIII *el de Las Navas*, muestran de modo tan claro y preciso como pudiera hacerlo cualquier otro do-



Fig. 30.—Jacobo E. Stuart. Descendiente de Carlos I de Inglaterra, casado con Enriqueta de Borbón, hija de Enrique IV de Francia y hermana de Fernando I de Austria, hijo de doña Juana de Castilla (*la Loca*).

cumento iconográfico, ese rasgo facial, cuyos descendientes han de transmitir por herencia primero a las casas de Anjou, Borbón, Lancaster, York y Portugal, luego a los Habsburgo en 1438 y más tarde a las dinastías de Parma, Médicis, Estuardo, Valois y Saboya.

Utilizando siempre para este estudio los datos que nos ofrece la iconografía como elementos probativos de nuestra tesis y demostración de la herencia Mendelina, de esa característica teratológica, podemos citar los anteriores retratos, como ejemplos de otros tantos prognáticos en las familias reinantes de Europa, en la que la anomalía desligada de toda coincidencia con taras patológicas, aparece después de los entronques con descendientes de la casa de Castilla.

Mirando las caras de esos príncipes, se ve pronto la identidad de los trazos familiares, y a poco que investiguemos, encontraremos la raíz castellana en su árbol genealógico.

Visitando museos, palacios y galerías encontramos más y más ejemplos de esos retratos de prognáticos (yo he podido reunir más de 80), que no cito por no hacer demasiado extensa esta enumeración, que daría a estas notas más carácter de catálogo artístico que de una monografía médica.

Detengámonos aquí en la formación de esa cronología iconográfica, bien demostrativa de que el prognatismo que estudiamos se originó en Castilla, y que fueron los reyes castellanos los que transmitieron este tipo familiar a otras familias reinantes de Europa.

Un historiador como Rubrecht admite también en su obra que la prominencia del labio inferior y la mandíbula prominente existía en la casa de España (Castilla) antes de su unión con los de Austria.

Basado en el estudio de una gran cantidad de retra-

tos de generaciones sucesivas, esta parte de nuestro trabajo tiene por objeto demostrar la transmisión por herencia de ese tipo, que éste no es expresivo de un estado de degeneración, sino de una característica *racial* o por lo menos *familiar*, sin significación patológica, transmitiendo por herencia, como otras anomalías de la cara o del cráneo.

Por tratarse de un rasgo fisonómico que se aprecia en los retratos, la iconografía ha sido en este caso un poderoso auxiliar de la ciencia, que ha permitido ver cómo se reproduce y conserva durante setecientos años y veintiocho generaciones una característica que, en otra clase de documentos, no hubiéramos podido comprobar.

El estudio de las medallas ha sido igualmente útil para el estudio de la fisonomía, especialmente cuando se trata de comprobar la existencia de una anomalía facial, porque los medallistas no tienen los recursos que los dibujantes y pintores para conservar el parecido aun modificando ciertos rasgos fisonómicos.

Los que, aceptando la transmisión hereditaria de esta tara, han escrito sobre el prognatismo de los Habsburgo, lo estiman como originado en el emperador Maximiliano, a mediados del siglo xv.

En ello hay un error. La primera prueba de gran valor iconográfico de esa anomalía en la casa de Austria, la encontramos en una medalla en que están representados Federico III con su hijo Maximiliano, y en los admirables retratos que Alberto Durero hizo de aquel emperador.

Es muy difícil encontrar retratos de épocas anteriores al siglo xv que sean de autenticidad indiscutible para poder establecer iconográficamente, sin interrupciones ni lagunas y por varias generaciones, el árbol genealógico de las familias reinantes; pero Maximiliano



Fig. 31.—Tomás Francisco de Carignac, príncipe de Saboya, hijo de Carlos Manuel I de Saboya y de Catalina de Austria, hija de Felipe II, rey de España.



Fig. 32.—Leopoldo Guillermo, gobernador general de los Países Bajos. Hijo del emperador Fernando II y de Leonora de Gonzaga. Por Jyssens. (Galería de Viena.)



Fig. 33.—Matías de Médicis. Hijo de Cosme II, Gran Duque de Toscana, y de María Magdalena de Austria. Por Substerman. (Galería Pitti, Florencia.)



Fig. 34.—Eleonora de Gonzaga, emperatriz (Fernando II). Hija de Francisco I, Gran Duque de Toscana, y de Juana de Austria. Por Substerman. (Galería Pitti, Florencia.)



Fig. 35.—Juan Casimiro Vasa, rey de Polonia. Hijo de Segismundo III, 1609-1672, y de Ana de Austria. (Colección del Palacio Wilanow, en Varsovia.)



Fig. 36.—Don Felipe Guillermo de Nassau.



Fig. 37.—Don Bernardo Stuart. Por Van Dyck. (Cobham Hall, Inglaterra.)



Fig. 38.—María Enriqueta de Inglaterra. Hija de Carlos I Stuart y de Enriqueta María de Francia, Borbón. Por Mytens. (Museo de Munich.)

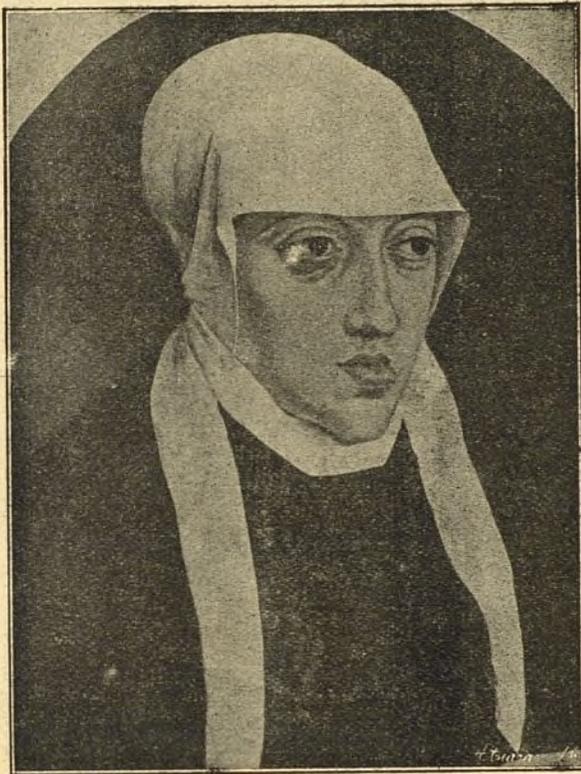


Fig. 39.—Doña María de Aragón y Castilla, reina de Hungría, hermana de Carlos V.

de Habsburgo era por línea materna, descendiente de Castilla. Su madre, Leonor de Portugal, era nieta de Fernando I de Aragón, infante de España y, por tanto, descendiente directa de nuestros prognáticos castellanos, don Enrique de Trastámara, don Juan II, etc., cuya anomalía facial hemos dejado bien demostrada.



Fig. 41.—Felipe III de España. Hijo de Felipe II y de Mariana de Austria.

Contemplando el precioso dibujo del perfil de Maximiliano, hecho por el lápiz de Durero, se ven indiscutible y marcadísimas las peculiaridades faciales de aquel prognático, con su mandíbula avanzada, el grueso labio inferior y los ojos prominentes, rasgos faciales que con



Fig. 40.—Felipe II, por Sánchez Coello.



Fig. 42.—Doña Margarita de Austria, esposa de Felipe III de España, que era nieta de Fernando I, hermano de Carlos V.



Fig. 43.—Don Carlos, hijo de Felipe III y hermano de Felipe IV.

la inflexibilidad inexorable de todas las leyes de la herencia, han de transmitirse a todos sus descendientes habsburgueses, constituyendo ese tipo facial que con tanta frecuencia menciona la Historia al referirse a tantos reyes y príncipes que, llevando sangre de este origen, reinaron en todos los países de Europa.



Fig. 44.—El príncipe Baltasar Carlos, hijo de Felipe IV y de Isabel de Borbón, hija de Enrique IV de Francia.



Fig. 45.—Doña Mariana de Austria, mujer de Felipe IV y madre de Carlos II el Hechizado.



Fig. 46.—Doña Margarita (la inspiradora del cuadro *Las Meninas*, de Velázquez), que casó con Leopoldo I de Alemania, a su vez muy prognático, como descendiente de la infanta española la emperatriz doña Mariana. Y así se ve transmitida esa característica fisonómica a sus hijos, de modo tan marcado como se ve en los retratos de sus descendientes, la gran María Teresa de Austria, sus hijos y nietos, hasta la interesante figura de Napoleón II, duque de Reichstadt, el infortunado *Aguilucho*, hijo del gran Napoleón.

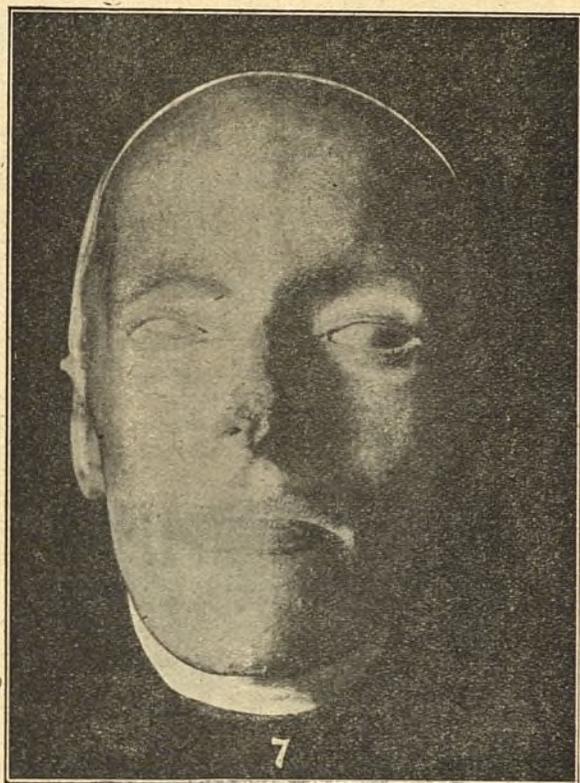


Fig. 47.—Mascarilla mortuoria del rey de Roma, duque de Reichstadt, hijo de Napoleón Bonaparte y María Luisa de Austria.

El prognatismo de Maximiliano no podía extinguirse en aquella familia, porque el emperador de Alemania, por su matrimonio, se unió con otra prognática como él, con María de Borgoña. Esta hija de Carlos *el Temerario*, descendiente por su abuela, Isabel de Portugal, de la casa real de Castilla, que como tal llevaba con la sangre de Constanza de Castilla, Beatriz de Castilla y Pedro I *el Cruel*, la tara del prognatismo castellano.

El caso del hijo de Napoleón I, de ese príncipe cuya corta vida forma una página tan breve como interesante en la historia de Francia, nos presenta un ejemplo probatorio de la influencia de la mujer en la transmisión hereditaria del prognatismo.

El *Aiglon*, rey de Roma, duque de Reichstadt, fué



Fig. 48.—Fernando VI de España, hijo de Felipe V y María Luisa de Saboya.



Fig. 49.—Carlos III de España, hijo de Felipe V y de Isabel de Farnesio.

prognático. Mirando a la fotografía de su mascarilla mortuoria, que existe en el Museo Carnavalet, de París, vemos bien definida la prominencia mandibular del *Aiglon*, lám. XLV, retrato.

Su padre, Napoleón I, hijo de padres plebeyos de Córcega, sin tara patológica, físicamente fuerte, de excepcional resistencia y de extraordinarias energías mentales, tuvo una fisonomía normal, con una mandíbula de dimensiones pequeñas; pero su hijo predomina la influencia materna, la de la emperatriz María Luisa, archiduquesa de Austria, que era prognática hereditaria. Al contemplar el vaciado en yeso de la cara, con la mandíbula prominente, del desdichado rey de Roma, se comprueba la existencia del tipo familiar, y estableciendo la genealogía de sus ascendientes por la línea materna, se ve cómo, a través de tantas generaciones, la influencia hereditaria llevó al hijo de Napoleón la característica teratológica de los reyes de Castilla. Compárese esa fisonomía con la del rey don Enrique de Trastámara y se verá el inmenso parecido de los trazos faciales.

Curioso ejemplo de transmisión hereditaria, el hecho de conservarse durante siglos la característica de un tipo familiar. La anomalía facial de Alfonso *el de las Navas*, que aparece ya en 1158, es la misma reflejada



Fig. 50.—Carlos VI, emperador de Alemania, el pretendiente de la guerra de sucesión, nieto de María Ana de España y padre de la gran María Teresa de Austria.

en el duque de Reichstadt a través de setecientos años. Y aún más ejemplos. Los trazos faciales de Alfonso VIII conservados hasta nuestros días.

Así vemos inmediatamente fijarse la característica esta

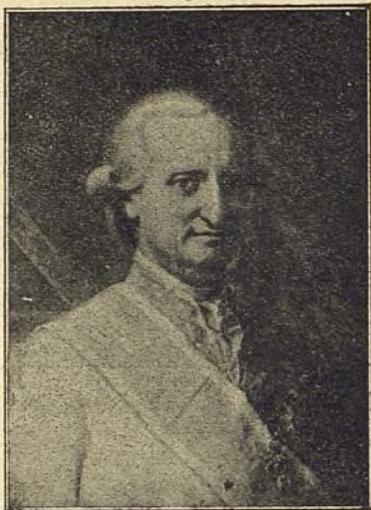


Fig. 51.—Carlos IV de España, hijo de Carlos III y de María Amalia de Sajonia, padre de Fernando VII.

en todos sus descendientes, en la primera generación, en el cuadro famoso de Strigel que representa a Maximiliano con su familia, existente en el Museo de Munich, y en el cual se admira al emperador, prognático, con sus hijos Felipe *el Hermoso* y doña Margarita, y su nieto Carlos V, todos con la mandíbula prominente, todos con el estigma castellano que ha de transmitir a las casas reinantes en Europa y que en posteriores generaciones vamos a encontrar en los Borbones, Médicis, Stuart, etc.

En ese matrimonio de Maximiliano, hijo de Leonor



Fig. 52.—Fernando VII, hijo de Carlos IV y María Luisa de Parma.

de Portugal, con María de Borgoña, nieta de Isabel de Portugal, vemos coincidir la influencia de la herencia teratológica por las dos ramas, ambas oriundas de Castilla, y correspondiendo a fecha muy anterior a su aparición en la casa de Habsburgo.

Ese es el mismo prognatismo de los miembros de la casa de Castilla en el siglo XIII, transmitido durante las generaciones de doscientos años, que llega en 1450 a la

casa de Austria y sigue después transmitiéndose con iguales caracteres a través de sucesivas generaciones durante cuatro siglos, hasta encontrarlo en el siglo XX en sus miembros descendientes.

Otra comprobación del origen castellano del prognatismo egregio nos la proporciona Brantome, el escritor francés contemporáneo a Francisco I, que en sus *Memorias* (página 157), relata que doña Leonor, reina de Francia, hija de doña Juana de Castilla, “pasando por Dijon, camino del Monasterio cartujo, adonde la reina se dirigía para hacer su retiro espiritual, visitó las tumbas de sus abuelos y tuvo el deseo de hacerlas abrir, como lo habían hecho otros reyes. Al hacerlo exclamó: “¡Ah!, yo creía que heredábamos nuestra boca de la casa de Austria; pero veo que nos la legó María de Borgoña, nuestra abuela, y otros duques de Borgoña, antepasados nuestros. Cuando vea al emperador (Car-



Fig. 53.—Don Carlos María Isidro, hermano de Fernando VII, pretendiente a la corona de España frente a Isabel II.

los V) mi hermano, se lo diré, y si no, se lo mandaré a decir...”

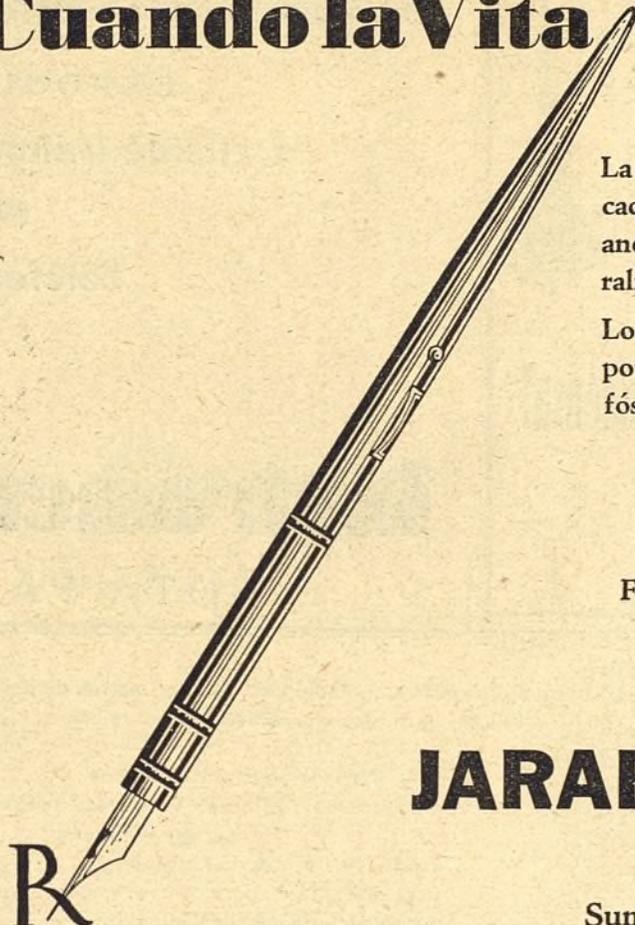
El caso de Napoleón II es un ejemplo tipo de prognatismo hereditario.

No ha de confundirse el prognatismo de los acromegálicos y de los gigantes, producido por una hiperfunción de la hipófisis, proceso accidental, con el prognatismo racial y con el hereditario de que nos venimos ocupando y al que, en mi concepto, no puede atribuírsele ningún origen endocrino.

Aquel va acompañado del aumento de tamaño de parte del esqueleto y de las partes blandas de las manos, pies y cara, signos que faltan en el prognatismo hereditario de los monarcas.

La clínica diaria odontológica nos da muy frecuentes ocasiones de observar esta anomalía, porque su corrección, por medios ortopédicos, forma parte de la práctica corriente de la Ortodoncia. Con la aplicación de fuerzas tenues, pero continuadas, que actúan ya sobre los dientes inferiores y su proceso alveolar, ya sobre el mentón y, por consecuencia, en la articulación temporomaxilar, con aparatos adecuados, se corrigen estas formas de la teratología dentaria, restituyendo la articulación normal y lo que suele importar más al cliente, la perfección del contorno facial. Por esta razón, constantemente vemos en nuestras clínicas prognáticos de todas edades, deseosos de someterse al tratamiento que les dé la perfección estética perdida por aquella anomalía,

Cuando la Vitalidad se Agota



La desmineralización causa muchos estados de caquexia, debilidad, mala-nutrición, neurastenia, anemia y otros estados de agotamiento. La remineralización es el único remedio.

Los ingredientes del Jarabe de Fellows son sodio, potasio, calcio, hierro y manganeso, junto con fósforo, quinina y estricnina.

Dosis: 1 cucharadita tres veces al día.

Muestras a petición

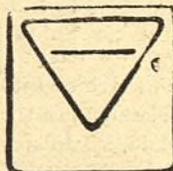
Fellows Medical Manufacturing Company, Inc.
26 Christopher Street, Nueva York, N. Y.

JARABE DE FELLOWS

DE HIPOFOSFITOS

Suministra los minerales esenciales

Lactéol del Dr BOUCARD

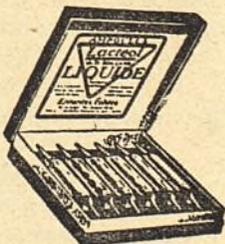


Lactéol del Dr BOUCARD
Comprimidos de bacilos lácticos

El **Lactéol del Dr BOUCARD** (Comprimidos de bacilos lácticos) realiza una desinfección intestinal rápida Enteritis, Diarreas, Infección y autointoxicación intestinal

Modo de emplearlo:

9 a 12 comprimidos al día, desleídos en un poco de agua azucarada antes de las comidas.



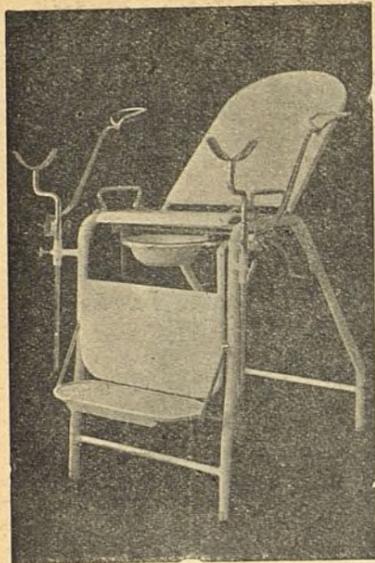
Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD
Ampollas de bacilos lácticos

El **Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD** (Ampollas de bacilos lácticos) se emplea para el tratamiento intensivo, Enteritis, Colitis y todos los trastornos de intoxicación y de infección intestinal.

Modo de usarlo:

2 a 4 ampollas por día, en un poco de agua azucarada

Muestras: R. SALA, París, 174 - Barcelona



Modelo 99.
Mesa especial para ginecología, modelo doctor Velasco, muy práctica y sólida. Pintada al Duco. Pesetas 475.

SOLICITEN
NUESTROS
CATALOGOS
GENERALES

DE
Mobiliario
E
Instrumental

INDUSTRIAL MÉDICA "DORIA"

EXPOSICIÓN Y OFICINAS:
Calle de Raimundo F. Villaverde, número 1
(Glorieta C. Caminos)
Teléfono 40699.-MADRID

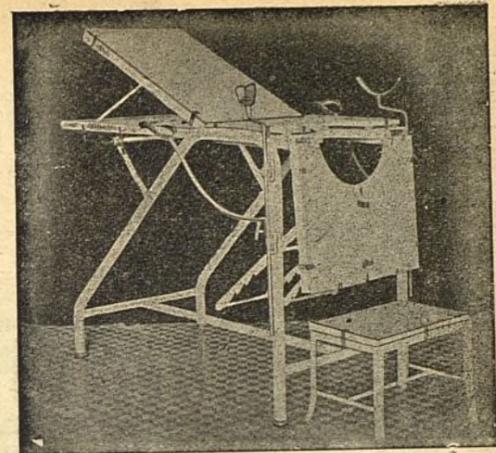
Instrumental de Cirugía

NOTA PARCIAL DE PRECIOS



Modelo 114.

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



Modelos 14 y 15.

Mod. 14.—Mesa de operaciones EUREKA construida en sólido tubo de hierro acerado con planos de luna. Grueso del asiento 15 mm. Con juego de horquillas y pedales. Lunas enteras. Ptas. 320.
Mod. 15.—La misma con lunas partidas. Ptas. 350.

	Pesetas.		Pesetas.		Pesetas.		Pesetas.
Abrebocas de Heister recto.....	24,50	Cuchillos para amputación, de 18 centímetros de hoja..	22,00	Imperdibles para vendajes, mediados; docena..	0,60	Mascarillas para cloroformo de Esmarch	0,60
— — curvo.....	27,00	Cuchilletes para ojos lanceolares, clase superior.....	10,00	— — grandes —	0,75	— — de Schimmelbusch	15,00
Agujas para sutura ojo corriente curvas y semicurvas..	0,50	— — Grafe	10,00	Fórceps para partos, de Naegele.....	60,00	Oscilómetro de Pachon, último modelo.....	350,00
— — resorte —	0,60	— — párpados rectos y convexos.....	10,00	— — de Tarnier, marca Esculape....	98,00	Pelvímetro de Collin.....	38,00
— — de Reverdin mango fijo.....	26,00	Cucharillas para resección dobles de Wolkman de 13 cm.	6,50	Fonendoscopios Bianchy, modelo corriente.....	25,00	Pinzas de Pean, articulación corriente.....	4,60
— — inyecciones de acero de 25x6x10; docena	2,25	— — con mango Wolkman	10,50	— — reformado.....	30,00	— — Collin	4,85
— — 25x8x10 —	2,50	— — uterinas cortantes de Recamier.....	14,50	— — graduado.....	35,00	Pinzas de Kocher, articulación corriente.....	5,75
— — 50x8x10 —	3,75	— — para placenta y aborto roma.....	32,00	Guantes de goma, clase buena.....	3,50	— — Collin.....	6,00
— — de níquel puro Err-Eff de		— — para vegetaciones, de Gottstein.....	15,00	— — fuerte, superior.	4,50	— uterinas rectas.....	12,50
— — 25x6x10; docena.....	9,00	Dediles de goma para reconocimiento; docena.	1,10	— — roja, de Chaput.....	14,00	— — curvas.....	13,50
— — de níquel puro Err-Eff de		— — de Legue, de un dedo.....	2,50	— — gris, —	14,00	— tiralenguas de Esmarch.....	12,50
— — 25x8x10; docena.....	9,00	— — de dos dedos.....	3,25	Jeringas sistema Luer, todo cristal, de 2 c. c.....	1,10	— — de Mathieu.....	17,50
— — de níquel puro Err-Eff de		Depresores de lengua, de Tobold, mango fijo	11,70	— — de 3 —	1,35	— acodadas para oído	4,80
— — 50x8x10; docena.....	15,00	— — de metal, dobles fijos.....	5,00	— — de 5 —	1,85	— para nariz.....	7,50
Albuminómetros de Esbach en estuche de madera....	2,50	— — de cristal.....	2,35	— — de 10 —	2,85	— Roault para amígdalas.....	50,00
Amigdalotomos de Mathieu con tres anillas.....	30,00	Dilatadores uterinos de Sims, de tres ramas.....	56,00	— — de 20 —	3,90	— de disección de 11 1/2 centímetros	3,25
Aspiradores de Potain, completos, en estuche fino y		Espécúmulos vaginales de Ferguson.	7,50	— — de 30 —	7,00	— — de 13 —	3,75
frasco de 500 gramos.....	95,00	— — de Cusco.....	20,00	— — de 50 —	14,00	— — de 13 — con dientes..	4,50
Basiotribos de Tarnier, último modelo	190,00	— — para oído, juego de tres	4,40	— — de 100 —	17,00	— de Mousseaux, para útero.....	21,50
Bisturíes mango de metal articulados a pivot	5,50	— — para nariz, de Duplay	8,00	Jeringas sistema Luer, descentradas de 3 —	2,00	— de Seroheder, — cuatro ganchos.....	16,50
— — fijos, clase superior	6,50	Escarificador para ventosas de 6 lancetas.....	26,00	— — de 5 —	2,50	— Poartaagujas de Mathieu.....	20,50
Caja para intubación laríngea, en metal niquelado, con		— — de 10 —	30,00	— — de 10 —	3,50	— — de Hagedorns.....	41,60
seis tubos dorados modelo Bayeus.....	250,00	Estiletes de metal doble oliva.....	0,80	— — de 20 —	4,50	Portaalgodones laríngeos.....	0,90
Carteras de piel para instrumentos de dos cuerpos....	9,50	— — con ojal.....	1,00	— — de 50 —	16,00	Serras de arco pequeñas.....	44,20
— — de tres —	13,50	Espátulas de metal dobles	3,25	— — de 100 —	19,00	— — medianas.....	48,10
— — de cuatro —	17,00	— — con elevador.....	3,00	Jeringas sistema Luer, cuadradas de 2 —	3,00	— — grande	52,75
— — triangular para bolsillo	2,25	Esfigmotensiófono de Boullite Korotkow.....	145,00	— — de 3 —	4,00	Separadores dobles de Farabeuf	7,80
Cánulas uretrales de cristal S. M. doble corriente	0,75	Espejos laríngeos sin mango	2,25	— — de 5 —	5,00	Sondas de Nélaton, marca de Delamotte.....	1,50
— — Tuffier	1,25	Mangos de metal para los anteriores.....	2,25	— — de 10 —	7,00	— — cilíndricas — Eynard.....	2,50
— — Janet.....	0,65	Espejos frontales con banda de cinta 100 milímetros..	29,00	— — de 20 —	9,00	— — acodadas —	3,75
— — vaginales S. M. metálicas	20,00	— — de aluminio Simal 100 —	35,00	Jeringas curación, cristal y metal, de 50 gramos.....	34,00	— — metálicas, juego de tres.....	14,50
— — de cristal curvas.....	0,60	— — de fibra Jetter 100 —	35,00	— — de 100 —	42,00	— — acanaladas	1,40
— — doble corriente con protector de porcelana.....	4,50	Estetoscopos de madera articulados.....	2,75	— — de 150 —	48,00	Termómetros clínicos, prismáticos corrientes.....	2,75
Catéteres de Guyón, metálicos, números del 24 al 40		— — fijos.....	2,50	Jeringas para curación, todo metal, de 50 gramos... ..	32,00	— — marca Hicks.....	6,50
(alemanes), a.....	7,00	— — articulados de tres piezas.....	9,50	— — de 100 —	40,00	Tijeras rectas, articulación, Collin, 11 1/2 centímetros..	5,85
— — números del 41 al 60		— — de madera, modelo Pinard.. ..	6,00	— — de 150 —	52,00	— — curvas, — 11 1/2 — ..	6,40
(alemanes), a.	9,00	Estuches de metal de 2 c. c. ovales.....	1,10	Lancetas para sangría, metálicas.....	3,00	— — 13 — ..	6,25
Cloroformizador de Esmarch, completo, en estuche de		— — de 3 —	2,25	— — vacuna —	3,00	— — 13 — ..	6,70
piel.....	40,00	— — de 5 —	3,25	— — apostemera —	3,00	Trócares, juegos de cuatro usos.....	18,50
Costotomos de Collin (pico de loro).....	28,00	— — de 10 —	4,60	Martillos para percusión, modelo pequeño.....	9,00	— — de punción lumbar.....	3,25
Cuchillos para amputación, de 13 centímetros de hoja..	18,50	— — de 20 —	5,25	— — grande	10,50	Valvas de Sims, dobles.....	22,50
— — de 16 —	20,50	Histerómetros de Sims, graduados	7,00	— — redondo con aro de goma... ..	10,00	— — de Doyen, varios tamaños.....	26,50
		Imperdibles para vendajes, pequeños; docena.....	0,50	Microfonendoscopios, con estuche piel.....	11,70	Ventosas de cristal, en estuche de madera, con tres	
						vasos, bomba metálica y alargadera.....	45,50

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

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

Lipiodol
 Radiológico

Acelite Vegetal y Yodo puro

del Doctor LAFAY

“ASCENDIENTE” Y “DESCENDIENTE”

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

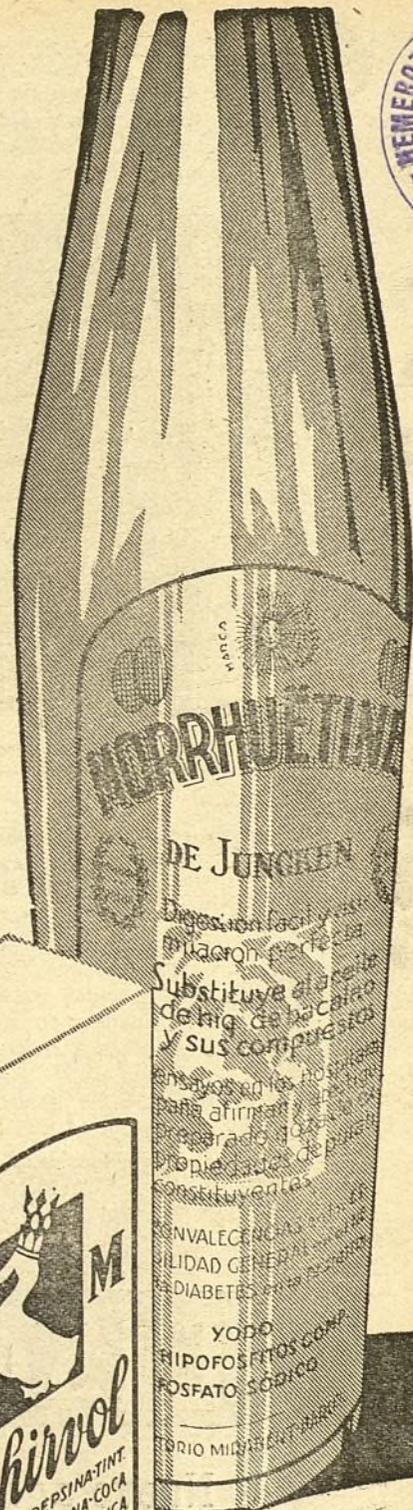
Concesionarios Generales para la Exportación:
LECZINSKI & C^o,
 67, Rue de la Victoire
 Paris.

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



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

LABORATORIO
MIRABENT
BARCELONA



MORRHUETINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA
Y DE LA PUBERTAD.

JUNGKEN

MEDICACIÓN YODADA
POR EXCELENCIA.

SE USA TODO EL AÑO = SABOR GRATÍSIMO = TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

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

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS

Eficaz e inocuo tratamiento



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

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

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

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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

BISMUTHOÏDOL

(Bismuto coloidal)

Nuevo agente contra la SÍFILIS

EN AMPOLLAS: Solución acuosa

Sin dolor

LABORATORIOS M^{ce} ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Depositaros para España: GIMENEZ-SALINAS y C.^a, Sagués, 2 y 4. — Barcelona. (S. G.)



Fig. 54.—Fernando VII, viejo, padre de Isabel II y abuelo de Alfonso XII, esposo de María Cristina de Habsburgo-Lorena, padres de Alfonso XIII.

Durante mi práctica de cuarenta años he visto muchos y he corregido, o modificado al menos, numerosos casos de prognatismo, y no recuerdo de un sólo en que éste coincidiese con signos de neuropatías ni indicios de degeneración. Siempre se trató de individuos normales.

Tengo en mis notas la de una familia en la que, en tres generaciones, encontré la misma anomalía, transmitida por la madre y por las hijas, y todos los prognáticos que figuran en el cuadro genealógico son personas excepcionalmente bien constituídas.

En cambio, hemos llevado nuestra observación a hospitales y sanatorios, sitios donde se encuentran alcohólicos y epilépticos, cárceles y manicomios, centros de presumible convergencia de neuróticos y degenerados, sin encontrar ni un solo ejemplo de facies prognática. Autoridad tan eminente como nuestro sabio académico, el Dr. Maestre, no ha logrado tampoco proporcionarme un ejemplo.

Visitando con este objeto los manicomios de Conje, de San Baudilio de Llobregat, Cádiz y Leganés, en España, y Rochester y Poughkeepsy, en Norteamérica, he visto muchos centenares de alienados de todas

clases, con la rara casualidad; dado el número de los observados, de no hallar un solo prognático.

Volviendo a la iconografía como fuente de información, encontramos en los retratos que figuran en la Historia múltiples ejemplos de esta anomalía en personas que nadie pudiera llamar degenerados: Marco Antonio, Cristóbal Colón, Hernán Cortés, Erasmo, Juan Luis Vives, Voltaire, Wágner, Haydn, Beethoven, Mirabeau, Franklyn, etc.

BIBLIOGRAFIA (1)

LA INTOXICACIÓN POR EL ÓXIDO DE CARBONO Y MEDIO DE EVITARLA Y COMBATIRLA, por Juan Sánchez Arboledas. Imprenta Juan Bravo. Madrid, 1933. Precio: 4 pesetas.

Es esta obra, contra lo que pudiera parecer de su lectura detenida, de un ingeniero de minas y no de un médico, pero se ve que éste, si no por los caminos de la oficia-

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

lidad, se ha internado por los del dilectantismo de nuestra bella rama y ha logrado alcanzar frutos sazonados; muestra de ellas, la obrita que acabamos de leer.

Trata de modo acertadísimo el capítulo dedicado a los manantiales de óxido; más adelante y cual certero clínico lo hace de los procesos de intoxicación y sus fases; se convierte luego en terapeuta, al desarrollar el capítulo a ésta dedicado, poniendo de manifiesto los últimos modernos procedimientos de que la Ciencia dispone para combatir esta intoxicación. Acaba la obra dedicando un capítulo a los avisadores y su modo de empleo. La obra avalora su utilidad con una serie de gráficas, dibujos y fotografías que la harán ser de primera necesidad en la biblioteca de todos aquellos médicos que ejerzan en minas y fábricas donde se manipule tan mortífero gas.

H. S.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

G. Stirpe. LA COLESTERINEMIA EN LAS FORMAS CLÍNICAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR. SU VALOR PRONÓSTICO.—Son pocas las cuestiones que han motivado tanto interés en Medicina como el metabolismo de los lípidos en la tuberculosis pulmonar. Las grasas neutras y los ácidos grasos han sido dosificados en la sangre de los tuberculosos para conocer sus modificaciones; ha sido investigada la relación colesteroína-lectina y colesteroína-ácidos grasos; igualmente de los ácidos grasos de la sangre en el curso de la infección tuberculosa del pulmón y en las diversas formas clínicas de la misma tuberculosis. Son muy diversos los datos hallados y las opiniones emitidas.

Hemos estudiado el comportamiento de la colesteroína en un total de 39 enfermos de tuberculosis pulmonar de forma anatomo-clínica diversa, de evolución aguda a subaguda y crónica, sin encontrar correspondencia entre la forma anatomo-clínica de tuberculosis pulmonar y el valor de la concentración de la colesteroína en el suero, ni tampoco con la evolución clínica de cada caso. Este factor no tiene valor pronóstico. (*Rivista Ospedaliera*. Roma, noviembre 1930. Año XX, vol. XX, núm. 11, pág. 375).—M. A. C.

R. Soupault. INDICACIONES Y RESULTADOS DE LAS INYECCIONES INTRA-RECTALES DE SUERO SALADO HIPERTÓNICO.—Es general el empleo del suero salado hipertónico por vía intravenosa en casos graves de oclusión intestinal.

Desde la iniciación de este terapéutica pensamos que sus resultados no estaban ligados al restablecimiento del equilibrio humoral para el cloruro de sodio. Admitamos una acción específica del cloruro de sodio sobre el peristaltismo intestinal.

Hipótesis que comprobamos en el primer caso de oclusión intestinal que llegó a nuestras manos: Mujer obesa; litiasis vesicular; después de colecistectomía presenta íleo paralítico muy prolongado, y a los tres días gran molestia abdominal por acumulación de gases intestinales y dificultad respiratoria; agitación y pulso rápido. Es cuando empleamos por vía rectal suero hipersalado; cinco ampollas de 10 c. c. de solución hiperclorurada sódica al 15 por 100, o sea, 50 c. c. conteniendo 7,5 gramos de sal; efecto casi inmediato; pocos minutos después, abundante salida de gases, que fué el preludio de la evacuación de materias que, espontáneamente, se efectúa en veinticuatro horas.

Son varios casos los que integran nuestra estadística.

En la actualidad es aceptado utilizar este método, muy sencillo, al alcance de todas las fortunas y constituye, aun en situaciones graves, un recurso precioso.

Basta instilar en recto, mediante sonda, 100 c. c. de solución hipertónica de cloruro sódico al 10 por 100; no precisa esterilización. (*Paris Medical*. 14 febrero 1931. Año 21. Núm. 7, pág. 154).—M. A. C.

C. Riebelin. TRATAMIENTO DE LAS HIPERTENSIONES TRANSITORIAS DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIO.—La presión del l. c. r. depende de la presión arterial y de la presión osmótica intravascular. Este hecho, comprobado por muchos experimentadores, ha sido fecundo en aplicaciones terapéuticas. Muchos cirujanos hacen inyecciones intravenosas de líquidos hipertónicos antes de intervenir en el cerebro, a fin de evitar los prolapsos de éste, o por lo menos reducirlos al minimum posible. Asimismo se han utilizado las inyecciones intravenosas hipertónicas para disminuir las molestias de los enfermos de tumor cerebral.

La antigua y acreditada terapia del estado epiléptico con sangrías, y más tarde con sangría y punción lumbar, vuelve a adquirir importancia y se explica fácilmente, teniendo en cuenta lo antes dicho. Con la sangría no eliminamos tóxicos, como se creía antes; no se trata en el estado epiléptico de una acumulación de venenos que el individuo no puede eliminar. Lo que sí se consigue con la sangría es disminuir transitoriamente la presión del l. c. r.

Son muchos los autores que admiten la hipertensión del l. c. r. durante los ataques epilépticos y, en general, durante los ataques convulsivos; y si es cierto que en ellos falta el éxtasis papilar, se debe a que este éxtasis sólo se presenta en las hipertensiones crónicas, tal vez porque en su génesis intervengan algunos otros factores.

Los resultados obtenidos con las sangrías y punciones lumbares parecen confirmar la existencia de hipertensión del l. c. r. durante el ataque, y tal vez el que esta hipertensión sea primitiva e incluso causa desencadenante. Frente a un enfermo en estado epiléptico comenzamos por practicar una sangría de 200 a 300 cm. c. y una punción lumbar que dé salida a 60 cm. c. del l. c. r. Casi siempre, durante la punción o a poco de ella, disminuyen o cesan las convulsiones. Por último, inyectamos intravenosamente 50 cm. c. de una disolución de glucosa al 40-50 por 100. La inyección de líquido hipertónico disminuye todavía más la hipertensión intracraneana y, además, tiene un efecto diurético y desintoxicante de gran eficacia. El autor dice no haber perdido ningún enfermo en estado epiléptico desde que utiliza esta terapia.

Las disminuciones patológicas de presión del l. c. r. se modifican también por vía intravascular, mediante las inyecciones de disolución fisiológica de cloruro de sodio. Estas deben utilizarse siempre cuando, con objeto de hacer encefalografías, se subtrae casi todo el l. c. r. y se substituye con aire. Con ello se acorta el período de sensaciones desagradables y, a veces, de síntomas peligrosos, tan frecuentes en estos casos. El verdadero tratamiento de la hipotensión intracraneana sería la inyección de agua destilada; pero esto tiene otras desventajas, por lo que es preferible huir de las disoluciones hipotónicas y conformarse con inyectar grandes cantidades de disoluciones isotónicas (1.000-1.200 cm. c. de disolución fisiológica de cloruro de sodio por vía subcutánea). (*Munch. med. Woch.*, número 10, 1933).—F. G. D.

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan. — Carta abierta: ¡Arriba las manos, señor Noguera!, por F. J. Cortezo. — La ley de accidentes del trabajo en relación con los médicos, por Santiago Fernandez de Velasco. — Sección oficial. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas. — Vacantes. — Reglamento de la ley de accidentes del trabajo en la industria. — Tertulia Médica. — Anuncios.

BOLETIN DE LA SEMANA

El Dr. Cortezo, enfermo. — Mateo Orfila, figura de actualidad.

La salud de nuestro querido Director, D. Carlos M.^a Cortezo, atraviesa en estos días una grave crisis. A consecuencia de un incidente gástrico, que aparecía sin importancia notoria, se ha venido acusando de día en día una situación de déficit funcional urinario que en estos últimos ha acentuado la severidad del pronóstico. Confiamos que la proverbial fortaleza del ilustré enfermo, amparada de los solícitos cuidados de los Dres. Avelino Benavente, Huertas y Barrero, Blanc Fortocín y Pulido, a quienes acompañan en la asistencia los Dres. Emilio Luengo y Fernández Martín, confiamos, decimos, venga el estado amenazador que nos mantiene en alarma justificada.

Agradecemos desde aquí el interés manifestado tan cordialmente por cuantos conocen la situación de salud del Dr. Cortezo, y unimos los nuestros a sus votos fervorosos por que pronto se disipe la gravedad que ensombrece las horas de todos en esta casa.

* * *

El Presidente de la República francesa, acompañado del Gobierno, ha presidido en la Facultad de Medicina de París la solemne sesión celebrada con motivo del centenario de la fundación de la Sociedad de Médicos del Sena, llamada en su principio Association de Prevoyance des Medécins de la Seine y que, luego de haber muerto a manos de la revolución, por la ley de Chapelier (1791), la constitución gremial francesa vino a ser el lazo de unión histórico entre los antiguos gremios médicos y la Asociación general de Médicos franceses que Rayer y Latour fundaron en 1856 y de donde arranca la constitución del sindicalismo médico francés, que en los días que corremos es uno de los más poderosos afiliados

de la Asociación profesional internacional de médicos.

Con motivo de dicha celebración ha pasado a primer plano de actualidad la figura de Orfila y el recuerdo de su obra. La vida de Mateo José Buena-ventura Orfila está llena de encantos y de ejemplaridad para su lectura y meditación por los médicos. No queremos entregarnos a la fácil tarea de verter aquí lo que puede consultarse en cualquiera buena enciclopedia, pero sí queremos insistir en el consejo de que se lea la vida de Orfila. Además, nos toca a nosotros un especial señalamiento con este motivo. Entre la desaparición de los gremios españoles y la actual asociación de nuestros coprofesionales, tan difusa, profusa y confusa, tuvimos una gran figura nacional, otro Orfila que laboró en España por la asociación médica; fué el glorioso Mariano Delgrás, a quien se debe a la par la creación del serio-periodismo médico. Algún día no lejano hemos de proponernos el que se rinda a esa gran figura nacional el testimonio de recuerdo y homenaje semejante al que Francia ha sabido rendir a Orfila señalando su origen extranjero. Ahora que tan de moda se halla el hablar de los metecos, conviene recordar a muchos cómo actuó el meteco Orfila al través de los años más convulsionados de la política francesa, dejando que su ambición, o el mal consejo de sus amigos, le arrastrara a un cacicato político-profesional que le ocasionó gravísimos disgustos en 1848.

La obra científica y social de Orfila fué grande y provechosa para Francia, y si Orfila se vió separado del Consejo de Hospitales y del decanato de la Facultad de Medicina, donde había trabajado con tanto fruto para la enseñanza, sólo fué por olvidarse de su condición y actuar políticamente.

¡Historia, Historia, maestra de la vida!

DECIO CARLAN



El Prof. Aguilar después, de serle impuesta la medalla de Académico de número, acompañado de los directivos de la Nacional de Medicina.

Carta abierta

¡Arriba las manos, señor Noguera!

Sr. D. E. Noguera.

Muy señor mío: En el número último de la revista "Gaceta Médica Española" publicaba usted una carta abierta dirigida al señor Director de EL SIGLO MÉDICO, emplazándola bajo la tonante admonición de *¡Alto ahí, señor Cortezo!*

Como el estado de salud del señor Cortezo no permite que se ocupe en ninguna actividad estos días, y en atención a su última carta, en que me apremia a mí personalmente, me creo autorizado a contestar a usted, ya que usted no repudia mi autoridad como redactor-jefe de EL SIGLO.

Vaya, pues, en respuesta del *¡Alto ahí!* este *¡Arriba las manos!*..., y estamos en paz.

Por otra parte, la contestación es tan sencilla que no merece aguardar usted a que don Carlos mejore. Así Dios lo quiera.

Señor Noguera: Lamentamos profundamente que usted pretenda encauzar *personalizado* un asunto que no lo fué por nosotros en ningún momento. Puedo asegurarle que no le seguiremos por ese camino. Hace muchos años que tenemos el hábito de no dejarnos conducir por nadie. *¡Maniobras, no!* En nuestro escrito hemos comentado ciertas actitudes y decisiones de la Prensa asociada frente a la ilbre; pero no hemos intentado ni remotamente atacar honorabilidades personales de nadie ni hemos hablado de *ingresos inconfesables*, sino de cosa muy distinta de alcance y con un criterio propio tan respetable como cualquiera.

Ignoro el tiempo que usted llevará ocupándose de periodismo; pero yo, desde los catorce años, y sumo ya cuarenta y tres, trabajo en la Prensa, y ya es hora de que sepa escribir lo que escribo y entender lo que leo.

Nuestro Boletín del número 4.145 está claro, de toda claridad, y lo que en él decimos, *lo que en él decimos*, señor Noguera; lo que en él decimos y no lo que usted pretende que allí se dice, o mejor aún, la forma en que a usted le parece oportuno interpretarlo, con sinceridad o sin ella, que eso no me incumbe; *lo que en él decimos*, señor Noguera, no necesita aclaración ni permite rectificación alguna por la sencilla causa de su verdad, pura, limpia, clara, transparente y notoriamente conocida.

Esto es todo.

Lo que en el Boletín se dice bien claro está que es nuestro criterio en tales asuntos. Lo que usted entienda

o pretenda entender en él, eso es cosa suya personal; pero nuestra, de ningún modo, señor Noguera.

Y voy a terminar, porque así me lo ha rogado quien es parte interesada en ello, haciéndole a usted una rotal afirmación: ni en la propiedad de EL SIGLO MÉDICO, ni en la dirección de EL SIGLO MÉDICO ha intervenido *nunca* el conocido corresponsal del "The Journal of the American Medical Association", de manera que todo eso que usted dice podía haberse ahorrado decirlo.

Respecto al patriotismo de cada uno, temo que ni usted ni yo resultaríamos en la actualidad jueces hábiles para sentenciarle, así que...

...ai posteri Várdua sententia.

Le estimaré en lo sucesivo que cuando usted requiera, como ahora, *a mi caballerosidad*, no se deje arrastrar a tonos improcedentes, porque desde luego ello pondría punto a todo diálogo en tanto usted no rectificara su actitud.

Queda suyo atento,

F. J. CORTEZO

La ley de accidentes del trabajo en relación con los médicos

El médico, como el abogado, sacerdote, ingeniero, etcétera, "a priori", se hizo médico para poder resolver, en más o en menos, el problema material de la vida, pero el médico como el abogado, sacerdote, ingeniero, etcétera, una vez en posesión de su título o ministerio, la mayoría de ellos se olvidan del fin que persiguieren al pensar en adquirir sus respectivas profesiones, para dedicarse de lleno al bien moral o material de sus semejantes. Es decir: que el médico, como el abogado, sacerdote, ingeniero, etc., no piensan en sí mismos, sino que se dedican exclusivamente al prójimo.

En contraposición de esto y como pago de esta abnegación, en muchas ocasiones ese prójimo, que constituye la sociedad en que se desenvuelven las actividades del médico, abogado, sacerdote, ingeniero, etc., sólo piensa en ver la manera o modo de burlar la correspondencia a los servicios prestados.

Digo esto a propósito de lo que ocurre con la mayoría de los médicos rurales al dar cumplimiento a la ley de Accidentes del trabajo, y a quienes, a fin de ponerlos en guardia, evitando en lo posible que sean sorprendidos

Remineralización

OPOCALCIUM

del Doctor Guersant

IRRADIADO (con ergosterina irradiada)
sellos, comprimidos, granulado.

SENCILLO: sellos, comprimidos, granulado.

Guaycolado: sellos.

Arseniado: sellos.

Laboratorios
A. RANSON
Doctor en Farmacia,
121 Ave Gambetta
PARIS (XX^e)

Representante general
para **ESPAÑA**:
MIGUEL SOLER ELIAS
Muntaner 191
BARCELONA

VEINTE PEPTONAS DIFERENTES

+
HIPOSULFITO DE MAGNESIO Y DE SOSA

+
SALES HALOGENAS DE MAGNESIO

ANACLASINE

RANSON

**DESENSIBILIZACION
ESTADOS HEPATICOS**

LABORATORIOS A. RANSON
DOCTOR EN FARMACIA
121, AV^e GAMBETTA, PARIS

**COMPRIMIDOS
GRANULAR**

Representante general para **ESPAÑA**: **MIGUEL SOLER ELIAS**, Muntaner. 191, **BARCELONA**



SPASMOSÉDINE

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

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardiacos especializados
P A R I S

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

METODO CITOFILÁCTICO DEL PROFESOR P. DELBET

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

DELBIASE

Comprimidos de Sales halogenas de
MAGNESIO

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL
POR HYPERMINERALIZACION
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

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

PRINCIPALES INDICACIONES :

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

LESIONES DEL TIPO PRECANCEROSO
PROFILAXIA DEL CÁNCER

DOSIS . 2 a 4 comprimidos cada mañana en un medio vaso de agua

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

Muestra medical sobre pedido.

Muestra y Literatura : A. SERRA PAMIES S. A., Apartado 26,



Alimento fisiológico completo

Vino de Vial

Quina, carne,
lacto-fosfato de cal

Rigurosamente dosificado
y asimilable, reúne todos los
principios activos
del fosfato de cal, de la quina
y de la carne

Es el reconstituyente más
enérgico en los casos de
desnutrición y de disminu-
ción de los fosfatos cálcicos.

De venta en todas las farmacias.

Depositario general para España:

D. ANTONIO SERRA

Apartado 26, Reus (Tarragona)

= BARACHOL =

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

LABORATORIOS FAUS. — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

Ayuntamiento de Madrid

a la vez que perjudicados en sus intereses, van dirigiéndose estas mal hilvanadas líneas.

Parece ser que hay Sociedades o Empresas dedicadas al cumplimiento de la citada ley, y a cuyo fin, nombrándolos, ofrecen a los titulares o médicos rurales equis pesetas—siempre pocas—por cada accidente y tratamiento que puedan ocurrir en sus distritos o partidos médicos.

Hasta aquí, como se ve, nada hay de particular, por cuanto todo se reduce a que al interesado le convenga o no el contrato, aceptándolo o no; pero lo tendrá, y muy grande, desde el momento que se tenga en cuenta lo que dice el artículo 59 del reglamento para la aplicación de la ley, y que es como sigue:

“Art. 59. Cuando el médico o el farmacéutico presen al obrero determinados servicios que estuviesen obligados a prestarles, ya porque dicho obrero pertenezca a la Beneficencia municipal, ya por haberlo pagado según el sistema de “iguales”, el interesado o el médico lo declarará así a la entidad aseguradora, y en este caso, si ésta retribuyere a los facultativos por servicios y no a tanto alzado, la cantidad asignada por dicho servicio servirá para aumentar la indemnización.”

Como se ve y se podrá apreciar leyendo detenidamente dicho artículo, en los partidos de un solo médico éste no cobrará por los accidentes que tenga en su partido, por cuanto hay que suponer que todos sean iguales del médico o incluidos en la titular.

De donde se deduce que la protección que encontramos en el Estado o Poderes públicos es nula, por cuanto a costa nuestra implanta un servicio del cual el médico no sacará más que responsabilidades; y a eso, francamente, entendemos no hay derecho.

Claro es que el servicio no nos parece mal, aun cuando también creemos que dentro del citado artículo hay medio de evitar el estado de cosas que lamentamos, como es el de que las Compañías aseguradoras paguen a los médicos no por servicios, sino por un tanto alzado.

Nada más. Mi propósito, que es, como digo más arriba, el de llamar la atención de los compañeros, está cumplido. Que cada cual obre en consecuencia, si bien entendemos que la clase tiene representantes que la guiarán y asesorarán convenientemente.

SANTIAGO FERNÁNDEZ DE VELASCO

SECCION OFICIAL

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes

ORDEN

La ley de Accidentes del Trabajo de 8 de octubre de 1932 y el Reglamento para su aplicación de 31 de enero de 1933, al crear la Clínica del Trabajo y demás servicios anejos a la Caja Nacional de Seguros de Accidentes del Trabajo, ha restado al Instituto de Reeducación profesional una parte de las funciones que le estaban atribuidas por el decreto de 18 de mayo de 1931: la de readaptación de lesionados en accidentes del trabajo, dejando reducidas sus actividades a la función meramente reeducativa de los inválidos, o sea, de los absolutamente inaptos para su oficio, por no ser susceptibles de readaptación.

Mas como quiera que aquella ley reconoce a estos inválidos el derecho a una pensión vitalicia para eximirles de la angustiosa preocupación del subsistir, desaparece la finalidad legal—no la vital—de reeducación encomendada al Instituto. Legalmente, pues, sólo restaba a esta Institución como fin, la de albergar a

los obreros cuyo grado de invalidez hiciera imposible su reeducación.

Parece obligado, por consiguiente, imprimir al Instituto de Reeducación nuevas posibilidades, modificando su estructura y, aunque sobre una misma base científica, orientarle hacia nuevos objetivos, igualmente amplios y eficaces, haciendo extensivo el principio mismo de la reeducación a los inválidos de todo orden, es decir, a las víctimas de enfermedades o efectos congénitos, o a los de accidentes no comprendidos en la ley de 8 de octubre de 1932. El Instituto quedará así convertido en clínica, residencia eventual y escuela de recuperación de lisiados, baldados, paralíticos, tullidos, deformes; en una palabra, de todos los desgraciados por mutilaciones, anomalías y lesiones de sus miembros o tronco, que les priven de la movilidad normal y les inhabiliten para las actividades corrientes de la vida.

Esta asistencia a los lisiados, baldados y paralíticos está reconocida como una obligación estatal en todos los países civilizados, y el nuestro, en este aspecto, fué hasta ahora una bochornosa excepción. Precisa instituir en España una organización central, base y modelo de otros organismos filiales para el tratamiento y reeducación de los incapacitados físicamente para caminar, moverse y trabajar, cuyo número excederá, de seguro, al de ciegos, sordomudos o deficientes mentales, para cuya asistencia funcionan eficazmente Institutos especiales. No los hay para los baldados, y, sin embargo, la labor de reeducación de estos últimos es la más compensadora, la más remuneradora de todas las que pueden realizarse en favor de las víctimas de graves incapacidades físicas o de la mente, ya que los cojos, mancos, paralíticos o corcovados tienen casi siempre una mente normal y aun notoriamente despejada, pero que no ha podido desarrollarse en cauces de normalidad, por la especial situación en que su defecto les coloca frente a la sociedad. Por una serie de circunstancias, estos desgraciados, al verse abandonados por estimárseles elementos esencialmente incapaces de realizar obra fecunda, reaccionan a menudo, psicológicamente, con odio; mas con el tratamiento pedagógico que proponemos, aspiramos a dotarles de confianza en sí mismos al dotarles de medios de lucha en la vida.

Así se explica cómo los Institutos de reeducación creados en distintos países, como secuela de la gran guerra, se han ido transformando poco a poco en Institutos para lisiados, donde se atiende de preferencia a los niños y jóvenes. En Alemania y en Inglaterra, especialmente, los hogares e Institutos para niños inválidos ocupan hoy la mayoría de los edificios antes dedicados a los lisiados de guerra y a los inválidos del trabajo. Las Asociaciones para la protección de niños se multiplican por doquier y tienen una vida muy activa. En cambio, una gran Sociedad benéfica que se fundó a raíz de la guerra en Berlín para acogida de todos los inválidos de guerra y del trabajo, que rodaban vergonzosamente por las calles, ha tenido que disolverse ante las resistencias de todo orden que a esta labor benéfica se le han opuesto.

El Instituto de Vista Alegre se encuentra en las mejores condiciones para realizar esta benemérita labor por su conveniente emplazamiento cerca de la capital de la República—pero fuera de su casco urbano—, por su doble carácter de clínica y residencia, por sus excelentes talleres, por su no menos excelente personal y por poseer, en suma, una organización a la vez médica, administrativa y docente perfectamente adaptable, a la reeducación de lisiados sin distinción de edad ni sexo. Acaso de la organización actual sea conveniente que se aspire a que desaparezca, en un futuro próximo, la vecindad de enfermos incurables, tan perjudicial para enfermos que precisan de largos tratamientos y de una gran fuerza

de voluntad para curarse; por lo menos, será necesario oponerse de ahora en adelante a la admisión de nuevos acogidos de este tipo, para dar preferencia al inválido recuperable.

Fundado en tales consideraciones, de acuerdo con el Consejo de Ministros y a propuesta del de Instrucción pública y Bellas Artes.

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º El Instituto de Reeducción profesional organizado por decreto de 18 de mayo de 1931 y reorganizado por el de 1.º de julio de 1932, se denominará en lo sucesivo "Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos" y desarrollará las actividades y servicios que se mencionan a continuación:

a) Tratamiento médico con finalidad reeducativa de todos los afectados por mutilaciones, anomalías o lesiones de los miembros o del tronco que les priven de la movilidad normal y les inhabiliten para las actividades normales de la vida, sea cualquiera la causa de tales impedimentos físicos y la edad y sexo de los que los padezcan, excepción hecha de los comprendidos en la ley de Accidentes del Trabajo de 8 de octubre de 1932.

b) Régimen pedagógico de especiales modalidades didácticas, que comprenda a todos los acogidos, estableciéndose al efecto una Escuela dividida en las necesarias secciones, donde todos, niños y adultos, reciban la necesaria educación y la instrucción especializada de acuerdo con sus aptitudes físicas y su disposición mental.

c) Formación profesional o técnica, para la que existirá la Escuela de Reeducción fundacional, donde el inválido aprenda a servirse eficazmente de sus miembros mutilados o de las prótesis de que se les provea, y se preparen para el ingreso en el taller o en la fábrica o en las Escuelas de Trabajo o especiales donde deban terminar su aprendizaje técnico o su formación profesional, una vez que el Instituto le haya puesto en condiciones eficientes para conseguir una u otra.

d) Formación del personal facultativo, técnico y docente especialmente capacitado para el desenvolvimiento de las anteriores actividades en centros de naturaleza análoga que se establezcan y organicen en otros puntos de España con dependencia del Instituto Central.

Art. 2.º El Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos se dividirá en tres secciones: Niños, Adultos y Ancianos, que disfrutará por igual de las mencionadas asistencias médica, pedagógica y profesional o técnica, si bien acomodando estas últimas a la edad, estado de instrucción y, en general, a las posibilidades y aptitudes de los pacientes, estableciendo al efecto los servicios adecuados.

Art. 3.º Se confirma la vigencia del decreto de 1.º de julio de 1932 referente a la constitución del Patronato del Instituto, el cual organizará los nuevos servicios y redactará en término de tres meses el Reglamento para la debida aplicación y desarrollo de los preceptos contenidos en este decreto, procurando imprimir a aquéllos la necesaria armonía bajo un saludable principio de unidad que garantice la eficacia del organismo.

Tanto el Consejo de Patronato como el Comité ejecutivo del mismo, tendrán las atribuciones y deberes que señala el decreto de 18 de mayo de 1931, cuyos preceptos se declaran en vigor en cuanto no se opongan a lo estatuido por el presente.

Art. 4.º En uso de la autorización conferida por la ley de Presupuestos vigente, los créditos consignados en el capítulo 0.º, artículo 1.º, concepto 7.º, de la Sección correspondiente a este Departamento, se destinarán íntegros a los servicios reorganizados del Instituto de Reeducción Profesional, conforme a lo previsto en la vigente ley de Presupuestos.

Dado en Madrid a cinco de junio de mil novecientos treinta y tres.—*Niceto Alcalá-Zamora y Torres.*—El

ministro de Instrucción pública y Bellas Artes, *Fernando de los Ríos Urruti.*

(Gaceta del 7 de junio.)

Inspección médico escolar.

ORDEN

Desde la creación del servicio médico-escolar dependiente del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, creación justificada por la necesidad de atender a los problemas que en tal orden se plantean en las escuelas nacionales de primera enseñanza, se han intentado repetidos ensayos de reorganización, frustrados los más de ellos, tanto en orden a la amplitud de la función como a la estabilidad y eficiencia del propio servicio. Las causas de semejante fracaso han de atribuirse, en justicia, a dos hechos perfectamente destacados por una larga experiencia de más de veinte años. En primer término, al propósito, imperante en todas las reformas iniciadas, de atribuir al servicio de Inspección médica una extensión incompatible con la notoria escasez de personal debidamente especializado y con las disponibilidades presupuestarias. En segundo término, el error grave y trascendental de adoptar una fórmula única, rígida y de uniformidad dañosa, para todo el territorio español, desconociendo que, por razones de notoria e incontrovertible realidad social, los problemas escolares de las grandes ciudades, de las capitales de provincia y de los pueblos y entidades rurales son radicalmente distintos en su planteamiento, en sus exigencias y en las soluciones que reclaman. Madrid, por su condición de gran ciudad y por el impulso extraordinario que la República ha dado y continuará dando a las instituciones escolares primarias, demanda del Poder público atención especial y cuidadosa. La Inspección médica de sus escuelas, adecuada quizá en la época ya un poco lejana en que fué creada, resulta en los momentos actuales en evidente desproporción con las exigencias de los servicios que está llamada a desempeñar. El extraordinario incremento de la población docente, por una parte, y por otra, la perjudicial, pero inevitable centralización de los servicios de la Inspección, hacen en la actualidad que padezca gravemente la eficiencia de la función y del rendimiento higiénico-pedagógico del escolar.

A poner remedio urgente y adecuado a ambos males tiende la reorganización propuesta en el adjunto decreto por el ministro que lo suscribe.

La vigente ley de Presupuestos asigna al de este departamento ministerial un crédito de 75.000 pesetas sobre el ya existente, de cuya cifra, por comprender servicios de Barcelona, se dispone para esta reorganización de la parte proporcional asignada al servicio de Madrid, y para las nuevas plantillas del personal facultativo y del personal femenino sanitario y administrativo, cuya insuficiencia actual era, sin duda, una de las rémoras más poderosas para la extensión y eficacia de los servicios médicos en las Escuelas de la capital de la República.

Por las consideraciones que preceden, a propuesta del ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes y de acuerdo con el Consejo de Ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º La Inspección médico-escolar de Madrid constituye un organismo profesional y técnico dependiente del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, cuyos fines comprenden:

a) Colaborar en la forma que el Ministerio disponga, en la formación y orientación profesionales del personal médico que en su día se designe para ejercer las funciones inspectoras en los restantes Municipios de

España en que este servicio haya de correr a cargo del Estado.

b) La prestación del servicio médico-escolar en las escuelas nacionales y municipales de primera enseñanza de Madrid.

Artículo 2.º Como órgano auxiliar e indispensable para sus fines y servicios existirá el Dispensario médico-escolar de Madrid, cuyos locales deberán ser facilitados por el excelentísimo Ayuntamiento.

Artículo 3.º El Cuerpo Médico-escolar de Madrid quedará integrado por el personal señalado en las siguientes plantillas:

	Pesetas
<i>Personal facultativo</i>	
Diez inspectores-médicos escolares, a 4.000 pesetas	40.000
Nueve inspectores-médicos auxiliares, a 2.500 pesetas	22.500
Diez médicos especialistas del Dispensario, a 2.500 pesetas	25.000
Cinco auxiliares médicos del dispensario, a 1.500 pesetas	7.000
<i>Personal sanitario femenino</i>	
Veinte sanitarias, a 1.500 pesetas	30.000
<i>Personal sanitario administrativo</i>	
Una sanitaria, secretaria del Dispensario, a 2.500 pesetas	2.500
Una sanitaria, oficial primera del Dispensario, a 2.000 pesetas	2.000
Una sanitaria, auxiliar del Dispensario, a 1.500 pesetas	1.500
TOTAL	131.000

Artículo 4.º El ingreso en el Cuerpo Médico-escolar tendrá lugar mediante concurso-oposición, con arreglo a las bases que siguen: 1.ª La estimación de los méritos y servicios que aleguen los concurrentes se fijará en la oportuna convocataria en forma tal que en ningún caso pueda menoscabarse o anularse el valor de contraste que a los ejercicios de oposición debe ser reconocido; y 2.ª La oposición constará, cuando menos, de dos partes: a) Un ejercicio escrito sobre dos temas pertenecientes a estos grandes grupos de funciones relacionadas con la Higiene escolar: Enseñanza e instrucción de hábitos higiénicos. Entrenamiento y educación física. Examen y corrección de defecto. Higiene de la enseñanza y sanidad de edificios escolares, y b) Un ejercicio práctico sobre temas concretos o inspecciones clínicas, en relación con los cuatro grupos de actividad profesional enunciados en el apartado anterior.

Artículo 5.º Una vez provistas en propiedad, mediante el procedimiento fijado en el artículo anterior, las plazas en la actualidad vacantes, y constituido, por tanto, con carácter definitivo el Cuerpo Médico-escolar de Madrid, las vacantes que en lo sucesivo se produzcan en las tres primeras categorías del personal facultativo se proveerán por concurso entre los funcionarios de la categoría inmediatamente inferior. Las resultados de tal concurso en la categoría de entrada se cubrirán, en todos los casos, en la forma que prescribe el artículo 4.º de este decreto.

Artículo 6.º El cargo de inspector-jefe, que será a su vez director nato del Dispensario, recaerá en el inspector médico-escolar que designe el ministro de Instrucción Pública.

Artículo 7.º Los inspectores médicos-escolares y los médicos especialistas constituirán una Junta técnica, cuya presidencia corresponde al inspector-jefe del servicio.

El cargo de secretario lo desempeñará el vocal que la propia Junta designe de su seno.

Artículo 8.º Corresponde a la Junta técnica evacuar los informes que de ella solicite el Ministerio de Instrucción Pública, realizar los estudios que por el mismo se le encomienden y elevar a la superioridad la propuesta de cuantas medidas y resoluciones estime convenientes para el mejor cumplimiento de los fines que con la Inspección médico-escolar se persiguen.

Artículo 9.º La Junta técnica quedará oficial y definitivamente constituida en el plazo de quince días, contados a partir de la posesión en propiedad de los médicos-escolares que la integren.

Artículo 10. En el término de un mes, a partir de la fecha de su constitución, la Junta elevará al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes un proyecto de reglamento de los servicios médico-escolares, incluyendo en él la organización del Dispensario, cuadro de especialidades, distribución de zonas de inspección, etcétera.

Salvo los cargos que hubieran sido ganados a virtud de oposición o concurso-oposición, se considerarán vacantes a proveer con arreglo al artículo 4.º

Artículo 11. Las plazas en la actualidad vacantes en el personal administrativo y sanitario femenino, así como las de nueva creación que resulten de poner en vigor las plantillas fijadas en el artículo 3.º, se proveerán por oposición libre en la forma que acuerde en su día el Ministerio de Instrucción Pública.

Todas las vacantes que en lo sucesivo se produzcan en las categorías intermedias o superiores se proveerán por concurso entre los funcionarios de la categoría inmediatamente inferior.

Las resultados de tales concursos en la categoría de entrada se proveerán en la forma prescrita en el párrafo primero de este artículo.

Artículo 12. El Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes queda facultado para adoptar cuantas disposiciones estime pertinentes para la ejecución de las comprendidas en este decreto, quedando derogadas expresamente cuantas se opongan al mismo.

Dado en Madrid a cinco de junio de mil novecientos treinta y tres.—*Niceto Alcalá Zamora y Torres*; el ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, *Fernando de los Ríos Urruti*.

(Gaceta del 7 de junio de 1933.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,9; ídem mínima, 702,4; temperatura máxima, 25,6; ídem mínima, 12,8; viento dominante, NE.

Son muy frecuentes en las personas adultas las infecciones intestinales y los catarros del colon, si bien de poca duración.

En los niños, además del sarampión, que se ha presentado varias veces en niños que ya le habían padecido, abundan las parotiditis epidémicas y, en los pequeños, ha habido algunas supuradas.

CRONICAS

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

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

Un rasgo de filantropía.—El médico D. Bruno Rodríguez fallecido recientemente en Palencia, ha dejado en su testamento un legado de medio millón de pesetas para ser entregado a la Diputación para obras y mejoras de el Hospital y Manicomio de dicha ciudad. El gesto, por lo desacostumbrado entre nosotros, es objeto de vivos comentarios y justos elogios.

Curso de Terapéutica infantil en Berlín.—Tendrá lugar este en dicha ciudad del 9 al 15 de julio en la Universidad y en el Kaiserin Aguste Victoria-Haus; versará sobre Cuestiones actuales de Terapéutica infantil; serán dadas enseñanzas teóricas y prácticas a cargo todas ellas de eminentes profesores de ambos Centros. La cuota para el curso es de 40 R. M. Para programas y toda clase de detalles dirigirse a la Junta Doctores. NW. 7 Robert-Koch Platz 7. Berlín.

A los Congresistas del pasado Congreso Internacional de Ortalmología.—Se pone en conocimiento de los miembros de éste que aun no hayan recibido la plaqueta "Cajal" ofrecida por el Presidente del Congreso, profesor Márquez, que pueden dirigirse a éste los de Madrid, acudiendo a su domicilio, Moret, núm. 7 (paseo de Rosales final) de tres y media a cinco y media de la tarde, y los de provincias y extranjero remitiendo el carnet (o su número) y su firma, para ser conservada en un álbum. Aquellos señores que no la reclamen antes del 30 del actual se entiende que renuncian a la misma.

Médico sustituto.—Con práctica clínica y certificación de aptitud de Tócolo Municipal, ofrécese durante la temporada de verano. Dirigirse a D. Angel Vázquez, plaza del Carmen, 1, tercero derecha, Madrid.

Noticias.—Ha sido admitida a D. Jesús Bartrina y Capella la dimisión del cargo de Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia.

— La "Gaceta" del 3 de junio publica una orden prohibiendo la venta de leñas en establecimientos donde se expendan artículos de comer, de beber o aguas medicinales.

Documentos de oposiciones y Concursos.—Se hace saber a los señores aspirantes a las diversas plazas convocadas por la Dirección general desde el advenimiento del nuevo régimen, que no han retirado hasta el día de hoy sus documentaciones—no obstante haber sido resueltas las oposiciones, concurso-oposiciones y concursos de toda índole, convocados desde el mes de abril de 1931—, que deberán recoger los documentos presentados en el transcurso del mes corriente, de una a dos de la tarde, excepto los sábados, en la Sección de Personal de la Dirección, bien personalmente o por medio de autorización escrita, advirtiéndolo a los interesados que transcurrido el presente mes, pasarán las documentaciones que no hayan sido recogidas a los archivos generales de la propia Dirección general.

Lo que se hace público para conocimiento de los interesados.

Academia Española de Dermatología y Sifiliografía.—Esta Academia celebrará la última sesión del presente curso el miércoles 21 de junio, a las siete de la tarde, en el Dispensario Olavide, Sandoval, 5, con el siguiente orden del día: Dres. Bejarano y Enterría: Contribución al estudio de la enfermedad de Schamberg. Dres. Sáinz

de Aja, Forns y Pelayo Gómez: Positividad inespecíficas en venereopatías no sifilíticas.

Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional.—Han sido nombrados por concurso oposición médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional D. Jesús Villar Salinas, D. Isaac Medarde y Fernández, D. Javier Vidal Jordana, D. Amalio Díaz Flórez, D. José Balén García, D. José María de la Lastra Soubrier, D. Julio Casal y Castro, D. José Manuel Pérez Alvarez, D. Santos Novillo García, don Arnaldo Socías Amorós, D. José María Gasset de las Morenas, D. Francisco Perepérez Palau, D. Rafael Garbayo Araiztegui, D. Félix Arcocha Olarte, D. César Martín Cano, D. Ignacio Alcázar Molina, D. Ernesto Juárez Juárez, D. Teófilo Albertos Gonzalo y D. Pedro Lozano Padrós, los cuales ocuparán las vacantes que se sucedan en el mencionado Cuerpo, conforme al orden en que aparecen en la presente disposición.

Pliegos de la obra "Oposiciones".—No serviremos ninguna solicitud de pliegos que se hayan extraviado, si no se indica el número del pliego.

Homenaje al profesor Spillmann.—Los alumnos y amigos del célebre dermatólogo Spillmann han celebrado la semana pasada, en París, una fiesta íntima para festejar los trabajos constantes en la enseñanza y en la lucha antivenérea durante veinticinco años, de este sabio maestro. En ella intervinieron, haciendo uso de la palabra, los Dres. Hamant, Watrin, Benech y Ravut. Como recuerdo de la fiesta fué obsequiado Spillmann con una bella medalla de su busto, esculpida por el joven escultor Prudhomme.

Libros recibidos.—Hemos recibido el volumen XIX-1929-VII de los "Annali di Clinica medica e di Medicina sperimentale". Número-homenaje dedicado a su fundador, el profesor Liborio Giuffrè.

Reunión de 53 artículos originales de los más importantes hombres de ciencia italianos. La mayoría de ellos discípulos del profesor Giuffrè y presentados por el de Patología Médica de la Real Universidad de Palermo.

Si de elección son los trabajos contenidos, puede considerarse este volumen de 851 páginas en excelente papel, obra tipográfica, realizada por los "Stab. d'Arti Grafiche Giannitrapani, de Palermo, Vía Manin, 14, Traversa di Vía Manin Liberta, Italia.

Benzoformina.—Con el presente número acompañamos un prospecto del indicado producto, recomendando su lectura y solicitud de muestras a D. A. Gámir, San Fernando, 34, Valencia.

Médico aceptaría cargo, aunque fuese burocrático o sustitución en Madrid. Razón en esta Administración.

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.*

Sil-Al Silicato de aluminio,
fisiológicamente puro
Laboratorio Gámir, Valencia — J. Gayoso, Madrid

Imprenta Zolla Ascibar, Marín de los Reros, 69, Madrid.

Suero anti-asmático de Heckel

Para adultos:

Caja de 12 ampollas de 5 c. c.
Caja de 6 ampollas de 5 c. c.

Para niños:

Caja de 12 ampollas de 2 c. c.

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

SUERO ANTIASMATICO DE HECKEL

basta para hacer cesar el espasmo.

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

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



SANATORIO NEUROPATICO

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

Director: **Dr. GONZALO R. LAFORA**

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

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

Pídanse reglamentos a la Administración

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

Dirección médica: **Dr. Gonzalo R. Lafora**

SANATORIO PEÑA - CASTILLO SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

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

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

HOZNAYO. — La mejor agua de mesa

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS ELIXIR CLÓRHIDRO PÉPSICO AMARGOS DIGESTIL

(Nombre registrado)

Tónico digestivo. — Acido clorhídrico, pepsina, colombo y nuez vómica
Delicioso medicamento que suple en los enfermos la falta de jugo gástrico

HIGIENE DE LOS OJOS

OFTALMOL

PODEROSO ANTISEPTICO DE LAS INFECCIONES DE LOS OJOS

LAVADOS Y BAÑOS OCULARES

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

EL FRASCO LLEVA UNA BAÑERITA

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

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



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

La naranja es el alimento ideal para los niños. Es el regulador de la salud de los adultos. Es el reconstituyente más económico y seguro para los viejos. De rápidos resultados en todas las enfermedades en que estén indicadas las vitaminas, pues es el fruto que contiene mayor cantidad de ellas.

La naranjada y limón natural VALENCIA están preparados 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

un río, confiando sin duda en la autodepuración patógena que tiene lugar en el discurso de las aguas por los cauces de los ríos, error gravísimo, según demuestran los estudios y experiencias de la Real Comisión Inglesa para el estudio de la Polución de los Ríos, que llegaron a la conclusión de que no hay ningún río en Inglaterra de curso suficientemente largo para que pueda asegurarse en él la autodepuración patógena, y hemos de recordar que el Támesis tiene un recorrido de 350 kilómetros. Caen, pues, por su base las teorías de que a los cinco kilómetros de recorrido del agua está autodepurada, hasta el punto de ser perfectamente inocua. Otras experiencias confirman lo di-

CARABAÑA: el mejor purgante

cho anteriormente, pues M. Jordan pudo aislar fácilmente el B. Typhosus después de un recorrido de cauce de más de 140 kilómetros.

Es preciso, por tanto, depurar las aguas, aunque viertan a un río, pues, a los poblados situados agua abajo del desagüe no pueden enviarse aguas que estén contaminadas.

En la depuración de aguas residuales no debe confundirse el fenómeno de *estabilización* con el de *desinfección*. Podríamos decir en términos vulgares que el proceso bioquímico de estabilización se preocupa de colocar el agua residual en las mejores condiciones para el crecimiento y trabajo de las bacterias que eliminan o transforman los compuestos que pueden ser molestos. El proceso de desinfección o esterilización patógena se preocupa de poner el agua residual en condiciones de que una determinada clase de bacterias no pueda provocar nuestra muerte.

La estabilización evita la putrefacción, y claro es que sus fenómenos van acompañados también de una reducción patógena, cuyo índice se mantiene alrededor del 85 por 100.

La desinfección es la verdadera es-

JARABE ALMERA a base de fosfato de cal gelatinoso, el más asimilable

terilización patógena, y con ella puede llegarse a índices del 100 por 100.

Para conseguir la estabilización se emplean los filtros oxidantes, barros activados, etc., y para la desinfección no hay más procedimientos viables que el cloro y la cloramina, pues otros desinfectantes que pudieran emplearse, como el ácido sulfúrico y el sulfato de cobre, resultan de un coste elevadísimo.

Tiene, además, el cloro entre sus

muchas ventajas como bactericida la de efectuar una acción selectiva sobre las bacterias patógenas y la facilidad grande de la dosificación. En expe-

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

Véase anuncio. página IV.

rimentos y pruebas verificados en Boston y Providence se ha evidenciado de manera clara y palpable la acción selectiva del cloro sobre las bacterias de origen intestinal, selección que se explica, porque el cloro produce la esterilización patógena, no por la destrucción de las bacterias, sino por acción específica, que opera sobre las proteínas y lípidos que constituyen su envoltorio imposibilitándolas reproducirse.

En el caso de que antes hemos hablado, o sea de verter a un río y buscando la mayor economía para hacer viable las obras, bastaría con la depuración por cloro o cloraminas, siendo una estación que da muy buenos resultados la que a grandes rasgos describimos a continuación.

En el colector general del alcantarillado y en el punto más conveniente después de las últimas acometidas, se intercala una arqueta como regulador; de esta arqueta pasa el agua a otra, en la que se dispone una rejilla de limpieza automática, que retie-

TRATAMIENTO DE LAS DERMITIS

Dermizina

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

ne los papeles y cuerpos gruesos. Pasa desde aquí el agua al tanque de sedimentación y digestión de fangos. Este tanque es de dos pisos, teniendo lugar en el superior la sedimentación de las materias en suspensión, y en el inferior sufre el sedimento un proceso de digestión; los fangos digeridos se extraen periódicamente por un tubo colocado al efecto.

El agua clarificada sale del tanque y pasa al depósito de medida, provisto de un sifón de descarga automática; en este depósito se incorpora normalmente al agua residual la solución clorizante. Del depósito pasa el agua mezclada con el agente esterilizante al depósito de contacto, en el cual sufre una retención de quince a veinte minutos, que es lo suficiente para que tenga lugar la acción bactericida. Desde este depósito marcha el agua, ya depurada, al desagüe.

En la caseta de clorización se instalan los aparatos suministradores de la solución esterilizante.

Otra solución muy indicada para pueblos que no tienen cerca ningún río y en los que todo el terreno es seco consiste en efectuar una depuración completa y emplear las aguas residuales para riego, en cuyo caso, si bien en la instalación es mucho más cara, es en cambio reproductiva para el Municipio, que puede vender las aguas.

En este caso, y buscando siempre los procedimientos más sencillos, con objeto de obtener el máximo de economía, puede instalarse además de

Intestinol
"Hemming"
Dispepsia, Meteorismo etc.

la cloración, que es necesaria siempre, porque además evita los olores, unos filtros percoladores para oxidar el líquido ya clarificado, pues el empleo de los fangos activados es caro y de delicado manejo para un pueblo.

Diremos en resumen que para obtener una depuración completa y perfecta deben emplearse los dos procedimientos combinados, o sea la estabilización y la desinfección; pero de emplear sólo un procedimiento éste debe ser el de desinfección, pues es el que puede evitar toda clase de enfermedades y epidemias, y constituye, por tanto, el más adecuado cuando las aguas finales hayan de verter a un río.

Cremos siempre necesaria la cloración de las aguas residuales, hasta el extremo de que no debiera permitirse el aprovechamiento como abono de los lodos depurados patógenamente, pues el B. Typhosus ha de

Contra las neuralgias aconsejadas Cerebrino Mandri

constituir durante los cinco meses de su supervivencia sobre la tierra un peligro inminente, peligro que, como venganza de la Naturaleza, se revuelve contra la misma población que decidió la no depuración, ya que ella es casi siempre la que consume las verduras y hortalizas que con sus detritos se cultivan.

TOMÁS ARDID

(Blanco y Negro.)

Por los caminos del mundo

MÁLAGA

Si al poner pie en la plancha para saltar a tierra contengo el borbotón de emociones ante Málaga la deseada, ¿cómo dominarán su agitación espíritus nómadas a la vista de costas exóticas o vírgenes?

Mi anhelo—bengala policroma—alumbra el camino de polvo negro por un muelle interminable y hosco, entre pilas de carbón y torres de mercancías que guardan carabineros de plomo. Oleaje, quejumbre y rezongar de amarras que tensan balandros y pataches arrullan al silencio en este lóbrego escenario de pesadilla policiaca. A buen paso avanzo en la obscuridad. Una estatua borrosa pone blancura de nube. ¿Será así como Andalucía interpreta el pasado? Quiero decir si la gloria—que en la fonética del académico Valery es como un enjuagatorio de vanidades—será un pedruco sin forma. Entro en zona de claridad: la rambla de un oasis conduce a un puente metá-

SARNA

Cúrase con **Sulfureto Caballero**

lico por el que vienen y van, con paso breve, táticas alpargatas y menudos tacones, con rumor de crótalos. Ni gota de agua bajo el puente. Seco pedregal. Es el Guadalmedina, que puede cruzarse a pie enjuto. ¡Gran río! Tan perfectamente andaluz como falto de caudal y sobrado de paisajes. Cuando me separo del puente moderó mi andar y doy cara a una alameda. A ambos lados, edificios modernos parecen oscilar de izquierda a derecha; el vaivén está en mí después de la navegación. La ciudad fúlgida, limpia, bulliciosa, en contraste con el camino hecho, me acoge y pone en contacto con la civilización. Rompo con ímpetu, entre los paseantes de la animadísima calle del Catorce de Abril, con avidez de llegar a no sé dónde. Tal exaltado es mi gozo que creo ser el personaje que el autor destaca de la multitud para dar relieve a su misión heroica, ridícula o aborrecible. Estoy en el camino que irremediablemente ha de llevarme a la Málaga que busco. Mas ¿en qué calle, celosía, cancel o ventanal he de hallarla? Voy a su encuentro, y ella, a la que adivino tan próxima y que me presente, aparece

ANTIPHLOGISTINE

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

y desaparece, se hurta a la pesquisa. Este es el fino espíritu de la ciudad bella, que no impone, ni sobrecoje, ni se oculta tras un cinturón amurallado, tal que otras ciudades de España. El júbilo de la tierra del Sur

TRATAMIENTO DEL REUMATISMO

Gota y litiasis biliar

REUMOSALIL

Salicilacetato de Parafenetidina
Eteniletildiamina, agua destilada en ampollas de 5 c. c.

está lejos de la sonajería de pande-
reta.

El brillo de sus comercios, el espejuelo de sus cafés, la penumbra e indolencia de sus Círculos, hacen que reaccione el misántropo y que otro sér petulante y optimista le substituya.

Piso fuerte. Mi brazo oprime otro delicado y femenino y a la altura del corazón aletea una mano suave. En la plaza de Riego compro claveles encendidos y una figurilla de vendedor de boquerones. (Ni la plaza evoca ningún ideal político, ni la figurilla al ágil pescador que de tan original modo porta sus cenachos.) La gracia, el embrujo de Málaga enajenan. Siento cómo ondula y acaricia mi costado el contorno de mi acompañante...

Los escaparates entornan sus párpados; la ciudad se remansa. Al volver una arista de luz ante exuberantes crisantemos de raso el aire fresco nos recuerda la invernada. El diálogo va lleno de pausas, que estuvimos de apasionamientos por los Percheles, por la Málaga humilde de callecitas estrechas tapiadas con sábanas de

CATARROS. TOS JARABE MADARIAGA benzoecínámico

luna, bajo los arcos, balconajes y pasadizos que orna la vegetación olorosa, por plazoletas de quietud a las que mira un ciervo desvelado donde romántica silueta de mujer apoya su frente en los cristales y deja navegar el pensamiento por el estañó líquido y deslumbrante de las aguas.

Nuestros pasos rondan la Catedral. Apoyada en sus patas de elegante se levanta la torre. Cien varas de fábrica que desean ganar el firmamento con felpa de hosquedad. Diez varas pulidas de luna que buscan la mantilla del cielo, brazo erguido que toca cortejo de estrellas y pedrería. La hierba menuda que crece entre guijos apaga las pisadas. Un perfume de rosas se evapora entre jardines, donde a falta delruiseñor dice una fuente su melodía.

Tornamos a los muelles nostálgicos. Gangosidades de acordeón, ritmos quebrados de manubrios. Se recogeen los grupos compactos de las tripulaciones extranjeras. Los razagados sufren el asalto de sombras borrosas, desdibujadas.

Al pisar la plancha del buque se quiebra el hechizo de Málaga. La mano que aleteaba a la altura del corazón se ha desvanecido. Mi brazo no oprime ya sino la blancura de un libro sin abrir.

Por el puerto, que tiembla de espejos nuevos, yerra aliento de limonar.

JOSÉ MARÍA SABATER

ARTE GRÁFICO

Fotografado. Hortaleza, 21. Tel. 14623

— Especialidad en trabajos para Laboratorios: —

NICOLAS BERNARDO de Maquiavelo. Escritor italiano famosísimo. Se le llama *el Histórico* y es conocido también con el nombre de *el Secretario Florentino*, debido a que en 1494, implantada en su patria la República, desempeñó el cargo de Secretario del Gobierno *dei dieci*. Vió la luz primera en Florencia, el 3 de mayo de 1469. Hasta 1512 desempeñó muchas embajadas por Italia, Francia y Alemania, que dejó reseñadas en su obra *Legazioni e Commissioni*. Cuando los Médicis volvieron a dominar en Florencia, Maquiavelo fué acusado de conspirar contra el nuevo régimen y, como consecuencia de ello, encarcelado y torturado. Pero en la cárcel escribió algunas obras que le dieron gran renombre y que llenaron de asombro y de entusiasmo incluso a sus propios enemigos, tan grande era el talento literario y político que evidenciaban. El Papa León X le invitó a que escribiera una reforma administrativa para Florencia, y por mandato de otro Papa, Clemente VII, hubo de escribir la historia de aquella ciudad. Declarada por Florencia la guerra a España, Maquiavelo se encargó de las fortificaciones de la ciudad (1526), lo que le dió ocasión para escribir otra obra. Con todo, Maquiavelo murió, en 1527, casi en el olvido de sus conciudadanos. Los enemigos de los Médicis, no le perdonaron los servicios que había prestado a aquella poderosa familia, como tampoco las contradicciones que en sus ideas, demasiado prácticas, se advertían. Sin embargo, todos, amigos y adversarios, hubieron de reconocer en él un gran talento y de inclinarse ante su vasta obra de escritor.

ALMORRANAS Internas, externas

y afecciones del recto. Medicación hemorroidal completa.
Dr. Ribalta Prospectos gratis.

Rambla Cataluña, 44. — BARCELONA

CATARROS **FOSFOTIOL** :: TOSES ::

SOLUCIÓN ARSENIO FOSFORADA CON TIOLCOL

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

Estafeta de partidos.

Estando anunciada la titular vacante por excedencia del pueblo de Tordehumos (Valladolid), se advierte a los compañeros que piensen solicitarla que en dicho pueblo existe un médico, hijo del mismo, que tiene contratadas todas las igualas por un tiempo indefinido y piensa solicitarla (59570).

Vacantes.

Por la Dirección General de Sanidad se anuncian las siguientes vacantes de inspectores municipales. Su provisión en propiedad en armonía con lo dispuesto en la ley de 15 de septiembre de 1932 (artículos primero y 2.º) y Reglamento de 7 de marzo de 1933 (artículos 13, 14, 16, 16, 17, 18 y 19). Las instancias, en papel de 8.ª clase, se dirigirán a la Inspección provincial de Sanidad respectiva, acompañadas de la ficha de méritos. (Artículo 4.º del Reglamento de 7 de marzo de 1933.)

Pueden solicitarse hasta el 9 de junio las siguientes vacantes:

La de Arenas (Málaga), partido judicial de Vélez Málaga, por renuncia, tercera categoría, con 2.200 pesetas, 80 familias de Beneficencia y 2.506 habitantes; concurso libre de méritos y selección por Inspección.

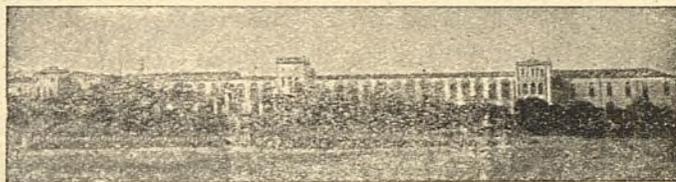
—La de Bolulla (Alicante), partido judicial de Callosa de Ensaia, por renuncia, quinta categoría; 1.400 pesetas; 5 familias y 715 habitantes; concurso libre de méritos y selección por Inspección.

—La de Villafuerte de Esgueva (Valladolid), partido judicial de Valoria la Buena, renuncia; quinta categoría, con 1.375 pesetas; 30 familias; 60 habitantes y concurso de méritos con selección por Inspección; igualas unas 4.500 pesetas.

(Continúa en la página siguiente.)

Sanatorio Psiquiátrico **ESQUERDO** Carabanchel Alto

Director: Dr. Jaime Esquerdo Sáez



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

IODASA BELLOT

Solución titulada de IODO - PEPTONA - BELLOT SIN IODISMO

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

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

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

LA IODASA se prepara en España desde el año 1907

F. BELLOT.—Antonio López, 163.—MADRID

▶ **Polifosforina**
POLVO — COMPRIMIDOS INYECTABLES Agotamiento físico e intelectual

▶ **Diuresinol**
INYECTABLES VENCE LA UREMIA

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

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

Canforetil B. Martín

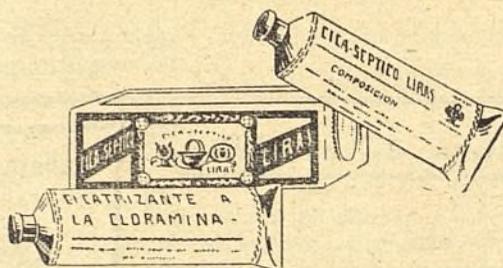
(Nombre registrado)

Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)

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

Cica-Séptico Liras

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



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

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

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



SANTAL MONAL AL AZUL DE METILENO

Antigonocócico - Analgésico
Antiséptico - Diurético

Blenorragias - Cistitis - Piurias

ENFERMEDADES DE LAS VIAS
URINARIAS

DOSIS : 6 a 10 capsulas al dia

EL MAS ACTIVO

EL MEJOR TOLERADO

LABORATORIOS MONAL & C^{IE}, PARIS

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

◆ TRATAMIENTO EFICAZ ◆

REUMATISMO
YODOVISAL

Salicilato sosa
YODURO potasa

ESQUIZOPRENIA
MANGAN-ARSENILO

Cacodilato de manganeso
Cacodilato de sosa

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.^a Esculus hippocast, novacaína, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto.

Tubo con cánula, 3,60 pesetas; corcho, 4,10

De venta en farmacias

—La de Setiles y Tordellego (Guadalajara), partido judicial de Molina, por excedencia; tercera categoría, con 2.200 pesetas; 30 familias; 2.573 habitantes y concurso libre de antigüedad con selección por Inspección.

—La de Aspe (Alicante), partido judicial de Novelda, por defunción; segunda categoría; 2.750 pesetas; 250 familias; 7.558 habitantes; concurso libre de méritos y selección por Tribunal.

(Continúa en la página siguiente.)

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.

o remuneraciones que efectivamente gane el obrero, en dinero o en cualquier otra forma, por el trabajo que ejecute por cuenta del patrono a cuyo servicio esté cuando el accidente ocurra, ya sean aquéllas en forma de salario fijo o a destajo, ya por horas extraordinarias, o bien por primas de trabajo, manutención, habitación u otra remuneración de igual naturaleza.

En la aplicación de este precepto se observarán las siguientes reglas:

- a) Las remuneraciones que, aparte del salario fijo o a destajo, gane el obrero, en cada caso sólo se computarán como salario cuando tengan carácter normal.
- b) El salario diario, haya mediado o no estipulación, no se considerará nunca menor de dos pesetas, aun tratándose de mujeres o menores que no perciban remuneración alguna o que perciban menos de esa cantidad.
- c) Para fijar el salario que el obrero no percibe en dinero, sea en especies, en uso de habitación o en otra forma cualquiera, se computará dicha remuneración con arreglo a su promedio de valor en la localidad para los obreros de condición análoga a la de la víctima.
- d) Si el servicio se contrató a destajo o por unidad de obra, debe regularse el salario, apreciándose principalmente el que, por término medio, correspondería a los obreros de condiciones semejantes a las de la víctima del accidente en iguales trabajos, y en su defecto en los más análogos posibles.

e) Las horas extraordinarias se considerarán remunerables, conforme a lo que determinan las disposiciones vigentes.

f) Si se tratase de obreros accidentados en trabajos eventuales, a falta de pacto expreso respecto a la remuneración, servirá de base el salario señalado por los Jurados mixtos del Trabajo en la comarca, y si no se hallasen constituidos dichos organismos, servirá de base al salario medio del partido judicial a que pertenezca el pueblo en que ocurrió el accidente; y

g) Cuando los individuos de la dotación de un barco hubieren sido ajustados a tanto alzado por viaje, la indemnización que les corresponda en caso de accidente, se regulará dividiendo el importe de la suma convenida como tanto alzado por el número de días que normalmente debe durar la navegación de que se trate.

siempre que el obrero fallecido carezca de los derechohabientes mencionados en los apartados anteriores.

Los hermanos huérfanos a que se refiere el párrafo primero de este artículo se considerarán en análoga situación a los jóvenes prolijados o acogidos por la víctima, sin que sea necesaria al inscripción en el Registro especial.

Las disposiciones de los números 1.º, 2.º y 4.º serán aplicables en el caso en que la víctima del accidente sea mujer; pero la del número 1.º y la del 3.º sólo beneficiarán al viudo cuando su subsistencia dependiera de la muerte de la víctima del accidente. Las contenidas en el párrafo primero y números 1.º y 2.º de este artículo, serán aplicables a los hijos adoptivos y a los jóvenes prolijados o acogidos por la víctima, siempre que estos últimos estuvieran sostenidos por ella, con la antelación, por lo menos, de un año al tiempo del accidente y no tengan otro amparo.

La inutilidad o incapacidad de los derechohabientes a que se refiere este artículo, ha de entenderse no producida por accidente del trabajo que hubiesen sufrido y por el cual perciban renta igual o superior a la que, en virtud de lo dispuesto en el presente artículo, le correspondiera percibir.

En los Registros civiles correspondientes a cada localidad se abrirá un Registro especial donde se hará constar el nombre de cada acogido, el de la persona que lo acoja y la fecha del acogimiento, sin que pueda reclamarse derecho a indemnización estando incumplido este precepto.

Art. 30. La obligación del patrono de abonar los gastos del sepelio de la víctima de un accidente, se ajustará a las siguientes reglas:

- a) En poblaciones que no excedan de 20.000 habitantes, 100 pesetas.
- b) En poblaciones de 20.000 a 100.000 habitantes, 150 pesetas.
- c) En poblaciones mayores de 100.000 habitantes, 200 pesetas.

Art. 31. Las rentas que se asignen en virtud de lo dispuesto en el artículo 29, serán vitalicias para los ascendientes y descendientes inútiles, a no ser que pierdan la cualidad por la cual se les concedió y para la viuda mientras no contraiga nuevo matrimonio.



Serán temporales las de los descendientes válidos y hermanos menores huérfanos, todos los cuales cesarán de disfrutarlas al cumplir la edad de dieciocho años.

Art. 32. Cuando el obrero fallecido deje viuda e hijos menores y aquélla contraiga nuevo matrimonio antes de llegar a la edad de dieciocho años el más joven de éstos, la totalidad de la renta será percibida por los hijos menores.

Si el obrero fallecido dejó viuda e hijos menores, cuando el último de éstos cumpla la edad de dieciocho años, la viuda percibirá en lo sucesivo la renta del 25 por 100 del salario.

Si entre los hijos hubiera uno o varios inútiles o incapacitados para el trabajo, la parte de la renta que los demás dejen de percibir al cumplir los dieciocho años acrecerá la de los inútiles o incapacitados mientras lo sean.

Art. 33. Cuando un obrero fallecido a consecuencia de un accidente de trabajo deje viuda e hijos del matrimonio con la misma e hijos de otros matrimonios anteriores o hijos naturales reconocidos, se observarán, respecto al pago de la indemnización establecida en el artículo anterior, las siguientes reglas:

1.ª Corresponderá a la viuda la mitad de la renta total.

2.ª La otra mitad se distribuirá por partes iguales entre los hijos de todos los matrimonios y los naturales reconocidos.

3.ª La viuda percibirá la parte de indemnización perteneciente a los hijos constituidos bajo su patria potestad.

4.ª Las partes correspondientes a los hijos de anteriores matrimonios y los naturales reconocidos se entregarán a quienes de hecho los tuvieren a su cargo, sean la misma viuda u otras personas.

El derecho de la viuda por sí misma a ser indemnizada conforme a la disposición primera del artículo 29, no puede invalidarse por la circunstancia de tener hijos mayores de dieciocho años, debiendo, en este caso, considerarse equiparada a la viuda sin hijos.

Art. 34. Toda indemnización se aumentará en una mitad más si el accidente ocurre en establecimiento u obra cuyas máquinas y artefactos carezcan de los apa-

ratos de precaución reglamentarios, conforme a las disposiciones en vigor.

Art. 35. Las indemnizaciones fijadas por la Ley serán objeto de un suplemento otorgado a la víctima del accidente cuando, por la incapacidad consecuencia de éste necesite la asistencia constante de otra persona.

A esta indemnización suplementaria tendrán derecho únicamente los grandes inválidos (pérdida anatómica o funcional de las dos extremidades superiores y casos análogos); tanto en estos casos como en sus análogos, el obrero tendrá que probar que, no sólo está incapacitado para el trabajo, sino que, además, no puede realizar por sí sólo los actos más necesarios de la vida (comer, vestirse, etc.).

Dicho suplemento será señalado por la Comisión revisora paritaria competente, la que, teniendo en cuenta las circunstancias del caso, lo fijará, de no haber existido acuerdo entre las partes interesadas, sin que pueda exceder de la mitad de la indemnización principal.

Art. 36. La víctima del accidente del trabajo tendrá también derecho a que se suministren y se renueven normalmente, según los casos, por la institución del seguro o por el patrono, los aparatos de prótesis y ortopedia que se consideren necesarios para la asistencia del accidentado.

Podrá admitirse el abono de una indemnización suplementaria, fijada al señalar la cuantía de la indemnización o al revisar dicha cuantía, indemnización que represente el coste probable del suministro y renovación de los aparatos antes indicados.

La inspección médica de la Caja Nacional determinará, oyendo al facultativo del patrono o de la entidad aseguradora, en los casos de duda, sobre la necesidad y clase de aparatos ortopédicos y prótesis que el obrero requiere, bien entendido que las prótesis para amputados serán siempre las llamadas de tipo de trabajo.

La Caja Nacional fijará anualmente una tarifa con el coste aproximado de los aparatos ortopédicos y prótesis, así como del coste probable de su renovación, atendido su natural desgaste.

Art. 37. Para el cómputo de las obligaciones establecidas en este Reglamento, se entenderá por salario, a efectos del pago de indemnizaciones, la remuneración

LIBROS DE INTERES

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

Pesetas

<i>Sinónimos de medicamentos modernos,</i> por Gustavo López y García. Rústica.	4
<i>El problema médico-social de la tuberculosis,</i> por Tomás de Benito. Rústica...	7,50
<i>El bandido de Fontfreda,</i> por R. Comenge. Novela (parte II). Rústica.....	6
<i>Tratado práctico de etiqueta y distinción.</i> Rústica	4

Dos libros de gran interés para los médicos

Anatomía Patológica y Patogenia de la Tuberculosis

por el DR. VALDES LAMBEA

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

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

Precio: 16 pesetas.

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

—La de Gerga (Almería), partido judicial, por nueva creación; segunda categoría; 2.750 pesetas; 200 familias y 4.917 habitantes; concurso libre de méritos y selección por Tribunal.

—La de Zahinos (Badajoz), partido judicial de Jerez de los Caballeros, por nueva creación; segunda categoría, con 2.750 pesetas; 155 familias y 3.153 habitantes; concurso libre de antigüedad y hay otra titular.

—Dos vacantes en Zarauz (Gipúzcoa), por renuncia, tercera categoría, con 2.200 pesetas; 30 familias y 3.579 habitantes; por oposición; ambas plazas tienen asignado el servicio sanitario de la Casa de Beneficencia.

—También por oposición, como la anterior, Carcagente (Valencia); nueva creación; segunda categoría, con 2.750 pesetas, y 250 familias; población de 15.096 habitantes.

—Villafranca del Campo, con sus anejos Paracense, Singra, Buena y Aguatón (Teruel), por separación; tercera categoría; 2.200 pesetas, con 40 familias y 2.700 habitantes; también por oposición.

—La de Muñana y sus anejos La Torre, Blacha, Balbarda y agregados (Ávila), por defunción; tercera categoría, con 2.200 pesetas; 101 familias de Beneficencia y 2.433 habitantes; derechos de oposición, 25 pesetas.

Todas las anteriores vacantes se solicitan hasta el 9 de julio de 1933, teniendo en cuenta lo que insertamos al comenzar la relación de estas vacantes.

Hasta el 11 de julio deben solicitarse las siguientes vacantes:

Lluchmayor (Baleares), partido judicial de Palma de Mallorca, por nueva creación; segunda categoría, con 2.750 pesetas; 14 familias; 9.890 habitantes; concurso libre de antigüedad; selección de aspirantes por Inspección.

ANALISIS

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

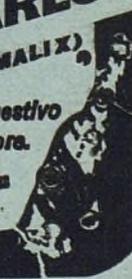
Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas, 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

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



—La de El Cuervo, Veguilla de la Sierra, Alobres, Tormon y Jabaloyas (Teruel), partido judicial de Albarracín, por defunción; segunda categoría; 2.750 pesetas; 19 familias pobres; 2.291 habitantes; concurso restringido de antigüedad; selección de aspirantes por Inspección.

En Navahermosa, cabeza de partido de cinco mil habitantes, en la provincia de Toledo, de donde dista cincuenta kilómetros y 120 de Madrid, se desea un médico para asistir hasta a 500 familias con una remuneración de 8.000 pesetas, por un año, que una Comisión de vecinos se compromete a darle cobradas, dicho año, quedando luego en libertad, uno y otra, de continuar o no su compromiso.

El plazo para solicitar será de quince días a contar desde el siguiente a la publicación de este anuncio en los periódicos EL SIGLO MÉDICO, de Madrid y "El Castellano", de Toledo.

Los solicitantes dirigirán sus peticiones a don Mariano Bejarano, acompañando los documentos que estimen necesarios a justificar méritos y prácticas, que la Comisión comprobará con los asesoramientos que estime convenientes de personas peritas, y terminado el plazo de admisión de solicitudes hará y notificará el nombramiento al elegido.

La Comisión dará cuantas noticias y detalles soliciten los señores concursantes o que se pronongan concursar. Navahermosa, 6 de junio de 1933.

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

Exito en los Hospitales desde 1848

Entodas las farmacias.—Ni por mayor TRAVNIER & NGUETANT.— LYON (Francia)

Hemoptisis
P. Villa 3

Dulcimida Morató.

los diabéticos ya pueden comer dulce



DULCIMIDA MORATO

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

Tabletas de 0,03 gramos de sal sódica del sulfimido benzoico de la Farmacopea.

Sabor agradable.

No contiene hidratos de carbono.

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

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

Dieta hídrica. — Dp./ Agua hervida, 1.000. Dulcimida, 8 a 10 tabletas.

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

Biblioteca de EL SIGLO MEDICO — MONOGRAFIAS

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

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

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