

# EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

FRANQUEO  
CONCENTRADO



Reconstituyente muy Enérgico

## CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 a 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOZE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



PRIMERA DENTICIÓN

## JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones  
en las Encías

Establecimientos FUMOZE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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

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

Prescriba el Antiséptico  
**LISTERINE**  
le ofrece estas ventajas:



1.ª La garantía científica que representa este informe de la prestigiosa revista médica inglesa «The Lancet» (véase «The Lancet» Sept. 21st 1929 p. 616):

- 1. «El número real de micro-organismos muertos por el Antiséptico Listerine sin diluir es superior en 200.000.000 al indicado por los fabricantes».
- 2. «El Antiséptico Listerine ha resultado ser completamente inofensivo en todas las cavidades del cuerpo».

2.ª Su poder antiséptico es definido y uniforme. Produce siempre los mismos resultados en igualdad de casos. Se diferencia así notablemente de las imitaciones ofrecidas con frecuencia, cuyo valor antiséptico no ha sido determinado científicamente.

Es lógico, por tanto, que sea el Antiséptico Listerine el preferido por la mayoría de los médicos y odontólogos de todo el mundo.



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



# RADIO

## *Stewart-Warner*

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



Con menos lámparas obtiene el máximo rendimiento alcanzado hasta el día

Está dispuesto para el adaptador de extra corta.

Posee toma y conmutador de "Pick-up."

Se fabrica en alterna y continua

Dispone de toma para televisión

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA

### VIVÓ, VIDAL Y BALASCH

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

## 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

# Vias respiratorias

**JARABE FAMEL**  
a base de Lactococcus soluble

**ACCIÓN RÁPIDA Y SEGURA**

calma la tos  
facilita la expectoración  
reanima el estado general

*Depósito general para España*  
Catal y Morán-Aragón 228 - Bar

## VACANTES

Se advierte a los compañeros que piensen solicitar la vacante de Fuente de Pedro Naharro (Cuenca), que en dicho pueblo ejercen dos médicos, inspectores municipales de Sanidad, que tienen contratadas todas las igualas. (30.230)

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 1.º y 2.º) y Reglamento de 7 de marzo de 1933 (artículos 13, 14, 16, 17, 18 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).

—La de Puerto Real, 2.º distrito (Cádiz), partido judicial de Puerto de Santa María; por defunción; con

(Continúa en la pág. XX.)

reconstituyente rápido

# ENOFOSFORINA

## SERRA

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



diente, nombrará el accidentado, e informe del servicio técnico de la Caja decidirá la Comisión que a tal fin y con carácter general nombre la misma, en la que deberán estar representados el elemento patronal y obrero y el servicio médico sobre la procedencia o no de la intervención quirúrgica.

Si dicha Comisión decidiera proceder la intervención quirúrgica por no existir riesgo importante, el obrero podrá o no someterse a la operación. De no someterse, la Comisión examinará, con vista de todos los antecedentes del caso, si procede comunicar su decisión al Tribunal competente para declarar la responsabilidad del patrono, a fin de que sea tenida en cuenta la negativa del obrero a someterse al tratamiento médico prescrito por los técnicos y considerado como necesario para la curación total o para la disminución de incapacidad.

Si la intervención quirúrgica fuese considerada necesaria durante el período de readaptación o revisión de incapacidad, se procederá del mismo modo anteriormente prescrito, y al resolver el expediente se determinará si procede revisar la declaración de renta, disminuirse o retirándola, si la negativa del obrero se considerase sin razón alguna.

Contra las decisiones de la Comisión indicada en el párrafo segundo podrá alzarse el obrero en término de diez días, ante la Comisión revisora paritaria de accidentes, contra cuya decisión no procederá recurso. Dicha Comisión podrá, si lo estima procedente, solicitar nuevo dictamen facultativo de Centros oficiales.

Art. 73. Aunque se instruya proceso por los motivos a que se refiere el artículo 64 de la Ley, no se podrán diferir los trámites que en este capítulo se señalan para definir la incapacidad, la sanidad y calificar las inutilidades, a fin de que siempre quede expedita la acción a que alude el artículo 65 de la Ley.

Art. 74. El derecho de la víctima de un accidente a la asistencia farmacéutica comprende:

- a) El material que se considere necesario facultativamente.
- b) Las medicinas que, mediante receta, prescriba el médico, y
- c) Los análisis necesarios.

## CAPITULO III

### DE LAS OBLIGACIONES PATRONALES

#### Sección 1.ª—De la prevención de los accidentes del trabajo.

Art. 44. Los patronos de industrias o trabajos comprendidos en este Reglamento, tienen el deber de emplear todas las medidas posibles de seguridad e higiene del trabajo en beneficio de sus obreros.

Art. 45. El Ministerio de Trabajo y Previsión Social, oyendo, si lo estimare conveniente, el informe del Consejo de Sanidad y de la Academia Nacional de Medicina y, en todo caso, al Consejo de Trabajo, dictará los reglamentos y disposiciones oportunas para hacer efectiva la aplicación de los mecanismos y demás medios preventivos de los accidentes del trabajo y las medidas de seguridad e higiene que considere necesarias.

Art. 46. Se considerarán, desde luego, como medidas generales de indispensable adopción, todas las encaminadas a la seguridad de los obreros en el trabajo que ejecuten, consignadas en el catálogo de mecanismos preventivos de accidentes del trabajo aprobado por Real orden de 2 de agosto de 1900.

Serán también obligatorias las disposiciones preventivas de accidentes que se dicten por consecuencia de las modificaciones a que dieren lugar los progresos de las ciencias y de los procedimientos de trabajo y fabricación, y los preceptos generales sobre higiene de los centros de trabajo relativos a la capacidad superficial y cúbica, ventilación, atmósfera de los talleres, condiciones térmicas e higrométricas y de pureza del aire, limpieza, saneamiento de retretes, alumbrado natural y artificial, etc.

Además de las reglas de seguridad e higiene de carácter general, serán también obligatorias las particulares que se dicten para cada industria.

Art. 47. Será causa de responsabilidad para los patronos el incumplimiento de las medidas de prevención



de accidentes y de higiene del trabajo a que hace referencia este capítulo y las disposiciones que se dicten.

La adopción de las medidas de seguridad e higiene no dispensa al patrono del pago de las indemnizaciones legales, teniéndose en cuenta únicamente para apreciar la responsabilidad civil o criminal que pudiera existir.

La adopción de cualquier clase de medio preventivo para disminuir el riesgo de cada trabajo, se aplicará con la mira de defender también al obrero contra las imprudencias, que son consecuencia del ejercicio continuado de un trabajo que, por sí o por las circunstancias de su ejecución, puede ser peligroso.

Art. 48. La falta de medidas preventivas en el grado e importancia determinados por el Reglamento y las demás disposiciones complementarias que puedan dictarse, así como el incumplimiento de los preceptos del Real decreto de 25 de enero de 1908, que clasifica las industrias y trabajos prohibidos, total o parcialmente, a los niños menores de dieciséis años y a las mujeres menores de edad, motivará que se aumenten en una mitad las indemnizaciones que correspondan a los obreros, con independencia de toda clase de responsabilidades.

La prevención de los accidentes es obligatoria en un grado máximo cuando se trate de trabajos realizados por mujeres, cualquiera que sea su edad, o por varones menores de dieciocho años.

Art. 49. Será obligatorio para los patronos colocar en sitio visible de los lugares de trabajo las instrucciones que dicten a los obreros respecto a la evitación de accidentes.

Art. 50. Se declararán faltas de previsión el empleo de máquinas y aparatos en mal estado, la ejecución de una obra o trabajo con medios insuficientes de personal o de material y la utilización de personal inepto en obras peligrosas sin la debida dirección, a no ser que la falta sea directamente imputable al accidentado.

Art. 51. Se organizará en el Ministerio de Trabajo y Previsión un Gabinete de experiencias, en que se conserven, para formar un Museo, los modelos de los mecanismos ideados para prevenir los accidentes del trabajo y en que se ensayen mecanismos nuevos.

médico del patrono o entidad aseguradora y aceptada por el obrero, la Caja no instituirá la renta hasta que la inspección médica dé su conformidad al dictamen.

En los casos en que la incapacidad haya sido declarada por sentencia del Tribunal, la Caja instituirá inmediatamente la renta, que únicamente podrá ser modificada según el concepto señalado para la revisión.

Art. 70. Caso de disconformidad, ya por no conceptuarse el obrero curado o por no estar conforme con la calificación de la inutilidad, el obrero podrá hacer constar su protesta en el acto y nombrar facultativos para que, con los del patrono, practiquen un nuevo reconocimiento, librando la certificación en que conste la conformidad o disconformidad de opiniones, documento que autorizarán con sus firmas todos los profesores actuantes.

Art. 71. En caso de disconformidad se harán tres copias del documento: una para el patrono o entidad aseguradora, otra para el obrero y otra para el delegado del Trabajo o alcalde.

La Autoridad remitirá copia de la certificación y de todos los antecedentes relacionados con ella a la Academia de Medicina más inmediata, que dictaminará definitivamente, y cuando ésta no exista o esté muy distante, y sea preciso reconocer al obrero, podrá sustituirse su dictamen, si éste accediese a ello, por el del subdelegado de Medicina más próximo.

Del dictamen de la Academia o del subdelegado, que serán dirigidos al delegado o alcalde que promueva la consulta, se remitirán por esta dependencia copias al patrono o entidad aseguradora y al obrero.

Art. 72. Si para la debida asistencia del obrero accidentado y su posible curación se considerase imprescindible una intervención quirúrgica y el obrero se negare a someterse a dicha operación, requerida por el patrono o entidad aseguradora, se levantará acta en que se haga constar el requerimiento, la negativa y los informes médicos que se hubieren emitido, enviándose dicha documentación a la Caja Nacional.

Dicha Caja incoará expediente, dando la natural preferencia a los casos estimados más urgentes, y, previo dictamen del facultativo que asistiera al obrero, y, de no estar designado por éste, el que, a efectos del expe-



# Caldas de Oviedo

Aguas oligometálicas,  
muy radiactivas. Tem-  
peratura 43°. Enferme-

dades 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

### Aguas de MARMOLEJO

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

De creciente éxito en el tratamiento de enfermos de  
**estómago, hígado, bazo, riñones, vejiga, intes-  
tinos, diabetes sacarina, cloro - anemia. Ar-  
terioesclerosis, etc.**

2.<sup>a</sup> temporada de 1.º de Septiembre a 15 de Noviembre.  
Estación de ferrocarril a siete horas de Madrid y cuatro de Sevilla.

Alquitranada la carretera que conduce a los manantiales.

**Gran Hotel del Balneario. — Todo confort.**

Pedidos de boletines e informes al señor Gerente, en

**MARMOLEJO (Jaén).**

### ALZOLA

(Guipúzcoa)

Oligo metálica, marcadamente litínica,  
radioactiva, 30°

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

Temporada:

15 de junio al 15 de octubre.

### Balneario de Carlos III

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

Médico-director en propiedad: Excmo. Sr. D. Victor M.<sup>a</sup> 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**

### Establecimiento Balneario de Arnedillo (Logroño)

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

**ESPECIALISIMAS** para la curación del artrismo  
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 ve-  
geto minerales, únicos en España.

**HOTEL DEL BALNEARIO,** precios mode-  
rados, exce-  
lente 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.

# CESTONA

**AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA**  
(S. A.)

(GUIPÚZCOA) cerca de San Sebastián

## EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Médico-director: Excmo. Sr. D. Amalio Gimeno

Únicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del

**HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, etc. etc.**

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

**Temporada oficial: De 15 de junio a 30 de septiembre**

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

Pídanse noticias directamente a **CESTONA (Guipúzcoa)**

Ayuntamiento de Madrid



# Jugo de carne Valentine's.

El mejor alimento para convalecientes el

JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el  
VALENTINE'S

Para calmar la irritabilidad de estómago durante el embarazo, para restaurar rápidamente las fuerzas vitales cuando hay hemorragias, para sostener y aumentar las fuerzas en largos y extenuados trabajos, el **JUGO VALENTINE'S** se emplea frecuentemente en la

## PRACTICA OBSTETRICA

Dr. E. DULOROT. Médico de partos del Hospital Internacional de París (Francia): "Una joven parturiente, de condición débil, y que sufría perturbaciones de estómago, no podía retener alimento de ningún género, pero le fué fácil asimilar el Jugo Valentine's, dado al principio en dosis pequeñas. La mejoría fué perfectamente visible; la paciente recobró sus fuerzas, y hoy disfruta de perfecta salud."

Dr. JAVIER ORTIZ Y FERRER. Médico de la Beneficencia Municipal de Madrid (España): "El jugo de carne Valentine's ha dado los mejores resultados en casos de debilidad extrema y en la astenia producida por operaciones de término. En algunos casos de tuberculosis restauró las fuerzas exhaustas y en todos los casos en que la extenuación del organismo queda como resultado de una enfermedad."

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América.

**VALENTINE'S MEAT - JUICE Co.**

**Richmond, Virginia, U. S. A.**

Los señores médicos pueden pedir folletos  
conteniendo testimonios clínicos.

Agentes generales para España y sus colonias

**E. DURAN, S. en C.**

Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

## ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

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

Laboratorio EGABRO. - CABRA (Córdoba), España.

## ALMORRANAS



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

## 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.



# TERTULIA MEDICA

## HISTORIA - ARTE - CRITICA

### AMENIDADES

24-VI-1933

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

### Don Bonifacio Ramírez Moreno

A otro lugar de nuestro periódico, al parecer más honorífico, podríamos llevar la triste noticia que en las pre-

además del significado educativo del tema encontrábamos con la mayor pulcritud hechas las más insignificantes correcciones, o cuando él suponía



Dr. D. Bonifacio Ramírez Moreno.

sentes columnas damos al comunicar la muerte de D. Bonifacio Ramírez Moreno; pero D. Bonifacio, desde el primer momento en que se incluyeron las páginas de nuestra TERTULIA MÉDICA, se adhirió con tanto entusiasmo a ellas, que en lo que le permitía su avanzada edad, ochenta y cuatro años actualmente, buscaba para esta sección lo más interesante de sus lecturas; y del producto de su larga y cuidada experiencia y su saber indiscutible nos enviaba composiciones en prosa y verso, siempre todas ellas guiadas con una recta justicia y con un afán educativo y buen orientador, reflejando en ellos su ideal: el bien para todos los demás. Por esto, no pasamos a otro lugar la triste noticia, porque deseamos llenar una parte de las mismas columnas que él ha venido usando, en recuerdo del que las ha venido honrando en diversas ocasiones.

No conocíamos personalmente a D. Bonifacio, ni sabíamos de él íntimamente otras noticias que las que después verán nuestros lectores; pero cuando recibíamos una carta, siempre atenta, escrita con letra clara y segura; un escrito cuyo margen parecía estar confeccionado por pulso seguro y mano de delineante; cuando,

### “MALTOPOL”

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

que el sentido de una frase podía dar lugar al más mínimo roce con otro pensamiento, sus advertencias y sus temores nos revelaban su carácter; un caballero cuya educación segura no fué quebrantada en ninguno de los días de su vida; hombre bondado-

El complejo fósforo vitamínico

**Vitophos**

polvo - tabletas - jarabe

CHEMIROSA IBERICA, S. A.

so, metódico y al mismo tiempo indulgente; dichoso por el progreso de los demás, a los que prestaba su apoyo sin límites, quizá también deseoso de que le correspondieran con la única moneda que a él agradaba; la estimación. D. Bonifacio Ramírez Moreno merecía el respeto que le profesábamos.

(Cuando leemos las noticias que la Prensa de Santander publica, vemos confirmada nuestra idea respecto a D. Bonifacio, pues de él dice, justamente, que reunía “las dotes más esclarecidas del ciudadano sin tacha. Sus sentimientos, netamente cristia-

### Antiséptico Glorógeno Lumen.

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.  
Apartado 22. — Jaén.

nos, y una vida de familia ejemplar, dejan en pos de su memoria una estela gloriosa, que tarde se podrá olvidar”.

“Cursó sus estudios en las Universidades de Salamanca y Valladolid, donde sobresalió por su cultura y aplicación de tal manera, que cerró su carrera con las más brillantes notas. Ejerció la Medicina en varios pueblos de las provincias de Valladolid y León, y retirado finalmente con su familia en Santander, ha pasado sus postreros años dedicado a su ocupación favorita: escribiendo sendos artículos de sociología, medicina y moral en las revistas EL SIGLO MÉDICO, La Ilustración Española y otros muchos periódicos y revistas, en los que su firma siempre fué respetable, por la cultura de su frase clásica, no menos que por el sentimiento de su piedad, nunca jamás desmentida.”

Tenía D. Bonifacio por nuestra revista verdadero amor; nunca podía faltarle un número, que solicitaba con toda rapidez, y habiendo fallecido el día 5 del actual, sabemos que nuestro último número llegó a tiempo para poderle acompañar a su última morada. Tanto era el cariño que profesaba a EL SIGLO MÉDICO.

Muy sinceramente nos unimos al

### ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio  
Frasco e inyectables.

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



dolor de sus hijos doña Angela, don Juan, doña Julia, doña María, doña Concepción y de D. Enrique, así como al de toda su familia, pues de todo corazón sentimos la muerte irremediable de tan buen amigo.

J. G. SICILIA

## CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88.—MADRID

## La vocación médica y el papel social del médico

La medicina no se aprende; ella se entrega al que tiene vocación. Entiéndase en esta frase que el arte de curar necesita, no tanto una cultura científica considerable, o un sentido particular de adivinación, como una comprensión perfecta de la materia que el artista debe trabajar: "el enfermo", ¡el ser humano! Materia admirable que, con sus infinitas variedades, se ofrece al joven estudioso cuyo espíritu penetrado de la función a que se siente atraído, se entusiasma con el pensamiento de conocer el funcionamiento íntimo y de poder un día combatir sus alteraciones y luchar contra la inevitable morbilidad.

El estudiante de vocación, en cuyo cerebro germinan las ideas humanitarias y se regocia por anticipado de poder algún día curar a sus semejantes, hallará como resultado de sus observaciones personales la negación terapéutica, y el escepticismo elegante que afectan la mayoría de sus maestros no es el más aconsejado para afirmar sus convicciones personales. ¿Cómo ha de tener fe en nada?

La orientación presente de la clínica

## CARABAÑA: el mejor purgante

nica médica es tal que enseña a los estudiantes una multiplicidad considerable de enfermos, con caracteres distintos, en apariencia bien estudiados, y que son resultado de una creación artificial más bien que de una observación fiel. Esta evolución del sentido clínico es fácil de comprender. Abrid un tratado de treinta años atrás y encontraréis en la descripción de una enfermedad todos los síntomas y signos que han sido notados o coleccionados en las observaciones o trabajos aparecidos con anterioridad. Así resulta una enfermedad tipo, con la que no tropezaréis nunca en la práctica. Al lado de esta enfermedad monumento, de la que te-

néis que aprenderos los menores signos, se describen formas variadas por mayor o menor virulencia microbiana, localización preferente, etc.

Hoy día como una especie de reacción contra esta agrupación demasiado teórica, se ha fragmentado el monumento-enfermedad en un número considerable de síndromes morbosos que constituye otras tantas formas nuevas, cuya principal característica es llevar el nombre o los nombres—porque el esfuerzo individual es raro en nuestra época—de los que consagraron su tiempo a describirlos.

La enfermedad se ha convertido en un dogma que cada cual puede interpretar a su manera, y el afán analizador de nuestros contemporáneos les lleva a dispersar en una multiplicación de cismas sucesivos lo que sus antepasados se dieron tanto trabajo en reunir.

El médico moderno es un sabio que realiza esfuerzos sobrehumanos por conocer la verdad. Con una conciencia

**YODALGON**  
ARRHENALADO  
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

cia minuciosa, una sinceridad escrupulosa analiza su enfermo, ayudado por las múltiples reacciones de los laboratorios a los cuales confía, acaso precipitadamente, sus dudas. Poco a poco, el laboratorio reemplaza en su juicio el examen clínico; el interés por el examen del paciente desaparece ante el análisis de sus humores, y la terapéutica profiláctica y curativa emplea larga mano, vacunas, sueros, etc. Jamás se habían observado más casos distintos que ahora.

Surgen curanderos por todas partes que explotan la sugestión.

Orgullo científico, escepticismo terapéutico; errores humanos que deben corregirse si el médico quiere recobrar en la sociedad moderna el puesto que tuvo en las antiguas. Sólo él detentaba el poder de curar, sólo él lo ejercía en beneficio de sus semejantes, que le rodeaban de admiraciones y respeto, confiando en su arte; observador fiel, ignoraba sin duda la

ALMORRANAS las cura la

**Morroidina - Monturloi**

Pida muestras a San Bernardo, 60, farmacia

causa de muchos males, pero conocía a fondo al paciente y todos sus esfuerzos tendían a la curación.

Aturdido y asombrado ante las múltiples adquisiciones de la ciencia

moderna, ahogado en la minucia de sus investigaciones analíticas, orgulloso de su sabiduría y escéptico en su aplicación, el médico ha perdido el sentido de su función: curar.

Su vocación no se cumple; no ejerce ya su arte, porque le falta el fuego interior que exalta las fuerzas del

**Testogan<sup>max</sup>**  
"Hunning"  
Neurastenia sexual,  
Impotencia etc.

hombre cuando siente, comprende o crea: la Fe. En nuestra época trastornada, reinando el oro como soberano y siendo el arribismo el método por excelencia de acción, hay que mostrar en toda su grandeza la idea y el pensamiento del hombre dominando el caos actual. Curar, este debe ser el pensamiento único del médico. El enfermo es un hombre y el hombre es un ser pensante. El enfermo tiene una personalidad que el médico de hoy parece ignorar, tere en despreciar el "juego" físico, biológico y psíquico de cada individuo. La anatomía y la histología escrutan las más ínfimas partes del cuerpo humano; la fisiología estudia de todos los órganos sus funciones y reacciones, y, sin embargo, ni la bioquímica celular, ni los sincronismos poliglandulares nos esclarecen el verdadero funcionamiento del ser humano. La silueta es tomada por la persona; la máscara por la realidad.

El hombre es un ser definido, determinado desde su nacimiento y que presenta un conjunto de predisposi-

**Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemio Purgantil (Jarabe de Frutas)**

(Véase anuncio. página XX.)

ciones, de posibilidades buenas o malas, cuya realización dependerá de la dirección u orientación que se le dé. Y esta dirección, esta orientación, es el médico quien debe darlas al enfermo que le consulta. El médico no cumple su misión recetando y venciendo la enfermedad, debe también dirigir al individuo haciéndole conocer sus predisposiciones y sus posibilidades.

DR. LEÓN VANNIER

(De la Revue Scientifique.)

(Continúa en la pág. XX.)



# EUZYMINA MENARINI



Solución titulada de Lecitina y fermentos digestivos.

Fórmula del Prof. CONCETTI, de Roma.

Recomendada en las enfermedades del aparato digestivo de los niños.

La **Euzymina**, por los fermentos que contiene asociados a la Lecitina, no solamente reemplaza las deficiencias del aparato digestivo, sino que estimula las fuerzas zimógenas para mayor actividad funcional.

DOSIS: Para niños de pecho, 10 a 20 gotas después de haber tomado el pecho; para niños de dos años y más, 20 a 30 gotas después de cada comida; para adultos, una cucharadita de café.

Muestras gratis a los señores médicos que las soliciten a los señores

**J. URIACH Y C.<sup>a</sup>, S. A.** — Apartado 632. — **BARCELONA**



## 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

## ¿Usa usted gafas?

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

« **Puntual Cuyás** »

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

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

« **Luxtal** »

que absorben los rayos infrarrojos sin colorear las imágenes.

**SE FABRICAN EN TODAS LAS GRADUACIONES**

Pida folletos explicativos a todos los ópticos de España.



GASTRITIS DOLOROSAS  
HYPERCLORHIDRIA  
ULCERAS

# KAOLINASE

KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

## CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO  
— TIÓ —  
Torrente de las Flores, 73  
BARCELONA

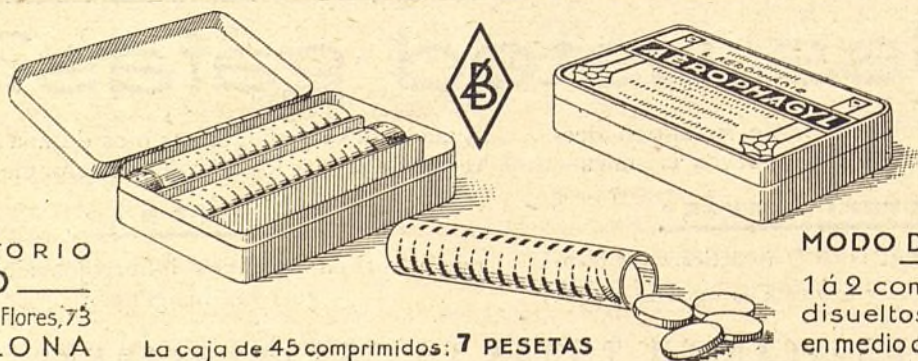


La caja de  
20 dosis  
de 10 gramos  
6 PESETAS

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

INSOMNIOS  
TRASTORNOS CARDÍACOS  
TRASTORNOS NERVIOSOS  
TRASTORNOS PULMONARES

# AÉROPHAGYL



LABORATORIO  
— TIÓ —  
Torrente de las Flores, 73  
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: 7 PESETAS

**MODO DE EMPLEO**  
1 a 2 comprimidos  
disueltos en el agua  
en medio de las comidas



# EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

## PROGRAMA CIENTIFICO

Lema: progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

**SUMARIO.** Sección científica: Heridas contusas desde el punto de vista médico-legal, por el Dr. D. Ricardo Rojo-Villanova y Morales.—La gastrectomía. Sus indicaciones, técnicas y resultados (discusión, final).—Novedades oftalmológicas (en lengua española), por el Dr. M. Renedo.—Periódicos médicos.

### Heridas contusas desde el punto de vista médico-legal

POR EL

DR. RICARDO ROJO-VILLANOVA  
Y MORALES

Catedrático de Medicina legal en la Universidad de Valladolid.

Las contusiones propiamente dichas, tanto superficiales como profundas, se caracterizan porque la piel, dotada de un notable poder de elasticidad, no sufre la menor solución de continuidad, ni aun frente a traumatismos de gran energía, que incluso pueden llegar a lacerar el tejido subcutáneo y hasta resentir y lesionar tejidos y órganos profundos, pero siempre sin seccionar la superficie cutánea. Por el contrario, las heridas contusas son aquellas que, producidas también por instrumentos contundentes, además de contusionar en mayor o menor grado (a veces insignificante), consiguen vencer la elasticidad cutánea, dando lugar a verdaderas y propias heridas, asociadas con fenómenos contusivos más o menos graves—a veces triviales—de la piel o de los tejidos y órganos más profundos. Así, pues, las heridas contusas no son más que contusiones con solución de continuidad, sea heridas mixtas, mezcla de una herida y de una contusión.

#### IRRITACIONES

Las irritaciones cutáneas son los grados más leves de las heridas contusas. La acción traumatizante puede ser única, o repetida por un corto período de tiempo, limitándose por lo general a fugaces trastornos funcionales, sin alteraciones anatómicas. Estas heridas levisimas se producen en la mayoría de los casos por choques imprevistos (puñetazo, bofetada), por presiones continuas sobre un punto determinado y durante un cierto tiempo (transporte de cargas más o menos pesadas), por atriciones y frotamientos de la piel contra objetos de superficies

más o menos toscas (manejo de ciertos instrumentos de trabajo, etc., etc.).

Estas causas y otras análogas suelen determinar una momentánea hipoxemia por compresión y una estimulación de las terminaciones nerviosas del dermis, que subjetivamente se traducen por sensaciones dolorosas y objetivamente por fenómenos de reacción vasomotora (hiperemia, inflamación, etcétera), los cuales desaparecen en pocos minutos, o duran todo lo más pocas horas, siendo raro, y aun excepcional, que tales fenómenos se prolonguen más tiempo. Algunas veces, la irritación por frotamiento continuo durante algún tiempo puede producir una flogosis aséptica con formación de vesículas cutáneas de contenido seroso.

Si la irritación cutánea se repite con breves intervalos durante largo tiempo y siempre en el mismo punto, entonces el estímulo irritativo no se limita a las terminaciones nerviosas del dermis y a los capilares sanguíneos más superficiales, sino que alcanza también, directa o indirectamente, otros elementos profundos del tejido, produciendo trastornos funcionales, asociados con alteraciones anatómicas más o menos aparentes y duraderas. De este modo se producen muchas deformaciones y estigmas profesionales, como las callosidades cutáneas por proliferación celular exagerada con tendencia a la corneificación; los espesamientos del dermis; el endurecimiento del tejido subcutáneo; la producción de lipomas o fibrolipomas en el mismo tejido subcutáneo. A veces, las consecuencias son mucho más graves, pues pueden ser causa de la aparición de neoplasias malignas y en particular de epitelomas y carcinomas. Todas estas alteraciones son de suma importancia, en materia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

#### EXCORIACIONES Y EROSIONES

La excoriación consiste en un levantamiento más o menos extenso del dermis con denudamiento del corión, pudiendo producirse también a veces levantamiento de parte o todo el cuerpo papilar, y aun de la parte reticular del dermis. Cuando se observan



este tipo de lesiones suele ser señal de que el objeto contundente actuó con preferencia por un mecanismo de frotamiento. La erosión no es más que la forma más leve de excoriación, que consiste en una pérdida de substancia que interesa solamente la epidermis sin descubrir el cuerpo papilar.

Aun cuando las excoriaciones y erosiones carecen de importancia desde el punto de vista estrictamente médico o quirúrgico, la tienen extraordinaria desde el punto de vista médico-legal, principalmente cuando radican sobre las mucosas visibles de las aberturas naturales, y, sobre todo, cuando se observan en determinadas partes del cuerpo.

#### SINTOMATOLOGÍA

Desde el punto de vista forense el síntoma objetivo más importante es la *costra*, que puede ser, según los casos, serosa, sero-hemática y hemática.

La *costra serosa* es de color amarillento y reproduce en las erosiones y excoriaciones que dejan intacto el dermis; se debe al derramamiento y desecación de la linfa. La *costra sero-hemática* es de color rojo amarillento, y se produce cuando la lesión alcanza la parte prominente de las papilas dérmicas que están vascularizadas; es debida al hecho de que al mismo tiempo que se derrama la linfa hay un ligero brote de sangre, mezclándose los líquidos y desecándose la mezcla. La *costra hemática* es de color rojo obscuro, y se produce cuando la lesión alcanza profundamente el dermis, siendo entonces mucho más abundante el derramamiento de sangre.

Por lo que se refiere a los síntomas subjetivos, tienen bastante menos importancia desde el punto de vista médico-legal, y se limitan los más importantes a sensaciones de escozor y quemadura y a leve dolor.

#### PRONÓSTICO

En la mayoría de los casos el pronóstico de las excoriaciones y erosiones es muy leve, pues por lo general curan bajo costra y sin cicatrización en unos diez días aproximadamente. No obstante, si la erosión tiene cierta extensión y alguna profundidad, puede observarse durante cierto tiempo la huela, caracterizada por una mancha brillante de color sonrosado. A veces, la erosión o la excoriación, pueden complicarse con procesos infectivos (supuración, erisipela) o ser la puerta de ingreso de infecciones más graves (tétanos, carbunco), pudiendo ocasionar la muerte o huellas y cicatrices permanentes.

#### DIAGNÓSTICO MÉDICO-LEGAL

Desde el punto de vista forense es de gran interés para el perito saber diferenciar las erosiones producidas en vida, de las post-mortem, sobre todo en ciertos casos, que pueden simular casi perfectamente las vitales, y de las excoriaciones producidas en los últimos momentos de la vida, pocos instantes antes del fallecimiento.

Las *excoriaciones en vida* presentan los caracteres objetivos de que acabamos de hablar a propósito de la sintomatología; por lo tanto, su valoración médico-legal habrá de deducirse de los caracteres de la costra,

En las *excoriaciones post-mortem* faltan, como es natural, los fenómenos de reacción vital, sobre todo el derrame de linfa y suero y la hiperhemia cutánea. No se forma, pues, la costra, sino que se evapora la superficie excoriada o erosionada, formando un aspecto coriazco apergaminado de color amarillento.

No obstante, cuando la erosión se produce en un cadáver, sobre una zona hipostática, falta ese aspecto apergaminado característico de las excoriaciones producidas después de la muerte, por la imbibición de los tejidos. En esos casos, como los vasos de las partes declives, contienen sangre, puede brotar ésta al verificarse la erosión, produciéndose la costra característica de las excoriaciones en vida. Lo mismo sucede con los cadáveres expuestos a los ataques de hormigas, cucarachas y otros insectos que pueden presentar roída la epidermis en los ángulos de los ojos, en las ventanas de la nariz, en las comisuras de los labios, en las márgenes del ano o donde quiera que las partes conserven alguna humedad; entonces, por razón de esta humedad, puede cubrirse de serosidad la parte que al disecarse forma una costra más o menos negruzca, que pueden hacer creer en erosiones y excoriaciones anteriores a la muerte.

En las *excoriaciones producidas en los últimos momentos de la vida*, como falta el tiempo necesario para producirse los fenómenos de reacción vital, suelen presentar el mismo aspecto que las post-mortem, lo que hace casi imposible su diferenciación. No obstante, en algunos casos, examinando cuidadosamente y con una lupa la superficie erosionada, pueden observarse pequeños puntos hemorrágicos, en correspondencia con las papilas del dermis, que sirven como criterio de diferenciación.

#### VALOR MÉDICO-LEGAL

El análisis minucioso de las excoriaciones y erosiones tiene gran importancia para el esclarecimiento de muchas cuestiones médico-legales. Los datos más importantes nos serán proporcionados por su localización, su forma y su tamaño.

*Localización.*—Generalmente radican en las partes descubiertas y más asequibles (cara, cuello, manos). También pueden encontrarse en partes habitualmente cubiertas, bien porque las lesiones se produjeron en momentos en que estaban desnudas, bien porque la acción agresiva actuó bajo los vestidos (atentados y ultrajes al pudor) o por encima de los vestidos (atropellos, caídas). De todos modos se observan preferentemente en las partes salientes y en las que se apoyan en resistencias óseas. Presentan particular importancia en los siguientes casos, sobre los cuales su localización proporciona indicios preciosos.

*Atropellos.*—La disposición de las excoriaciones y erosiones nos dirá a menudo la posición del individuo (dorsal, ventral, lateral) en el momento del atropello, y la dirección del vehículo con respecto al eje del cuerpo.

*Arrastramiento.*—La disposición de las excoriaciones, en forma de rasguños más o menos extensos y profundas, pueden indicar la posición del cuerpo de la víctima y en ocasiones hasta la naturaleza del terreno donde se verifica el arrastramiento.

*Sofocación.*—Tanto las tentativas como la sofocación lograda por oclusión de los orificios externos



# ZINOSAL

JUSTE

◀ COLIRIO A BASE DE SULFATO DE ZINC QUIMICAMENTE PURO ▶

Instilación indolora. ~ Aplicación cómoda. ~ Conservación aséptica.



El ZINOSAL, en su nuevo envase, aumenta la eficacia terapéutica del sulfato de zinc y facilita su instilación.



Indicado en la conjuntivitis subaguda diplobacilar o de morax axenfeld y en las conjuntivitis catarrales, crónicas primaverales, etc.

Las indicaciones del Sulfato de Zinc, el ZINOSAL las mejora.

Muestras y literatura al

DEPARTAMENTO MEDICO DEL

LABORATORIO JUSTE - Apartado 9.030. - MADRID

Francisco Navacerrada, 3, hotel. — Teléfono 55.386



GOTAS: en dosis de 10 a 25.  
COMPRIMIDOS: de 3 a 6 por día.  
AMPOLLAS: 5 cc. intravenosas cada dos días.

## Silicyl

Medicación  
de **BASE** y de **RÉGIMEN**  
**Estados Arterioesclerosos**  
y **Carencias Silíceas**

Agente: PLANS-SINTAS Hijos, 136, Provenza, Barcelona. — Laboratorios CAMUSET, 18, rue Ernest Rousselle, Paris.

# PYRÉTHANE

## GOTAS

25 a 50 por dosis - 300 por día (agua bicarbonatada)  
AMPOLLAS A: 2 cc. Antitérmicas.  
AMPOLLAS B: 5 cc. Antineurálgicas.  
1 a 2 al día  
con o sin meditación intercalar por las gotas

**Poderoso Antineurálgico**



# MORRHUËTINE

## JUNGKEN

### CARACTERES ESENCIALES

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

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

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

Eficaz en el  
tratamiento de las *Adenopatías*  
*Linfatismo*  
*Escrofulismo*  
*Raquitismo*  
*Diabetes*  
*Heredosifilis*  
*Ameno y Dismenorrea*  
*Convalecencias*  
*Estados llamados pretuberculosos*



**LABORATORIO MIRABENT BARCELONA**

**ESPECIALIDAD NACIONAL**



de las vías respiratorias, se caracterizan por la presencia de excoriaciones y erosiones en la cara, particularmente acentuadas en boca y nariz, en cuyo caso, y sobre todo si fueran producidas por las uñas, constituyen signo casi patognomónico de la sofocación a mano.

*Atentados al pudor.*—En los casos de violación carnal, ultrajes al pudor, abusos deshonestos, es frecuente encontrar irritaciones, excoriaciones y erosiones producidas por los dedos y las uñas en los órganos genitales y en las regiones próximas.

*Riñas y tentativas de estrangulación.*—En general la presencia de erosiones en las partes habitualmente descubiertas, como cara y manos, suelen ser indicio de lucha. En las luchas y riñas personales suele ser frecuente la estrangulación o su tentativa, observándose entonces la presencia de las huellas correspondientes en las regiones anterior y laterales del cuello. El agresor, o la víctima en casos de defensa, intentan ocluir laringe o tráquea del contrario, comprimiéndolas entre el pulgar y los cuatro últimos dedos, de modo que en los casos típicos se encontrarán a un lado del árbol laringo-traqueal las huellas de los cuatro últimos dedos y en el lado opuesto la impresión del pulgar, con la concavidad dirigida en ambos lados, hacia la línea media. En algunos casos puede determinarse también con qué mano se practicó o intentó la estrangulación; es decir, si el agresor era diestro o zurdo y la posición de éste y su víctima.

*Infanticidio o maniobras de la parturienta.*

En caso de presunto infanticidio suele declarar la madre que encontrándose sola y sin ninguna ayuda en el momento de dar a luz, para ayudar el desprendimiento de cabeza y hombros del feto, ella misma, con sus propias manos tuvo que practicar ciertas maniobras de extracción y a ellas se deben las excoriaciones e irritaciones que presenta el feto en cuero cabelludo, cara y cuello. La disposición de estas huellas permitirá establecer, si es o no atendible dicha explicación dada la posición de la cabeza del feto, a su paso por el estrecho inferior en la presentación de vértice, en caso de automaniobras liberadoras, la concavidad de las huellas de los dedos y las uñas estará dirigida hacia arriba, pero si están dirigidas en varios sentidos y sobre todo en sentido inverso se sospecharán maniobras delictuosas. Huelga decir que este criterio no sirve para los casos de presentación podálica, pues entonces las automaniobras pueden producir huellas de concavidad inferior.

*Forma.*—Las excoriaciones y erosiones pueden ser irregulares o figuradas, pudiendo presentar en este último caso formas variadísimas. Las más importantes desde el punto de vista médico-legal son las siguientes: a) Rozaduras rectangulares de cierta intensidad que reproducen huellas de vehículos (atropel-

los por carruajes en la vía pública). b) Excoriaciones alargadas en forma de cinta (flagelaciones con correas, cinturones, látigos, etc.). c) Excoriaciones que reproducen huellas de calzado (pateamiento, puntapiés). d) Excoriaciones redondas, cuadrangulares, etcétera, que reproducen forma y tamaño de los instrumentos más variados (martillos, planchas). e) Rasguños lineares, múltiples, paralelos, equidistantes entre sí (garras de animales). f) Rasguños similitudinales que reproducen la forma de las uñas humanas.

La forma de las excoriaciones tiene particular importancia, no sólo para reconstruir las circunstancias del hecho, sino que a veces pueden servir también para la identificación del medio agresor. Por esto el perito no se limitará a la descripción escrita o verbal de este tipo de lesiones, sino que a ser posible unirá las fotografías al informe y si no dibujos de tamaño natural, calcando las lesiones.

*Arañazos.*—Entre las distintas formas de excoriaciones antes apuntadas merecen especial mención los arañazos, que generalmente asumen algunas de estas tres formas principales:

1.ª Excoriación lineal, sutil, de forma arqueada, que se produce cuando la uña profundiza en la piel, sin resbalar por su superficie.

2.ª Arañazo corriente sin otra característica que ser más o menos largo, debido a que la uña, sin profundizar, resbala tangencialmente.

3.ª Excoriaciones en rasguño más o menos largo, con margen inicial ligeramente convexo, margen terminal

ligeramente cóncavo y márgenes laterales poco netos. Esto es debido a que la uña, después de profundizar en la piel, resbala con fuerza, siguiendo los movimientos de flexión del dedo pulgar y de tracción de la mano; en tales casos, la anchura del arañazo es aproximadamente igual a la anchura de la uña.

Conviene advertir que en todo caso la tipicidad de la huella de la uña no existe cuando éstas son muy largas o están cortadas en punta. Otras veces la concavidad no corresponde a la cara del lado palmar de la mano como es lo corriente, sino al dorso, lo cual sucede cuando la uña, larga y plegable, se repliega hacia la cara dorsal de la mano.

*Tamaño.*—El tamaño de las excoriaciones varía según el instrumento que las produjo y la modalidad como se produjeron. El tamaño tiene en ocasiones gran importancia para la identificación del instrumento agresor. En excoriaciones producidas por ruedas de vehículos, por la anchura de la lesión, puede deducirse la anchura de la rueda y llegar a la identificación del tipo de vehículo que produjo el atropello (camión, automóvil, bicicleta, etc.). Por las dimensiones de un arañazo es posible a veces determinar el dedo que lo produjo, pues es sabido que las

### Avance de sumario para el número próximo (1 de Julio de 1933)

DR. D. LUIS SOLER Y SOTO.—El tratamiento médico de la tuberculosis genital femenina.

DR. VEGAS.—Concepto de atrofia en el lactante.

DR. JEAN LAVADRÈ.—El jubileo de D'Arsouval.

Sesiones clínicas.—Hospital Provincial y Hospital de Beneficencia general (Princesa).

Bibliografías.

Prensa extractada.

Sección profesional.



uñas normalmente más largas son las de los dedos pulgar y medio y las más cortas, las del anular y meñique; para llegar a una identificación más rigurosa conviene calcar el arañazo y comparar el calco con las huellas de los diversos dedos del presunto agrseor, obtenidas sobre una pasta de modelar.

#### MORDEDURAS

Son de gran importancia médico-legal, pueden ser de animales y humanas; en el primer caso suelen dar lugar a reclamaciones por accidentes del trabajo, y en el segundo caso, constituyen por lo general lesiones dolosas (agresiones, riñas, etc.). Se producen por un mecanismo combinado de compresión y tracción; los dientes, después de haber herido la piel, profundizan por compresión, ejercitando luego una tracción que puede llegar hasta el arrancamiento de las partes mordidas.

#### CARACTERES GENERALES

Las heridas presentan a lo largo de los márgenes las huellas de los dientes, humanos o animales, que las produjeron. Aparte el arrancamiento de trozos de tejidos o de partes prominentes del cuerpo, las mordeduras están caracterizadas por las señales que dejan los dientes, los cuales escorían la piel o la contunden o profundizan en ella, actuando a la manera de instrumentos punzantes o cortantes, según se trate de dientes agudos (caninos) o de dientes cortantes (incisivos), únicas variedades de dientes que suelen entrar en acción, ya que la mordedura se verifica solamente con la parte anterior de la arcada dentaria. Las huellas son de forma semicircular, generalmente múltiples, rodeadas de una zona más o menos contusa y equimótica. Las señales de los dientes están dispuestas en dos series contrapuestas, formando como un doble paréntesis y en cada una las huellas corresponden a la disposición que tienen los dientes en la respectiva arcada dentaria. Así, pues, tomando una impresión de la herida, la figura que se obtenga vendrá a corresponder con el "moulage" de la arcada dentaria de la persona o animal—y aun de una dada persona o de la especie animal—que hubieran producido el mordisco; de este modo se puede llegar a la identificación general e individual específica de la persona o animal que hubieran producido la mordedura.

#### CARACTERES ESPECIALES

El aspecto de las mordeduras es muy diferente, según sean humanas o animales y en este último caso según la especie animal que las haya producido.

*Mordeduras humanas.*—Presentan la forma de una herradura de caballo. Por lo general radican en nariz, orejas, labios, mamezones. Unas veces el agresor pretende desfigurar a la víctima y otras trata de defenderse; es frecuente esta modalidad de agresión en los individuos (principalmente mujeres) que van a ser detenidos por los agentes de la autoridad.

*Mordeduras de animales.*—Son producidas generalmente por los carnívoros y los herbívoros, y las heridas varían según las formas diversas de los dientes. Suelen ser muy dolorosas a causa de su violencia y de las sacudidas del animal, sobre todo cuando la mordedura se prolonga durante algún tiempo.

*Perros.*—Las mordeduras de perros se suelen presentar bajo dos formas. Si el animal no está excitado, muerde sólo con la extremidad del maxilar y no se encuentran sobre la piel más que las huellas de los incisivos o todo lo más ligeras erosiones producidas por los caninos. Si por el contrario, el animal está furioso, muerde con toda la boca llegando a producir un colgajo y hasta el arrancamiento de la parte mordida. Una u otra forma se presentan también según la región donde el animal muerde. Si se trata de una región u órgano de poco espesor, como la mano, por ejemplo, muerde con toda la boca y deja la huella de la totalidad de sus dientes. Si la parte mordida es redondeada, como sucede en la rodilla, entonces el animal muerde de lado. Las mordeduras de perros suelen radicar frecuentemente en las extremidades inferiores, en las manos y en la cara.

*Caballos.*—Suelen ser muy graves. Radican sobre todo en antebrazo, brazo, mano, cara, más raramente en las extremidades inferiores. Las huellas de la mordedura consisten en dos semicírculos, que se miran por su concavidad, que no se encuentran siempre en el mismo eje, pues el maxilar inferior posee acusados movimientos de lateralidad, que acentúan la longitud de su acción. Sólo actúan los incisivos, que prensan los tejidos como en un torno. Si la mordedura es poco profunda el traumatismo no afecta más que a la piel (que presenta sus huellas) y al tejido celular subcutáneo. Si la presión es más fuerte, los dientes pueden penetrar profundamente en los tejidos e incluso triturar músculos y huesos. Siguen el grado de constricción, la huella general es de un color rojo azulado o grisáceo, como apergaminada. Si el animal está furioso puede levantar a la víctima y si los tejidos resisten, golpearle y arrastrarle, observándose, además, en estos casos las lesiones características de golpeamiento y arrastramiento.

Cuando hay arrancamiento de la parte mordida, cosa no muy rara en las mordeduras de estos animales, la herida, por lo general, es irregular con los bordes mascados. No obstante, a veces la sección puede ser neta, lo que puede inducir a pensar erróneamente en mutilaciones voluntarias o por otros mecanismos. Por último conviene tener en cuenta la posibilidad de la simulación de estas mordeduras, con aparatos más o menos ingeniosos, como en el caso descrito por Dufour, que recuerda Brovardel, en su clásico curso de Medicina legal.

*Víboras.*—Las mordeduras de las víboras pueden ser confundidas fácilmente con las de algunos insectos. Presentan dos pequeños cortes paralelos, distante el uno de otro unos cinco milímetros aproximadamente.

#### PRONÓSTICO

Las mordeduras pueden infectarse más fácilmente que otras heridas contusas, ya que en la superficie de los dientes existen casi siempre materiales sépticos. Merecen especial mención algunas complicaciones características, dado el peculiar mecanismo de este tipo de heridas contusas.

En las mordeduras de perros, además de constituir el mecanismo corriente de transmisión de la rabia, las complicaciones más frecuentes son los flemones. Fuera de estas complicaciones, curan rápida-



mente, sobre todo las producidas por perros de pequeña y mediana talla. Por lo que se refiere a las *mordeduras de caballos*, ya hemos dicho antes que por lo general son graves, observándose frecuentemente a fricción de las partes profundas y a veces fracturas de los huesos del antebrazo, trituraciones óseas, con los graves trastornos consiguientes: flemones, gangrenas, septicemias, tétanos, diversos trastornos nerviosos, etc. Las *mordeduras de ratas* son muy graves. Además de constituir el medio de transmisión del sodoku, se acompañan a menudo en los tres o cuatro días siguientes de gangrena gaseosa. Las *mordeduras de serpientes* pueden acarrear la muerte con gran rapidez o producir graves trastornos, según la toxicidad de las ponzoñas segregadas en el momento de morder. Por lo demás, pueden presentar trastornos locales de gravedad muy variable.

#### MORDEDURAS POST-MORTEM

Ciertos animales pueden producir mordeduras sobre el cadáver, mereciendo particular atención las ratas, que inician su trabajo devorador en aquellas partes donde la piel está dotada de abundante tejido adiposo, como son las mejillas, a nivel de la bola de Bichat, el talón, etc. Coutagne ha llamado la atención sobre la disposición redondeada que presentan las mordeduras de ratas en los cadáveres; estos animales roen todo alrededor de ellos en un radio de acción lo más extenso posible, describiendo con su boca un círculo cuyo centro estaría representado por las patas. La línea de sección producida en los cadáveres por los dientes de estos animales es absolutamente neta, a veces rectilínea, como la sección hecha por un cuchillo, siendo preciso el auxilio de la lupa para descubrir las desigualdades producidas por el paso de los dientes. El trabajo de las ratas puede llegar hasta hacer desaparecer todos los tejidos blandos, no dejando más que los huesos.

Estas mordeduras post-mortem se observan sobre todo en los cadáveres de los recién nacidos arrojados en las lefrinas y en los cadáveres abandonados al aire libre. Por lo general, el error es fácil de evitar, pues basta pensar en la posibilidad de estas heridas accidentales. Conviene tener en cuenta que las mordeduras post-mortem no son siempre accidentales, a veces son provocadas intencionadamente con objeto de ocultar un crimen, como sucede en ciertas formas de infanticidio, que después de muerto el recién nacido es arrojado el cadáver a los cerdos, para hacerlos desaparecer o por lo menos ocultar el delito.

Merecen también especial mención las mordeduras accidentales que pueden encontrarse en los cadáveres que han permanecido en el agua del mar o de los ríos, producidas por ciertos peces como los tiburones, por algunos crustáceos como los cangrejos, etc., etc.

#### ARRANCAMIENTOS

Son producidas cuando se ejerce una violenta tracción de la piel y eventualmente de los tejidos subyacentes en una dada parte del cuerpo. Por lo general se trata de partes prominentes, como miembros y sus segmentos, pene, pabellón auricular, etcétera. La discontinuación de los tejidos puede exten-

derse en profundidad hasta llegar a la completa ovulación. Al arrancamiento puede preceder una fase de comprensión por la cual el agente traumático profundiza en los tejidos, ejercitando luego la tracción que produce el arrancamiento; tal es el mecanismo de las heridas producidas por el engranaje de algunas máquinas.

Por lo general se trata de accidentes del trabajo, siendo hoy día mucho más frecuentes que antiguamente, dado el enorme desarrollo del maquinismo industrial; una correa de transmisión que coge la mano de un operario y le arranca un brazo o un dedo. Pueden ser debidas igualmente a un accidente fortuito: una máquina que coge el cabello de una mujer y le arranca todo o parte del cuero cabelludo. También se citan casos de arrancamientos dolosos, como el arrancamiento manual de los genitales masculinos. Por lo general, para que se produzca el arrancamiento de un miembro o una de sus partes se requiere una fuerza variable, en todo caso bastante considerable y una acción siempre continua.

#### CARACTERES GENERALES

Las heridas contusas de arrancamiento postración son de superficie muy irregular, poco sangrantes y de bordes muy irregulares. En la superficie irregular de la sección hacen prominencia restos de tejidos diversos. El estiramiento o la tracción vencen la cohesión de los tejidos y los rompen; pero como éstos oponen diversa resistencia, según su naturaleza y elasticidad, de aquí que la rotura de los diversos planos se verifiquen a distinto nivel y sean más o menos profundas y lejanas del punto de aplicación de la fuerza; la piel cede muchísimo, más aún los tendones, poco los músculos y casi nada los huesos.

Así, por ejemplo, en el arrancamiento de un miembro o alguna de sus partes, que es el caso más frecuente, los tendones se separan de los músculos a veces bastante lejos del punto de la rotura general, no siendo raro en el arrancamiento del pulgar, que se vea en la superficie de la herida, el flexor propio del pulgar a veces en una longitud de varios centímetros; los nervios se suelen desgarrar en puntos más lejanos todavía y aún pueden ser arrancados a nivel de su inserción medular; las arterias se estiran y sus túnicas se rompen sucesivamente, obliterando la luz de los vasos de modo que la hemorragia es poco abundante; la piel, que es la más distensible, se desgarrar la última y en unos casos la sección puede ser neta y en otros los bordes son irregulares, apareciendo la extremidad de los colgajos como deshilachada.

#### PRONÓSTICO

En general estas heridas contusas están caracterizadas por su infectabilidad, favorecida de una parte porque los tejidos contusos que forman los márgenes y el fondo de la herida han perdido su poder de resistencia contra la acción de los gérmenes patógenos, y de otra parte, porque las anfractuosidades de la herida dificultan la desinfección cuidadosa hasta el punto de que el peligro de infección es tanto mayor, cuanto más profunda e irregular es la herida, pudiendo revestir mayor o menor gravedad e incluso llegando en ocasiones hasta producir la



muerte. La muerte puede ser también debida a conmoción y a fenómenos de "schock".

También puede producirse la muerte por hemorragia, pero no es lo frecuente, ya que, como acabamos de decir, estas heridas no se acompañan de gran derramamiento de sangre, pues se suele producir una especie de hemostasia mecánica, por las laceraciones y acortamientos que sufren las tunicas de los vasos y porque, además, la misma irregularidad de la herida dificulta el derramamiento de sangre.

#### HERIDAS POR COMPRESIÓN Y PERCUSIÓN

Las heridas contusas por compresión y percusión pueden ser producidas por diferentes mecanismos. Unas veces, el cuerpo contundente actúa por medio de un ángulo más o menos agudo sin llegar a ser cortante, o por un punto también más o menos agudo, pero sin llegar a ser puntiagudo, de modo que la fuerza del arma o instrumento se concentra en puntos limitados de superficie cutánea y viene con más facilidad la cohesión de las varias capas de la piel. Otras veces, la piel es fuertemente comprimida contra una cresta ósea más o menos afilada (arcada superciliar, cresta anterior de la tibia); en estos casos, la potencia viene ejercida sobre la piel, a lo largo de la línea representada por la cresta ósea, y la piel es herida del interior al exterior.

Las heridas contusas de este tipo pueden ser también producidas por esquirlas o fragmentos del hueso fracturado por el traumatismo. Igualmente suelen ser producidas por compresión de la piel entre la potencia traumática y una resistencia constituida por un plano óseo subyacente; en tales condiciones, la piel, distendida y aplastada entre la potencia y la resistencia que tienden a conjugarse, termina por herirse linealmente, según direcciones, determinadas por la dirección de las fibras elásticas del dermis; a estas heridas se las suele llamar también heridas contusas por explosión.

En ocasiones, la compresión o la percusión pueden ser tan ínfimas, que lleguen a triturar partes esqueléticas, discontinuando en masa, partes blandas y produciendo una verdadera evulsión. En estos casos, los fragmentos óseos, actuando desde dentro, concurren con el cuerpo traumático, que actúa desde fuera, para producir la total separación de partes del cuerpo. Tales caracteres se observan, por lo general, en atropellos y en precipitaciones desde grandes alturas.

#### CARACTERES GENERALES

Son muy variables, observándose una gran irregularidad. Dependen, sobre todo, de la calidad del instrumento, de la intensidad del traumatismo, de la importancia y caracteres de la región, de la dirección del golpe, etc.

Cuando el instrumento actúa con dirección más o menos perpendicular, la forma de la herida es irregular, con bordes dentados, pues los diversos estratos no son discontinuados en un mismo plano, dada su diversa elasticidad. Lo frecuente es que el tejido subcutáneo sea más extensamente lacerado que la piel, de modo que los bordes de la herida cutánea están más o menos despegados. Estos bordes se presentan escoriados y circundados de una zona equi-

mótica, más o menos ancha, distribuida irregularmente sobre el contorno de la herida y debida a supresiones sanguíneas por laceración de los vasos subcutáneos. La profundidad es variable y el fondo irregular, constituido por tejidos mortificados. A veces, ciertos elementos resisten más que otros, permaneciendo tensos, a manera de puente entre las paredes de la profundidad de la herida.

Si el cuerpo contundente actúa oblicuamente respecto al plano de la piel y a veces se desliza al mismo tiempo sobre ella (ruedas, vehículos), se observará un mayor despegamiento de los bordes de la herida, sobre todo en la dirección de la fuerza traumatizante. Este despegamiento puede asumir extensiones notables (arrastramiento, rodamiento). El despegamiento profundo puede combinarse con laceraciones de la piel, dando lugar a colgajos irregulares, con la superficie profunda muy irregular y notablemente mortificada.

Cuando el cuerpo contundente es de superficie extensa, entonces, en las proximidades de la herida, se encontrarán en mayor o en menor número pequeñas excoriaciones, producidas por el frotamiento de la piel al distenderse contra la superficie del cuerpo vulnerante.

Si la piel se distiende al ser aplastada entre la potencia vulnerante y un plano óseo subyacente, se suelen producir heridas alargadas y bastante regulares, con el aspecto de hendiduras lineares, de márgenes netos, que presentan el aspecto de heridas cortantes o inciso-punzantes.

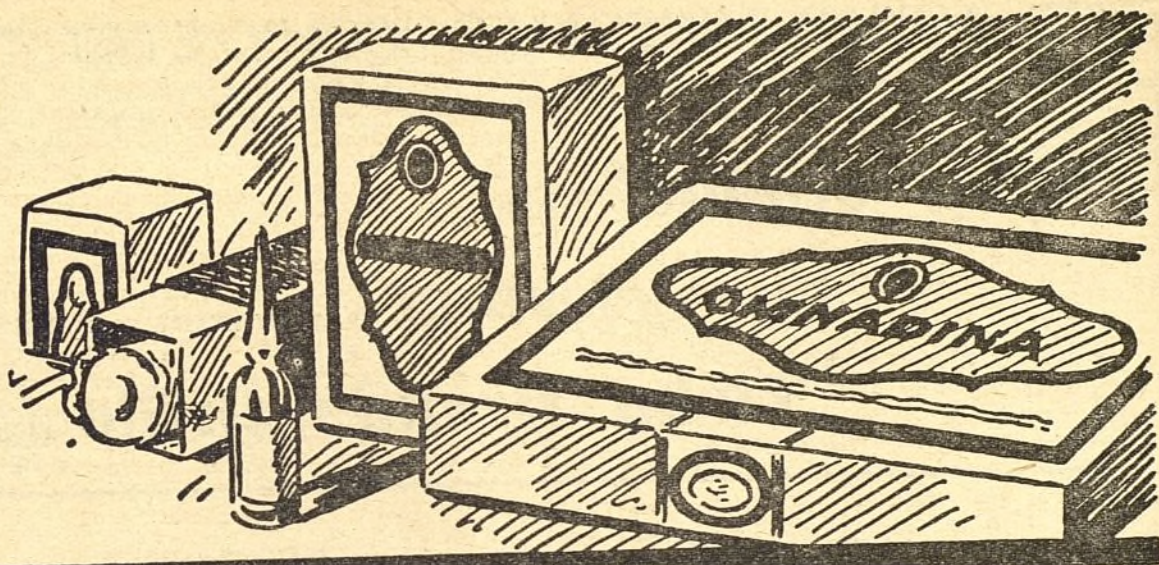
#### DIAGNÓSTICO

Por lo general, suele ser sencillísimo. Solamente, en este último caso que acabamos de señalar, pueden confundirse con el tipo de heridas mencionadas. A un examen superficial, la distinción es a menudo imposible, pero con una observación cuidadosa puede establecerse perfectamente el diagnóstico diferencial entre este tipo de heridas contusas y las heridas producidas por instrumentos cortantes o inciso-punzantes.

En efecto, examinando con una lupa y dejando caer sobre la herida un chorro de agua, con objeto de limpiarla, si ha sido producida con un cuerpo contundente, se verá que los bordes, aun siendo netos, presentan pequeñas, pequeñísimas excoriaciones; este carácter no tiene gran valor diagnóstico, pues puede observarse también en heridas de tipo cortante cuando el instrumento se encuentra poco afilado o está mellado.

Más valor tienen los caracteres de la profundidad de la herida. En efecto, en las lesiones que nos ocupan, se puede encontrar profundamente supresiones sanguíneas del tejido circundante, que no se suelen observar en las heridas cortantes e inciso-punzantes. Por otra parte, aun cuando los márgenes cutáneos puedan ser netos, nunca lo son los de la profundidad, porque a diferencia de lo que ocurre con los instrumentos cortantes e inciso-punzantes, las varias capas de tejidos no son discontinuadas de un modo uniforme y sobre un mismo plano. Además, en la profundidad de la herida aparecen fácilmente, entre un margen y otro, los pequeños puentes que acabamos de mencionar, constituidos por pequeños vasos o trozos de tejidos que escaparon por su





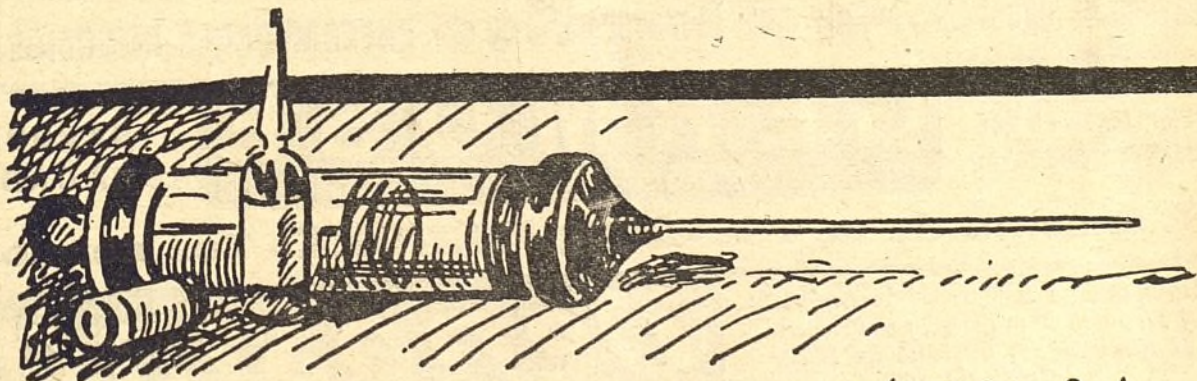
En todas las enfermedades infecciosas se consigue una rápida movilización y exaltación de las defensas orgánicas por medio de la

# OMNADINA

Plenovacuna no específica perfectamente tolerada.  
La Omnadina no produce reacciones violentas.

## OMNADINA

Caja de III y de XII ampollas de 2 cm<sup>3</sup>  
Envase original



LA QUÍMICA COMERCIAL Y FARMACÉUTICA, S. A.  
*Bayer-Meister Lucius*

BARCELONA

APARTADO 280



## AGUAS MINERALES VICHY-ETAT

**Vichy - Hopital** Estómago

**Vichy - Celestins** Vías urinarias. Artritis

**Vichy - Grande - Grille** Hígado

# SAL VICHY-ETAT

para preparar en casa un  
agua alcalina digestiva.

Se expende en cajas  
de 12, 25 y 50 paquetes

**Comprimidos Vichy-Etat**

— la mejor solución alcalino-gaseosa —

**Pastillas Vichy-Etat**

— para todas las afecciones gástricas —

## ESTAFILASA del D<sup>r</sup> DOYEN

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

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

Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.

## MICOLISINA del D<sup>r</sup> DOYEN

2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA  
ESTABILIZADO EN LOS  
EXTRACTOS VEGETALES

## GERMOSE

No Tóxico

SABOR  
AGRADABLE

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

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

## Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS



mayor elasticidad a la acción vulnerante del traumatismo; este signo es un signo patognomónico de este tipo de heridas contusas y de las heridas producidas por instrumentos cortantes y contundentes al mismo tiempo.

#### PRONÓSTICO

Todo lo que dijimos antes, a propósito de las heridas contusas por arrancamiento, puede referirse, en términos generales, a estas heridas contusas producidas por comprensión y percusión. Sólo recordaremos, como carácter especial de estas heridas, en cuanto se refiere al pronóstico, que a veces pueden abrir cavidades esplénicas, como sucede en las de la parte abdominal por atropellos u otros mecanismos.

#### HERIDAS POST-MORTEM

En diversas circunstancias, pueden producirse en el cadáver, de un modo accidental, heridas contusas por un mecanismo de comprensión y percusión. Las de mayor interés médico legal son las que se encuentran en los cadáveres que han permanecido en el agua del mar y de los ríos, producidas por hélices de barcos, quillas, remos, por las ruedas de barcos de vapor, por las irregularidades, piedras u otros objetos del fondo del río, o bien al ser extraído del agua el cadáver de un ahogado. El diagnóstico diferencial no presenta dificultades, pues aparte los conocidos caracteres de las heridas vitales y post-mortem, basta pensar en la posibilidad de estas circunstancias para eliminar toda confusión.

#### LUXACIONES Y FRACTURAS

Las luxaciones pueden producirse por choque directo o indirecto, o por excesiva contracción muscular; por lo general, suelen tener escasa importancia médico-legal. En las fracturas, el perito tendrá en cuenta las principales variedades: directas, cuando se producen en el lugar preciso donde actuó el traumatismo; indirectas, como las que se producen por choque violento, sobre el calcáneo, la palma de la mano, etc.; abiertas, cuando la piel que la recubre está más o menos herida; subcutáneas, cuando radican inmediatamente debajo de la piel; completa, cuando interesa todo el hueso; incompleta, cuando no interesa todo el espesor óseo.

Desde el punto de vista médico-legal, las fracturas más importantes son las de bóveda y base del cráneo, las cuales pueden no estar acompañadas de ninguna lesión de las partes blandas. Pueden deberse por acción indirecta, como, por ejemplo, caída sobre los pies. Téngase siempre en cuenta que fracturas superficiales y aun levisimas fisuras de la base pueden ser mortales. Cuando el individuo sobrevive, pueden presentarse al cabo de cierto tiempo trastornos psíquicos, epilépticos y otras enfermedades, de las cuales es a menudo difícil encontrar la causa.

## La gastrectomía. Sus indicaciones, técnicas y resultados

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

(Conclusión.)

Ante aquellos casos que por error diagnóstico nos encontremos con un estómago sano, después de bien explorado, debemos cerrar la pared abdominal sin más, y sin que se resienta nuestro amor propio de cirujano. Al efecto, relataré en esquema el siguiente caso: Enfermo diagnosticado por médico especialista competente de úlcera gástrica acude a mí con un *ukase* de resección inmediata por no ceder a tratamiento médico, le opero, no encuentro nada y en vista de lo cual cierro. A los pocos días, ocho o diez, reaparecen las molestias y entonces le hago un Wassermann, que es negativo, posteriormente punción lumbar con todas las reacciones positivas de lúes. Tratamiento adecuado antisifilítico y éxito completo. Este caso no necesita comentarios.

Y como fin, diré que el Dr. Bergareche me ha relatado un caso operado por él de resección por úlcera que sangra después de la intervención y que posteriormente comienza con anemia, con reacción esplénica.

No hay tiempo de más; perdonarme esta intervención, que en realidad no tiene más valor que dar fe de mi existencia.

*Dr. J. L. Yagüe Espinosa:* En 1921, al discutir en esta Academia los accidentes de la gastroenterostomía y de la gastrectomía, tuve el honor de presentar los resultados de ambas operaciones; 18 casos operados por diferentes cirujanos. A pesar de que la gastrectomía estaba en sus comienzos, la estadística hablaba en su favor; ya podíamos indicar ventajas de la gastrectomía sobre la gastroenterostomía. Nos mostrábamos partidarios de tal intervención; lo mismo que nos ocurre hoy.

En 1919, con ocasión del Primer Congreso Nacional de Medicina, al discutirse el tratamiento de la úlcera gástrica, mi padre sentaba como indicación quirúrgica la social, que fué negada por varios de los que hoy hablan en su favor y ha sido aceptada por los ponentes.

No podemos ocuparnos de las indicaciones de la gastrectomía; ha sido suficientemente expuesto.

Digamos algo del curso post-operatorio de los gastrectomizados. Estos tardan algún tiempo en adaptarse a la nueva mecánica digestiva; puede oscilar entre seis meses a dos años o más; acusan molestias durante el primer período de esta adaptación; trastornos, en general, que en la mayoría de los casos preocupan al operado y les dirige a un médico o cirujano que no sea el que les operó... Pasado algún tiempo, variable en los enfermos, viene la adaptación completa. Es como en 1921, de nuestra estadística, el gastrectomizado que llevaba más de operado era veinte meses; todos ellos, a excepción de uno que estaba bien, acusaban molestias. En la actualidad están bien; aún sin régimen adecuado (a pesar de aconsejarles constantemente en contrario); hacen su vida ordinaria.



Diferimos de los ponentes en cuanto a las alteraciones que siguen a la gastrectomía. Son frecuentes las anemias perniciosas; no se presentan de inmediato a la intervención; es meses después; la más próxima que hemos visto ha sido tres semanas de la reintervención. Anemia que nos ha hecho pensar en la conveniencia de ensayar, antes de la intervención, por ser su mejor tratamiento, los extractos hepáticos por vía parenteral.

Para combatir la diarrea que se presenta después de la gastrectomía el mejor procedimiento son los fermentos digestivos y los ácidos. Diferimos también de lo dicho en cuanto a este punto. Los resultados mejores en esta diarrea se obtienen con el ácido fosfórico que con el ácido clorhídrico; acaso por la acción tónica del ácido fosfórico. Estos mismos enfermos se modifican con más rapidez, al momento presente, con los extractos de mucosa gástrica que con los fermentos digestivos que antiguamente se empleaban; su empleo tiene el gran inconveniente del elevado precio de las preparaciones comerciales.

Creemos excesivamente precipitado aconsejar a un resecado que a los tres o cuatro días de la operación pueda comer carne, aunque sean blancas, y sobre todo que se le dé carne roja. Se le puede dar carne pasados más días de la operación; nunca en los primeros días. Al gastrectomizado se le debe someter a un régimen alimenticio parecido al del estenosado o dilatado gástrico; comidas cortas; un régimen que tolere bien. Se debe insistir en la inconveniencia de la leche; es alimento que toleran muy mal después de operados y sobre todo las bebidas frías. Estos consejos son esenciales en esta clase de operados; acaso la mayoría de las diarreas profusas de los gastrectomizados obedecen al uso y sobre todo al abuso de las bebidas frías.

También podemos hablar de la intervención en dos tiempos, sobre todo en enfermos debilitados en los que intervenidos de esta manera se obtendrán buenos resultados que acaso fueran fracasos de ser operados en un solo tiempo.

*Dr. Luna Gañán:* Estoy conforme con las conclusiones de los ponentes, a excepción de la tercera que hace referencia a las gastrectomías amplias cuando no es posible extirpar la úlcera duodenal. Somos de opinión, a este respecto, de no hacer la gastrectomía; muy amplia da tantas úlceras yeyunales postoperatorias como la gastroenterostomía. Además la resección muy amplia es de mayor mortalidad que la gastroenterostomía. En estos casos habla todo a ventaja de esta última operación, de la gastroenterostomía.

En cuanto a la técnica operatoria nosotros siempre hacemos gastrectomía previa raquianestesia; ésta tiene la gran ventaja del silencio abdominal. En los operados con raquianestesia, por la parálisis del simpático, se facilitan grandemente las maniobras abdominales; se aumentan las facilidades para la resección gástrica. En nuestros gastrectomizados bajo raquianestesia si al final de la intervención aquejan algo de dolor, en especial al cerrar abdomen, nos basta infiltrar algo el peritoneo con solución de novocaína para proceder a la sutura abdominal sin molestia alguna.

Otro detalle técnico es el empleo de pinzas elás-

ticas, con lo que, además de la seguridad en el cierre de la luz intestinal, evitamos, en lo posible, los peligros de despegamiento mucoso intestinal con la necrosis consecutiva y con ello las hemorragias postoperatorias. Realizada la gastrectomía los enfermos los disponemos sistemáticamente con Murphy, lo que unido a las ventajas de la raquianestesia, en cuanto a vaciamiento intestinal, no vemos complicaciones postoperatorias.

*Dr. Carlos G. Peláez:* De mi experiencia de veinticinco años de vida médica y diecisiete de práctica de cirugía digestiva puedo hacer varias afirmaciones:

1.ª La úlcera gástrica de evolución crónica con crisis recidivantes no se cura más que por gastrectomía. Las crisis repetidas aumentan la gastritis y las lesiones de reacción peritoneal local y a distancia (adherencias, espesamientos plásticos, vesícula, hígado, colon, páncreas y bazo), lesiones que perduran después de la operación y explican las molestias de algunos casos. Recientemente hemos extirpado un bazo con un absceso por úlcera alta de cara posterior cerca de corvadura menor, perforada y penetrada en este órgano junto al borde superior del Páncreas, cuya radiografía presento a vuestro examen. En dos casos he tenido que extirpar posteriormente la vesícula biliar bloqueada por adherencias con síndrome de cólico.

Estas lesiones lo mismo que las graves complicaciones (hemorragia, perforación, degeneración) se evitarán operando precozmente a los ulcerosos cuando las lesiones están localizadas en el sitio de la úlcera, con el mismo criterio que tenemos para la colecistitis y la apendicitis.

Los síndromes dolorosos gástricos de fecha reciente que tratamos con éxito médicamente, como de úlcera gástrica juvenil sin diagnóstico clínico preciso solo de presunción, obedecen generalmente a gastritis alimenticias, tóxicas o medicamentosas con ulceración superficial, mucosas solamente; otras veces son piloroespasmo, hiperclorhidria e hipersecreciones reflejas de otros estados inflamatorios del vientre (anexitis, apendicitis, colitis) o estados psicopáticos. Recuerdo un gran señor arruinado, asistido por casi todos los especialistas de Madrid con diagnóstico de úlcera con crisis de hipersecreción, rebelde a todo tratamiento, que con el florecimiento de un lucrativo negocio durante la guerra, se curó mágicamente.

No hay argumento sólido para asegurar que la úlcera crónica diagnosticable clínicamente con bastante certeza cura médicamente ni por las frecuentes modificaciones a rayos X, ni las alteraciones de quimismo, ni los largos períodos de latencia; nosotros hemos tenido con frecuencia latencias de cinco años y hemos operado algún caso de perforación aguda dado de alta, curado pocos días antes por el justamente renombrado especialista que le trató largo tiempo. Respecto a las cicatrices encontradas en la autopsia y, según testimonio del Dr. Joaquín Alonso, que hace la anatomía patológica en San Carlos con el Dr. Tello desde hace largo tiempo, con la competencia que es sabida, estas cicatrices son siempre de ulceración mucosa superficial, casi siempre sobre gastritis, pero de úlcera crónica no ha visto ninguna. Esto concuerda con nuestra observación de úlceras superficiales mucosas en la zona de



gastritis periulcerosa, donde hay alguna cicatrizada, probablemente como resto de crisis anteriores; pero cicatriz de úlcera crónica, más profunda, con signos ya en serosa no vemos en las piezas de nuestras gastrectomías. Aun en las estrecheces pilóricas muy graduadas que creemos solamente cicatriciales encontramos al abrir punto más o menos reducido de ulceración en actividad.

Otra afirmación. La gastro-enterostomía no cura la úlcera y muchas veces crea nuevas úlceras de boca anastómica.

Después de lo dicho se comprende esto lógicamente; allí queda la lesión con todas sus reacciones y extensiones, persistiendo todos los peligros que obligaron a la operación de los que hemos tenido noticia o reconocido nuevamente. Ni uno sólo de mis operados de gastroenterostomía de otros tiempos ha dejado de tener molestias de crisis ulcerosa más o menos atenuada y más o menos distanciada; otros han muerto de hemorragia, de perforación y de degeneración cancerosa y otros han sido reoperados por úlcera de boca anastómica, complicación más frecuente y grave de la gastroenterostomía. En cambio, esta operación por motivos extragástricos (colecistitis con peri, bloqueo por tumores, adherencias de perivisceritis) no tiene consecuencia desagradables, según nuestra observación.

Para un cirujano experimentado los peligros y la duración de una gastrectomía normal no son superiores a los de una gastroenterostomía.

La gastrectomía está, pues, indicada y precozmente lo mismo en la úlcera que en el cáncer; por ella hemos quitado un pólipo hemorrágico de parte alta de estómago, considerada maligno y con curación perdurable hace diez años.

Hemos practicado una gastrectomía amplia, enorme, por gastritis parenquimatosa hemorrágica de antro y píloro a causa de ingestión de lejía, previa yeyunostomía, cuya pieza conserva el Museo del doctor Tello, en San Carlos.

En el cáncer, a pesar de los fracasos próximos y alejados de numerosos casos, debemos practicarla sistemáticamente, siendo de posibilidad operatoria por estado general y local, pues en otros casos considerados incluso por el análisis histopatológico como de cáncer de gran malignidad, tenemos supervivencias en perfecto estado de ocho y diez años. Hay un límite de difusión que desconocemos y, por lo tanto, no podemos medir.

En las grandes hemorragias persistentes debidas a úlcera creemos que la operación no puede ser otra cosa que una gastrectomía rápida, de más utilidad y seguridad que la ligadura de vasos. Así lo hemos hecho en dos casos con éxito. Afortunadamente en general ceden con indicación médica. La gastrectomía es también la operación de elección en los casos de perforación aguda con estómago vacío o casi vacío dentro de las veinte horas primeras con exudados escasos y localizados en región infrahepática y bolsa renal derecha con buen estado general, así hemos curado de una vez a siete perforados dentro de las diecisiete horas primeras. Se asombra uno de leer en los libros la facilidad con que se aconseja la sutura y la invaginación seromuscular por encima, sin reparar que esto es casi siempre imposible de ejecutar por el acartonamiento inflamatorio

y friabilidad de la región de la úlcera, y si se hace es con manifiesto estrechamiento en la región pilórica duodenal y necesidad precisa de una gastroenterostomía, en cuya caso es siempre preferible una gastrectomía rápida.

Entre los detalles de técnica de la gastrectomía para mejorar los resultados próximos y alejados, consideramos de primer orden la tensión de las suturas, con aplicación siempre de serosa, incluso en las totales, y el trato de la mayor suavidad y delicadeza de las vísceras, para no alterar su revestimiento seroso; ahorrar hasta una gota de sangre; ligaduras perfectas, con el menor muñón posible, para no dejar tejido sin vascularización, que ha de exigir proceso de reacción y organización, lo mismo que los hematomas, y el empleo muy suave de clamps muy flexibles para no traumatizar, isquiemar, aplastar la mucosa, con escara subsiguiente, que al caer dará lugar a hemorragias y nuevas úlceras.

Las úlceras de duodeno inextirpables que quedan con la sutura de cierre duodenal por encima, siguen su evolución, con todos sus peligros, como en la gastroenterostomía. El Dr. Quevedo conoce un caso mío con esta suerte, y conozco dos casos más, de los cuales uno mío y otro del malogrado Dr. Urrutia. En cambio, la úlcera que ha quedado incluida en la sutura prácticamente inutilizada y sin vascularización, no dan consecuencia alguna.

Las diarreas, dolor intestinal, sensación de estómago pequeño, etc., creemos son debidas a vaciamiento rápido del estómago con sobrecarga del yeyuno, a enteritis y colitis por la bebida fría y helada de los primeros días, y la colitis, particularmente a detención prolongada de la sangre derramada en el acto operatorio, con putrefacción subsiguiente. Modernamente vemos muy disminuidas estas molestias estrechando la boca, haciendo isoperistáltica la anastomosis antecólica, evitando los errores de alimentación y cuidados de todo orden, etc.

*Dr. Durbán:* Señores académicos: Quiero unir mi felicitación para los señores ponentes a la de los que me han precedido en el uso de la palabra.

Sólo voy a ocupar vuestra atención durante unos minutos, pues deseo insistir sobre algún punto, a mi juicio de la mayor importancia, de los aquí tratados.

Me refiero al método de anestesia que debemos preferir y al que debemos elegir en cirugía abdominal. Este problema, discutidísimo aquí, ha sido planteado, pero no ha sido comprendido a título de considerarlo resuelto, como hace el Dr. G. B. al decirnos que siempre emplea el éter y al asegurar que no tiene complicaciones con su empleo, cosa bien halagüeña para él y bien rara para nosotros, pues según nuestra corta experiencia personal en cirugía de aparato digestivo, estamos convencidos que son las complicaciones pulmonares unas de las más temibles como consecuencia de la práctica de la resección de estómago.

Consideramos, pues, que existiendo estas complicaciones ningún cirujano de aparato digestivo debe darse por satisfecho por completo con los resultados de la anestesia éterea, pues el ideal a que aspiramos es, sin duda, la anestesia con la que se consiga mantener al enfermo despierto al mismo tiempo que naturalmente, no sufra el menor dolor, y a este ideal corresponde la anestesia local. No aseguramos que



esté suprimido por completo el dolor, pero si creemos que éste es de intensidad perfectamente tolerable, siempre que se desarrolle una técnica en extremo delicada y cuidadosa. Es de notar que una anestesia local practicada por las mismas manos y en igualdad de condiciones da mejor resultado en unos enfermos que en otros, y esto no quiere decir que el efecto anestésico haya sido distinto; lo que pasa y no hay que olvidar es que el estado emocional del enfermo contribuye de modo interesantísimo al resultado de aquel efecto anestésico. Nuestra experiencia, como antes decimos, es corta, pero estas consideraciones las deducimos de la del Dr. Catalina, con el que tenemos el honor de trabajar desde hace varios años, el cual practica sistemáticamente la anestesia local, y de su experiencia deduzco que el buen resultado de la anestesia está en proporción inversa del grado de cultura del enfermo, lo que sin duda indica no que unos enfermos sientan más que otros, sino que unos enfermos están más "entregados" que otros; quizá también la inconsciencia debida a la ignorancia de los enfermos poco cultos motive que toleren mejor este método de anestesia. Por esta razón, es preciso una previa educación del enfermo; es preciso convencer al enfermo de que nos hace falta su ayuda para conseguir un resultado brillante con el método de anestesia local. Al hablar de la necesidad de convencer al enfermo pensaba decir que quizá hubiera sido más cierto hablar de reeducación del enfermo; todos los que se deciden a sufrir una intervención hablan de la anestesia, unos con un gran temor al éter y otros al cloroformo, las dos anestésias que son conocidas de todos. Cuando los enfermos hayan oído hablar de la anestesia local como método corrientemente empleado, creo yo que será mucho más fácil el conseguir que los enfermos se sometan, y sin duda los resultados han de ser todavía superiores.

Decíamos que el dolor es perfectamente tolerable. Nosotros hemos visto muchos enfermos operados por el Dr. Catalina, que aunque habían soportado la intervención, durante el acto operatorio habían dado pruebas de su estado emocional, que no hay que confundir con el dolor, como lo demuestraban los mismos enfermos al asegurarnos que el dolor era tolerable; pero el miedo a que fuese mayor... les hacía quejarse en mayor proporción que la que merecía el sufrimiento soportado.

Creo, pues, que el camino para resolver el problema de la anestesia en cirugía gástrica es el de la anestesia local; que no debemos conformarnos con la anestesia por éter, aunque no se vean complicaciones, como dice el doctor G. B., pues aunque se haya tenido esa suerte la verdad es que existen, y que el método para suprimirlas es el de la anestesia local.

Conforme con la estadística que dan los señores ponentes, no es excesiva la mortalidad del 4 por 100, pues aunque el ideal sería suprimirla, desgraciadamente tenemos que vivir la realidad, y la realidad, a nuestro modesto juicio, es que esa cifra es bien satisfactoria. Yo creo que las cifras de estadística, para que reflejen una enseñanza en lo que se refiere a mortalidad por tratamiento quirúrgico, tienen que ser en estadísticas de gran volumen, en las que se pueda hacer una buena clasificación de casos, no sólo

de casos urgentes tipo perforación, sino de localizaciones de úlceras, por las mayores dificultades que ofrecen unas de otras; habría que distinguir las úlceras perforadas en órganos vecinos, las úlceras con extensas zonas de perigastritis, las úlceras libres, y claro está que de esta manera tiene que ser una estadística muy numerosa para que puedan hacerse esas diferenciaciones. Conforme, pues, con la mortalidad dada por los ponentes.

De acuerdo con suprimir el empleo del clamp en asa yeyunal; basta la compresión de las compresas para que el campo operatorio se mantenga limpio, y con que el ayudante sea diligente y no use por segunda vez una gasa que ha sido aplicada una vez sobre la abertura intestinal o gástrica, y así sin clamp la hemostasia es sin duda más segura, porque a medida que se hace la sutura se va realizando, y según esta técnica la tranquilidad del cirujano es mayor.

*Dr. L. Cardenal:* Ante todo, suscribimos en absoluto las conclusiones presentadas por los ponentes; son aceptables por todos los cirujanos. Solamente algunas consideraciones desde el punto de vista de puntos interesantes sobre el tema.

Desde el punto del problema quirúrgico de la gastrectomía, no hay que hablar; se ha llegado a soluciones concretas. Creemos tiene gran importancia lo referente a la conclusión quinta, en cuanto a la gastrectomía amplia. Todas las modificaciones técnicas de la gastrectomía no tienen importancia; lo que tiene practicar un procedimiento bien hecho y que dé resultados. Es lo que sucede con el Billroth I.

El tratamiento de la úlcera gastroduodenal es quirúrgico, en tanto no se descubra la curación por medicamentos o por la dieta; no hay más remedio que realizar su extirpación. Sucede en la práctica que en todos los casos no es posible hacer la extirpación de la úlcera. En éstos, ¿qué debe hacer el cirujano? Hay dos cosas a hacer. La úlcera gastroduodenal no se puede extirpar o porque esté demasiado baja en región de duodeno, en región no susceptible de extirpación, o bien porque la úlcera esté muy alta, sea marcada su proximidad al cardias. Estos dos problemas ya no lo son; están resueltos. Las estadísticas, tanto de un caso como de otro, tanto de una como de otra circunstancia, son numerosas; han precisado ya lo que debe hacerse; ya sabemos lo que está mandado hacer en el primer caso y en el segundo.

Ante una úlcera duodenal situada demasiado baja, en región no susceptible de extirpación, lo que debemos hacer es la resección gástrica con inclusión; se extirpará el antro pilórico con resección gástrica lo más amplia posible, haciendo o no mucoplastia.

Cuando la úlcera gástrica está alta, está en las proximidades del cardias, también tenemos ya establecida la indicación; está fijado lo que se debe hacer. Los que quieran hacer una extirpación alta de estómago deberán tener muy en cuenta que la mortalidad de esta operación es de 80 a 90 por 100; claro que algunos se curan. Hoy por hoy, lo que debemos aconsejar, y se practica por los cirujanos, es la yeyunostomía y no la gastroenterostomía.

Estas son dos circunstancias, dos clases de enfermos en los que la gastrectomía no se puede realizar; no es posible la extirpación de la úlcera.

Hablemos algo de las consecuencias del trata-





# PIPERAZINA

## MIDY

“EL ANTI-ÚRICO TIPO”

2 a 4 cucharadas de las de café diarias.

# PROVEINASE

## MIDY

EL REGULADOR DE LA CIRCULACIÓN VENOSA

TRASTORNOS DE LA PUBERTAD Y DE LA MENOPAUSIA

2 a 4 comprimidos diarios.

LABORATORIOS DE LA PIPERAZINA MIDY, Aragon 228 - BARCELONA



# **ESTREÑIMIENTO**

**Lactolaxine  
Fydau**

COMPRIMIDOS DE  
FERMENTOS LÁCTICOS  
LAXANTES

COMBATE EL  
ESTREÑIMIENTO  
LA ENTERITIS Y  
SUS CONSECUENCIAS  
RESTABLECE LA  
SENSIBILIDAD  
DE LA MUCOSA  
REEDUCA EL  
INTESTINO

*1 a 3 Comprimidos  
por día.*

MEDICAMENTO LAXANTE  
IDEAL PARA NIÑOS,  
ADULTOS Y ANCIANOS.

**LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS**  
PARIS • FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General  
Napoles 166 BARCELONA

SALVILL



miento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal. ¿Cura el cirujano al ulceroso? Sobre este punto hay una conclusión de los ponentes. Ahora bien, el cirujano debe impedir la aparición de la úlcera yeyunal. Sobre ésta tenemos la opinión de que siempre es debida al cirujano. Hoy día hemos llegado a una situación que no hay dudas. La resección de todo el antro pilórico no va seguida nunca de úlcera yeyunal cuando la gastrectomía se hace por el Billroth I. Aparece alguna que otra vez cuando la resección gástrica se practica por el Billroth II; aparece en gran número cuando se practica la gastroenterostomía o cuando la resección gástrica se hace por otras técnicas. Así que no hay posibilidad de escoger técnica en gastrectomía. Todo ello está reglado y comprobado por numerosas estadísticas.

Otro asunto es la conducta a seguir por el cirujano cuando diagnosticada la úlcera gastroduodenal, por lo indudable del cuadro clínico y los datos radiológicos, no la encuentra en el acto operatorio; tampoco la encuentra aun cuando procede a la abertura del estómago; la úlcera no aparece por ninguna parte. Este sí que es un problema que está todavía sobre el tapete. Todas las demás cuestiones quirúrgicas referentes a úlcera gastroduodenal ya están precisadas.

Hay cirujanos y también médicos que cuando en el acto operatorio para una gastrectomía no se encuentra la úlcera que llevó a él, recomiendan la extirpación del antro pilórico, por ser ésta la porción de estómago que mantiene la secreción gástrica y por ello la sintomatología. Ya hemos dicho que es cuestión a discutir.

Finalmente, punto muy interesante es el de las causas de la muerte post-operatoria. A este respecto los ponentes dan una estadística halagüeña. El 4 por 100 de mortalidad mínima le creemos muy satisfactorio; es una mortalidad ideal; es un éxito llegar a esta proporción. Ahora bien, aun habiendo mejorado en mucho nuestra estadística, no llegamos todavía al 4 por 100.

En la mortalidad post-operatoria existen casos que indiscutiblemente se deben a culpa del cirujano; son muchos; son los casos de hemorragia por haber ligado mal un vaso; el caso de peritonitis por haber empleado seda en malas condiciones de asepsia, etcétera, etc. Pero tengo en mis estadísticas algunos casos, unos cuantos, en los que no he encontrado lesiones en estómago, ni en peritoneo, ni en pulmones, ni en hígado, ni en otros órganos que nos pudieran explicar la muerte. Sería interesantísimo buscar la explicación de estos casos de muerte post-operatoria para llegar a evitarlos.

M. ACEÑA

## Novedades oftalmológicas

(En lengua española)

POR EL

D. R. M. RENE DO

EL SÍNDROME DEL NERVO NASAL

(Doctor Charlin en A. de O. H. A.)

A juzgar por su magnífica obra de "Enfermedades de los ojos" y los variados trabajos que de él hemos leído, posee el ilustre profesor de la Clínica Oftalmo-

lógica de Santiago de Chile una sagacidad clínica verdaderamente asombrosa.

El trabajo, o mejor la serie de trabajos, por él publicados con el encabezamiento del tema que tratamos de comentar, confirman la idea expuesta sobre su capacidad médica. Interesa de igual modo al médico práctico que al oculista y al rinólogo, siendo éste el motivo de que nosotros queramos contribuir a difundir el conocimiento del llamado *síndrome del nervio nasal*.

Este síndrome se caracteriza por crisis dolorosas oculares de una violencia extrema sin proporción con la afección ocular aparentemente causal y por una enorme hidrorrea nasal.

El terrible dolor ocular y orbitario se acompaña de lesiones oculares discretas—una pequeña úlcera, a veces una erosión sólo apreciable con el microscopio corneal, una iritis leve, etcétera—. Es decir, gran sintomatología ocular subjetiva y escasa objetiva.

En nariz ocurre lo contrario; escasos o nulos dolores con marcada congestión de pituitaria y gran secreción en la fosa nasal correspondiente al ojo enfermo.

Los pacientes acusan dos puntos neurálgicos espontáneos o provocados: el nasolobar sobre el ala de la nariz, que corresponde al pincel cutáneo del nasal interno que emerge a esta altura, y el nasal externo en la piel del ángulo orbitario supero interno, por donde emergen las fibrillas terminales del nasal externo.

Otras alteraciones cutáneas, más variadas en los diferentes casos, también en las zonas tributarias de las dos ramas nerviosas a que nos venimos refiriendo, pueden observarse. Unas veces son simples hiperestesias más o menos extensas; otras trastornos vasculares; formación de vesiculitas del aspecto de las herpéticas, etcétera.

Ahora bien; este proceso con tan escasos síntomas objetivos de polo anterior y tan ruidoso cuadro subjetivo es rebelde a todo tratamiento ocular corriente; en cambio, desaparece, y se colma como por encanto en un gran número de casos, aplicando un tapón empapado con una solución de cocaína-adrenalina en la región anterior de la fosa nasal innervada por el nasal.

Por parte de nariz es frecuente el apreciar antiguas lesiones, desviaciones o espigas de tabique, hipertrofia de cornetes, etc., siendo lo más corriente exista una *hidrorrea e hipersensibilidad y congestión*, dominando en el tercio anterior de la cavidad; es decir, en el territorio del nasal, y más especialmente en la cabeza del cornete inferior, a diferencia de lo que ocurre en el síndrome del ganglio eseno-palatino, en el que la congestión afecta más bien a la cola del cornete medio.

Como veremos después, ni en todos los casos el cuadro clínico es tan puro, ni el efecto de la cura cocadrenalina es siempre el mismo, puesto que la etiología puede ser bien distinta y el grado de las lesiones provocadoras de la irritación de los filetes nerviosos del nasal bien diferente.

¿Cómo explicar el complejo sintomático y su rápida mejora con la cura cocadrenalina?

Basta recordar que la sensibilidad íntegra del globo ocular está bajo la dependencia del nasal (ciliares largos directos y los cortos procedentes del ganglio oftálmico, cuya raíz sensitiva es una rama del nasal), que también inerva la parte anterior de pituitaria (n. interno) y remata en pinceles cutáneos en el dorso de la nariz (n. nasolobar) y en ángulo superointerno de órbita.

Pensando ahora en el trayecto del nasal, veremos que el punto débil ha de ser el agujero orbitario interno anterior por donde pasa de órbita a fosa nasal y labrado en el laberinto etmoidal, territorio apto para congestiones, infección a inflamaciones.

Cuando se trate de una alteración puramente congestiva, se comprende que la vasoconstricción coca-



drenalinica pueda liberar el nervio comprimido en el túnel óseo, normalizando su función y cesando los síntomas, tanto los oculares como los nasales.

Pero el problema no siempre es tan simple como acabamos de exponer. Nos encontraremos casos de *síndrome del nervio nasal* en los que o bien la mejoría obtenida con la aplicación del tapón de cocaína-adrenalina será pasajera o de acción escasa y aun nula. Ello nos indicará que no se trata de una sencilla congestión, sino de una alteración más importante, cuya etiología deberemos buscar (neuritis de causa general tóxica o infecciosa). En todo caso, la exploración de nariz servirá, a menudo, para descubrir una espina irritativa—desviación o espolón de tabique, hipertrofia de cornete, etc.—que habremos de tratar inmediatamente, porque a veces puede obtenerse así un éxito rápido y definitivo, remitiéndonos a los resultados de la exploración general para el tratamiento ulterior (lúes, diabetes, gripe, tuberculosis, etc., etc.).

Ahora bien; parece inexplicable el que un síndrome que el autor afirma ser bastante frecuente haya pasado desapercibido para todos, y aún después de sus comunicaciones sigan siendo excepcionales los casos recogidos.

Por nuestra parte, hemos de afirmar que a partir de su primer trabajo, aparecido hace ya cerca de dos años, jamás hemos dejado de explorar a nuestros enfermos de polo anterior en busca de los síndromes nasales y de los puntos nasolobar y fronto nasal, sin que hasta la fecha hayamos encontrado uno típico. Es cierto que una mujer, presentando una erosión recidivante de córnea, con violento dolor permanente y que se axacerbaba por abscesos, apareciendo con ellos una rubicundez clara de región nasal superior y superciliar interna, mejoró rápidamente tras la aplicación de un tapón de cocadrenalina en parte anterior de fosas nasales; pero ni el interrogatorio nos demostró haber existido hidrorrea ni los puntos nasolobar y nasofrontal eran sensibles a la presión.

Cierto que Charlin en sus últimos artículos señala el hecho de que de la tríada sintomática ocular, nasal y neurálgica puede sólo aparecer manifiesto uno de los elementos, siendo tan ligeros los demás que sólo un examen profundo y la insistencia en la investigación anamnéstica podrá descubrir.

Existen también formas que pueden señalarse como larvadas y que posiblemente son las más frecuentes.

En ciertos casos la sintomatología es, sobre todo, ocular, estando la nasal apenas esbozada. Cuando sobreviene la crisis ocular puede haber ya desanarecido el romadizo, persistiendo únicamente hipersensibilidad, rubicundez y ligera hipersecreción en el territorio pituitario del nervio nasal del lado del ojo enfermo. En otros, el romadizo puede preceder en varios días a los fenómenos oculares, siendo únicamente posible el diagnóstico prestando una gran atención al interrogatorio.

También puede describirse una forma nasal aparentemente sin síntomas oculares y una nasal de predominio neurálgico.

En la primera, los síntomas nasales de romadizo, hipersecreción y dolor vago, con frecuencia limitado a región correspondiente a seno frontal del lado afecto, son los únicos apreciables subjetivos y como objetivos congestión de pituitaria, hiperexcitabilidad al contacto del estilete, mostrando también, muy a menudo, una desviación o espolón de tabique. Pero si ante el fracaso del tratamiento aplicado para combatir la supuesta rinitis pura pensamos en la posibilidad de un síndrome del nasal, el descubrimiento de los puntos nasal externo y nasolobar nos aclarará el diagnóstico.

En la nasal neurálgica, el dolor, de preferencia en regiones orbitaria y periorbitaria, es lo que domina, haciendo pensar en una neuralgia esencial del trigémino

e implantando una medicación calmante. Sin embargo, en estos casos hay durante las crisis dolorosas obstrucción nasal e hidrorrea nasal moderada. La aplicación del tapón cocadrenalina en la forma antes indicada nos dará la orientación diagnóstica.

Ha de tenerse en cuenta que el tapón nasal hace pasar el acceso, pero no evita su recidiva, debiendo siempre atender a la espina irritativa—etmoiditis, desviación o espolón de tabique, hipertrofia de cornetes, etc.—o tratar la enfermedad general provocadora de la neuritis.

En los enfermos en que las molestias consecutivas a la aplicación del tapón nasal son muy manifiestas será aconsejable reemplazarlas por la pulverización nasal, que no tiene ningún inconveniente.

#### VALOR DEL ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DE LA CONJUNTIVA COMO EXAMEN PREVIO EN CIRUGÍA OCULAR

*Dr. Camisón, en A. de O. H.-A.*

Nunca pierde actualidad asunto de tal interés práctico, avalorado por la concienzuda exposición que de él hace el autor.

Dejando casi por completo de lado la infección endógena, dedica su atención a la exógena, más importante con mucho, y más evitable. Sin detenerse en las fuentes ostensibles de posible infección, porque su misma evidencia impide proyectar intervención alguna, se refiere a los casos numerosos en que estando todo aparentemente en orden, y aun habiendo sido negativa la investigación de gérmenes en frotis, pueden seguir a una intervención desde la iritis fugaz, signo de infección mínima, hasta la fulminante panoftalmia.

Si el análisis de las lágrimas o secreción conjuntival por medio de frotis—bien se tome el producto directamente con el asa de platino o bien siguiendo la técnica de Morax con la pipeta capilar—no nos ofrece garantía suficiente, es forzoso elegir otras técnicas más sensibles y seguras.

La de Elschmig, que nosotros seguimos en nuestro servicio de modo sistemático desde hace años, señala una verdadera conquista para la profilaxis quirúrgica. Consiste en instilar en fondo de saco conjuntival una gota de un cultivo líquido compuesto de una parte de suero de caballo y dos de caldo no adicionado de fenol, recogiendo momentos después con una pipeta capilar y vertiéndolo en el tubo de cultivo que se lleva a la estufa para de las colonias desarrolladas hacer frotis de investigación.

Una modificación hacemos nosotros a esta técnica, que el autor señala, y es la de servirnos para la instalación de caldo ordinario, pero haciendo la siembra en medio sólido—agar sangre o agar ascitis, medios favorables al desarrollo del pneumococo germen de vitalísimo interés para el oculista—. Con ello el estudio microscópico de las colonias es posible y podemos hacer frotis de los distintos tipos desarrollados.

La técnica de Wissmann no es más que una modificación de la de Elschmig.

La de Lindner, que, sin profundizar en el terreno bacteriológico es la más científica, ofrece dificultades que han de impedir se extienda en la práctica. Con una espátula de platino se hace un cuidadoso raspado en zonas diversas de conjuntiva, especialmente en la bulbar, donde, según Lindner, anidan mayor cantidad de gérmenes, haciendo una siembra del producto de este raspado, que no será demasiado superficial, pero evitando aparezca sangre.

Con las dos últimas técnicas ha quedado demostrado de manera palmaria que un tanto por ciento de conjuntivas con todas la apariencias clínicas de normalidad albergan gérmenes patógenos para el globo ocular que no podían ser descubiertos con las técnicas corrientes,



confirmándose además el hecho sostenido por Axenfeld y su escuela de que la conjuntiva estéril no existe o ello constituye una excepción.

De los gérmenes que encontramos en la conjuntiva podemos considerar como prácticamente no patógenos—en sentido quirúrgico—los bacilos de Xerosis, pseudo-diférico y Morax-Axenfeld, proteus vulgaris y sarcinas, siendo los que preocupan al oculista el estafilo, estrepto y pneumococo.

Hasta no hace mucho se concedió escasa importancia al estafilococo en cirugía ocular, concepto que ha cambiado al quedar demostrado que este germen se desarrolla bien en cultivos de humor acuoso, procedentes de enfermos operados de catarata y afectos de inflamación de segmento anterior, y al encontrar al estafilococo en algún caso de panofalmía.

Es cierto que el aureus es más virulento (para Imre lo sería tanto como el mismo pneumococo); pero las formas hemolíticas del albus no dejan de ofrecer también un serio peligro para el globo ocular a diferencia del albus no hemolítico, que podemos catalogar como no patógeno para el ojo.

Ahora bien, en más de un 90 por 100 de sujetos se encuentra el estafilococo albus y en una mitad de los casos el aureus.

Significación esencial en oftalmología tienen, como es sabido, el estreptococo y el pneumococo.

La frecuencia de estos dos gérmenes en el saco conjuntival, su poder patógeno para el ojo y la dificultad de diferenciarlos, ha conducido a la idea práctica de considerarlos como análogos en lo que respecta a la profilaxis de la infección endocular en las intervenciones en que ha de abrirse el globo, y cuyo tipo es la operación de la catarata. Elschnig, para acentuar las analogías entre ambos, llega a hablar únicamente del *estreptoneumococo*, siendo muchos los que consideran que ante una cadena de cocos debe procederse como si fueran pneumococos.

Uno u otro, o ambos gérmenes se encuentran en un 30 a 40 por 100 de conjuntivas normales, debiendo tener en cuenta que con las siembras hechas del modo corriente—toma con el asa de partículas de secreción o lágrimas de saco conjuntival y depósito inmediato en el tubo de cultivo—la proporción de cocos positivos es menor, proporción que aumenta si la siembra se hace siguiendo la técnica de Elschnig y que llega a su máximo con la de Lindner, seguramente porque a menudo el pneumococo asiente en el epitelio y no sea asequible a la técnica de Elschnig, que sólo puede recoger los gérmenes libres o muy débilmente adheridos.

En todo caso quedan como hechos evidentes y de importancia práctica la virulencia de muchos estafilococos (aureus y albus hemolítico), la frecuencia de éstos y del estreptoneumococo en conjuntivas aparentemente normales, siendo el porcentaje positivo mayor siguiendo las técnicas de Elschnig y de Lindner, que deben desplazar de nuestras clínicas a la siembra con el asa, de garantía francamente menor, a pesar de que quizá por un poco de rutina continúa siendo la habitual en la investigación bacteriológica obligada antes de proceder a abrir el globo ocular.

#### PRÁCTICA Y BIOLOGÍA DE LAS PLASTIAS

Dr. Leoz, en A. de O. H.-A.

Bien enfocado ha de considerarse un estudio sobre biología de las plastias si, como con gran acierto hace el autor, lo encabeza al modo de pensar de nuestro Cajal y sigue los rumbos científicos señalados por el gran maestro sobre las transplantaciones orgánicas.

Esencial es el hecho de que ciertas células poco diferenciadas disfrutan de relativa autonomía, como lo demuestra su capacidad de convivencia con las de otro

organismo de condiciones físico-químicas algo diferentes.

También lo es el que los tejidos son tanto más aptos para el injerto cuanto más desgaste y regeneraciones tiene que sufrir en la vida (epidermis, tejido conjuntivo de piel y mucosas), siéndolo el máximo los que siendo estables llevan en sí propios gérmenes embrionarios (cartilago, huesos, médula ósea). En cambio, los más diferenciados (muscular, nervioso), no son injertables.

Los tejidos tegumentarios aptos para injertos se transforman fácilmente y según el uso de la región donde se inserten; al contrario ocurre con los endotelios, que ni se transforman ni son recomendables para plastias.

Abandonado, justamente, el injerto de epitelio córneo ha sido sustituido por otros, comprendiendo la zona germinativa de Malpigio y aun la papilar del dermis (dermo-epidérmicos), eligiendo piel fina, sin pelo ni grasa, siendo esta clase de injertos las más corrientes en la práctica oftalmológica.

Haciendo un estudio extenso y detallado de los injertos de cartilago, osteoperióstico, adiposo, de tejido de cicatriz, glandular, nervioso, etc., sintetiza los conocimientos clásicos y sus experiencias en las siguientes conclusiones que resumimos:

- 1.<sup>a</sup> Deben emplearse tejidos vivos recogidos, de preferencia, en el mismo acto quirúrgico.
- 2.<sup>a</sup> En superficies extensas, ulceradas o cruentas, son preferibles plastias sucesivas y ordenadas. Las dimensiones de cada injerto no deben sobrepasar los 10 centímetros cuadrados.
- 3.<sup>a</sup> Fuera de casos excepcionales preferiremos las autoplastias.
- 4.<sup>a</sup> Por la retracción que sufre todo tejido transplantado el injerto ha de tallarse de un tercio mayor que la superficie a recubrir.
- 5.<sup>a</sup> La grasa, piel arrollada y cartilago, podrán emplearse sólo para operaciones de relleno. En las demás nos serviremos de piel y mucosas limpias de pániculo adiposo.
- 6.<sup>a</sup> Para hacer la plastia debe aprovecharse el mejor estado de nutrición y funcional de la zona afecta, evitando en los traumas recientes las fases en que aún subsisten reliquias sépticas, o de neurosis y de eliminación, siendo preferible recurrir más tarde a un avivamiento o preparación conveniente.
- 7.<sup>a</sup> Debe procurarse una perfecta adaptación de los bordes del injerto y del patrón. Hecha una hemostasia completa procederemos a la sutura fina, prolija, entrecortada y superficial.
- 8.<sup>a</sup> La irrigación e inervación vitalizadoras del injerto dependen, principalmente, de la perfecta confrontación de bordes.
- 9.<sup>a</sup> En contra de la costumbre general aconseja cura diaria, cuando menos.
10. Como la hiperemia acrecienta la actividad vital y, por tanto, la exudación plasmática y emigración leucocitaria (fuente primera de nutrición), son convenientes las fomentaciones calientes a cada cura.
11. Aun en el mejor caso, sólo se consigue con las plastias un resultado anatómico, siendo una casualidad se restablezca la función. No es raro que los injertos sólo vivan el tiempo necesario para que los elementos propios de la región terminen la cicatrización o regeneración, siendo aquéllos, por último, reabsorbidos totalmente.
12. De mediana utilidad son las homoplastias y nula la de las heteroplastias.

#### SOBRE TRATAMIENTO DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA

A. de O. H.-A.

Aun sin ajustarse por completo al título que encabeza, podemos agrupar en este comentario una serie de



trabajos aparecidos en el transcurso del año, ya que fundamentalmente de terapéutica del desprendimiento se trata. Al dar, pues, unidos los artículos de los doctores Amsler, Sourdille y Arruga, creemos facilitar al lector la comprensión del problema, que tiene fija la atención del mundo oftalmológico.

La conferencia de Amsler en la Sociedad de Oftalmología de Cataluña, "Observaciones sobre la operación de Gonin", es un modelo de claridad, de discreción y de convencimiento al mismo tiempo.

Saliendo con nobleza a cortar el paso al abuso ya iniciado hace un año y acentuado a cada momento que pasa, de pretender bautizar con nombres nuevos a técnicas operatorias que diferenciándose en cosas de valor secundario de la operación del profesor de Lausanne siguen la orientación patogénica básica expuesta por este verdadero inventor de la termopunción obliterante, da a la operación de Gonin, aparte su interpretación restringida, otra más amplia, con lo que sin dejar de valorar los esfuerzos, dignos de todo encomio, realizados por diversos autores para mejorar la técnica, recaba para Gonin los máximos honores que merece.

Amsler considera que "operación de Gonin" ha de llamarse en sentido amplio a toda intervención quirúrgica, sea cualquiera su técnica, que tienda (1) y que logre obliterar los desgarros retinianos.

Para él, practicar un Gonin es buscar, encontrar, identificar, localizar, alcanzar y obliterar un desgarro retiniano, bien sea el agente de esta obliteración el Paquelin, electrocauterio, quemadura química o electrocoagulación, importando también poco su modo de acción localizada o en superficie. Se ha hecho un "Gonin" cuando de uno u otro modo se ha realizado la obliteración de un desgarro retiniano.

Sin darle el carácter de dogma infalible, es bien categórico Gonin en su concepción patogénica: *el desgarro de la retina procede y provoca el desprendimiento*. Obliterarle será curar la enfermedad.

Sin negar que en determinados casos el tejido retiniano puede desgarrarse bajo la influencia de procesos de degeneración propia más o menos independientes de la acción del cuerpo vítreo, cree Gonin que, de ordinario, los procesos histopatológicos que los provocan se desarrollan delante de la retina en el cuerpo vítreo, en el que, fluidificado y retraído, aparecen bridas que, estableciendo adherencias anormales localizadas o difusas con la retina, ejercen una tracción sobre esta membrana y la desgarran.

Si pretendemos ocultar el desgarro hay primero que descubrirle y localizarle, trabajo delicado, difícil, a pesar de los medios técnicos cada día más perfeccionados de que disponemos.

En la Clínica de Lausanne, la localización se hace con medios técnicos muy sencillos, que es forzoso reconocer dejan una buena parte al coeficiente de capacidad o hábito personal, habiendo numerosos autores construido aparatos e ideado dispositivos precisamente para obviar este inconveniente (Guist, Fischer, Webe, Clausen, Arruga, Basterra, Jess, etc.).

(1) Al lector interesado en este importante problema recomendamos la lectura de las Actas del Congreso de la Sociedad Alemana de Oftalmología del año 1932, en las que aparecen varios trabajos relacionados con el tema, trabajos que por su actualidad comentamos en su día en estas columnas, contando con la venia del *Siglo Médico*. Los métodos y procedimientos de localización de desgarros en los últimos dos años son numerosos y muchos de ellos tan poco apropiados por estos comentarios, que con dificultad se prestan a un resumen aprovechable dada la obligada limitación de espacio que en una revista general han de tener nuestros artículos dedicados, de preferencia, al médico práctico.

Aún aconsejamos al lector espere la aparición de las Actas del próximo Congreso Internacional de Oftalmología que ha de celebrarse en Madrid el próximo abril, y en el que una de las ponencias sostenidas por los doctores Arruga, Ovío y Vogt, versará sobre "Desprendimiento de retina". La actualidad de la materia y el prestigio de los mantenedores garantizan, de antemano, el gran valor científico que concedemos a la labor a desarrollar en la aludida reunión.

Para actuar con el Paquelin o con el galvanocauterio ordinario se comprende que es preciso hacer una localización exacta del desgarro, puesto que tienen que actuar directamente sobre él. En cambio, si elegimos como procedimiento de obturación el de la cauterización química, como la práctica Guist, nos podemos contentar con una localización más grosera, ya que actuamos sobre una superficie bastante extensa.

Para Gonin la acción de la termopunción obliterante se descompondría en tres hechos: fijar la retina, por una cicatriz, a la pared del globo ocular; obturar el desgarro, y, por fin, destruir un foco patológico que interesa a retina, coroides y vítreo.

Frente a la idea de Gonin, que pretende destruir con el termo adherencias corio-retino-vítreas, otros varios autores culpan precisamente al Paquelin de provocar adherencia entre vítreo y retina, que serían causa de las recidivas de desprendimiento.

Pero la realidad se encarga de responder a objeciones teóricas, aunque sean bien fundamentadas, y lo cierto es que el ojo tolera perfectamente una intervención que se estaría tentado de calificar de brutal y que, además, por rara excepción se ven al nivel de una cicatriz de termopunción, tractus vítreos comparables a las bridas consecutivas, por ejemplo, a la penetración de un cuerpo extraño.

Las pérdidas de vítreo en cantidad que pueda ofrecer peligro, tampoco es justo achacarlas a la termopunción.

Pero aun cuando se lograra obturar el desgarro sin necesidad de perforar las membranas oculares, como parece conseguirse con la cauterización química, al hacerlo habríamos practicado "un Gonin", puesto que en todo caso se trata de obturar el desgarro.

Ahora bien, para juzgar de los resultados han de tenerse en cuenta tres factores: agudeza visual, campo visual y examen oftalmoscópico, siendo este último el de más valor. Es decir, que reconociendo el interés de la parte funcional, pudiera ocurrir que la agudeza mejor (unos días de reposo en cama puede bastar alguna vez para que la visión aumente, sin que ello nos autorice en modo alguno a aceptar una reeplicación de la retina) o el campo se extienda, y en cambio afirmemos el fracaso de la intervención, puesto que de lo que se trata en esencia es de lograr que la retina se adhiera. Y viceversa no mejorar agudeza ni campo, aun cuando el desgarro quede obturado y la retina aplicada, como puede ocurrir en determinados casos, y, sin embargo, deben en justicia señalarse como de curación. Mejor aún debemos decir que estos casos nunca debieron ser operados, ya que previamente deben separarse aquéllos en que la reeplicación de la retina no permita esperar una mejoría funcional.

Y con ello queda planteado el gran problema de las indicaciones y contraindicaciones de la operación de Gonin.

Refiriéndonos sólo a los desprendimientos que hemos convenido en llamar idiopáticos, comenzaremos por señalar el interés de la anamnesis, relativa a la fecha del desprendimiento, puesto que las probabilidades de éxito serán tanto mayores cuanto más precoz sea la intervención.

El examen oftalmoscópico empezará con el espejo plano para explorar el resplandor pupilar en todas las direcciones de la mirada, lo que nos orientará sobre la disposición general del desprendimiento, pasando después a la oftalmoscopia propiamente dicha, imagen invertida y recta, haciendo un esquema topográfico de todo el fondo en superficie y profundidad.

La investigación del desgarro es, muchas veces, larga y difícil, pudiendo ocurrir que una punción diagnóstica le haga visible.

Si por opacidad de medios, resistencia pupilar a la



# IODAMÉLIS

el Especifico  
**CARDIO-VASCULAR  
TOTAL**

Yodoyoduro  
de Potasio

Hamamelidina

en los

**ARTERIOESCLEROSICOS**

Uricemicos  
Hyperviscosos

en los

**HYPERTENSOS VENOSOS**

Cianoticos  
Varicosos



DOSIS :  
20 a 40 gotas,  
tomadas dos  
veces al dia,  
en cada comida

DREVILL

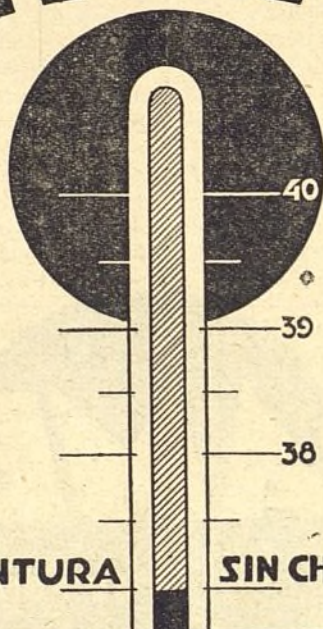
**LABORATOIRES J. LOGEAI** . BOULOGNE-sur-SEINE PRÈS PARIS

**Muestras y literatura: D. Juan Martín. — Madrid - Barcelon**



# EN TODOS LOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS **SEPTICEMINE**

PROVOCA UNA BAJA DE CALENTURA



SIN CHOQUE NI REACCION

**LABORATORIOS CORTIAL .15 BOUL<sup>e</sup> PASTEUR . PARIS**

JUAN MARTIN ALCALA 9. MADRID CONSEJO DE CIENTO 341 BARCELONA

## **TUBERCULOSIS**

**AFECCIONES BRONCO-PULMONARES**

**Gripe, Escrófula, Raquitismo**

## **SOLUCIÓN PAUTAUBERGE**

*al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.*

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

**ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA**

Seca las Secreciones y Cicatriza  
las Lesiones tuberculosas.

**EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE**

Reanima las funciones de Nutrición  
y el estado general.

**L. PAUTAUBERGE**

10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositarlos para España:

Jiménez-Salinas y C.<sup>a</sup>, Barcelona Sagüés, 2 y 4, (S. G.)

## **Lipiodol**

**ADOPTADO EN LOS HOSPITALES**

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

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

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

**FORMAS FARMACÉUTICAS :**

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

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

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

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

*Se halla en todas las buenas farmacias.*

Concesionarios Generales  
para la Exportación :  
**LECZINSKI & C<sup>a</sup>**  
67, Rue de la Victoire  
Paris

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

**LIPIODOL  
LAFAY**

En España : Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcala, 9, Madrid  
y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.

Islas Canarias : B. APOLINARIO, Farmaceutico, Las Palmas.



dilatación, turbidez de vítreo, secuela de inflamación uveal, no es posible descubrir el desgarro, es aconsejable abstenerse de intervenir.

Cuando con buena visibilidad oftalmoscópica no se encuentra la perforación, o quizá no existe, la intervención dependerá de la decisión del enfermo, al que daremos cuenta del problema planteado y de las ventajas y peligros de operar, siendo un factor en contra de la operación la conservación de una agudeza visual relativamente buena.

La categoría más numerosa de desprendimientos es la de aquéllos con desgarro visible, y en la que la operación está indicada, y conseguirá la reapiación de la retina en un buen número de casos. Pero es preciso no olvidar que, aun en los recientes y con todas las apariencias desfavorables, puede ocurrir que no mejoren y aún que se agraven, hasta el punto de acarrear la pérdida de un resto de visión, lo que no quiere decir nada en contra del hecho evidente de que un tercio o más de los casos en que está indicada la intervención curen en el sentido oftalmoscópico a que antes nos referíamos.

Gonin ha abierto una vía difícil, pero que hemos de seguir para, entre todos, ampliarla y mejorarla.

Del criterio patogénico sostenido por Gonin y su escuela, a la que pertenece Amsler, se separa un grupo de oculistas capitaneados por Sourdille, para el cual el desgarro no precede al desprendimiento, sino que es un accidente que aparece o no después del desprendimiento. Alteraciones vasculares de la corioidez que afectan al epitelio pigmentario y, a la vez, provocan una acumulación de líquidos entre corioidez y retina, despegan ambas tunicas oculares (1).

Consecuencia lógica de esta concepción patogénica es la terapéutica propuesta por Sourdille, que no puede negarse cuenta con muchos éxitos, y que consiste en evacuar el líquido interpuesto y provocar una corio-retinitis adhesiva que fije la retina despegada.

Ahora bien: ¿cuál de las dos patogénicas es la cierta y cómo explica cada una de las dos diferentes escuelas la curación obtenida con distintos procedimientos terapéuticos?

La escuela de Gonin se apoya en dos hechos esenciales, resumen de una serie ininterrumpida de bonitos trabajos: 1.º, la presencia en el vítreo de bridas resistentes que, adheridas a una retina alterada, arrancan una porción de ella, por donde pasaría parte del componente líquido del humor al espacio retro-retinal en consonancia con el criterio enunciado por Wecker, en 1870, y sostenido por Leber, en 1882. 2.º, la curación (adosamiento de la retina) una vez logrado obtener el desgarro.

Los casos de curación logrados tras el tratamiento de Sourdille los explica Gonin, porque al pretender provocar la corio-retinitis adhesiva puede, de modo imprevisto, quedar ocluido el desgarro que, sin duda, habría de existir.

Para Sourdille, la formación de bridas en el vítreo es un fenómeno que no precede, sino que sigue al desprendimiento y que se observa en los desprendimientos antiguos. La curación ha seguido de la termopunción y obturación del desgarro (que tampoco es causa, sino consecuencia del desprendimiento, como antes decíamos, y que no siempre existe), se debería únicamente a la corio-retinitis adhesiva a la que la cauterización da lugar.

Aquí quedan dos escuelas frente a frente, perfeccio-

(1) Es bien sabido que el desprendimiento de retina no es, en realidad, una separación de coroides y retina. Es la capa pigmentaria de esta última la que separa de las restantes capas retinianas, pero ha de hacerse constar que el estudio anatómico-patológico demuestra casi siempre en la zona de degeneración retiniana una desaparición completa o casi completa de la capa de conos y bastones, y aun una destrucción de la pigmentaria.

nando cada día sus técnicas, que han abierto un camino pleno de esperanza, sustituyendo el pesimismo con que juzgábamos todo desprendimiento por un optimismo apoyado en los casos de curación comprobada, cuyo número aumenta de modo progresivo.

#### *Técnica operatoria de Sourdille.*

Menos conocida que la de Gonin, motivo en los últimos años de numerosos trabajos aparecidos, tanto en las revistas de la especialidad como en las generales, haremos un breve resumen de ella.

Operación hospitalaria o sanatorial, el enfermo que habrá permanecido unos días en absoluto reposo es transportado a la mesa con el menor movimiento posible. Huelga decir que tendremos a la vista un esquema en el que hayamos señalado todos los datos de fondo y, en especial, el asiento y límites del desprendimiento.

Pasado un hilo en U por el tejido conjuntivo-episcleral perilimbo en el meridiano aproximado al del desgarro, si este existe, nos servirá para fijar el ojo en una posición que nos deje bien expuesta la región sobre la que vamos a intervenir. Con una fina pinza de dientes atraemos la conjuntiva bulbar hacia la córnea para evitar que después de la operación coincidan los puntos de punción en conjuntiva con los de la esclerótica, hundiéndose entonces un cuchillete de Graefe, muy fino, en una profundidad de 10 a 12 mm. para perforar la retina y favoreciendo el paso del líquido subretinal al tejido subconjuntival, haciendo con el cuchillete movimientos lentos y pequeños de torsión.

Es indispensable hacer varias punciones, variando su número con la extensión del desprendimiento. Las punciones deben hacerse hacia el ecuador del ojo, de 14 a 17 mm. del limbo, según la situación del desprendimiento y la refracción del ojo.

Cuando el desprendimiento es inferior, además de las punciones en la zona afecta, deben hacerse una o dos más en la parte superior, sitio inicial, muy a menudo, del desprendimiento indicado, casi siempre por una alteración retiniana. Cambio de color, hemorragia, pigmentación, adelgazamiento o desgarro, pasado el segundo tiempo de la intervención, que consiste en inyectar bajo la conjuntiva 1 a 2 m<sup>3</sup> de una solución de cianuro de mercurio, al milésimo, con novocaína al 2 por 100. Pomada de atropina, morfina y apósito ligeramente apretado sobre ambos ojos.

Si se trata de un desprendimiento bien limitado, o bien cuando después de una tentativa resulta insuficiente la readhesión, pueden hacerse unas punciones con un galvanocauterio fino, que obra, al mismo tiempo, como agente de punción y como medio de irritación corioidea. En estos casos tallaremos previamente un amplio colgajo de conjuntiva, que suturaremos una vez hecha la punción.

De gran importancia para la curación es inmovilizar la cabeza del enfermo, en posición favorable a la reapiación de la retina: decúbito supino con la cabeza ligeramente vuelta hacia atrás, en los desprendimientos superiores; inclinada la cabeza del lado afecto, en los laterales, e inclinada unos 30º hacia delante, en los inferiores, conservando la inmovilización absoluta durante ocho días, guardando cama de tres a seis semanas, según la gravedad del caso. El primer apósito se mantiene cuatro días, cambiándole después los días alternos hasta el décimo, en el que puede hacerse el primer examen oftalmoscópico y cura diaria en lo sucesivo.

La técnica de Lindner-Guist, trepanaciones múltiples en la zona del desprendimiento hechas con el trépano de Elliot, respetando coroides; toque de esta membrana con un lápiz de potasa, neutralizado inmediatamente con ácido acético, o bien empleando soluciones débiles



al 5 y aún al 2 por 100 del mismo álcali, para a continuación y con un instrumento romo (un gancho de estrabismo, por ejemplo), penetrar a través de córoides hasta espacio subretinal para dar salida al vítreo, es un método que más bien se aproxima al de Amsler que al de Gonin, puesto que se trata de provocar una coroiditis adhesiva en una gran extensión, si bien ella actúa al mismo tiempo obturando el desgarro, pero en todo caso respetando el vítreo, como Amsler.

La electro-penetración o diatermo-penetración—punción sirviéndose de corriente de alta frecuencia—se emplea en las dos formas esenciales, bien con electrodo de una sola aguja para obtener el desgarro, bien con electrodos de varias, buscando más bien la producción de la coroiditis adhesiva.

El tiempo ha de decir a cuál de las dos técnicas ha de darse la preferencia, o en qué casos ha de hacerse una u otra.

En este sentido el ya próximo Congreso Internacional de Oftalmología, que se celebrará (1) en Madrid el próximo abril, ha de señalar una época en la terapéutica del desprendimiento, puesto que el primero de los temas oficiales se refiere a este punto, que será desarrollado por personas del relieve científico de Ovio, Vogt y Arruga, siendo, además, seguro que las primeras figuras mundiales aportarán en esa fecha los datos de su experiencia en los últimos meses sobre terapéutica del desprendimiento, asunto que más que ninguno otro apasiona a la oftalmología en estos momentos.

Con los comentarios que anteceden no hemos dado a conocer todo lo que merece divulgarse, publicado en lengua española en el último año; pero exigencias de espacio obligan a detenernos aquí, aplazando la continuación para artículos sucesivos.

N. de la R.

Entre el momento de redactar este artículo y su aparición ha tenido lugar el Congreso a que se alude. En él, en efecto, ha sido el tema seguido con más interés el de desprendimiento de retina habiendo aportado opiniones valiosas congresistas españoles y extranjeros.

Los lectores de EL SIGLO MEDICO tendrán en breve amplias noticias de las ponencias y discusiones sobre asunto tan de actualidad.

## PERIODICOS MEDICOS

### Extranjeros

*Pasteur Vallery-Radot y P. Blamoutier.* ENSAYO DE TRATAMIENTO DE LA URTICARIA, DEL EDEMA DE QUINCKE Y DEL ECZEMA POR UN EXTRACTO ESPLÉNICO DE CERDO, MUY CONCENTRADO.—Los extractos esplénicos han sido ensayados en diversas manifestaciones de la tuberculosis, en especial pulmonar. Los trabajos de Mayr y Moncorps, los de Th. M. Paul han ampliado las indicaciones terapéuticas en varias dermatosis (eczema, urticarias, prurito anal o vulvar).

Conocidos estos trabajos hemos procedido a tratar dieciocho enfermos: doce de urticaria recidivante con o sin edema de Quincke (seis curaron); cinco de eczema crónico (dos curaron); uno de psoriasis, todos rebeldes a las terapéuticas empleadas.

Hemos empleado dos extractos esplénicos: francés y americano; las primeras inyecciones de aquél eran muy dolorosas; purificado, resultó casi indoloro.

Siempre hemos inyectado el producto profundamente, en región retrotrocantérea, región que tolera mejor que la glútea.

La primera inyección es de 2 c. c., para tantear susceptibilidad; las siguientes son de 5 c. c., después, de 10 c. c. Cada centímetro cúbico del preparado corresponde a 10 gramos de bazo de cerdo. En los casos rebeldes elevamos la dosis a 15 c. c., de la que nunca

hemos pasado, si bien nos parece ventajoso y sin inconvenientes elevarla.

En ningún enfermo observamos signos de intolerancia. Aún la inyección de dosis elevada no provoca el menor trastorno.

Las inyecciones se han hecho cada dos días; en casos de lesiones antiguas, extensas o rebeldes, se ha llegado a inyectar diariamente. Siempre fué en serie de 10 a 12 inyecciones, habiendo llegado en algún enfermo a la cuarta serie.

Para explicar la acción del extracto esplénico en las dermatosis, Th. M. Paul se apoya en las experiencias que han demostrado que el bazo produce una sustancia capaz de transformar el tripsinógeno en tripsina. Si esto no se realiza por falta de encima esplénico, las albúminas digestivas pasan a la circulación mal desintegradas, de donde la producción de trastornos cutáneos. Pero Arthus ha demostrado poder trípico en el jugo pancreático, y, según hace observar Mouzon, los esplenectomizados raramente tiene brotes de eczema crónico. Precisa, pues, afirmar que desconocemos la acción de los extractos esplénicos en las dermatosis. No se puede admitir acción proteínoterápica, pues los extractos están desalbuminados. Citemos el hecho y utilicémosle en la práctica. (*Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. Año 46. Núm. 32. 1 diciembre 1930, pág. 1.666).—M. A. C.

*C. A. Luzzatti.* SOBRE LA CITOLOGÍA DE LA EXPECTORACIÓN DEL TUBERCULOSO EN EL CURSO DE NEUMOTÓRAX TERAPÉUTICO.—Se concede especial valor a la citología del esputo en la tuberculosis pulmonar, sobre todo en cuanto hace al pronóstico.

Hemos realizado este estudio durante la colapsoterapia de tuberculosos pulmonares; examen de esputo una vez a la semana, recogido por la mañana previo lavado de boca; extendido con asa de platino y teñido por May-Grünwald y Giemsa, a veces con Pappenheim, previa fijación a seco. También hemos utilizado el método de tinción de Cesaris-Demel.

Hemos observado la presencia de linfocitos y de elementos mononucleares neutrófilos en enfermos con tendencia a la curación; en los casos de agravación observamos esencialmente linfocitos con aumento de polinucleares, todos con profundas alteraciones. (*Tuberculosis*. Roma, noviembre 1930. Vol. XXII, fasc. 11, pág. 473). M. A. C.

*A. J. Schivo.* SHOCK SEUDOSANOCRISÍNICO.—Se suelen atribuir al aurotiosulfato de sodio—quimioauro, aurisa, crisalbina—algunos síncope, cuando en verdad son otras las causas que los producen. Los shock seudosanocrisínicos pueden ser de dos tipos distintos—inmediatos y tardíos.—Unos y otros se producen por productos de naturaleza diferente que se encuentran en el vehículo, dando lugar a los fenómenos de floculación en el medio circulante, si no en la concentración del producto, al no hallarse de acuerdo con el equilibrio osmótico de la sangre.

La sintomatología de este shock tiene—si bien es verdad—ciertos puntos de semejanza con la del verdadero, pero diferenciándose perfectamente una de la otra en que el pseudo-shock se produce con una dosis cualquiera del producto igual mínima, 0,03, que máxima, 0,50, y la real se efectúa a igual dosis para el mismo paciente.

El uno se corrige mediante agua recientemente redestilada en proporción graduada, mientras que el otro persiste, a pesar de este empleo, y tan sólo a veces se reducen sus efectos mediante la desensibilización metálica. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, núm. 7, 16 de febrero de 1933).—JUAN H. SAMPELAYO.



Asociación  
gitalina-Uab

# DIGIBAINE

Reemplaza con ventaja  
la Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE

8, Rue d'Assas  
PARIS VI.

Muestras y  
literaturas:

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



**¡CONTRA  
EL DOLOR!**

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

ACONSEJAD

## CEREBRINO MANDRI

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



## Bactilose

OLIVER  
RODES

PRODUCTO  
DEL PAIS

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

INDICACIONES

*Forunculosis. Septicemias  
Antrax. Escarlatina. Gripe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

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

DEPOSITO GENERAL

VENTA EN  
FARMACIAS

LABORATORIO  
QUÍMICO - FARMACEUTICO  
DEL DR. B. OLIVER Y RODES

CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA

# = 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)



# LABORATORIO FARMACEUTICO

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

Director: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA  
E/SPAÑA

**Jarabe Bebé**

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

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

**Tetradinamo**

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

**Septicemiol**

(INYECTABLE)

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

**Eusistolina**

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

**Mutasán**

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.



el haber anual de 2.750 pesetas; cate-  
goría 2.<sup>a</sup>; 300 familias de beneficen-  
cia y 11.185 habitantes. Concurso li-  
bre de méritos. Selección por Tribu-  
nal. Solicitudes hasta el 15 de julio.

—La de Paterna de la Ribera, se-  
gundo distrito (Cádiz), por jubilación;  
partido judicial de Medina Sidonia;  
2.200 pesetas; 3.<sup>a</sup> categoría; 3.101 ha-  
bitantes y 200 familias de beneficen-  
cia. Méritos y selección por Tribunal.  
Solicitudes hasta el 15 de julio.

—La de Hoz de la Vieja y sus ane-  
jos Cortés de Aragón, Armillas y  
Maicas (Teruel), por renuncia; 3.<sup>a</sup> ca-  
tegoría, con 2.200 habitantes; cinco fa-  
milias y 2.144 habitantes. Concurso li-  
bre de méritos y selección por Tri-  
bunal. Solicitudes hasta 15 de julio.

(Continúa en la pág. XXII.)



### Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS  
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual



### Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

LABORATORIOS FEBUS  
WAGNER, 51  
BARCELONA



## La audacia del médico

POR EL

DR. CH. FIESSMINGER

La bondad en el médico para producir sus beneficios tiene necesidad de discernimiento y de valor. Una virilidad de alma que no tema exponer su vida, es la cualidad más esencial.

Sin temor a ser desmentido, puede afirmarse que esa condición es también la más extendida. Lo prueban

## Solución salicilato sódico Domingo.

Cada cucharada contiene dos gramos de salicilato sódico puro.

**J. DOMINGO CHURTÓ**  
C. Libertad, 14, BARCELONA

con evidencia palpable los muchos que sucumben todos los años, de entre los héroes de esta ciencia. Las enfermedades infecciosas contraídas por contagio con los enfermos, las picaduras quirúrgicas, el cáncer transmitido con ocasión de operar una herida, como le sucedió al interno Vadon, los accidentes múltiples producidos por los rayos X, quemaduras cutáneas y anemias graves; no se cuenta más que víctimas sucumbidas en el campo del deber profesional. El fin de estos valerosos es un ejemplo magnífico para ser aceptado sin reserva, y un sacrificio humano noblemente consentido. Muchas veces, como en el caso del interno Vadon, la catástrofe es producida a la vez que se pretende advertir a los demás de los peligros a que se hallen expuestos. Para los que afirman que el cáncer nunca es contagioso, pueden ver en estos ejemplos, por lo menos, el peligro de una afirmación tan gratuita. Las denegaciones imperiosas en ciencia pueden a lo sumo contarse como

## TRATAMIENTO DE LAS DERMITIS

## Dermizina

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

opiniones sujetas a una atenuación si no es a una revisión completa.

El valor profesional que no podrá ser desmentido en ninguno, deberá acompañarse de un valor que se corresponda con el orden de las ideas. El médico no deberá manifestar miedo nunca por las cosas que pertenecen a los hombres. Las circunstancias hostiles que le obstaculicen en su labor no le interrumpirán en mayor grado

que los malos procedimientos de los cuales será víctima. Rechaza el contronazo de las enfermedades cuando son peligrosas? Permanecerá, sin embargo, firme y en sí mismo ante el peligro reconocido. La tendencia a la imitación no le inspirará el retorno de sus juicios más que en la medida de las lecturas mal asimiladas y que no compongan el badaje de sus opiniones. La reflexión y la experiencia serán los únicos maestros que permanecerán siempre. Antes de los años de la madurez el recurso de un guía espanta las tempestades de la vida, y engañado en sus pruebas le permitirá oír los consejos que favorecerán la ascensión de su carácter.

En su debilidad, el enfermo tiene tal necesidad de apoyo, que buscará con preferencia el brazo de un médico reconocido y que no sabe retroceder ante los peligros. A la vez que enriquezca de conocimientos técnicos se asociarán en el curandero convicciones sólidas. Antes de decidirse a tratar a sus semejantes, debe pensar en que es preciso ser un hombre hecho y derecho. Y no se puede serlo si no tiene relaciones con el mundo exterior si cuando se ha abordado un problema

## PAIDOTROFO

TONICO INFANTIL

no se procura con rapidez exponerle a la consideración de los demás, quienes le concederán claridades o le almacenarán dudas, preferibles a la conversión de los errores por uno mismo formulados. Es indudable que la verdad se encuentra por encima de los límites de nuestra intelectualidad; y los más avisados pueden alcanzar de ella únicamente parcelas muy reducidas. Pero un hombre de acción, como lo es el médico, no puede ser considerado como un simple ratón de Biblioteca. Tiene sentimientos propios y conoce también los ajenos, las versatilidades, las debilidades, las pasiones, los conflictos de amor propio y de interés, que causan su división; y sobre todas estas pequeñeces y mezquindades dispone de un arsenal de pensamientos claros y bien meditados. Si se sabe escuchar sus consejos, manifestado con libertad, los emitirá únicamente cuando sean oportunos y eficaces.

El médico se mantiene por las palabras menos que cualquiera otro profesional. Si se dice la mayor de las veces a cambiar el nombre de una enfermedad, esa fantasía no alcanza nunca a más allá de lo superficial. Vive demasiado dentro de lo real para que pueda satisfacerse al primer golpe de vista con las apelaciones verbales.

Por otra parte, lo real para él, no solamente el curso o la evolución de las perturbaciones movidas y su curación ardientemente codiciada. Lo real es también el enfermo dentro de su familia, la familia dentro de la sociedad, la sociedad bajo un régimen de instrucciones que permiten a los habitantes prosperar y vivir en él.

Nada de lo que se relaciona con el ser humano es para él indiferente; el verso de Terencio ha sido, en lo que parece, especialmente compuesto para él. En una época como la nuestra, en que la civilización corre el riesgo de

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

un engullimiento de plazo fijo ¿cómo el médico ha de vacilar en tomar una posición? Su deber es el de acudir al peligro, y una vez en este punto, imitemos a M. Francisco Coty, que nos viene dando desde hace tiempo un ejemplo digno de aplauso. La vuelta a un régimen de autoridad es la única que puede asegurar un camino sólido en este pobre carro del Estado, tan miserable, tan vacilante, que camina hacia su fin con una lentitud bovina y con un marcado rechinamiento de hierros viejos.

Portándose como debe, el médico no correrá peligro alguno, que no se imagine que el derecho que ha conquistado para obrar como ciudadano lleva perjuicios para el éxito de su carrera. Basta con que al cabo de su vida profesional no se haya ocupado de otra cosa que de sus enfermos. Si lo hace únicamente en los momentos de reposo y después de haber consagrado cada día un tiempo debido al estudio de la ciencia que le ponga al

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

corriente de su progreso ¿Quién encontrará un defecto, el que piense en su dignidad de ciudadano para quien todos los caminos estarán abiertos cuando se refiera a los alucinamientos y a las ilusiones de sus semejantes? Reducirse a su oficio, desdén el instruirse por experiencia propia y alegar la parte de verdad que encierra cada doctrina, por evitarse de tomar una postura, denuncian una actitud muy poco recomendable. Atestiguando a la vez un impulso de alma muy reducido y la sequía de un egoísmo estrechamente calculado. Pero este egoísmo es entendido al re-



ves por los clientes, que sabrán quitar de encima de su médico los epítetos de pulsilaminidad y frialdad de sentimientos.

Naturalmente, aun en este caso, todo es cuestión de momento, de medida y de tacto. Los enfermos ocu-

## IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico  
**BALDACCI-PISA**

parán siempre el primer lugar, puesto que los ocios a que dé lugar una enfermedad son tan escasos que no autorizan al médico a ocuparse de otra cosa que de la salud de los que necesitan sus cuidados. No existe atmósfera peor que en la que evolucionan los médicos políticos. En casa de estos últimos, el interés del cliente queda abolido casi por completo por dedicarse a los negocios públicos, con preferencia, y no les preocupa más que las combinaciones de ventajas particulares, siempre opuestas a las preocupaciones de las necesidades generales.

El médico de quien hablamos no tiene por qué adular a las multitudes. Considera los acontecimientos no por las relaciones que tenga con él sino bajo el ángulo de las repercusiones que ejerce sobre los destinos de un país. Jamás habrá podido nunca más que dos cosas: La curación de los enfermos y el derecho de pensar independientemente. Está a reserva de todo sectarismo, aunque conserve vivamente su cualidad de patriota. Con el fin de poder aprovecharse de la situación social que les está confiada y de la simpatía que les rodea; en una palabra, para que puedan conservar su puesto y mantener sus buenas voluntades. Los esfuerzos individuales peligran demasiado al deslizarse sin estos resultados. Las multitudes en primer lugar, se hallan interesadas por la estabilización del medio, sin la cual el orden y la prospe-

Fábrica especializada en Productos Dietéticos  
y de Régimen Vegetariano.

**CASA SANTIVERI, S. A.**

Call, 22. — BARCELONA

ridad no existen. En la difusión de esta verdad el médico tiene un hermoso papel que llenar. El valor que haya demostrado en el cumplimiento de su deber personal le incitará a sacudir su indiferencia y a no desertar de la otra parte de su tarea. Desde el siglo xv de nuestra era no hemos vivido nunca una época tan peligrosa y más sobria de la Historia como la la presente.

Traducción de  
M. P. B.

## El sombrero y la personalidad

Nadie nos podemos sustraer al hecho de imprimir el sello de nuestra personalidad a todo cuanto nos rodea. Nuestro albergue, nuestro vestido son magnífica enseña de cómo somos. Observando el hogar y el traje de una persona, aun en los más simuladores, se descubre su carácter. Ya que la filosofía trata de persuadirnos de que somos mortales, ese espanto ante la muerte, nos compele a luchar por nuestra inmortalidad.

De las prendas de uso, el sombrero es la que por excelencia denuncia a la persona; quizá comprendiéndolo así nuestra actual generación desecha de su uso el sombrero para que pasen inadvertidos ciertos caracteres indeseables. Hay que ir "a pelo" o "a calva", y todavía de esta forma se atisba quiénes somos.

La manera de colocarnos el sombrero revela nuestra condición, y se puede observar cómo las gentes de un carácter fácil y generosas lo llevan inclinado hacia la oreja, sin in-

## Inapetencia, Anemia, Debilidad

**VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.**

currir en exageración, ladeándolo a la derecha los de amabilidad exquisita, y a la izquierda los muy sentimentales. Cuando la inclinación, particularmente hacia el lado izquierdo, es muy exagerada podéis afirmar que tenéis delante un espadachín, así como ese gesto hacia el lado derecho es propio de los audaces y mujeriegos.

Todo aquel cuyo sombrero lo lleva en posición de que el ala no se aparte de un plano horizontal, formando perfecto encaje en la cabeza, nos habla de su honestidad, de su condición austera; pero nos denuncia a la vez su pedantería.

Los hombres ególatras, aquellos que están muy poseídos de sí propios, llevan el sombrero echado hacia atrás.

Un sombrero muy inclinado hacia delante nos presenta al vengativo, y si llega hasta las cejas, cubriendo con el ala los ojos, muéstranos el hipócrita, el astuto, el hombre de mala fe.

La hechura del sombrero ofrece detalles muy singulares. Los de alas cortas, fuy formaditas, son propios de los tacaños y pusilánimes, mientras que los de anchas alas nos señalan al hombre romántico, idealista, capaz hasta de hacer divinidades como pudiera hacer hombres.

Los sombreros mascota, los chambergos, son de uso de innovadores y revolucionarios. Es el sombrero democrático por excelencia. El hongo y otros similares es característico de los retrógados, de los usureros y de

los pedantes en grado superlativo, cuya sesera está tan vacía como hueca se halla la copa de su sombrero.

El color del sombrero nos ofrece detalles de la personalidad; así, por ejemplo, el negro es propio de las gentes discretas, de los sensatos, que, siendo el único que poseen, es-

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

cogen el color negro por ser el que mejor armoniza con toda clase de trajes; el de color gris es muy frecuente entre los optimistas, entre la gente imaginativa y alegre; el de color marrón corresponde a los caracteres ampulosos, gentes de facundia, eruditos y personas meticulosas; el verde nos revela a los egoístas, comodones muy materializados, fanáticos, sin inquietudes espirituales y vanidosos.

Otras características de la personalidad nos presenta el sombrero en los abullonados de la copa y gestos particulares del ala. Un sombrero flexible cuya copa aparezca con un pliegue hacia adelante pertenece al hombre ceremonioso, pulcro, todo medida y corrección. Las concavidades laterales en la copa muestran al presumido que cuida mucho del atuendo de su persona, de aquellos en quienes a veces parece que los ángeles le hacen el tocado. Los que portan la copa hundida en redondo nos hablan de sus ansias de significación dentro de un espíritu corporativo, son tiranuelos, audacillos, intransigentes y de ideologías tan achaparradas como la copa de su sombrero, que lo mismo puede cubrir una cabeza que una tarta.

La actitud del ala es también, como antes decíamos, muy significativa. Levantada por su parte delantera nos da la sensación de que el sombrero es un capirote, y, como es lógico, denuncia la medianía, el tonto de capirote. Si se alza marcadamente de los costados nos evidencia el flamenco, el hombre muy amigo

## JARABE ALMERA

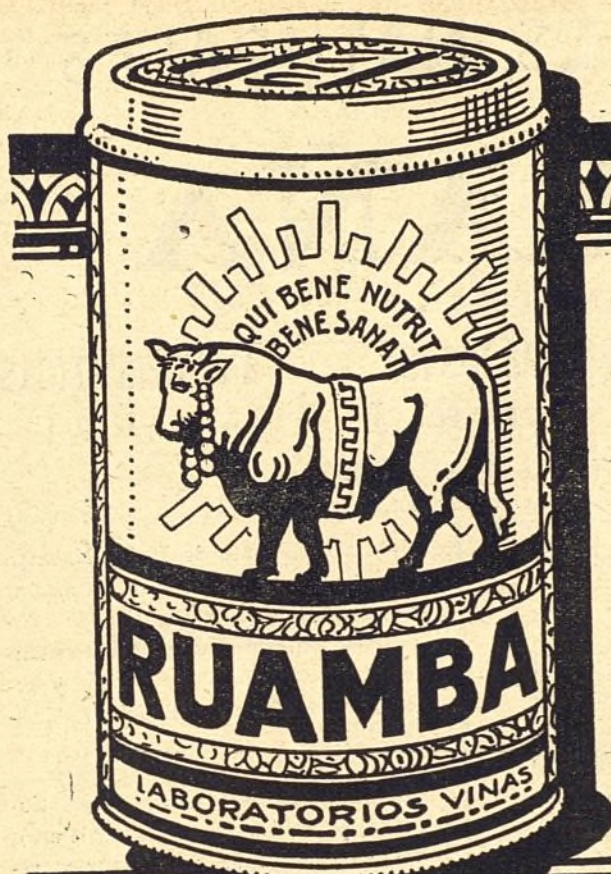
a base de fosfato de cal gelatinoso, el más asimilable

de bullas y danzas. Abatida por su parte anterior, el sombrero nos habla del hombre inquisitivo que investiga y observa tenazmente.

Los epígonos de la moda, esos elegantes que dictaminan el uso o desuso de ciertas prendas, deberían aconsejar se pusiera en vigor el sombrero otra vez para así no sólo favorecer la industria, sino a la par facilitarnos la ocasión de conocer al prójimo, al que habremos de decir: "Cúbrase para que le descubra".

LARRY MAHIN





**Poderoso reconstituyente para  
niños y adultos.**

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

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

**Laboratorios Viñas - Claris, 71 - BARCELONA**

**SIL-AL**

Metahidrosilicato de aluminio  
fisiológicamente puro.

**Sustituye al bismuto en  
terapéutica gástrica.**

**Existe el SIL-AL belladonado**

Muestras  
y literatura:  
**A. GAMIR**  
Valencia

**BARDANOL**

Elxir de bardana y estaño eléctrico

**INDICACIONES:**

**Estafilococias en todas  
sus manifestaciones.**

Muestras  
y literatura:  
**A. GAMIR**  
Valencia

**BENZOFORMINA**

Comprimidos de 0.25 gramos

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

Frascos de 50 comprimidos.

Gramos. Muestras  
y literatura:  
**A. GAMIR**  
Valencia.

**Sanatorio del Parque - Davos**  
(ANTES SANATORIO TURBAN)

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

**Médico Director: Dr. F. BAUER**



# AGUAS MINERALES NATURALES

DE

# CARABANA

«LA FAVORITA»

PURGANTES — DEPURATIVAS — ANTIBILIOSAS — ANTIHERPÉTICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

◀ MADRID ▶

Sanatorio Psiquiátrico **ESQUERDO** Carabanchel Alto

Director: Dr. Jaime Esquerdo Sáez



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

¿Viene usted a Madrid?

===== Hospédese

**Hotel Los Leones de Oro**

— (entre Puerta del Sol y Gran Vía) —

Calefacción — Baños :: ::

Precios económicos :: Muchas atenciones para los médicos

**Hotel Los Leones de Oro. - Carmen, 30. - Madrid**

**¡Pies planos!**

Lo único práctico y eficaz la

**Plantilla «Victemor»**

De corcho. Económica. Sin peso. No lastima

**Precio: 3,50 y 4 pesetas par.**

MAYOR, 82. — (Próximo a Capitanía)

**HIERRO QUEVENNE** Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARÍS. Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue des Beaux-Arts, París.

**JARABE** Cloofosfato cálcico gelatinoso **ALMERA**

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

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



**Más de 37 años de éxito creciente**

De venta en: Xucá, 21, Barcelona, en la Farmacia Almera y Laboratorio, Plaza de España, 14, Madrid y en las principales Farmacias y Droguerías.

—La de Fuente de Pedro Naharro (Cuenca), partido judicial Tarancón, nueva creación; 3.ª categoría, con 2.200 pesetas; 30 familias y 1.865 habitantes. Concurso libre de méritos y selección por Tribunal. Solicitudes hasta 15 julio.

—La de Alarilla y sus anejos Copenal y Valdeancheta (Guadalajara), partido judicial de Brihuega, por renuncia; categoría 4.ª y 1.650 pesetas; 16 familias de beneficencia y 959 habitantes. Concurso libre de antigüedad y selección por Inspección. Solicitudes hasta 15 de julio.

—La de Villatuela y su anejo Terradillos de Esgueva (Burgos), partido judicial de Roa, nueva creación; 5.ª categoría; 1.375 pesetas; 16 familias; 590 habitantes. Concurso libre de antigüedad y selección por Inspección. Solicitudes hasta 16 de julio.

—La de Cómpeta (Málaga), partido judicial de Torrox, defunción; categoría 1.ª; 3.300 pesetas; 100 familias y 3.599 habitantes. Concurso restringido de méritos y selección por Inspección. Solicitudes, 16 de julio.

—La de Moreruela de los Infanzones (Zamora), renuncia; 4.ª categoría; 1.650 pesetas; 30 familias; 736 habitantes. Concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta 16 de julio.

(Continúa en la pág. siguiente.)



Art. 65. Los facultativos que asistan al lesionado están obligados a librar las siguientes certificaciones:

1.<sup>a</sup> En cuanto se produzca el accidente, la de hallarse el obrero incapacitado para el trabajo.

2.<sup>a</sup> En cuanto se obtenga la curación, la de hallarse el obrero en condiciones de volver al trabajo, entendiéndose por curación, en este caso, que el lesionado se halle en plena capacidad para el ejercicio del oficio que realizaba.

3.<sup>a</sup> En cuanto se obtenga la curación, resultando incapacidad, la en que se califique ésta.

4.<sup>a</sup> Cuando el accidente exija un tratamiento de más de once meses, el obrero podrá exigir, a los efectos del párrafo segundo de la disposición primera del artículo 27, antes de que transcurra un año, un certificado del estado en que se encuentre.

5.<sup>a</sup> En caso de muerte, la certificación de defunción, en la que se hará constar la causa inmediata de ésta.

Art. 66. En las certificaciones a que se refiere el número primero del artículo anterior, la lesión será descrita lo más detalladamente posible, igualmente que en las del número quinto, y si en este último caso se practicare la autopsia, se unirán a la certificación los datos que de esa diligencia resultaren.

En las certificaciones a que se refiere el número tercero se describirá, lo más detalladamente posible, la inutilidad resultante.

Art. 67. Librada cada certificación, se facilitará por el patrono o entidad aseguradora copia autorizada con su firma al delegado del Trabajo o alcalde en un plazo que no excederá de veinticuatro horas.

Art. 68. De las certificaciones a que se refieren los números primero, segundo y tercero del artículo 65, se dará duplicado a los lesionados, y si están conformes, lo harán constar, bajo su firma o la de persona que lo represente en la misma certificación. El duplicado del dictamen se entenderá que habrá de ser contra recibido por el obrero en el ejemplar que se reserve el facultativo, y, en caso de no saber firmar o negarse, se hará constar su entrega mediante dos testigos.

Art. 69. Una vez declarada la incapacidad por el

### Sección 2.<sup>a</sup>—De la asistencia médica y farmacéutica.

Art. 52. La obligación más inmediata es la de proporcionar, sin demora alguna, la asistencia médica y farmacéutica, sin perjuicio de las disposiciones en materia de higiene y seguridad del trabajo, respecto a la obligación de un servicio sanitario en determinados trabajos, asistencia que se prestará al obrero hasta que éste se halle en condiciones de volver al trabajo, no requiera ya la referida asistencia y quede el obrero lesionado comprendido en el caso de incapacidad permanente, parcial o total, o fallezca.

Art. 53. Se acudirá en el primer momento en demanda de los auxilios sanitarios más próximos; pero en el curso de la dolencia, la dirección de la asistencia médica corresponde a los facultativos designados, según los casos, por el patrono o entidad aseguradora, o por el obrero, en su caso, según preceptúa el artículo 25 de la ley.

Art. 54. Si el patrono o entidad aseguradora, para los efectos de la dirección de la asistencia médica y certificación de los hechos designara facultativos, comunicará a la Delegación del Trabajo o Alcaldía, respectivamente, el nombre de los designados y las señas de sus domicilios, en un plazo que no podrá exceder de cuarenta y ocho horas.

Si no hiciera la designación, se entenderá que los facultativos que asisten al lesionado tienen implícitamente la representación del patrono.

Por su parte, si el obrero hace uso del derecho que le concede el artículo 25 de la ley, estará obligado asimismo a dar el nombre y la dirección del facultativo que le asista al delegado del Trabajo o al alcalde, si no hubiere delegado en la localidad, y a su patrono o entidad aseguradora, dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la designación.

El obrero dará también cuenta al patrono o entidad aseguradora de los cambios de residencia.

A los efectos del mismo apartado 2.<sup>o</sup> del artículo 25 de la ley, el médico del obrero podrá, de acuerdo con el médico del patrono, examinar al enfermo, enterarse



de su tratamiento y formular las observaciones pertinentes para la más completa y acertada curación del eccidentado. Caso de disconformidad se acudirá a un médico de la Beneficencia municipal, el cual dará inmediatamente dictamen por escrito, que servirá de prueba pericial, en su caso, ante el Tribunal Industrial o el juez de primera instancia.

Art. 55. Si el lesionado ingresare en un hospital, a los facultativos designados por el patrono o por el obrero se les concederán las mismas atribuciones que a los forenses.

Art. 56. Cuando la índole del accidente lo exija, o la imposibilidad de asistencia médico-farmacéutica, en el domicilio de la víctima, obligue, a juicio de la dirección facultativa del patrono, a su ingreso y permanencia en el hospital o establecimiento análogo, las estancias que causen serán del cargo del patrono.

En las estancias se comprenderá el importe de los alimentos, medicinas, honorarios de asistencia facultativa y demás gastos que se hubieren originado como consecuencia del accidente del trabajo por virtud de la asistencia del obrero en sala de pago, con arreglo a las tarifas generales del establecimiento.

Art. 57. Tanto el patrono como el obrero podrán reclamar la asistencia de los médicos de la Beneficencia municipal, los cuales deberán prestarla con arreglo a una tarifa que se fijará por Decreto, previo informe del Consejo de la Caja Nacional de Seguros, Consejo de Sanidad y de la Academia Nacional de Medicina. En los Ayuntamientos se abrirá un registro, en el cual podrán inscribirse los médicos que se comprometan a prestar su asistencia a las víctimas de accidentes del trabajo, acomodándose a dicha tarifa.

Art. 58. Los patronos de las explotaciones agrícolas, forestales o pecuarias comprendidos en el número 5.º del artículo 7.º, cumplirán la obligación de asistencia médico-farmacéutica, mediante los servicios de las Mutualidades, a las que necesariamente deberán pertenecer, con arreglo a los artículos 12 y 83 del Reglamento de 25 de agosto de 1931.

Art. 59. Cuando el médico o el farmacéutico presta al obrero determinado servicio que estuviesen obligados

a prestarle, 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 y la entidad aseguradora, y en este caso, si ésta retribuyera a los facultativos por servicio y no a tanto alzado, la cantidad asignada por dicho servicio servirá para aumentar la indemnización.

Art. 60. El obrero lesionado o su familia tienen, además, derecho a nombrar, por su parte y a su cargo, con arreglo a la tarifa especial, uno o más médicos que intervengan en la asistencia que le preste el facultativo designado por el patrono o entidad aseguradora.

Art. 61. El médico del obrero podrá, de acuerdo con el médico del patrono, examinar al enfermo, enterarse de su tratamiento y formular las observaciones pertinentes para la más completa y acertada curación del eccidentado. Caso de disconformidad, se acudirá a un médico de la Beneficencia municipal, el cual dará inmediatamente dictamen por escrito, que servirá de prueba pericial, en su caso, ante el Tribunal Industrial o el juez de primera instancia.

Si el pago de indemnización estuviere a cargo de una entidad aseguradora, ésta podrá intervenir la asistencia facultativa del obrero lesionado, en la misma forma que éste.

Art. 62. El obrero que por su parte y a su cargo nombre médico que intervenga en la asistencia, estará obligado a dar el nombre y la dirección del facultativo que le asista al delegado del Trabajo o alcalde y al patrono o a la entidad aseguradora, dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la designación.

También dará cuenta al patrono o entidad aseguradora de los cambios de residencia.

Art. 63. El mismo día o el siguiente al en que se declare la incapacidad de un obrero, el médico que la califique y dé por terminada su asistencia, extenderá el dictamen facultativo y entregará un duplicado del mismo al lesionado.

Art. 64. La falta del certificado a que se refiere el artículo anterior, establece a favor del obrero la presunción de que ha necesitado asistencia facultativa hasta que otro médico califique su incapacidad.



# DIFOSFOTIOCOL

## TOSES Y CATARROS



—La de El Bosque (Cádiz), partido judicial de Grazalema, renuncia; 2.<sup>a</sup> categoría; 2.750 pesetas; 250 familias; 1.273 habitantes; concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta 16 de julio.

—La de Sotillo del Rincón y anejos de Aldehuela y Villar (Soria), defunción; 2.<sup>a</sup> categoría; 2.750 pesetas; dos familias; 947 habitantes. Concurso libre de méritos; selección por Inspección. Solicitudes hasta 16 de julio.

—La de Bortalba (Zaragoza), partido judicial Ateca, por renuncia; categoría 5.<sup>a</sup>; dotación, 1.375 pesetas; familias beneficencia, nueve; población, 456 habitantes; provisión, concurso libre de antigüedad. Solicitudes, 17 julio. Selección por Inspección.

—La de Junta de la Cerca (Burgos), partido judicial Villarcayo, por concurso anterior nulo; categoría 5.<sup>a</sup>; dotación, 1.375 pesetas; familias beneficencia, 12; población, 1.449 habitantes; provisión, concurso restringido de méritos. Solicitudes, 17 de julio. Selección por Inspección.

—La de Cubel y su anejo Torralba de los Frailes (Zaragoza), partido judicial Daroca, por defunción; categoría 4.<sup>a</sup>; dotación, 1.650 pesetas; familias beneficencia, 10; población, 1.245 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes, 17 julio. Selección por Inspección.

—La de Galaroza (Huelva), partido judicial Aracena, por nueva creación; categoría 2.<sup>a</sup>; dotación, 2.750 pesetas; familias beneficencia, 130; población, 2.800 habitantes; provisión, concurso libre antigüedad. Solicitudes, 17 julio. Selección por Tribunal.

—La de Alcalá de la Vega y el anejo El Cubillo (Cuenca), partido judicial Cañete, por nueva creación; categoría 4.<sup>a</sup>; dotación, 1.650 pesetas; familias beneficencia, 11; población, 1.150 habitantes; provisión, concurso libre antigüedad. Solicitudes, 17 julio. Selección por Inspección.

*Las enfermedades del*  
**Estómago e Intestinos**  
*dolor de estómago, dispepsia, acedías y vómitos, inapetencia, diarrea, úlcera del estómago, etc., se curan positivamente con el*

**ELIXIR ESTOMAOAL**  
**SAIZ DE CARLOS**  
(STOMALIX)

*Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.*  
*Ventas Principales farmacias del mundo.*

—La de Oña y su anejo Pino Bureba (Burgos), partido judicial Briesca, defunción; categoría 2.<sup>a</sup>; 2.750 pesetas; 25 familias; 1.579 habitantes; provisión, concurso libre de méritos. Solicitudes, 17 julio. Selección por Inspección.

—La de Golada (Pontevedra), partido judicial de Lalín, defunción; 2.<sup>a</sup> categoría; 2.750 pesetas; 250 familias; 6.945 habitantes; Concurso libre de antigüedad y selección por Inspección. Solicitudes, 16 de julio.

### ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. C. H. T. G.

Sucesor del DR. CALDERON

Carreteras, 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

### Dr. Valdés Lambea

### Lecciones sobre tuberculosis

252 páginas. Precio: 15 pesetas

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

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

# SARNA

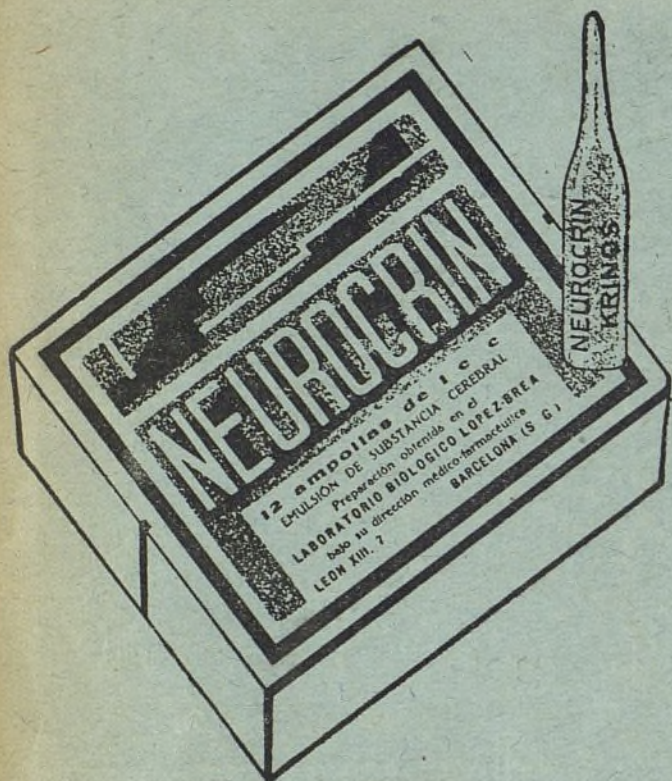
◀ (ROÑA) ▶

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

**J. CABALLERO ROIG**

Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona.





**Terapéutica Biológica de las Jaquecas**

# Neurocrin Krynol

(Emulsión aséptica de sustancia cerebral)

## INDICACIONES

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

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

**Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenage, Desnutrición y Raquitismo**

## ADMINISTRACION Y DOSIS

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

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

MUESTRAS PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA  
LEON XIII, 7  
**Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA**  
Ayuntamiento de Madrid

## TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

# OVARIOTONO

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



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

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

# HEMOSTONO

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



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

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



## SECCIÓN PROFESIONAL

## PROGRAMA PROFESIONAL

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

**SUMARIO:** Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Los médicos judíos, por J. A. S. — Academias, Sociedades y Conferencias. — 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

*La enfermedad del Dr. Cortezo.—Fin del curso en la Médico-Quirúrgica Española.—Problemas de facultad.*

Durante los días pasados, de nuestro último Boletín al presente, no se modificó el estado de gravedad porque atraviesa la salud de nuestro director. Comenzó a mejorar la situación verdaderamente angustiosa de las emisiones urinarias; pero el estado general del enfermo no permite fundamentar grandes esperanzas en este alivio. La celosa e inteligente asistencia de los ilustres clínicos y urólogos que atienden al Dr. Cortezo, se enfrenta con las difícilísimas circunstancias que en el enfermo aunan su avanzada edad y particular temperamento.

Al participar a los lectores de EL SIGLO MÉDICO tan temerosa situación, queremos de nuevo manifestar aquí nuestro profundo agradecimiento por las muestras incesantes de interés y simpatía que de continuo recibe el ilustre enfermo y que tanto contribuyen a sostener su espíritu y el de quienes, afligidos, le rodeamos. ¡Gracias, a todos!

\* \* \*

El lunes 19 celebró su última sesión científica, del presente curso, la Academia Médico-Quirúrgica Española. La reunión tuvo caracteres de especial solemnidad, porque en el espíritu de todos los socios de la prestigiosa corporación, latía el propósito de rendir pública muestra de gratitud y aplauso al BUEN PRESIDENTE, como ya comienza a llamarse a D. Leonardo de la Peña, quien supo dar a su mandato directivo unas calidades de actividad, acierto y simpática cordialidad, que ponen al final de su actuación presidencial un hito de ejemplaridad para lo porvenir y de imperecedero recuerdo del pasado.

Leonardo de la Peña suele muchas veces, con su particular gracejo, acentuar los tratamientos prefi-

jos de las personas; pero no sabe que sus excepcionales condiciones de maestro, regidor y compañero, van a hacer ya imposible que ninguno de los socios de la Médico-Quirúrgica pueda referirse a su presidencia sin ponerle un EXCELENTÍSIMA SEÑORA PRESIDENCIA que no quepa en el caserón de la calle de Esparteros.

Cuando pasadas las imperiosas vacaciones del estío, se llegue el momento de elegir sucesor a don Leonardo, es muy posible que los aspirantes se sientan algo perplejos en cuanto a programa; pero nos parece a nosotros que el cuerpo electoral académico tiene un norte para su decisión: Programa, imitar a D. Leonardo de la Peña, el BUEN PRESIDENTE. Con eso y unos compañeros de Junta como los que ha tenido D. Leonardo, estará todo hecho y bien hecho.

\* \* \*

Las noticias que llegan a nosotros de los sucesos en la Facultad de San Carlos con motivo de unos exámenes, nos entristecen hondamente.

El final del curso se ha visto señalado por características que no desvían el espíritu de aquellos cauces que tan mal condujeron la vida escolar de los aspirantes a médicos.

Nosotros suponíamos que al actuar el nuevo decano, se dejarían sentir rectificaciones, que son de un preciso, incontestable; pero, según nos dicen, la rectificación no aparece por ningún lado. Será muy lamentable que el nuevo decano haga una continuación, en vez de tirar baraja nueva, valga el símil de naipes, y, desde luego, no es disculpa cargar las actitudes de los estudiantes a la defensa de una gestión que no parece anunciarse felizmente.

Los estudiantes son, y han sido siempre, los mismos. El espíritu juvenil es algarero, impetuoso y apasionado; pero nada como ese espíritu es fácil de someter y asequible a las voces del deber y de la justicia, entonadas por quien prestigiosamente pueda hacerlo.



El estudiante no es ni fue nunca un elemento difícil si se le requiere prestación con argumentos razonables. Nadie como el estudiante desea poder respetar y admirar a sus maestros. Por eso, la autoridad de los maestros no se debe entregar como pastel fácil a una imposición que, muchas veces, no es más que justa queja que pide justa enmienda y no pide verse sobrepasada por la debilidad y la solución arbitraria y simplista en fuerza de condescendiente.

A los estudiantes hay que decirles la verdad de la situación profesional y hacerles entender cuánto depende de ellos el mejoramiento del angustioso problema médico-español. No se puede contestar a lo que se quiere hacer por los Colegios de Médicos con la actitud que de nuevo parece adoptarse, o, mejor dicho, de viejo parece copiarse, en la Facultad de San Carlos ante el primer problema surgido para el nuevo decano.

DECIO CARLAN

### Temas profesionales

## El problema de los médicos judíos

Viene circulando estos días en las tertulias de médicos y estudiantes de Medicina el *run-run* de que un buen número de médicos alemanes, expulsados de aquel país por su condición de hebreos, piensan venir a instalarse en España. Los últimos comentarios sobre este tema son aún más graves. Se dice que varios de estos profesores han practicado ya ejercicio de reválida en nuestra Facultad de Medicina. No habiéndolo podido comprobar oficialmente, nos abstenemos de hacer comentarios sobre la forma en que según los murmuradores se han llevado a efecto estas pruebas académicas.

Pero lo que sí hay de cierto, de rigurosamente cierto, es que los médicos judíos se encuentran imposibilitados para ganar el pan en el centro de Europa, y que tienen puestas sus ilusiones en este viejo tronco ibero, del que tantos vínculos sentimentales y tradiciones de familia conservan. No es preciso ser un gran profeta, ni haber estudiado las cuestiones candentes de economía y política social, para comprender que esta orientación es la más beneficiosa que se les puede presentar. Por lo tanto, hay que dar ya como cosa cierta, que el peligro israelita existe. Ante esta situación debemos vivir prevenidos y saber cuál debe ser nuestra actitud.

Esta debe reducirse a una fórmula legal: "Dar a los extranjeros el mismo trato que ellos en su país nos den a nosotros."

Ha sido costumbre en las Universidades españolas hacer gala de caballerosidad y cortesía ante los colegas de otros países, que necesitaban dar carácter legal a sus títulos. Más de una vez estos ejercicios eran puramente formularios.

Pero en cambio, los españoles que por cualquier circunstancia han tenido que emigrar, no han recibido facilidades de ningún género, sino obstáculos y dificultades.

Tenemos el caso de las Repúblicas Sudamericanas, cuya Ciencia es en mucha parte tributaria de la nuestra; cuyos primeros maestros fueron españoles; que leen

libros de nuestros tratadistas y que está sostenida por investigadores de formación reciente, hijos o nietos de conquistadores hispanos.

En virtud del tratado de Montevideo, puede ejercer en Buenos Aires o en Río Janeiro un médico paraguayo, boliviano, ecuatoriano, panameño o venezolano y, en cambio, no podemos hacerlo los graduados en Madrid, Salamanca o Santiago, pongo por facultades de abolengo histórico.

En los países europeos los universitarios españoles necesitan aprobar desde las asignaturas de la enseñanza secundaria hasta la última del doctorado, con sus correspondientes ejercicios finales de conjunto. Cada materia hay que aprobarla en tribunal diferente. En América están exentos del bachillerato; pero lo que llaman revalidar su título es volverse a examinar de toda la carrera, abonando unos derechos fabulosos. (En la República Argentina, 3.500 pesos.)

Dos aspectos tiene el problema de los médicos judíos alemanes: Uno, el de compañerismo internacional, que podría inducirnos por un sentimentalismo absurdo a dejarles francas las puertas. Pero hay otro, el de legítima defensa.

Llevamos varios años sufriendo las consecuencias del exceso de licenciados. Las Facultades convertidas en fábricas de títulos, han lanzado un número tan crecido de ellos, que no compensan las bajas naturales, y como consecuencia las luchas entre colegas, la competencia, los odios, la grave situación crítica que hace llamar el hambre y la desesperación a los hogares de los nietos de Esculapio.

Ante la próxima llegada de los médicos judíos, debemos prepararnos pidiendo a la Facultad que tenga en cuenta la actitud que observan con nosotros en los países de donde procedan.

El verdadero intercambio de reciprocidad de títulos sólo le tenemos con: Méjico, Tratado de 12 de septiembre 1903; Perú, Tratado de 19 de abril 1904; Colombia, Tratado de 5 de agosto de 1904; Guatemala, Tratado de 8 de septiembre 1904; El Salvador, Tratado de 22 de abril 1905; Honduras, Tratado de 5 de marzo 1905; Bolivia, Tratado de 12 de octubre 1910; Costa Rica, Tratado de 3 de marzo 1925.

Triste cosa, que por un mal interpretado espíritu de hidalguía y compañerismo, nos hallamos excedido en facilitar la entrada de profesores extranjeros, mientras que los españoles han de sufrir una lamentable odisea si quieren vivir de sus profesiones cuando la vida o la fatalidad, la curiosidad o la ambición, les ha hecho dirigir sus pasos por los caminos del mundo.

J. A. S.

## Academias, Sociedades y Conferencias.

### ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 27 de mayo de 1933

#### INDICACIONES TERAPÉUTICAS EN LOS CÁLCULOS DEL URETER

*Dr. S. Pascual:* Colocamos en primer plano la necesidad de tratar el cálculo ureteral, por ser afección de pronóstico grave, pues cualquiera sea su tamaño, situación, etc., en uréter conduce de modo progresivo a la destrucción séptica o aséptica del riñón.

Las indicaciones del cálculo ureteral en el momento de la crisis dolorosa, en el cólico nefrítico, es calmar el dolor y desespasmodizar el uréter para facilitar la progresión del cálculo y su salida.

Ante la posibilidad o afirmación clínica de cálculo en uréter se llegará a su comprobación radiológica. Cuestión de gran importancia, por no ser raros los casos



LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XV<sup>e</sup>)

# OUABAÏNE ARNAUD

**CARDIOTÓNICO  
ENÉRGICO**

**ACCIÓN  
CONSTANTE  
Y SEGURA**

Unico producto cuyas constantes físico-químicas, ensayos fisiológicos y toxicidades han sido publicadas, dando así al Cuerpo Medical toda garantía de acción y seguridad.

## INDICACIONES

Insuficiencia del corazón izquierdo;  
Insuficiencia ventricular derecha;  
Aritmias y Taquicardias.

## FORMAS

Comprimidos. A Un miligramo. | Solución. A cuatro por mil.  
Ampollas. Al 1/4 de miligramo | Ampollas. Al 1/2 miligramo para  
para inyecciones intravenosas. | inyecciones intramusculares.

**DIURÉTICO  
PODEROSO**

**MENOS TÓXICO  
QUE LAS  
ESTROFANTINAS**

**DOSIFICACIÓN RIGUROSA**

DRAEGER

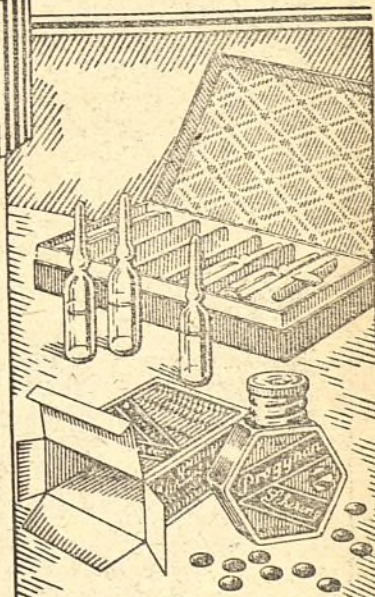
# PROGYNON

Hormona sexual femenina (Hormona folicular)  
para el tratamiento de los trastornos hipoováricos.

- *Concentración elevada  
estandardización exacta*
- *Ampliamente experimentada  
en animales (incluso monas)*
- *Eficaz por vía oral gracias a la  
adición de lipoides especiales*

La experiencia clínico comprueba su eficacia en los  
trastornos climatéricos y la amenorrea secundaria.

**PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S.A.**  
Apartado 479, Madrid - Apartado 1030, Barcelona



ENVASES ORIGINALES:  
Frascos de 15 y 30 grageas  
de 150 U. R. Cajas de 6  
amp. de 100 U. R. en 1 c. c.





Colerético y desinfectante de las vías hepatobiliares e intestinales

# FELAMINA

## SANDOZ

(Asociación de ácido cólico y hexametileno-tetramina)

**Frasco de 50 comprimidos grageados, dosificados a 0,3 gramos**

Insuficiencia hepática. — Litiasis biliar. — Angiolitiasis. — Colecistitis. — Ictericas. — Enterocolitis crónicas. — Constipación por acolia. — Trastornos debidos al pequeño hepatismo. — Trastornos digestivos por insuficiencia hepática. — Hepatotoxemia gravídica, etc.

Productos farmacéuticos SANDOZ, Basilea (Suiza)

OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA:

Apartado 880 — BARCELONA — Plaza Cataluña, 9



ANUSOL —  
Goedecke

## ANUSOL

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

provoca la granulación y estimula la reparación epitelial,

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

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

No mortifica los tejidos. No es tóxico.

GOEDECKE & CO. LEIPZIG, ALEMANIA

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a.

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.  
Apartado 410 Barcelona



que nos llegan con este diagnóstico y el estudio radiológico lleva a la conclusión de tratarse de cálculos ureterales falsos.

El punto de partida de las indicaciones de la calcu-losis ureteral no es el conjunto o algunas de las particularidades físicas del cálculo; es fundamentalmente el estado funcional de ambos riñones. Preciado es el momento de deducir si el cálculo será o no expulsado espontáneamente, si habrá necesidad de realizar para su extracción maniobras endouretrales o recurrir a la intervención cruenta.

#### VALOR DIAGNÓSTICO Y POSIBILIDAD PRONÓSTICA DE LA PRUEBA DE LA EXPRESIÓN AMIGDALAR DE SCHMIDT

*Dr. A. Martín Calderín:* No ofrece ninguna duda cuanto se refiere al foco infeccioso amigdalino; nadie niega ni discute que un reumatismo o un bocio, por ejemplo, pueden ser producidos por una infección amigdalina; lo que sí suele constituir motivo de preocupación y aun de dificultad es la demostración de que sea la amígdala la responsable de estos trastornos. Ante enfermos cuya historia de infecciones amigdalinas es muy reducida o ignorada, o, como ocurre frecuentemente, inexistente, ya que ignoran la posible existencia de ellas en la primera infancia, resulta muy difícil poner de manifiesto esta relación causal apuntada; como no nos encontremos ante una amígdala roja y eritematosa, con exudado en criptas y con síntomas de vecindad que autoricen a pensar en su infección. Ninguno de los datos hoy propuestos tienen un valor axiomático y al careado signo de hiperemia del pilar anterior no le podemos dar un valor patognomónico de tal infección, ya que lo hemos encontrado en un tanto por ciento elevado de individuos cuya amígdala estaba en la más absoluta y terminante integridad anatómica y funcional. Otro tanto hemos de decir de las características de la amígdala como tal. El problema, por tanto, no existe cuando nos encontramos con enfermos cuya localización en sistema articular, por ejemplo, se instaura a raíz de una amigdalitis aguda, y, aun aquél establecido, sufre agravaciones con cada nuevo brote agudo de la amígdala; tampoco suele ser difícil ante enfermos intensamente febriles, en los que el hemocultivo aísla un germen, cuya existencia se comprueba asimismo en la intimidad de la amígdala; pero, en cambio, se establece, y con caracteres de dificultad, en los enfermos en que la exploración local de la faringe y la historia anterior del enfermo nada revelan; y así, se da el caso de pacientes que nos son enviados después que el laboratorio, tras pacientes investigaciones (velocidad de sedimentación, fórmula leucocitaria, uricemia, etc.) ha eliminado la posibilidad de un reumatismo cardioarticular, y en que se nos pide la investigación del foco-amígdala, y hemos de afirmar o negar casi por meras presunciones, ante la negatividad local o de antecedentes a que antes hacíamos mención.

Existe, sin embargo, una prueba, combatida por unos, negada por otros, y sin estudiar por la generalidad, o imperfectamente comprobada por los que tal hacen, y a la que, sin embargo, nosotros concedemos un gran valor, después de haberla puesto en práctica y haber observado los resultados terapéuticos que su existencia nos indujo a obtener en un número que alcanza en estos momentos a 37 casos. Nos referimos a la llamada *prueba de Schmidt*.

Viggo Schmidt, de Copenhague, presentó en la 165 Reunión de la Sociedad Danesa de Otorrinolaringología, en el año 1924, un trabajo sobre reacciones amigdalinas.

Toda prueba seguida de leucopenia es una prueba normal. Cuando va seguida de leucocitosis, es positiva. Cualquiera que sea la leucocitosis, la prueba será positiva. La prueba será tanto más positiva, si la modifi-

cación leucocitaria se acompaña de reactivación o de intensas modificaciones en pulso y temperatura.

Vamos a describir:

*Técnica.*—La de Schmidt es la siguiente: Con el enfermo en reposo absoluto, y en ayunas, se practica un masaje digital de dos minutos de duración para cada amígdala, y se hace un recuento y fórmula leucocitarios, así como determinación de pulso y temperatura, antes del masaje amigdalino y al cuarto de hora, a la hora y a las dos horas después. Esta técnica la hemos modificado de la siguiente manera:

*Masaje.*—Se practicará de dos minutos en cada lado, y se hará un minuto sobre pilar anterior, dirigiendo la acción expresiva del masaje de arriba a abajo y de delante a atrás, y otro minuto sobre la superficie libre de la amígdala, de arriba a abajo y de dentro a fuera. De esta manera creemos nosotros que la expresión que el masaje provoca sobre el parénquima amigdalino es más completa y afecta a la totalidad de las criptas.

En cuanto a las observaciones de pulso, temperatura y tomas de sangre, las realizamos a la media hora, a la hora y a las dos horas, y modificamos así la técnica original de Schmidt, porque este autor, con su primera punción al cuarto de hora del masaje, obtiene una sangre en la que existen modificaciones leucocitarias (leucopenia) perfectamente normales, pero que a los veinte o treinta minutos han desaparecido completamente; y, por tanto, haciendo como nosotros la punción primera a la media hora, las variaciones hemoleucocitarias habremos de darles un valor positivo, ya que la que pudiéramos llamar leucovariación fisiológica ha desaparecido, y, por tanto, toda modificación que se observe ha de ser interpretada.

*Clasificación de la prueba.*—A. *Prueba normal:* No se acompaña de modificaciones en la cifra de leucocitos, en la fórmula leucocitaria, en el pulso y en la temperatura.

Consideramos a este respecto como perfectamente fisiológicos el aumento o la disminución de 100 leucocitos a la media hora, y modificaciones de un 2 o un 4 por 100 en la cifra de polinucleares que puede acompañar a aquella.

B. *Prueba inicial positiva completa:* La esfigmoter-moleucovariación existe con caracteres superiores a los indicados en la prueba llamada normal, y, además, éstos aparecen a la media hora, para mantenerse a la hora y desaparecer después a las dos horas, o bien se instauran a la media hora y a la hora ya comienzan a atenuarse.

C. *Prueba inicial positiva incompleta:* La que sólo presenta leucovariación, sin modificaciones de pulso o temperatura, o de ambas a la vez. En nuestra estadística tenemos bastantes casos de éstos. Salvo la amígdala con historia muy reciente, la esfigmoter-movariación es poco constante, y hay en estos casos que dar a la modificación leucocitaria todo su verdadero valor.

Es frecuente que en estas pruebas que llamamos incompletas al lado de la leucovariación, no haya modificación en el tanto por ciento de polinucleares y linfocitos, y, por tanto, exista sólo una polinucleosis o una linfocitosis absoluta, y no la relativa que corrientemente se observa en casi todos los casos.

D. *Prueba tardía positiva completa:* La que aparece a la hora o después del masaje, y en las mismas condiciones que las marcadas para la inicial completa.

E. *Prueba tardía positiva incompleta:* La que aparece en las condiciones de tiempo de la anterior y de características de la inicial incompleta.

F. *Prueba muy positiva, inicial o tardía:* Establecemos esta denominación para aquella prueba que se acompaña de una reactivación febril o dolorosa en el proceso general, que depende del foco-amígdala, y que el masaje de ésta determina. También hay que considerar como tal



a la que al lado de sus características de leucotermoesngmovariación, presenta una agudización del foco amigdalino, aun cuando este no tenga repercusión sobre el proceso general que de la amígdala-foco depende.

**Resultados.**—Como consecuencia de todo lo que hemos indicado y de nuestras investigaciones, podemos resumir nuestros resultados en la siguiente forma:

1.º Hemos observado tan frecuentemente como la leucocitosis la leucopenia, y, así como todos los autores le niegan todo valor, nosotros creemos que, desde el punto de vista diagnóstico, es tan digna de ser tenida en cuenta una como otra.

Nosotros hemos obtenido leucopenia inicial en un 10 por 100 de casos, que en uno de ellos alcanzó la cifra descenso desde 10.800 a 5.100. Asimismo, tenemos otro 8 por 100 de casos en que la leucopenia que se inicia a la media hora se acentúa a la hora, para desaparecer después.

Y afirmamos dar valor a esta leucopenia, porque en todos los enfermos hemos obtenido positivos resultados sobre las lesiones orgánicas, al suprimir el foco amigdalino, así confirmada su infección; y porque, además, en muchos casos la prueba se hizo sólo con fines de estudio, ya que se trataba de enfermos con amígdalas, de los que por su exploración y antecedentes no cabía dudar de su estado patológico.

2.º Es frecuente que al lado de esta leucopenia exista una disminución de polinucleares. Pero, como decíamos antes, la polinucleosis o la linfocitosis siempre tienen valor dentro de la leucovariación.

Únicamente cabría, y es una sugerencia que hacemos, dar un valor pronóstico a la leucopenia en relación con la leucocitosis de otros casos, así como valorar el resto de la fórmula en todos estos enfermos, y así es posible que nos pusiéramos a cubierto de las incidencias desagradables que la literatura y la propia experiencia nos enseñan, como el caso de la septicemia agranulocítica post-amigdalectomía, descrito hace algunos años en la "Munchener Medizinische Wochenschrift" por un discípulo de Werner Schultz.

3.º En muchos de nuestros enfermos hemos visto lo que en nuestras gráficas llamamos prueba leucocitaria en aspa; es decir, que mientras el número de leucocitos baja o sube, la cifra de polinucleares lleva la marcha contraria, y existe una leucopenia con polinucleosis o una leucocitosis con linfocitosis, y, por tanto, con descenso marcado del número de polinucleares.

También creemos que estas curvas en aspa pueden tener el mismo valor pronóstico que mencionamos en el apartado anterior. En cuanto a la utilidad diagnóstica, la consideramos igual en unos y en otros casos.

4.º Los casos que creemos de mayor claridad diagnóstica son aquellos que se acompañan de reactivación general o local.

5.º Tenemos sólo un caso en que la disparidad de la clínica y el laboratorio fué manifiesta. Es decir, un sólo caso de posible fracaso de la prueba, pues al lado de síntomas claros locales y septicemia general (incluso estreptococo comprobado en sangre) la prueba fué muy poco intensa (leucopenia de 6.800 a 6.100 y polinucleosis de 50 por 100 a 42 por 100); pero podíamos interpretar estos casos como de habituación del organismo a los productos tóxicos o microbianos que la amígdala vierte en sangre, y escasa reacción, por tanto, ante una nueva irrupción de éstos, provocada por el masaje.

Por tanto, nosotros no creemos en el fracaso que indicamos, sino en la adaptación de los mecanismos leucorreguladores a la infección intensa determinada con anterioridad en el organismo.

6.º Por el contrario, en todos los demás casos la prueba de Schmidt nos ha proporcionado datos positivos muy valiosos para el diagnóstico de la infección

amigdalina; pero hemos de establecer sus resultados por los datos que nos proporciona nuestra estadística, y que hemos recogido someramente en las líneas anteriores.

**Dr. E. Botella:** El estudio de la amígdala tiene interés; casi siempre difícil. El valor de la prueba de Schmidt es elevado, sobre todo cuando aparentemente la amígdala no está enferma; su realización permite conclusiones diagnósticas, al parecer pronósticas y sobre todo fija la necesidad de amigdalectomía. Ahora bien; creemos debe hacerse solamente cuando por otro medio no sea posible concluir el estado amigdalino.

**Dr. A. Simonena:** El problema amigdalino tiene importancia médica en cuanto a sus relaciones con el riñón. Consideramos la prueba de Schmidt como capaz de diferenciar la amígdala sana de la enferma; se hace la objeción de su repercusión sobre riñón, pero para llegar a la afirmación no basta la existencia de albuminuria, precisa investigar la hematuria microscópica, así como la cilindruria granulosa.

#### NEUMOTORAX ESPONTÁNEO EN NIÑOS

**Dr. Suñer:** Vamos a presentar varios casos que han tenido como complicación de su afección un neumotórax espontáneo. Complicación rara en el niño; poco se ha hecho para su estudio de conjunto y su divulgación médica no es suficiente, pues aun los mejores Tratados de pediatría le dedican pocas líneas.

Hemos reunido cinco observaciones, a estudiar solamente desde el punto de vista pediátrico y no como especialista de aparato respiratorio. Al condensar su etiología, patogenia, sintomatología y tratamiento sólo nos referimos a los neumotórax abiertos, en válvula y cerrados.

Si en la etiología del neumotórax del adulto se admite la naturaleza tuberculosa, en el niño no siempre es de este origen; no es posible llegar a esta seguridad; se suele llegar a la tuberculización secundaria. En la etiología del neumotórax del niño interviene con frecuencia el neumococo; a veces el estafilococo; es una complicación de tosterina, de bronconeumonía.

##### Casos clínicos:

1.º Niña de dieciséis meses; desde un mes antes tosterina complicada con pleuresía. No es posible afirmar su naturaleza tuberculosa. Curación con tratamiento higiénico.

2.º Niño de veinte meses. Desde veinticinco días antes proceso broncopulmonar con derrame pleural. Llega a nuestra clínica con pionesmotórax; hemocultivo positivo al neumococo. Tratado por punciones pleurales repetidas seguidas de lavados con solución de optoquina; curación en cuatro meses.

3.º Caso de neumotórax en válvula. Niño de tres años. Desde doce días antes bronconeumonía bilateral. Se desarrolla un neumotórax; en doce horas fallece el enfermito en un cuadro agudo de insuficiencia cardíaca y colapso. En la autopsia se comprueba el proceso pulmonar y el neumotórax.

4.º Niña de tres años. Desde dos meses antes extenso derrame pleural. Nada tuberculoso. Pionesmotórax por estafilococo. En nuestra presencia se desarrolla el neumotórax y radiológicamente comprobamos su iniciación por vértice pulmonar. Se practica una pleurotomía que salva la situación; todavía continúa con supuración pleural y desagüe torácico.

M. CENA

\* \* \*



## ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Sesión del 29 de mayo de 1933

## QUISTE HIDATÍDICO VESICAL

*Dr. S. Pascual:* Los quistes hidatídicos de vejiga son tan raros que únicamente existen cuatro o cinco casos publicados en toda la literatura.

El quiste primitivo es rarísimo. Ordinariamente se trata de una afección secundaria por rotura de un quiste hidatídico primitivo. Pero en nuestro caso hay que admitir la localización primitiva y única por no tener otros síntomas en el resto del organismo. Es forzoso admitir que el embrión, partido del intestino llega por vía sanguínea al tejido celular subperitoneal o a uno de los órganos de la pelvis menor sin detenerse previamente en el hígado, pulmón o epiplón.

La historia clínica del enfermo era clara de quiste hidatídico de las vías urinarias. La localización del quiste (riñón, vejiga, próstata) se hizo ulteriormente por la exploración complementaria (radiografía, pielografías, cistografía, cistoscopia, etc.).

Una vez bien localizado el quiste en la pared posterior de la vejiga, por la cistoscopia, sobre todo, se procedió a una extirpación mediante talla hipogástrica—abertura amplia de la vejiga, formulado de la cavidad quística y taponamiento: desagüe vesical por el tubo de Marión—.

*Dr. Arredondo:* Una cuestión es el quiste hidatídico clínicamente hablando y otra anatómicamente hablando. Son frecuentes los operados de quiste hidatídico, alta por curación, que pasados meses, años, se presentan con otro quiste hidatídico de la misma viscera o de otra. La cuestión es si se trata del mismo o de otro, o bien es el resultado de siembra del primero operado. En la actualidad parece que todos los quistes hidatídicos en un individuo son el resultado de única siembra y disseminación consiguiente; resulta que el organismo por circunstancias no bien conocidas, en unas vísceras sigue una evolución y en otros es más lenta, llegando en ocasión a encontrarse vísceras con quistes hidatídicos degenerados y aun calcificados. Es lo que hemos hallado en un caso de autopsia; presentaba múltiples quistes hidatídicos de hígado, de variado tamaño, en degeneraciones variadas.

*Dr. L. de la Peña:* No se puede negar la posibilidad del quiste hidatídico primitivo de la pared vesical; anatómicamente no se puede negar; es posible la llegada del germen a esta región ahora que no es formación a propósito para ello. Considerada la sintomatología del enfermo y la exploración realizada y la rareza del quiste hidatídico de pared vesical, mas siendo el principal síntoma la interrupción del chorro de la orina con situación de quiste hidatídico en pared posterior y superior vesical, hay dificultades para admitir el diagnóstico de quiste hidatídico vesical primitivo. Se puede objetar que las dificultades de la micción obedecían a la expulsión de membranas quísticas. Ahora bien; en clínica son frecuentes los enfermos que expulsan de vejiga coágulos voluminosos sin dificultad.

Precisa recordar que en la intervención a este enfermo, y abierta la vejiga, se vió el orificio de una cavidad por la que introducido un dedo se dilató e hizo formulado de la misma, así como taponamiento con gasa empapada en formol.

Ante el caso expuesto nos permitimos sentar la posibilidad de tratarse de un quiste hidatídico del tejido subperitoneal retrovesical; quiste abierto en vejiga y con ello la expulsión de membranas y ganchos con la orina. Hemos visto un caso de quiste hidatídico retrovesical; verdadera tumoración apreciable por tacto rectal con síntomas de retención de orina; que operamos por vía perineal, dejando desagüe.

*Dr. Comenge:* Nada diré sobre la generación alternativa de los tenioides como tampoco si son una generación o varias o por infección hemática o traumática los quistes hidatídicos. Llamamos la atención sobre los quistes hidatídicos del globo ocular y sus relaciones patogénicas con los vesicales..

## LOS PROBLEMAS CLÍNICOS MÉDICO-LEGALES EN LA SILICOSIS PULMONAR

*Dr. F. García Triviño:* Lee una extensa comunicación acompañada de la proyección de abundantes material radiológico sobre este tema; fija especial atención sobre la etiología, patogenia y sintomatología de la silicosis pulmonar y los problemas médico-legales que presenta esta clínica.

Sabido es por todos que el estudio de las enfermedades del aparato respiratorio determinadas por la inhalación de polvos de distintas y variadas especies ha adquirido en estos últimos años una importancia extraordinaria sobre todo en aquellos países donde esta clase de estudios e investigaciones han sido acompañados y estimulados por los avances progresivos de la legislación social, la difusión del seguro de enfermedad y la necesidad de relacionar el proceso morboso y el grado o naturaleza del trabajo para precisar el tipo de indemnización.

El diagnóstico exacto de la silicosis como enfermedad profesional exige, como indican los diversos investigadores especializados en estos asuntos, un estudio de la historia industrial y patológica del enfermo, es decir, características minuciosas y detalladas del trabajo a que se ha dedicado, tiempo que lleva trabajando, variaciones de ocio, si las ha habido, condiciones higiénicas en que ha desenvuelto su labor y antecedentes hereditarios y patológicos. A estos datos hay que unir imprescindiblemente una radiografía técnicamente perfecta y un examen clínico completo y detallado, llegando de ese modo a precisar las distintas fases o modificaciones que el polvo silíceo determina en el aparato respiratorio y sobre todo en los pulmones.

Bauer, Eugel y Koelsch clasifican en términos generales muy acertadamente desde el punto de vista clínico y evolutivo las fases de la silicosis en la forma siguiente: Primer estadio (periodo primario). Estado general bueno y capacidad de trabajo normal, ligera disnea durante el esfuerzo o después de catarros o enfriamientos. Segundo estadio (periodo medio). Disnea más acentuada (respiración diafragmática predominante todavía), opresión y ligeros dolores torácicos, tos matinal característica sin expectoración o con expectoración poco abundante y tendencia típica a los catarros "a trigore". Tercer estadio (periodo final). Disnea muy pronunciada u ortopnea, tos frecuente con expectoración, dolores torácicos intensos. Aparecen los trastornos de estado general, adelgazamiento, anemia, perturbaciones circulatorias secundarias e incapacidad progresiva para el trabajo; más tarde las complicaciones ocupan el lugar preterente y la muerte sobreviene por edema pulmonar o por insuficiencia cardíaca de evolución rápida.

Este estudio clínico de la silicosis plantea el problema médico-legal de la capacidad e incapacidad del obrero para el trabajo y el derecho a indemnización.

Es evidente que en el momento que radiológicamente se comprueba una silicosis, aun en su fase nodular o de silicosis simple y aun sin que los síntomas funcionales se hayan destacado, ese obrero debe ser vigilado y reconocido periódicamente; en buena profilaxis y en estricta justicia social ese tipo de obreros que pudiéramos llamar "amenazados" deben ser separados de los puestos donde la inhalación de polvo es más intensa (como sucede con los perforadores en las minas, cargadores de mineral, etc.).



En el momento que en un obrero que trabaja en atmósferas polvorientas y con examen radiográfico positivo acuse disnea de esfuerzo, anemia, tos y bronquitis recidivantes debe ser declarado de incapacidad temporal.

En el estado final de la silicosis cuando la disnea es permanente y los fenómenos circulatorios se destacan la incapacidad debe ser definitiva y total.

M. ACEÑA

\* \* \*

## EN LA ACADEMIA DE MEDICINA DE VALLADOLID

CONFERENCIA DEL DR. PITTALUGA

En la Academia de Medicina de Valladolid se celebró una sesión científica, estando a cargo del Dr. Pittaluga, que desarrolló el tema: "Tratamiento de las anemias". Presidió la reunión don Salvino Sierra, presidente de la Academia; el señor Guardiola, gobernador de la provincia, y el presidente del Colegio de Médicos, doctor Díez Pinto.

El Dr. Pittaluga comienza su tema haciendo un elogio de la labor docente del Dr. Sierra, que rinde a la Ciencia un esfuerzo mayor que el que en los límites humanos pudiera considerarse como normal. Después de breves palabras de salutación dice que el tratamiento de las anemias, como todos los problemas de interés, necesita de vez en cuando estudiarse, evocando los conocimientos y cotejándoles con las nuevas realidades e hipótesis. Tres hechos han ejercido gran influencia en el tratamiento de las anemias:

1.º El perfeccionamiento de las técnicas para la transfusión sanguínea, que hoy día debe de estar al alcance de todo médico práctico, desde los estudios de Jansky y Moos sobre los dadores y receptores en los grupos sanguíneos.

2.º La eficacia de la dieta hepática sobre todo en el tratamiento de la anemia perniciosa; y

3.º Los estudios sobre el sistema retículo endotelial.

De todos estos factores, el que más ha influido en el tratamiento de las anemias es la dieta hepática que se emplea—dice—con éxito rotundo en el tratamiento de las anemias perniciosas y perniciosiformes. La importancia de la aplicación de la dieta hepática obedece, no tanto a la favorable acción terapéutica que desempeña como a la facilidad con que se aplica en todo estado anémico, habiendo contribuido a disminuir en términos anticientíficos los casos de diagnósticos etiológicos de las anemias, contra lo que es preciso reaccionar.

Pasa luego a estudiar el diagnóstico de las anemias, y menciona que hay un criterio etiológico que busca la causa para combatirla y un criterio hematológico que se basa en los estudios de los análisis de la sangre.

El diagnóstico hematológico a veces no es suficiente, y entonces comienza la busca de causas extrínsecas accesibles a los métodos actuales de diagnóstico, y cuando esto resulta insuficiente se recurre al criterio histopatológico.

Señala la existencia de anemias primarias y secundarias, y a continuación cita las causas de los estados anémicos: la tuberculosis, la sífilis, el paludismo, las enfermedades parasitarias, la fiebre de Malta, las infecciones piógenas (sobre todo las crónicas), la endocarditis lenta maligna, las infecciones intestinales, las intoxicaciones, los parásitos intestinales, la alimentación carente de ciertos principios vitamínicos, el embarazo y las hemorragias.

Sintetiza su definición diciendo que pueden considerarse "como alteraciones o lesiones de la sangre y órganos formadores en virtud de las cuales se puede lle-

gar a límites de depauperación extraordinariamente grandes y, sin embargo, aún en estos límites puede darse su regeneración y en ella no se presentan caracteres desviados en un modo definitivo de su funcionamiento normal".

En las anemias primarias o esenciales o criptogénicas (de causa desconocida), el carácter que da uniformidad al grupo no es el desconocimiento de su etiología, sino que en ella hay signos de alteraciones hemáticas distintas que en las secundarias. Jamás se llega a límites tan grandes de depauperación de la sangre, pues antes se ha llegado a desviaciones, signo de lesión profunda, y el caso es fatal. Las alteraciones de la sangre no son sólo destructivas: hemotóxicas, sino que se ven hematíes de mayor dimensión que los demás (macrocitos). El Dr. Pittaluga cita el caso más bajo que se da en la literatura médica y que corresponde a una observación personal. El ha visto 3.200.000 por milímetro cúbico, o sea, aproximadamente, la 16 ó 17 parte de lo normal, y en este caso, tratado a fondo, recobró cinco millones al cabo de un año.

Estudia entre las anemias primarias la anemia esplénica infantil, la anemia de Banti, las formas cloróticas, las anemias hemolíticas hereditarias, la anemia perniciosa, la aplásica, la aquilica simple, recientemente estudiada por la escuela escandinava.

El factor predisponente juega un papel preponderante, y las anemias primarias y secundarias presentan signos hematológicos distintos, que muestra en diversas proyecciones de observación personal.

Después de estudiar el diagnóstico y la etiología de las anemias sin el conocimiento de los cuales no se puede dar un paso, trata del estudio terapéutico de las mismas.

Una vez establecido el diagnóstico certero, existen diversos métodos a aplicar. Si la anemia es muy acentuada, cuantitativamente llega como primer procedimiento la transfusión en pequeña escala, debiendo de reservarse la gran transfusión masiva para caso de gran depauperación hemática. Lo corriente es transfundir de 250 centigramos para abajo con la seguridad de causar un gran beneficio al enfermo. Actúa casi siempre como medida opoterápica en ocasiones de eficacia extraordinaria.

También se ha practicado la opoterapia con extracto de diversos órganos, procedimiento que hoy ha perdido de valor.

En las anemias cloróticas causadas por un trastorno del metabolismo del hierro por las hormonas ováricas u ovárico tiroideas, el mejor medicamento es el hierro. Entre todas las opoterapias, la hepática es la más eficaz. En el hombre de peso medio, la cantidad diaria indispensable de hígado son 300 a 500 gramos diarios. Esta medicación suele presentar alguna resistencia por parte del enfermo. El preparado de extracto hepático es ventajoso por su concentración, pero de bastante costo. Triturando hígado con especias se logra un extracto de sabor agradable al que el enfermo se acostumbra con facilidad. El resultado es clamoroso: en los casos más graves un mes es suficiente para curar.

El hierro es eficaz en las anemias aquilicas unas veces en la forma orgánica pura y otras en combinaciones, llegando a veces a emplearse un gramo diario.

Lo mismo con respecto al arsénico, pero ha podido observar que estos tratamientos en los casos de tuberculosis, por ejemplo, acentúan la toxicidad de las sales de oro (sanocrisina), en caso de estar el enfermo sometido a esta medicación.

El tratamiento por las vitaminas A y C también es eficaz, y termina su conferencia D. Gustavo Pittaluga señalando los agentes físicos, los rayos ultravioletas y los rayos X como poderosos medios terapéuticos.

P. P.



# 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  
Procesos crónicos del  
aparato respiratorio

1

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

Neyol n.º  
Antifímico

2

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

Neyol n.º  
Niños

3

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

Neyol n.º  
Procesos agudos

4

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

Neyol n.º  
Antiasmático

5

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

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



# Nuevos alcaloides no tóxicos Los "Genalcaloides"

POLONOVSKI Y NITZBERG

en la práctica cotidiana

<b>ENATROPINE</b>	..... HIPERACIDEZ
<b>ENESERINE</b>	..... DOLORES ABDOMINALES
<b>ENOSCOPOLAMINE</b>	..... HIPOACIDEZ
<b>ENHYOSCYAMINE</b>	..... SINDROME SOLAR
<b>ENOSTRYCHNINE</b>	..... PARKINSONISMO
	..... ANESTESIA QUIRÚRGICA
	..... TEMBLORES DIVERSOS
	..... SECUELAS DE ENCEFALITIS
	..... ASTENIA
	..... NEURASTENIA
	..... PARALISIS

Los S<sup>res</sup> Max y Michel Polonovski han designado con el nombre de "Genalcaloides" (C.R. Académie des Sciences, Paris, 1925) una serie de compuestos alcaloídicos de función aminóxida en los que se ha reconocido propiedades idénticas a las del alcaloide fundamental de que derivan, pero con la diferencia esencial de que son muy debilmente tóxicos comparados con él.

MUESTRAS Y LITERATURAS:

E. BOIZOT, agente general

BARCELONA, apartado 17 ■ MADRID, apartado 2082 (2)

Laboratorio AMIDO. A. BEAUGONIN, farmacéutico, 4, Pl. des Vosges. PARIS (4<sup>e</sup>)

**AMIDAL** = ENTERITIS  
DIARREAS

**BACKERINE** = TUMORES  
CANCERES

Preparados por E. Molina Gatteau, farmacéutico, en los Laboratorios E. Boizot, Luis Cabrera, 47, Madrid.

Terapeutica Cacodilica Intensiva e Indolora

## CYTO-SERUM

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS

Una Inyección intra-muscular cada dos días

*Poderoso Estimulante  
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

GRIPE  
TUBERCULOSIS  
PALUDISMO  
NEOPLASMA  
NEURASTENIA  
CONVALESCENCIAS

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

Solicítense Muestras Gratis

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

**CLOROFORMO  
DAKSA**  
PURÍSIMO ANESTÉSICO  
RESPONDE A TODAS LAS FARMACÓPEAS

DESTILERIAS

**ADRIAN-KLEIN S.A.**  
Ayuntamiento de Madrid  
BENICARLÓ (Castellón)



## SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

30 de mayo de 1933

Preside el Dr. Mariscal. El señor Olea presenta una comunicación acerca de los ruidos de la calle, tan excesivos como perjudiciales, que quedó sobre la Mesa para su discusión en la sesión próxima.

Fueron aprobadas tras empeñada discusión, en la que intervinieron los señores García Durán, Franco, Olea, López Pérez y Redondo, y con ligeras modificaciones las conclusiones presentadas por la ponencia con tal fin nombrada y que corresponden a la comunicación del señor Alarcón sobre "Vulgarización de máximas y preceptos que deben conocer los padres de familia". El señor presidente propuso, y así se acordó, que se ampliara alguna de las conclusiones, recomendando con todo interés la lactancia materna, según había indicado el señor Franco.

El señor Maestre comenzó a explicar su anunciada Memoria sobre fabricación, condiciones y análisis de los helados que se expenden en Madrid, quedando en el uso de la palabra para la sesión inmediata por lo avanzado de la hora.

\* \* \*

## SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

6 de junio de 1933

Preside el Dr. Mariscal. El Sr. Maestre Ibáñez continuó ocupándose de "La higiene en la industria de los helados", hablando de las condiciones higiénicas excelentes que reúnen las fábricas recientemente instaladas en Madrid, dando lectura a un proyecto de bases sobre legislación higiénica aplicable en España en la industria de los helados, que quedó sobre la mesa para su discusión en la próxima sesión.

El Sr. Yagüe y Espinosa hizo un estudio de los helados desde hace unos veinticinco años hasta la fecha, poniendo de relieve el considerable avance higiénico conseguido.

Aportaron observaciones muy atinadas los señores Decref, Franco, Martínez, López Pérez, García Durán y Mariscal, quien recordó la admiración de Brouardel por nuestra horchata de chufas.

El Sr. Olea dió lectura a unas cuartillas sobre el uso del ácido cianhídrico a propósito de un caso funesto recentísimo, que quedó sobre la mesa, para su discusión por lo avanzado de la hora.

\* \* \*

## INSTITUTO DE MEDICINA PRACTICA

Sesión del 16 de marzo de 1933

BIOLOGÍA DEL MISTICISMO: DOCTOR MARTÍ IBÁÑEZ

Comienza el disertante por justificar la intervención del biólogo en temas y personajes de calidad divina. Expone el origen y evolución de las religiones, así como las vicisitudes por que ha pasado el sentimiento religioso. Desarrolla lo referente al papel del sexo y su simbolismo en la génesis y desenvolvimiento de todas las religiones. Refiere la esencia mística del Budismo, Islamismo y Cristianismo. Parangona el místico y el amante terrenal y el ideal de ambos. Expone el drama sexual del mismo, su psicología y el sentido sexual de las flagelaciones. Termina con la exposición del deseo de morir en los místicos y un esbozo de filosofía del éxtasis.

## EL TITANO EN TERAPÉUTICA: DOCTOR BASCOMPTE LAKANAL

Es un cuerpo muy difundido en la Naturaleza, en la corteza de la tierra, agua y aire.

Sus aplicaciones industriales son múltiples. Tiene un gran poder fertilizante, comprobable en los terrenos de cultivo.

Se ha visto en las sales solubles de titano por vía parenteral; estimulan la respiración y provocan fenómenos vasoconstrictores y motores.

El óxido de titano es un perfecto sucedáneo del óxido de zinc y se usa en Dermatología en forma de suspensión glicerínada, pasta, crema o pomada, en eczemas poco secretantes prurigos, pruritos y estrófulos, así como en el intertrigo y sabañones ulcerados.

CASUÍSTICA TRAUMATOLÓGICA OCULAR POCO FRECUENTE:  
DOCTOR SORIA ESCUDERO

Se refiere el conferenciante a dos casos extraídos de su archivo. El primero fué el de un infante que presentaba síntomas de oftalmía del recién nacido, y en realidad la observación detenida mostró que en la córnea tenía un cuerpo extraño, que resultó ser un pétalo de rosácea.

El segundo caso es el de una niña herida en el globo ocular por unos fragmentos de vidrio, que en apariencia reclamaba la intervención y que en realidad, mediante la cirugía conservadora, pudo quedar con su globo ocular y un buen funcionalismo visual.

Finalmente, el conferenciante dedujo de los dos casos citados múltiples e interesantísimas consecuencias clínicas y terapéuticas.

## SECCION OFICIAL

## MINISTERIO DE LA GOBERNACION

## Comité de Lucha contra el reumatismo

## ORDEN

Ilmo. Sr.: La importancia social de las enfermedades reumáticas hace preciso que se les otorgue por el Poder público una atención preferente.

La primera necesidad es organizar el Comité español que venía funcionando en relación con la Liga Internacional contra el reumatismo, aumentando su actuación en lo que hace referencia a las enfermedades del aparato circulatorio, por tener numerosos puntos de unión ambos grupos de dolencias en lo referente a la asistencia social que debe prestárseles.

En atención a las consideraciones expuestas,

Este Ministerio, a propuesta de la Dirección general de Sanidad, ha acordado lo siguiente:

1.º Se crea el Comité de Lucha contra el Reumatismo y las enfermedades del aparato circulatorio.

2.º Este Comité estará integrado por:

Don Manuel Bastos Ansart, presidente.

Don Gregorio Marañón Posadillo y don Carlos Jiménez Díaz, vicepresidentes.

Vocales: don Antonio Mut, don Teófilo Hernando y Ortega, don Roberto Novoa Santos, don Enrique Bardají, don Antonio Oller Martínez, don Agustín del Cañizo y García, don Luis Calandre Ibáñez, don Pedro Carrión y Carazarza, don José Pardo y Urdapilleta, don Antonio Crespo Alvarez, don Plácido González Duarte, don Manuel Cordero y don Inocencio Jiménez.

Secretarios: don Antonio Duque Sampaio y don José María López Morales.

3.º Este Comité se constituirá rápidamente, elevando a la superioridad, en el término de dos meses, un Reglamento en el que se detallarán los fines y organización del mismo.



De orden ministerial lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 31 de mayo de 1933.—*Casares Quiroga*.

Señor director general de Sanidad.  
(Gaceta del 3 de junio.)

### CARNETS DE IDENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

#### CIRCULAR

Teniendo conocimiento esta Dirección de que, no obstante lo dispuesto en el decreto de la Presidencia de fecha 27 de abril de 1931 (Gaceta del 28) y en la circular de este Centro del 29 de dicho mes y año, existe gran número de profesionales sanitarios en cuyos carnets de identidad siguen figurando los emblemas monárquicos,

Esta Dirección tiene a bien disponer que en el plazo de dos meses sean substituídos dichos carnets por otros, en los que el escudo de España sea el adoptado oficialmente.

Pasado dicho plazo, los profesionales sanitarios que no hubiesen efectuado el canje de dichos carnets serán castigados por los gobernadores civiles con las multas a que les autorizan las disposiciones vigentes y los carnets perderán su validez.

Madrid, 2 de junio de 1933.—El director general, J. Bejarano.

Señores gobernadores civiles de todas las provincias y presidentes de los Colegios de Médicos, Farmacéuticos, Practicantes y Matronas.

(Gaceta del 4 de junio.)

## GACETA DE LA SALUD PUBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,2; ídem mínima, 701,3; temperatura máxima, 26°2; ídem mínima, 8°1; vientos dominantes, SO. NE.

Las alteraciones barométricas y termométricas habidas en la presente semana han influido mucho en los estados de la salud pública, reproduciéndose las afecciones pulmonares crónicas, los reumatismos articulares y musculares y presentándose algunos catarros con carácter benigno.

En los niños, se han mejorado los casos de coqueluche y sarampión, presentándose pocos de enteritis y manteniéndose en la misma proporción las parotiditis.

No existe ninguna enfermedad con carácter epidémico.

## CRONICAS

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

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

**Vacantes.**—Hasta el 18 de julio pueden solicitarse las siguientes vacantes:

Por concurso libre de antigüedad: Herencia (Ciudad Real), con 2.750 pesetas y 9.227 habitantes.

Por concurso restringido de antigüedad: Montejo de la Vega de la Serrezuela (Segovia), con 1.375 pesetas y 426 habitantes.

Por concurso libre de méritos: Huete (Cuenca), con 2.200 pesetas y 2.779 habitantes.

—Castillo de Cabrera (León), con 2.750 pesetas y 1.380 habitantes.

—Caudete de las Fuentes (Valencia), con 1.650 pesetas y 1.548 habitantes.

—Ubierna (Burgos), con 2.750 pesetas y 1.101 habitantes:

Por oposición:

—La obra "Oposiciones", editada por EL SIGLO MEDICO, contesta a todo el programa.

—Santa Cruz del Retamar (Toledo), con 2.200 pesetas y 2.702 habitantes.

—Pravia (Oviedo), con 3.300 pesetas y 9.675 habitantes.

—Arganza (León), con 2.750 pesetas y 2.043 habitantes.

—La única obra que responde al programa oficial está editada por EL SIGLO MEDICO.

—Frigillana (Málaga), con 2.750 pesetas y 2.043 habitantes.

—Villahizán (Burgos), con 2.750 pesetas y 1.423 habitantes.

—Garachico (Santa Cruz de Tenerife), con 2.860 pesetas y 4.589 habitantes.

—"Oposiciones médico-rurales". Obra completa, editada por EL SIGLO MEDICO.

**VII Congreso de Pediatras de lengua francesa.**—Tendrá lugar el presente año en París, bajo la presidencia del profesor Ombrédanne. Se tratarán en el mismo las ponencias siguientes: 1.ª La patología del divertículo de Meckel (doctores Fevre y Senelaigne).—2.ª Las repercusiones médicas relacionadas con las variaciones meteorológicas (profesor Mouriquand). Las repercusiones médicas ligadas a las variaciones climáticas (A. Delille). Las repercusiones médicas ligadas a las variaciones de estación (Woringer).—3.ª Los virus filtrantes tuberculosos en la patología infantil (G. Paiseaut). Para informes, dirigirse al secretario general del Congreso: doctor J. Hutinel, 7, rue Bayard, 7. París, Ville.

**Forensías.**—En los Juzgados de primera instancia e instrucción de León y Antequera, se hallan vacantes, por cese, las plazas de médico forense y de la prisión preventiva, de categoría de término, que deben proveerse por traslación, conforme a lo prevenido en el artículo 1.º del Real decreto de 29 de julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de la provincia respectiva por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 18 de julio.

—En los Juzgados de primera instancia e instrucción de Vitoria la Buena y Cariñena se hallan vacantes, por cese, las plazas de médicos forense y de la prisión preventiva, de categoría de entrada, que deben proveerse por traslación, conforme a lo prevenido en el artículo 1.º del Real decreto de 29 de julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de la provincia respectiva por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 18 de julio.

**Médicos forenses.**—En la parte oficial del próximo número encontrarán nuestros lectores la disposición refundiendo con la denominación de Cuerpo nacional de Médicos forenses el existente y los detalles relativos a la provisión de plazas, pues al ser modificados algunos artículos posteriormente, nos ha obligado a suspender la publicación que teníamos dispuesta.

### SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL  
Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 10.028. Madrid.  
Forma emulsionable en frío: 2,90 ptas., caja de 150 gramos.

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

## BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPAMAJOR L., y Estafío coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. — Valencia.

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