

111/3

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.179.—Tomo 93

AÑO OCHENTA Y UNO

13 Enero 1934

El
Antiespasmódico „Potenciado”

Eupaverina compuesta —

Eupaco Merck

E. MERCK • DARMSTADT

EUPAVERINA Y EUPACO MARCAS REGISTRADAS

Indicaciones:

Cólicos y tenesmos intestinales
Cólicos biliares, renales y ureterales.
Píloroespasma, constipación espasmódica
Hipertonía. Asma cardíaco
Dismenorrea
Espasmos postoperatorios

Envases:

Eupaco tabletas: tubos de 10 y de 20 tabl.
Eupaco supositorios: cajas de 5 y de 10 sup.
Eupaco ampollas: cajas de 3 y 10 amp.
(Eupaverina-Atropina)

Ayuntamiento de Madrid
PRODUCTOS QUÍMICO FARMACÉUTICOS S. A.
Apartado 724 Barcelona



SANATORIO NEUROPATICO

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

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

INSTITUTO MEDICO - PEDAGOGICO

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

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

Dirección médica: Dr. GONZALO R. LAFORA

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, etc., es de doble éxito.

LACTOBULGARINA

Balneario de Carlos III TRILLO

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

Médico-director en propiedad: Excelentísimo señor don
VICTOR M.^a CORTEZO

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel

Deliciosa estación de verano. - Gran parque y monte

Clima de montaña, 780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid

ESTAFETA DE PARTIDOS

Se advierte a los compañeros que hayan solicitado la titular de Jubera, con ocho aldeas, hay dos médicos con todo el igualatorio contratado por varios años que también la han solicitado, y se ruega que los que no piensen tomar posesión manden la renuncia al Inspector provincial de Sanidad de Logroño (2.880).

OBRAS RECIBIDAS

Facultad de Medicina de Barcelona. Organización. Régimen de estudios. Programas de cursos para el año 1933-1934.

VACANTES

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

SUBSECRETARÍA

Oposiciones, turno libre, a la Cátedra de Medicina legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago, convocadas por Orden de 7 de julio último, inserta en la "Gaceta" del 12.

En cumplimiento de lo prevenido en el artículo 12 del Reglamento de oposiciones a Cátedras universitarias de 25 de junio de 1931,

Esta Subsecretaría hace público lo siguiente:

1.º Que el Tribunal para juzgar los ejercicios ha sido nombrado por Orden de 2 de diciembre próximo pasado (*Gaceta* del 7), sin que haya sufrido modificación alguna por efecto de renunciaciones.

2.º Que por reunir y haber justificado las condiciones legales reglamentarias, se declaran admitidos a la práctica de los ejercicios los siguientes aspirantes:

D. Valentín Pérez Argiles.

(Continúa en la página XVIII.)

RADIACIONES

Los EQUIPOS de mayor
eficacia en terapéutica.

Pida folletos:

LABORATORIOS U. V. Apatado 331 SEVILLA

de edad es frecuente que tales amores se desvíen hacia los animales, sobre todo gatos o perros, a los que hacen objeto de cariños más propios de seres humanos que de irracionales. En otras circunstancias se almacenan los afectos en lo inconsciente. Todo acontecimiento análogo que sobreviene aumenta la tensión, y, de una parte, existe una verdadera predisposición a la explosión, en tanto que, de otra, hay una selección de acontecimientos que, todos ellos, refuerzan el mismo afecto. Y es que existe en el sujeto una predisposición para asociar los acontecimientos o las impresiones de esta índole y, en cambio, una inhibición para las de índole adversa. De esta manera se engendra la tendencia de determinadas personas a sufrir diversos estímulos. A estas personas siempre les están ocurriendo, en su opinión, acontecimientos trascendentales, lo mismo si son satisfactorios que si son mortificantes. En la mayoría de los casos sucede esto último, y es que tienen en ello cierto placer; a veces el hecho de hallar pretextos para considerarse mártires los realza a sus propios ojos, y, por tanto, hasta provocan discretamente estos acontecimientos y luego los transforman hábilmente para hacer de ellos escenas con apariencias de trascendentales. Si las representaciones de los complejos son más potentes que las fuerzas que las reprimen, están surgiendo constantemente en la memoria, por ejemplo, con motivo de cualquier acontecimiento que la recuerde, y cada vez que surgen llevan toda su carga afectiva. La necesidad exagerada de variación es parcialmente congénita y parcialmente adquirida. En cualquier sitio que se encuentren sienten los enfermos nostalgia por otros sitios, y cualquiera que sea su tarea, sienten ganas de dejarla para emprender otra o de modificarla en determinado sentido. La tendencia a variar de sitio o de ocupación es natural, pero en estos casos se encuentra exagerada y, además, falta a los enfermos el amor a lo habitual. Las personas que tienen que sufrir muchas vejaciones e injusticias no pueden protestar de ellas en forma eficaz: tienden a concentrarse en sí mismas y no comunican sus impresiones ni sus contrariedades a nadie. En estos casos, como en muchos otros, existen complejos sentimentales ambiva-

llegan a ser propiamente maniacos, más rara vez seniles y a veces epilépticos con euforia. En la segunda forma, en la que es más adecuado el nombre de exaltación, el enfermo tiene una idea exagerada de su propio valer, y con ella tiene también aspiraciones y tendencias exageradas. Por este motivo son inevitables los conflictos con las personas que le rodean, y conducen al enfermo a las explosiones más violentas de furor. Por eso las circunstancias en que se presentan estos estados, acompañados de profusión de ideas y de actividad impositiva, se llaman maniacos, y el estado de afecto correspondiente, manía. Esta exaltación se presenta en la euforia alcohólica corriente en una forma algo más ligera y sin la fuga de ideas. Como corresponde a los afectos positivos de las personas sanas, el estado de ánimo de estos enfermos es mucho más inestable que en los deprimidos. Los afectos oscilan según los temas de la conversación; pero, en general, no pierden la euforia. En algunos casos, estas oscilaciones pueden llegar a la depresión, y los enfermos rompen a llorar. Lo mismo que en la depresión, las representaciones son muy fáciles y conducen con frecuencia hasta la fuga de ideas. Igualmente es muy fácil la transformación de los pensamientos en actos. Los enfermos parecen más jóvenes de lo que corresponde a su edad; no es corriente que la exaltación se manifieste por síntomas físicos, como lo hace la depresión, pero el pulso muestra tendencia a ser amplio y blando. La exaltación, como la depresión, se pueden presentar en el curso de cualquiera otra enfermedad mental: corresponde a los estados maniacos y forma parte de la demencia maniaco-depresiva. Aparece como estado de ánimo crónico en los alcohólicos y como sintoma parcial de las constituciones psicopáticas.

Cuando todos los afectos se manifiestan de una manera uniforme con mucha vehemencia, se puede engendrar un carácter anómalo o un histerismo u otro prodigio semejante. Trastornos de esta índole se producen también en las psicosis orgánicas, en la epilepsia y, trastornos, en los estados de agotamiento. Pero lo que se llama excitabilidad morbosa es una predisposición espe-

cial al enfado, a la ira y al furor. Se presenta en los neurasténicos, que se enfadan sobremedida por toda impresión intensa de los sentidos o por toda perturbación que sufren. En los verdaderos enfermos mentales constituye uno de los síntomas de la exaltación; pero puede ocurrir, como alteración autónoma de los afectos, en todas las formas de la imbecilidad. Acaso tenga esto su origen en que el furor es la reacción normal ante una situación peligrosa que no se comprende. En estas condiciones, la reflexión ya no sirve para nada; en cambio, pegando a ciegas o desprendiéndose violentamente de los demás sin consideración alguna para otras personas ni para la integridad del propio cuerpo, puede aún salvar la vida. En otros caracteres irritables, la torpeza del proceso intelectual es la consecuencia del estado de afecto irritable. En general, la inteligencia de estas personas es buena, pero no es raro que en determinado tema se la observe bastante limitada. En los imbeciles se producen además perturbaciones internas del ánimo, que adoptan la forma de irritabilidad por torpeza del pensamiento.

En los imbeciles se manifiesta la ira por acciones contra sí mismos, cosa que sucede pocas veces en otras clases de enfermos. Los esquizofrénicos destruyen los muebles y objetos que los rodean, incluso sus propios vestidos, unas veces a consecuencia de excitaciones que proceden del interior de los propios enfermos, y otras como reacción a algunos acontecimientos que son en sí mismos insignificantes. En los casos graves de esquizofrenia, estos accesos de furor son las únicas manifestaciones afectivas que se conservan; en cambio, en los casos ligeros de la misma enfermedad, un grado ligero de irritabilidad puede ser el único síntoma apreciable para quienes rodean al enfermo durante bastantes años. Los epilépticos suelen mostrar una irritabilidad crónica como fenómeno parcial de la alteración de la intensidad de los afectos, y además se manifiesta esta irritabilidad como alteración transitoria de forma muy semejante a lo que sucede con los imbeciles.

El fenómeno contrario a la excitabilidad es la apatía. Si se interpreta en el sentido de la desaparición total de

cia, que es ligera, no le impide una vida sexual normal, porque nadie, absolutamente nadie, necesita enterarse de su conflicto, y si se logra que el enfermo se resigne a no dar a ese defecto más importancia que la poca que verdaderamente tiene, aquel hombre dejará de estar deprimido y podrá hasta sentirse alegre, no por su defecto, pero si por haber vencido el motivo de pesadumbre que antes sentía. Los estados de ánimo inadecuados son con frecuencia la consecuencia de malos tratos o de injusticias, y si ocurren desde la infancia, no será raro que pongan al niño en una situación falsa que durará toda la vida. De este modo se engendra otro carácter, completamente funcional, que solamente se diferencia del congenito por un examen muy atento. Este carácter se puede reformar. El diagnóstico se fundará. Los padres o los maestros no comprenden ciertas reacciones de los niños y los castigan. La consecuencia suele ser una tenacidad del niño en la resistencia, y hasta se crea una moral peculiar adaptada a este complejo. Los niños, una vez que adoptan esta actitud de resistencia frente a sus padres, no suelen salir de ella aunque hagan visibles esfuerzos por lograrlo, y en las personas mayores, una vez que ha habido discordia entre dos de ellas, tampoco suele desaparecer, salvo que una explicación razonada haga desaparecer el aludido complejo. De aquí el buen resultado de los mediadores cuando, efectivamente, proceden de buena fe. Algo semejante se observa en muchachos que tienen una predisposición o una afición a determinada actividad, por ejemplo, artística, cuando se ven en la necesidad de seguir una ruta diferente. Otro tanto sucede con personas que tienen aspiraciones para las que les falta, con mucho, la capacidad. Los afectos y los impulsos que no se pueden satisfacer se desvían con frecuencia, unas veces de modo espontáneo, y otras, bajo una dirección consciente. Así, el impulso sexual y el amor a los hijos, cuando no se han satisfecho, se pueden transformar en caridad y atención y cuidado de los enfermos, que es lo que Freud llama la sublimación del impulso; no obstante, no basta muchas veces esta desviación para satisfacer el afecto, y por eso se manifiestan estas actividades de una manera muy inconstante. En las mujeres

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

13-I-1934

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

LOS MAESTROS DE LA CIENCIA

EL Dr. ADOLFO MEYER

Por el Dr. Charles Macfie Campbell, Médico
Director del Hospital psiquiátrico
de Boston

A fines del siglo XIX la psiquiatría norteamericana se preocupaba principalmente de la clasificación de las enfermedades mentales y se perdía en especulaciones sobre las lesiones anatómicas y los factores tóxicos de estas afecciones. Mas, en lo que va del actual siglo, las perspectivas de la psiquiatría se han modificado fundamentalmente. Hoy se consideran las alteraciones mentales como el resultado de perturbaciones de adaptación debidas a un gran número de causas que en ningún modo deben ser descuidadas. Las lesiones anatómicas y los factores tóxi-

cos tienen su importancia; pero no ha de concederse menor atención a los rasgos de la personalidad, a la influencia de la educación y del medio a la evasión y a la regresión, donde el individuo busca algunas veces su refugio. El psiquiatra debe penetrar en la

Viena y Berlín. Se estableció, finalmente, en Estados Unidos en 1892.

Después de haber sido encargado del servicio de anatomía patológica en el hospital psiquiátrico de Kankakee (Illinois) y del curso de neurología comparada en la Universidad de Chicago, en 1895, Meyer fue nombrado médico director del hospital psiquiátrico del Estado de Massachusetts, en Worcester; pasó, en 1902, a la dirección del Instituto patológico de los Hospitales del Estado de Nueva York y, finalmente, en 1910, fue nombrado director de la clínica de psiquiatría y profesor en la Universidad Johns Hopkins, de Baltimore.

A través de estos diversos puestos, así como en la presidencia de la Asociación Norteamericana de Neurología y de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, Adolfo Meyer su-

TRATAMIENTO DE LAS DERMITIS DERMIZINA

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

naturaleza humana tanto como en la complejidad del medio social.

Adolfo Meyer tomó una parte preponderante en este desenvolvimiento de la psiquiatría norteamericana que, con la incorporación de los problemas de la propia vida, llegó a renovar totalmente.

Hijo de un ministro protestante, nació Meyer en Zurich el 13 de septiembre de 1866. Después de diplomarse, en 1890, en la Universidad de esta misma capital, completó sus estudios en París, Edimburgo, Londres,

Omnadina
activa las defensas orgánicas

TREPONEMOL
SÍFILIS

ración fué terminada, la encontré llorando a mi lado. “¿Has perdido a tu hijo?”, le dije al verla llorar. “Y también yo estoy perdida”, me contestó. “No te apures, mujer; haremos que nos manden los papeles necesarios; me casaré contigo, y adoptaré por hijo mío al hijo de...” No pude acabar. ¡Ah, mi querido amigo! Yo creo que puede hacerse todo por recibir la mirada mortal con la cual Judith me agradeció mi buena intención; yo me convencí de que aún la seguía amando, y desde aquel día su pequeño entró en mi corazón. Mientras que los papeles, el padre y la madre judíos se pusieron en camino, la pobre mujer se murió también. La antevisión de su muerte tuvo fuerzas para vestirse, adornarse, hacer todas las ceremonias de rigor y firmar los papeles; en cuanto su hijo tuvo un nombre y un padre, se volvió a la cama; yo la besé las manos y la frente, y murió. A esto se redujeron mis nupcias. Al día siguiente, después de haber comprado los pocos pies de tierra que está ocupando, me encontraba siendo el padre de un huérfano, que tuve que poner en ama durante la campaña de 1875. Desde esta época, sin que nadie haya conocido mi historia, que no tiene mucho de lucida, por cierto, he seguido los cuidados de este niño como si realmente fuese mío. Su abuelo, metido en sus negocios, se vió arruinado y marchó a ganarse la vida entre Persia y Rusia. Hay muchas probabilidades de suponer que volvería a recuperar su fortuna, puesto que se dedicaba al comercio de las piedras preciosas. Yo puse al chico en un colegio; pero después le he hecho ejercitarse en las matemáticas para colocarle en la Escuela

Politécnica y para poder asegurarle un porvenir; pero el pobre ha caído enfermo: tiene el pecho endeble. Atendiendo a los médicos de París, podría encontrar alivio y recuperar la salud mandándole al campo o a las montañas y cuidándole como lo necesita a todas las horas por un hombre de buena voluntad. Entonces fué cuando pensé en usted, y vine a enterarme de sus ocupaciones y de sus maneras de pensar. Después de lo que me ha confesado usted, no puedo permitirme darle ese trabajo, aunque seamos ya buenos amigos para toda la vida.

—Comandante—dijo Benassis después de un momento de silencio—, mándeme usted el niño de Judith. Sin duda que Dios ha dispuesto que pase yo por esta última prueba, y la sufriré con resignación. Ofreceré este nuevo sacrificio al gran Dios, cuyo Hijo fué muerto por nosotros en la cruz. Por otra parte, las emociones que me ha causado su relato me han resultado soportables, y eso puede ser de buen agüero.

Genestas estrechó vivamente las dos manos de Benassis con las suyas, sin poder reprimir algunas lágrimas que humedecieron y rodaron por sus mejillas curtidas.

—Guardemos ambos el secreto de todo esto.

—Desde luego, mi comandante; pero aún no ha bebido usted el otro vaso.

—No tengo sed—respondió Genestas—; soy un estúpido.

—¡Bueno! ¿Cuándo me va usted a enviar al muchacho?

cía en la formación de los alumnos de Medicina y de los psiquiatras.

Meyer liberó los espíritus de una clasificación estereotipada de las enfermedades mentales que amenazaba esterilizar las investigaciones psiquiátricas y reemplazó las abstracciones por la observación de los múltiples y complejos factores que pone en obra

SARN A

Cúrase con SULFURETO CABA-
LLERO

la adaptación del hombre a su medio psicológico.

Esta amplia concepción de las alteraciones mentales, consideradas como perturbaciones de adaptación individual bajo la influencia de la herencia o del medio, llevó a Meyer a señalar las variaciones individuales de las dotes hereditarias, a analizar las fuerzas que intervienen para modelar el

CATARROS, TOS

JARABE MADARIAGA

BENZOCINAMICO

desenvolvimiento de la personalidad y poner en evidencia las dificultades que encuentra el sujeto en su evolución mental. Describió así diversos tipos constitucionales y presentó un cuadro de la influencia ejercida por la escuela y por el medio social. Y estas consideraciones le condujeron a

formular un programa de prevenciónso de psicobiología y de estudio de la personalidad normal.

CONTRA LAS NEURALGIAS ACONSEJAD

Cerebrino Mandri

Supo siempre defenderse Meyer de los puntos de vista unilaterales: cuando, después de Peyor, urólogo de Zurich, Freud quiso vincular a la vida sexual el origen de la mayor parte de las perturbaciones mentales, Meyer, sin rechazar los nuevos elementos aportados por el gran psiquiatra

"MALTOPOL"

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

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

vienés, reivindicó los derechos de una concepción que daba entrada a todos los factores que pueden causar estados tan complejos.

Adolfo Meyer reorganizó el programa de estudios médicos: en adelante, en la Universidad de Johns Hopkins, el estudiante, antes de emprender sus estudios clínicos, debe seguir un cur-

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

Entretanto, no abandonaba Meyer los estudios de anatomía y de patología en los que se había distinguido a los comienzos de su carrera. Al exponerlos en su clase, daba a los estudiantes una comprensión funcional y experimental del sistema nervioso.

JARABE ALMERA

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

En el puesto de director que actualmente ocupa, puede Meyer orientar los estudios clínicos de sus alumnos, guiar las investigaciones especializadas e impregnar a las futuras generaciones médicas del sentido de su responsabilidad ante los factores generales, personales y sociales de la enfermedad.

La influencia de Meyer no se ha

ARTE GRAFICO

Fotografado. Hortaleza, 21. Tel. 14623

Especialidad en trabajos para Laboratorios

ejercido solamente en los Estados Unidos, sino que se ha extendido al mundo entero, y de una manera particular, a la Gran Bretaña. Su obra constituirá una época en la historia de la Psiquiatría.

(Continúa en la página XVIII)

—Si usted quiere, mañana mismo; está en Grenoble hace ya dos días.

—Divinamente; mañana por la mañana irá usted en su busca y me le traerá por la tarde. Los esperaremos en casa de la Fosseuse, en donde cenaremos los cuatro juntos.

—Convenido, y hasta mañana.

Los dos amigos se fueron a acostar, no sin haberse deseado mutuamente una buena noche. Al llegar al descansillo de la escalera que separaba los dos cuartos, Genestas dejó su linterna sobre la barandilla, y acercándose a Benassis, le dijo con sincero entusiasmo:

—No quiero separarme de usted esta noche sin advertirle que es usted el tercero entre los cristianos que me ha hecho creer que no puede menos de haber algo allá arriba.

Y señaló el cielo con su mano.

El médico le respondió con una sonrisa llena de melancolía, y estrechó muy afectuosamente la mano del militar.

Al día siguiente, antes de amanecer, el comandante Genestas partía para la ciudad, y a media tarde se encontraba ya de vuelta en la carretera que va de Grenoble al pueblo y a la altura del caminito que conducía a casa de la Fosseuse. Iban en un coche abierto de cuatro ruedas, arrastrado por un solo caballo, carroza que se encuentra a cada paso por aquellos caminos. Llevaba como acompañante a un joven enjuto, que no aparentaba tener más de doce años, aunque ya había entrado en los dieciséis. Antes de bajarse, el oficial miró por los

alrededores, con el fin de encontrar por el camino algún aldeano que se encargase de llevar el carruaje a casa de Benassis, porque la estrechez del camino que iban a emprender no le permitía llegar con él hasta la casa de la Fosseuse. Por casualidad atravesaba el guarda campestre por allí, y sacó del apuro a Genestas, quien con su hijo adoptivo ganó a pie a través de los espinos la legua escasa de montañas que aún les faltaba.

—¿No te encontrarás encantado, Adrián, corriendo por las montañas de este hermoso país durante un año para que aprendas a saltar, montar a caballo, cazar y hacer correrías, en lugar de embotarte con los libros, perdiendo el color y las fuerzas? Fíjate bien en la hermosura de todos estos campos.

Adrián echó una mirada sobre el extenso valle, mirando indiferente como es la de todos los niños cuando contemplan la naturaleza, y sin dejar de andar, contestó:

—¡Es usted muy bueno, padre mío!

Genestas quedó escalofriado por aquella despreocupación enfermiza, y llegaron hasta la casa de la Fosseuse sin que dirigiese la palabra nuevamente a su hijo.

—Comandante—dijo Benassis, levantándose del banco de madera en donde se encontraba sentado—, es usted más exacto que un cronómetro.

Pero enseguida se volvió a su asiento y permaneció algún tiempo pensativo mientras examinaba atentamente al joven Adrián; estudiaba con lentitud aquella cara, descolorida y fatigada, no sin admirar las hermosas líneas globales que predominaban en su noble fisonomía.

DISPEPSIA
DOLOR DE ESTÓMAGO
ACIDEZ
VÓMITOS
INAPETENCIA
DIARREAS
DILATACIÓN y
ÚLCERA
DE ESTÓMAGO

ELIXIR

SAIZ DE CARLOS

se curan con este famoso medicamento.
Es inofensivo y de gusto agradable.

Vitaminas naturales en su medio natural

El aceite puro de hígado de bacalao de Noruega, base de la Emulsión Scott, es el **venero** más rico en Vitaminas A y D, factores **esenciales** de la nutrición.

El procedimiento original y **exclusivo** de Scott, elimina toda posibilidad de oxidación y consiguiente pérdida de poder vitamínico.

Con la Emulsión Scott, el médico **proporciona** Vitaminas naturales en su medio natural.



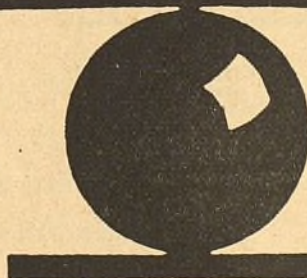
EMULSIÓN SCOTT

Indicaciones: Avitaminosis, Anemia, Tos, Bronquitis, Convalecencias, Debilidad, Marasmo, Tisis, Escrófula, Afecciones tuberculosas, Raquitismo, Dentición.

ATLA
BOLOGNA

ANTISPASMINA COLICA

Deprime el tono vagal y devuelve el equilibrio al sistema nervioso vegetativo



ES EL MEDICAMENTO ESPECÍFICO DEL DESEQUILIBRIO VAGO-SIMPÁTICO Y DE TODAS LAS AFECIONES QUE DE ÉL SE DERIVAN: ESTREÑIMIENTO ESPÁSTICO, COLITIS AGUDAS Y MUCO-MEMBRANOSAS, CRISIS PSEUDO DIARREICAS, METEORISMO

EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO

LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

Cada pildora contiene
Papaverina 1 cgr
Estr. Belladona 2 "
" Valeriana 2 "

De 3-6 Pildoras
queratinizadas
al día



Representante para España: Dr. J. VALLÉS Y RIBÓ, Paseo de Gracia, 75 - BARCELONA

TRATAMIENTO DE LAS ANEMIAS

hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA
PERFECTA
DEL
MÉTODO DE MINOT-MURPHY

principio
aislado
con hierro

antianémico
del hígado
y cobre.

LA EFICACIA DE
600 GR. DE HÍGADO
EN UNA AMPOLLA DE 2 C.



FRASCO DE 100 C. C.
EQUIVALENTE A
1 KG. DE HÍGADO
FRESCO
ELIMINA EL SA-
BOR Y LA INTO-
LERANCIA DEL
HÍGADO
TRES A CINCO
CUCHARADITAS
DIARIAS

hepal
JARABE

PRODUCTO NETAMENTE
ESPAÑOL

LABORATORIOS JUSTE
APARTADO DE CORREOS, 9.030

Fº NAVACERRADA, 3

MADRID

TELÉFONO: 55386

CAJAS DE 10 AMP.
DE 2 C. C. CADA
AMPOLLA IGUAL A
600 GR. DE HÍGADO
FRESCO
UNA A TRES AMP.
DIARIAS POR VÍA
SUBCUTÁNEA O
INTRAMUSCULAR

INYECCIÓN INDO



hepal
INYECTABLE

hepal proporciona las sustancias orgánicas que forman el glóbulo rojo y
elementos inorgánicos que producen la hemoglobina



QUADRONAL

el analgésico ideal por su composición científica:

1. Antipirina.

3. Cateína.

2. Fenacetina.

4. Lactofenina.

En combinación con:

Peróxido de magnesio y
hexamethylentetramina

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

Depositarlo en España:

E. DURAN (S. en C.)

MADRID

Calle de Tetuán, 9 y 11

Representación científica:

R. Carpentier & Semmler

MADRID (9)

Apartado 9055 - Teléfono 58268

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

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

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

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

1854 * AÑO OCHENTA Y UNO * 1934

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

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

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

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

VOCALES

Dr. MARIANO ACEÑA
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

Dr. JOSE ALVAREZ SIERRA
Del Hospital de San Rafael.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA
De la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ
De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Prof. TEOFILLO HERNANDO Y ORTEGA
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Presidente del Consejo Nacional de Cultura. Director del Instituto Nacional de Farmacobiología.

Dr. J. DE ISASA Y ADARO
Pediatra.

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

Dr. JACOBO LOPEZ ELIZAGARAY
De la Beneficencia Provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

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

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

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

Dr. M. MARTINEZ SALDISE
Médico titular.

Dr. A. MORANA Y JIMENEZ
Análisis clínicos.

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

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

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

Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI
De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE
De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina.

Dr. J. M.^a DE VILLAVEVERDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuro-siquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO: Sección científica: Modalidades psicopáticas en el medio familiar y sanatorial, por el Dr. Guillermo Muñiz y González.—La sífilis en la etiopatogenia de la cirrosis del hígado, por los Dres. Javier M. Tomé Bona y Gabriel Trompiz Graterol.—Notas de Medicina práctica: Conmoción y contusión cerebral, por el Dr. M. Reichardt.—Sesiones clínicas: Servicio de clínica médica y finatológica del Profesor Codina Castellví.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Modalidades psicopáticas en el medio familiar y sanatorial

POR EL

Dr. GUILLERMO MUÑIZ Y GONZALEZ

Médico del Sanatorio psiquiátrico Esquerdo

En EL SIGLO MÉDICO del 23 de septiembre último me ocupé de cierta clase de psicópatas, y prometí publicar otro trabajo acerca de otros casos de interés, que sirvan de ilustración al médico en general.

Elegí para este trabajo un grupo de enfermos cuyas manifestaciones patológicas se desarrollan plenamente en el ambiente extrasanatorial.

Estos casos llaman la atención de los profanos cuando se enteran de su comportamiento dentro del servicio psiquiátrico, después de tener con ellos y el personal facultativo una entrevista.

Ocurre este hecho con alguna frecuencia, y aparentemente se ofrecen estos pacientes como personas normales, aunque no todos; porque hay alguien que, después de sostener una conversación muy sensata, comienza a delirar si por casualidad, o buscando con intención, se toca el tema que constituye su delirio.

Para las familias de estos psicópatas, esta conducta aparentemente normal no suele engañarles, porque tienen la experiencia de sus antecedentes y se dan cuenta de que fuera del sanatorio son muy diferentes; claro es que esto sucede con más frecuencia en aquellos que ya han hecho pruebas de salidas, convenciéndose de que no se les podía tener en familia o en el medio social.

Al ir detallando las historias clínicas se irá notando que el trastorno principal radica en la conducta, y que ésta a su vez obedece a una exaltación o perversión de los instintos, conocida esta última modalidad con el nombre de "locura moral".

Estos enfermos dan mucho que hacer en el sanatorio psiquiátrico: son los autores o autoras de muchas peleas, embustes, intrigas, evasiones, protestas, etc., etc., aunque para ello se valen ordinariamente de mediadores, cuidándose de no aparecer ellos como culpables.

Por otra parte, los métodos de tratamiento mediante la persuasión, educación, correccional y moral, y todo lo que signifique psicoterapia y procedimientos psicagógicos, fracasa por hallarse constituido y plenamente desarrolladas las facultades temperamentales y caracterológicas, con sus hábitos bien arraigados o delirios, que no se dejan influenciar.

La estancia de estos psicópatas en el sanatorio impide que sus tendencias o su conducta pueda satisfacer ple-

namente sus ideas, por hallarse imposibilitado de ponerlas en práctica; es, pues, un freno ajeno a su voluntad.

He aquí algunas historias típicas, para ilustrar nuestro comentario:

Expediente número 3.402, correspondiente a la enferma M. D., de cincuenta años de edad, natural de X, y de profesión, sus labores. Ingresó en el sanatorio el día 8 de agosto de 1931; es dada de alta el día 3 de marzo de 1932. Reingresa el día 26 de junio de 1932, permaneciendo en la actualidad en nuestro sanatorio.

Antecedentes personales.—Hasta hace como unos siete años, la enferma no dió motivo para que su conducta pudiera justificarse de anormal, limitándose ésta a sus quehaceres caseros, viviendo tranquilamente con su esposo y con sus hijas.

En la fecha indicada, sin precisar exactamente el mes, comenzó a interesarse por un religioso perteneciente a la Orden X.

Este señor dice que se había portado muy bien con sus hijas por haberlas recomendado en unas oposiciones, dando a ello lugar a que más tarde se desarrollaran las escenas que ahora iremos relatando.

Dice nuestra enferma que al principio se limitó a ir diariamente a la iglesia donde este reverendo acudía a cumplir sus preceptos, contentándose con sólo verle, hasta que, al cabo de cierto tiempo, decidió escribirle una carta, echándosela en el confesonario.

La paciente, que no sabía escribir, aprendió por entonces, para poder establecer una relación mediante cartas con el citado religioso.

Claro es que sus escritos carecen de las reglas gramaticales más elementales, según observaremos en alguna de sus cartas.

Esta relación epistolar la hacía casi a diario y utilizando generalmente el mismo procedimiento para que sus cartas llegasen a su poder.

Esta actitud comprometedora iba seguida de actos tales como el de buscar una ocasión propicia en la cual abordaba a su ídolo, llegando incluso hasta la sacristía, donde su conducta era puesta de manifiesto por otras personas allí presentes.

Tal proceder concluyó por alarmar al inocente protagonista, el cual se vió obligado a entregar las cartas y

notificar estos actos al marido de la interesada, viéndose éste precisado a internarla, habiendo previamente para ello, además de esta serie de episodios, ocurrido otro de tamaño mayúsculo. Consistió éste en que, en cierta ocasión en el que nuestro hombre iba a tomar un *taxi* para dirigirse al templo, se vió sorprendido por ella, que a todo trance quería subir con él, no bastando las reflexiones que éste le hiciera para que depusiera su idea, teniendo que echarla entonces de mala manera. Esto se repitió varias veces, y antes que el escándalo fuese en aumento, la familia, conocedora de ello, procedió a ingresarla en nuestro servicio.

Esta es a grandes rasgos la conducta patológica de doña M. D. Ahora pasemos a ocuparnos de su comportamiento en el sanatorio y de lo que nos cuenta en los interrogatorios frecuentes que con ella hemos tenido.

Ningún punto de los aquí expuestos ha sido negado por la paciente; antes bien, nos los amplió y confirmó.

Al hablarnos de su marido, nos dice que hace varios años que las relaciones sexuales están interrumpidas por impotencia de éste (ella indica esto graciosamente, calificándole de marido de adorno).

Sin embargo, también manifiesta que sospecha que le engaña con otras mujeres; pero ella no siente celos, y se limita a su vida tranquila del hogar, interrumpida por la mala conducta de su esposo, que frecuentemente la insulta y la hace sufrir, sin tenerla ninguna atención y consideración.

En la conversación no se le aprecia ninguna incoherencia o fuga de ideas, ni inhibición; está, por tanto, bien conservado el curso del pensamiento.

El contacto o relación social también ofrece un buen estado, mostrándose afectuosa y atenta con el personal de enfermeras, así como con las otras enfermas.

Puede decirse que no presenta ningún trastorno psíquico fuera de su delirio, sistematizado y vinculado con el complejo sexual ya expuesto.

Este delirio no se deja influenciar por nuestro razonamiento, constituyendo la manifestación psicopática principal, para de ella derivar una conducta que pone de relieve su trastorno psíquico.

Este ejemplo corresponde al grupo de los enfermos llamados lúcidos, y que para los profanos son objeto de sorpresa su estancia frenocomial.

De ahí que una distinguida nos hablase de ella en el sentido que acabamos de mencionar, pues en las múltiples charlas sostenidas con ella durante el tiempo en que voluntariamente estuvo en nuestro sanatorio para hacer una información periodística del mismo, encontraba justificada su conducta, fundándose en lo que le decía de su marido, pero dejando de mencionar sus episodios con el religioso en la forma exacta en que quedó relatado.

Pasado algún tiempo, no le fué difícil el convencerse de su enfermedad, cuando se enteró de su reingreso y de la verdad de los hechos ocurridos.

A pesar de que la idea morbosa está bien patente, en la interpretación de las manchas del *rorschach* se veía traslucir su complejo sexual orientado tal como era. De ello deducimos un valor más para el estudio psicoanalítico de la personalidad; pero en modo alguno como un método del diagnóstico precoz, como acertadamente sostiene el doctor Villaverde, juzgando que lo más correcto es el tiempo de observación indispensable en muchos enfermos, en contra de otros de fácil y rápido diagnóstico con el simple interrogatorio y el aspecto del sujeto.

Conociendo el sistema delirante de la enferma, resalta singularmente esa falta de lógica o razonamiento adecuada a la realidad, o sea el deseo de casarse con un

religioso en cuestión, el creer que está enamorado de ella y el no darse cuenta de que se halla en el climaterio.

Es posible que la conducta irregular de ella fuera, en gran parte, debida a su proximidad a la edad crítica.

Es de anotar la circunstancia de que doña M. D. tuviera un pudor hipervalorado, demostrado en varias ocasiones, y una de ellas con motivo de un reconocimiento ginecológico realizado por un especialista, no siendo posible que éste la pudiera explorar.

Por ello, es de suponer que no fueran sus intenciones entregarse al deseo sexual, por temor o demasiado pudor y hasta por la existencia de una frigidez debida a los años.

Estas consideraciones, además de que ella nos las da a entender así, conociendo su psicología, nos inclinamos a aceptarla.

El modo de conducirse dentro del sanatorio es correcto y disciplinado, limitándose, de vez en cuando, a exhibir su delirio mediante una serie de cartas, cuyo modelo es como sigue, reproduciendo una de ellas, cogida al azar:

"Queridísimo F. ya se han pasado las funciones del pilar en Esa iglesia chabras estado muy dis traído sobre todo con Esa Dolores y buena moza y yo aqui me tida sin saver se tea cordaras de mi para algo chi estos no es mas que una casa quetodo sebu elven chismes y cuentos tengo mu chas ganas de perder la de vista pero tu siges tan tran quilo sin comonicarme cuando bas cha venir cha buscarme pero achora des de luego tedigo que ya no te es cribomas cartas chasta los santos desde choy hasta Ese dia tienes que darme aljuna noticia o benir a yebarme lla es mucho lo que te chaces de baler chiyasabes tes pero enseguida y Dios quiera que al recibir esta ten cuentres bien de salu es lo que te desea tu M, que nunca te olvida. M. (rubricada) choy 13 de octubre 19XX."

Expediente número 3.129, correspondiente al enfermo M. P., de dieciocho años de edad; profesión, estudiante, natural de X. Ingresa por primera vez el día 7 de agosto de 1925; es dado de alta el día 20 de mayo de 1926. Reingresa el 23 de junio del 26 y se le da de

Avance de sumario para el número siguiente

(20 de enero de 1934)

DR. GONZÁLEZ SUÁREZ: Las nuevas ideas sobre la etiología, evolución y tratamiento de la enfermedad reumática.

PRF. FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ: La vacuna antialfa en el tratamiento del ulcus gastroduodenal.

DR. GREGORIO NIETO: Un caso clínico psíquico.

DR. PIETRO GALLEGA: La instrucción práctica del médico.

Sesiones clínicas.

Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

alta el día 10 de noviembre del 26. Ingresa por tercera vez el día 25 de mayo de 1933, estando en la actualidad en nuestro establecimiento.

Antecedentes personales.—En la primera infancia cogía unas rabieta sin causa ni motivo, que lo enfurecía y pegaba y arañaba a las niñas, o cuando éstas lo dejaban en el suelo se arañaba él y se daba porrazos en la cabeza; cuando lo vestían se desesperaba y pedía que le quitasen la ropa, la cual, después de quitada, rabiaba para que se la volvieran a poner, y así estaba en muchas ocasiones horas interminables. Cuando iba al colegio, agredía a su hermanita mayor o a la criada que lo conducía. A los siete años le llevaron a un colegio que regía un sacerdote, y quedó interno, y durante esta temporada no era tan irritable su carácter. A los diez años comenzó el bachiller, y los dos primeros cursos los aprobó interno en un colegio; del tercer curso aprobó una asignatura y falsificó las papeletas de examen de las asignaturas restantes, para irse a veranear a X y conocer allí al abuelo paterno y a sus tíos. En este pueblo parece que se aficionó a beber y se empezó a exaltar con algunas borracheras; entonces tenía trece años y medio. Empezó a estudiar el cuarto curso en un colegio como alumno externo; pero salía de casa, disimulaba ir al colegio, pero jamás asistía a clase, y llegó la convocatoria de junio sin poder presentarse a examen. Entonces sus padres intentan que estudie el curso siguiente en el colegio X, y después de todos los gastos hechos, hizo varias travesuras, que obligaron al rector que lo sacase de allí.

Se intenta colocarlo en una tienda y en una oficina, pero sólo asistió el primer día por la mañana; aquí empieza a pedir dinero y a fumar, resultando a los quince años un niño indómito, que si no tenía dinero, vendía los libros, el sombrero, el abrigo y hasta el cinturón.

Con motivo de un viaje de su padre a X, va en compañía suya con la intención de dejarle en una finca de corcho para que aprendiese a trabajar. El encargado de dicha finca, a quien el padre se lo iba a confiar, intercedió para que le dejara en M., donde estudiaría náutica, y entonces se le proporcionó hospedaje y enseñanza privada para poderse examinar; pero tampoco aquí asistía a clase, y entonces empezó a pedir dinero a todo el que podía, para gastarlo en juergas y escaparse hacia pueblos vecinos a la capital. En los exámenes correspondientes a este curso le suspendieron y decidió el padre llevárselo a casa. A raíz del fracaso, reanudó la vida indómita; insultaba y pedía dinero, amenazando para pedirlo, y si no lo obtenía, vendía los libros de la biblioteca y todo cuanto estuviera a su alcance.

Un día insultó a su madre, y entonces el padre, que estaba presente, le pegó con un bastón; pero el enfermo se abalanzó sobre él, le arrebató la caña de Indias de la mano, y en pocos segundos la dejó hecha añicos, mientras amenazaba iracundo a su padre si éste volvía a pegarle; por esta causa, el padre no lo hizo más, por creer éste que se trataba de locura o anormalidad mental, contra la opinión de su madre, que aseguraba ser maldad o perversión. Su padre decidió llevarlo a S. para que le viera el doctor X, el cual, después de dos o tres entrevistas e informado de los antecedentes que van expuestos, así como de las relaciones atávicas de su enfermedad, codunizó al padre que se trataba de un caso de anormalidad de un futuro muy triste.

En un colegio de corrección quedó más bien como en-

fermo que como corrigiendo, y en los tres primeros meses estudió y aprobó tres asignaturas de náutica. Envalentonado con este éxito, volvió en el verano al colegio para seguir estudiando y aprobar en septiembre otras asignaturas; pero el Decreto de Primo de Rivera, que suprimía la mayoría de las Escuelas de Náutica, entre ellas en la que él estudiaba, le exasperó de tal modo, que rompió los libros, se indignó con los profesores y éstos le dejaron irse del colegio; su padre volvió a llevarlo a la fuerza; pero ya fué inútil toda tentativa de estudio, pues la mayor parte de los días no daba lecciones o las daba mal. Entonces su padre tenía la intención de que pudiera aprobar las asignaturas de náutica que le faltaban en la Escuela de C.; pero este plan se frustró con nueva rebeldía, y por este motivo, su padre se lo llevó a una finca en el pueblo de M., donde estuvo dos o tres meses, atendido y vigilado, ya que los médicos le aconsejaban el alejamiento de la familia y las ocasiones de beber.

Un hermano mayor del enfermo, hijo del primer matrimonio de su padre (el enfermo es del segundo), que se hallaba en el extranjero, regresó a España y se fué a pasar unos días en la finca con el enfermo, y aun cuando lo encontró anormal, no le pareció agresivo, llevándolo consigo a su casa, para pasar con la familia el día de San Miguel todos reunidos. Fué un día de San Miguel trágico, pues se desató contra su padre, queriendo agredirle; al interponerse su hermano, lo cogió por el cuello y fué necesario los esfuerzos de todos para que le soltara. Se le volvió a llevar a la finca ya citada, pero él se fugó y regresó a su casa.

Pero ya con certificado médico, el padre lo ingresó en este establecimiento.

Estuvo ocho meses, al cabo de los cuales se hizo cargo de él su padre, que se lo llevó a la finca donde estuvo otras veces; pero aquí tuvo un disgusto con un señor amigo de la familia, queriendo éste que se recluyera el enfermo en el Manicomio provincial de X.; pero volvió a ingresar en nuestro sanatorio, donde estuvo dos meses. Observó aquí buena conducta y prometió a la familia estudiar en C. para concluir sus estudios náuticos; por llegar ya cuando estaba avanzado el curso, no pudo examinarse y se lo llevaron a su casa; pero su estancia en ésta fué imposible por querer él quedarse de amo de casa, donde llegó al máximo de insultos y amenazas para la familia, y especialmente para su madre, a quien amedrantó en una ocasión, al verla con una navaja de afeitar y dirigirse hacia ella, por lo cual el padre decidió llevárselo de casa y dejarlo en C. de cualquier modo. Tenía entonces diecinueve años.

Después de varios días y de hacer gastos de libros y matrículas, etc., al ver que el padre regresaba a su casa y él se quedaba allí, el enfermo se negó rotundamente a esto, y ofreció incluso volver a un colegio donde él estuvo varios años; pero no le quisieron admitir, y a ruegos del doctor que en otra ocasión le visitara y del director del Instituto, ingresó y empezó a estudiar el bachillerato, aprobó dos asignaturas, y cuando se iba a examinar de las restantes, se escapó del Instituto, negándose rotundamente a ingresar en otro colegio.

Después de engañar varias veces a la familia, se quedó en una casa de huéspedes de S., donde aprobó malamente varias asignaturas, faltándole una solamente para acabar el bachillerato elemental, que ya no quiso seguir.

Comoquiera que gozaba de libertad, alquilaba auto-



RESYL

"CIBA"

Eter glicero - guayacólico soluble

**Expectorante
Antiséptico
pulmonar
de un gusto agradable**

Formas farmacéuticas:

Jarabe Resyl

Frascos de 150 y de 300 grs.

Comprimidos Resyl

Tubos de 20 comprimidos

Pastillas Resyl

Cajas de 24 pastillas

Inyectables Resyl

Cajas de 12 ampollas

Ciba Sociedad Anónima de Productos Químicos Barcelona



TRICALCINE INYECTABLE

DIPROPANOILFOSFITO de CAL INALTERABLE
CACODILATO de SOSA 0,05. SULFATO de ESTRICNINA 0,001

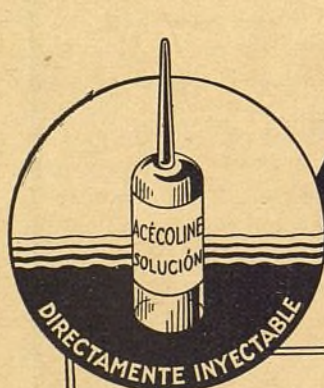
MEDICACION CALCICA INTENSIVA Y ESTIMULANTE

TUBERCULOSIS
& MISERIA
FISIOLOGICA

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

CONVALECENCIAS
ANEMIA
ESCROFULOSIS

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, rue Chaptal, Paris. 9^e



REBLANDECIMIENTO CEREBRAL

Hipertensión arterial

ESPASMOS RETINIANOS

Arteritis - Gangrenas

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

Síndrome de Raynaud

ANGINA DE PECHO

Cólicos de plomo

SUDORES DE LOS TUBERCULOSOS

CLORURO DE ACETILCOLINA EN SOLUCIÓN ANHIDRA Y ESTABLE

ACÉCOLINE SOLUCIÓN

LA ACÉCOLINE DILATA LAS ARTERIOLAS Y DISIPA LOS ESPASMOS VASCULARES
CAJAS DE 6 AMPOLLAS DE 2, 5, 10 o 20 cgr.

Forma nueva

L. LEMATTE, DOCTOR EN FARMACIA, 52, RUE LA BRUYÈRE - PARIS-IX^e

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

ALCALÁ 9, APARTADO 310
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA

móviles para ir a otras provincias y de allí regresar a su casa, con el único fin de que los pagase su padre; a todo decía que quería arruinar a sus padres y hablaba de matar a todos sus familiares. En el último interrogatorio que hubo de pasar en X, cuando estaba en el colegio, entró en quintas. Allí sufrió el acto de clasificación de soldado; su padre quiso que los frailes declarasen su estado mental; pero no lo hicieron por decir nuestro enfermo que sólo tenía que alegar el defecto de visión por el estrabismo; solicitó sin fruto la familia la exclusión y tuvieron que pagarle la cuota militar.

Regresó a casa con sus padres, y al tercer día de estar allí hubo que encaminarlo a M., para que pudiera hacer allí la instrucción militar lejos de su familia, porque en el seno de ésta era imposible resistirlo. Hizo dicha instrucción mediante gastos enormes, que sus padres no podían sufragar. Llegó el ingreso en filas, y en esta capital quedó en el regimiento de Artillería montada, donde, a más de los gastos de equipo, tuvieron los padres que soportar los de las guardias y servicios que otros hacían por él, y así pudo llegar a cabo y a sargento, porque la vanidad del mando le hacía aprender lo necesario para la obtención de dichos puestos. Dijo haber solicitado el complemento y quedó en M., siendo muchas las veces que vendió el equipo de militar y de paisano en el tiempo que permaneció en el regimiento. Al año de tener engañados a sus padres, pudieron éstos enterarse de que lo del complemento era mentira y convencerse de que jamás estudiaría.

Hacía escapadas a su casa con el solo fin de hacer pechar con los gastos a sus padres y pedirles dinero a cambio de insultos y amenazas, hasta que, cumplidos por él ya los veintiséis años, sus padres le dijeron que no parase en casa y que se hospedase en fonda. Por espacio de dos años llevó esta vida, planteando a su familia los problemas del dinero, de nuevos equipos y de nuevos rumbos para su vida; quiere ser cómico, abogado, irse al Tercio, y a cada instante tiene una nueva idea y una nueva exigencia, siempre con amenaza de muerte para todos.

Parece que deja la bebida, y solamente lo hace algunas veces para envalentonar la agresión; pero entonces fuma exageradamente y toma café varias veces al día; por esta época asegura al padre que se ha encenagado en el lupanar, y ha adquirido blenorragia; pero sus padres no le creen, ya que nunca les dice la verdad. Su padre hace tiempo que no le ve, y la última vez que ha estado en su casa le vio a través de la mirilla de la puerta de un piso, pero un solo momento, y que el enfermo aprovechó para escupirle en los ojos, mientras le dirigía por enésima vez su repertorio de amenazas.

Aborrece a sus padres y hermanos, a los que cree más bien atendidos que a él; a su madre la ofende en toda ocasión e incluso por carta. El día 1.º de año de 1930, esperando en la puerta de la casa el regreso de su madre y hermanas que estaban de visita, se lanzó en su persecución, alcanzando a su hermana más pequeña, a la que golpeó en el cuerpo y en la cabeza, evitando un amigo que continuara la agresión, de la que después no se mostró arrepentido. Fué detenido por la policía, y por error de ésta fué a la cárcel, de donde se le hizo salir enseguida, pues el propósito de la familia era enviarle desde la Comisaría a este Sanatorio. Después de estar libre realizó la escena ya relatada, en la cual escupió a su padre por la mirilla del piso, por lo que le

detuvo de nuevo la policía y se le ingresó provisionalmente en otro sanatorio, para prepararle el traslado al de San José de M., que, con su conformidad previa, se efectuaría el día 8 de enero del mismo año; pero la noche del día 7 se escapó y se fué a la ciudad, hospedándose en una posada, de la cual, en contra de su voluntad, fué sacado a la mañana siguiente y conducido en automóvil al citado Sanatorio.

En el verano del año 31 se fugó del Sanatorio y regresó a su casa, presentándose allí en actitud imponente; le salió al encuentro el padre, y manifestó al enfermo que si quería realizar una nueva agresión que empezara por él; él contestó que no acometía ni a viejos ni a mujeres, precisamente lo contrario de lo que había hecho siempre. Su padre le llamó aparte, y en una plazuela le hizo recordar cuánto por él había padecido toda la familia; se echó a llorar y pidió perdón, sometiéndose desde aquel momento a su mandato. Su padre, como jamás le había visto llorar, se conmovió, y, consolándole, le dijo que al día siguiente le acompañaría al tren, para que en B., interno, concluyera sus estudios de Náutica. El enfermo no aceptó y quiso ir a M.; de común acuerdo con su padre, fijó la fecha para el viaje, pero se fugó del hospedaje; y, al fin, el padre pudo encontrarle pocos minutos antes de la salida del tren, que él tomó a regañadientes, pero en una estación intermedia se apeó, perdiendo el billete, y regresó a su casa, para continuar los asedios de costumbre. Esta defección le hizo al padre interesarse por su reingreso en el Sanatorio de San José de M.

Hasta la fecha de su ingreso por tercera vez en el año 1933 en nuestro Sanatorio, ha llevado la misma vida, presentándose en su casa a pedir dinero, que no necesitaba para nada, y siempre insultando y amenazando.

Más que por la conducta observada dentro del Establecimiento, resalta el trastorno psíquico del paciente por su vida extrasanatorial, según acabamos de ver.

Hemos utilizado los diversos procedimientos de exploración relativos a la inteligencia (método de Binet y Simon, modificado por Terman), atención (prueba de Bourdon), afectividad (explorado según el proceder de Woodworth), estado de las asociaciones (determinadas según Yung), psicodiagnóstico de Rorschach (para el estudio de la personalidad), métodos de Ebbinghaus y Masselon, orientación temporal, espacial, autopsíquica, memoria de reconocimiento de objetos (fijación), de evocación de hechos actuales, etc., las cuales nos han servido para confirmar la falta de una perturbación manifiesta, aunque todas estas pruebas tienen un valor insignificante o muy relativo.

No ofrece delirios ni alucinaciones.

El curso del pensamiento es normal, sin presentar incoherencias, disgregación o interfecación, fuga de ideas o inhibición.

Expediente número 3.371, correspondiente a la enferma M. M., natural de X., de treinta y cuatro años de edad, y de profesión, sus labores. Ingresa en este sanatorio el día 30 de septiembre de 1930, y es dada de alta, por traslado al Instituto Psiquiátrico de Pedro Mata (Reus), el día 2 de noviembre de 1932.

Antecedentes personales.—Los antecedentes patológicos están integrados por una serie de actos en relación con su conducta moral, dentro de la esfera sexual.

Justifica sus hechos como compensación al abandono en que la tiene su esposo, el cual, al decir de ella, se jac-

taba ante sus amigos del casino de que tenía una mujer muy voluptuosa, dando con estas frases y otras por el estilo lugar a que ella procediese en consonancia, ante el desprecio y la poca consideración que hacia ella tenía.

Así las cosas, tenía que ocurrir, andando el tiempo, algún episodio desagradable, como aconteció un día que dijo ser sorprendida por un empleado del Ayuntamiento, el que, aprovechándose de que el marido había salido de viaje, no tuvo reparo en ir a su casa y hallar la ocasión de conducir a nuestra paciente al adulterio.

Una noche, sin que mediara, según nos indica, ningún altercado, y cuando se encontraba dormida, su marido la disparó un tiro, vaciándole un ojo; y fué verdadero milagro que pudiera seguir viviendo después de recibir el disparo.

Esto, desde luego, no acredita una conducta normal por parte del marido, el cual no llegamos a conocer; y de ahí que sólo aventuremos un juicio hipotético.

De todas las formas, queremos hacer resaltar el fondo erótico de la enferma, entregada a un desenfreno que violaba a todo indicio de moral.

Lo que es indudable es, pues, la existencia de una conducta anormal e incompatible con las normas adecuadas, de convivencia familiar y social; y por ello estuvo recluida en varios establecimientos psiquiátricos, en alguno de los cuales se la diagnosticó de esquizofrénica.

El caso no era ése, ni mucho menos, por carecer de las manifestaciones sintomáticas esenciales de aquella afección, poseyendo, en cambio, todos los caracteres de la locura moral, dado su lucidez, la falta de delirio, alucinaciones, inteligencia, atención, afectividad hacia sus hijos, etc.

Su comportamiento en el Sanatorio, salvo pequeñas cosas, fué bueno. Aquéllas consistían en quejas o explosiones fugaces de cólera por hallar injustificada su estancia en el mismo.

* * *

Hemos elegido estos tres casos clínicos por ser claramente demostrativos de cómo existen tipos de psicópatas cuya conducta es muy diferente en el medio familiar o social en relación con la que los mismos observan en el establecimiento psiquiátrico.

Tales enfermos fueron sometidos a altas de prueba o provisionales y han vuelto a reincidir en la conducta que motivó su internamiento. Claro es que la experiencia del práctico ya había previsto esta circunstancia, pero, accediendo al deseo de los familiares, hubo de aceptar este ensayo.

Nunca insistiremos lo bastante en este aspecto, puesto que estos casos abundan bastante, y hemos de significarlo para conocimiento del médico en general, que se deja engañar, lo mismo que los deudos del paciente, cuando éste muestra un comportamiento adecuado a las normas de convivencia normales en el servicio sanatorial.

Si estas altas provisionales no llevasen consigo, en múltiples enfermos, un estado de peligrosidad latente, nada se perdería con ello y serían de aconsejar; pero ya dijimos que no ocurre así y que, en un plazo relativamente corto de estancia fuera de la casa de salud, basta para que las familias se persuadan de las advertencias del facultativo y se apresuren a volverlo al establecimiento.

Se tropieza casi siempre con estas dificultades de comprensión, ignorancia o sentimiento excesivo hacia

estos psicópatas por parte de sus allegados, creándose a veces discrepancias entre los familiares. Así ocurre que una madre de cierta edad, llevada de cariño hacia su hijo, se deja conducir más por la idea sentimental que por el consejo médico o por la oposición de los otros hijos, que nada pueden hacer por evitarlo, puesto que es ella la que puede disponer del enfermo.

Conflictos de éstos no pueden solucionarse más que con la salida del sujeto, aunque luego tengan que lamentarse de ello.

Un caso observado en nuestro servicio fué dado de alta a petición de su madre (mujer de edad avanzada), pues no podía vivir separada de su hijo; más tarde, éste mata a una hermana política, porque la cree culpable de adulterio, hecho que ocurrió en el propio hogar de la infeliz, hallándose su marido a la sazón enfermo y encamado en la misma casa. Este caso estaba previsto, y así se advirtió a la familia; ni que decir tiene que el enfermo no pudo probar su acusación ni mucho menos pensar que ello fuera cierto.

Si estos hechos ocurren a sabiendas de que existe ese peligro, ¿qué no ha de suceder cuando no se cuenta con el consejo del médico?, aunque, entiéndase bien, del psiquiatra práctico, porque existen muchos que sólo son teóricos.

La sífilis en la etiopatogenia de la cirrosis del hígado

POR LOS DRES.

JAVIER M. TOMÉ BONA

Secretario de Actas de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. Jefe de Clínicas de los Servicios de los Dres. Covisa y Bejarano, en el Hospital de San Juan de Dios y Dispensario Azúa

GABRIEL TROMPIZ GRATEROL

Uno de los problemas más interesantes de la Medicina en general y de la Sifiliografía en particular es el de precisar debidamente la responsabilidad directa e inmediata que corresponde a la infección sífilítica en la producción de las diversas visceropatías que se observan en la clínica. Este asunto es por demás complejo para que pretendamos ni aun siquiera bosquejarlo en la obligada brevedad de uno de estos artículos.

Pretendiendo limitar lo más posible el contenido extensivo de este trabajo, vamos a limitarnos en él únicamente a exponer algunas concepciones referentes al papel de la infección sífilítica en la etiopatogenia de las cirrosis del hígado, deducidas de la abundante bibliografía sobre este asunto que obra en nuestro poder y filtradas a través de nuestra experiencia clínica.

Las dificultades que mencionábamos anteriormente para precisar el papel de la infección sífilítica en la producción de los diversos cuadros clínicos vense notablemente aumentadas cuando penetramos en el campo de la fisiopatología del hígado. La frecuencia y los límites de la sífilis del hígado se encuentran actualmente tan discutidos por lo menos, como recientemente afirmaban Fiessinger y Merklen, como los de la sífilis del riñón.

En efecto, y continuando con las autorizadísimas consideraciones del profesor Fiessinger y su colaborador Merklen, diremos que si bien ciertas alteraciones hepáticas sifilíticas revelan indiscutiblemente la acción directa del treponema, tales las de la sífilis congénita y las formas esclerogomosas de la sífilis adquirida del adulto, otras, acaso las más frecuentes, como son las ictericias y cirrosis, son constantemente objeto de controversias cuando se intenta penetrar en el campo de su etiología y patogenia.

No hemos de penetrar, por otra parte, y ya dentro del tema genérico, en la exposición del cuadro polifacético y tantas veces confuso de las afecciones esclerógenas del hígado, limitándonos exclusivamente al epígrafe de este trabajo, ya de por sí suficientemente amplio para que resulte imposible de agotar en la obligada brevedad de este artículo.

Desde los trabajos de Bright del primer tercio del pasado siglo, han venido sistemáticamente repitiendo los autores que el alcoholismo era la causa fundamental de las cirrosis del hígado. Sin embargo, ya en el año 1869, Lancereaux y Frerichs demostraron que la infección sifilítica, aparte las hepatitis esclerogomosas, podía dar lugar a cirrosis, que era preciso separar de las producidas por el alcoholismo. Años después, Gerhardt describió este mismo tipo antómico, pero, como perfectamente subrayan Brulet y Barbat, va más lejos que aquellos autores en sus conclusiones y afirma que, aun en ausencia de deformaciones del hígado, de salientes y fisuras profundas, toda cirrosis que se presenta en un sifilítico debe considerarse como una cirrosis sifilítica.

La cirrosis sifilítica hipertrófica regular no es una esclerosis cicatricial localizada, con surcos y nódulos gruesos, es decir, una esclerosis cicatricial localizada, sino, como muy bien señala el profesor Fiessinger, una cirrosis difusa, clínica y anatómicamente análoga a la cirrosis no sifilítica, de la cual únicamente puede distinguirse en la práctica por su coexistencia con otras lesiones terciarias del sistema nervioso o aparato circulatorio, por la importancia que en ellas tiene la esplenomegalia y por la regresión rápida del volumen del hígado por la acción de las medicaciones antisifilíticas.

Al lado de estas cirrosis hipertróficas existe un número considerable de otras cirrosis atróficas o hipertróficas que pertenecen a los grupos de las cirrosis de Laennec, Hanot y Gilbert. Estas, como ya han demostrado, entre otros autores, Fiessinger y Merklen, no tienen ninguno de los caracteres de la sífilis esclerogomosa del hígado. Las alteraciones que Letulle, Grenet, Levent, Pellisier y otros consideran como demostrativas de la naturaleza sifilítica del proceso, han sido consideradas como carentes de valor por las deliberaciones del Congreso Internacional de Patología celebrado en Ginebra en el año 1931, llegándose en él a la conclusión de que aún falta por establecer el cuadro histológico de las cirrosis sifilíticas del hígado.

Brulé y Barbat, en un interesante trabajo publi-

cado en la *Presse Médicale* en diciembre de 1931, bajo el título de "Alcool et Syphilis dans la genese des cirrhoses", emiten una serie de argumentos interesantes para demostrar el papel que la sífilis ejerce en la etiopatogenia de las cirrosis. Para su más rápida exposición, los agruparemos en tres apartados distintos, según se trate de pruebas serológicas, terapéuticas o anatomopatológicas.

1.º *Pruebas serológicas.* — En el año 1909, Esmein y Parvu publicaron una observación de cirrosis hipertrófica ascitígena del hígado con reacción de Wassermann positiva en la sangre y el líquido ascítico. La desaparición de la ascitis se consiguió con el tratamiento mercurial.

Años más tarde, Letulle y Bergeron, en 18 enfermos afectos de hepatitis crónicas, encontraron siete veces positiva la reacción de Wassermann, lo que da un porcentaje de 40 por 100 de sifilíticos. En estadísticas posteriores, el primero de estos autores ha encontrado proporción de sifilíticos superior al 50 por 100, y Villaret y Blum, en el año 1926, en el estudio de 39 cirróticos, han encontrado la sífilis en un 73 por 100 de ellos.

Estas cifras, como dicen Brulé y Barbé, son extraordinariamente interesantes, sobre todo si se admite con Le Noir que en la totalidad de enfermos de cualquier naturaleza internados en un hospital, el porcentaje de sífilis suele oscilar entre el 20 y el 25 por 100. Sin embargo, estos hechos no deben, en buen sentido clínico, permitir deducir conclusiones definitivas, ya que en muchos de los casos que forman las estadísticas, el diagnóstico clínico era bastante discutible, tratándose en muchos de ellos de sífilis esclerogomosas puras, interpretadas erróneamente como genuinas cirrosis. Además, la positividad del Wassermann en el líquido ascítico es un argumento que carece de valor cierto como demostrativo de la naturaleza luética de la afección renal, ya que es desde antiguo conocido que en los sifilíticos todos los líquidos patológicos, sea el que fuere su origen, puede mostrar positivities con la reacción de Wassermann.

Por otra parte, y en oposición a las estadísticas mencionadas, que tanto hablan en favor de la frecuencia de la sífilis en la etiopatogenia de las cirrosis del hígado, mencionaremos un reciente trabajo de Cade, de Lyon, en el que refiere haber encontrado la sífilis en 26 casos de 100 cirrosis estudiadas. Ahora bien, y teniendo en cuenta que 14 de estos casos eran puros de sífilis esclerogomosas, resta un porcentaje real aproximado del 12 por 100. Otros autores, como Eppinger, de Colonia, da un porcentaje del 14; Askanazy, de Ginebra, 8 por 100; Casimir, de Varsovia, el 6,19 por 100; Naegeli, el 2 por 100, y, por último, Hoffmann, de la Habana, no cree que la sífilis intervenga en la producción de las cirrosis del hígado.

Aun en el caso de que admitiéramos una frecuencia extraordinaria de la sífilis en la etiopatogenia de las cirrosis, nuestra modesta experiencia per-

sonal, de acuerdo con lo ya señalado por gran número de autores, entre los que recordaremos a Brulé, Barbat, Villaret, Blum, Grenet, Levent, Pellisier, Cade, etc., nos inclina a pensar que, por lo menos, una gran mayoría de cirrosis sifilíticas del hígado son al mismo tiempo alcohólicas.

Un postrer argumento, que viene a restar un cierto valor al porcentaje de serología positiva en las cirrosis del hígado, es la posibilidad de que un sifilítico con Wassermann positivo pueda padecer una cirrosis alcohólica.

Por lo tanto, y fundado en estos datos, podemos repetir las palabras de Fiessinger en la tesis de Victor Simon: "La parte exacta de la sífilis en la producción de una cirrosis será siempre lo suficientemente imprecisa para permitir la aplicación de todas las doctrinas y tendencias personales."

2.º *Pruebas terapéuticas.*—Esmein y Parvú, primero, y posteriormente Courtois-Suffit y Giroux, en sus interesantes comunicaciones a la Soc. Méd. des Hôp. de París, en el año 1919, observando cirrósicos curados con el tratamiento mercurial, creyeron en el origen sifilítico de todos los casos estudiados por ellos. Sin embargo, como ya en la discusión de estos casos se dijo, todos los casos semejantes se prestan a las mismas objeciones. No se trata, en realidad, de la curación de la cirrosis, sino de la desaparición de la ascitis, lo cual puede ocurrir en los mismos enfermos por la simple aplicación de un régimen higiénico-dietético. Como a este propósito dicen los ya mencionados Brulé y Barbat, no puede negarse la acción coadyuvante del tratamiento mercurial, y particularmente del cianuro de mercurio; pero este metal puede actuar, y seguramente actúa, como diurético, y no como antisifilítico. El empleo, hoy corriente, de los diuréticos mercuriales hace aún más evidente lo afirmado.

En la literatura de años posteriores abundan las observaciones en el mismo sentido. Chauffard, Brodin y Debray, en el año 1924, comprobaron repetidas veces la desaparición de la ascitis por la acción del tratamiento mercurial en las cirrosis con Wassermann positivo, y de ello dedujeron "que se puede, por lo tanto, admitir que se trataba, si no de sífilis hepática, por lo menos de cirrosis, evolucionando en un organismo sifilítico y con una influencia notable de la sífilis".

El argumento terapéutico, tan invocado en defensa de la teoría sifilítica de las cirrosis, tiene, por lo que podemos deducir de lo antes afirmado, un valor muy restringido. Inspirados en el espíritu crítico que necesariamente han de tener estos trabajos, podríamos aún continuar oponiendo argumentos en contra de la acción demostrativa de la prueba terapéutica en la etiología sifilítica de las cirrosis del hígado. Por ejemplo, podríamos afirmar, fundados en la propia experiencia y en las afirmaciones explícitas de gran número de autores, que no existe ninguna relación entre la positividad serológica y los resultados obtenidos con el tratamiento mercurial,

hasta el punto que, sin temor a exageración, puede asegurarse que en las cirrosis del hígado la eficacia del tratamiento mercurial no está ligada de cerca con la noción de sífilis.

Fiessinger y Brodin, en un trabajo publicado sobre el síndrome icteroascítico en la explicación de la posible acción inespecífica del mercurio en el tratamiento de las cirrosis del hígado, dicen lo siguiente: "La mejoría se observa sobre la ascitis y el estado general más que sobre el volumen y la dureza del hígado", sirviendo estas palabras como complemento a las que hemos dicho más arriba.

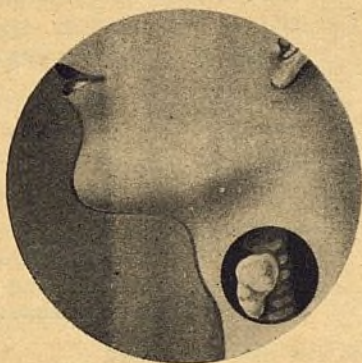
3.º *Pruebas anatomopatológicas.*—La cualidad de las lesiones anatomopatológicas de la sífilis terciaria del hígado, y muy especialmente la observación de numerosos gomas, imponen fácilmente el diagnóstico etiológico. En las cirrosis del hígado, por el contrario, las observaciones son por demás contradictorias, no existiendo dato alguno que permita demostrar de un modo indudable que el proceso de esclerosis es de naturaleza y origen sifilítico. Letulle y Brizard, en trabajos efectuados hace ya algunos años, consideran como argumento importante en favor de la sífilis la concomitancia de lesiones peritoneales en los cirrósicos, las cuales creen poder demostrar su naturaleza específica. Esta peritonitis sifilítica, difusa o localizada en forma de perihepatitis o periesplenitis, tiene un aspecto macroscópico blanco lechoso y nacarado, y microscópicamente presenta un tejido conjuntivo vascular hiperhemiado, con infiltraciones linfocitarias y aun presencia de gomas miliares, todo lo cual es causa de la pérdida parcial de la armadura elástica del peritoneo, y, como consecuencia, explica la aparición de la ascitis.

Los estudios histológicos del parénquima hepático efectuados recientemente por Pellisier y Levent en seis casos muestran datos de considerable interés, a nuestro particular punto de vista. En dos casos de cirrosis atrófica y en otros dos no atrófica se han comprobado reacciones linfoplasmocitarias intensas, lesiones de peri y endarteritis y una reacción marcada del tejido elástico. En estos cuatro casos coincidían en los antecedentes el alcoholismo y la sífilis. En los dos restantes, en los que únicamente existía el factor etiológico alcohólico, faltaban estas lesiones especiales descritas por Grenet, Levent y Pellisier.

Cade publicó no hace mucho el resultado de 13 exámenes anatomopatológicos de cirrósicos sifilíticos y en su mayor parte alcohólicos también. En estos 13 casos encontró seis lesiones peritoneales importantes, bien difusas, bien circunscritas a las zonas perihepáticas o periesplénicas. El examen histológico del parénquima hepático, efectuado en siete casos, ha mostrado constantemente una cirrosis anular con esclerosis densa. En cuatro casos únicamente existían infiltraciones linfoplasmocitarias, y en tres, lesiones de las pequeñas arterias.

Como resumen de cuanto hemos dicho, podemos afirmar que únicamente la comprobación frecuente

VALOR



La Opoterapia Tiroidea Integral

perfectamente dosificada, está
al alcance de todos los médicos
desde el descubrimiento del

Elitirán

que contiene todos los componentes
hormónicos de la secreción tiroidea
normal biológicamente estandardiza-
dos y resulta indispensable en el trata-
miento de las insuficiencias secretorias
del tiroides, la obesidad endocrina,
el mixedema y cretinismo. Estimula la
curación de las úlceras atónicas y es
un profiláctico eficaz en las trombosis.



Envase original

Bayer-Meister-Lucius

Tubo de XXX tabletas.

Caja de X ampollas de 2 cm.³

ELITIRAN

PROFILAXIA y TRATAMIENTO

"PER OS"

DE TODAS LAS

**ESPIROQUETOSIS
DISENTERÍA
AMÍBICA
PALUDISMO**

POR EL

Stovarsol

**TRATAMIENTO ARSENICAL
DE LOS ESTADOS DE
ANEMIA Y DE ASTENIA**

PRESENTACION

FRASCOS de 28 COMPRIMIDOS a 0.25
FRASCOS de 70 COMPRIMIDOS a 0.05
FRASCOS de 200 COMPRIMIDOS a 0.01

**EL EMPLEO DEL STOVARSOL
DEBE EFECTUARSE BAJO LA
VIGILANCIA DEL MÉDICO**

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —

MARQUES **POULENC FRÈRES & "USINES du RHONE"**
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

OBÉVILLE

Dr. Georg Henning, Berlin



Testogan

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

Teligán

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

Sipolysin

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

Intestinol

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

Pituigan

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

Myoston

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

Muestras y bibliografía al representante general para España:

GUILLERMO HOERNER, Suc. de WALTER ROSENSTEIN, BARCELONA — Apartado 712

de la peritonitis sifilítica descrita por Letulle y Brizard, y comprobada por otros muchos autores, como Cade, Michel, Hudelo y Brulé, etc., es un argumento importante anatomopatológico en favor del papel de la sífilis en la etiopatogenia de las cirrosis del hígado.

Como fácilmente se deduce de los conceptos resumidos que hemos vertido en el curso de este trabajo, hoy por hoy resulta en extremo difícil, como ya decíamos al comienzo, puntualizar de un modo preciso el papel de la infección sifilítica en la génesis de las cirrosis del hígado. Brulet y Barbat, en el interesante trabajo tantas veces mencionado, llegan a la conclusión de que, por lo menos, en la inmensa mayoría de los casos de cirrosis del hígado intervienen como agentes etiológicos, asociados con distinto rango, la sífilis y el alcoholismo. Otros autores, como Fiesinger y Merklen, consideran que la infección lúética juega siempre en estos cuadros clínicos un papel secundario y coadyuvante. Por nuestra parte, nuestra experiencia modesta nos inclina a pensar que, si bien para nosotros la sífilis interviene de un modo indudable en la génesis de algunas cirrosis del hígado, su frecuencia es mucho menor de lo que sistemáticamente vienen afirmando los libros, y que en una gran mayoría de los casos aparecen asociados los factores infeccioso y tóxico de la sífilis y el alcohol.

BIBLIOGRAFIA

ACHARD: Cirrhose de Laennec. Etude clinique et pathogénique, *Clin. Méd. de l'Hôp. Beaujon*, II, 1925.—CONDORELLI: Cirrosi de Hanot e Sifilide, *Minerva Medica*, núm. 24, 1930.—ESMEIN ET PARVU: *Arch. gen. de Méd.*, 1909.—BRULET ET BARBAT: Alcohol et Syphilis dans la genese des cirrhoses, *La Pres. Méd.*, 26 de diciembre de 1931.—BRULÉ: Rôle de la syphilis dans la genese des cirrhoses, *Rev. Prat. des Mal. des Pays Chauds*, mayo de 1928.—FIESSINGER ET MERKLEN: Du rôle de la syphilis dans la pathologie hépatique, *Bruxelles Méd.*, 1933.—EPPINGEL y BALZEL: Enfermedades del hígado con inclusión de las afecciones hepatobiliares.—LETULLE ET BERGEON: *La Pres. Méd.*, 21 de noviembre de 1912.—LETULLE: *La Pres. Méd.*, 19 de noviembre de 1918.—VILLAET ET BLUM: *Rev. Méd. Chir. del Mal. du Foi*, diciembre de 1926.—BARBAT: *These de Paris*, 1921. Arnet, éd.

Notas de Medicina práctica

Conmoción y contusión cerebral

POR EL

Dr. M. REICHARDT

(Refundido y adaptado por F. González Deleito.)

Para hacer un pronóstico lo más exacto posible, y para poder precisar el día de mañana con suficiente fundamento científico la posible relación entre un traumatismo cerebral anterior y un proceso que se desarrolla más o menos tardíamente, importa mucho que los médicos que primero vieron al lesionado especifiquen y concreten aquello que observaron, haciéndolo con la mayor escrupulosidad posible, sin omitir dato alguno y, al

mismo tiempo, sin dar alegremente diagnósticos, fruto más veces de la impresión que del meditado examen del paciente.

En casos de traumatismos craneales hay que precisar si la víctima sufrió una conmoción o una contusión cerebral; bien entendido que, mientras el concepto de conmoción lleva aparejada la idea de algo transitorio y reversible que no dejará rastro tras sí, cuando decimos contusión pensamos en algo que produce lesión anatómica que dejará rastro tras ella. Señalar esto de un modo exacto desde el primer momento significa tener una base seria para juzgar con acierto ulteriormente si estamos ante una neurosis traumática pura o ante posibles consecuencias orgánicas del traumatismo padecido.

Hay que tener en cuenta que el cerebro no se comporta ante los traumatismos como una masa líquida, sino como un cuerpo gelatinoso o semisólido, y que la fuerza viva de que vaya animado el agente contundente (bastonazo, disparo, etc.) o la que lleve el cráneo al producirse el choque (viaje en automóvil, moto, etc.) tienen indudable trascendencia en sus consecuencias. Siempre que esta fuerza viva sea intensa, debemos pensar en la posible contusión cerebral.

La pérdida del conocimiento, tanto en los traumatismos craneales como en los ataques epilépticos, accidentes por descargas eléctricas, etc., se debe, según demostró Reichardt desde 1912, a la inhibición de los ganglios basales (acueducto, suelo del tercer ventrículo y partes cercanas del tálamo). Todas las partes del cerebro, por profundas que estén, pueden sufrir daños considerables, aunque no sean afectadas directamente por el agente traumático, siempre que caigan dentro de los centros de proyección o de gravedad del mismo. Pero se comprende bien que un golpe, por violento que sea, no trae consigo forzosamente la pérdida del conocimiento y que un grave traumatismo en la región frontal (una cox) o un proyectil que atravesase el cerebro en dirección longitudinal pueden no engendrar estados de inconsciencia.

De todos modos, la regla general es que la contusión cerebral ocasione pérdidas más intensas, y sobre todo más duraderas, del conocimiento que no la simple conmoción. Cuanto mayor es la superficie sobre la que actúa el agente contundente más fácil será que el diencéfalo caiga dentro del área de gravedad y que aparezca la pérdida del conocimiento. Por lo tanto, también tendremos en cuenta la extensión superficial sobre la que actuó el agente contundente y no olvidaremos que, si ésta es reducida, pueden presentarse contusiones cerebrales con secuelas consecutivas sin que en el primer instante se observe la clásica inconsciencia de la conmoción cerebral.

Caracterízase la conmoción por su aparición brusca y rápida, la corta duración de sus síntomas y la tendencia a la restitución *ad integrum* con breve convalecencia y vuelta a la normalidad absoluta. Sus síntomas esenciales son: pérdida brusca del conocimiento y el síndrome de la oblongada (pulso lento, vómitos, etc.). Puede ocurrir que entre el traumatismo y la pérdida del conocimiento transcurran algunos segundos—pocos—, en los que el herido da un grito, sigue andando unos pasos, etc.; pero cuando el intervalo se alarga y entre traumatismo e inconsciencia transcurren minutos, pensaremos en algo distinto de una simple conmoción. La pérdida de la conciencia puede durar segundos, horas, días, e incluso sema-

nas, y, según su duración, se gradúa la gravedad o levedad del conmocionado.

El médico debe especificar en su primer informe, con toda exactitud, la gravedad de la conmoción, la intensidad de los síntomas; precisar si hay pérdida total o parcial del conocimiento o si sólo se aprecia somnolencia y desorientación, y no confundirá una pérdida incompleta y superficial del conocimiento con el estupor momentáneo y pasajero que sigue a un choque psíquico de terror. Cuanto más se prolongue la inconsciencia más pensará en que hay algo distinto de la conmoción. Esta es un síndrome muy preciso y muy típico, y toda desviación o anomalía de su cuadro clínico, de su curso y de su evolución indica la existencia de un trastorno más grave y de más trascendencia para el lesionado.

Tiene gran importancia clínica, y debe insistirse sobre ello, el hecho de que la conmoción puede acompañarse de síntomas focales que desaparecen en pocos días o semanas sin dejar residuos. Estos síntomas son: monoplejías fugaces, trastornos afásicos, falsos reconocimientos, trastornos ópticos-espaciales y el síndrome frontal transitorio. Realmente no se trata de conmociones simples, sino de conmociones complicadas con pequeñas hemorragias capilares que se resorben, con trastornos circulatorios o con edemas fugaces del cerebro; la conmoción pura no tiene anatomía patológica macroscópica ni microscópica, y sus lesiones, si existen, son químicas o funcionales; y, por otro lado, cuando estas complicaciones persisten, hay que tomarlas como lesiones sobreañadidas a la conmoción y no como parte integrante de ésta.

Esquemáticamente, se admiten cuatro periodos en el curso de la conmoción, cuyos síntomas predominantes se reproducen en el siguiente esquema de P. Schroeder:

Periodos	Síntoma fundamental	O síntoma substitutivo
1.º	Pérdida total y profunda del conocimiento...	Estados crepusculares.
2.º	Período de transición. El enfermo está somnoliento, desorientado y da la impresión de un borracho.....	Delirio traumático. Excitación. Estupor.
3.º	Atención y memoria de fijación alteradas.....	Amnesia o síndrome de Korsakow
4.º	Molestias ulteriores subjetivas	A veces, síntomas orgánicos residuales. Debilidad de la memoria de fijación y de la atención

La vuelta a la normalidad sigue esta marcha: desaparece primero la inconsciencia, y el enfermo se comporta ordenadamente; retorna luego la memoria de los hechos anteriores; sigue la vuelta de la comprensión y la atención, y, por último, la fijación de los hechos recientes.

El pronóstico es bueno, incluso cuando hay síntomas psicóticos agudos. Sólo cuando se ha presentado el síndrome de Korsakow, persisten trastornos en la capacidad para la fijación de hechos nuevos. Hay que ser cautos y no hablar al interesado ni a la familia de conmoción cerebral: con ello se evitan muchas neurosis traumáticas ulteriores.

Todos los conmocionados de cerebro deben permanecer en cama hasta que se ha restablecido la normalidad casi por completo. Hay que vigilarlos mucho en las primeras cuarenta y ocho horas, por si se presentaran bruscamente síntomas de hipertensión cerebral (hematoma de la duramadre, que, si no se opera, mata al enfermo) o por si aparecieran delirios, en los que el enfermo pudiera cometer actos de violencia para consigo (suicidios) o para con los que le rodean.

Cuando la contusión cerebral se inicia con síntomas de conmoción, obsérvanse algunos sobreañadidos, como convulsiones epileptiformes y signos de lesión frontal (monoplejías, afasias, síndrome del frontal); o bien la pérdida del conocimiento es profunda y duradera, se prolonga semanas y, cuando desaparece, persisten los síntomas sobreañadidos que hemos mencionado. Quizá la duración de la inconsciencia sea signo algo falaz, pero no lo son la persistencia de los síntomas psíquicos (delirios y excitaciones violentas) o la de signos neurológicos. Por último, la convalecencia es más lenta e irregular que en las conmociones puras.

Otras veces falta, o apenas se marca, la conmoción: el paciente sigue hasta su casa, cuenta bien el caso a los que le preguntan, conversa sin dificultad y sólo al cabo de algún tiempo aparece la cefalalgia y la somnolencia, que puede llegar hasta la pérdida del conocimiento, se inicia un delirio o un sopor que persiste horas y días, con desorientación, o se esboza un cuadro atípico de compresión cerebral, acompañado de sacudidas musculares, espasmos, ataques epileptiformes, movimientos coreicos y cara rígida, como de careta. La existencia de ese período inicial asintomático—análogo al que se observa en los casos de hemorragias meníngicas—es de gran importancia para hacer el diagnóstico diferencial con las conmociones puras. Todo lo que aparece al cabo de cierto tiempo es ya contusión cerebral o es hemorragia meníngea. También pueden iniciarse a pocas horas del traumatismo alteraciones de la inervación vascular del cerebro, con vasoconstricción espástica, localizada en regiones determinadas, y trastornos nutritivos consiguientes de la substancia cerebral, que pueden llegar incluso al reblandecimiento. Estas crisis vasculares traumáticas tardías tienen, en ocasiones, un curso progresivo y mortal.

Según cual sea la región traumatizada, así cambiarán los signos propios de la contusión del cerebro, siendo frecuentes los meningismos en los casos de hemorragias capilares de la región occipital, así como los trastornos de la termorregulación. La emisión involuntaria de heces u orinas indica lesión cerebral grave.

Pasado el período agudo puede el médico ir dándose cuenta de cuáles son las alteraciones que van a persistir; mas, de todos modos, cuidará de ser muy cauto en hablar de ello al paciente o sus familiares, a fin de evitar sugerencias involuntarias que compliquen el cuadro sintomático y hagan difícil y confuso el diagnóstico. Las debilidades en la motilidad de los miembros y la pérdida del olfato son de los síntomas que primero pueden comprobarse.

Los síntomas psíquicos persistentes son o no dependientes de la localización del traumatismo. Entre los que se observan, cualquiera que sea el sitio lesionado, citaremos los trastornos afectivos en forma de carácter explosivo o epileptoide, con labilidad de humor, tendencia a las depresiones injustificadas, propensión a

las quejas y reclamaciones, que pueden llegar hasta hacer insociable al individuo, embotamiento de la afectividad, euforia inmotivada e incontinencia afectiva. Otras veces son lentitud y dificultad para la comprensión y para la formación de asociaciones, lentitud general para todos los procesos cerebrales, incapacidad de fijar hechos nuevos, falta de iniciativa y de espontaneidad, dificultad para el trabajo y fatiga rápida, intolerancia para el alcohol y estados psicóticos análogos a los epilépticos o a los esquizofrénicos. Hay que ser muy prudente y no hablar de demencia postraumática sin estar bien convencidos de que no existía antes una debilidad mental más o menos acentuada.

De los síndromes relacionados con la localización del golpe, citaremos el síndrome del lóbulo frontal, todavía poco conocido de los médicos prácticos y caracterizado por falta total o parcial de la iniciativa, embotamiento cerebral, falta de interés por las cosas y cambios inmotivados de humor, unido todo ello a indolencia, paso brusco de unas ideas a otras, a veces contradictorias, volubilidad e incapacidad para todo lo que sea conducta o trabajo sostenido y constante y, como asociación constante, una alegría y contento inmotivado y estúpido.

Como síntomas persistentes que molestan al enfermo, aun cuando no existan síndromes marcados neurológicos ni psicóticos, citaremos la sensación de embotamiento, de estar medio embriagado; los golpes en la cabeza cuando se hacen movimientos bruscos; los latidos intracraneales; la sensación de que el cerebro se cae cuando se agacha el paciente; ciertos vértigos o anublamientos, con sensación de caída; intolerancia contra la insolación, el alcohol, la posición de inclinado, las bruscas sacudidas; necesidad de dormir asociada al insomnio y a las pesadillas cuando duerme y la facilidad para experimentar afectos muy vivos, con taquicardia, temblor, sudores, etc., exagerados.

En estos casos, que se observan especialmente tras contusiones sobre los llamados territorios mudos del cerebro, es muy difícil hacer el diagnóstico ulterior si no contamos con una exacta descripción de los primeros síntomas que nos pongan sobre la pista de la contusión cerebral primaria.

Para los fines medicolegales de informes tardíos, podemos clasificar los enfermos con perturbaciones permanentes a causa de contusiones cerebrales en:

- 1.º Traumatizados con signos neurológicos centrales permanentes.
- 2.º Traumatizados con signos psíquicos permanentes de origen orgánico.
- 3.º Traumatizados con epilepsia traumática, que además presentan signos de los incluidos en los grupos primero y segundo.
- 4.º Traumatizados con síntomas subjetivos, que a su vez pueden dividirse en: a) De origen orgánico y traumático. b) De origen orgánico y no traumático (arteriosclerosis, etc.). c) Funcionales y reactivos que no son consecuencia directa del traumatismo.
- 5.º Traumatizados sin síntomas orgánicos ni funcionales.

Pronóstico de la contusión cerebral.—Gran parte de los contusionados curan clínicamente de un modo absoluto y total, mas como los procesos cicatriciales del cerebro tardan muchas veces en hacerse ostensibles por

signos clínicos, nunca seremos demasiado optimistas en cuanto a posibles contingencias ulteriores.

Cuando el enfermo muera durante su contusión o después de ella, se procederá a una autopsia detenida del cerebro, no contentándose con dictaminar la existencia o falta de lesiones macroscópicas y enviando el cerebro a un instituto anatomopatológico, que ponga en evidencia si había o no lesiones microscópicas y si debían admitirse relaciones causales entre ellas y el traumatismo sufrido. Sin una autopsia bien hecha, cualquier informe que se dé acerca de estos puntos carecerá de la exactitud y garantía que deben ser norma de todos los informes periciales.

(Del *Muenchener med. Woch.*, 1933, núm. 49.)

SESIONES CLÍNICAS

EN EL HOSPITAL PROVINCIAL

Servicio de clínica médica y fimatológica del Profesor Codina Castellví

(Sesión celebrada el día 6 de octubre de 1933.)

LA TUBERCULINA Y LOS SUEROS DE LOS ENFERMOS TUBERCULOSOS EN RELACIÓN CON EL LLAMADO ÍNDICE FITOTÓXICO.

Dr. García y García Miñón.—La escuela norteamericana fué la primera que se ocupó del estudio del índice fitotóxico, haciéndolo primero en un sentido biológico, y últimamente fué cuando Macht y colaboradores hicieron un somero estudio desde el punto de vista médico, eligiendo para sus experimentos enfermos de anemia perniciosa; fué entonces cuando se empezó a estudiar este asunto desde el punto de vista de aplicación a la clínica; Macht y colaboradores fueron los que dieron el nombre de índice fitotóxico, por creer que la substancia tóxica, o de otra naturaleza aún desconocida, era lo que ejercía el efecto inhibitor de las raíces de las plántulas. En España, la escuela de Pittaluga fué la que se ocupó de continuar estos trabajos (comenzados por Macht) en el año 1931, haciendo un estudio, primero desde el punto de vista biológico, y en segundo término, médico. A partir del año 1932, merced a la iniciativa del profesor Codina, fué cuando, bajo la dirección del profesor Pittaluga, colaboré en estos trabajos en el Laboratorio de Investigaciones clínicas que este último profesor tiene en la Facultad de Medicina, haciendo mis investigaciones acerca del "índice fitotóxico en la tuberculosis pulmonar", llegando a reunir una casuística de 100 enfermos tuberculosos, procedentes no sólo de la Clínica Hospitalaria del Dr. Codina, sino de todas las salas del Hospital provincial, gracias a las facilidades dadas por el profesor Codina, como decano que es del benéfico establecimiento.

Yo quiero señalar aquí dos éxitos: el primero, debido a que no existe en la bibliografía ningún trabajo que trate del índice fitotóxico en la tuberculosis pulmonar, y nosotros hemos sido los primeros en hacer nuestras publicaciones; y segundo, que he sido el que he cambiado el nombre de índice fitotóxico por el de índice fitopoyético, ya que, como ahora veremos, se ajusta más a la etimología de la palabra que el primero. Macht y co-

laboradores dieron este nombre, por ser las raíces ensayo menores en longitud que las del testigo, y aun en enfermos tuberculosos graves, con gran caquexia tuberculosa, han obtenido algunos autores cifras muy bajas, llegando a 40 y aun más (75 normal), sentando la idea de que el valor del índice fitotóxico disminuye conforme se va agravando el enfermo; pero, sin duda, estos autores no han seguido el curso clínico de estos enfermos: se han conformado con hacer una investigación y han copiado el diagnóstico, sin preocuparse de seguir paso a paso el proceso hasta su curación o fallecimiento; pero nosotros, que hemos hecho esta improba labor, hemos sacado conclusiones completamente distintas a las de estos autores, a saber: que el valor del llamado índice fitotóxico se va haciendo más elevado según se va agravando el enfermo, es decir, está en relación directa con la gravedad de su proceso tuberculoso, llegando en los últimos períodos a alcanzar cifras cercanas a 100 ó sobrepasándolas; y de esta conclusión se deduce lo siguiente: que, puesto que el suero de los enfermos tuberculosos graves, en su período final, el valor del índice fitotóxico es elevado, creciendo, por tanto, más las raíces que están contenidas en el frasco ensayo que las del testigo, es lógico pensar que hay en el suero de estos enfermos tuberculosos alguna substancia química, probablemente del grupo de las encimas, hasta ahora desconocida, que sea, en vez de la amortiguadora del crecimiento de las raíces, como suponían estos autores, la estimulante, siendo curioso que de 100 enfermos no haya habido ninguno grave, que no hayan crecido más las raíces del ensayo; también esto cabe interpretarlo como un plus de toxinas, que, lejos de ejercer la acción inhibitoria, que ocurre hasta llegar a 100 (acmé), se hagan estimulantes; éste es un problema que está sobre la mesa y que, por el interés que está despertando, conviene continuar su estudio. Al hallar nosotros estos resultados en los enfermos graves tuberculosos, nos vino la idea de que el nombre que ha venido figurando hasta ahora, "índice fitotóxico", no se ajusta a la realidad, y, dados estos resultados, había que pensar en cambiarlo, con un nombre común a ambos aspectos, estimulantes e inhibidores, ejercidos por los sueros de los enfermos tuberculosos o por ciertas substancias medicamentosas; hasta que se descubran los elementos estimulantes que ejercen esta acción, hemos propuesto que se substituya por el nombre de "índice fitopoyético", que es el más apropiado.

Pensando si las substancias tóxicas ejercían el mismo resultado que el suero de los enfermos tuberculosos, y para pensar conclusiones, hicimos la investigación con tuberculina concentrada en diluciones al 1/8, 1/4 y 1/2 de centímetro cúbico, llegando a tener resultados distintos a los obtenidos por el suero de los tuberculosos, ya que la tuberculina a 1/8 nos dió valores de índice fitopoyético de 40 a 80; al 1/4 de centímetro cúbico, de 20 a 40, y al 1/2, de 9 a 12; es decir, que la tuberculina inhibe el crecimiento de las raíces del lupinus en razón directa a su concentración, y está en razón inversa de los valores del índice fitopoyético de los enfermos tuberculosos graves, lo que nos hace afianzar más en la idea de que en el suero de los enfermos tiene que haber ese elemento químico, desconocido hasta ahora, que las estimula.

Nosotros creemos que, por los resultados obtenidos, la determinación del índice fitopoyético en los enfermos es

de gran importancia para el pronóstico, y quizá, algún día, para el diagnóstico, que tenga aplicación en la clínica y sea un elemento de laboratorio más, junto con la radiografía, Fahreus, Arneth, para ayudar al clínico en el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades. Las investigaciones que he llevado a cabo con las correspondientes comprobaciones radiográficas servirán de base a mi tesis doctoral.

Dr. Noguera Toledo (D. Julio).—Considero de extraordinario interés la comunicación del Dr. García. Existen, a mi modo de ver, algunas lagunas que llenar: la principal es, sin duda, la naturaleza incógnita de la toxina productora de inhibición del crecimiento en las plantas; es, sin duda, probable que esta función tóxica inhibitoria se realice a expensas de un *fermento* contenido en el suero de los tuberculosos, ya que existen fenómenos de oxidación y reducción en este proceso del índice fitotóxico. Las radiaciones mitogénicas en el sentido de Gusdivin podrían jugar también un papel primordial.

Dr. Codina Castellvi.—El interés de los datos aportados por el Dr. García y recogidos con tanta meticulosidad alcanzan su máxima importancia, no sólo al señalar la acción estimulante sobre el crecimiento de las plántulas de los sueros de los tuberculosos, ya que se creía lo contrario, sino también la de demostrar la acción inhibitoria de la tuberculina, acción, a su vez, proporcional a la concentración tuberculínica, puesto que estas deducciones despiertan nuevas ideas acerca de la presencia de la tuberculina en la sangre de los tuberculosos y abren nuevos horizontes a la investigación para poder tratar de despejar las nuevas incógnitas que el fecundo trabajo del autor ha revelado.

BIBLIOGRAFIA

ODONTOLOGÍA SANITARIA, por *David Domínguez Villagra*. Folleto de 210 páginas, con numerosos grabados y gráficos. Imprenta Ontiveros, Plasencia, 1933. Sin precio.

Sobre tema tan interesante cual a la medicina y a la odontología es la sanidad bucal en las diversas edades de la vida, como asimismo en las enfermedades sociales, y sin olvidar los modos de infección y de profilaxis de la misma, ha realizado el autor un muy interesante trabajo en las escasas páginas que forman su obra, que se halla, a más, avalorada por interesantes dibujos, fotografías y gráficos.

La prologa con suma discreción el eminente higienista Dr. Ruiz Morote.

J. H. SAMPELAYO.

ESTADÍSTICA DEL INSTITUTO PROVINCIAL DE OBSTETRICIA DE MADRID. Servicio del profesor José Botella Montoya.—Folleto de 120 páginas, con grabados.—Imprenta Juan Pueyo, Luna, 20, Madrid, 1933. Edición de regalo.

Siguiendo ya la costumbre anual, desde que se hizo cargo del servicio, el eminente profesor Botella y Montoya acaba de publicar en forma de folleto, de cerca de 150 páginas, la estadística y casos notables del mismo. Comienzo el Dr. Botella por unos comentarios acerca de la primera, que son un dechado de sincera y provechosa verdad, siguiendo luego el estudio de los segundos de una manera concisa, pero clara, y sus jóvenes

FOSFORO

POTASIO

MANGANESO

Una Ayuda Para Combatir la Sépsis Crónica

La colesistitis crónica, la prostatitis crónica, y la colitis crónica, son unas pocas de las condiciones comunes que ocasionan un estado de sépsis crónica.

EL JARABE DE FELLOWS suple los elementos minerales que necesita el organismo en estas condiciones. La dosis que se sugiere es la de una cucharadita cuatro veces al día, en agua.

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

CALCIO

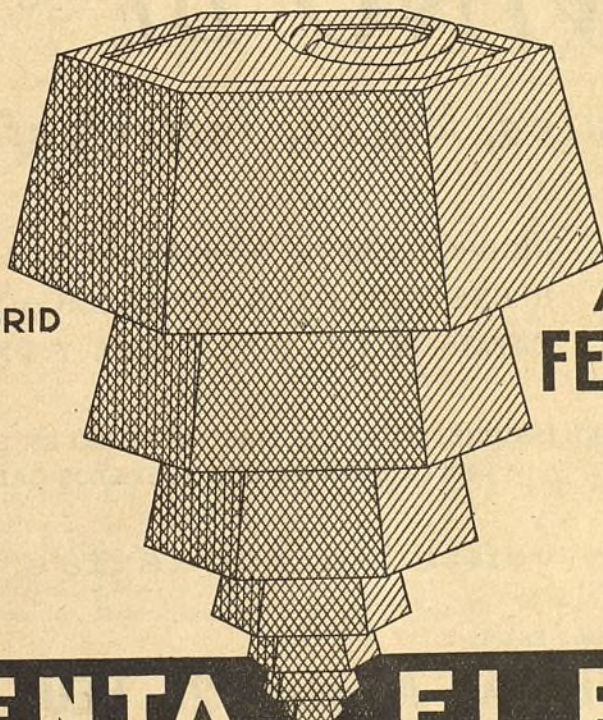
SODIO

HIERRO

JARABE de FELLOWS

BIOTRIGON

Delegacion
6, Calle Larra. MADRID



**ELIXIR
A BASE DE
FENU GRIEGO**

AUMENTA EL PESO

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

Alimento fisiológico completo



VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto-fosfato de cal

RIGUROSAMENTE DOSIFICADO Y ASIMILABLE,
REUNE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS DEL
FOSFATO DE CAL, DE LA QUINA Y DE LA CARNE

ES EL RECONSTITUYENTE MAS ENERGICO EN LOS CASOS DE DES-
NUTRICION DE LOS FOSFATOS CALCICOS

De venta en todas las farmacias

Depósito general para España:

D. ANTONIO SERRA. -- Apartado 26, REUS (Tarragona).

nes y valiosos discípulos, Dres. Torre, Agüero, Rebollo, Parache y alumno Sr. Botella Llusia, los cuales evidencian en todos sus trabajos la escuela de donde proceden, que es hoy en día una de las primeras de la ginecología española.

La obra se halla avalorada por magníficas radiografías, fotografías y microfotografías—estas últimas, obra del Sr. Botella Llusia—, a más de una muy cuidada tipografía.

FISIOLOGÍA Y CLÍNICA DE LA CALCITERAPIA. Folleto de 126 páginas. 1933. Edición de regalo.

Sobre tema de tan gran interés como es el de la fisiología y clínica de la calciterapia, ha realizado la casa Sandoz el folleto que da nombre a estas líneas, y que ha sido llevado a cabo por la labor anónima, pero valiosa, de sus médicos y farmacéuticos. En él, y de una manera llena del más riguroso cientifismo, se trata acerca de la fisiología y farmacología de este cuerpo, y luego se hacen breves resúmenes del problema que el calcio y su metabolismo plantean en las diversas enfermedades que constituyen las ramas de la medicina.

Se avalora la obra por una muy moderna y extensa bibliografía acerca de los temas en la misma tratados.

La Oficina científica "Sandoz", apartado 880, Barcelona, con mucho gusto mandará gratuitamente un ejemplar de dicha publicación a los señores médicos que la soliciten.

LOS REUMATISMOS CRÓNICOS ("I reumatismi cronici"), doctor Riccardo Arrigoni (Instituto de Patología especial médica, de la Universidad de Pisa, dirigido por el Prof. C. Lotti).—Casa editorial U. Giardini, 1933. XI, Pisa (Italia).

El capítulo de los reumatismos crónicos, en estos últimos años, ha sido estudiado con tal riqueza de datos, que se imponía su estudio monográfico y recogida de la literatura, con el ánimo de aportar nuevos hechos clínicos e investigaciones personales. Es lo que se ha propuesto el Dr. Arrigoni, y lo ha conseguido.

La importancia social de los reumatismos crónicos es tal, que el "Greater London" afirma que de 2.400.000 asegurados, 60.000 presentaron modificaciones reumáticas. Según Zimmer, las enfermedades que interesan las articulaciones y músculos son ocho veces más frecuentes que las enfermedades tuberculosas, y con una duración de tres a cuatro veces mayor.

Se comprende el valor científico y práctico del estudio monográfico que el Dr. Riccardo Arrigoni ha hecho de la cuestión. Lo divide en dos partes: general y especial. En la parte general estudia la etiopatogenia, fijando especial atención a las causas predisponentes y determinantes, sin olvidar las modificaciones del metabolismo orgánico y las infecciones. Pasa a la clasificación de los reumatismos crónicos; sigue el estudio detallado de las formas admitidas.

Merece cita aparte, por su profundidad, la aportación de datos al estudiar las osteoartritis deformantes con necrosis epifisarias asépticas; incluye la enfermedad de Calvi-Perthes, la primera y segunda enfermedad de Köhler, la enfermedad de Schlatter, la de Kiemböck y los nódulos de Heberden.

Monografía de 344 páginas en excelente papel, numerosas radiografías y microfotografías de casos personales; abundante bibliografía de la parte general y especial, al día.

Un elogio para el autor y para la casa editorial.

A las cualidades de la obra, que la hacen acreedora a un puesto en la biblioteca de los estudiosos en la materia, se añade la presencia de trabajos españoles, en la actualidad muy numerosos y de gran valor y merecedores de figurar en un estudio monográfico de la importancia de éste.

M. A. C.

DIE HISTOPATOLOGIE DER UTERUS-MUCOSA, por H. T. Deelman. — 247 páginas. — Ed. G. Thieme, Leipzig, 1933.

En muchas ocasiones, para hacer el estudio crítico de un libro, el conocimiento del prólogo nos suministra datos de un gran valor, como ocurre en esta obra.

Como dice el autor, está perfectamente justificada la publicación de una obra dedicada al estudio de la histopatología de la mucosa uterina, capítulo de la ginecología de bien difícil solución, sobre todo en algunos de sus puntos todavía muy discutidos.

Las causas de esta dificultad estriban principalmente, de acuerdo con Deelman, en la extraordinaria polimorfía de las variaciones fisiológicas y patológicas, en la estructura de la mucosa uterina, en la técnica seguida para la toma de la mucosa a examinar y en la imprecisión de algunos conceptos sobre la histología de la mucosa uterina, factores que conocemos cuantos nos hemos tenido que asomar a este campo de la especialidad.

Esta obra ha sido escrita por Deelman con el fin de orientar al ginecólogo y al patólogo en sus trabajos de diagnóstico referente a la mucosa uterina.

Para ello ha considerado necesario acudir a una información gráfica lo más completa posible, y, en consecuencia, lleva la obra 248 microfotografías excelentes, que permiten al lector orientarse rápidamente.

Un texto cuidadosamente revisado, y en el que se recogen extractos de historias clínicas, hecho que pone de relieve la necesidad de relacionar en todo momento los datos microscópicos con la marcha clínica de los procesos localizados en la mucosa uterina, completan el magnífico trabajo que representa la obra.

Esta ha sido dividida en ocho capítulos, en los que agrupa, según sus distintas características, los procesos de la mucosa uterina.

De estos capítulos resultan de un extraordinario interés los que corresponden a Endometritis, Atipias y a los tan discutidos procesos de Hipertrofia e Hiperplasia de la mucosa uterina y sus relaciones con los procesos inflamatorios y los trastornos endocrinos.

La obra, en conjunto, es de un gran interés, sobre todo para aquellos que tenemos que enfrentarnos con alguna frecuencia con estos difíciles problemas.

DR. VITAL AZA.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

DR. LAPAGE. *Encefalitis, polioencefalitis y encefalitis vacunal en los niños.*

Las afecciones agudas del cerebro no son extrañas en los niños; las encefalitis pueden ser consecutivas a la varicela, viruela, herpes zóster, tos ferina y, en fin, a todas las enfermedades producidas por un virus. La

postvacunal fué descrita ha mucho, pero su importancia data de ha poco, debido a su gran frecuencia en la actualidad. Los síntomas suelen dar comienzo a los diez o quince días de practicada la vacunación, y son dolor de cabeza, vómitos, fiebre, retención urinaria; la edad más afectada es la de tres a trece años, por lo que la vacunación debe ser hecha lo más tempranamente posible.

La polioencefalitis se debe a un virus específico que alcanza el cerebro por la vía perineal.

La poliomiélitis suele presentarse en primavera o verano, sospechándose como del germen contagiante de la mosca *Stomoxys calcitrans*; como tratamiento se ordena en esta afección el aislamiento y el suero de convaleciente.

Puede darse también hexamina.

En la encefalitis epidémica presenta gran constancia el dolor de cabeza; suele haber diplopia. Se recomiendan las punciones lumbares y los antisépticos (azul de metileno). (*The British Medical Journal*, mayo 1933.)—J. H. S.

R. MASSIÉRE. *Las encefalopatías de la difteria.*

Hay casos en los que la difteria se hace acompañar de parálisis por lesiones centrales; suelen ser hemiplejías producidas por embolia cerebral. Al lado de éstas encontramos parálisis centrales producidas por una primera localización del veneno diftérico sobre la substancia nerviosa del encéfalo, o bien sobre las arterias que irrigan a éste.

Estos casos forman lo que con gran propiedad se puede llamar encefalopatías de la difteria. Suele tratarse de hemiplejías que complican una difteria siempre maligna. La hemiplejía puede presentarse bruscamente, o bien precedida de un ataque convulsivo. A veces se presenta en enfermos afectos anteriormente de parálisis periféricas; esto complica en alto grado el diagnóstico. Al comienzo, la hemiplejía es flácida, con trastornos afásicos; después entra en una segunda fase de contracturas.

En los sujetos jóvenes se producen trastornos del desarrollo, hemiplejía cerebral infantil.

Se han visto a veces trastornos tróficos, que dan lugar a alteraciones de la inteligencia, sin llegar a la idiotía. En ciertos casos se presenta la epilepsia, que complica más aún la hemiplejía.

Aunque son poco frecuentes las parálisis por lesiones cerebrales en la difteria, no debe dejarse de pensar en las encefalopatías diftéricas. (*La Presse Médicale*, núm. 36, 6 mayo 1933.)—J. H. S.

E. EMERY.—¿Debe esperarse la aparición de los accidentes secundarios para instituir el tratamiento de la sífilis?

Recuerda el autor el hecho de la coincidencia de la aparición de los arsenicales con el aumento de la neurosífilis. Sin embargo, considera que éstos han de desaparecer con la correcta aplicación de los tratamientos salvarsánicos.

Las observaciones de Bernard y Sezary son exactas cuando se trata de tratamientos llamados abortivos efectuados con dosis suficientes. Por ello el autor afirma en este trabajo que continúa partidario de iniciar precozmente este trabajo que continúa siendo partidario de iniciar pre-

cozmente los tratamientos, toda vez que vale más, en su se está cierto de poderle efectuar con toda intensidad hasta el final, ya que, en caso contrario, se privará al enfermo de sus medios de defensa naturales.

(“La Clinique”, julio 1933.)—T. B.

BARTHELEMY.—*Nueva contribución al estudio de las manifestaciones sífilíticas post-traumáticas.*

Con motivo de algunos casos en los que la sífilis ha sido puesta de manifiesto con motivo de un traumatismo, llama la atención el autor sobre la existencia de lesiones antiguas reactivadas por el traumatismo, las cuales únicamente podrán ser demostradas en sus brotes anteriores por el examen radiográfico.

Entre los hechos más recientemente comunicados, citaremos un caso, seguramente el único aparecido en la literatura, de sarcocele post-traumático, curado con el tratamiento bismútico. Son igualmente interesantes dos casos de tabes dorsal, revelados o agravados por un traumatismo e influidos nefastamente por una dilatada estancia en lecho.

Como corolario interesante de las amplias consideraciones efectuadas en este trabajo, considera el autor que, cuando se trata de una intervención quirúrgica sobre los huesos o de un traumatismo seguido de infección, las consecuencias operatorias se prolongan y el tratamiento específico es el llamado a resolver el problema.

Como otros ejemplos de sífilis traumática, podemos referir el de Blum y Carteaud, en el que se trata de una sífilis terciaria discreta despertada por el pequeño traumatismo producido por el rascamiento en un enfermo de prurito senil.

(“Ann. de Mal. Ven.”, núm. 8, VIII, 1933.)—T. B.

PIERINI Y SÁNCHEZ BASSÓ.—*Un caso de enfermedad de Darier.*

A continuación extractamos la interesante historia presentada por estos autores:

J. C., argentino, de quince años. A. H.: Fué recogido en la casa de expósitos cuando tenía muy pocos meses. Se ignora quién fuera su padre. La madre era de nacionalidad rusa, y, por los documentos de admisión, se sabe que estaba enferma. Falleció poco después. Se ignora si tuvo hermanos. A. P.: No ha padecido las enfermedades comunes en la infancia. Gripe. En enero de 1932, fractura del cúbito derecho; más tarde, conjuntivitis catarral. En enero de 1933 se le diagnostica de eczema seborreico de cuero cabelludo, y pre-ocupados los médicos por la epidemia de tiña que existía en el lugar donde estaba el enfermo, fué enviado a los autores para confirmar el diagnóstico.

Enfermedad actual: Los antecedentes de su dermatosis son muy difíciles de obtener. Parece que las primeras manifestaciones datan aproximadamente de hace ocho años. Las primeras lesiones aparecieron en el cuello, y acaso en las axilas. Desde hace cuatro años está afectado el cuero cabelludo. No ha tenido síntomas subjetivos. Las lesiones ocupan todo el cuero cabelludo, la región del cuello, sobre todo por detrás de los pabellones auriculares, y desbordan sobre los hombros. La parte superior del pecho está casi completamente respetada, observándose únicamente algunos elementos aberrantes. Al nivel de las tetillas, la dermatosis reaparece, y aumenta a medida que se aproxima a las axilas y al vien-

tre. Al llegar a la ingle alcanza su máximo desarrollo. La espalda, casi indemne; sólo en el hueco de la columna vertebral, algunos elementos. Las nalgas, intactas; los muslos, bastante respetados.

De los miembros superiores están afectas las muñecas del lado cubital. Todo lo demás, intacto; sobre el dorso de las manos, un estado hiperpigmentario y granuloso. En los miembros inferiores sólo se observan algunos elementos diseminados en las piernas; los pies están libres.

Las lesiones elementales predominantes y principales se ven en la región retroarticular y en la ingle. Son formaciones papuloides, cónicas o papupo-escamosas, porque la extremidad de las pápulas está coronada por una escama córnea, dura y adherente. En algunas partes las papulo-costras se unen entre sí, tomando una disposición en red o cuadrícula, estando los elementos separados por surcos de piel rosada. Observando atentamente se ve que del vértice de los conos se desprenden pelos lanuginosos. En el cuero cabelludo se ven estos mismos elementos, pero menos evidentes. En otros lugares, vientre por ejemplo, en que las pápulas son menos desarrolladas, toman un color marrón y son bastante redondeadas, miliares, ásperas y rugosas al tacto. En donde confluyen, axilas e ingle, el color se hace pigmentario y sucio.

Examen clínico: Nornal. Historia característica: Hiperqueratosis, capa córnea en forma de cuña en el ostium folicular, cuerpos redondos y granos, algunos en el fondo del tapón córneo. Papilomatosis en bordes.

("Bol. de la Soc. Argen. de Dermosifilología", junio 1933.)—T. B.

JONQUIERES Y LOZANO.—*Morfea de la región frontal.*

Dan cuenta los autores de un caso de morfea de la región frontal izquierda en un hombre de cuarenta y dos años, jornalero y argentino. La lesión tiene los caracteres de una escleroderma circunscrita en bandas. Comienza arriba de la región superciliar izquierda y se dirige hacia arriba, extendiéndose por el cuero cabelludo. Tiene diez centímetros de longitud por cinco de ancho. Los pelos de la región afecta no están decolorados ni atróficos. El color de la placa es blanco nacarado. De aspecto apergaminado, tiene pequeñas hiperqueratosis puntiformes en la superficie. Existe un "lilanc ring" violáceo perfectamente neto que bordea la lesión en toda su extensión. A la palpación la lesión es infiltrada, de consistencia acartonada y algo sensible a la presión.

No hay antecedentes hereditarios ni personales de tuberculosis ni de sífilis. Se descarta la lepra, aunque los cubitales estén engrosados y blandos.

("Rev. Argen. de Dermosifilología", junio de 1933.) T. B.

PIERINI.—*Poiquiloderma reticulada pigmentaria de la cara y cuello.* (Civatte)

El autor ha presentado la siguiente historia clínica de un extraordinario interés dermatológico:

B., de treinta y tres años, casada: Sin antecedentes hereditarios de importancia. Los personales sólo aportan digno de retenerse, que ha trabajado desde muy niña, expuesta a la luz solar. Recuerda la enferma, que ya a la edad de diez a once años tenía paño en la cara,

principalmente en la frente, mejillas y región peribucal. Después de persistir durante unos tres años se borró casi por completo de estas zonas y se corrió hacia el cuello, sobre cuyas partes laterales han permanecido inmutables hasta ahora. Las lesiones están constituidas por manchas pigmentarias de límites difusos de disposición netamente reticulada con telangiectasias y atrofas. En algunas partes, sobre todo en su porción inferior, existen minúsculas papulitas blanco-perladas del tamaño de una punta de alfiler.

La histología muestra un epidermis reducido a un tercio de su espesor a expensas de las capas basal y malphigiana. En el dermis, desaparición de las papilas e infiltración linfocitaria e histiocitaria difusa. Desaparición de las fibras elásticas. Pigmento melánico desplazado al dermis e incluido en cromatóforos o bien difuso.

("Bol. de la Soc. Argen. de Dermosifilología", junio 1933.)—T. B.

JONQUIERES.—*Epidermoficia generalizada.*

Presenta el autor un caso de epidermomicosis generalizada en un hombre de treinta años. El proceso se inició dos meses antes por una epidermoficia inguinal doble. Un mes después de iniciado el proceso la dermatosis se propaga al tronco y a los brazos. Actualmente se observan placas grandes y muy pequeñas, perfectamente limitadas, de color rojo amarillo con descamación pitiriasica sin vesiculación periférica y muy pruriginosas. El aspecto circinado de algunas manchas despierta la sospecha de que hubiese una relación con el epidermofiton inguinal. El examen microscópico de las escamas obtenidas por raspado revela la presencia del epidermofiton. Obsérvanse filamentos micelianos abundantes entremezclados y poco tabicados.

Con este motivo señala el polimorfismo que se va descubriendo en las lesiones cutáneas, debidas a los epidermofiton. Recuerda a este propósito un caso que tuvo ocasión de estudiar con el Dr. Fernet en el servicio de Brocq, de una erupción papulosa sifiloide diagnosticada de sifilitica por el mismo Brocq, y que dada su resistencia al tratamiento arsenical, bismútico y mercurial, fué finalmente reconocida con ayuda del laboratorio como una epidermomicosis y curada con ayuda del alcohol yodado.

("Rev. Arg. de Dermosifilología", junio 1933.)—T. B.

MAZZANTI.—*Síndrome de eritema nudoso en una mujer con manifestaciones de sífilis reciente.*

Presenta el autor una enferma de cuarenta y cuatro años que, durante las manifestaciones precoces de una sífilis secundaria de aspecto eritematoso y papuloso difuso, tuvo un síndrome de eritema nudoso en la pierna, establecido de un modo agudo, con fiebre, gastralgias y edema difuso de la extremidad inferior. La inmediata regresión por la terapéutica antiluética hace pensar que se trate también de una manifestación sifilitica.

El autor, fundado en las investigaciones clínicas e histológicas efectuadas, cree firmemente que la dermatosis tenía un origen sifilitico. En cuanto a la patogenia, no considera probable que sea debida directamente a la acción del treponema, cuya investigación repetida ha sido constantemente negativa, sino a una reacción de tipo anafilactoide a los productos tóxicos del menciona-

do germen, consecutiva a la primera inyección terapéutica.

Sea cual fuere el mecanismo de acción, del estudio de este caso resulta un hecho innegable: que el eritema nudoso no es siempre de naturaleza tuberculosa. En realidad, debe admitirse, siendo el caso de Mazzanti una prueba de ello, que el eritema nudoso puede ser debido a múltiples causas, de las cuales la tuberculosis es la más frecuente, y que, por consecuencia, la sífilis puede ser uno de los factores que producen este síndrome. Por otra parte, en la literatura se encuentran numerosos casos publicados de eritema nudoso concomitante con manifestaciones de sífilis activa.

("Il Dermosifiliografo", IX, 1933.)—T. B.

PERRIN Y ROSENBAUCH.—*Un caso de anafilaxia cutánea consecutivo a inyecciones de gas carbónico.*

Las inyecciones subcutáneas de gas carbónico son actualmente de uso frecuente desde la publicación de Lian y Barrieu. Recordaremos que estas inyecciones se han empleado principalmente en las arteritis de los miembros inferiores y en la angina de pecho. Generalmente se practican en la misma estación balnearia, con agua cargaseosa.

Los accidentes de este nuevo método terapéutico son esencialmente cutáneos. En el lugar de la inyección suele observarse subfusiones hemorrágicas, que acompañan al enfermo durante algunos días.

En un enfermo sometido a este tratamiento han comprobado los autores una dermatosis bajo la forma de placas ligeramente edematosas, duro-elásticas a la palpación, de color rosado vivo y de forma irregular. Estas placas se extienden en "mancha de aceite", llegando a alcanzar el diámetro de 9 a 10 centímetros. Es curioso señalar que, con alguna frecuencia, en el centro de una placa en regresión se ve aparecer una mancha nueva.

Considera el autor que esta dermatosis debe considerarse como de naturaleza anafiláctica, dado que no se reproduce al suspender las inyecciones.

("Le Progrès Médical", 26 agosto 1933.)—T. B.

KOGOL.—*Ensayos de tratamiento por el solusalvarsán.*

Refiere el autor en este trabajo los resultados llevados a cabo en el tratamiento de la sífilis con el nuevo compuesto arsenical solusalvarsán o diacetilamino-oxiarsenobenzol-glicolato de sosa.

Las inyecciones se efectúan a la dosis de un centímetro cúbico la primera vez, dos veces dos centímetros cúbicos, tres veces tres centímetros cúbicos, cuatro veces cuatro centímetros cúbicos y tres veces cinco centímetros cúbicos, inyectadas por vía intramuscular. Las inyecciones deben efectuarse cada dos días la primera semana, y a continuación, dos inyecciones por semana. La dosis total es de 40 a 50 c. c. Las inyecciones son, por lo general, perfectamente soportadas, siempre menos dolorosas que las de myosalvarsán.

Puede observarse con este medicamento un brote febril, principalmente después de la primera o segunda inyección, y alguna reacción de Herxheimer. Se han podido igualmente ver erupciones eritematosas, morbiliformes, escarlatiniformes o urticarianas.

El resultado obtenido sobre las diversas manifestaciones primarias, secundarias y terciarias ha sido satisfactorio.

El solusalvarsán puede emplearse asociado a los res-

tantes medicamentos antisifilíticos: bismuto, mercurio o yoduro, y en las sífilis antiguas a la proteinoterapia.

("Der. Woch.", 15 abril 1933.)—T. B.

STILLIANS.—*Nevoepitelioma adenoides (cilindroma) del cuero cabelludo.*

Refiere el autor dos casos de estos tumores conglomerados del cuero cabelludo, que han sido estudiados en la Dermatología con diversos nombres.

Pensóse en un comienzo que estos tumores derivaban del endotelio, por lo que se les dió el nombre de hemangiosarcomas, linfangiosarcomas, endoteliomas y perioteliomas. Billroth los denominaba cilindromas o epiteliomas en túbulos hialinos.

Actualmente se clasifican los cilindromas entre los epiteliomas baso-celulares de estructura mixta, que tienen su origen unas veces en el epitelio, y otras, en el folículo piloso. Hoffmann ha propuesto denominarlos nevo-epiteliomas adenoides.

Los epiteliomas múltiples benignos quísticos y los siringomas pertenecen a este grupo.

Estos tumores se observan, sobre todo, en la mujer: de 45 casos, solamente 16 fueron hombres, y las 29 restantes, mujeres. Con gran frecuencia son hereditarios.

("Arch. of Der. and Syph.", núm. 3, 1933.)—T. B.

TAUSSIG.—*El síndrome de Senear-Usher.*

Senear y Usher, en el año 1926, describieron en 11 enfermos un síndrome caracterizado por un lupus eritematoso más o menos típico de la cara, asociado a una erupción seborreica del cuero cabelludo y de la faz y una erupción de ampollas superficiales en el tronco. Los miembros están muy escasa o nulumamente atacados. La evolución de estas lesiones es habitualmente benigna. A causa de esta evolución benigna y de la diseminación de las lesiones, no se atreven los autores a clasificar este síndrome entre las formas diseminadas de lupus eritematoso, ordinariamente mucho más graves.

Taussig ha observado un caso de este género en una mujer de treinta y cuatro años. Observábase en ella un lupus eritematoso de la cara, aparecido hacia tres años; una erupción seborreica del cuero cabelludo, cara y región umbilical, y una erupción vesículo-ampollosa y costrosa del tronco. Se ha investigado en esta enferma de un modo minucioso, sin resultado, un núcleo piogéneo o tuberculoso.

Se ha discutido mucho si el síndrome de Senear-Usher era un síndrome verdadero, que debía colocarse entre las formas de lupus eritematoso diseminado y ampollosa. Sin embargo, estas formas de lupus eritematoso son ordinariamente graves, frecuentemente mortales, contrariamente a los casos del síndrome de Senear-Usher. Según Wise, se trata simplemente de una coexistencia de lupus eritematoso y pénfigo o, según la expresión característica de este autor, de un lupus eritematoso penfigoide.

Taussig afirma que en su enferma se trata de un lupus eritematoso crónico, en el curso del cual apareció una forma benigna de pénfigo. Pudiera también tratarse de una erupción tóxica, que ha tomado la forma del lupus eritematoso discoide en la cara y de erupción ampollosa en el tronco. La crisoterapia ha dado buenos resultados sobre la erupción de lupus eritematoso, no actuando sobre las lesiones ampollosas.

("Arch. of Der. and Syph.", núm. 3, 1933.)—T. B.

Remineralización

OPOCALCIUM

del Doctor Guersant

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

SENCILLO: sellos, comprimidos, granulado.

Guaycolado: sellos.

Arseniado: sellos.

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

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

VEINTE PEPTONAS DIFERENTES

+
HIPOSULFITO DE MAGNESIO Y DE SODA
+
SALES HALOGENAS DE MAGNESIO

ANACLASINE

RANSON

DESENSIBILIZACION
ESTADOS HEPATICOS

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

COMPRIMIDOS
GRANULAR

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

Asociación
gitalina - Uab



Reemplaza con ventaja la
Digital y Digitalina

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

LABORATOIRES DEGLAUDE

6, Rue d'Assas
PARIS VI.º

Muestras y
literaturas:

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



Inofensivo y de una Pureza absoluta
**CURACION
RADICAL
Y RÁPIDA**

(Sin Copaiba — ni Inyecciones)
de los Flujos Recientes ó persistentes

PARIS, 8, Rue Vivienne y en todas las Farmacias

Exigir la Firma

Sobre el rótulo

Exigir el Nombre



Sobre cada cápsula



**EXTRACTO
— DE —
MALTA**

“EUMALT”

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

SIMPLE BLANDO y POLVO

C/HIPOFOSFITOS »
C/HEMOGLOBINA »
C/PEPSINA Y PANCREATINA »
C/YODURO FERROSO.... »
C/ACEITE HIG. BACALAD. »
C/ACEITE HIG. BACALAD E HIP. »

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

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

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



BARACHOL



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

LABORATORIOS FAUS — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Persistiendo en lo que debe ser, por Santiago Fernández de Velasco.—Médicos célebres, por el Dr. J. Alvarez Sierra.—Academias y Sociedades.—Primer Congreso Nacional de Sanidad.—Otro botón de muestra: Carta abierta.—Una disposición interesante para los titulares.—Instituto de Patología Médica del Hospital general de Madrid.—Tratamiento de la obesidad.—Colegio de Médicos de la provincia de Madrid.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.—Vacantes.

BOLETIN DE LA SEMANA

La lucha antituberculosa y la Sanidad de la República

En la labor reorganizadora llevada a cabo por el primer Director general de Sanidad de la República, una de las instituciones que más sufrieron como fuerza de choque, ante el imperativo de deshacer cosas hechas en tiempos de la Monarquía, fué la Lucha antituberculosa. No podemos creer que hubiese animadversión ni odio preconcebido contra centros y personas, pero lo cierto es que jamás se ha conocido en la historia de la Administración pública un caso como éste en que se haya despojado de derechos legítimamente adquiridos sin una explicación ni una compensación.

Desde el nombre prestigioso y universalmente acatado del Dr. Codina, con quien se cometió un delito de irrespetuosidad y de ingratitud ciudadana, al del profesor más joven, todos, por el hecho de ser colegas y de haber desempeñado sus cargos gratuitamente, merecieron un poco de prudencia y de ecuanimidad antes de enjuiciar su labor.

Pero en medio de este ciclón destructor algo logró salvarse y surgir con mayor brillo: la sistematización y perfeccionamiento de los servicios, incorporándose, según se pidió en la Conferencia de la Fuenfría, a la Sanidad general del país. Sueldos decorosos, que antes no existían; material científico abundante y engranaje con los servicios de Sanatorio, con la Protección a la infancia y con la Higiene de personas y viviendas. Todo esto se ha obtenido, y tiene gran importancia, porque significa haber puesto orden, método y autoridad en una obra de gran interés social que teníamos mediatizada por unas Juntas fastuosas de personajes linajudos que poco sabían de cosas médicas y poco les podía interesar.

Como se dice en la vida del filósofo de Estagira, podemos ser muy amigos de Platón, pero más amigos hay que ser de la verdad, y en este caso la verdad es que la Lucha antituberculosa ha ganado en organización, y ésta es precisamente la que durante mucho tiempo vinieron defendiendo los médicos destituidos.

A medida que pasa el tiempo y la pasión va siendo sustituida por el eclecticismo, no hay inconveniente en reconocer los errores y procurar subsanarlos. Así, vimos al segundo Director de Sanidad de la República, Dr. Bejarano, rectificar en lo posible la supresión del Cuerpo de Médicos de Baños, dando una nueva forma a su actuación. Lo mismo que se hizo en esta ocasión habrá que hacerlo, tarde o temprano, con los médicos de Lucha an-

tituberculosa, buscando una forma en la que no se hieran susceptibilidades y en la que se vigorice la perfección de los servicios.

Conviene advertir que los médicos destituidos de la Lucha se les sustituyó por profesores jóvenes de grandes conocimientos, de positivo mérito científico, pero no todos lo suficientemente formados. Cubrir todo el escalafón de un Cuerpo técnico con personal demasiado joven tiene el inconveniente de que no todos llegarán a formarse y algunos fracasarán. Además, para estos cargos, en los que el público se nos confía como jueces de última apelación, es preciso que no vayan los médicos para aprender y continuar haciendo su cultura clínica, sino ya con toda la autoridad de una buena práctica en la especialidad de que se trate. Los años de ejercicio de un Jiménez Encinas, de un Navarro Blasco, de un Palacios Olmedo, Beltrán o García Triviño valen bastante para ser tenidos en buena cuenta.

Se dijo a las gentes que la destitución de los médicos de la antigua Lucha antituberculosa obedecía a que todos sus componentes habían ingresado sin oposición ni concurso. Igual ocurría con muchos médicos del Cuerpo de Sanidad, incluso con los subdelegados, y, además, también había médicos destituidos (caso de Palacios Olmedo) que se habían sometido al formulismo de un concurso. La arbitrariedad cometida es a todas luces evidente.

Esta arbitrariedad puede subsanarse fácilmente, y el subsecretario de Sanidad que lo haga se granjeará el aplauso de la mayor parte de los profesionales. Para ello puede exigirse una prueba de selección en los antiguos médicos o someter a revisión la labor que realizaron en los Dispensarios. Si se quisiese todavía más rigorismo, podría llegarse a exigir una Memoria o un trabajo de investigación que pudiese ser juzgado por un tribunal imparcial.

Con disponer el reingreso de estos médicos nada se pierde, pues dada la gran cantidad de Dispensarios y Sanatorios que se están creando en Madrid y provincias, no existe personal suficiente en el número que es preciso. Las oposiciones que a este efecto se realizan nos exponen a llenar estos cargos de tisiólogos improvisados caréntes de esa ciencia positiva que se llama clínica y que sólo se adquiere a fuerza de años.

Si los actuales Directores de la Sanidad española quieren hacer obra positiva y útil en materia de tuberculosis, tendrán forzosamente que buscar la colaboración del personal que tan arbitrariamente y con punible ligereza fué separado de sus puestos en 1931.

DECIO CARLAN.

Persistiendo en lo que debe ser

Al crear la Inspección Municipal de Sanidad por la Instrucción General de Sanidad el año 1904, y confirmarla por el Reglamento de Sanidad de 1925, se confirió un cargo eminentemente sanitario a los médicos titulares, si bien por su falta de dotación que los independizase de los pueblos, por ser base de sus ingresos las igualas de los mismos, no dió el fruto que el autor de la Instrucción, doctor Cortezo, se propuso; por lo que, prácticamente, el estado sanitario de España no ha alcanzado el grado que era de esperar, a pesar de los diferentes medios creados a dicho fin en estos últimos años.

Asimismo, por el artículo 38 de la citada Instrucción General de Sanidad se creó el cargo de inspector provincial de Sanidad, que implícitamente se confirma por el artículo 129 del Estatuto provincial, hoy vigente, promulgado en 1925, y por el cual se les confiere la alta inspección de los servicios sanitarios de la provincia. Es decir, se les adjudica, entre otras cosas, el de inspeccionar los servicios implantados en cada Municipio, a propuesta de los inspectores municipales de Sanidad.

Pues bien: con fecha 17 de junio de 1931 se declara incompatible el ejercicio profesional a los inspectores provinciales de Sanidad.

¿Cómo debemos interpretar esto?

El preámbulo del Decreto hace constar que es para que dichos compañeros se puedan dedicar libremente a los asuntos sanitarios, por ser éstos múltiples y complejos.

¿Pues no podemos suponer, pues parece lógico, que el objeto principal fuera el de apartarlos del influjo particular de la clientela?

Admitida esta interpretación, o sea la de que el director general de Sanidad, dándose cuenta de que el único procedimiento de hacer cumplir los preceptos sanitarios era el de desligar en absoluto a las autoridades sanitarias, ¿no parece lógico suponer que siendo los Municipios base de la sanidad española, y su autoridad sanitaria inmediata los inspectores municipales de Sanidad, que para que sea efectiva en España la sanidad es de absoluta necesidad que los médicos titulares, como tales inspectores, gozasen de independencia, lo mismo que los inspectores provinciales de Sanidad, por cuanto no hay por qué reconocer lo necesario de la independencia en unos funcionarios y no los de otros, siendo así que sus funciones sanitarias son de la misma importancia dentro de la esfera en que cada cual se desenvuelve?

Reconocido lo que antecede, hay que suponer que el Gobierno, en representación del Estado, no pudiendo tener en cada Municipio un funcionario sanitario especial, y tenerse que valer del inspector municipal de Sanidad, pensó, por las razones apuntadas, librar de toda clase de influjo a los inspectores municipales de Sanidad—aun cuando por el momento no lo hiciera—. Por lo tanto, creemos llegada la hora de que si el Estado no puede levantar las cargas necesarias para poner al cubierto de las presiones a los inspectores municipales de Sanidad, vea el modo de que en los partidos no haya más que un médico, y éste sea el titular inspector municipal de Sanidad, autorizando al Consejo de Colegios para añadir en su Reglamento un artículo por el cual se autorice a los mismos a prohibir el ejercicio profesio-

sional al médico en cuyos partidos no sean titulares—dentro de la clasificación de partidos realizada por el Gobierno—, aplicándoles el artículo 2.º de los Estatutos de los Colegios Médicos.

¿Que lo propuesto no es legal? ¡Ah! Pues en ese caso tampoco sería legal el prohibir a los inspectores provinciales de Sanidad el ejercicio profesional, y sin embargo, se les prohíbe. ¿Que cada cual es muy dueño de igualarse con quien quiera? Conformes. Pero esto será hasta tanto haya quien pueda impedirlo.

Por lo tanto, esperamos, no sin confianza, que estas pequeñas indicaciones se tendrán en cuenta por nuestros directivos, para cuando llegue el momento de felicitar al nuevo ministro de Sanidad, o antes, si éste ha de tardar en ser una realidad.

SANTIAGO FERNÁNDEZ DE VELASCO.

MÉDICOS CÉLEBRES MADRILEÑOS

Estudios críticobiográficos

POR EL

Dr. JOSE ALVAREZ SIERRA

Prólogo del cronista de la muy noble, muy heroica y excelentísima Villa de Madrid

D PEDRO DE RÉPIDE

BERNARDO QUIROS

La biografía del Dr. Bernardo Quirós es en extremo novelesca. Viajó mucho; recorrió tierras extrañas; tuvo la amistad de príncipes y poderosos, y, caído en el cautiverio, pudo salvarse gracias a su competencia y sabiduría, que le hicieron captarse la admiración de sus propios carceleros y vigilantes.

Era un excelente clínico que ejercía sobre los enfermos una excepcional y sugestiva influencia.

Aun cuando algunos historiadores no consignan el lugar donde nació este notable médico, existen crónicas que proporcionan datos suficientes para considerarle como hijo de Madrid. Vino al mundo en los primeros años del siglo XVI, hacia 1515, y estudió en Alcalá, graduándose de médico en 1540.

Su fama fué tan grande, que, llegando a oídos del duque de Medinaceli el prodigio de sus curaciones, fué nombrado su médico de cámara. Acompañando al ilustre prócer en sus viajes, tuvo que seguirle a la jornada del mar por Italia, y habiendo caído en poder de los turcos, fué llevado a Constantinopla.

En lugar de quedar como prisionero, le autorizaron a ejercer la Medicina, logrando ser nombrado médico del emperador Solimán, con honorarios espléndidos y regalos fabulosos.

Sus muchos amigos y agradecidos clientes de Constantinopla le facilitaron la evasión de aquellas tierras, regresando a España, donde fué recibido con gran entusiasmo.

En Madrid y Alcalá volvieron a resonar las obras de Bernardo Quirós, su fama tomó más incremento,



HOMENAJE EN HONOR DEL Dr. SANTIAGO CARRO.—Grupo de concurrentes al banquete con que se ha obsequiado al ilustre doctor por su nombramiento de Académico de la Nacional de Medicina.

y entonces Felipe II le nombró médico de cámara y protomédico general de todos sus reinos.

De este ilustre galeno hace mención el Dr. Luis de Toro en su precioso diálogo del tabardillo.

JUAN BUSTAMANTE DE LA CAMARA

Pertenece el Dr. Juan Bustamante de la Cámara a ese grupo de médicos que al principio de la Edad Moderna, y siguiendo las orientaciones de la escuela francesa, cultivan intensamente las ciencias físico-naturales como base informativa de la biología humana y como fuente inagotable de recursos para una buena clínica terapéutica. El Dr. Bustamante simultaneó la práctica del ejercicio profesional con el estudio y la investigación, figurando entre los grandes hombres de ciencia del siglo XVI.

Nació en Alcalá de Henares en febrero de 1540, y muy niño vino a Madrid, donde recibió las primeras enseñanzas. A los dieciocho años se matriculó en el Colegio de San Ildefonso de la Universidad alcalaína, donde rápidamente hizo reválida de los estudios fundamentales de Humanidades. Pasó enseguida a las cátedras de Física y de Medicina, consiguiendo doctorarse en esta última Facultad a la edad de veintitrés años.

En su formación cultural recibió lecciones de un ilustre botánico profesor de esta disciplina, y Bustamante de la Cámara se especializó en la clasifi-

cación de plantas, consiguiendo un justo renombre como herborizador.

Al recibir la investidura doctoral fué solicitado para ejercer en Ajalvir, pueblo próximo a Alcalá y que entonces tenía gran vecindario por servir de sitio de veraneo para familias aristocráticas de la capital.

Después de ejercer varios años como médico rural, volvió a Alcalá de Henares, donde obtuvo la cátedra de Filosofía; poco tiempo después era nombrado para la cátedra de Prima en la Escuela de Medicina.

Han quedado pocos datos respecto a la vida de este médico, pero sí los suficientes para saber que ejerció la profesión con gran acierto y que su prestigio llegó hasta Madrid, donde frecuentemente era requerido para asistir enfermos graves.

Escribió varias obras, recordando entre ellas, como una de las más importantes, la que lleva el siguiente título:

De animantibus scripturae sacrae divos Justum Pastorem Didacum complutensium tutelares. Tomus primus. De reptilibus vare animantibus sacrae scripture. Opus eximie eruditionis et utilitatis, cum theologis, tum scholasticis, quam concionatoribus sacris scripturae, que interpretibus, tum medicis, philosophis, et iis qui de bella literatum supellectili bene sentiunt. Cum duplici locupletissimo indice, primus scripturae

contextus locorumque, incidentium juxta ordinem contentum in sacris scriptis, secundus verborum et rerum memorabilium. Alcalá, 1595. Dos tomos en cuarto.

Esta obra, repartida en dos volúmenes, está dividida en seis libros. Se ocupa en ella principalmente de las varias especies de serpientes y dragones, de los elefantes, leones, cocodrilos, hormigas, salamandras, escorpiones, gusanos, etc., trayendo la historia natural de cada uno, sus virtudes, la historia divina y profana, en que se hace mención de ellos, o considerándolos como objeto de idolatría, o de varias significaciones alegóricas. Esta publicación es sumamente curiosa y entretenida, en cuya lectura se pueden adquirir ideas bastante útiles para el conocimiento de los antiguos tiempos.

Dice el doctor Morejón que fué copiada por Samuel Dochart, mudándose el título en el de *Hierozoicon*, e impresa en Francfort en 1694, valiendo a Bochart muchos elogios y que se dijera de él que había hecho un trabajo al que nada podían añadir los hombres sabios.

Falleció el Dr. Bustamante, en edad avanzada, en los primeros años del siglo XVII.

GREGORIO LOPEZ MADERA

Natural de Madrid, debió nacer por el año 1541, pues, según todos los historiadores, a los veintisiete de edad fué nombrado por el Rey Felipe II médico de cámara para acompañar a D. Juan de Austria en la guerra de las Alpujarras.

Era hijo de D. Francisco López, de Madrid, familia ilustre y antigua en esta villa, y de doña Luisa Madera, de la Casa de los Madera, en Asturias. Estudió primero Filosofía, Humanidades y Teología en Alcalá, pasando después a los cursos de Medicina. Tuvo los mismos maestros que el divino Vallés, recibiendo el grado de doctor con las máximas calificaciones. Adquirió tal nombradía y crédito, que poco después de graduado fué nombrado médico de la real familia y del Tribunal de Protomedicato.

Según ya hemos dicho, acompañó a D. Juan de Austria en la guerra y fué designado protomédico general de la Liga Católica, cuyo título se expidió en Mesina a 10 de septiembre de 1571.

Actuó como médico jefe de la Marina en la famosa batalla de Lepanto, después de la cual, y en muestra de gratitud, le regaló el citado príncipe don Juan la espada que para aquella ocasión le había enviado el pontífice Pío V, la que se conservó muchos años con sus restos mortales en la capilla de Santo Domingo de Nuestra Señora de Atocha. En ella se hallaba la inscripción siguiente:

D. O. M.

Este estoque bendito, que envían los sumos pontífices a los mayores príncipes de la Cristiandad, envió el Santo Pío V al Sr. Don Juan de Austria, en la ocasión de la batalla naval de Lepanto, y justamente honra la sepultura del Dr. Gregorio Lopes Madera, médico de la Cámara del Rey Felipe II, nuestro señor, y su Protomedicato general, por haber sido su consejo gran parte para que se diese la batalla; púsole aquí, en su capilla, su hijo el licenciado Gregorio Lopes Madera, del Concejo de los Reyes Felipe II y III, nuestros señores, Caballero del hábito de Santiago y señor de la Casa y Solar de Madera en Asturias.

* * *

Este afamado médico no sólo sirvió como tal a D. Juan de Austria, sino que, admirando su gran experiencia y conocida sabiduría, le pidió parecer y consejo en varias empresas graves.

Cuando el duque de Saboya contrajo matrimonio con la infanta doña Catalina de Austria, pidió al rey su padre le enviase por médico suyo al doctor Madera, y habiendo éste obedecido la orden de Su Majestad, estuvo a la orden del Duque hasta 1589, en que volvió a España. Fué tal la estimación que de él tuvieron los expresados Duques, que para demostrar el afecto que le profesaban le escribieron varias cartas manifestándole su cariño y diciéndole la Infanta, en una muy expresiva, *que la vida del Duque, la suya y la de sus hijos todos, después de Dios, la debían al Dr. Madera.*

Dicen que este médico se dedicaba con gran interés al estudio de las enfermedades nerviosas y que en esta especialidad obtuvo grandes éxitos clínicos. Se distinguió también por su entusiasmo por Francisco Vallés, habiendo contribuido a dar a conocer en los países extranjeros la obra de su colega, amigo y compañero en la Cámara de Felipe II. Publicó dos ediciones del célebre escrito de este autor *De urinis, pulsibus ac febribus compendiaria tractatio*.

Casó muy joven con una dama ilustre, doña Isabel de Halia y Ronquillo, de la que tuvo dos hijos: D. Jerónimo, capitán de Infantería, que murió peleando en Namur, en la guerra de Flandes, el 1578, y D. Gregorio, abogado del Concejo de Castilla.

El Dr. D. Gregorio López Madera, que figura a la cabeza de los internistas de fines del siglo XVI, falleció en Madrid el 3 de mayo de 1595, siendo enterrado por orden del monarca en el Convento de Dominicos, santuario construido junto al antiquísimo de Nuestra Señora de Atocha.

NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO
MEDICACION BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA

TRATAMIENTO
MODERNO DE LAS
ENFERMEDADES DEL
APARATO RESPIRA-
TORIO



LABORATORIOS-FEDE S.A.

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

Neyol n.º 1

Procesos crónicos del
aparato respiratorio

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

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

Neyol n.º 2

Antifímico

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

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

Neyol n.º 3

Niños

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

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

Neyol n.º 4

Procesos agudos

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

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

Neyol n.º 5

Antiasmático

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

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

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

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

SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS

**MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA
POLIVALENTE**

GRAGEAS
Inalterables sin olor

GRANULADOS

PRURIGO de los NIÑOS
GRAGEAS INALTERABLES
GRANULADOS

PEPTALMINE

4

PEPTO-ALBUMINAS
y
HARINA DE TRIGO
en lo
envoltura

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADÓ

TRASTORNOS DIGESTIVOS

ESTROFULO-ECZEMAS

GRAGEAS

GRAGEAS

CONGESTION del HIGADO INSUFICIENCIA HEPATICA
**PEPTALMINE
MAGNESIADA**
4 PEPTO-ALBUMINAS
y Sulfato de Magnesía
COLECISTITIS CRONICAS

GRANULADOS

GRANULADOS

COLAGOGO

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



Contra
la Gripe

ARCANOL

Schering

**TUBOS DE
10 TABL.**



PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.

APARTADO 479, MADRID / APARTADO 1030, BARCELONA

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

(Sesión del 4 de enero.)

CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR (Comunicación del doctor Marín Amat).

El enfermo que presenta sufrió un traumatismo hace seis semanas en León, sintiendo un golpe en su ojo izquierdo cuando trabajaba con un martillo sobre un objeto de hierro.

Sin poder detallar el curso seguido por la lesión ocular, es lo cierto que, al no mejorar el enfermo, es enviado a Madrid por la empresa patronal, siendo entonces visto, hace una semana, por el comunicante.

Encuentra un ojo con reacción ciliar moderada, pupila contraída, dolor escaso, que aumenta a la presión en región ciliar, medios poco claros que no permiten ver el fondo, y que ha perdido el ojo la percepción luminosa. Descubre, por fin, una pequeña cicatriz un poco por detrás del limbo, en zona ciliar, que sospecha sea el punto de entrada de un cuerpo extraño, confirmando la radiografía la existencia de un cuerpo metálico intraocular.

Pensando en poder conservar el globo, ya que no la visión de este ojo, y con el doble fin diagnóstico y terapéutico, aplica el electroimán gigante, logrando extraer el cuerpo extraño, de tamaño bastante grande.

Durante las maniobras de extracción debió, sin duda, herirse la cápsula del cristalino, apareciendo una catarata traumática, siguiendo el ojo rojo, blando y doloroso, por lo que espera la opinión de los señores académicos sobre la conveniencia de enucleo el ojo, según es su criterio.

Considera que la extracción de cuerpos extraños metálicos intraoculares por vía anterior da a veces lugar a graves complicaciones, como la presente, por los grandes destrozos que en los tejidos oculares produce; y pregunta si no sería preferible en ciertos y determinados casos prescindir de la vía anterior, haciendo la extracción por la posterior, que él seguía antes casi siempre que el cuerpo extraño estaba por detrás del cristalino; técnica con la que obtuvo buenos resultados, aun cuando no esté tampoco exenta de peligros, como, por ejemplo, el de desprendimiento de la retina, si bien considera que estos peligros son menores que los que son de temer siguiendo la vía anterior.

Claro está que para la extracción por la vía posterior es necesaria una localización exacta del cuerpo extraño, cosa que no es posible de lograr, debiendo contentarnos con datos poco precisos a este objeto.

DISCUSION

Dr. Renedo.—Categoricamente puede asegurarse, a la vista del cuadro clínico que el ojo izquierdo presenta, que es un ojo simpatizante, y, por lo tanto, que peligra el segundo ojo, por lo que es aconsejable se proceda a la enucleación inmediata para evitar mayores males.

Cree que, en efecto, el pronóstico de la extracción de cuerpos extraños intraoculares y de las complicaciones post-intervención es más serio de lo que habitualmente se acepta, puesto que no es raro que las maniobras de extracción traumatizan de tal modo zonas peligrosas del ojo, como, por ejemplo, el cuerpo ciliar, que acarreen, en definitiva, la pérdida de la visión.

A este respecto debe hacerse una separación clara entre los grandes trozos y las pequeñas partículas. Los primeros son los realmente peligrosos de extraer, por el destroz que provocan y las consecuencias graves que a la extracción siguen. Las segundas, en cambio, están exentas de estos peligros, si bien la pequeña masa hace a veces inútil la aplicación del electroimán gigante, que no logra extraerlas.

Considera que el método de Comberg permite una exacta localización.

Dr. Arjona.—No le parece obligada una localización exacta, siendo suficiente, para los cuerpos metálicos, que sea aproximada. En cambio, la localización debe ser previa en los casos de cuerpo extraño no metálico.

Respecto a la vía de extracción, la mejor será la más corta, es decir, la anterior para los localizados en segmento anterior, y la posterior, en los restantes.

En este caso ha influido en la gravedad del caso postoperatorio la siderosis, que supone un grave agravio para el epitelio del cuerpo ciliar, que con predilección fija el compuesto hidratado de hierro en que se transforma el cuerpo metálico, en tanto que la coroides es refractaria a esta fijación.

Dr. Mansilla (D. Sinforiano).—Coincide con la opinión del Dr. Renedo de que el ojo debe ser inmediatamente enucleado.

En cuanto a la vía de extracción no puede establecerse nada esquemático, eligiendo en cada caso particular la que se considere más apropiada según la localización del cuerpo extraño.

En el caso que se discute considera que la grave evolución sufrida se debe, más que al traumatismo producido por las maniobras de extracción, a la lesión primitiva del cuerpo ciliar a la entrada del cuerpo extraño metálico y a su larga permanencia en el ojo, permitiendo que la siderosis se manifestase, actuando el hierro de modo nefasto sobre el epitelio del cuerpo ciliar.

Dr. Marín Amat.—Con la extracción pretendió conservar el globo ocular, aunque no la función.

Con criterio opuesto al sostenido por el Dr. Arjona, y de absoluto acuerdo con el Dr. Renedo, es precisa una localización exacta, cosa que ha de confesar se hace de modo defectuoso. También coincide con el académico últimamente citado en la suprema gravedad de la extracción de los cuerpos extraños de gran tamaño, casos en los que procede enseguida a la enucleación. Las pequeñas partículas salen con facilidad y sin lesionar seriamente el ojo, por lo que el campo de discusión queda limitado a determinar cuál debe ser la conducta a seguir cuando se trate de cuerpos extraños de mediano tamaño.

También considera que la siderosis ha sido la verdadera causa de la pérdida de este ojo, que desde luego estaba dispuesto a enuclear, criterio que ha visto avalado en esta sesión por otros señores académicos y que pondrá en práctica rápidamente.

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA ESPAÑOLA

(Sesión del día 8 de enero de 1934)

CASO CLÍNICO

Dr. Carlos Hinojar.—Niño con cuerpo extraño bronquial desconocido. Enfermito de diez años de edad; desde hace cinco años presenta sintomatología de proceso torácico (tos, expectoración, fiebre, etc.) y adelgaza-

miento. No mejora con ningún tratamiento; así transcurren dos años, llegándose al diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Pasado este tiempo, uno de los muchos médicos que le ven hace radioscopia y radiografía de tórax y encuentra un cuerpo extraño en el bronquio paravertebral derecho en contacto de diafragma. Un chinche de los empleados para sujetar papeles, con su cabeza hacia abajo y sus dos ramas abiertas y dirigidas hacia arriba. Dificil problema de extracción.

Un especialista, después de dos intervenciones, no consigue la extracción.

Hace seis meses llega a nuestra clínica; después de comprobación radiológica y de localización del cuerpo extraño, procedemos a la extracción mediante bronquioscopia por vía oral sin anestesia; realizamos maniobras durante quince minutos, sin conseguir su extracción, pero sí su localización; un segundo intento en la misma sesión también fracasa. Al día siguiente, ante la pantalla radioscópica, realizamos nueva bronquioscopia, y en veinte minutos logramos la extracción del cuerpo extraño.

En quince días desaparece toda la sintomatología respiratoria, con aumento de varios kilos de peso.

Este caso apunta dos cuestiones fundamentales. La de los cuerpos bronquiales ignorados, que en este enfermo se ha logrado su descubrimiento por ser metálico. Con él, también vemos la necesidad de que los especialistas de pecho reclamen la ayuda del laringólogo cuando ante sus enfermos la sintomatología no se encuentre perfectamente explicada por el diagnóstico realizado. Pueden ser casos en los que una bronquioscopia llegue a precisar el diagnóstico, sobre todo cuando se trate de cuerpos extraños bronquiales desconocidos de material no opaco a los rayos X.

LA TÉCNICA DE GRAF PARA LA SECCIÓN DE LAS ADHERENCIAS PLEURALES

Dres. Rodríguez Partearroyo, Abelló y Vega.—Leen una comunicación sobre esta cuestión; presentan el aparato de Graf, con el que han realizado varias intervenciones de sección de adherencias pleurales. Técnica que tiene ventajas a la seguida por Jacobeus. Con la técnica de Graf precisa sólo la introducción de un solo aparato, que lleva toratoscopio y cauterio. Ayudados del aparato de proyecciones y abundante material gráfico, aportan varios casos clínicos, con los que ponen de relieve la ventaja de usar la técnica de Graf para la sección de adherencias pleurales.

Dr. Larrú.—Al comparar el empleo de la cauterización y de la electrocoagulación en relación a la producción de hemorragias, hay que fijar la ventaja en la electrocoagulación. Cuando se electrocoagula bien, no hay hemorragias; éstas existen al realizar técnica defectuosa, y lo que se hace sea una fulguración. También es cierto que las hemorragias se presentan, de manera rápida e intensa, al utilizar termocauter. Hemos visto hemorragias intensas a las seis horas de hechas cauterizaciones sobre amígdalas.

LAS NUEVAS IDEAS SOBRE LA ETIOLOGÍA, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD REUMÁTICA

Dr. González Suárez.—La lesión del corazón después del primer ataque de reumatismo agudo raras veces se cura definitivamente. Las vegetaciones valvulares y las lesiones del miocardio (nódulos de Aschoff) persisten

indefinidamente, alternando los períodos de latencia clínica con otros de reactivación, en los que se reproduce el síndrome clínico (artralgias, fiebre), semejante al primer acceso reumático; se comporta la lesión cardíaca como una infección focal alérgica; el organismo permanece sensibilizado y en trance de recaída cuando el alérgeno bacteriano, con ocasión de una angina, de un fleumón dentario, despierta la lesión aletargada del endomiocardio. La autopsia demuestra la constante presencia de estas lesiones en los cardíacos que mueren jóvenes. Todas las variedades clínicas de endocarditis, la aguda simple, la subaguda y la maligna o lenta, que evolucionan en un sujeto portador de una antigua lesión cardiorreumática, no representan otra cosa que grados evolutivos de esta enfermedad en relación de efecto a causa con las lesiones progresivas inflamatorias del endocardio y miocardio. La asistolia y la gama de accidentes patológicos vasculares infectivos de los diversos órganos son la expresión clínica de dichas lesiones reumáticas. La etiología más frecuentemente hallada en la enfermedad reumática es la estreptocócica en cualquiera de sus variedades biológicas. Por ello es lógico pensar que la vacunación reiterada con vacuna estreptocócica polivalente o autovacuna en los períodos de silencio clínico contribuyan a inmunizar a estos enfermos. Nuestra experiencia en diez casos tratados con vacunas es hasta ahora halagüeña en resultados.

Dr. Duque Sampaio.—En la actualidad es común opinión que el reumatismo poliarticular agudo es una infección generalizada. Hablan en favor el cuadro clínico: altura de fiebre, comportamiento de temperatura, mal estado general y sudores copiosos. Apoyan que sea enfermedad infecciosa algunos hechos de valor experimental: las epidemias de reumatismo que se presentan en algunas ciudades, y las vistas y estudiadas por Grenet y Audry durante la gran guerra. En 1930, Paul se inclina en favor del carácter infeccioso y contagioso de la enfermedad, fundado en la frecuencia con que se presentan los casos de reumatismo poliarticular agudo en las familias y en las escuelas.

Lo dicho son los mismos puntos que presentábamos en nuestro trabajo con el Dr. López Morales, y que tuvimos el honor de ser premiado por esta Academia.

Consideramos el reumatismo poliarticular agudo como infección generalizada y contagiosa, contagio realizado en la mayoría de los casos en forma lenta e intrafamiliar, contagio que precisa la convivencia durante bastante tiempo; es un contagio prolongado. Hemos de insistir en que no es una enfermedad focal: hecho de grandísima importancia, porque confundir el reumatismo articular agudo con las poliartritis focales explica bastantes de los éxitos conseguidos por las vacunas.

El contagio, como ya demostró Weber en 1855, es principalmente rinofaríngeo.

En el reumatismo poliarticular agudo, aun siendo contrario a cambiar los nombres de las enfermedades, debiéramos denominarlo reumatismo cardíaco evolutivo, como quiere Bezançon, o reumatismo cardioarticular, como opina Marañón, ya que los brotes articulares son lo de menos; lo importante son las lesiones cardíacas; aquéllas son verdaderas manifestaciones alérgicas; éstas no son una complicación de la enfermedad, sino una localización: la localización más constante.

Considerar el estreptococo agente causal del reuma-

tismo poliarticular agudo es simplificar mucho la cuestión. No es momento de fijar el número de gérmenes considerados como agentes productores. Es la escuela americana la que ha concedido máximo valor al estreptococo; para tal sería preciso que experimentalmente se pudiera obtener en los animales inoculados el nódulo de Aschoff, que es el *test* indudable. Recientemente, Alexandresco concede valor específico a un estreptobacilo, que provoca lesiones viscerales, pero no el nódulo de Aschoff.

El corea le consideramos como forma clínica de la enfermedad reumática; es una localización encefalopática de la enfermedad; unas veces aparece antes y otras después del reumatismo: hecho bien probado por Wilson en su estadística de 400 cardíacos.

Cuestión muy debatida es si la endocarditis maligna lenta es forma de reumatismo; creemos que no. Distingamos el reumatismo endocárdico evolutivo de la endocarditis lenta; ésta se injerta muchas veces en el corazón reumático. Precisa diferenciar los dos procesos.

Tratar el reumatismo poliarticular agudo con vacunas es cuestión de sumo cuidado. El papel evidentemente específico del salicilato sódico no se puede negar en el reumatismo articular agudo. Se afirma que no cura la lesión cardíaca evolutiva. Ahora bien, no hemos de olvidar que para muchos el reumatismo poliarticular agudo es una enfermedad aguda de la neumonía, y ha de ser tratada como tal enfermedad aguda. Precisa llevar a conocimiento de todos los médicos que es enfermedad crónica, y como tal, su tratamiento específico: salicilato sódico, se dará a dosis elevadas y prolongadas. No tratar al enfermo sólo durante el brote agudo; precisa tratamiento repetido; no dar salicilato en cantidad de cuatro o cinco gramos diarios; esto no es dar salicilato; hay que llegar a las dosis aconsejadas por Danielopolu: dosis hasta de 18 y 20 gramos por veinticuatro horas; prolongar este tratamiento, y ello durante las épocas intercalares, aun con enfermo bien.

Como no concedemos valor etiológico específico al estreptococo en el reumatismo poliarticular agudo, consideramos muy aventurado tratar a estos enfermos con vacunas estreptocócicas.

M. ACEÑA.

PROGRAMA DE PREMIOS PARA 1934

I

Pensión de estudios.

La Academia Médico-Quirúrgica Española abre un Concurso entre médicos españoles para la concesión de una pensión de estudios en Madrid en las siguientes condiciones:

- 1.ª Será indispensable la condición de ser español y tener el título de Doctor o Licenciado en Medicina.
- 2.ª Las solicitudes deberán presentarse bajo sobre y antes del 31 de enero de 1934, al presidente de la Academia Médico-Quirúrgica Española, calle de Esparteros, número 9, Madrid, acompañadas del título de Doctor o Licenciado o certificación del mismo, así como de un trabajo original sobre la materia cuyo estudio se desee ampliar y cuantas publicaciones científicas y documentos puedan acreditar los méritos del solicitante.
- 3.ª La Academia presupuesta a este fin 3.000 pesetas.
- 4.ª La pensión será concedida al autor del mejor tra-

bajo recibido, a juicio de un Jurado designado por la Junta de Gobierno de la Academia.

5.ª Empezará a disfrutarse la pensión el 1.º de marzo de 1934, recibiendo el autor premiado la cantidad de 500 pesetas mensuales el último día de marzo, abril, mayo y junio de 1934.

6.ª El pensionado se obliga a residir en Madrid y a asistir durante los cuatro meses que dure la pensión al Centro científico para el que haya solicitado la pensión, y todos los meses enviará al Sr. Presidente de la Academia una certificación expedida por el profesor de la Clínica, Institución o Laboratorio en que haga los estudios, y a la terminación de la pensión, otro acreditando la permanencia en él durante los cuatro meses y el concepto que haya merecido del jefe del mismo la labor del pensionado.

7.ª La persona designada se obliga a presentar antes del 15 de octubre de 1934 un trabajo de investigación como consecuencia de la labor realizada durante el tiempo de la pensión.

8.ª Interin no se cumpla esa condición no se le hará entrega de las 1.000 pesetas restantes para completar las 3.000 a que asciende esta pensión.

9.ª Si por alguna causa el pensionado no pudiese cumplir la condición anterior en la fecha señalada, se le podrá conceder un plazo improrrogable de quince días más. Pasado, pues, el 31 de octubre de 1934, habrá perdido todo derecho a percibir las citadas 1.000 pesetas.

10. El trabajo premiado será propiedad de la Academia, que podrá publicarlo a sus expensas o autorizar a su autor para hacerlo.

II

Premio Rodríguez Abaytua: 1.500 pesetas.

Tema: "Valor terapéutico de los extractos de corteza suprarrenal".

Premio de la Academia: 1.500 pesetas.

Tema: "Cirugía del simpático en las afecciones digestivas".

BASES

Los trabajos optando a estos premios deberán ser inéditos y originales de autor español, y se entregarán bajo sobre al presidente de la Academia Médico-Quirúrgica Española, Esparteros, 9, Madrid, antes del 1.º de octubre de 1934, acompañado de otro sobre cerrado y lacrado, señalado con el premio a que aspira el trabajo y el lema que figure en la Memoria, y dentro del mismo, un pliego con el nombre y residencia del autor.

Será excluido todo trabajo que venga firmado por su autor o con alguna indicación en su texto, papel o grabados que pueda revelar su nombre.

Los trabajos premiados quedarán propiedad de la Academia, que podrá publicarlos a sus expensas y, caso contrario, autorizar a sus autores para publicarlos.

III

Premio Goyanes.

Habiendo concedido este eminente doctor, el día de la sesión inaugural de este curso de la Academia Médico-Quirúrgica Española, un premio de 1.000 pesetas para pagar el título de Licenciado en Medicina y Cirugía a un alumno pobre, aplicado y de buena conducta moral,

la Junta de Gobierno acordó anunciar un concurso para dicho premio en las siguientes condiciones:

1.^a Podrán aspirar a dicho premio todos los alumnos oficiales o libres que terminen sus estudios en la Facultad de Medicina de Madrid en el curso actual de 1933 a 1934 y hagan el Grado de Licenciado en la misma.

2.^a Presentarán sus solicitudes, dirigidas al Sr. Presidente de la Academia Médico-Quirúrgica Española, durante todo el curso, finalizando el plazo de admisión el día 30 de septiembre de 1934.

3.^a Acompañarán a sus solicitudes todos cuantos documentos crean convenientes para demostrar su pobreza, su aplicación y su buena conducta moral.

La Junta de Gobierno de la Academia examinará dichos documentos y hará las comprobaciones que estime convenientes, y en la sesión inaugural del próximo curso de 1934 a 1935 dará cuenta del fallo, dando a conocer el nombre del Licenciado a quien haya sido concedido este premio.

Madrid, 15 de diciembre de 1933.

El Secretario general de la Academia,

ANTONIO VALLEJO SIMÓN.

Primer Congreso Nacional de Sanidad

(Madrid, 6-12, mayo 1934)

PONENCIAS OFICIALES

PRIMER GRUPO

1.^a Organización de la lucha antituberculosa en España.

Ponentes: D. Manuel Tapia Martínez, Director del Hospital Nacional de Enfermedades infecciosas; don Julio Blanco Sánchez, Director del Sanatorio antituberculoso "Lago"; D. José Codina Suqué, Jefe de la Sección de Tuberculosis de la Dirección general de Sanidad.

2.^a Los Centros terciarios de Sanidad y su relación con los Institutos provinciales de Higiene.

Ponentes: D. Santiago Ruesta Marco, Inspector general de Sanidad interior; D. Francisco Ruiz Morote, Inspector provincial de Sanidad de Cáceres; D. Alberto Anguera Anglés, Director de Sanidad exterior de Irún.

3.^a Los Centros secundarios de Higiene rural: Normas que aconseja la experiencia adquirida para su total desenvolvimiento.

Ponentes: D. Francisco Bécares Fernández, Inspector provincial de Sanidad de Valladolid; D. Antonio del Campo Cardona, Subinspector provincial de Sanidad de Cáceres; D. Eliseo de Buen Lozano, Director del Centro de Higiene de Navalmoral de la Mata.

SEGUNDO GRUPO

1.^a Bases para la adaptación de las funciones propias de las actuales Estaciones sanitarias de puertos y fronteras a las peculiares de los Centros de Higiene marítimosociales.

Ponentes: D. Julio Orensanz Tarongí, Inspector general de Sanidad exterior; D. Fernando Sastre Lozano,

Director de Sanidad exterior de Gijón; D. Gerardo Clavero del Campo, Inspector provincial de Sanidad de Santander.

2.^a Concepto actual de la lucha y defensa contra las enfermedades importables por mar y tierra.

Ponentes: D. Adolfo Vila Rodríguez, Director de Sanidad exterior de Cádiz; D. Alberto García Ibáñez, Subdirector de Sanidad exterior de Las Palmas; D. Priscilo Luis Martín Pérez, Inspector provincial de Sanidad de Las Palmas.

3.^a Necesidad de incorporar a la Sanidad Nacional los servicios sanitarios de la Zona del Protectorado de Marruecos y de las Colonias del África occidental y normas que deberán regular la citada incorporación.

Ponentes: D. Federico Mestre Peón, Inspector de Transportes; D. Pedro Zarco Bohorques, Jefe clínico del Hospital Nacional de Enfermedades infecciosas; don Luis Nájera Angulo, Director del Centro secundario de Higiene rural de Sigüenza.

TERCER GRUPO

1.^a Bases para la estimación y calificación sanitarias del agua potable.

Ponentes: D. Tomás Garmendia Landa, Jefe de la Sección de Química del Instituto Nacional de Higiene; D. Joaquín de Prada y Fernández-Mesones, Inspector provincial de Sanidad de Salamanca; D. José Román Manzanete, Jefe de la Sección de Epidemiología hídrica del Instituto Nacional de Higiene.

2.^a El seguro social de enfermedad y la Sanidad municipal.

Ponentes: D. Enrique Bardají López, Inspector provincial de Sanidad de Madrid; D. Mariano Bellogín García, Director de Sanidad exterior de Valencia; don Pedro González Rodríguez, Inspector provincial de Sanidad de Burgos.

3.^a Organismos centrales de investigación y enseñanza sanitarias y sus relaciones con los demás Centros sanitarios.

Ponentes: D. Gustavo Pittaluga Fattorini, Director de la Escuela Nacional de Sanidad; D. Sadi de Buen Lozano, Jefe de la Sección de Parasitología del Instituto Nacional de Higiene; D. Miguel Benzo Cano, Inspector provincial de Sanidad de Córdoba.

OTRO BOTON DE MUESTRA

Carta abierta

Valladolid, 5 de enero de 1933.

Sr. Director de EL SIGLO MÉDICO.—Madrid.

Muy señor mío: Con la ley aprobada en Cortes en 15 de septiembre de 1932 y el Reglamento de 7 de marzo de 1933, llegamos a crear los médicos titulares Inspectores municipales de Sanidad que se habían terminado, al menos, los atropellos caciquiles de los Ayuntamientos en la provisión de vacantes y en las destituciones injustas.

No ha sido así, por lo visto, y como mi caso particular, que supongo no será único, interesa a toda la clase médica, y en especial a los titulares, por la vejación e

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

ION-CALCINA

PALLARES

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



Laboratorio M. PALLARES
Plaza Mosén Sorell, 6
VALENCA



STROPHANTUM

PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada

LACTOLAXINE

FYDAU

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

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

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

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

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

Depositarío en ESPAÑA
J. Alejandro RIERA, Nápoles 166, BARCELONA

Lipiodol

Radiológico

Acelte Vegetal y Yodo puro
del Doctor **LAFAY**

“ASCENDIENTE” Y
“DESCENDIENTE”

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

LIPIODOL
LAFAY

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

injusticia que supone, lo pongo en su conocimiento, para que, comentándolo como se merece en la Revista de su digna dirección, tenga la bondad de llamar la atención del Sr. Ministro de la Gobernación, del Sr. Subsecretario de Sanidad y Beneficencia y del Sr. Director general de Sanidad, para que no prevalezcan más tiempo casos como el presente, en que se vulnera descaradamente la Ley y el Reglamento, haciendo caso omiso de las disposiciones vigentes en el nombramiento de titulares vacantes.

En la *Gaceta* del 26 de octubre del 23 apareció el anuncio de la vacante de Inspector municipal de Sanidad de Santañi (Baleares), para su provisión por *curso libre de antigüedad*, siendo la selección de aspirantes a cargo del Sr. Inspector general de Sanidad de Baleares.

Nos presentamos al concurso en el plazo legal 36 aspirantes, y entre todos fui seleccionado y propuesto por el Sr. Inspector para la plaza, por ser el más antiguo, con el número 760 del Escalafón.

Pues bien, el Ayuntamiento de Santañi, del que es Alcalde, *para mayor escarnio*, un médico, D. Bernardo Vidal, y primer teniente de Alcalde otro médico, don Arnaldo Nigorra, nombró, en sesión del 20 de diciembre, médico titular al primero, con el número 6.593.

¿Puede y debe prevalecer este nombramiento ilegal? He entablado el *recurso de alzada* ante el Sr. Ministro de la Gobernación; pero como estos expedientes tardan en resolverse si no se estimulan, agradeceré a usted que haga lo que pueda en su excelente Revista y donde corresponda para que no se salgan con la suya los caciques.

Ya es la segunda vez que me quitan un derecho, pues hace dos años que tengo un pleito contencioso con el Ayuntamiento de Avilés, que me quitó la plaza de *toólogo* municipal por el mismo procedimiento.

Le quedaría muy reconocido su atento, s. s. y compañero, q. e. s. m.,

TEODORO FERÁNDIZ REBOLLO.

Una disposición interesante para los titulares

En la *Gaceta de Madrid* correspondiente al día 14 de diciembre de 1933 se publica una Orden del Ministerio de la Gobernación disponiendo que cuando se hallasen vacantes las plazas de practicante y matrona que obligatoriamente deben existir en todos y en cada uno de los partidos médicos, a tenor de lo dispuesto en el artículo 41 del Reglamento de Sanidad municipal, los médicos titulares percibirán la consignación correspondiente a las plazas de referencia hasta tanto tenga lugar su provisión en propiedad, por ser en tal caso dichos facultativos los que realizan los servicios correspondientes a los mismos.

Cuando terminamos de leerla, nuestro entusiasmo rayó en delirio: 400 pesetas nos correspondían. ¡Ahí es nada, 400 pesetas, para un médico rural, que no ve más que mermas en su miserable estipendio! 400 pesetas es una cartera perenne de ministro. ¡Qué felicidad! ¿Cómo no íbamos a estar contentos? De júbilo nos estremecíamos. Momento hubo que no creíamos que nuestro corazón latiera con su ritmo: tan contento estaba el pobrecito. Mas, como todo tiene fin, así sucedió con nuestro entusiasmo: fué disminuyendo, y llegamos a recobrar la

calma, y con ella nació la duda de que esto fuera cierto. Y he aquí que, cuando más sumidos estábamos en ese proceloso mar de la confusión, surge ante nosotros *un amigo*, indígena, al que quiero hacer partícipe de mi alegría; el hombre se sienta, abre sus piernas, en las que apoya sus codos; abre sus manos, como implorando algo de arriba... No, no es para eso; es que en su faz se dibuja una sonrisa burlona y socarrona, y para que no nos apercibamos, recoge entre sus manos su gran cabeza, protegiéndose de esta manera ante mis ojos. Se recreaba en el golpe que iba a asestar: "Yo no, bien lo sabe usted; pero el pueblo dirá, si usted nos obliga a pagarle eso que usted dice, el pueblo dirá que se lo rebaje de las igualas; y si usted persiste, el pueblo se unirá en contra de usted, porque, verá usted, el pueblo ya está muy recargado, y hace un sacrificio con tener médico."

Pasamos por alto el demostrar esta sinrazón.

El que antes brincaba, de tal manera se replegó, que tuvimos miedo de que no le quedaran fuerzas para seguir el camino que de antemano tiene fijado. ¡Oh! Que la triste realidad le había confundido, y no sabía cómo vis-

Pasamos por alto el demostrar esta sinrazón.

Que esta Orden no sea una de tantas, que no sirven más que para mofa de los lugareños, "que tan bien saben eludir lo que quieren" de los legisladores. Señores, pensad en que todos los días no son 28 de diciembre, y que si se deja la ley tal y conforme está, más nos va a parecer una alegre, pero inofensiva, broma del 28 de diciembre.

SISINIO CRESPO.

Instituto de Patología Médica del Hospital general de Madrid

Director Profesor: G. MARAÑÓN

Cursillo de terapéutica general de la tuberculosis y terapéutica especial de tuberculosis de los pulmones, a cargo del Dr. VALDÉS LAMBEA.

Se desarrollarán los conocimientos más importantes sobre el tema en seis lecciones, insistiendo de manera especial sobre el tratamiento y sobre las medicaciones fundamentales (la llamada cura higiénica, las sales de oro, los antígenos, el calcio, el neumotórax, la frenicectomía, las plastias, el tratamiento sintomático, etc.), orientando las enseñanzas especialmente en un sentido práctico. Este cursillo comenzará el lunes, 5 de febrero, terminando el sábado, día 10, y se darán las lecciones a las siete de la tarde, en la cátedra del Dr. Marañón, en el Hospital general de Madrid.

Matrícula libre y gratuita. El curso se desarrollará con arreglo al siguiente programa resumido: programas detallados en la cátedra del Dr. Marañón.

Programa resumido.

Lección primera.—Terapéutica general de la tuberculosis.—Posición del médico en el momento presente.—Terapéutica general de las infecciones y terapéutica especial fimatológica.—La llamada cura higiénica: el pasado y el presente.—El reposo y el ejercicio como agentes terapéuticos.

Lección segunda.—De los llamados tratamientos die-

téticos de los tuberculosos en la antigüedad y en el presente momento.—Estudios fundamentales sobre alimentación.—Sistematización y crítica.

Lección tercera.—La cura de aire libre y la cura de clima.—Conocimientos fundamentales.—Elementos que intervienen en estos modos de cura.—Estudio amplio del tema.

Lección cuarta.—El calcio, los antígenos y las medicaciones sintomáticas.

Lección quinta.—Los llamados tratamientos quimioterápicos de la tuberculosis.—El tratamiento por el oro.—El hiposulfito auroso sódico.

Lección sexta.—Los tratamientos quirúrgicos de la tuberculosis de los pulmones.

Tratamiento de la obesidad

En el curso de estos últimos años numerosos trabajos han llegado a fijar las reglas del tratamiento de la obesidad. Marcelo Labbe, Jorge Mouriquand, Carlos Mayer han sido los que mejor han contribuido a guiarnos en la elección de los alimentos y medicamentos anteriormente preconizados.

Conviene recordar que la obesidad resulta de un exceso de ingresos sobre los gastos, por resultado de una defectuosa utilización de los alimentos y, en particular, de las grasas, por insuficiencia de la glándula hepática.

La terapéutica debe dirigirse: 1.º A la disminución de la ingesta alimenticia. 2.º Al aumento de los gastos energéticos y caloríficos. 3.º Al tratamiento de la insuficiencia hepática.

1.º Los diferentes regímenes propuestos están todos orientados hacia la reducción de la alimentación. Por esto es necesario determinar la cantidad y la clase de los mismos. Para hacer adelgazar seguramente a los obesos, hace falta emplear un régimen que represente de 1.000 a 1.500 calorías. El adelgazamiento progresivo debe ser de 200 a 300 gramos por día.

En el obeso se tiende a multiplicar las comidas, que deben ser cada una poco copiosa y en número de cuatro o cinco por día.

Los alimentos deben estar condimentados de manera que tiendan a calmar el apetito, todo lo menos sustanciosos posible; la reducción alimenticia no debe recaer sobre las materias albuminoideas, pero sí sobre las grasas y los hidratos de carbono; esta reducción debe también llegar a las bebidas azucaradas y alcohólicas. Conviene disminuir la proporción de sal utilizada para sazonar los alimentos y llegar a suprimirla en la obesidad complicada con edema.

2.º La Fisioterapia asegura el aumento de los gastos: comprende la kinesiología, electroterapia, hidroterapia, crenoterapia y la higiene general.

La kinesiología permite al obeso acrecentar sus gastos energéticos; permite el desenvolvimiento de sus músculos, en detrimento de sus grasas, y perder por sudación una cantidad apreciable de calórico.

La electroterapia no ha dado, hasta ahora, resultados bien probados. Por el contrario, la hidroterapia en sus diversas formas presta reales servicios.

La higiene general recomienda al obeso una vida activa, al aire libre y en atmósfera fresca. Las profesiones sedentarias, la vida de despacho deben ser corregidas con

una práctica más asidua y más prolongada de ejercicio.

3.º Como medicamentos, Carlos Mayer recomienda los colagogos y los laxantes, como la cáscara, la lactosa y el cloruro de magnesio. Como medicamentos en uso, la "Cascarine Leprince" es, a la vez, un laxante y un colagogo; su acción farmacodinámica se ejerce a la vez sobre el peristaltismo intestinal y sobre la secreción hepática, que ella favorece. La "Cascarine Leprince" es el tipo de estos glucósidos a base de antraquinónicas preconizadas por Dujardin-Beaumetz y Alb. Robin; las investigaciones de Flury (1912) demuestran el mecanismo de su poder peristaltógeno; las de Ott y Scott (1908), de Johnson y Hindman (1914), su acción sobre el hígado, que hacen de colagogo seguro y durable, justificando el nombre de "calomel vegetal" que se ha dado a la cáscara por los ingleses. Conviene darla particularmente a los obesos, para que les permita la mejor utilización de las grasas y los hidratos de carbono de su alimentación.

Colegio de Médicos de la provincia de Madrid

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 93 del Reglamento vigente, se convoca a Junta general ordinaria, que tendrá lugar en este Colegio el día 15 del corriente a las siete de la tarde, con el siguiente

Orden del día.

- 1.º Acta anterior.
- 2.º Memoria de Secretaría.
- 3.º Presupuestos para 1934 y cuenta general de ingresos y gastos de 1933 y acordar los gastos extraordinarios que fuesen indispensables.
- 4.º Asuntos de interés general para la clase médica o para el Colegio a propuesta de la Junta de Gobierno.
- 5.º Asuntos de interés general a propuesta de los señores Colegiados, que han de formularlos por escrito y estar razonados, presentándolos con cuarenta y ocho horas de antelación a las de la Junta.
- 6.º Ruegos y preguntas y aquellos otros extremos comprendidos en el artículo 93 del Reglamento del Colegio.

Las cuentas pueden ser examinadas en la Tesorería del Colegio cualquier día hábil, de cinco a nueve de la noche.

SECCION OFICIAL

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS

El artículo 4.º de la Ley de 2 de diciembre de 1931 dispone que por esta Presidencia se promulguen las normas que deben regular los servicios de Higiene alimenticia y de Zoonosis transmisibles al hombre, y teniendo en cuenta la extraordinaria importancia que en orden a la Higiene y Sanidad públicas tiene el dar cumplimiento a lo que en dicha disposición se establece, de acuerdo con el Consejo de Ministros y a propuesta de los de Gobernación y Agricultura,

Vengo en decretar lo siguiente:

- 1.º Será competencia de la Dirección general de Sanidad definir los alimentos de toda índole que hayan de

ser utilizados para el consumo humano; determinar las condiciones que deben reunir y los requisitos que deben tener para ser considerados útiles a este fin; determinar las condiciones higiénicas de producción, elaboración, transporte y venta de los productos alimenticios y de sus derivados, y, en fin, fijar las condiciones que deben reunir todos los productos alimenticios que se importan por los puertos y fronteras.

2.º Además de lo dispuesto en los Estatutos municipales y Reglamento de lo derivado en materia de obras sanitarias de carácter municipal y establecimiento de industrias insalubres, la Dirección general de Ganadería podrá exigir el cumplimiento de las disposiciones que estime convenientes, como requisito previo para autorizar el funcionamiento de las industrias de producción o transformación de productos de origen animal.

3.º La inspección higiénico-sanitaria y nutritiva de los alimentos de origen animal incumbe a la Dirección general de Ganadería, quien la realizará por medio de su Cuerpo de Veterinarios municipales, ajustándose en su función inspectora a las normas precisas para que se cumplan las condiciones de los alimentos determinadas por la Dirección general de Sanidad.

4.º El incumplimiento de las disposiciones dictadas por la Dirección general de Sanidad en materia de competencia será corregido, en lo que a la inspección de alimentos de origen animal se refiere, por la Dirección general de Ganadería e Inspectores provinciales de Veterinaria, por sí o a requerimiento de la Dirección general de Sanidad o de los Inspectores provinciales de Sanidad.

5.º A los fines de garantía sanitaria, siempre que en los servicios de inspección de alimentos surja un acontecimiento anormal o extraordinario que pueda ser perjudicial para la salud pública, el Inspector provincial Veterinario estará obligado a comunicar el hecho al Inspector provincial de Sanidad. Asimismo, el Veterinario municipal comunicará urgentemente al Médico municipal la anomalía advertida, para que dentro de su jurisdicción pueda adoptar las medidas que correspondan en beneficio de la salud pública; y

6.º Los Inspectores Veterinarios comunicarán a los representantes de Sanidad municipal, provincial o central, según las categorías, con la mayor urgencia, y éstos a aquéllos en los casos correspondientes, la aparición de zoonosis transmisibles al hombre, y de común acuerdo se adoptarán las medidas oportunas en relación con la reglamentación correspondiente, para evitar la propagación de la zoonosis aparecida.

Dado en Madrid a siete de diciembre de mil novecientos treinta y tres.—*Niceto Alcalá-Zamora y Torres*. El Presidente del Consejo de Ministros, *Diego Martínez Barrio*.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Ilmo. Sr.: Visto el expediente del concurso-oposición convocado en 11 de septiembre último, para proveer la plaza de Médico Jefe de la Sección de Estadística sanitaria de la Dirección general de Sanidad:

Resultando que, dentro del plazo marcado en la convocatoria para la presentación de instancias, acudió al mismo como único postor D. Marcelino Pascua Martínez:

Resultando que, reunido el Tribunal, realizados los ejercicios por el único aspirante y valorados los méritos del mismo, acordó, por unanimidad, proponer para ocupar la plaza concursada a D. Marcelino Pascua Martínez:

Vistas la Orden y la convocatoria del concurso-oposición de referencia:

Considerando que se han cumplido los requisitos legales prevenidos,

Este Ministerio, de conformidad con lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad y lo propuesto por la Dirección general del Ramo, ha tenido a bien aprobar el presente concurso-oposición, y, en su consecuencia, nombrar a D. Marcelino Pascua Martínez para el cargo de Médico Jefe de Estadística Sanitaria de la Dirección general de Sanidad con el haber anual de 8.000 pesetas, que percibirá del capítulo 1.º, artículo 11, sección 6.ª, subsección 2.ª del Presupuesto vigente.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 6 de diciembre de 1933.—*M. Rico Avello*.—Señor Subsecretario de Sanidad y Beneficencia.

DECRETO

El cumplimiento, por parte de los funcionarios de Sanidad nacional, de lo dispuesto en el Decreto sobre extinción del Cuerpo de subdelegados, de fecha 3 de septiembre de 1933, ha dado lugar a numerosas consultas referidas a la interpretación de algunos preceptos contenidos en el mismo, y considerando conveniente resolver con carácter de generalidad las presentadas hasta la fecha, de acuerdo con los principios expresados en el preámbulo de la mencionada disposición, a propuesta del ministro de la Gobernación, vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Se reconoce la facultad de ocupar en propiedad las subdelegaciones de Medicina y Farmacia, vacantes al promulgarse el Decreto de 3 de septiembre de 1933, a todos aquellos subdelegados interinos que, en virtud de la Real orden de 5 de febrero de 1931, adquirieron este derecho.

Artículo 2.º Para la provisión de dichas vacantes se procederá por los inspectores provinciales de Sanidad a la convocatoria de un concursillo entre los subdelegados en activo o excedentes que presten o hayan prestado servicio como tales en la localidad.

La resolución de este concursillo se llevará a cabo por orden de rigurosa antigüedad, y las vacantes que se produzcan como resultado de dicho concursillo serán definitivamente amortizadas con arreglo a lo dispuesto en la mencionada disposición.

Artículo 3.º Las normas señaladas en el artículo 9.º del Decreto para la distribución de los servicios se entenderán reservadas a los casos concretos en que así lo aconseje la conveniencia de los mismos.

Artículo 4.º El registro de títulos profesionales se llevará a cabo por los respectivos Colegios oficiales, los cuales darán cuenta mensualmente al inspector provincial de Sanidad respectivo de los registros llevados a cabo durante ese período de tiempo.

Dado en Madrid a 13 de diciembre de 1933.—*Niceto Alcalá-Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Manuel Rico Avello*.

DECRETOS

El creciente desarrollo de las funciones encomendadas a la Dirección general de Sanidad con la creación de nuevos servicios y organizaciones que no pudieron preverse al redactar el Decreto de 27 de julio de 1920, por el que actualmente se rige el funcionamiento de la misma, ha dado lugar a entorpecimientos en la marcha y despacho de los asuntos que fácilmente pueden evitarse con una sencilla adaptación del precitado Reglamento a las actuales necesidades.

En virtud de lo expuesto, a propuesta del ministro de la Gobernación y de acuerdo con el Consejo de ministros, vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º La Dirección general de Sanidad comprenderá cuatro Secciones técnicoadministrativas, que se denominarán: de Sanidad interior, Sanidad exterior, Instituciones sanitarias y Contabilidad.

Artículo 2.º Cada una de las Secciones enumeradas comprenderá cuantos servicios técnicos o Negocios se consideren precisos para su mejor desenvolvimiento.

Artículo 3.º Los inspectores generales de Sanidad, independientemente de las facultades que como tales les corresponden por las disposiciones vigentes, serán los jefes de las Secciones correspondientes, de cuyo funcionamiento serán responsables ante el director general, con el cual despacharán directamente.

Artículo 4.º La Inspección general de Sanidad interior comprenderá los siguientes servicios: Epidemiología general, Estadística sanitaria, Higiene de la alimentación, Higiene infantil, Lucha antivenérea, Higiene rural, Comisaría sanitaria, Aguas mineromedicinales, Régimen de cementerios, Higiene provincial y municipal, Profesiones sanitarias, Inspectores municipales de Sanidad, Institutos provinciales de Higiene.

Artículo 5.º La Inspección general de Sanidad exterior y de Comunicaciones y transportes comprenderá los siguientes servicios: Régimen sanitario de puertos y fronteras, Higiene de la Marina civil, Emigración, Higiene social de las zonas marítimas, Transportes, Sanidad internacional y colonial.

Artículo 6.º La Inspección general de Instituciones sanitarias comprenderá los siguientes servicios: Lucha contra la lepra, Lucha contra el paludismo, Lucha contra el tracoma, Lucha contra la tuberculosis, Higiene mental, Propaganda sanitaria, Ingeniería sanitaria, Instituto Nacional de Higiene, Hospital Nacional de Enfermedades infecciosas, Instituto de Farmacobiología, Instituto del Cáncer, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Venereología, Escuela Nacional de Puericultura, Comisión de investigaciones sanitarias.

Artículo 7.º La Sección de Contabilidad comprenderá los servicios señalados para la Sección administrativa en el Real decreto de 27 de julio de 1920.

Artículo 8.º Afecto a la Dirección general de Sanidad figurará un inspector de servicios, cuya misión será la de vigilar el exacto cumplimiento de cuantas disposiciones regulen la marcha de todos ellos.

Artículo 9.º A las inmediatas órdenes de la Dirección general, y en relación con las Inspecciones generales, funcionará una Secretaría técnica general, de la cual dependerán los siguientes servicios: Personal, Secretarías del Consejo Nacional de Sanidad y Comisión Central de Sanidad local, Régimen interior del Centro,

Registro general, Informaciones y reclamaciones, Prensa, publicaciones y biblioteca.

Artículo 10. La Jefatura técnica de Farmacia y estupefacientes funcionará, en relación directa con la Dirección general de Sanidad, en aquellos asuntos de carácter técnico de su especial competencia y con las respectivas Inspecciones generales para todos aquellos de carácter administrativo que con ellas se relacionen.

Artículo 11. Las Secciones técnicas, en el orden exclusivamente administrativo, se ajustarán para su funcionamiento a las normas señaladas para los Negociados en las disposiciones de carácter general y las especiales contenidas en el Real decreto de 27 de julio de 1920.

Dado en Madrid a 22 de diciembre de 1933.—*Niceto Alcalá-Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Manuel Rico Avello*.

(Gaceta del 28 de diciembre de 1933.)

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706; ídem mínima, 691; temperatura máxima, 8,9; ídem mínima, —3; vientos dominantes, SO., NE. y NO.

Continúan manifestándose los efectos de la explosión gripal a que aludimos la semana última. Las invasiones han cedido, desde luego, algo menos de prisa que se produjeron, y aunque la mayoría de los enfermos se hallan en franca convalecencia o curados por completo, casi siempre sin haber tenido que suspender su trabajo, han ocurrido, no obstante, en personas de edad complicaciones bronconeumónicas, y esto sin que se pueda encontrar en muchos casos como causa predisponente la existencia de enfermedades crónicas de las vías respiratorias.

El mismo proceso se ha manifestado en los niños; salvo los de pecho, han vencido rápidamente los procesos catarrales, pero en los de pocos meses también han surgido complicaciones bronconeumónicas.

CRONICAS

HOMENAJES.—Al doctor Pareja Yébenes.—Por encontrarse enfermo el señor Ministro de Instrucción pública, se ha suspendido el banquete que, organizado por la Asociación de antiguos alumnos de la Facultad de Medicina de Granada, se le ofrecía en dicha capital el día 7, hasta nueva orden.

Al doctor Pérez Mateos.—Ha sido también aplazado el banquete que las clases sanitarias de Murcia se proponen dedicar al doctor Pérez Mateos por su merecida elevación al cargo de Subsecretario de Sanidad.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

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

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

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

ROLAÑOS Y AGUILAR • Talleres Gráficos • Altamirano, 50, MADRID

EN LA TUBERCULOSIS

LABORATORIOS
ABELLO



Vinacoz 5
MADRID

Croscanil Tiosulfato doble de Oro y Sodio

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación del ferrocarril.

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

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

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

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

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

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

JARABE CLOOFOSFATO CATCICO GETATINOSO ALMERA

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

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



Más de 37 años de éxito creciente

De venta en: Xuclá, 21, Barcelona, en la Farmacia Almera y Laboratorio, P.^a de Guimerá, 14, Vilasar de Mar y en las principales Farmacias y Droguerías

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINA (Nombre registrado)

Calma, regulariza y fortifica los nervios

Contiene los bromuros potásico, sódico, estróncico y amónico asociados con sustancias tónico amargas

Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

D. Eduardo Guija y Morales.
D. Manuel Martínez Sellés.
D. Joaquín Fuster Pomar.
D. Juan Delgado y Roig.
D. Román Alberca y Lorente.
D. Germán Muñoz Beato.
D. José Pérez y López Villamil.
D. Luciano Sánchez Guisande.
D. Blas Aznar y González.
3.º Que por haber retirado toda su documentación el aspirante D. José María Durán y Troncoso, se le tiene por desistido de su derecho a la práctica de los ejercicios.

4.º Que, a tenor de lo dispuesto en el artículo 13 del mencionado Reglamento de oposiciones, el plazo para recusaciones es el de diez días, contados desde el siguiente al de la publicación

(Continúa en la página XIX.)

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

Sanatorio Psiquiátrico **ESQUERDO**. Carabanchel Alto
DIRECTOR: DR. JAIME ESQUERDO SAEZ



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

IODASA BELLOT

Solución titulada de IODO PEPTONA - BELLOT
SIN IODISMO

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

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

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

HIGIENE RURAL

LA INSPECCIÓN DE ALIMENTOS

En las ciudades y en los centros importantes de población, los servicios de higiene tienen a su cargo la vigilancia de los géneros alimenticios. Se analizan sus muestras en los laboratorios destinados a este fin, y los vete-

ATROPHANTUM
PALLARES

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

rinarios someten a celosa inspección todo el ganado destinado a los mataderos.

Mas en el campo las condiciones son muy distintas. Cada ama de casa ha de ser suficientemente experta para poder distinguir la buena calidad de la mercancía que compra y para conservarla en las mejores condiciones posibles. Porque en las regiones rurales no siempre es posible adquirir al día los géneros necesarios ni se

ANTIPHLOGISTINE

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

dispone tampoco de los procedimientos de conservación que son corrientes en las grandes ciudades.

Ha de añadirse, en cambio, que el campo ofrece otras ventajas, que bien merecen la envidia de las gentes de la ciudad. El ama de casa tiene en el campo más a la mano los productos

CARABAÑA: el mejor purgante

naturales. Muy frecuentemente posee vacas y gallinas y, en todo caso, le es posible adquirir en la vecindad leche, manteca y huevos absolutamente frescos, y donde no hay ningún temor a la contaminación o deterioro que sufren las mercancías a través de los numerosos intermediarios y de su transporte.

SIL-AL
DESINFECTA INTESTINO

La compra de la carne, en cambio, exige en el campo una perspicacia mucho mayor que en la ciudad, donde la inspección veterinaria elimina con toda severidad la carne impropia para el consumo. Allí donde no existen mataderos oficiales vigilados por un veterinario, un animal enfermo puede ser puesto en venta por un carnicero sin escrúpulos o poco advertido.

Entre los procedimientos que permiten conservar los géneros alimen-

ticios en buenas condiciones hay dos que se olvidan frecuentemente y que, sin embargo, son tan simples como eficaces: el azúcar de caña protege con mucha seguridad los frutos en conserva y la leche condensada. No solamente evita la fermentación, sino que constituye un alimento rico en calorías. La adición de azúcar de caña a la leche reemplaza la esterilización por ebullición, y la leche trata-

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

da de esta forma es más rica en vitaminas que la leche hervida.

Las especias son igualmente muy útiles para la conservación de los alimentos. Su acción se debe a los aceites que contienen, y también, probablemente, a propiedades fisiológicas que les son particulares. El aroma muy pronunciado de las especias y de sus extractos es una salvaguardia contra su empleo excesivo. Es preciso no perder de vista que este aroma puede neutralizar

CALCINHEMOL ALCUBERRO
PODEROSO ANTIANEMICO
ALCALA, 88. — MADRID

el gusto y el olor desagradable que desprenden todos los alimentos averiados. No puede, pues, fiarse ciega-

El niño, que era un retrato vivo de su madre, conservaba el color aceitunado, y sus hermosos ojos negros, espiritualmente melancólicos. Todos los caracteres de la belleza judía y polaca se encontraban en aquella cabeza velluda, demasiado desproporcionada con el cuerpo delgado que la sostenía.

—¿Duermes bien todas las noches, jovencito?—le preguntó el médico.

—Sí, señor, muy bien—dijo el pequeño.

—Súbete el pantalón y enséñame la rodilla.

Adrián se quitó las ligas ruborizado, y enseñó sus rodillas al médico, quien las palpó cariñosamente.

—Muy bien; háblame alto, más fuerte, más fuerte.

Adrián se puso a gritar.

—Bueno; dame ahora tu mano...

El joven tendió unas manos delicadas, blancas y surcadas de venas azules, como las de una mujer.

—¿En qué colegio has estado en París?

—En el de San Luis.

—¿Vuestro inspector leía su breviario mucho tiempo cada noche?

—Sí, señor.

—Entonces, tú no te dormías enseguida, ¿verdad?

Adrián no respondió; pero Genestas dijo al médico:

—El que los inspeccionaba es un digno sacerdote, y ha sido quien me ha aconsejado con más insistencia que retire al campo al niño por convenir mucho a su salud.

—¡Muy bien!—dijo entonces Benassis, fijando su mirada en los ojos temblorosos de Adrián—. Todavía tenemos muchos recursos. Sí; puede asegurarse que hare-

mos un hombre fuerte de este niño. ¡Viviremos juntos, como dos camaradas, hijo mío! Nos acostaremos y nos levantaremos temprano. Enseñaré a vuestro hijo a montar a caballo, comandante. Después de consagrar un mes o dos a rehacerle el estómago, por un régimen especial de alimentación, le haré un equipo de caza, y le sacaré su correspondiente licencia, poniéndole en manos de Butifer, con quien se encontrará encantado. Concederéis cuatro o cinco meses de vida campestre a vuestro hijo, y al cabo de este tiempo no le vais a conocer, comandante. Con Butifer lo pasará divinamente; conozco muy bien al peregrino, y sé que llevará a su pequeño amigo, atravesando los Alpes, hasta Suiza, le llevará hasta la punta de los picos más altos y le hará crecer seis pulgadas en seis meses; hará que se le pongan las mejillas bien coloradas; endurecerá sus nervios y hará que se olvide de los malos hábitos adquiridos en el colegio. Cuando te encuentren bien podrás volver a reanudar tus estudios y hacerte un hombre de provecho. Butifer es un muchacho muy honrado; podemos confiarle sin cuidado alguno la suma necesaria para cubrir los gastos que originen sus viajes y sus cacerías, y en medio año, él se comprometerá a devolvérselos completamente cambiado, hallándose además, por su parte, encantado de poder disfrutar nuevamente de sus correrías.

A cada palabra del médico, la cara de Genestas parecía que se iluminaba de alegría.

—Vamos ahora a cenar. La Fosseuse está ya impaciente por verles a ustedes—dijo Benassis, dando un cachetito en la mejilla al pequeño.

mente por el gusto y el olor del estado de conservación de los alimentos que siendo absolutamente impropios

RINOGOL

Para antisepsia nasal

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

para el consumo pueden muy bien no ofrecer ni un gusto ni un olor sospechosos.

Los habitantes del campo no pueden ignorar, por ejemplo, que la carne cruda debe tener un fuerte color rojo de sangre, y que hay que desconfiar de las carnes con reflejos oscuros o verdosos y en las que la grasa es fo-

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

(Véase anuncio, página IV.)

fa y gelatinosa en lugar de ser amarilla y consistente. Una carne que, al presionarla entre los dedos, desprende un líquido coloreado, debe igualmente ser rechazada.

Cuando, en ciertas enfermedades, se prescribe la carne cruda, es recomendable cocerla al menos lo necesario para destruir las larvas de parásitos que pueden encontrarse en ella y alterarla incluso después del examen sanitario. La cocción apenas disminuye el

valor alimenticio de la carne, siempre que se haga sin exceso y que no sea recocida.

Entre todos los alimentos son los huevos los que ofrecen menor peligro de enfermedad. Su grado nutritivo depende de lo que coman las gallinas que los han puesto. Aquellas que andan sueltas y picotean no solamente los granos que constituyen su principal alimentación, sino toda suerte de plantas, ponen huevos de una superior calidad a aquellas otras que permanecen

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

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

encerradas en un angosto y desaseado gallinero. En el campo no solamente es posible conocer la procedencia de los huevos, sino que puede garantizarse su frescura.

Es un error el creer que los habitantes del campo se aprovechan largamente de todos los alimentos que

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

Muestras y literatura

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

se producen a su alrededor. La moderna organización de los transportes hace absorber por las ciudades y los

grandes centros de abastecimiento la mayor parte de los productos de las granjas y de las huertas. Muy fre-

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

cuentemente el campesino resulta insuficientemente alimentado, y su régimen de nutrición es defectuoso. Queda así predispuesto a enfermedades debidas a una alimentación pobre en vitaminas, tal como la pelagra, que ataca a las personas privadas de todo alimento de origen animal. Varias Sociedades nacionales de la Cruz Roja,

96%
CONVALESCIENTES
Elixir CALLO

y muy señaladamente la Cruz Roja norteamericana, han debido luchar contra la extensión de la pelagra utilizando, entre otros medios, la distribución de aceite de hígado de bacalo.

Se podrían evitar muchas enfermedades a los habitantes del campo cuidando de que su alimentación fuese más variada y compuesta de productos que, estando a su alcance, van a abastecer las regiones urbanas.

—¿De modo que no está tísico?—preguntó Genestas al médico, cogiéndole del brazo y mientras llegaban al comedor.

—Lo mismo que usted y yo.

—Pues entonces, ¿qué es lo que puede tener?

—¡Poca cosa! Que está ahora en un momento peligroso de su vida, y eso es todo.

La Fosseuse apareció de pronto en el umbral de la puerta, y Genestas no pudo menos de admirarse de la postura que adoptó, a la vez sencilla y coquetona. Aquella no parecía ya la aldeana de la víspera, sino una elegante parisiense, que le echaba unas miradas, contra las cuales no podía luchar. El soldado volvió los ojos hacia una mesa de nogal sin mantel alguno; pero tan bien encerada que parecía estar barnizada; en ella se encontraban puestos unos huevos, mantequilla, un pastel y fresas de la montaña, que embalsamaban el ambiente. La pobre muchacha había colocado flores por todas las partes, que hacían pensar en que aquel día constituía para ella una fiesta pomposa. Ante aquel espectáculo, el comandante no pudo menos de envidiar aquella simple vivienda y contempló a la aldeana con aire que manifestaba a la vez dudas y esperanzas; después dirigió sus ojos sobre Adrián, a quien la Fosseuse servía ya los huevos, ocupándose de él cariñosamente.

—Comandante—dijo entonces Benassis—, ya sabe usted a qué precio recibe hoy esta lujosa hospitalidad. Tiene usted que contar a mi Fosseuse alguna aventura militar.

—Primeramente—dijo ella—debemos cenar con tranquilidad; pero después de que haya tomado el café...

—Así me parece muy bien—respondió el comandante—; sin embargo, pongo una condición a mi cuento, y es la de que nos tiene ella que contar también alguna aventura de su vida pasada.

—Pero, señor—dijo ella ruborizada—, nunca me ha sucedido nada que merezca la pena de ser contado. ¿Quieres un poco más de este arroz?—dijo, viendo que Adrián había vaciado su plato.

—Sí, señorita—contestó el pequeño.

—Está divinamente condimentado—añadió Genestas.

—¡Pues qué me diréis después de su crema de café!—contestó Benassis.

—Pero aún me gustará más oír a nuestra elegante hostelera—volvió a decir Genestas.

—Pues es un empeño equivocado, Genestas—dijo Benassis—. Atiende, hija mía—añadió, dirigiéndose a la Fosseuse, a quien tomó por la mano—; este oficial que tienes a tu lado oculta un corazón excelente bajo ese aspecto severo que manifiesta, y puedes hablar delante de él con entera libertad. Habla o cállate, pues en modo alguno queremos importunarte. Sí, hija mía; si alguna vez quieres hablar para ser bien comprendida, ésa será únicamente por las tres personas de que te hallas ahora rodeada. Cuéntanos, pues, tus amores pasados, y así no podremos sorprenderte los secretos actuales de tu corazón.

—Aquí tienen ustedes el café que nos ha traído Marujilla—respondió la aludida—. Cuando se hayan servi-

afectos, es probable que no exista ningún caso de la misma, puesto que hasta en las lesiones orgánicas más graves se observa que se conservan los afectos; pero los esquizofrénicos pueden no acusar durante años interés ni afecto por nada, y los seniles, que no comprenden ya correctamente lo que ocurre en derredor suyo, carecen también de interés por todo, pero sí suelen tenerle por lo que se hace con ellos. De los melancólicos se suele decir que son apáticos, y ellos mismos lo dicen, que carecen de sentimientos, pero no es del todo cierto. Se trata en esos casos de que ante el gran dolor que supone para ellos la enfermedad, desaparecen los sentimientos para todo lo demás. Los neurasténicos padecen una apatía que es la contrapartida de la irritabilidad, también neurasténica. Más corriente es que los histéricos intercepten totalmente sus afectos por periodos breves. La psiquiatría francesa admite psicasténicos, que son apáticos de una manera permanente, y que en realidad son esquizofrénicos.

La duración de los afectos puede ser muy prolongada en algunas personas que no padecen enfermedad mental alguna. Hay seres que no se libran jamás del odio que toman a una persona determinada. En la epilepsia, los afectos provocados duran también mucho tiempo, aun cuando suceden acontecimientos que debieran modificarlos. Los débiles mentales conservan asimismo, durante varios días, un afecto provocado por algún acontecimiento ligero. Al revés de los casos que preceden, en que los afectos son sumamente tenaces, hay otros de gran variabilidad de los mismos. Se trata de personas cuyos afectos son sumamente fáciles de desviar. Los niños son normalmente muy propensos a la variación de los afectos. Con razón se los ha comparado con los seniles; pero hay que extender la comparación a todos los orgánicos. La inestabilidad de los afectos es fenómeno frecuente en los intervalos en las fases avanzadas de la locura maniaco-depresiva. También los imbeciles adolecen de este defecto.

La mayoría de los que padecen esta inestabilidad dominan también muy mal sus afectos, tienen que manifestarlos inmediatamente, tanto expresándolos como ac-

atención en ellos. El que tiene cierta preocupación con el acto de defecar, por ejemplo, por padecer una fisura de ano y presta gran atención al mismo, sufrirá muchas veces dificultades e imposibilidad de realizarle aun cuando durante muchos años lo estuviera haciendo de un modo automático y perfecto. En algunos casos, después de curada la fisura, queda un estreñimiento crónico, que ya no obedece más que a la preocupación de que podrían reproducirse los dolores y a la atención vigilante que por este motivo se concede a la defecación. Los estados estuporosos se hacen crónicos frente a determinadas situaciones, por ejemplo, determinado sintoma que preocupa mucho a los enfermos (la lectura de numerosos anuncios en la Prensa diaria acerca de los peligros de la hipertensión y tal o cual medicamento para combatirla lleva a muchas personas aprensivas a sentir palpitaciones, síntomas de "angina de pecho", etc., todo ello de origen puramente psíquico). En los alumnos no es raro que lleguen a tener estupor en determinada asignatura o frente a cualquier catedrático, en tanto que en todo lo demás son perfectamente normales. Lo peor que se podría haber en tales casos sería querer violentar al alumno con alocuciones energicas o tratar de estimular su amor propio. Lo que hay que hacer es tratar de conseguir otra situación, ignorando benévolutamente lo que ocurre y llevándole, siempre en la mejor armonía, a una explicación que le haga desear el afecto. De la misma manera obran los complejos internos, por ejemplo, el complejo del onanismo, pero no el onanismo mismo puede impedir al alumno concentrar su atención en otra cosa, y por este motivo el alumno parece tener mala memoria. También se desarrollan, a consecuencia de estos complejos, estados de ánimo, unas veces agradables, pero la mayoría de ellas tristes. Un sujeto con cierta predisposición homosexual se siente desgraciado en su matrimonio, sin saber a qué atribuirlo, puesto que no se da cuenta de esta tendencia y no encuentra ningún defecto grave que achacar a su mujer. A consecuencia de ello se encuentra deprimido. Pero si se le logra explicar la causa de esa depresión, si se le hace ver que no ha de conceder a la misma excesiva importancia, porque la aludida tenden-

tuando de acuerdo con ellos. Pero la inestabilidad y la incontinencia no marchan paralelas, sino que hay personas que, sin inestabilidad ostensible, tampoco pueden dominarse. Un imbecil, que era capaz de desarrollar gran trabajo, no podía jugar a las cartas a pesar de lo mucho que le gustaba y de que entendía los juegos, porque en cuanto veía las que le habían repartido, echaba a reír o a llorar, según fuera la baza buena o mala, y los demás se guiaban por ello. En cuanto a las acciones, en los entornos mentales no es corriente que puedan dominarlas del todo. Los melancólicos son los que mejor disminulan sus afectos, y lo hacen generalmente con la intención de no despertar la desconfianza de los demás y lograr mejor una ocasión para suicidarse.

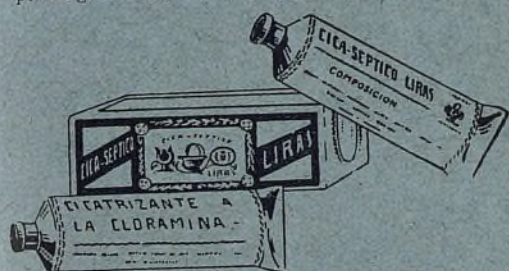
Hemos tenido ocasión de aludir más arriba a la existencia de una ambivalencia afectiva. Es decir, que hay personas que al mismo tiempo desean un acontecimiento y le temen. Citábamos el ejemplo de una intervención quirúrgica, que se la teme por los riesgos que lleva aparejados, pero que, al mismo tiempo, se está deseando salir de ella porque se sabe que es beneficiosa y se quiere estar libre de la preocupación que acarrea. Estos afectos ambivalentes se manifiestan con especial violencia en el trato con personas a las que se ama y se teme u odia al mismo tiempo, sobre todo cuando en estos sentimientos interviene un factor sexual. La sexualidad misma es un sentimiento que acarrea simultáneamente un factor positivo: el deseo de satisfacer un placer y un deseo negativo: la sensación de vergüenza ante la realización del acto sexual, el horror a que es un pecado, la estimación de la castidad como gran virtud, etc. Tales sentimientos ambivalentes suelen durar poco en la persona sana, y, sobre todo, lo que hace es sacar una conclusión. Ama menos a una persona cuando observa en ella cualidades malas y la teme o la odia menos cuando se da cuenta de que, al mismo tiempo que las cualidades malas, tiene otras buenas. En cambio, el enfermo no puede realizar este balance, sino que ama y odia al mismo tiempo, sin que los dos afectos encontrados se anulen, ni siquiera lleguen a actuar el uno sobre el otro. Los complejos ambivalentes son los que influyen preferentemente en los

procesos patológicos y en muchos otros de una psiquis normal, por ejemplo, en los ensueños, la poesía. En la esquizofrenia se manifiestan de una manera clarísima, y en muchas neurosis son la causa esencial de los síntomas.

Las exageraciones y la monolateralidad de los afectos, las reacciones morbosas, tienen una importancia suma para comprender las neurosis y los caracteres anormales, pero no tienen tanta trascendencia para la psiquiatría en estricto sentido. Los afectos fuertes pueden llevar a las personas psicópatas a trastornos de la conciencia. El furor violento de los oligofrénicos puede durar desde varios minutos hasta varias horas. Con frecuencia va seguido de amnesia y acompañado de síntomas corporales, tales como desvanecimientos, vómitos, etcétera, que, a veces, son el único síntoma del acceso. Lo esencial es, unas veces, la violencia del acceso mismo, y otras, la falta de contención del mismo. Esto último es lo que sucede en los estados maniacos y en los de alcoholismo crónico. Cuando la acción es más crónica, los psicópatas forman ideas delirantes, que varían según lo van haciendo las situaciones. En vez de desarrollar una acción intensa, el afecto puede inhibirse a sí mismo, de modo que interrumpe todos los pensamientos y todas las reacciones, conduciendo al estupor, pero también puede suceder que solamente el afecto quede inhibido, y entonces el sujeto, aun hallándose en una situación gravísima, reflexiona serenamente y no presenta el menor indicio de afectación. Un grado ligero de insensibilidad afectiva se encuentra con frecuencia en los niños y en los psicópatas. Parecido, pero no del todo idéntico, al estupor afectivo es el azoramiento, en su más amplio sentido. Se trata de una situación diferente, como ocurre, por ejemplo, cuando no se puede realizar conscientemente un acto que se está llevando a cabo con facilidad de una manera inconsciente. Si a esto se añade un afecto, es claro que el resultado será mucho más intenso. Cuando se tiene miedo de que no se va a poder hacer una cosa o de que va a salir mal, es cuando, efectivamente, suele salir peor. Casi todos los actos que se llevan a cabo de una manera inconsciente se perturban en cuanto se pone

CICA-SEPTICO LIRAS

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



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

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

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

del presente anuncio en la *Gaceta de Madrid*. (8 de enero.)
— Se anuncia a concurso de traslado una Cátedra de Anatomía descriptiva y topográfica, con su técnica, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago.

Médicos forenses

Ha sido nombrado para la plaza de Médico forense del Juzgado de instrucción de San Roque D. Gabriel Jurado Muñoz.

Dimisión

Por Decreto ha sido admitida a D. Antonio Tuñón de Lara la dimisión del cargo de Director general de Beneficencia.

Médicos titulares

Para opositar las plazas de Inspectores Municipales de Sanidad, EL SIGLO MÉDICO tiene editadas las contestaciones al Programa oficial vigente, así como el Programa con las órdenes de provisión, traslados, permutas, etc.

Precio del Programa, 1,50 pesetas.

El precio de la obra completa, "Contestaciones al Programa de Médicos Titulares", es de 25 pesetas. (Cuatro tomos, 1.600 páginas. No requiere consultar ninguna otra obra.)

ALMORRANAS



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

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

CANFORETIL B. MARTIN

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)

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

JARABE

' ' D E Y E N ' '

DE MANZANA LAXANTE

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños

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

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

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

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

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

PRECIO; 6,50 pesetas frasco

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

BIFOSFOTIOCOL TOSSES Y CATARROS

Ayuntamiento de Madrid

dulcimida  **MORATÓ.**

los diabéticos
ya pueden comer dulce



250
TABLETAS
DULCIMIDA
AZUCAR
DE R
LABORATORIO
MORATÓ
PASEO S. JUAN 87
BARCELONA

**DULCIMIDA
MORATÓ**

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

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

Sabor agradable.

No contiene hidratos
de carbono

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

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

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

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

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

TONICO INFANTIL

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

FIMONAL

MEDICAMENTO

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

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