

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.188.—Tomo 93

AÑO OCHENTA Y UNO

17 Marzo 1934

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Dolores del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOUE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



Hygiene de la Mujer

POUDRE CHAUMEL

(Polvos Chaumel)

DESCONGESTIONANTE
ANTISÉPTICA
SUAVIZANTE



Etablissements FUMOUE
78, Faubourg St-Denis, Paris



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

ANEMIA, NEURASTENIA, DEBILIDAD
CONVALENCIAS, TUBERCULOSIS,
AFECCIONES DEL ESTÓMAGO
Y DEL INTESTINO

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

1 a 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



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

Ayuntamiento de Madrid

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

Veigigatorio líquido del Dr. Masó Arumí

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

ESTAFETA DE PARTIDOS

Ponemos en conocimiento de los compañeros que piensen solicitar la vacante de Hervias (Logroño) existe un médico en la localidad, el cual tiene contratadas las iguales con todo el vecindario, que está contento de su actuación.



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

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

ELIXIR
SAIZ DE CARLOS

VACANTES

Para su provisión en propiedad por concurso, en armonía con lo dispuesto en la ley de 15 de septiembre de 1932 (artículos 1.º y 2.º) y Reglamento de 7

Contestaciones al Programa para opositar a las vacantes de Médicos Inspectores Municipales de Sanidad.

25 Pesetas

4 TOMOS. { Medicina
 Cirugía
 Higiene
 Legislación Sanitaria

Cuidadosamente editados por
EL SIGLO MEDICO

de marzo de 1933 (artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19), se anuncian las plazas de Médicos titulares-Inspectores municipales de Sanidad siguientes, debiendo enviarse las instancias, en papel de 8.ª clase, a la Inspección provincial de Sanidad respectiva, acompañadas de la

ficha de méritos (artículo 4.º del Reglamento de 7 de marzo de 1933):

—La de Valdeprado (Soria) y su anejo Cigudosa; por nueva creación; 4.ª categoría; dotación, 1.650 pesetas; 18 familias de beneficencia; población, 923 habitantes; provisión por concurso libre de méritos; selección por Inspección. Solicitudes hasta el 28 de marzo.

(Continúa en la página XIX.)

CUPON REGALO

* Solamente por un mes y para que todo el mundo pueda conocer nuestros trabajos, hacemos una ampliación completamente gratis a todo el que nos mande una fotografía y este cupón.

Casa ROTCEN

Apartado de Correos 445

VALENCIA

Precios increíbles para profesionales.

HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS para curar **Cloro-Anemia**. Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue des Beaux-Arts, París.

SANATORIO PENA-CASTILLO SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

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

Sección de toxicómanos.

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

“HOZNAVO” — LA MEJOR AGUA DE MESA

JARABE CLOOFOSFATO ALMERA

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

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



Más de 37 años de éxito creciente

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

consiguiente, las contracciones del corazón no envían a la arteria pulmonar sino una cantidad muy insuficiente de sangre y los fenómenos que se presentan tienen que ser forzosamente los mismos que si las ramas de la pulmonar se encontraran obstruidas.

El tratamiento de las embolias pulmonares tiene que ser, en primer lugar, profiláctico; de modo que en un enfermo que padece una flebitis se evitará en lo posible el desprendimiento de émbolos por un reposo prolongado y lo más absoluto que se pueda conseguir. Recuerdese que un ilustre cirujano, Lucas Championnière, ha sido partidario de las movilizaciones precoces en tantamientos en los que los demás recomendaban la quietud, y así, por ejemplo, en las flebitis también recomendaba la movilización y el amasamiento precoces hechos con prudencia; pero esto lo recordamos aquí solamente para advertir que semejante procedimiento es poco o nada recomendable, porque cuando se ha querido emplear con alguna frecuencia se han observado numerosísimos accidentes. En los casos de cardiopatía hay poco que hacer, deducido precisamente del peligro de la embolia, porque su profilaxia consiste sencillamente en prevenir o en tratar la insuficiencia cardíaca, cosa que de todos modos se tiene que hacer en esos enfermos. Mientras la compensación es buena, hay poco que temer del desprendimiento de coágulos, pero en cuanto sobreviene la insuficiencia, es preciso someter al enfermo al reposo absoluto en cama, al régimen lácteo y de feculentos y a la acción de la digital. Una vez que la embolia se ha producido, ya hemos dicho que en los casos de embolias grandes la única posibilidad de alivio, por cierto bien remota, es la operación de Trendelenburg. En casos menos graves, se trata de corregir la asfixia por medio de la revulsión energética. En otro tiempo se recurría, para ello, al martillo de Mayor, consistente en un mazo de forma parecida a los que se emplean en cirugía de huesos, que se calentaba al rojo, y con el que se golpea-

expectorar con mayor facilidad, se darán polvos de Dover a la dosis de unos 50 centigramos en el día. No es conveniente darlos desde un principio, porque los enfermos no suelen tolerar bien la ipecacuana, y sobre todo el opio, en los primeros períodos. Los antitérmicos analgésicos no están indicados, salvo en los casos de neuralgias violentas o de cefaleas, porque tienen una acción deprimente. El preferible de todos será el piramidón. Se cuidará atentamente el corazón y, teniendo en cuenta que el proceso que estudiamos es muy semejante al comienzo de una neumonía, se procederá como se debe proceder en ésta cuando se teme un desfallecimiento cardíaco o cuando el comienzo de la enfermedad es muy violento, aunque el enfermo parezca robusto, se dará digital a la dosis de infusión de un gramo de polvo de hojas el primer día, que se irá disminuyendo en días sucesivos, a razón de 20 centigramos por día, para suprimir el medicamento a los cinco o seis días de comenzado. Si este tónico no bastase, se recurrirá a los demás tónicos y estimulantes, especialmente al aceite alcanforado, que se empleará a dosis de 10 centímetros cúbicos de la solución al 10 ó al 20 por 100. Terminada la enfermedad, es necesario cuidar de la convalecencia del enfermo, administrándole arsénico en forma de gránulos de Dioscórides, de píldoras asiáticas o de tónico de Aitkens. Este último consiste en píldoras que se preparan con hierro reducido por el hidrógeno, sulfato de quinina, áloes y anhídrido arsenioso. Como excipiente se emplea la miel. La dosis de cada uno de estos componentes varía según las circunstancias del enfermo. Lo corriente es que cada píldora lleve por término medio cinco centigramos de hierro reducido, cinco a 10 de sulfato de quinina, un centigramo de polvo de áloes, un miligramo de anhídrido arsenioso y la cantidad necesaria de excipiente. Se toman dos o tres píldoras al día, cada una cinco minutos antes de la comida.

Contusiones del pulmón.—El pulmón puede sufrir

contusiones en algunos traumatismos violentos de la pared del tórax, incluso sin que haya herida exterior, por ejemplo, a consecuencia de atropello de vehículo o por topetazo a los obreros ferroviarios que enganchan los vagones. Lo corriente es que se contunda el pulmón tras de una lesión de la pared del tórax, en la que suele haber fractura compleja de las costillas. Parece sorprendente que, dada la elasticidad del pulmón, no resista a estos traumatismos y, sin embargo, el fenómeno tiene su explicación: se debe a que precisamente en el momento del accidente, el que le sufre hace un esfuerzo para resistir al choque o para gritar, y que en este esfuerzo la glotis se cierra, o por lo menos se estrecha, de modo que el aire encuentra gran dificultad para salir y no permite que el pulmón se retraiga. El accidente puede tener diferentes grados. En unos casos se trata de simples fisuras con equimosis subpleurales de escasa importancia; en otros, ya los focos son múltiples, por haber habido rotura de los alvéolos y de los bronquios finos al mismo tiempo que de los vasos que se distribuyen por los mismos. Por último, hay un grado en el que el desgarró es grande, interesa la pleura y, tanto los bronquios como los vasos gruesos, comunican con la cavidad pleural. Los síntomas difieren según el grado de la contusión. En los casos ligeros se queja el enfermo de dolor en el sitio de la contusión. La respiración también es dolorosa, y los esputos, un poco sangrientos. Lo corriente es que, si la lesión es profunda, la exploración objetiva no acuse síntoma alguno.

Las contusiones ligeras del pulmón determinan exclusivamente dolor en el sitio contundido, algunos esputos sangrientos y disnea. Si el sujeto es robusto, todos los síntomas desaparecen en poco tiempo sin la menor huella; pero si se trata de una persona endeble, no es raro que se desarrolle en el sitio de la contusión una neumonía traumática con estertores crepitantes, soplo tubario y rones pleurales. Los esputos adquieren el as-

sis en todo su cuerpo. Si la evolución es rápida, la ascultación no llega a descubrir ningún síntoma, salvo la disminución de murmullo a consecuencia de la escasa amplitud de los movimientos respiratorios. Pero si la supervivencia es mayor, se aprecian los síntomas de la congestión y del edema del pulmón. Las embolias mediantes o lobulillares, que son las más frecuentes, ocasionan siempre un infarto hemoptico del pulmón. Las embolias grasosas provocan disnea intensa, cianosis y expectoración sanguinolenta. Las extremidades se enfrían y el pulso es rápido y endeble. Muere el enfermo tras de un período de convulsiones. En algunos casos se produce la curación. Lo característico de esta forma de embolia es que se produce una abundante eliminación de grasa por la orina, grasa que forma en la superficie del líquido una capa uniforme, y el examen al microscopio demuestra cuál es su composición. Se tiñe intensamente en negro por el ácido ósmico. En cuanto a la embolia gaseosa, su importancia está muy discutida. No cabe duda de la gravedad de que penetre en el torrente circulatorio una cantidad importante de aire; pero el mecanismo de los accidentes que son la consecuencia de esta penetración resulta en la mayoría de los casos muy diferente de la embolia gaseosa. En primer lugar se produce un ruido sibilante a consecuencia de la penetración del aire en las venas. Sigue una intensa sensación de angustia y de asfixia muy parecida a la que se observa en las embolias pulmonares, pero que no es probable que se produzca por tal embolia, sino porque el aire se acumula en las cavidades del corazón derecho, especialmente en el ventrículo, y el mecanismo de lo que ocurre luego es el siguiente: al contraerse el ventrículo, la burbuja de aire disminuye de volumen a consecuencia de la compresibilidad de dicho gas; al dilatarse el ventrículo, la burbuja también se dilata, ocupando siempre la mayor parte de la cavidad, y por la tensión superficial que tiene no deja penetrar la sangre. Por

DIGI-VAL

Laboratorio

Aurelio Gámir

Valencia

TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES

Gripe, Escrófula, Raquitismo

SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

*Seca las Secreciones y Cicatriza
las Lesiones tuberculosas.*

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

*Reanima las funciones de Nutrición
y el estado general.*

L. PAUTAUBERGE

10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Jiménez Salinas y C.^a, Barcelona Sagua, 2 y 4 (S. G.)

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
à base de Lactoreosote soluble

**ACCIÓN
RÁPIDA
y
SEGURA**

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

*Depósito general para España:
Curiel y Morán.-Aragón, 223.-Barcelona*

BIFOSFOTIOCOL

TOSSES Y CATARROS

QUADRO-NOX

asegura un sueño tranquilo y reparador de siete a ocho horas sin efectos posthipnóticos.

Muestras y literatura: R. CARPINTIER & SEMMLER - Apart. 9055 - MADRID

ASTA, C.-H., Chem. Fabrik, BRACRWEDE

10 × 0,6 g Tabl.
20 × 0,6 g —

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 estriquina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación del ferrocarril.

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

TRATAMIENTO EFICAZ

REUMATISMO
YODOVISAL

Salicilato sosa
YODURO potasa

ESQUIZOFRENIA
MANGAN - ARSENILO
Cacodilato de man-
ganeso-Cacodilato
de sosa

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

17-III-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

LA CANELA

Estudio histórico-científico

Por V. M. Ovalles

La canela fué una de las viejas drogas que formaron el reducido arsenal terapéutico del Dr. A. Benchetrit para combatir la *Epidemia febril* que azotó Caracas desde fines de 1918.

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

Cree él que las depresiones sufridas en esa enfermedad son debidas a intoxicación del organismo por el agente causal del mal y no a debilidad del corazón; y he ahí que, en vez de usar tónicos cardíacos, como la digital, la cafeína, la esparteína, etc., aconsejara simples infusiones de canela, las cuales dieron siempre magníficos resultados.

La canela, pues, se hizo desde entonces más popular, y le consagro estas líneas con el fin de llamar la atención sobre su historia y propiedades.

I

ETIMOLOGÍA

El nombre de canela se deriva de la palabra italiana *Cannella*, la que, en la armoniosa lengua del Dante, significa tubo o "pequeña caña", debido a la forma especial de canutos con que se encuentra en el comercio.

II

SINONIMIA

El nombre griego *Kinnamomon* y el latino *Cinnamomum* son casi un fiel tra-

mán; *Koritsa* en ruso; *Cynamom prawdzivy* en polaco; *Cinamo* en esperanto.

Por no aumentar la lista, no se mencionan los sinónimos en las lenguas orientales.

III

ESPECIES SUPERIORES

El canelo o canelero pertenece a la importante familia de las Lauríneas.

Hay varias clases de caneleros, correspondientes a distintas especies botánicas, pero aquí sólo me referiré a las tres más importantes:

El *Laurus cinnamomum*, de Linneo, que produce la canela de Ceilán, llamada también de Holanda.

El *Cinnamomum aromaticum*, que suministra la canela de China, conocida, además, con el nombre de canela de Filipinas.



FORMULA POR 20 GRAMOS

Tihocol.... 23 cent.

Codeína... 1 —

Arrhenal. 2 —

Precio al público 4,95 ptas.

Y la *Cassia lignea*, que da la canela de Malabar o de Java.

Otras especies y variedades de canelas pueden consultarse en la *Enciclopedia Farmacéutica*, por D. Mariano Pérez M. Mínguez.

El canelo, como todos los árboles que se cultivan, produce, según el método, la naturaleza del terreno y las condiciones del clima, diversas variedades, que dan canelas de más o menos méritos.

IV

PROCEDENCIAS

El canelero es originario de las Indias orientales y se da muy bien en Sumatra y en Java, y especialmente en la isla de Ceilán, donde se cultiva en el *Campo de la Canela*, faja de terreno de unos 20 a 50 kilómetros de ancho y unos 160 de longitud.

También se cultiva en China, la Co-

chinchina y el Japón; en las inmediaciones del Cairo; en las islas de Francia y de Borbón; en las Antillas, en Cayena, y en varios puntos de Sud-América, donde se desarrolla muy bien.

Aunque no quiero ocuparme sino de las tres clases de canela mencionadas, creo conveniente en el presente estudio insinuar en nuestro país el cultivo de un

“MALTOPOL”

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

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

... tan precioso, farmacéutica y económicamente considerado.

Tenemos aquí regiones apropiadas para ello, con un suelo seco y arenoso, en el cual se desarrollaría bien, por ser un árbol de los más resistentes en el clima y terrenos de los trópicos.

El canelero es una planta aprovechable en todas sus partes: de su corteza se extrae la canela; de sus raíces, alcanfor; de sus tallos tiernos y sus hojas, aceite esencial; y de sus frutos, una cera aromática muy apreciada.

En Ceilán se calcula un rendimiento de 357 libras de canela preparada por hectárea, obteniéndose dos cosechas anuales.

De modo que el cultivo del canelero podría constituir un magnífico ramo de explotación de la riqueza nacional.

“Los naturalistas de la expedición de Santa Fe han descubierto en aquel reino muchas especies de *laurus*, de las que algunas pertenecen al género *cinnamomum*. El señor Mutis había emprendido un trabajo sobre este objeto, cuyo resultado ignoramos aún. El señor Zea me ha remitido tres especies que podían introducirse en el comercio con venta-

RINOGOL

Para antisepsia nasal

J. DOMINGO CHURTÓ

C. Libertad, 14.— BARCELONA



sunto de la palabra hebrea *Kinnamon*, que designa la misma substancia.

La voz canela, en las lenguas europeas, equivale a: *Cannella* en italiano; *Cannelle* en francés; *Canella* en portugués; *Caneel* en danés; *Kanel* en sueco; *Kaneel* en holandés; *Canyella* en catalán; *Cinnamon* en inglés; *Zimmt* en ale-

ja. La primera es la llamada *Canela moruna*, porque se cría en una montaña del mismo nombre, en la América meridional, y es la que más se asemeja al *laurus cinnamomum*; es silvestre, y sería muy fácil mejorarla por medio del cultivo. El señor Mutis tiene ocho árboles en su jardín. La segunda es la que

los habitantes del país conocen con el nombre de *Canela copataza*, que toma igualmente su denominación de la montaña en que crece. Esta ocupa la segunda clase, por su afinidad con el *laurus cinnamomum*. En fin, la tercera especie es la *Canela silvestre*, que se encuentra por todas partes abundantemente, y cuya calidad es inferior a las precedentes. Yo he hecho algunos ensayos con estas tres cortezas nuevas, y me ha parecido que

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

CASA SANTIVERI, S. A.
Call, 22. — BARCELONA

podrían ser de una aplicación ventajosa para la medicina" (1).

V

HISTORIA

La Biblia menciona la canela como aroma, pero no establece distinción entre *Cassia* y *Cinnamomum*.

La usaban en la antigüedad como incienso y perfume, y los israelitas la hacían entrar en la composición del *Oleo santo* (Exodo, XXX, 29).

Se cree que Virgilio se refiere a la canela en sus *Geórgicas* cuando habla de la Casia de Oriente, haciéndole grandes elogios por su olor suave y penetrante. "El nombre de *Cinnamomum* trae su etimología o significación de *Árbol oloroso de la China*."

El hecho de que el "Cisne de Mantua" pudiera cantar a la canela sería el mayor de los elogios, pues los versos de Virgilio han atravesado los siglos, proclamando así la inmortalidad de su genio.

La historia propiamente de la canela y su introducción en la ciencia se remonta a una época remota.

Una Flora de la China del año 2699 antes de Jesucristo hace mención de ella, y es, entre las especias, la primera que se haya usado como tal.

En los tiempos faraónicos era conocida la canela por los egipcios, y los fenicios suministraron el *Cinnamomum* y la *Cassia* a los antiguos hebreos.

Teofrasto se refiere a ambas clases y

CARABAÑA: el mejor purgante

las considera como artículos de mucho valor.

Pero es indudable que fué la China el país productor de la canela en la antigüedad.

Según Heródoto, la llevaban de Oriente, y lo confirma así el origen semítico de la palabra *Kinnamomon*.

(1) *Nuevos elementos de Therapéutica y Materia médica*, escritos en francés por J. L. Alibert y traducidos al español por D. José María Durán, Madrid, 1806, T. I. página 74.

Casi todos los autores antiguos creían que la canela era oriunda de la Arabia, debido a que los árabes la iban a buscar para venderla a los griegos y a los romanos; pero, en realidad, procedía casi exclusivamente de Ceilán.

Strabon dice que también procedía de la India.

Dioscórides y Plinio, en el siglo I de la era cristiana, mencionan la canela; y Galeno, en el II, demuestra que en su época se conocía la diferencia entre las diversas canelas existentes.

Aunque la canela sea el *Kinnamomon* de los griegos, parece que éstos sólo la conocieron adherida al leñoso, y no bajo la forma acostumbrada de corteza tubular.

Sólo en el siglo XIII vino a tenerse una descripción exacta de la genuina y típica canela de Ceilán, por el naturalista árabe Kazwini, autor de la célebre obra "Maravillas de la naturaleza y singularidades de las cosas creadas".

De modo que desde entonces se cita como procedente de allí, cuando la canela del sur de las Indias se había hecho menos apreciada.

Algunos autores antiguos describen con el nombre de canela de Alepo la misma de Ceilán, ocasionado a que, antes del descubrimiento del Cabo de Buena Espe-

Carphos Robert
**SERIES INYECTABLES DE
CACODILATO Y ESTRICNINA**

ranza, iban por el mar Rojo, y después por tierra, a aquella importante ciudad comercial de la Siria, y de allí pasaba a Europa.

Se sabe que los portugueses conquistaron en 1508 la isla de Ceilán y la antigua *Lanka* (que en cingalés significa la *resplandeciente*), y que exigían a los naturales el pago de los tributos en canela.

Los venecianos monopolizaron durante mucho tiempo el comercio de la canela, el cual, de sus manos, pasó a las de los holandeses; y de aquella época data el nombre italiano de *Cannella*.

"Cuando los Holandeses se hallaban en posesión de la Isla de Ceylán, preparaban un aceite esencial de canela que introdujeron en el comercio a un precio muy subido. El modo de su extracción consistía en juntar cierta porción de pedazos o fragmentos de esta corteza, echarlos en un barril en cantidad determinada y añadir tanta agua quanta era menester para cubrirlas. La maceración se efectuaba en el espacio de ocho días, y luego hacían pasar poco a poco esta mezcla a un alambique, en donde la destilaban a fuego lento. La agua de canela pasaba con el aceite al recipiente; y después separaban con mucho cuidado a este último, que tenía un hermoso color de oro. Su sabor era ardiente, pero agra-

dable al mismo tiempo. Boerhaave ha hecho un grande elogio de este aceite esencial. Roberto Parcial afirma que desde que los Ingleses son señores de la Isla de Ceylán, ha cesado la extracción del aceite de canela, porque la venta de esta preparación no recompensa el precio que se puede sacar de las cortezas" (1).

Por el año de 1590 se cree, con algún fundamento, que ya estaba organizada

el **96%** CONVALESCENTES Elixir **CALLO**

la explotación de los grandes bosques de canelos de la mencionada isla, y fué entonces cuando Falk, célebre gobernador holandés, aconsejó la siembra de ese precioso árbol.

Muy pronto se hicieron sentir los magníficos resultados del cultivo del canelero en el suroeste de la isla, pues así pudieron prescindir los holandeses de la canela que les suministraba el reino de Kandi, y llegando a exportar entonces 200.000 kilogramos anualmente, suficiente para las necesidades del mercado europeo, lo cual les permitió ser los dominadores del comercio de la canela.

Una *Pragmática de tasas de 1680*, del reino de España, ordenaba: "Cada libra de canela no puede pasar de cuarenta reales."

"El autor de la *Historia filosófica de las dos Indias* refiere que en Ceylán se tiene por un oficio vil, propio únicamente de los *Chalias*, que es la infima de las castas, el trabajo de quitar las cortezas de los canelos. Qualquiera otro hombre degradaría su propia dignidad y la de su tribu si se ocupara en semejante trabajo. Una preocupación absurda ha envilecido injustamente un oficio que es para nosotros una fuente de ventajas y placeres" (2).

"Todas las operaciones de esta industria las llevaban a cabo los oficiales o agentes del gobierno, y eran tan crueles y opresivas las leyes en este sentido, que la venta o donación de un solo palo de canela se castigaba con la pena de muerte."

Ioduros Bern De (K y Na), químicamente puros. No provocan IODISMO. Fabricación nacional.

"En Malabar era (el canelo) muy abundante, y hacían antiguamente un gran comercio con su corteza y su aceite destilado, el cual cesó cuando habiéndose hecho los holandeses dueños de Ceilán compraron al rey de Cochín el derecho de destruir todos los caneleros para dar más valor a los de Ceilán."

(Continúa en la página XVI.)

(1) *Ibidem*, pág. 77.

(2) *Ibidem*, pág. 73.

LINFADENITIS AGUDA

La linfadenitis aguda en los niños, no obstante ser un estado frecuente, y a veces peligroso, puede tratarse a menudo satisfactoriamente, sin necesidad de operar. Además de la hiperemia pasiva y el yodo, la aplicación constante del calor húmedo es un procedimiento esencial, sin ocurrir periodos alternantes de calor y frío.

La **Antiphlogistine** resulta ser uno de los mejores métodos para la aplicación del calor húmedo continuo. Esparcir una capa gruesa y caliente sobre toda la zona afectada es un tratamiento que resulta a menudo en la reducción de la linfadenitis en muy poco tiempo.

SOLICITE MUESTRA Y LITERATURA

THE DENVER CHEMICAL Mfg. Co., 163 VARICK St., NUEVA YORK, E. U. A.

AGENTES EXCLUSIVOS DE VENTA PARA TODA ESPAÑA:

HIJOS DEL Dr. ANDREU, CALLE DE FOLGAROLAS, 17, BARCELONA

[La Antiphlogistine se fabrica en España

ANTIPHLOGISTINE

CESTONA AGUA Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)
GUIPUZCOA (cerca de San Sebastián)

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Unicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del

HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, ETC., ETC.

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

TEMPORADA OFICIAL: DE 15 DE JUNIO A 30 DE SEPTIEMBRE

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

Pídanse noticias directamente a CESTONA (Guipúzcoa)



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

EXPECTORANTE al mismo tiempo que SEDANTE
en todas las afecciones de los órganos respiratorios

IPECOPAN

SANDOZ

Se puede prescribir sin receta especial de estupefacientes (R. O. núm. 792, del 20 de julio de 1929)

EL POLVO DE DOVER EN FORMA PERFECCIONADA

COMPRIMIDOS MALTEADOS

G T A S

Calma la tos irritativa

Fluidifica las secreciones bronquiales

Facilita la expectoración

No ofrece peligro alguno de habituación

(por actuar la emetina como válvula de seguridad
en caso de haber administrado dosis abusivas)

Muy bien tolerado por los niños y adultos

PRODUCTOS FARMACEUTICOS SANDOZ, BASILEA (Suiza)

OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA

Apartado núm. 880.

BARCELONA

Plaza Cataluña, 9.

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).

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 CARDENAL Y PUJALS
Vice-Rector de la Universidad Central. De la Facultad de Madrid. Académico C. de Madrid en 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. GARCÍA 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 Ciempozuelos.

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. TEOFILO 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. 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. 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 (Ciempozuelos). 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 VILLAVARDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuro-siquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.

Vocal consultor jurídico: Dr. José M.^a Cortezo 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: 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. }

EL SIGLO MEDICO

Tomo 93

:-

Sábado 17 de Marzo de 1934

:-

Núm. 4188

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: Los enemigos de la Humanidad, por el Dr. F. Murillo y Palacios.—Las variaciones cíclicas de la fecundidad femenina (conclusión), por el Dr. Jaime de Hontoria.—Sesiones clínicas: Servicio de clínica médica y ginecológica del Prof. Codina Castellví.—Periódicos médicos.

LOS ENEMIGOS DE LA HUMANIDAD

(AL MARGEN DE UN BORRADOR)

POR EL

Dr. F. MURILLO

Ex Director general de Sanidad. Académico de la Nacional de Medicina.

La Academia prusiana de Ciencias había señalado la fecha de 28 de abril de 1932 para que el profesor Max Rubner desarrollara en el acto una conferencia, cuyo título era el mismo del epígrafe (1) que encabeza las presentes líneas. Desgraciadamente, la víspera del acontecimiento falleció el autor, víctima de breve enfermedad, no sin antes manifestar el deseo de que en la sesión anunciada se diera lectura del borrador—más bien guión—que había ya trazado para su discurso.

Fué Rubner un investigador de cuerpo entero, que a su mucha sabiduría supo unir tal seriedad en sus trabajos, tanta ponderación en sus juicios y tanto acierto en sus difíciles investigaciones, que ocupaba lugar predilecto en el cenáculo de figuras científicas que el ánimo de los estudiosos acendrados forja para venerarlas en el rincón de las intimidades espirituales. Por eso he procurado conocer su borrador, y aunque en él no hay problemas técnicamente nuevos, tiene el encanto de la sencillez, el valor de la experiencia depurada y el peso señorial de una mentalidad serena y luminosa, que en breves frases condensa la trágica historia de los males humanos, antiguos y modernos. El nombre de Rubner es bien conocido de los médicos por sus descubrimientos y trabajos en materias que abarcan la fisiología y la higiene. De ambas disciplinas fué catedrático, cosa rara en Alemania, donde la polivalencia de nuestras Facultades e Institutos es vicio desconocido. Fué necesario que sus geniales investigaciones sobre nutrición y metabolismo tuvieran fondo común de higiene y fisiología, para que Rubner, que empezó de profesor de la primera en Magburg y en Berlín (al fallecimiento de Koch), acabara de profesor de fisiología en esta última Universidad. Muy acertadamente, por cierto.

(1) "Die Feinde der Menschheit.—Sitzungsberichten der preussischen Akademie der Wissenschaft. Sonderausgabe."

El era el autor de la doctrina del recambio nutritivo y de la nutrición en la forma que hoy mismo impera, establecida sobre el principio de la isodinamia de las sustancias alimenticias, cuyo valor estriba, se mide y calcula por su contenido en calorías. La doctrina de las calorías, que hoy prevalece en el mundo entero, para la determinación de la ración alimenticia de sanos y enfermos, constituye un descubrimiento fundamental de Rubner, que le acredita, a la par, de fisiólogo eminente y sabio higienista. En el mismo sentido fluyeron otros importantes trabajos suyos: Utilización de los alimentos; Calorimetría animal, estudiada en el calorímetro de su invención; Valor biológico distinto de las albúminas; Regulación del calor, con la distinción que él halló de regulación física y química: todos trascendentales como doctrina, y prácticos por sus aplicaciones, incluso los dedicados al estudio de la indumentaria (*Bekleidungsfragen*), donde por primera vez se establecen métodos para el examen de telas y formas del vestido.

La somera indicación que precede justifica la promiscuidad de Rubner en sus actividades docentes, y a mí me exculpa de traer a la luz de EL SIGLO MEDICO las palabras póstumas, impensadamente póstumas, de un gran maestro de la ciencia contemporánea.

Volvamos ahora al borrador, para dar idea de su contenido, por más que mi propósito es destacar algunos pensamientos que al final lanza el autor, y que son confirmación valiosa de algo que yo he tratado de exponer y divulgar en otra parte.

Comienza, negando que la Humanidad haya disfrutado nunca de una "Edad de Oro". ¡Adiós ilusiones! Qué desencanto para los que, como yo, se recrean desde luengos años con la prosa inefable del discurso de Don Quijote a los cabreros: "Dichosa edad y siglos dichosos aquellos...", etc. Me consuelo pensando que Rubner se refiere al hallazgo de lesiones patológicas en restos humanos prehistóricos: le-

siones articulares, gota, tuberculosis, raquitismo, sífilis; y en diversas momias, procesos vasculares y pulmonares, peste y bilharziosis, a lo cual puedo yo añadir que un mi amigo, ya fenecido, el Dr. Ruffer, suizo al servicio de la Sanidad inglesa en Egipto, publicó, hace más de veinte años, varias monografías sobre este tema, dos de las cuales tuvo la bondad de remitirme: una, dando a conocer con preparaciones histológicas, la existencia de señales evidentes de viruela en momias de la más remota antigüedad egipcia, y otra, demostrando las lesiones de la acondroplasia en los enanos y bufones de las cortes faraónicas.

Desvanecida la ilusión de una Edad de Oro, prosigue el autor: "A partir de los primeros siglos de nuestra era, y desde luego, antes también, sufrieron los pueblos con frecuencia la terrible calamidad del hambre. En Alemania, del 795 al 1187, se presentó este azote once veces: en la del año 1125 murió la mitad de la población, y en la de 1178, los vivos se comían a los muertos. Más tarde, entre 1709 y 1789, ocurrieron otros cuatro años de hambre: sólo en Sajonia murieron 150.000 hombres. Inglaterra ha sido más afortunada: padeció hambre general en 1312 y 1320, y, últimamente, en 1586. Polonia, más de una vez, y Rusia hasta en nuestros días, soportaron grandes estragos por la misma causa. Los países de arroz no han salido mejor librados que los trigueros: antes y ahora sufren años de escasez, carestía y hambre.

"La segunda de las calamidades que más han afligido a los pueblos y más obstáculos han puesto a su evolución ascendente está representada por las pestes o grandes pandemias, cuya causa permaneció desconocida hasta nuestros días; y claro es que, sin el conocimiento etiológico, las medidas de defensa no podían ser eficaces. En la antigüedad, las principales pestes precedían, acompañaban o seguían muchas veces al flagelo del hambre. Eran: el tifus, comprendiendo en esta denominación el abdominal, el exantemático y el recurrente; la viruela, la peste bubónica y el fuego sacro. Este último reinó hasta el siglo XVIII, y sobrevenía, principalmente, en los años húmedos. Su causa hay que achacarla al atraso prolongado en la técnica de la preparación y limpieza de los cereales. El agente causal procede del cornezuelo de centeno, y es la *secacornina*, veneno elaborado por dicho hongo.

"Epidemias de peste existieron trescientos años antes de Jesucristo en Lidia, Siria y Egipto; otras, también muy antiguas (251-256), tuvieron origen en este último país. En el siglo VI dejó memoria para

siempre la *peste de Justiniano*. Surgió precedida de una ráfaga famélica, tanto que la gente, según narra Procopio, comía hierba para mitigar los dolores del hambre. La peste Justiniana partió de Egipto el año 542, duró medio siglo, recorrió todos los dominios del Imperio romano y, a lo largo del Rin, llegó hasta Maguncia. Provincias enteras quedaron desoladas, y muchas aldeas desaparecieron convertidas en sepulcro de sus habitantes. Grave, igualmente, fué la pandemia de *peste negra* del siglo XIV. Corrían tiempos políticos muy movidos; por todas partes, guerras, luchas y escasez de bastimentos. La enfermedad vino

de China, donde el hambre y las inundaciones, a la vez que la sequía en la India, ocasionaban millones de víctimas. Llegó al sur de Europa el año 1346, invadió España y Francia en 1347, Florencia en 1348, Holanda e Inglaterra en 1349, y de aquí Alemania, y, por fin, Rusia. Entre 1340 y 1350 pereció la mitad de la población europea: más de 200.000 villas y aldeas quedaron asoladas, y sus cadáveres, insepultos. Aunque la plaga dióse por terminada en

1360, brotaron fuertes chispazos hasta 1560. La peste persiste todavía en las costas mediterráneas, Africa y China, pero ya no es una amenaza peligrosa. Hemos aprendido a combatirla; sabemos que la rata es el principal vehículo, por intermedio de las pulgas, y que de éstas, no todas emigran con igual facilidad al hombre.

"Se comprende bien que durante la guerra de los Treinta Años, y particularmente en tiempo de las largas guerras de sucesión de España, la movilidad de los ejércitos y de la población civil favoreciera la suciedad, el descuido y la miseria, campo abonado para la pululación del piojo, transmisor del tifus exantemático.

"Inmensos males ha ocasionado a la Humanidad la *viruela negra*. Conocida en China desde los más remotos tiempos, y difundida, durante el siglo X, por todo el mundo antiguo, ocupa entre las plagas un lugar apenas inferior al de la peste. Su mortalidad es de 42 por 100, y entre los curados, deja el 6 por 100 de ciegos y el 9 por 100 de sordos. Gracias al descubrimiento de la vacuna (Jenner, 1796), ha perdido ya toda su importancia.

"Merecen mención otras dos enfermedades, lepra y sífilis, aunque ninguna de ellas haya alcanzado la condición catastrófica de las anteriormente nombradas. La *lepra*, prevaleció, bastante extendida, en Alemania, donde hubo que construir numerosas leproserías, que han sido las precursoras de los hospitales

Avance de sumario para el número siguiente

(24 de marzo de 1934)

DR. MANUEL BALCÁZAR RUBIO: Consideraciones acerca de un caso interesante de dextrocardia con heterotaxia.

DRES. BALDOMERO y ANGEL CASTRESANA: Tratamiento del pterigion por la electrocoagulación.

DR. MARÍN AMAT: Algunas consideraciones sobre la patología y la terapéutica del pterigion.

DR. B. PÉREZ MORENO: Con motivo de un caso de fisura del velo del paladar en un débil congénito hipoalimentado y tuberculoso pulmonar.

Sesiones clínicas.

Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

propriadamente dichos. Es un proceso crónico, que, tanto en la forma tuberosa como en la anatómica, perdura ocho, diez y más años. Se difundió enormemente en el siglo XIII. Los leprosos fueron eliminados de la sociedad, obligándoles a la separación, al internamiento o a dejarse marcar con señales visibles denigrantes. A lo largo de los siglos XII y XIII, el número de las leproserías existentes en la cristiandad llegó a 19.000. La lepra es, marcadamente, una enfermedad de la incultura; con el mejoramiento de la vida proletaria retrocede visiblemente."

Celebro mucho la opinión de Rubner, que califica la lepra de enfermedad de la *incultura*, y traslado este calificativo a ciertas regiones españolas que la conservan hoy como ayer, en alguna de las cuales, a pesar de darle el dinero y todas las facilidades precisas, no pude lograr, durante mi regencia sanitaria, la construcción de una leprosería de moderno estilo. Parece ser que, en el fondo, latía un romanticismo histórico... Por lo visto, también la inmundicia tiene su romanticismo.

"La sífilis existió muy generalizada en la antigüedad en los países germánicos, particularmente desde 1490. El final de este recrudecimiento tuvo lugar hacia 1520.

"De la asistencia médica en las pandemias, nada podía esperarse, y del auxilio de la higiene, únicamente la separación de los enfermos, apartándolos de los sanos. No faltaron, sin embargo, en aquellos tiempos tentativas y medidas en favor de la sanidad pública, adecuadas a las características especiales de cada pueblo. Así, los egipcios, frente a la preponderancia de las afecciones intestinales, prestaron la mayor atención al aseo y al cuidado de los materiales alimenticios; los griegos, al desarrollo fuerte y armónico del cuerpo, y los romanos, sin descuidar esta base física, llevaron sus iniciativas a la higiene urbana con ordenanzas sobre construcción de edificios, limpieza de las calles, provisión de aguas, sistemas de acueductos y cloacas, etc., etc.

"Totalmente cambiaron las cosas en la Edad Media. Ciudades estrechas, aprisionadas entre fuertes murallas; casas y patios sucios; falta de canalizaciones para agua y basuras; balneación olvidada; hacinamiento; trabajo domiciliario en toda clase de oficios; contaminación de los pozos de agua potable por filtraciones de los pozos negros. En los barrios extremos vivían amontonados los indigentes, los mendigos, los desheredados, los ciegos, los tullidos, los luéticos, los maleantes, los tocados de locura y los asociales, todos tan mal vestidos como peor alimentados. De tales focos hediondos salían ordinariamente las epidemias. Las costumbres de la Edad Media eran extrañas: hasta fines del siglo XVI no entró en uso corriente la camisa de dormir, y aun después, unos se acostaban con camisa de noche y otros con la del día. Las grandes y prolongadas pandemias eran motivo de cambios constantes de la propiedad privada. Aparecían, casi repentinamente, millares de nuevos ricos, que de ninguna forma querían volver a tra-

bajar. Cesaba el orden en las ciudades, los caminos y vías públicas yacían en el abandono, gran parte del campo barbechaba inculto por falta de brazos. Poco a poco fueron adoptándose medidas sanitarias para el tráfico y la circulación, que cerraban puertas a la libre marcha de las epidemias. Hacia la época de Federico el Grande volvió a resurgir la afición al aseo personal, y por entonces salieron de los talleres textiles las telas ligeras, que permitieron adoptar el uso regular de las ropas de verano. El acontecimiento sanitario más notable que vino a cerrar este período fué la introducción de la vacuna antivariólica."

Como puede apreciarse, en las líneas anteriores, Rubner se limita a rememorar las calamidades extraordinarias y verdaderamente catastróficas que impidieron el desarrollo pujante de los diversos pueblos en largos siglos anteriores y posteriores a la era cristiana. Hay libros enteros consagrados a la materia, donde, con detalles impresionantes, se señalan y describen los sucesos que el autor sintetiza en breves frases, considerando, sin duda, que había de dirigirse a un auditorio extraordinariamente ilustrado. Y, ciertamente, bastan para evocarlas y sugerir que, si en aquellas civilizaciones—asiria, hebreas, egipcia, griega, romana—, brillaron ciencias como la matemática y la física y refulgieron artes como la escultura y las bellas letras, la medicina fué poco afortunada en lo que atañe a la prevención de las enfermedades, dicho sea con todo respeto y homenaje a la obra *De aires, aguas y lugares*, de nuestro padre Hipócrates, y a la figura, más modesta, del insigne Vitruvio.

Epoca moderna.—La limita el autor al período de 1800 a 1914, considerándolo como *siglo feliz*, durante el cual crece el bienestar de Europa, alumbraba una nueva cultura y reinan mejores condiciones de vida, al paso que las enfermedades disminuyen progresivamente. Sólo los dos primeros decenios, a contar desde 1800, pertenecen esencialmente al período anterior, con los desastres de las guerras napoleónicas. Recuerda el influjo renovador de Liebig en el terreno de la química agrícola, gracias a cuyo sistema de abonos se obtuvo un aumento de 50 a 75 por 100 en las cosechas, a pesar de la escasez de brazos por la emigración a las urbes. "Alemania—añade—ha conocido desde entonces años de malas cosechas, pero ninguno de hambre; al contrario de lo acaecido en el este europeo y en Asia. 7.500.000 personas murieron famélicas en la India durante el año 1867; 300.000, al norte del mismo país, en 1876; 1 1/4 por 100 de la población de Persia, de 1870 al 73, y en China, de cuatro a seis millones durante el bienio 1876-1877.

"De las grandes pandemias, la peste asoma en Europa contadas veces y en forma de pequeños brotes, que invaden el sur de Rusia y Turquía. La India, en cambio, año más, año menos, en todos ellos soporta epidemias locales. Un foco pequeño, de origen exótico, hubo en Noga (Italia) el año 1841; mayores fueron la extensión y los estragos de las pes-

ZINOSAL

JUSTE

Colirio a base de sulfato de zinc químicamente puro
Instilación indolora. Aplicación cómoda. Conservación aséptica

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

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



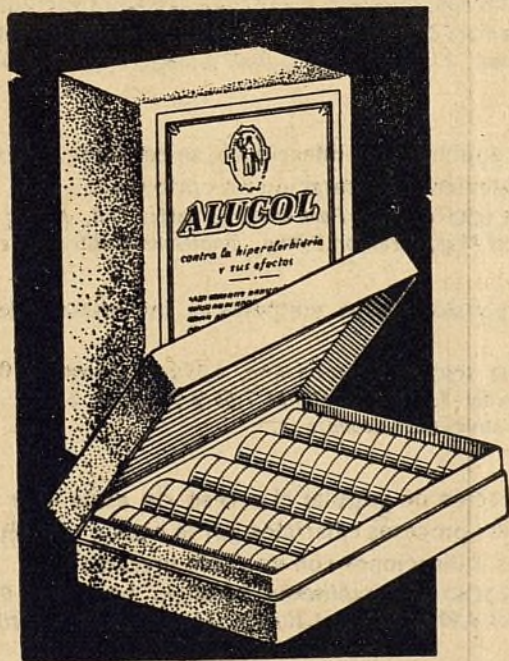
Las indicaciones del Sulfato de Zinc, el ZINOSAL las mejora.

Muestras y literatura al

DEPARTAMENTO MEDICO DEL

LABORATORIO JUSTE - Apartado 9.030 - Madrid

Francisco Navacerrada, 3, hotel. - Teléfono 55386



ALUCOL

Hidrato de aluminio coloidal
 reduce la hiperclorhidria por
 fijación y eliminación de Hcl.

Suprime las manifestaciones
 dolorosas de los estados hi-
 perclorhídricos; acidez, ardo-
 res, etc.

Indicado en el tratamiento de
 la úlcera, de los espasmos y
 vértigos dispépsicos.

En tabletas y en polvo.

Dr. A. WANDER S. A., Berna (Suiza)

ALUCOL WANDER

Muestras y literatura: José Balari Marco, Bailén, 95-97.—Barcelona.

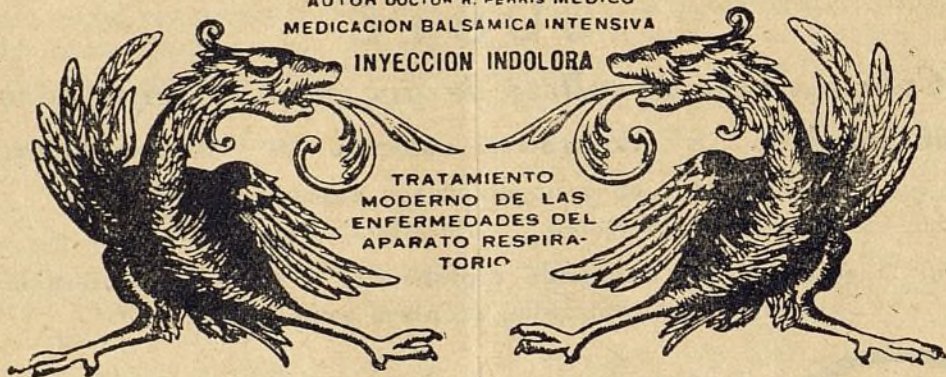
Ayuntamiento de Madrid

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

1

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

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

2

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

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

Neyol n.º 3

Niños

3

En los procesos broncopulmonares infecciosos, se consigue realizar una antisepsia 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 Niaul, 20,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Trioleinas eterificadas, c. s.

Neyol n.º 4

Procesos agudos

4

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

5

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

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

tes en Astrakán (1874) y Hong-Kong (1896). Conocida su etiología, los esfuerzos de la profilaxis moderna se concentran en la destrucción de las ratas, sobre todo las que infestan los barcos.

"Otra pandemia, de la que antes he hecho simple mención, es el tifus exantemático, que surge en todas las guerras, y fué, indudablemente, el enemigo que destruyó los ejércitos napoleónicos. Una importante manifestación epidémica del mismo en la población civil tuvo lugar en Silesia, los años 1846 a 1848, y varias castrenses graves ocurrieron en 1854, durante el sitio de Sebastopol, y después, en el curso de las guerras balcánicas. Desde 1914 ha perdido la gravedad epidémica que le caracterizaba. Vehiculizado por el piojo de las ropas, la desinfección de éstas, al vapor fluente, inutiliza y suprime el contagio."

Al llegar al punto de la célebre epidemia de Silesia, es muy probable que Rubner hubiera invocado la visita de inspección que por orden del Gobierno prusiano realizó Virchow, el gran Virchow, que, joven todavía, pugnaba innovador en el elenco de la ciencia alemana. Su informe terminaba de una manera tan sorprendente que es lástima no haya podido comentarlo Rubner, como antes lo criticaron y glorificaron otros higienistas, Behring entre ellos. Decía Virchow, empleando un lenguaje nuevo en la higiene, a cuyo léxico él llevaba su espíritu liberal (tan liberal que, años más tarde, llegó a ser el jefe de la minoría *Freisinnige* del Reichstag), que la epidemia de Silesia y todas las análogas tienen su origen en la miseria del pueblo y la incultura de las masas, y proponía, como remedio heroico, *leyes liberales* y mejoramiento de las condiciones de vida del proletariado. Huelga añadir que la epidemia desapareció sin leyes liberales ni mejoras de fondo social; y, recordando que, medio siglo después, nuestro Cortezo reconoció en el *pediculus* el vector del contagio, con la natural consecuencia de que para evitar la infección basta impedir el parasitismo—simbiosis de hombre y piojo—, es lógico deducir que las epidemias se combaten a base de la etiología, a base del conocimiento de las causas patógenas y de medios para evitarlas o destruirlas. Sobre esto, la libertad, la cultura y el bienestar social serán miel sobre hojuelas, pero no constituyen remedios específicos de las infecciones, individuales ni colectivas. Claro que, donde hay cultura y bienestar, no suelen existir piojos. Así hube de sostenerlo en la última *Conferencia sanitaria de París* (1926), con motivo de la proposición que presenté, en nombre de España, pidiendo la aplicación del despiojamiento en las fronteras de los países afectados de tifus exantemático; y es lo cierto que, puesta a votación, votaron a nuestro favor Inglaterra, Francia, Bélgica, Holanda, Suiza, Estados Unidos, etc. y en contra (y ganaron la partida), Rusia, Turquía, Yugoslavia, Bulgaria, Siria, Grecia, Letonia, etc., etc.

Cierra Rubner la época moderna con un apuntamiento de las epidemias de cólera habidas en Alema-

nia: la primera en 1831, y la última en 1892. Interesante por todos conceptos hubieran sido sus juicios acerca de la epidemiología del morbo asiático, y ya que no pueda suplirle, tampoco puedo olvidar que en el mes de ahora—febrero—se cumple el *L Aniversario* del descubrimiento del *vibrio* o *bacillus virgula*—hoy, *Spirillum Cholerae Asiaticæ*—, suceso demasiado glorioso para omitido en estas apostillas.

La epidemia de cólera que invadió a Europa en 1865 vino desde Egipto, razón por la cual, ante la nueva epidemia aparecida en el mismo país el año 1883, los Gobiernos de Francia y Alemania destacaron sendas Comisiones con objeto de estudiarla y proponer las defensas posibles contra su difusión. La alemana, integrada por Koch, Gaffky y Fischer, bacteriólogos, y Treskow, químico, recaló en Alejandría, en cuyo Hospital griego comenzó sus trabajos, no muy a gusto por las condiciones desfavorables del local. Avanzado el otoño, y en sus postrimerías del brote egipcio, los alemanes se trasladaron a la India, no sin antes visitar las estaciones cuarentenarias del Mar Rojo, donde, prácticamente, pudieron apreciar los procedimientos bárbaros de desinfección que entonces prevalecían. Finalmente, el 2 de febrero de 1884 anunciaba Koch al Gobierno alemán el descubrimiento del famoso *virgula*, cuya esquila de defunción, si no me engaña mi acentuada miopía, pareceme atisbar escrita en los fastos de la higiene europea. Quiero significar con esto que el enemigo, atrincherado en el Ganges, podrá irrumpir en los países colindantes, y aun asaltar las fronteras de los lejanos rezagados, pero ha dejado de ser un peligro para los pueblos celosos de la salud pública, que en diferentes ocasiones dieron pruebas de saber defenderla. Y esto es lo maravilloso: que en cincuenta años, y a base del conocimiento biológico del agente causal, se hayan podido dominar los estragos de un azote que era el terror del mundo. Del cólera, de su patogenia, etiología, tratamiento y prevención no se sabía nada antes de Koch, como no fueran unas cuantas hipótesis fantásticas y absurdas. Frente a ellas es ineludible recordar aquella *Conferencia del cólera* (1), reunida en Berlín, porque sólo estudiándola se llega a penetrar la doctrina de Koch, a comprender su sistema profiláctico y a admirar la clarividencia, la originalidad y la lógica de sus deducciones, que, al fin, lograron vencer las dudas de los congregados, entre los cuales figuraban sabios eminentes de la talla de Virchow y Pettenkoffer. La obra no ha menester de encomios, y ahí está el resultado: el cólera pandémico, recluso en el Ganges, prisionero de las defensas marítimas y terrestres que lo circundan, hasta que la India se decida a sacudir el nirvana que la adormece y acometer la empresa, fácil hoy, de ahogarlo en su cuna.

(1) "Conferenz zur Eroerterung der Cholerafrage, 1885". De esta conferencia, en relación con las doctrinas de Koch y Pettenkoffer, me ocupé yo hace años en EL SIGLO MEDICO.

Koch no se limitó a la demostración de la causa viva, sino que fué el creador de toda la profilaxia anticolérica, precisa y segura como pocas. Si algo le faltaba, si algún complemento podía avalorarla y realzarla, era la prevención específica, individual y colectiva, y este complemento vino a dárselo un español, Ferrán, con el descubrimiento de la vacuna anticolérica, que lustros después había de tener confirmación definitiva en la guerra mundial.

Tema simpático y sugestivo este de la lucha contra el cólera, no acabaría nunca. Citaré dos recuerdos: En 1912 formé parte, con Gaffky, Pottevin y el delegado holandés, de la Comisión nombrada por el *Office International d'Hygiène Public*, para redactar la pauta general defensiva contra el cólera, pauta que continúa en vigor y ha sido aceptada (a veces impuesta) por todas las administraciones y servicios sanitarios. Séame permitido evocar aquí la última epidemia de cólera ocurrida en España. Fué la de Vendrell (Tarragona) el año 1911. Algún día, si me es posible, probaré a describirla, acuciado como estoy por una frase que en mi presencia vertió, suavemente, D. Carlos Cortezo: "No se ha dado a conocer bastante la epidemia de Vendrell."

Entremos ahora en la última parte del borrador de Rubner. Luego de afirmar que la Higiene experimental comenzó en Alemania el año 1860, y que desde dicha fecha la mortalidad disminuye constantemente, examina la *época actual* y pasa revista a los enemigos que la ensombrecen, empezando por las *grandes urbes*. "Los motivos—afirma—de la atracción que ejercen las ciudades sobre la gente rural están en las mayores facilidades de hallar trabajo, en la elevación de los salarios y en las grandes comodidades e instituciones benéficas que en ellas existen. Los inmigrantes obtienen en los centros populosos ventajas que no les cuestan nada. Con el sistema moderno de impuestos progresivos, las cargas recaen sobre sectores altos, que son los que sostienen el mecanismo de la vida culta, sectores que van siendo cada vez menos densos, hasta que un día acaben por hundirse." Condena la contradicción entre las Ordenanzas de vías y obras y la realidad vista y tolerada, particularmente en los barrios obreros, así como los defectos imperdonables de edificios y habitaciones, "nidos y focos de donde surgen las infecciones y que no son menos peligrosos que antaño".

"Otro mal importante, por su excesiva generalización, es el derroche del salario obrero, en lujo para las mujeres y en alcohol y tabaco para los hombres. La clase media se esfuerza en conservar su nivel aparente de holgura, y ahorra en comida lo que invierte en gastos superfluos. De aquí a la subnutrición y a la depauperación orgánica no hay más que un paso corto.

"Los Seguros sociales y la organización de la asistencia adolecen de *graves inconvenientes* y ocasionan *profundos daños*. Entre los argumentos aducidos para justificar el Seguro de enfermedad, figu-

raba el de que, merced a él, los asegurados (una gran masa nacional) adquirirían la educación higiénica que tanta falta hace. En realidad, no hay nada, absolutamente nada, de ganancia por este lado. Al contrario, se puede demostrar que el funcionamiento del Seguro de enfermedad da pábulo a muy graves abusos; y es de notar que, mientras el estado sanitario de la nación progresa día por día, el número de enfermos en tratamiento crece, igualmente, cada vez más. Es fácil estimar, por cálculo aproximado, que la cifra de enfermos es *más de tres veces* ($3\frac{1}{3}$) superior a la que corresponde al estado sanitario actual de la nación. Permanece inactiva y anulada, por parte del asegurado, la voluntad de defender su salud, y por parte de la familia, la de reaccionar en defensa de su propio bien. De aquí proviene el despilfarro inaudito de los caudales de las Cajas."

Con relación a los Seguros, ya la gente va cayendo en la cuenta de que no es oro todo lo que reluce, y de que, a veces, una idea magnífica y bien fundada trae consecuencias imprevistas y desastrosas. En EL SIGLO MÉDICO (II-III-1933) he manifestado mi opinión sobre este particular. La de Rubner no puede ser más terminante: incluye los Seguros sociales entre los enemigos de la humanidad contemporánea, por los abusos que engendran y por la degeneración moral que provocan. Sostiene en firme que no han tenido cumplimiento las esperanzas y promesas de cultura sanitaria popular propaladas por sus definidores y partidarios, y esgrime el terrible argumento de la enfermería triplicada, a compás de la mejor asistencia y menor mortalidad. Vale la pena de fijarse en ello. Bien está el humanitarismo, bien los sentimientos nobles en favor de los desheredados, pero labrar la ruina del país, fomentar la degradación del pueblo y captar la acción del proletariado a cambio de la corrupción administrativa del Seguro, eso no entra, ni puede entrar, en los cálculos de ningún reformador (sociólogos, médicos, economistas, etc.) honrado y patriota. Alemania procede ahora, a toda prisa, a la reorganización del tinglado vicioso de los Seguros sociales.

No menos acertado es el juicio que emite Rubner acerca de lo que yo llamaría *fabricación en serie de talentos* o *cultivo de calabazas en secano*. "Error grande—anota—es considerar que basta abrir las puertas universitarias a los hijos de los pobres para recoger cosecha extraordinaria de talentos. En algunas ciudades, hanse apresurado a crear escuelas populares para los alumnos mejor dotados, que verdaderamente no son más que centros de adiestramiento y selección de muchachos sobresalientes por su memoria y su verbosidad, y por la presteza que ponen en devolver lo que ingieren. Hombres de altas cualidades y legítimos talentos, no han sido nunca fruto de escuelas y colegios: son fruto de la herencia. La clase media es la que produce mayor contingente de hombres superiores. Los talentos, sea cualquiera su procedencia, saben abrirse camino por sí mismos. La fábula vulgar que admite la existencia de numerosos talentos ocul-

tos ocasiona perjuicios, entre ellos las disposiciones encaminadas a facilitar el ingreso en las Universidades, de donde resulta la creación de un proletariado académico inútil. *La educación dirigida a la formación del carácter y de la conciencia del deber es, para el Estado, mucho más importante que el baño de sabiduría.* Esta frase final, que yo me he permitido subrayar, encierra una gran verdad de positiva trascendencia, digna de inscribirse en las paredes de todos los Centros docentes. El mito de los talentos a granel, por simple inmersión en las doradas aulas, procede de la ignorancia en cuestiones biológicas. Me guardaré de referirla al vulgo—sería injusticia—; aludo a los sectores ilustrados, y me fijo singularmente en el punto concreto de la doctrina de la herencia, que, a pesar de sus reconditeces y de sus incógnitas indescifradas, cuenta con bases de sólida garantía experimental. Aun sin apelar a ellas, la experiencia secular dice que *lo que natura no da, Salamanca no presta*, o sea, que los talentos nacen, pero no se fabrican, y las escuelas alcanzan, cuando más, a perfeccionarlos, ampliarlos y pulirlos. La hipótesis de Lamarck feneció, tiempo ha, bajo el peso aplastante de los estudios de Weismann.

Para terminar, apunta Rubner “la más nueva y peor de las plagas que afligen al pueblo alemán: *la limitación de la natalidad*”, que califica de “tumba de la nación, y no menos temible que las antiguas de peste y hambre”. “Las naciones perecen únicamente por la restricción de nacimientos en las capas sociales superiores, habida cuenta de que los altos valores no brotan desordenadamente y a capricho. Lo bueno nace de lo bueno, y lo noble de lo noble. El sistema de los dos hijos (*Zweikindersystem*) acarrea inmensas pérdidas al acervo de las inteligencias. Si antes hubiera prevalecido, no habrían venido al mundo Federico el Grande, ni Kant, ni Lessing, ni Bismarck. Particularmente desventajoso es el retroceso de la clase media ante las nuevas remociones sociales, porque ello ocasiona pérdida considerable de proles inteligentes. Los talentos y los altos valores humanos constituyen el material indispensable para el progreso y el afianzamiento de las naciones. La tragedia de un pueblo no está solamente en las pérdidas que pestes, guerras y hambres traen aparejadas, sino en la reducción o el agotamiento del excedente de natalidad de las estirpes sanas.”

He ahí la que podríamos llamar última cláusula testamentaria de Rubner, y acaso también, último destello de su poderoso entendimiento. Renuncio a comentarla, porque mi apostilla a sus doloridas afirmaciones sería una variación de lo que ya en otra parte (*Acción Española*, núm. 44, y *EL SIGLO MÉDICO*, número 4.184) tengo expuesto sobre el fundamento biológico de la política racista. A lo que no debo renunciar es a poner de relieve, para terminar, la contradicción descarada existe entre los postulados del malthusianismo y la experiencia mundial de nuestros días.

Por ser el aumento de población más rápido—pro-

gresión geométrica—que el de los frutos que la sustentan—progresión aritmética—, Malthus y sus corifeos proclaman la necesidad de las prácticas anticoncepcionistas. Aparte de la inmoralidad del sistema, condenado por la fisiología, la ética y la etnología; aparte de las perversiones y los males que suscita, estamos presenciando hoy resultados opuestos a las profecías de Malthus. Autoridades acreditadas en materia de economía social coinciden en la apreciación de que la crisis que tanto perturba a las naciones con sus muchedumbres de parados, obedece a la *superproducción* agrícola e industrial, demostrada por el hecho vil y execrable de arrojar al mar cargamentos enteros de trigo y de otros cereales y legumbres; de quemar millones de sacos de café; de destruir, en España mismo, miles de toneladas de ricas patatas, y de imponer oficialmente la limitación del cultivo del arroz, fundándola en los excedentes de cosecha. Es decir, crudamente: guerra de exterminio a los frutos; antes destruirlos que consentir su entrega semidepreciada a los pueblos famélicos. No es, pues, la falta de subsistencias el origen de los delirios malthusianos. Es falta de humanidad, es la negación materialista de aquellos impulsos que más ennoblecen el alma y más alto elevan el rango de la conciencia.

Las variaciones cíclicas de la fecundidad femenina

POR EL

Dr. JAIME DE ONTORIA

(Conclusión)

Las conclusiones con que terminábamos el anterior artículo, que parecían decisivas, ya que se fundaban en centenares de observaciones, han sido, sin embargo, discutidas por Ogino, que las acusa de falta de precisión en la anamnesis del ritmo menstrual y en el establecimiento probable de la fecha de la concepción.

Y, efectivamente, si se las somete a un examen severo, como ha hecho Holt, se comprueban muchas faltas de método capaces de falsear completamente los resultados obtenidos. Los antecedentes menstruales no han sido recogidos cuidadosamente, habiéndose contentado con interrogar a todas las mujeres encinta que se presentaban en la clínica y registrar sus respuestas, sin tratar de comprobar la veracidad de sus asertos. Casi la mitad de estas mujeres eran solteras, y un buen número de las casadas debían su embarazo a relaciones extraconyugales. Para la fecha probable de la concepción se han reducido a registrar los días de permiso del compañero, los cuales variaban entre tres y nueve. Trátase, en suma, de un método lleno de incertidumbres, ya que se funda únicamente sobre recuerdos forzosamente imprecisos y con frecuencia intencionadamente alterados. Nurnberger mismo conviene en que sería mucho más útil reunir las observaciones de mujeres fecundas que no han concebido, a pesar de los coitos practicados a fecha fija. Estas son precisamente las observaciones que aporta Ogino, y con ellas un argumento de primer orden en favor de su tesis sobre la fecundidad circunscrita de la mujer en el curso del ciclo.

Puede concluirse de todo lo que precede que la teoría clásica de la aptitud constante para la fecundación está muy lejos de ser completamente satisfactoria: los argumentos sobre los que se fundan son, por una parte, del dominio de la hipótesis y, por otra, constituyen las posibles interpretaciones de hechos objetivos aparecidos de una manera dispersa y cuyas relaciones son oscuras. El argumento principal deducido de la observación clínica resulta por completo inaceptable. Por lo tanto, la observación clínica debe ser, en un último resultado, la que nos dé la solución de este problema, no carente, ni mucho menos, de interés práctico. Si muestra que la fecundidad femenina presenta variaciones temporales precisas, será necesario que las teorías fisiológicas de la reproducción se adapten y evolucionen en función de esta premisa.

En su trabajo fundamental, ilustra Ogino su teoría con algunas observaciones minuciosas efectuadas en el curso de intervenciones operatorias, relativas al momento de la ovulación y sobre las nociones generalmente admitidas con motivo de la viabilidad de los gametos macho y hembra. Puesto que la ovulación se produce siempre entre el décimosegundo y el décimosexto día antes de la menstruación siguiente, deduce que la fecundación no podrá producirse más que durante este período o durante los tres días precedentes considerados como término medio de la viabilidad del espermatozoide. Para cada ciclo, sea cual fuere su longitud, el período fértil no comprende más que ocho días, que se escalonan del décimosegundo al decimonoveno día antes de las reglas, restando siempre once días estériles premenstruales, y por el otro extremo un número variable de días según la duración del ciclo.

En apoyo de estas afirmaciones presenta Ogino dos series de hechos observados en su práctica: nueve casos de mujeres fecundadas con ciclo menstrual estrictamente determinado, en las cuales los coitos practicados a fecha conocida han sido estériles o fecundos, según el momento del ciclo en que se hayan efectuado; 11 recién casadas que han sido fecundadas sin nueva regla o que han reglado una vez, según el momento del ciclo en que se haya efectuado el matrimonio: embarazo inmediato antes o durante el período de ovulación, ausencia de él durante el período premenstrual. Como cosa curiosa, referiremos que con anterioridad a la primera publicación de Ogino, Siegel había tenido conocimiento de una estadística análoga recogida por Wohlers, de la clínica de Friburgo, que reunía 160 casos de embarazo en recién casadas. En 65 de ellos el matrimonio se había efectuado en la semana premenstrual, presentando todas ellas esta regla, que fué la última. De esta estadística tan llamativa deduce Siegel que las posibilidades de fecundación son mucho menores durante la semana premenstrual.

En su segunda publicación aporta el mencionado Ogino 39 nuevos casos de matrimonios premenstruales seguidos de una menstruación única opuestos a 17 casos de matrimonio post o intermenstrual con embarazo inmediato. Refiere, además, la historia de otras muchas parejas, cuya anamnesis de coitos puede ser establecida de un modo preciso, habiendo sido estériles cuando se efectuaban durante los once días premenstruales o durante el período postmenstrual más de diecinueve días antes de la menstruación siguiente.

Casos análogos han sido referidos en gran número

por Knaus, alcanzando más de 100, y por Smulders, en una monografía muy detallada dedicada a estas cuestiones.

Guchteneere mismo ha tenido ocasión desde hace más de dos años de observar un cierto número de casos seleccionados entre otros muchos, en pacientes que llevaban una cuenta exacta de su periodicidad menstrual. Estos se distribuían del modo siguiente:

I. Diecisiete casos de mujeres fecundas que tenían un hijo por lo menos, en las cuales la limitación de las relaciones sexuales a los períodos estériles del ciclo ha sido suficiente para prevenir toda nueva gestación sin el empleo de ninguna otra práctica anticoncepcional. En nueve de estos casos, los más recientes, se ha empleado el período pre y postmenstrual durante un lapso de tiempo de seis a once meses. En los ocho casos restantes han sido utilizados únicamente los once días premenstruales durante un lapso de tiempo de trece a veinticinco meses. Esta diferencia se explica, porque primitivamente el autor no estaba convencido completamente de la esterilidad del postmenstruo, recordando siempre, según la opinión clásica, la posibilidad de una ovulación provocada por el coito. Posteriormente, como hemos indicado, ha prescindido de esta hipótesis improbable, y los resultados no han sido por ello menos buenos:

Tiempo en meses.....	6	8	9	10	11	13	14	15	23	25
Número de casos.....	3	2	1	1	2	3	1	1	1	2
TOTAL DE CASOS.....										17

II. Catorce casos de mujeres fecundas que han tenido la mayoría de ellas muchos hijos, en las cuales la limitación de las relaciones sexuales a los períodos estériles del ciclo ha sido empleada con el fin de espaciar racionalmente los nuevos embarazos. En cada uno de estos casos se ha producido un embarazo después de un período de esterilidad que ha oscilado entre cuatro y veinticuatro meses, habiendo sido constantemente el embarazo producto de uno o varios coitos practicados durante el período fecundo de Ogino, es decir, en los tres días que preceden a la ovulación o a los cinco de producida esta misma:

Tiempo en meses.....	4	6	9	10	11	13	18	22	24
Número de casos.....	1	2	1	4	1	1	2	1	1
TOTAL DE CASOS.....	14								

He aquí algunas de las observaciones que presenta en su trabajo Guchteneere, recogidas entre las más demostrativas:

B..., de veintitrés años; ciclo menstrual, de veinticinco a veintisiete días; matrimonio, el 28 de agosto de 1928; última regla, el día 6 de diciembre de 1928; parto, el 25 de septiembre de 1929. No lacta; vuelta de las reglas, el 18 de noviembre de 1929; reglas, el 19 de diciembre, 20 de enero y 21 de febrero de 1930. Nuevo embarazo. Parto, el día 5 de diciembre de 1930. Lactancia. Vuelta de las reglas, el 21 de febrero de 1931. A partir de esta fecha se limitan las relaciones sexuales a los períodos estériles del ciclo, con el fin de evitar una nueva gestación. Dada la fórmula ternaria del ciclo menstrual de esta mujer, el período fértil, en lugar de comprender el

espacio de ocho días, se extiende del décimoprimer al décimosexto.

Durante un año los coitos se han limitado al fin del ciclo a partir del décimosexto día. Los seis meses siguientes se han empleado los ocho primeros días del ciclo. En julio y agosto de 1932, las relaciones sexuales han tenido lugar a partir del décimocuarto día, sin que tampoco se produzca fecundación. En septiembre se presentó la regla el día 11; el primer coito tuvo lugar el día 25, es decir, el día décimotercero, presentándose entonces el embarazo.

Esta observación, que tiene ciertamente el valor de una experiencia, es instructiva por una porción de circunstancias:

Primera. Muestra un tipo de menstruación alternante irregularmente entre los períodos de veinticinco, veintiséis y veintisiete días. Las observaciones de Ogino, Smulders y de Guchteneere muestran que este tipo alternante es en realidad el tipo normal. Contrariamente a lo que generalmente se admite, la mujer normal, en actividad genital o no, no presenta, por lo general, una periodicidad única; más raros todavía son los que ésta comprende exactamente veintiocho días durante un tiempo prolongado. Es éste un hecho que ha pasado inadvertido, porque ni le ha interesado al médico ni ha sentido nunca la necesidad de conocer el ritmo menstrual con una absoluta precisión. Se comprende esto fácilmente cuando se piensa en las múltiples interferencias de naturaleza nerviosa o circulatoria que puede actuar sobre la producción de la ovulación y la menstruación. Esto permite también reflexionar sobre el valor de las estadísticas alemanas, basadas todas ellas sobre el falso principio de que la mujer normal menstrúa cada veintiocho días.

Segunda. En una mujer sana, fecunda y de sistema genital normal, la periodicidad menstrual puede sufrir fluctuaciones en el curso de la vida genital. La desfloración y el parto, seguido o no de lactancia, modifica frecuentemente de manera temporal o definitiva el tipo menstrual. En el caso que comentamos, el ciclo era exactamente de veintiséis días antes del matrimonio; después de cada uno de los partos ha alternado en la fórmula 31-32, para fijarse definitivamente, después de algunos meses, en la fórmula ternaria 25-27.

Tercera. El período fértil del ciclo menstrual, que Ogino y Knaus reducen a ocho días para los ciclos regulares, es probablemente todavía más corto en gran número de casos. En este caso comprende teóricamente diez días para un ciclo alternante ternario:

C..., de veintiséis años; ciclo menstrual, veintiséis a veintiocho días; matrimonio, el 15 de octubre de 1928; última regla, el 22 de octubre de 1928; parto, el 9 de julio de 1929; lactancia; retorno de las reglas, el 9 de septiembre de 1929, seguidas de nuevo embarazo; parto, el 29 de mayo de 1930; retorno de las reglas, el 22 de julio de 1930. Desde entonces las relaciones sexuales se circunscriben a los once días premenstruales. Última regla, el 9 de mayo de 1931; coitos practicados a partir del 22 de mayo de 1931, es decir, el décimocuarto día en plena puesta ovular por consecuencia, ya que ésta se producía entre el 19 y el 25 de mayo de 1931. Parto, el 19 de enero de 1932.

Otros muchos casos podríamos añadir de la experiencia de Guchteneere, de otros autores y aun de la nuestra propia, muy modesta, pero ello no produciría otros efectos que alargar inútilmente este artículo.

III. Cinco casos de embarazo consecutivos a uno o varios coitos practicados en fecha conocida en mujeres de ciclo menstrual exactamente determinado:

G..., de treinta años, secundípara; ciclo menstrual, veintiséis días; última regla, el 10 de septiembre de 1928; coito, el 20 de septiembre de 1928; parto, el 23 de junio de 1929. El período de ovulación en este caso se encontraba entre el 20 y el 24 de septiembre de 1928.

C..., de veintisiete años; ciclo menstrual bastante irregular, con un tipo medio de veintinueve a treinta y dos; última regla, el 31 de enero de 1930; parto, el 2 de noviembre de 1930. Lactancia. Retorno de las reglas, el 27 de abril de 1931. Coitos, a partir del 16 de mayo de 1931, seguido de nuevo embarazo; parto, el 22 de junio de 1932. Es probable que el vigésimosegundo día, en lugar de colocarse en el período estéril premenstrual, como se imaginaba esta mujer, coincidiera con el período concepcional. Ya hemos señalado anteriormente que el ritmo menstrual está perturbado generalmente después del parto en un sentido de una prolongación.

IV. Cinco casos de matrimonios efectuados antes o durante el período de ovulación, seguidos inmediatamente de embarazo; cuatro matrimonios efectuados después del período de ovulación seguidos de embarazo igualmente, si bien después de la producción de la menstruación esperada.

V. Se ha hecho algunas veces mención a propósito de la fecundidad femenina de los trabajos de Zangemeister y otros, relativos a la duración del embarazo y a la fecha del parto, con relación a las últimas reglas. De todos ellos se ha deducido el concepto de la ausencia de correlación precisa entre estas dos fechas, para concluir afirmando la aptitud constante de la mujer para la fecundación.

Para el que ha observado cuánto varía la duración del embarazo de una mujer a otra, este argumento resulta bien poco convincente. Otra cosa sería si se refiriera esta investigación a ciclos menstruales de longitud claramente irregular, sobrepasando las márgenes por ambos lados, de las variaciones que se han encontrado habitualmente en la duración de los embarazos. Guchteneere ha efectuado investigaciones detalladas en este sentido, obteniendo deducciones bien poco demostrativas. Recuerda a este propósito dos casos que le ha sido dado observar, y en los cuales la determinación del período de ovulación, según Ogino, le ha permitido fijar con una cierta precisión la fecha probable del parto.

Ch..., de treinta años, secundípara; ciclo menstrual anormalmente largo: 38-45; última regla, el 11 de noviembre de 1930. Considerando que la ovulación en esta mujer debía producirse entre el vigésimocuarto y el trigésimocuarto día, es decir, en el transcurso entre el 4 y el 14 de diciembre, fijó Guchteneere la fecha del parto hacia el 10 de septiembre. La manera habitual de calcular hubiera dado la fecha de 21 de agosto. En realidad el parto se produjo el 17 de septiembre de 1932.

C..., de veintisiete años; ciclo menstrual de 35-42; última regla, el 12 de febrero de 1932; parto, el 5 de diciembre de 1932. Según los cálculos habituales, el parto hubiera debido producirse el 22 de diciembre de 1932.

Como resumen de cuanto llevamos dicho en estos trabajos, podemos afirmar que en la mujer normal no es posible la concepción más que en un número limitado de días, cuya duración es variable en relación con la menstruación siguiente. Esta teoría, defendida primeramente por Ogino, reposa sobre bases fisiológicas ciertas, está

confirmada por el estudio del ciclo reproductivo de los rimates y por la observación clínica. Es labor de los investigadores del porvenir aclarar las contradicciones que existen todavía entre el testimonio de la clínica y la interpretación de ciertas experiencias y observaciones de naturaleza fisiológica.

SESIONES CLÍNICAS

EN EL HOSPITAL PROVINCIAL

Servicio de clínica médica y fimatológica del Profesor Codina Castellví

(Sesión del día 11 de enero de 1934.)

EL RADIODIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS HILIARES DE LA INFANCIA.—CASUÍSTICA DEL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO MUNICIPAL

Dres. Ruigómez (L.) y López (E.).—En esta comunicación se estudian de un modo breve y conciso los siguientes puntos:

Primero. *Anatomía y fisiología hiliares.*—Se trata sólo de un breve recuerdo de las partes que constituyen el hilio y su función respectiva, insistiendo un poco más en lo que respecta a la distribución de los grupos ganglionares, aunque para el mejor conocimiento de este asunto se recomiendan los trabajos de Sukiennikow y Engel y, entre nosotros, el de Eizaguirre.

Segundo. *Anatomía radiológica del hilio normal.*—Una cosa es el hilio anatómico y otra el radiológico, cuya constitución es más compleja. Assmann definió la sombra hilar como una sombra en vírgula (en general esto es así), y Constantini y Redaelli dan la siguiente definición del hilio normal: tiene una forma semilunar, con la concavidad dirigida hacia fuera, siendo su polo superior mucho más delgado y sutil que el inferior, que se ensancha hacia la base pulmonar, siendo separada la sombra cardíaca por un espacio claro que corresponde al bronquio.

La importancia de la arteria pulmonar en la constitución de la sombra hilar es indudable, pero ha sido tal vez un poco exagerada. Hay otros elementos hiliares que tienen también mucha importancia.

Técnica radiográfica.—En general, igual que en el adulto, pero es mucho más difícil que en éste la obtención de buenos clichés, por la dificultad que opone el enfermo: llanto, movimientos, etc.

La posición más corrientemente empleada es la anteroposterior. La O. A. D., es la posición más indicada para el diagnóstico de las adenopatías dudosas, pero no carece de inconvenientes. Muchos autores prefieren la transversal. La posición A. P. es suficiente en la mayoría de los casos, y la experiencia demuestra que son visibles en ella casi todos los grupos ganglionares hiliares.

Tercero. *Evolución de la imagen hilar en el niño.*—En el recién nacido y en el lactante no existe imagen hilar. Sigue ocurriendo lo mismo hasta los dos años. Entre los dos y tres años, la apreciación del dibujo hilar sigue siendo difícil, viéndose únicamente pequeñas manchas o sombras estriadas. De los tres a los cuatro años aparecen en el hilio sombras rayadas débiles que van aumentando en dureza con la edad. Puede decirse, por tanto, que no hay imagen propiamente hilar antes

de los cuatro años y, por tanto, toda imagen visible antes de esa edad debe ser considerada como patológica. De los cinco a los siete años se ve ya la imagen hilar claramente formada, y desde este tiempo en adelante la imagen se perfila cada vez más y con más intensidad. Después de los diez años no hay diferencia esencial entre la figura hilar del niño y la del adulto. El hilio derecho se ve siempre más que el izquierdo, que está cubierto casi todo él por la sombra cardíaca. Este hilio izquierdo aparece con algún retraso en relación a su homónimo del lado derecho.

Cuarto. *Las tumefacciones ganglionares como productoras de sombras hiliares.*—Los ganglios linfáticos hiliares son invisibles en estado normal. En estado inflamatorio agudo dan una imagen sombreada, difusa, de más o menos intensidad, que se extiende de un modo desflechado hacia la periferia. En estado crónico dan sombras densas más o menos aisladas, redondeadas y de bordes netos. Las tumefacciones pueden ser inespecíficas y específicas, en el sentido de la tuberculosis: pueden regresar y dejan en el hilio los llamados estados residuales.

Quinto. *Las hilitis.*—La inflamación de los elementos que constituyen el hilio, especialmente del tejido conectivo hilar, constituye las hilitis, que se estudian someramente; tanto las específicas como las inespecíficas. La congestión de los vasos que se encuentran repartidos en la ganga hilar, la congestión y relleno de los bronquios, influyen grandemente en la formación de la sombra hilar, sobre todo en estado patológico. Los experimentos de Duken en el cadáver para demostrar la preponderancia absoluta de la arteria pulmonar han sido refutados por Engel. En definitiva, parece poder aceptarse que la sangre, proceda de donde proceda, es la que produce mayor cantidad de sombras.

Sexto. *La imagen hilar en la tuberculosis primaria.*—Los ganglios hiliares sufren modificaciones específicas en el curso de la infección primaria. Se presentan a nuestra observación muy a menudo ya calcificados. Engel clasifica estas imágenes en dos grupos: primero, sombras rodeadas, fuertemente limitadas y de bordes no completamente regulares, y segundo, figuras hiliares irregulares sembradas de calcificaciones pequeñas. La sola radiografía es insuficiente en la inmensa mayoría de los casos para el diagnóstico diferencial. La reacción a la tuberculina es nuestra principal ayuda.

CONCLUSIONES

Primera. Nuestros conocimientos radiológicos, tanto del hilio en general, como en especial del hilio infantil, son aún muy imperfectos y necesitan proseguirse las investigaciones y trabajos que desentrañen hasta el final el problema de las sombras hiliares.

Segunda. La arteria pulmonar juega un papel indudable en la formación de las sombras hiliares, pero es indudable también que no es sólo ella, y que los demás vasos tienen una gran importancia, así como también los elementos extravasales.

Tercera. El aumento, con la edad, del tejido conjuntivo y linfático y las inflamaciones inevitables que se suceden en el curso de la vida van poco a poco dibujando el hilio.

Dr. Codina Suque.—Cree muy interesantes todos los trabajos que tiendan a esclarecer el diagnóstico radiológico del hilio. Con las modernas técnicas radiográficas ya

podemos decir con bastante seguridad lo que es normal y patológico en los campos pulmonares; no así en los hilios, donde grandes alteraciones pueden pasar desapercibidas y, por el contrario, pueden encontrarse grandes núcleos de sombra producidos por estructuras normales. En el hilio normal tenemos que considerar la imagen hiliar y las sombras hiliares: la imagen está producida por el conjunto de estructuras, unas llenas, como los vasos, y tras aéreas; los bronquios principales perfectamente visibles en las radiografías hechas, siguiendo la técnica moderna de radiación dura. La sombra hiliar normal está producida casi exclusivamente por la arteria pulmonar, como se ha demostrado por las inyecciones opacas en el cadáver y en el vivo, siguiendo la técnica de Forssmann. Esta seguridad nos permite desechar muchos diagnósticos de adenopatía hiliar, que estaban tan a la moda hace pocos años. Las venas pulmonares no suelen tomar parte en la sombra hiliar normal, pues ya están muy ramificadas en la parte hiliar libre. En el estudio de las calcificaciones hiliares hay que tener en cuenta que la sombra de los vasos cogidos en un trayecto paralelo a los rayos es muy intensa y puede dar lugar a confusiones, siendo una contribución muy interesante para poder hacer el diagnóstico diferencial los trabajos de Partearroyo, Miñana y Blanco.

Dr. Codina Castellví.—La interesante comunicación de los Dres. Ruigómez y López confirma una vez más los trabajos, tanto extranjeros como nacionales, que se han publicado acerca de las dificultades que envuelve el diagnóstico de las sombras biliares, a pesar de las nuevas aportaciones aclaratorias, debidas al empleo de las sustancias opacas en el vivo. Hemos de convenir que todavía no se ha conseguido la garantía de un concepto unánimemente aceptado que no se preste a discusión alguna ni a interpretación personal variable de las sombras del hilio y, por lo tanto, que todavía, en algunos casos, se tenga que acudir a las pruebas biológicas, como han dicho los autores de la comunicación, para resolver con acierto acerca de la naturaleza de la imagen hiliar.

Dr. Ruigómez.—No hemos podido puntualizar más: es indudable que la arteria pulmonar mantiene las sombras del hilio; por lo tanto, en la sangre, y, sobre todo, en el hilio normal, la que da la sombra mayor. Las enfermedades padecidas cuando se llega a los quince años (catarros, sarampión, etc.) dejan un residuo en el hilio, cuya sombra resulta más confusa, y es difícil entonces distinguir lo que corresponde a la arteria pulmonar de lo que representa el residuo de procesos inflamatorios de otros períodos de la vida. Actualmente se puede hacer, algunas veces, con más fundamento científico, el diagnóstico de procesos tuberculosos de los ganglios y del tejido periganglionar de los hilios.

* * *

(Sesión del día 18 de enero de 1934.)

UN CASO DE PARÁLISIS RADIAL

Dr. Sánchez Brezmes.—En nuestra clínica de Traumatología del Hospital Provincial ingresó hace seis meses un enfermo afecto de parálisis radial por sección del nervio. A. M., de veinticuatro años, soltero, natural de Madrid, de profesión albañil. Antecedentes personales hereditarios sin importancia. Hace dos meses sostuvo una riña con un compañero, y durante la cual le dieron un pinchazo en el brazo izquierdo, según

él, al parecer, insignificante. De la herida curó a los siete días, pero después notó que perdía fuerza en el brazo, principalmente en la mano, y que ésta se le caía. Por todos estos síntomas decidió venir a nuestra consulta. Por inspección, se le vió atrofia del miembro superior izquierdo. Por la exploración sensitiva se encontró: zona de hipoestesia en la región posterior del brazo, antebrazo y mano; signo de la cuerda, parálisis de los radiales y del cubital posterior, parálisis de la supinación, parálisis de extensión de la primera falange. En vista de estos síntomas diagnosticamos al enfermo de parálisis radial por sección del nervio. El nervio radial es de todos los nervios de la extremidad superior el que se paraliza con mayor facilidad, por estar más expuesto a los traumatismos exteriores. El diagnóstico de esta parálisis es fácil, por estar la mano caída en una posición muy parecida a la de la hemiplejía. La falta de anestesia total es debida a las anomalías y anastomosis del nervio seccionado, y a la sensibilidad colateral y recurrente de Arloing y Tripier, y supletoria de Letrevent. A los seis días de ingresar en nuestra clínica fué operado: se hizo una sutura nerviosa. Una vez extirpado el extremo esclerosado del nervio (callo fibroso exógeno de Dejerine), y luego, en vez de suturar el neurilema, suturamos todo el nervio con catgut del cero. A los ocho días se le practicó un masaje profundo, seguido de diez sesiones de corrientes farádicas; descansó un mes, y después volvió otra vez y se le sometió al mismo tratamiento, y a los tres meses movía perfectamente la mano. Por lo tanto, y para terminar, diremos: 1.º, que la sutura nerviosa no debe referirse solamente al neurilema, sino a todo el nervio; 2.º, que dicha sutura debe ir seguida de un masaje precoz y de corrientes farádicas, y 3.º, que debe colocarse siempre al enfermo un aparato ortopédico que impida la anquilosis en la muñeca y facilite al mismo tiempo los movimientos de la mano.

Dr. Codina.—El caso es digno de ser comentado desde el punto de vista etiológico y, principalmente, terapéutico. No se trata de una parálisis radial tóxica, como en la tan frecuente saturnina, que respeta al supinador largo, sino de una parálisis por la sección completa del nervio, y siendo así, el resultado de la terapéutica empleada invita a felicitar al comunicante. Cuando se trata de una etiología "a frigore", traumática, por simple compresión del nervio, en donde no ha habido sección de las fibras nerviosas, se produce la parálisis radial y se restituye la función a las dos o tres semanas; pero cuando existe una sección del nervio y es preciso restaurarlo quirúrgicamente, se debe convenir en que obtener el restablecimiento funcional en dos o tres meses es conseguirlo muy precozmente.

LA NOTACIÓN RADIOSCÓPICA EN EL ESTUDIO DE LOS ENFERMOS DE PULMÓN

Dr. Codina Suqué.—A medida que se han ido mejorando los aparatos de rayos X, y especialmente las pantallas fluoroscópicas, los datos que pueden obtenerse por la radioscopia son cada vez más completos, y se asemejan en la finura de las imágenes a los obtenidos por la radiografía. En el año 1930 publicamos un trabajo en el que se comparaban los resultados obtenidos en 156 enfermos por la radioscopia y la radiografía. Pudimos apreciar que, en cuanto a la imagen pulmonar, la radiografía era superior a la radioscopia por dos moti-

vos: 1.º, por la mayor finura de la imagen radiográfica que la que da la pantalla, lo que hace que en la radioscopia no se aprecien las siembras de granos finos ni los aumentos de la estructura pulmonar y las tramitis; en este punto se ha mejorado extraordinariamente desde que disponemos de pantallas que no conservan fluorescencia residual, y 2.º, porque en la radioscopia las imágenes observadas debían ser retinadas en la memoria del observador hasta el final de la observación, cuando se hacía la notación de los resultados, por lo que, a veces, se olvidaba consignar lesiones bien visibles en radioscopia. Prescindiendo de estas ventajas en la radiografía, la radioscopia es superior en todo lo que se trate del estudio cinemático de los órganos torácicos (mediastino, diafragmas, muñones de neumotórax, etcétera). Además, por la rapidez y poco coste de la radioscopia se ha encontrado ser el medio más adecuado para la exploración de grandes grupos de personas (investigaciones escolares, familiares, etc.), especialmente desde que conocemos que la tuberculosis pulmonar no empieza por pequeños focos que crezcan por aposición, sino por focos infiltrativos de mayor tamaño, perfectamente visibles en radioscopia. Aparte de estos casos especiales en que se usa un solo medio exploratorio, todo enfermo de pecho que esté bien estudiado tiene que tener una radioscopia y una radiografía. Generalmente, se hacen por este orden, a mi modo de ver equivocadamente, pues creo que la radiografía debe ser la primera. Con ello obtenemos muchas ventajas: podemos distraer, en la radioscopia, la atención del fino detalle estructural, que ya conocemos con gran precisión por la radiografía anterior; podemos hacer un diagnóstico diferencial, por diferentes posiciones del tubo y de la pantalla, de estructuras parecidas en la radiografía (nódulos calcificados y vasos hiliares, falsos anillos cavitarios, imágenes cisurales o pericisurales, etc.), y podemos hacer un estudio detallado de la localización de las lesiones vistas en la radiografía. Todo esto no nos impide atender a los datos de la cinemática torácica, para cuya obtención es insustituible la radioscopia. Por todo ello defendemos el criterio de que, salvo casos especiales, todo enfermo que deba tener una radiografía y una radioscopia, ésta debe ser posterior siempre a aquélla.

Para que la radioscopia rinda todos sus frutos es necesario tener un sistema fidedigno de notación. La notación escrita por el mismo observador es causa de una gran pérdida de tiempo, y la escrita al dictado durante la misma radioscopia presenta el inconveniente de la iluminación del que escribe, para que la luz directa ni reflejada molesten al observador. La notación gráfica es mejor, pues de un solo vistazo se da cuenta del caso, sin necesidad de recurrir a descripciones engorrosas de tamaño, forma, situación, etc., de las estructuras descritas. La ideal sería la notación mixta, en que el dictado hecho durante la radioscopia sirviese de base al esquema que hace el observador al terminarla, y nosotros estamos haciendo experiencias para instalarla en el Servicio. Nosotros hemos adoptado el esquema de Guinard, habiéndolo modificado ligeramente para hacer más visibles algunos detalles, como, por ejemplo, las cavidades que se pintan en rojo, o sea del mismo color que el mediastino y diafragmas en el esquema original, con lo que resalta de las estructuras pulmonares vecinas que van pintadas de azul. (Se proyectan los esquemas correspondientes a la notación gráfica de cada una de las alteraciones estáticas y dinámicas de las estructuras pulmo-

nares.) De la pared costal sólo debe estudiarse la movilidad y las retracciones a grandes rasgos, pues la radiografía es superior en los finos detalles. Para el estudio de la desviación y movilidad del mediastino y diafragma hay que recurrir a la maniobra que describí en 1932 con el nombre de maniobra del "punto de referencia", sin la cual es imposible estar informado con seguridad de cómo se mueven estas estructuras. Así se ha visto que había diafragmas inmóviles que daban una sensación de inmovilidad por la elevación rápida de las costillas, y que había mediastinos fijos al parecer que, con la maniobra de "punto de referencia", se veía que sufrían una atracción inspiratoria a uno de los lados torácicos. Se proyectan casos en que se ve la notación de las hernias mediastínicas, de la exploración de los vértices a la tos y de los diferentes tipos de lesiones y cavidades que pueden presentarse.

Para los derrames de las cavidades del neumotórax se proyectan casos con la notación de Guinard, que toma la relación entre el nivel líquido y la punta de la escápula, y según la notación de Tobé y Lowys, mucho más exacta, que mide en centímetros la distancia del nivel líquido a la clavícula y, por otro lado, la distancia del borde del corazón del lado opuesto a pared costal. Con esta última notación se ve que hay casos en que, aunque se eleve el nivel líquido, éste no ha aumentado, pues disminuye la desviación del mediastino, indicando que hay proceso de sínfisis por debajo del derrame. Por último, la radioscopia ofrece un indudable interés para la localización de las lesiones, que en la radiografía están inscritas en un solo plano. Se proyectan casos en que, de varias cavidades, puede determinarse perfectamente cuáles son anteriores, medias o posteriores, y un caso interesante en que un nódulo calcificado de parte baja de pulmón izquierdo, que se interpretó en un principio por el polo periférico calcificado de un completo primario, se localizó, por radioscopia, en la parte más posterior del pulmón, y nos hizo pensar en una calcificación de pleural parietal, que se comprobó ulteriormente cuando se practicó un neumotórax a la enferma.

Dr. García y García-Miñón.—Felicitó al Dr. Codina Suqué por el interés que ha tenido la comunicación que enseña a interpretar las imágenes radioscópicas. En cuanto a lo que ha expuesto de que es necesario que preceda la radiografía a la radioscopia, yo he podido observar cómo en centros de enseñanza y dispensarios siempre se hace la investigación radioscópica primero, y si el caso lo merece, se hace la radiografía después, para leer pequeños detalles que puedan haber pasado desapercibidos, como señalaba antes el Dr. Codina Suqué, en el cuadro en que figuran unos cuantos casos de granulía fina que pasaron desapercibidos radioscópicamente. La radioscopia nos indica más sobre dinámica torácica, y a mi manera de ver es indiferente que sean anterior o posterior la radioscopia o la radiografía.

Dr. Codina Castellví.—Me parece que la cuestión está resuelta: si se trata de estudiar a un enfermo se comienza por la radiografía, y con las inducciones que de ésta se desprendan se hace la radioscopia después; si se trata, en cambio, de examinar en serie un gran número de enfermos desde el punto de vista profiláctico, entonces, ante la imposibilidad de hacer tantas radiografías, se pasan los enfermos por la pantalla radioscópica y se escogen los que, por lo que se ha visto, se juzga que deben ser radiografiados, evitando de este modo las radiografías innecesarias.

F E D E R R A T A S

En nuestro número último, y su artículo titulado "De la gripe y su tratamiento", se han cometido errores de composición que interesa corregir en la siguiente forma:

Página 269, columna primera, línea 22, dice: "pripe", debe decir: "gripe"; línea 33, dice: "diarrea", debe decir: "disnea".

Página 270, columna primera, línea 15, dice: "louco-citos", debe decir: "leucocitos"; línea 32, dice: "zona", debe decir: "rana"; línea 61, dice: "0,30 gr. a 0,5 gr.", debe decir: "0,3 mgr. a 0,5 mgr."

En la Bibliografía dice: "Armazón", y debe decir: "Arnozan".

L. R.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

M. WINKELSTEIN. *Un nuevo tratamiento de la úlcera péptica: la gota a gota estomacal continua de leche alcalinizada.*

Ya se sabe la gran importancia que el factor de la acidez tiene en la patogenia de la úlcera péptica. El autor, con objeto de combatirlo, ha realizado, mejor dicho, ha empleado una terapéutica que lleva a una alcalinización crónica; esta terapéutica, por él empleada en cuarenta y dos enfermos de úlceras gástricas, duodenales y yeyunales, le ha proporcionado resultados magníficos: tan sólo en todos estos casos, un fracaso.

Introduce y deja permanentemente un tubo de Rihfuss en el esófago—si la tolerancia no es buena, ayudan a ella, con gran éxito, los sedantes—, e instila durante dos a tres semanas una gota a gota estomacal de leche—tres litros diarios—, a la que añade 15 gramos de bicarbonato sódico. Al cabo de este tiempo, se retira el tubo y no se hace el tratamiento más que por la noche. (*The American Journal of the Medical Sciences*, abril de 1933).—J. H.

FIDANZA, S. SCHUJMAN y J. M. FERNÁNDEZ.—*El tratamiento de la lepra por el yoduro de potasio asociado a los derivados del aceite de chalmougra. Experiencia de cien casos en tres años.*

Empieza el autor por enumerar los medicamentos usados—derivados del chalmougra—con el yoduro, del que da 40 gotas por día, hasta llegar a las 280; las series son de dos meses y medio, intervalos de quince días, y las dosis según los estados de los pacientes: formas incipientes, grandes dosis; formas avanzadas, dosis medias y sin asociación al yoduro.

Los accidentes locales, los habituales de estos cuerpos—abscesos, esclerosis—; los generales, temperatura, inapetencia, pérdida de peso.

La estadística de casos la establecen así: muy mejorados, 32 por 100; mejorados, 43 por 100; fracasos, 11 por 100 (de éstos, 2 por 100 de empeorados y 9 por 100 de estacionados).

Por último hacen un completo cuadro de aprovechamiento de medicación. (*Revista Argentina de Dermatología*, 1932).—H.

M. DECHAUME.—*Distrofias dentarias de origen traumático.*

La etiología de las distrofias dentarias suscita controversias apasionadas. Entre las causas susceptibles de producir las se encuentra en primer plano la sífilis hereditaria. Fuera de ella, los autores modernos citan las enfermedades de la madre y del lactante. Dos observaciones personales muestran la importancia de los traumatismos sobre maxilares en el origen de las distrofias dentarias.

En los dos casos existe antecedente de traumatismo bucal, con lesión de encía; en el primero, a la edad de dos meses, y en el segundo, a los dos años; traumatismo sobre maxilar que ha podido alterar la evolución de los gérmenes dentarios y acaso del propio maxilar.

Colocándonos en terreno médico-legal, en presencia de un traumatismo de la cara que parezca insignificante en sus consecuencias inmediatas, haremos toda clase de reservas en cuanto a las secuelas a larga fecha. Acaso la radiografía fije precozmente las lesiones. En caso contrario habrá que esperar la erupción dentaria para comprobar la distrofia.

En el dominio de la patología general, estos casos deben valorarse como prueba indiscutible de la existencia de malformaciones de origen traumático. Consideramos estos dos casos como experiencias *in vivo*; apréciase el efecto de un traumatismo sobre organismo en miniatura, cuya evolución podemos seguir fácilmente. Por deducción, admitamos la posibilidad en el niño de malformaciones de origen traumático, debidas, no a la presencia de restos amnióticos, sí a traumatismo abdominal, demasiado ligero para producir la muerte fetal. Hoy día que los traumatismos son tan frecuentes, es posible considerar esta hipótesis.

Finalmente, si comparamos estas distrofias dentarias, por desarrollo anárquico del germen, a los adamantinomas sólidos dentificados, la semejanza es evidente. Es una prueba en favor de la etiología traumática de algunos tumores benignos. (*La Presse Médicale*, París, 18 noviembre, 1933, núm. 92, pág. 1.832).—M. A. C.

A. FABER.—*El tratamiento de las afecciones dolorosas de articulaciones y músculos por la histamina.*

El que todos los remedios que provocan una fuerte irritación de la piel, como el calor, los revulsivos, etcétera, fueran calmantes del dolor, indujo a varios autores a buscar cuál era el efecto común que todos ellos producían, y muchos creyeron hallarlo en la producción de histamina. Deutsch pensó, en vista de eso, tratar directamente todas las afecciones dolorosas de músculos, nervios y articulaciones con la histamina, consiguiendo éxitos muy satisfactorios. Aunque gran parte de los clínicos comprobaron los buenos resultados obtenidos por Deutsch, otros afirmaron no haber obtenido resultado alguno. El autor ha querido experimentar por sí propio este remedio en su clínica de Heidelberg. Vió primeramente que la inyección intracutánea de 0,1 a 0,3 cc. de una disolución de histamina al 1 : 1.000 producía un dolor intenso en el sitio de la inyección, dolor que duraba pocos segundos y desaparecía por completo al minuto, y, según las condiciones individuales del enfermo, ligeras cefaleas o sensación de calor en la cabeza. En el sitio de la inyección aparecía una pápula rodeada de un halo rojo muy característico. Cuando estos síntomas

locales desaparecían, cesaban también casi siempre los dolores. La acción de estas inyecciones intracutáneas se intensificaba si se aplicaba al mismo tiempo una corriente galvánica de cuatro a siete miliamperios y cinco minutos de duración. En estos casos la pápula se rodeaba de un infiltrado abundante y profundo, y la temperatura local se elevaba doce a veinticuatro horas. Este método sólo es aplicable a los casos de dolores muy violentos, pues las acciones secundarias que las inyecciones provocan son más desagradables que los dolores ligeros, por lo que los enfermos lo rechazan.

Más cómodo es aplicar la pomada de histamina, que se encuentra en el comercio con el nombre de *Imadil Roche*, previa escarificación de la piel con pequeñas agujas, cuidando de no provocar hemorragias, es decir, escarificando como cuando se quiere vacunar. La superficie de piel en la que se aplica el medicamento no debe ser mayor que la de la palma de la mano, y la cantidad de pomada que se aplique será de un centímetro cúbico aproximadamente.

En las mialgias agudas y crónicas los resultados fueron siempre más rápidos y mejores que con los restantes métodos de tratamiento. En cuanto a las lesiones articulares, el autor vió que las astralgias agudas, sobre todo las que se acompañaban de contracturas y se debían a periartritis, reaccionaban pronto y bien; en cambio, las artropatías crónicas apenas reaccionaban. También se obtuvieron muy buenos efectos en las distorsiones ligamentosas y en las periostalgias, así como en las tumefacciones postoperatorias o postraumáticas debidas a trastornos circulatorios. En las ciáticas los resultados fueron muy discordantes.

De todos modos, en los casos agudos y en los post-traumáticos, la histamina es un remedio más rápido, más cómodo de aplicar y de mayor eficacia que todos los restantes. (*Münchener Med. Woch.*, 1933, núm. 32.)—F. G. D.

C. FEVERS.—*La inyección intravenosa de morfina como preliminar de la anestesia general por el éter.*

El autor, después de estudiar las ventajas e inconvenientes de los modernos anestésicos—avertina, pernoctón y evipán—, deduce que la anestesia con el éter sigue siendo el medio ideal y que sólo precisa encontrar una sustancia que, administrada previamente, reduzca la cantidad necesaria de éter y permita la mayor tranquilidad y reposo psíquico al enfermo.

Para el autor la morfina es este remedio ideal; pero administrada por vía subcutánea, tal y como hasta ahora se ha verificado, sus efectos no son todo lo intensos que conviene, y si adicionamos escopolamina, introducimos ya en el organismo una sustancia más peligrosa y tóxica.

En vista de ello, resolvió utilizar la morfina inyectada dentro de las venas, sirviéndose de dosis mínimas, aproximadamente de medio centigramo, aunque pudo comprobar que la inyección intravenosa de un centigramo de morfina sólo provocaba trastornos transitorios que cedían pronto, sin consecuencias desagradables para el paciente. El autor excluye, desde luego, a todos los niños y jóvenes menores de dieciséis años y a los ancianos mayores de setenta, por estimar que en ellos la administración de morfina, en cualquier forma, es siempre peligrosa.

La técnica que utiliza es la siguiente: el enfermo está acostado tranquilamente, y el operador le inyecta muy despacio en las venas cinco miligramos, término medio, de morfina, con 50 centigramos de cardiazol-efredina. Ambos medicamentos se mezclan en la jeringuilla de inyecciones. Se inyecta lentamente, de manera que se tarde, término medio, un minuto en la operación, y durante ese tiempo se le tranquiliza al enfermo afirmándole que con ello se le provocará un estado de atontamiento y borrachera agradable, y que con muy pocas gotas de éter habrá bastante para que aparezca una anestesia completa y total. Tal vez convenga iniciar la anestesia general con unas bocanadas de cloruro de etilo, y enseguida se continúa con éter. La cantidad de éter necesaria para esta narcosis es inferior con mucho o quizá la mitad de la que se requiere para completar la anestesia iniciada con la avertina o con el pernoctón. De ambos medicamentos basta con la mitad de la dosis empleada cuando se inyecta morfina subcutáneamente y luego se anestesia con éter. Una de las mayores ventajas del método es la reducción al mínimo o casi supresión del período de excitación inicial común a todas las narcosis, así como el aumento de la sugestibilidad y de la euforia del enfermo, que compite con éxito con la que la proporcionan las anestésicas con la avertina.

El autor realizó además estudios experimentales psicológicos en 10 personas sanas, comprobando en ellas los mismos efectos que en los narcotizados con fines terapéuticos. (*Münchener Med. Woch.*, 1933, núm. 34.)—F. G. D.

A. MORETTI.—*Sobre las complicaciones de la melitococia.*

Dada la difusión que va adquiriendo la melitococia, es lógica la afirmación de Nicolle: "Es una enfermedad del porvenir."

Objeto de discusión son casos de melitococia aparecidos en localidades donde no hay cabras ni ovejas, ni utilizan alimentos preparados con leche de estos animales. Casos que obligan a admitir muy diversos mecanismos de contagio.

En la melitococia hay diversas formas clínicas. De todas las manifestaciones sintomáticas, las más importantes desde el punto de vista diagnóstico, son las nerviosas. La neuromelitococia forma hoy el capítulo de la patología sólidamente fundado sobre casos clínicos de indudable valor.

Hasta hace algunos años los fenómenos nerviosos debidos a la melitococia se reducían, además de las algias que forma parte del cuadro clásico de la enfermedad, a episodios meníngeos larvados y a polineuritis. A partir de 1924 la casuística aumenta. En 1929, Roger publica su trabajo sobre las complicaciones nerviosas descritas en la fiebre ondulante o melitococia. Sin ser raras, tienen el interés clínico de ofrecerse como síndromes de asociación.

Es la mielitis melitocócica, que aparece generalmente pasados algunos meses de la iniciación de la enfermedad, posiblemente cuando desapareció la fiebre; síndrome de tipo flácido o espástico; mortal o regresar lentamente. Es excepcional el episodio encefalítico terminal.

Entre las localizaciones cerebrales tenemos la hemiplejía, los temblores parkinsonianos, etc., etc.

Entre las complicaciones nerviosas periféricas se encuentran la neuralgia de muy diversa localización; la ciática, la neuralgia intercostal, la occipital, la facial.

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

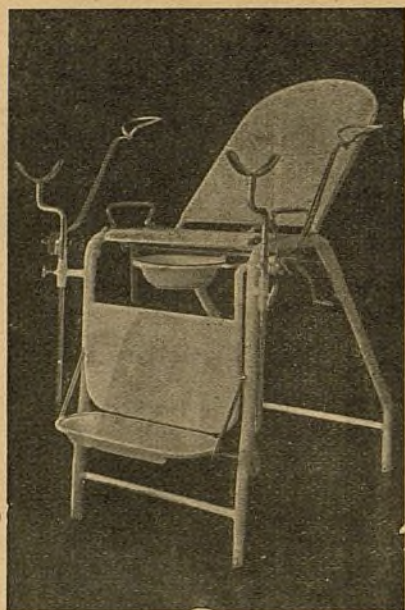
*Eficaz en el
tratamiento de las*

Adenopatías
Linfatismo
Escrofulismo
Raquitismo
Diabetes
Heredosifilis
Ameno y Dismenorrea
Convalecencias
Estados llamados Pretuberculosos



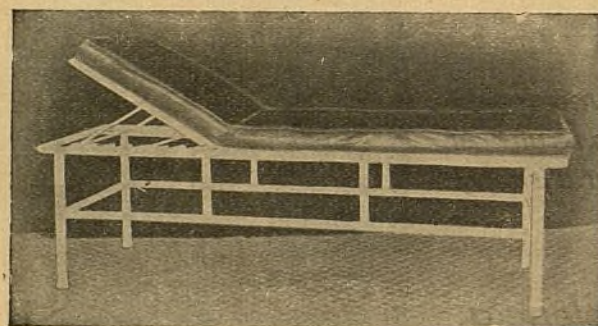
LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL



Modelo 99.

Mesa especial para ginecología, modelo doctor Velasco, muy práctica y sólida. Pintada al duco, pesetas 175.



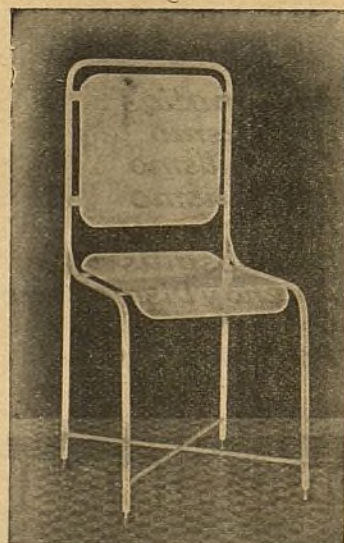
Modelo 7.

Cama de reconocimiento y manejo, en tubo de hierro, esmaltada en blanco con almohadas de gutapercha. Ptas. 225.



Modelo 100.

Mesita de niño, construída en tubo, esmaltada en blanco con almohadones de gutapercha del mismo color. Pesetas 150.



Modelo 64.

Silla para clínica, esmaltada en blanco. Ptas. 40.

SOLICITEN
NUESTROS
CATÁLOGOS
GENERALES

**de Mobiliario
e Instrumental**

Para la adquisición de nuestros muebles e instrumental de cirugía, concedemos el pago en **cinco y diez** plazos mensuales.

INDUSTRIAL MEDICA DORIA, S. A.

EXPOSICIÓN Y OFICINAS

Calle de Raimundo F. Villaverde, número 1

(Glorieta C. Caminos)

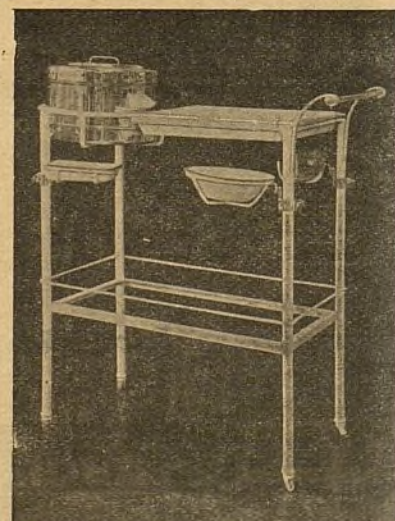
Teléfono 40699.- MADRID

~~~~~ Apartado 3031 ~~~~~



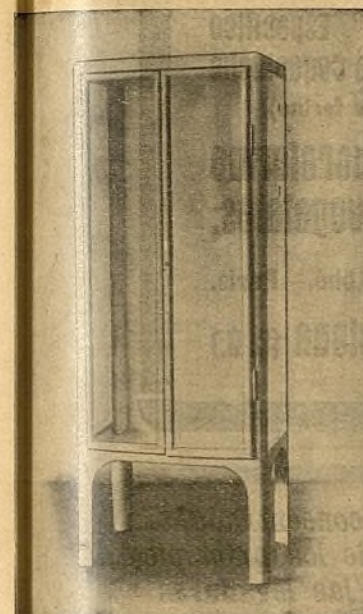
Modelo 101.

Vitrina fichero, modelo adoptado por el Instituto de Puericultura de Madrid. Se construye para los diferentes tamaños de fichas y con los departamentos que se deseen. Dimensiones: alto, 150 cm.; ancho, 110; fondo, 35 cm. Ptas. 650.



Modelo 109.

Carrito porta-curas completo con un bote de 30 X 18 o dos de 20 por 14. Entrepaño de luna. Ptas. 175.



Modelo 102.

Vitrina chapa ángulos redondos. Pintada al duco. Tres entrepaños de luna con canto pulido. Dimensiones: ancho, 55 cm.; fondo, 35 centímetros. Ptas. 290.

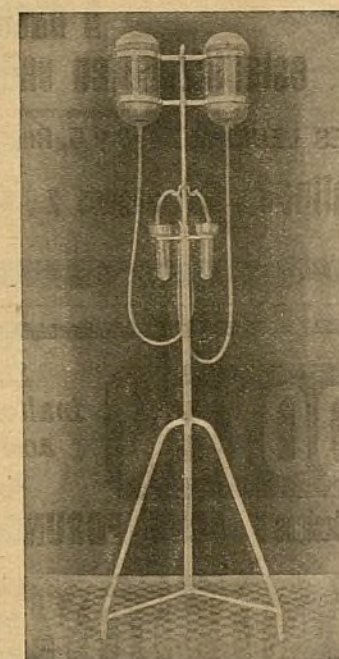


Modelos 70 y 71.

Porta palanganas pie fundido. Modelo 70. — Sin palanganas. Pesetas 38. Modelo 71.—Con palangana de 32 cm. Ptas. 45.



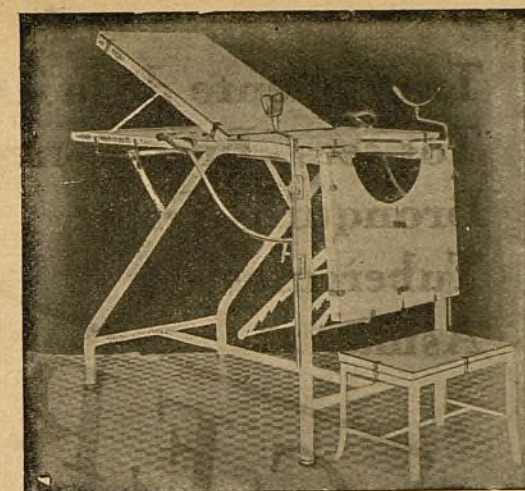
Modelo 114. Luceta de techo propia para clínica, luz clara e igual. Pesetas 50.



Modelo 56.

Porta-irrigador pie de tubo de hierro esmaltado en blanco parte superior niquelada, completo. Ptas. 55.

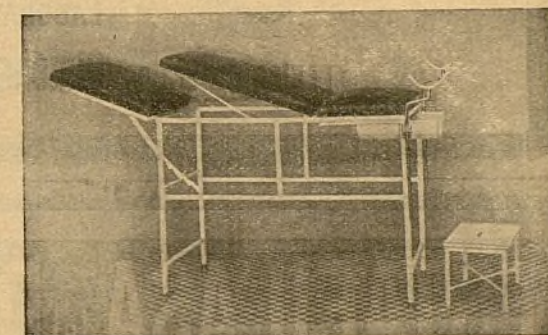
Nuestros muebles son  
insustituíbles  
por su construcción esmerada,  
su solidez y su precio.



Modelos 14 y 15.

Modelo 14.—Mesa de operaciones Eureka, construída en sólido tubo de hierro acerado con planos de luna. Grueso del asiento, 15 milímetros. Con juego de horquillas y pedales. Lunas enteras. Ptas. 320.

Modelo 15.—La misma, con lunas partidas. Pesetas 350.



Modelos 5 y 6.

Modelo 5.—Mesa de reconocimiento y curación, toda en tubo de hierro esmaltado en blanco con horquillas o pedales niquelados y almohadones de gutapercha. Ptas. 140.

Modelo 6.—La misma, con escotadura para lavados. Ptas. 155.



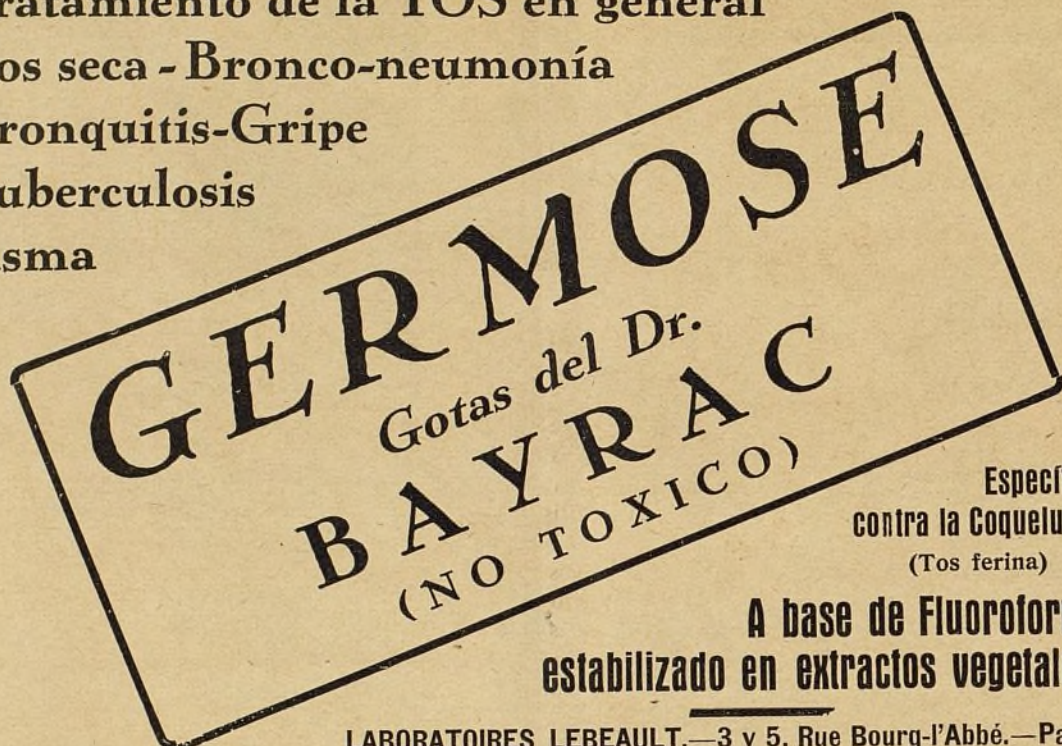
Modelo 111.

Palanganero, con dos palanganas de hierro esmaltado y entrepaño de cristal esmerado. Ptas. 50.

Ayuntamiento de Madrid



Tratamiento de la TOS en general  
Tos seca - Bronco-neumonía  
Bronquitis-Gripe  
Tuberculosis  
Asma



Específico  
contra la Coqueluche  
(Tos ferina)

A base de Fluorolormo  
estabilizado en extractos vegetales.

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

Agentes generales: Giménez-Salinas y C.<sup>a</sup>, Sagüés, 2 y 4. Barcelona (S. G.)

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

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

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

Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.

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

2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA  
ESTABILIZADO EN LOS  
EXTRACTOS VEGETALES

## GERMOSE

No Tóxico

SABOR  
AGRADABLE

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

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

## Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

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

Ayuntamiento de Madrid



Son generalmente localizaciones tardías, de ordinario consecutivas a artritis o espondilitis; éstas muy frecuentes en la melitococia.

Mayor importancia tienen las complicaciones meníngeas de la melitococia. Recientemente hemos observado un caso típico. (*La Reforma Médica*, Nápoles, 23 septiembre, 1933. Año XLIX, núm. 38, págs. 1.428-1.432.) M. A. C.

J. C. PLÁ Y FABREGAT.—*Síntomas neurológicos de la fiebre tifoidea.*

La fiebre tifoidea es afección de polimorfismos sintomáticos, pudiendo decirse que, con la sífilis, son las infecciones que tocan más órganos y sistemas.

Algunos síntomas neurológicos son elementos frecuentes en el cuadro clínico de la fiebre tifoidea. Trousseau y Fritz admitían la forma espinal de la tifoidea; el meningismo, señalado por Forget; las meningitis eberthianas de Weissenbach.

Menos frecuentes son otros síntomas neurológicos, agrupados o no en síndromes, indicando determinaciones nerviosas raras en la tifoidea. Son las monoplejías, las parálisis de un nervio motor, los espasmos localizados y ciertas perturbaciones sensitivas. Es excepcional la afasia. (Weisse.)

Las localizaciones neurológicas en el curso de la tifoidea se han señalado en todos sus períodos evolutivos. Unas veces abren la escena, otras se observan cuando la tifoidea está en su apogeo. En fin, pueden aparecer durante la declinación y aun en plena convalecencia de la enfermedad.

Tenemos los síntomas neurológicos precoces y, entre ellos, las alteraciones de los reflejos tendinosos y cutáneos, cuyas variaciones son frecuentes en el período de estado de la tifoidea.

Entre las entidades clínicas posibles de observar en el período de estado o en la convalecencia de la enfermedad se encuentran las neuritis periféricas, las mielitis agudas y las parálisis que pueden corresponder al territorio de un nervio, manifestándose entonces por monoplejías, paroplejías o hemiplejías.

Hemos tenido ocasión de observar como casos más importantes de síntomas neurológicos en la fiebre tifoidea un caso de contractura extrapiramidal, un caso de mielitis aguda, en un enfermo de tifoidea, que presentó bruscamente una ataxia con ligeros trastornos de palabra, sacudidas nistagmiformes y síntomas mentales sin trastornos sensitivos ni esfinterianos.

Consideramos que los síntomas neurológicos de la tifoidea son sumamente frecuentes y deben buscarse sistemáticamente, por tener en muchos casos una significación pronóstica importante. (*Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. Tomo II, núm. 3. Montevideo.—Uruguay.—Septiembre, 1933, pág. 337.) M. A. C.

S. A. STABILE.—*El tratamiento de la cervicitis crónica por medio de la diatermocoagulación.*

El tratamiento de los procesos cervicales uterinos constituye un problema que ha preocupado y preocupa a los ginecólogos.

En la práctica diaria nos encontramos con casos sumamente rebeldes que no responden a ninguna terapéutica y que desconciertan al más perseverante.

La diatermocoagulación, en la actualidad nos permite curar fácilmente las cervicitis uterinas, si bien no debemos por eso adoptarla sistemáticamente y considerarla como el único método aplicable.

Debemos apelar a la diatermocoagulación cuando los métodos médicos habituales han fracasado. Muchas cervicitis, preciso es reconocerlo, regresan espontáneamente más o menos ayudadas por las irrigaciones, taponos o toques cervicales.

Debemos considerar como contraindicaciones de la electrocoagulación: el embarazo diagnosticado o sospechado; las cervicitis agudas; la endometritis corporal aguda o subaguda; toda afección genital o perigenital interna aguda (anexitis, perimetritis, parametritis, pelviperitonitis); la menstruación; la sospecha de neoplasma del cuello uterino.

Las anexitis crónicas enfriadas no constituyen una contraindicación; son casos en los que preferimos ingresar a la enferma y renunciar al tratamiento ambulatorio.

El momento de nuestra actuación será la mitad del intermenstruo.

Creemos que la diatermocoagulación es un método excelente para el tratamiento de las cervicitis crónicas que no responden al tratamiento médico.

Las enfermas tratadas serán vigiladas durante algunos meses.

Muchas complicaciones son perfectamente evitables mediante dilataciones periódicas practicadas después de la reparación total cervical.

La complicación más comúnmente observada después de la diatermocoagulación por cervicitis uterina es la estenosis del llamado "tipo epitelial" poco resistente, fácilmente dilatable y perfectamente evitable. La estenosis fibrosa es poco común, pero puede presentarse.

Las cicatrices son evidentemente menos estenosantes que las producidas por los cáusticos químicos.

Es conveniente tener en cuenta la edad y condición social de la enferma a tratar.

Al curar totalmente ciertas cervicitis, la diatermocoagulación se convierte en un poderoso elemento de profilaxis social.

El método es de fácil aplicación, poco costoso y rápido en su ejecución. Puede ser ambulatorio cuando no hay reacción anxial a temer.

El colposcopio constituye un valioso complemento para el estudio de las lesiones, de su diagnóstico y de su evolución. (*Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*.—Montevideo, septiembre 1933. T. III, número 3, pág. 353.)—M. A. C.

A. DE GIORGIO.—*La liquidoterapia en algunas dermatosis.*

El profesor italiano A. de Giorgio, partiendo de numerosas investigaciones realizadas por él anteriormente, ha practicado la liquidoterapia con líquido cefalorraquídeo de caballo en algunos casos de dermatosis y en dos pacientes afectos de impotencia sexual.

Basándose en los resultados por él obtenidos, dice que en el eczema, tanto crónico como en el agudo, la liquidoterapia, aun no teniendo ninguna influencia sobre el curso de la enfermedad, obra muy a menudo y de un modo más o menos constante sobre el síntoma prurito igualmente y en un caso de micosis fungoide—nos dice



el autor—, ésta ha mostrado una marcada acción anti-pruriginosa, debida a la liquidoterapia.

Y en un caso de prurigo muy rebelde y ya de larga fecha—veinte años de existencia—, la terapéutica citada anteriormente ha hecho cesar casi por completo el prurito y ha modificado muy notablemente la dermatosis.

En algunos casos de "porrigo decalvans" esta terapéutica ha provocado una estimulación muy apreciable de los folículos pilosos de la cabeza, si bien sus efectos han sido de poca estabilidad.

De los casos de que se habló al principio de impotencia sexual, uno de ellos neurasténico, levantó su potencia sexual merced a unas cuantas—pocas—inyecciones de líquido cefalorraquídeo de caballo, mientras en el otro tan sólo se obtuvo una leve y pasajera mejoría. (*La Reforma Medica*, núm. 22, 5 junio 1933.)—J. H. S.

#### LEVY-BING y CARTEAUD.—*Terapéutica mercurial.*

Los autores insisten en la conveniencia de conservar el tratamiento mercurial, a pesar de los éxitos que proporcionan los arsenicales y los bismúticos.

Las indicaciones de la terapéutica mercurial son, según ellos, las siguientes:

- Enfermos intolerantes al arsénico y al bismuto.
- Enfermos saturados de ambos medicamentos.
- Enfermos arsénicorresistentes y bismutorresistentes.
- Enfermos arsénicorrecidivantes y bismutorrecidivantes.

Se extienden acto seguido los autores en largas consideraciones sobre los diversos preparados a administrar, exponiendo las ventajas y defectos de cada uno de ellos.

Terminan enumerando las precauciones que deben tomarse en estas curas y las complicaciones que pueden presentarse durante ellas. (*Presse Medicale*, 26 abril de 1933.)—J. H.

#### A. JACQUELIN y M. G. BONNET.—*Sobre la autosueroterapia intramucosa en asma y sus equivalentes.*

Consideramos la autosueroterapia intramucosa como merecedora de un lugar en el tratamiento del asma y de sus equivalentes.

Se toman asépticamente 10 cc. de sangre de las venas de la flexura del codo. Es preferible no pasar de esta cantidad y, en caso de necesidad, repetir la toma de sangre. Es la manera de utilizar siempre suero fresco.

Después de la coagulación, retirar el coágulo. Utilizar jeringa de Barthelemy y agujas de intradermoreacción.

El lugar de la inyección es la mucosa del cornete inferior o la mucosa de la cara interna de las fosas nasales. Esencial realizar la inyección en el espesor de la mucosa. Cuando la inyección está correctamente hecha, se forma una bolita de edema intramucoso.

El espejo frontal y el espéculo nasal facilitan la operación.

No precisa desinfectar la región; no hay reacción inflamatoria. Se suele observar reacción sintomática en las primeras horas que siguen a la inyección.

La inyección no es dolorosa; en caso de necesidad puede hacerse anestesia de la mucosa nasal con novocaína al 4 por 100.

Se inyectan 2/10, después 3/10, 4/10 y 5/10 de cc. Esta última dosis no se sobrepasará; sería doloroso. Se harán inyecciones diarias en número de 20.

Este tratamiento parece más activo que la autohemo y que la peptonoterapia en los casos de asma intenso. Como es de técnica más complicada, le reservamos para los casos donde la autohemo o peptonoterapia fracasan. (*La Presse Médicale*, París, 14 febrero 1934, número 13, pág. 249.)—M. A. C.

#### H. CHABANIER y C. LOBO-ONELI.—*Cloremia y síndrome tóxico postoperatorio.*

Los accidentes postoperatorios no son, contrariamente a la opinión frecuentemente emitida, función de la hipocloremia. En efecto, si el movimiento del cloro de la sangre hacia los tejidos, que se observa en el síndrome tóxico postoperatorio, provoca generalmente un descenso relativo del cloro sanguíneo, la cloremia es susceptible de conservar un nivel normal y aun superior en valor absoluto.

La hipocloremia es solamente un efecto del proceso tóxico, constituyendo su reflejo más fácilmente mensurable. A este título, su estudio conserva interés práctico, especialmente en relación al tratamiento por la re-cloruración. El punto sobre el que queremos llamar la atención es que el descenso de la cloremia en valor absoluto, siendo fenómeno contingente, al encontrar en un síndrome tóxico postoperatorio cloremia normal o elevada en cifras absolutas, no contraindica la re-cloruración.

El "primum movens" del síndrome tóxico postoperatorio consiste en la liberación, a partir del foco séptico, de sustancias tóxicas reforzado por el de las sustancias nitrogenadas insuficientemente degradadas resultantes de la desasimilación de los tejidos que las primeras parecen regular.

El análisis de los hechos se refieren a accidentes tóxicos de la oclusión intestinal; crisis agudas de hiper-nitrogenemia con accidentes tóxicos de las nefritis crónicas; quemaduras graves. Análisis que muestra que el papel esencial no es el de la hipocloremia, sino el de la liberación de productos nitrogenados tóxicos. El proceso de migración del cloro hacia los tejidos con hipocloremia e hipocloruria consecutivas parece ser un fenómeno general en el curso de las perturbaciones del metabolismo proteico, cualquiera que sea la causa.

Se observa este proceso en el curso de la intoxicación mercurial. Se ha señalado en el curso de la intoxicación por setas a setas, por los barbitúricos, etc., en el curso de las infecciones, neumonía, infecciones estreptocócicas, etc., circunstancias todas ellas acompañadas precisamente de perturbaciones importantes del metabolismo proteico.

Todo sucede como si se hubiera desarrollado un papel neutralizador de la sal frente a las sustancias nitrogenadas tóxicas. Papel que se manifiesta con regularidad, con tal regularidad en las circunstancias patológicas con hiperproducción de estas sustancias, que se ha pensado si intervenirían en condiciones fisiológicas, si la sal ejercería en condiciones normales una acción reguladora de los cambios nitrogenados.

Sería la utilidad de las inyecciones intravenosas repetidas a dosis elevadas de cloruro sódico en los procesos citados. (*La Presse Médicale*, París, 14 febrero de 1934, núm. 13, pág. 251.)—M. A. C.



## 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 Carlán*.—Los «Avisos» en las provisiones de plazas de titulares, por *Manuel de Frutos Albareda*.—Alerta, inspectores!, por *A. Lozano Borrey*.—Academias y Sociedades.—La Sanidad en el Parlamento.—Factores importantes en el mecanismo y evolución de las artritis.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.—Vacantes.

## BOLETIN DE LA SEMANA

## Saldo de actualidades

Más que fundados han sido nuestros temores de tener que interrumpir esta semana la aparición de EL SIGLO, debido a la huelga de Artes Gráficas, que no sabemos por qué motivo comprendía en el paro a los confeccionadores de revistas técnicas y semanales. Por fortuna, y a última hora, se arregló todo, y, con algún apresuramiento, podemos mantener nuestra comunicación acostumbrada con el público. Nos felicitamos de la terminación de la huelga por muchas y variadas razones, aparte de las que egoístamente nos pudieran corresponder. Hacemos votos por que el caso no se repita, y esperamos mucho del buen juicio y la serenidad de patronos y obreros, que acabarán por comprender que la situación de España no está para este género de problemas, que no debieran existir si, con la energía que es de esperar en los honrados obreros españoles, se pusiera coto a los desafueros de quienes todo lo sacrifican a los impulsos de la pasión política.

\* \* \*

El martes último se reunió en la Academia Nacional de Medicina el Comité organizador del futuro Congreso internacional de Historia de la Medicina, que se celebrará en Madrid en el mes de octubre de 1935. Asistieron a la reunión los Dres. Mariscal, Goyanes, Oliver, Simonena, Márquez, Villaverde, Cortezo (D. Francisco Javier), Aguilar (D. Florestán), Pérez Mateos, Hernández Briz, Piga y Olea (D. Gregorio).

El presidente de este Congreso será el Dr. D. Gregorio Marañón, quien no asistió por haber tenido que salir de Madrid a un viaje urgente profesional.

Se cambiaron impresiones y se tomaron los primeros acuerdos de organización del Comité ejecutivo y nombramiento de Comisiones provinciales.

También se trazó un primer guión de ponencias,

quedando definitivamente admitidas algunas, entre las que recordamos las siguientes:

*Leyendas, tradiciones y costumbres populares médicas en España* (folklore). Para esta ponencia se nombrarán colaboradores regionales.

*Importancia del descubrimiento de América en los progresos de la farmacología*. Ponentes: Sres. Goyanes y Olea.

*Colaboración de los españoles en el descubrimiento de la circulación de la sangre*. Ponente: Sr. Mariscal.

*Correspondencia de la terminología médica latina pre y post-pasteuriana*. Comunicación del Sr. Cortezo (D. Javier).

Los Dres. Aguilar, Márquez y Hernández Briz anunciaron comunicaciones sobre temas de odontología, oftalmología y pediatría.

A través de las primeras impresiones de esta reunión, ya se puede augurar sobre el interés e importancia de este Congreso, que vendrá a fomentar en España los estudios de esta disciplina médica que hoy en día, con el resurgimiento esplendoroso del humanismo médico, tiene en el resto del mundo una vitalidad magnífica.

Pondremos al corriente a nuestros lectores del desarrollo de la organización de este Congreso, al que se piensa que contribuya toda la Prensa médica española, *sin monopolio*, por supuesto, de ningún género.

\* \* \*

De gran acontecimiento profesional puede calificarse el banquete dado en honor de D. Laureano Olivares, al que concurrieron más de 300 personas y en el que se manifestó el caudal de admiración y simpatía que brota en torno de esta ilustre figura médica española, modelo de seriedad profesional y científica y ejemplo preclaro de profesores.

Por motivo del estado político que atravesamos, se suprimieron los brindis en el banquete, y se leyeron numerosísimas adhesiones, terminando el acto con





Grupo de concurrentes al banquete en honor del ilustre académico Profesor Olivares y Sexmilo.

unas emocionadas palabras de gracias del Dr. Olivares.

\* \* \*

También esta semana nos trajo un acontecimiento sanitario de importancia: la aprobación definitiva del paso de los servicios de Sanidad y Beneficencia al Ministerio de Trabajo.

Las Cortes requirieron el *quorum* para esta aprobación y se obtuvo, aunque son de señalar las abstenciones de algunas minorías significadas. Nosotros no suspenderemos por esto la publicación del debate, que finalizó con dicha aprobación definitiva. Nuestra intención ha sido y es que todos los médicos de España se documenten con puntualidad respecto a quiénes tratan y cómo tratan los temas sanitarios en el Parlamento.

\* \* \*

Hemos visto publicada en la prensa la lista de los señores admitidos para tomar parte en las oposiciones a la cátedra de Psiquiatría de la Universidad Central. Distinguidos especialistas y otros de significación más modesta concurren a la noble lucha, y algunos no menos ilustres resultan excluidos por deficiencia de documentación. Indudablemente, la lista ha debido ser confeccionada con algunos errores, porque no com-

prendemos cómo ni entre los admitidos ni entre los excluidos figuran nombres que todo el mundo esperaba y que causa verdadero pasmo no encontrar.

Estamos deseando que se rectifique la lista, porque los comentarios que se hacen son de lo más sabroso.

Por supuesto que uno de los primeros admitidos a la oposición ha sido nuestro querido amigo y compañero de redacción el Dr. D. José María Villaverde.

DECIO CARLÁN.

## Los "Avisos" en las provisiones de plazas de titulares

Cada vez que vemos en la Prensa profesional esos "entrefilets" encabezados con la palabra "Aviso", nos produce su lectura una sensación de amargura tan intensa, que nos lleva de la mano a la conclusión fatal de que nuestra clase está condenada a la irredención.

Porque hay que señalar el hecho de que la más importante actuación de la colectividad medicotitular se ha sintetizado en todas las épocas por una perenne lucha contra los favoritismos de todo género, y se ha clamado constantemente por que se desterrase la arbitrariedad y el caciquismo en los nombramientos de los titulares, recabando con insistencia un remedio definitivo que regulase las caprichosas adjudicaciones empleadas por los Municipios.



Las páginas de las revistas profesionales se hallan rebosantes de incontables escritos propugnando por una reglamentación en la forma de proveer las vacantes. Las Asambleas de la Asociación actual y del antiguo Cuerpo de Médicos Titulares han llevado siempre como tema obligado de sus ponencias "la provisión automática de vacantes".

Y he aquí que una vez conseguido—aunque sea en parte—un cierto automatismo, y dado carácter oficial a una reglamentación, únicamente nos acucia el afán de hallar la manera de burlar esas reglas, haciéndolas ineficaces.

No queremos decir ni pretendemos demostrar que el Reglamento del 7 de marzo sea una obra perfecta; antes al contrario, adolece de muchos defectos—fácilmente subsanables—, pero mientras subsista su vigencia, debíamos todos esmerarnos en respetarle y acatarle, dando a los Poderes públicos la sensación de que somos consecuentes en sostener nuestras demandas y que sabemos refrenar nuestras apetencias personalísimas—supe-ditándolas a lo estatuido—, aun cuando su aplicación estricta nos ocasiona de momento perjuicios individuales.

Es obligación inexcusable contribuir a la necesaria reforma de la reglamentación actual en forma que responda mejor a los anhelos de la clase; es ésta una labor común que redundará en beneficio de todos, y a lograr este objetivo debemos encaminar nuestras actividades; pero de ningún modo malgastemos nuestras energías en sentido contrario, dedicándonos a la insana tarea de escudriñar los procedimientos conducentes a encontrar la manera de que pueda mixtificarse lo poco conseguido.

Ha de ser nuestra norma anteponer en todo momento el bien colectivo al egoísmo individual; hemos de tener verdadero espíritu de sacrificio, como lo poseen y utilizan otras organizaciones de inferior altura cultural pero que, animados del preciso sentido societario y de disciplina, les ha conducido directamente, siempre que se lo han propuesto, a la consecución de sus reivindicaciones.

Meditemos detenidamente el caso de esos compañeros que obtienen una titular al amparo de las disposiciones vigentes, y que al recibir el nombramiento se encuentran prácticamente despojados de su derecho, en virtud de esos fatídicos e inmorales (así como suena) "Avisos", en los que otro "compañero, muy compasivo", les hace la "caridad" de advertirles que renuncien a esa canonjía, porque tiene contratadas las igualas por X tiempo, y porque reúne y le "adornan" tales y cuales méritos, las más de las veces "sonrojantes".

Recientemente, un titular gallego, en *La Voz Médica*, ha calificado a estos "Avisos" de "faltas graves de pudor".

Se ha llegado en este asunto a batir el record, y no es posible tolerar este estado de cosas sin consignar nuestra protesta enérgica, solicitando la cooperación de las agrupaciones profesionales de toda índole, para que con mano fuerte acaben estos anuncios abusivos y se corte el daño en su origen, refrenando impaciencias y haciendo comprender a todos que ya les llegará su hora.

Las Juntas de la Asociación y su organismo directivo deben interesarse en que no se burle la ley tan descaradamente, y en indicar a los compañeros "madrugadores" que atemperen su ritmo al paso que el Reglamento les señala, dejando franca la entrada a los restantes

compañeros, para que todos, en su día, puedan conseguir sus legítimas esperanzas al amparo de procedimientos completamente legales.

También los Colegios Médicos tienen una misión importantísima que cumplir en relación con estos abusos, desautorizando a los compañeros que apelan a esas argucias, y para inutilizarlas, basta consignar en sus Reglamento un artículo que diga: "Nunca igualará el colegiado en un pueblo sin la autorización de la Junta de gobierno; y el igualatorio que hubiera podido hacerse sin este requisito, durante transitoria ausencia o temporal vacante de una titular, deberá ser rescindido en el momento en que aquélla cese o ésta se haya provisto."

Con estas breves líneas quedan anuladas cuantas maniobras se puedan poner en práctica para hacer la vida imposible al titular nombrado legítimamente, pues la base en que se apoya el "caritativo" compañero del "Aviso", de que tiene contratadas las igualas, no tiene solidez, y se puede pulverizar en el acto, ya que por el hecho de estar colegiado tiene la obligación de conocer y cumplir su Reglamento.

En honor del Colegio de Zaragoza, hemos de hacer constar que el artículo transcrito se encuentra comprendido en su Reglamento, y por esta circunstancia no pasan ciertas "artes" en la provincia de referencia, y se guarda con bastante escrupulosidad para quien corresponda el medio de defensa que supone económicamente el igualatorio en los partidos rurales. Desconocemos si algún otro Colegio se halla en el mismo caso.

Y, por último, un ruego a la Prensa profesional: ayuden a esta labor de saneamiento, no dando cabida en sus columnas a esos anuncios "humanitarios" en los que algún "altruista" compañero advierte "desinteresadamente" a sus colegas que no pierdan el tiempo y el dinero en concursar a determinada plaza, porque ellos han arbitrado procedimientos especiales para quedarse bonitamente con el cargo, sin apelación alguna.

Cumplirán con su noble misión periodística y merecerán bien de la clase, si en grandes titulares, repetidas frecuentemente, hacen saber a sus lectores que repudiarán esa clase de "Avisos", pues, respetuosos con la ley y con los deseos constantemente expresados por la clase titular en sus Congresos, no pueden contribuir con sus medios poderosos de difusión a que sea burlada una aspiración vivamente deseada.

MANUEL DE FRUTOS ALBAREDA

## ¡ALERTA, INSPECTORES!

Con ánimo de terminar con estos abusos intolerables en la provisión de vacantes de titulares, hemos iniciado una campaña en *La Voz Médica*, en la cual pedimos la adhesión, por escrito, de cuantos Inspectores municipales de Sanidad estén a nuestro lado, que suponemos serán la inmensa mayoría.

Hora es ya de despertar de este letargo absurdo en el que estamos sumidos, y desechar la pereza que nos invade hasta la medula. No hay que esperar que nadie nos "saque las castañas del fuego", pues somos nosotros mismos los que, con nuestra pasividad, alentamos a nuestros perseguidores.

Pero no queremos usar más palabrería. Preferimos copiar a continuación algunos puntos que orientarán a



nuestros compañeros en la tendencia de nuestra campaña:

Primero. Evitar que un *parvenu* profesional, un nuevo rico de puntos logrados a fuerza de pesetas (cur-sillos para la adquisición de méritos), sea superior al resto de los compañeros sin medios para conseguirlos. Médicos de cuota y médicos de haber.

Segundo. Admitir únicamente los concursos de antigüedad para cubrir las vacantes de tercera, cuarta y quinta categoría. Las de primera y segunda podrían cubrirse, una por oposición, y dos por antigüedad, dejando así margen para los jóvenes estudiosos.

Tercero. Centralización y unificación de las oposiciones. Trimestralmente se proveería por una sola oposición el número correspondiente de vacantes.

Cuarto. Prohibición de que los Ayuntamientos alteren los nombramientos que aconsejen las autoridades sanitarias.

Y otros muchos más puntos complementarios que ya iremos determinando en sucesivos artículos.

El punto esencial de esta campaña es lograr que el Escalafón sea el que decida, en beneficio de todos. De esta manera, todos tendríamos la seguridad de que algún día habríamos de conseguir una titular, y de que otro día podríamos mejorarla.

Somos jóvenes y, por tanto, no nos mueve el egoísmo al iniciar esta campaña, de la que, por lo pronto, poco podríamos obtener. Esperamos que nuestros veintiséis años nos den energías para no darnos pronto por vencidos.

Queremos terminar con muchas cosas. Todos los días nos enteramos de *casos* nuevos.

Y es el Ayuntamiento de Villarrobledo (Albacete) el que, haciendo caso omiso de la decisión del Inspector provincial, otorga la plaza anunciada por concurso de méritos a un compañero con ocho puntos, habiendo 50 que le aventajan en puntuación y, entre ellos, uno con 53.

Y es el Ayuntamiento de Vallirana el que aconseja a los futuros concursantes de su vacante que se abstengan de solicitarla, "ya que ésta puede darse por seguro que quedará concedida al que actualmente lo es en carácter interino".

Y es el Dr. D. P. Amando Hernando el que ha de renunciar a una titular obtenida justamente, porque anteriormente un compañero le había acaparado las iguales.

Y es un anciano médico de la provincia de Madrid, que solicita todos los concursos que se anuncian por antigüedad, y después que le otorgan la plaza escribe al que ocupa el segundo lugar en el concurso para pedirle unas pesetas a cuenta de abstenerse en tomar posesión.

Y es la Inspección provincial de Huesca la que otorga, por compadrazgo, plazas como la de Canfranc.

En fin: que no esperamos sino que todos, como un solo hombre, se adhieran a nuestros propósitos, y tengan en cuenta que para ello no habrán de desembolsar sino los 30 céntimos del sello. No pedimos tanto como la Asociación de Inspectores municipales de Sanidad de la que, hasta ahora, desconocemos el valor y la eficacia de sus gestiones.

Y si bien no podemos aportar un nombre prestigioso en el campo social de nuestra profesión, aportaremos las energías de nuestra juventud para conseguir que todos los compañeros respondan a nuestro "¡Alerta!", primer punto necesario para que nuestras aspiraciones lleguen a un feliz término.

Enviad, enviad vuestras adhesiones, como ya indicaba en el número de *La Voz Médica* del día 20 de febrero, a nuestra residencia: Valderrobles (Teruel).

Allí las espera vuestro compañero,

A. LOZANO BORROY  
Médico libre.

## ACADEMIAS Y SOCIEDADES

### ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Presidencia del Prof. Amalio Gimeno

(Sesión del 10 de marzo 1934.)

#### TRATAMIENTO DEL PTERIGION POR ELECTROCOAGULACIÓN (I).

*Dres. Baldomero y Angel Castresana.*—Si bien la diatermia en oftalmología está en sus comienzos, nosotros la venimos empleando desde hace año y medio en el tratamiento del pterigion. Su técnica es sencilla, sólo requiere ligeras precauciones en los primeros casos a tratar.

Como anestesia utilizamos las instilaciones de cocaína al 5 por 100 con adrenalina al milésimo.

El pterigion tratado por electrocoagulación no precisa vendaje postoperatorio; no deja superficie cruenta, a lo más, se aconsejará al operado la utilización de gafas protectoras los primeros días que siguen a la intervención; la molestia máxima postoperatoria es una hiperemia conjuntival y secreción mucosa que pronto desaparece; no hay el menor peligro de lesionar córnea ni esclerótica.

Hasta la actualidad hemos utilizado la electrocoagulación en el tratamiento de 40 casos de pterigion; ninguno se nos ha presentado todavía con recidiva. El último tratado data de cinco meses. Comprendemos que todavía es pronto para recidivas, pero cinco meses ya son suficientes para la recidiva de algunas de las formas de pterigion operadas.

Por este procedimiento hemos extirpado pterigion en sus formas tenue y carnoso. Le consideramos procedimiento a emplear en pterigion primario tenue y carnoso especialmente por su facilidad, rapidez técnica, exento de complicaciones, especialmente de hemorragias, y excelentes resultados.

*Dr. Marín Amat.*—Si consideramos la clínica del pterigion, hemos de decir que se muestra conforme con su tratamiento por la electrocoagulación, sin olvidar la variable profundidad de acción de esta modalidad de terapéutica física y la labilidad del globo ocular.

Consideramos la electrocoagulación como muy indicada en el tratamiento del pterigion reproducido y en el progresivo, ya que la forma tenue cura bien con la extirpación simple.

*Dr. Márquez.*—Creemos que la electrocoagulación en el pterigion es procedimiento bueno y ha de dar resultado. Esto dista mucho de tratar todos los pterigion por electrocoagulación, posible de realizar en los centros oftalmológicos, pero no en la clínica diaria, mucho más que en ésta basta para su tratamiento oportuno una pinza curva, una tijera, una aguja y un hilo.

(I) EL SIGLO MÉDICO publicará completa la comunicación y la intervención del Dr. Marín Amat en la Sección Científica de la revista.



Hemos de reconocer que, tratando el pterigion por electrocoagulación, la hemorragia no existe.

Creemos de interés recordar algunos métodos ya olvidados del tratamiento del pterigion. Es uno el publicado en la obra de D. Cayetano del Toro, y debido al Dr. Gorguero, de Sevilla, que lo aprendió de su padre, y al parecer es técnica que se remonta a médicos españoles del siglo XVIII. También el tratamiento del doctor Juan Creus.

#### ICTERICIAS HEMOLÍTICAS

(Comunicación de los Dres. Hernando y Pittaluga.—Discusión.)

*Dr. T. Hernando.*—La historia clínica presentada es típica de una enferma de ictericia hemolítica. Tiene todas las características sintomáticas, si bien ninguna es patognomónica. Presenta aumento de pigmentos biliares en sangre; aumento de eliminación de pigmentos biliares por bilis; no tiene pigmentos normales biliares en orina, pero sí bilirrubinuria; disminución del número de hematíes, no sólo en su número, sino también en su tamaño; disminución de resistencia globular; reticulocitos; aumento del bazo; todo ello acompañado de ciertas alteraciones constitucionales.

Finalmente, digamos que ninguno de estos síntomas es característico de la ictericia hemolítica, si bien el síndrome permite el diagnóstico, y en nuestra enferma le presenta de manera completa.

*Dr. Carro.*—El problema de la ictericia hemolítica es obscuro. En el caso presentado el diagnóstico está bien establecido; a él se ha aportado el estudio de cada órgano y el hematológico, así como el resultado de la punción de bazo.

El caso presente, como todos los de esta enfermedad, es un problema de etiología; cada día se da mayor valor a los factores constitucionales, si bien cuando se llega a precisar la posible existencia de sífilis hay que tener especial cuidado en la medicación antisifilítica, por ser estos enfermos muy sensibles a ella y con gran facilidad presentar accidentes terapéuticos.

M. ACEÑA.

#### ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia del Dr. Manuel Arredondo

(Sesión del 12 de marzo 1934.)

#### SONDAJE DE TODA LA CAVIDAD GASTROINTESTINAL

*Dr. J. Regueiro López.*—El sondaje de la cavidad gastrointestinal está limitado actualmente a la investigación del estómago y primera porción del intestino delgado, quedando, por lo tanto, excluido de este medio de exploración la mayor parte del intestino delgado y todo el intestino grueso. Así, pues, bien se comprende la gran importancia que ha de tener en la clínica poder llegar directamente con la sonda a los diversos segmentos de estos órganos, donde asientan procesos de muy difícil localización algunos.

Por medio del sondaje intestinal se podrá estudiar en toda la extensión del intestino los caracteres químicos y citológicos de su contenido, la secreción y lesiones de su mucosa, así como su dirección y longitud y motilidad. Pero todavía resultará más su importancia al poder hacer llegar directamente sustancias que han de actuar con un fin terapéutico.

La técnica, con la que he investigado 10 enfermos, requiere que éstos sean de temperamento dócil, pues la exploración dura varios días, y precisan adaptarse a soportar la sonda y habituarse a masticar. Los enfermos referidos fueron sometidos durante los primeros días a una alimentación blanda (leche, purés, sopas, patatas cocidas y galletas). Pasado este tiempo tomaron algunos incluso carne.

La sonda empleada, con 10 metros de largo y una oliva final, es del tipo duodenal, precisa ser vigilada diariamente a rayos X. El enfermo debe tragar todos los días una cantidad determinada de sonda, pues si la introduce demasiado de prisa forma arrollamientos y nudos que impiden su avance y dan, además, lugar a molestias gástricas que, aunque ligeras, son evitables.

La extracción de la sonda no ofrece dificultad, ya sea por la boca o por el recto.

Una serie de radiografías muy instructivas ponen de manifiesto las diversas modalidades de esta interesante técnica, que ha de representar un gran progreso en la patología gastrointestinal.

*Dr. Gutiérrez Arrese.*—La sonda duodenal, generalmente, se utiliza para exploración, diagnóstico y acción terapéutica sobre duodeno.

El sondaje de toda la cavidad gastrointestinal no es nuevo. Es Einhorn el que lo propone para lavar intestino grueso en ciertos procesos, y evitar así la cecostomía o la apendicostomía. Más tarde, Pansdohr propone el sondaje gastrointestinal para el estudio de la parte final de intestino delgado, en especial de los enfermos de obstrucción intestinal, y fijar así la localización de la estenosis.

Ahora bien, no estamos de acuerdo con el Dr. Regueiro en la necesidad de introducir 10 metros de sonda para realizar el sondaje gastrointestinal. Basta sonda de cinco metros para desde boca llegar hasta el ciego; con sonda de seis metros se llega al ano. Afirmación algo paradójica, pero que la observación permite ver cómo el mesenterio y el intestino delgado se disponen y hacen que la sonda de seis metros haga posible el sondaje gastrointestinal de manera completa. Nosotros en clínica hemos utilizado para el sondaje gastrointestinal sonda de cinco metros, y realizado de manera suficiente.

Todos los que utilizan la exploración o cateterismo duodenal y han de mantener la sonda varios días saben los inconvenientes que ello tiene, en especial la facilidad con que el enfermo puede triturar la sonda. Es por ello la conveniencia y utilidad de emplear protección mediante la boquilla de Pansdohr.

Muy oportuno nos parece la divulgación del cateterismo gastrointestinal. Todos conocemos la utilidad de la sonda duodenal en la exploración radiológica de intestino. Por nuestra parte, diremos que el sondaje gastrointestinal le hemos utilizado con excelentes resultados para el lavado de intestino grueso, muy útil en enfermos con colitis ulcerosa, y en los que hasta hace unos años, y aun hoy, se les propone una cecostomía o una apendicostomía. Con dicho lavado intestinal evitamos estas dos intervenciones, que nosotros consideramos como innecesarias; mucho más que el lavado de intestino grueso realizado dos veces al día con líquidos antisépticos, nos ha proporcionado excelentes resultados.

*Dr. Oliver Pascual.*—Hace unos quince años, en unión con el Dr. Jiménez Díaz, en la clínica del Dr. Redondo, realizamos el sondaje de intestino delgado; paso a paso y en el transcurso de estos estudios fuimos intro-



duciendo en nuestros enfermos cada vez más sonda. Así llegamos a la realización del cateterismo de todo el intestino delgado hasta el ciego.

En aquella ocasión hicimos el estudio sobre casos de dispepsia, de putrefacción, en los que Schmidt aconsejaba las inyecciones de oxígeno. Nosotros, mediante el cateterismo gastrointestinal, conseguimos resultados muy satisfactorios.

La aparición de nuevos métodos, en especial de procedimientos sin otros inconvenientes, nos alejaron del cateterismo gastrointestinal.

En la actualidad, algunos de los inconvenientes que posee el cateterismo gastrointestinal son evitables ayudados de los rayos X, la vigilancia de la progresión de la sonda y la evitación del arrollamiento de la propia sonda, que es su principal inconveniente. El porvenir de este método es enorme: con él podemos estudiar centímetro a centímetro la digestión, el quimismo intestinal. Lo mismo podemos decir en cuanto a tratamiento de afecciones intestinales.

#### ARSENOTERAPIA MASTACIONAL EN SÍFILIS Y SU ASOCIACIÓN MÁS EFICIENTE EN LOS RESTANTES ANTILUÉTICOS

*Dr. Sicilia.*—Lee una extensa y documentada comunicación sobre este tema.

#### COMPROBACIÓN ANATÓMICA DE LA SOMBRA RADIOLÓGICA DEL CAYADO DE LA VENA ÁCIGOS

*Dres. Partearroyo y F. Abelló.*—La interpretación radiológica ha llegado a un extremo de finos detalles. Vamos a dar conocimiento de un hecho que creemos original, pues hasta hoy no se había aportado comprobación anatómica y radiológica de la imagen que en radiología torácica se supone perteneciente a la vena ácigos. Se suponía la interpretación, no se había demostrado.

Los perfeccionamientos actuales de las técnicas radiológicas permiten interpretar sombras que, hasta hace poco, o bien pasaban inadvertidas o eran mal interpretadas.

Ottonello fué el primero que en 1931 describió la sombra del cayado de la vena ácigos, si bien algunos autores atribuyen la prioridad de esta interpretación a Bussi. Esta sombra puede presentar la forma de vírgula, raqueta de tenis, etc.; su frecuencia es de un 14,28 por 100; de un 15 por 100 según Ottonello, y de un 20,5 por 100 según Navarro, Paz y Mut.

Los trabajos de Wechsler atribuyen esta imagen a la existencia de una pleuritis mediastinal posterior. Precisamente los trabajos de este autor nos llevaron a la necesidad de comprobar anatómicamente a qué correspondía definitivamente la sombra del cayado de la vena ácigos.

Todos sabemos que el origen de la vena ácigos a nivel del abdomen es continuación de la vena lumbar ascendente derecha, como también su trayecto y relaciones, sobre todo en lo que se refiere al cayado de dicha vena. Es precisamente el cayado, en su porción horizontal, el que sigue una dirección oblicua de dentro afuera y de atrás a delante. En relación a este cayado se da el origen del lóbulo accesorio de Wrisberg, que se desarrolla cuando aquélla está colocada muy externamente, por lo cual abraza entonces el lugar del pedículo pulmonar a la porción más posterior e inferior del lóbulo superior.

Para esta comprobación anatómica nos valimos de un caso de la enfermería de Chamartín de la Rosa (direc-

tor, Dr. Partearroyo), que presentaba dicha sombra radiológica, y que falleció de la tuberculosis de que era portador. Intentamos en otras ocasiones inyectar dicha vena a través de una vena intercostal, sin conseguirlo. En este caso seguimos técnica distinta: inyectamos la vena ácigos a partir de la lumbar ascendente.

Para llegar hasta esta última vena vaciamos la cavidad abdominal de todas sus vísceras, incluso el hígado, arrastrando el riñón hacia el lado derecho y dejando al descubierto la lumbar ascendente. Por medio de una sonda fueron inyectadas cantidades progresivas de una sustancia opaca (suspensión acuosa de bismuto).

En las radiografías efectuadas después de cada inyección se ve en la primera la mitad del trayecto ascendente de la vena ácigos, así como sus colaterales inyectados; en la radiografía siguiente se observa cómo la sustancia opaca llena sólo el cayado de la vena ácigos, obteniendo una forma más o menos redondeada. En la siguiente radiografía aparece llena la vena cava superior, y una última radiografía muestra cómo la sustancia opaca ha llegado hasta las cavidades cardíacas.

Así que hemos llegado a conocimiento y comprobación de que la explicación de Ottonello es la cierta. Con nuestro material gráfico nos creemos suficientes a demostrar que tal imagen se debe al cayado de la vena ácigos. Conclusión y única demostración práctica, a la que ha tratado de llegar también Bonorino Udaondo, pero en cuyo estudio fracasó.

En nuestros estudios nos falta llegar a la explicación del porqué de la forma radiológica del cayado de la vena ácigos.

Pudiera tratarse de la misma proyección con que llegan los rayos X, proyección paralela a la propia de tal cayado. Es lo cierto que la sombra no es de imagen redonda. Encontramos en nuestro material gráfico que la imagen es elíptica. Acaso pueda suceder que la sangre no se encuentra a tensión suficiente para distender el cayado de la vena ácigos, o también pudiera tratarse de que esta parte de la vena ácigos sigue una dirección de atrás adelante y de fuera adentro, y lo que se marca por la sombra radiológica sea su parte externa. Explicación que no consideramos definitiva, y cuya laguna nos llevará a continuar nuestros estudios sobre la cuestión.

M. ACEÑA.

#### SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

(Sesión del 1.º de marzo.)

MIOPÍA DE REPETICIÓN (I)

*Dr. Renedo.*—La enferma presentada a la Sociedad en la sesión anterior ofrece varias curiosas particularidades clínicas de explicación difícil, y dignas de ser conocidas por la enseñanza que ello puede reportar.

Nuestra paciente ha perdido por completo la visión de su ojo izquierdo durante el transcurso de los años 1929 y 1930.

Por comenzar a perder visión a primeros de noviembre de 1931 su ojo derecho, acude al colega que trató la anterior enfermedad ocular, el cual ordena a la enferma un tratamiento con el que no está conforme, siendo esto y la alarma por lo ocurrido en el primer ojo, hoy ciego, lo que la obliga a presentarse a nuestra consulta en enero de 1932.

(1) EL SIGLO MÉDICO publicará completa esta comunicación en la parte científica de la revista.



En el ojo izquierdo, ciego, nos encontramos un glaucoma simple absoluto.

Nada, pues, queda que hacer en él, puesto que no es doloroso.

En el ojo derecho, y a pesar de la visión igual a la unidad, la perimetría, siguiendo la técnica de B'jerrum y la curva tonométrica, nos permiten sentar el diagnóstico de glaucoma, simple.

Fracasado el tratamiento médico de ensayo, e iniciándose una excavación glaucomatosa, practica una trepanación de Elliot con buen resultado, pudiendo dejar el ojo sin apósito al décimo día y con una visión normal.

De haberse tratado de una infección exógena, siendo la vía de entrada de los gérmenes la cicatriz operatoria, habrían de encontrarse en ésta signos inflamatorios, y el curso seguido hubiera sido más grave.

#### DISCUSIÓN

*Dr. Rivas Cherif.*—Aceptando como muy verosímil la génesis expuesta por el Dr. Renedo, y desechando la idea de un espasmo por la edad de la enferma, interesa del comunicante datos sobre tensión ocular y sanguínea, y sobre la profundidad de la cámara anterior durante los que pudiéramos llamar accesos de miopía, ya que quizá



Presidencia de la Asamblea de Médicos-Maestros, recientemente reunida en el Colegio de Médicos de Madrid.

Una semana después acude alarmada, acusando una gran disminución de visión, que es debida a la aparición repentina de una miopía que, corregida con los cristales correspondientes, vuelven la visión a la unidad.

Quince días después desaparece la miopía, prescindiendo la enferma de las gafas que para corregirla le fueron prescritas.

El mismo fenómeno y con la misma duración se repite un mes más tarde, no habiéndose modificado la refracción en el transcurso de dos años desde el último ataque.

Como génesis de esta miopía de repetición acepta la filtración exagerada de la cicatriz esclerocorneal filtrante que, dando salida al humor acuoso, permitiría un abombamiento y desplazamiento hacia adelante del cristalino, y con ello provocaría un aumento en la refracción total del ojo.

Otra interesante particularidad clínica del caso que se describe es la aparición, año y medio después de la operación, de una endoftalmía metastática de carácter y evolución benignos, y consecutiva a un fuerte ataque gripal.

Un tratamiento corriente de lactoproteína, atropina-dionina-color ha logrado yugular el proceso, sin quedar más reliquia que aislados precipitados en la membrana de Desceme, siendo la visión en la actualidad normal y sin que el glaucoma haya progresado.

Respecto a la génesis de esta inflamación endocular, limitada a segmento anterior y de curso benigno, la considera de naturaleza endógena y consecutiva a un fuerte ataque gripal que sufrió la enferma cuatro semanas antes de la operación de los síntomas inflamatorios.

podieran explicar la esencia del cambio de refracción observado.

*Dr. Arjona.*—Entre las modificaciones agudas de la refracción son muy curiosas las observadas en la diabetes, y más particularmente las hipermetropías aparecidas en los diabéticos al comienzo del tratamiento insulínico, habiendo tenido ocasión recientemente de observar tres casos de esta naturaleza.

Se inclina a aceptar la naturaleza endógena de la infección sufrida por la enferma objeto de la comunicación, por los signos clínicos señalados por el comunicante y por el curso benigno seguido, que contrasta con el muy grave de los de origen exógeno, de los que he tenido ocasión de ver uno con fatal evolución.

*Dr. Marín Amat.*—Juzga de interés conocer si las modificaciones de la refracción coincidieron con el período menstrual que tanta influencia suele ejercer sobre la tensión ocular, y de igual modo si durante los accesos miópicos estuvo sometida la paciente a la instilación de miósicos, ya que pudiera tratarse de un espasmo de la acomodación.

El humor vítreo, haciendo presión sobre el cristalino, pudo desplazarle hacia adelante y a la vez aumentar la curvatura, modificaciones que no se excluyen aun cuando opine que el simple desplazamiento no aumenta la refracción.

Además, y tratándose de un exceso de filtración con baja tensión ocular, parece lógico que la córnea se aplane, neutralizando este aplanamiento con creces la eventual disminución del radio de curvatura de cara anterior de cristalino.

La infección ha debido ser de naturaleza endógena, a



pesar de lo tardía, un mes después del ataque-gripal, creyendo no es preciso que la infección se haga evidente en la puerta de entrada en las de naturaleza exógena.

*Dr. Renedo.*—Las sugerencias de los señores que han hecho honor a la comunicación la completan y realzan en mucho su escaso valor.

Practicar una tonometría por simple interés científico con posible daño del enfermo, ya que la maniobra podía alterar aún la cicatriz, es cosa no aconsejable, siendo preferible la abstención. En todo momento la profundidad de la cámara ha sido pequeñísima, apareciendo el iris antes y después de la intervención casi pegado a la córnea.

La explicación patogénica en los casos aludidos por el Dr. Arjona le parece vaga, ya que los internistas se limitan a aceptar modificaciones en el músculo ciliar, cuya acción es análoga a la fisiológica de la acomodación.

La génesis que acepta el comunicante, además de ser perfectamente lógica, es precisa, huyendo de vaguedades. Recordando que se trata de una menopáusica, queda excluida la posible relación con los menstruos, no creyendo hable en pro de un espasmo ni la edad de la enferma ni la amplia irisdectomía practicada.

La ausencia de todo indicio reaccional en la cicatriz la considera de gran valor para excluir la naturaleza exógena de la infección tardía.

#### ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

Esta Academia celebrará sesión el miércoles 21 de marzo de 1934, a las siete de la tarde, en el Dispensario Olavide, Sandoval, 5, con el siguiente orden del día:

- 1.º Discusión de la comunicación del Dr. Orbaneja.
- 2.º Dres. Miró y Garza: Prueba de la histamina en la lepra.
- 3.º Dr. Miró: Bacilemia leprosa (método de Markianos).
- 4.º Dr. Tomé Bona: Sífilis y accidentes del trabajo.
- 5.º Dr. Sáinz de Aja: El problema de la esterilización.
- 6.º Dr. Solla: Depilación diatérmica.
- 7.º Dr. Cuesta: Virusterapia rábica a las algias tabéticas.

#### HERMANDAD DE SAN COSME Y SAN DAMIAN

(Conferencia del padre Laburu, 14 marzo 1934.)

##### EL FACTOR VOLITIVO Y LA FORMACIÓN DEL CARÁCTER

Después de breves palabras de presentación del presidente de la Hermandad, comenzó el padre Laburu definiendo el carácter como producto permanente de múltiples factores somáticos y psíquicos. Prescindiendo de los primeros, y ateniéndose solamente al volitivo entre los segundos, lo diferenció como irreducible a imágenes, emociones, sentimientos y pensamiento, según las teorías de Wickotte, Brün, Dürr, Pplender, Schawartz y Acts, que fué el primero en demostrar experimentalmente la existencia del acto puro de la voluntad. Este pertenece al psiquismo superior del hombre.

Pero no es absoluto, sino producto de factores anteriores o prerequisites internos. El principal es el conocimiento, por aquello de que "nihil volitum quin prae-cognitum". La inteligencia es la que presenta el "motivo" del querer, o sea el "valor" o "valores" asequibles a la voluntad. Se entiende por "valores" aquellas realidades subjetivas que la inteligencia percibe como bienes para el sujeto. Estos bienes tienen su clasificación o jerarquía; así es que unos se posponen o anteponen a los otros. A veces hay lucha bien visible entre unos y otros.

Los hay inmediatos y mediatos, concretos y abstractos, presentes o sensoriales y futuros o intelectivos. Un valor superior abstracto y futuro puede presentarse a la vez con valores inferiores presentes y sensoriales; pero también pueden darse en oposición. Este dualismo de valores encierra el dramatismo moral tan estudiado por los psicoanalistas.

Los valores religiosos son reales y no sentimentales, además de ser eternos. Los "motivos" son tanto más adecuados para mover la voluntad, en cuanto presentan valores de mayor magnitud, mayor extensión y mayor duración.

El problema de la formación del carácter es un problema de voluntad, y el problema de la energía de la voluntad se reduce al valor de los "motivos". Su magnitud debe ser objetiva, y con eso se destierran los subjetivismos. El valor es tanto mayor cuanto más bien representa para la voluntad.

La duración de los motivos, o sea la fijeza del valor en el tiempo y su invariabilidad, es condición importante, porque sólo así dura la eficacia del propósito. El juguete del niño no tiene magnitud ni duración. El inadaptado social se distingue por su carencia de horizonte temporal psíquico. Pero aunque el objeto tenga valor en sí, si el sujeto lo pierde de vista, si no lo tiene presente, para él carece de valor en el momento de obrar y, por lo tanto, no es "motivo" para su voluntad.

Para fortalecerla, además de la duración del motivo, es necesaria su extensión, que se extienda a las demás relaciones del vivir. Un hombre que es honrado por un "motivo" solo, dejará de serlo cuando su acto volitivo salga del campo de ese motivo unilateral y entre en los múltiples motivos de las acciones humanas.

Así, la multiplicidad de los motivos para las distintas modalidades del vivir se obtiene por la presentación de los motivos parciales traídos al campo de la conciencia. Esto puede debilitar el acto volitivo; por eso deben integrarse en un motivo único, universal y supremo; hay que estructurarlos en todas las relaciones del vivir. Esto se da en la contemplación.

Y no basta que esos valores se vean en su realidad objetiva y externa al yo; es preciso, además, "subjetivarlos", o sea integrarlos en el psiquismo propio, de modo que formen parte de la propia personalidad. El método ideal de subjetivación del valor en el psiquismo es la vía intelectual.

En primer lugar, esto da fijeza metafísica a los motivos; dos y dos hacen cuatro siempre; en todas partes, en toda edad, en todo estado de ánimo. Esta es la vía propia de hombres, ser racional. Se puede utilizar la imaginación y la efectividad; pero la voluntad debe formarse a base de razón. La fuerza del sentimiento es grande; pero no se puede dejar la voluntad a merced del sentimentalismo fluctuante y tornadizo. Balmes ha



¿CUANTOS METODOS O SISTEMAS HA VISTO VD. PRECONIZAR Y PRONTO DESAPARECER EN LA TERAPÉUTICA DE LAS TOXI-INFECCIONES ENDO-DIGESTIVAS?



SOLO QUEDA UNO SIEMPRE EN PIE PARA EL MEDICO PRACTICO QUE NO SE DEJA LLEVAR DE LA FALAZ IMPRESION DEL MOMENTO

# EL FEBROXIL CERA

NI PANACEA, NI INEFFECTUAZ, NI JAMAS PELIGROSO NI CONTRAPRODUENTE, QUE HA HECHO CLAUDICAR A CUANTOS FUERON ESCEPTICOS SISTEMATICAMENTE

**ANTE UNA EBERTHIANA O COLIBACILAR**  
¿CUANTOS MEDICOS NO HAN VUELTO AL FEBROXIL CERA DESPUES DE FUNESTOS FRACASOS QUE HUBIERON PODIDO EVITAR?

PRESCRIBA VD. SIEMPRE EN SU PRIMERA VISITA FUNDAMENTALMENTE **1 FRASCO GRANDE FEBROXIL CERA** Y HABRA HECHO LABOR MUY EFICAZ PARA VD. Y PARA SU ENFERMO.

LABORATORIOS CERA S.A. VICO 18 Y COPÉRNICO 35 AL 39.  
BARCELONA



ATLA  
BOLOGNA

# ANTISPASMINA COLICA

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



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

**EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO**

LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

Cada pildora contiene

|                 |        |
|-----------------|--------|
| Papaverina      | 1 cigr |
| 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

# GYNOCALCION

**ACCIDENTES DE LA PUBERTAD    ACCIDENTES DE LA MÉNOPAUSIS**

**LABORATORIOS CORTIAL 15. Boul. Pasteur. PARIS**

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



expuesto admirablemente este aspecto del acto volitivo. El sentimiento influye sobre la voluntad, es un valor que refuerza y se añade a los valores reales; sin embargo, así como en muchos casos es el motor, en otros es antagónico a los verdaderos valores.

En definitiva, la voluntad libre no depende próxima e inmediatamente más que de los motivos que se hallan presentes en la conciencia. De ahí que entran nuevos factores y son los reproductivos (memoria). Pero a su vez estos factores reproductivos pueden estar inmediatamente bajo el influjo de la voluntad, que puede eliminarlos conscientemente del campo de la conciencia con tendencia determinada o hacerlos revivir con procesos asociativos, por medio de la meditación.

Así, pues, la eficacia del propósito no depende de la energía con que se hizo, sino de la presencia de los motivos y razones por las cuales se hizo. Por el mero hecho de haberse concebido, ninguna fuerza tiene para mover la voluntad en el futuro. Cuando desaparecen estos motivos de la conciencia, la voluntad vuelve a la influencia del psiquismo inferior y el hombre deja de ser hombre.

Como advertencia de método hay que añadir que la fisiología se aprende no en disquisiciones de escritorio, sino examinando los órganos y su funcionamiento. Del mismo modo, la psicología debe desprenderse de todo apriorismo y estudiar el funcionamiento de las facultades psíquicas con métodos experimentales. Sólo lo real es verdad.

#### INSTITUTO DE MEDICINA PRACTICA

(Conferencia pronunciada el día 12 de enero de 1934.)

LAS REACCIONES FÍSICOQUÍMICAS COMO BASE DE LA FARMACODINAMIA, POR EL DR. BASCOMTE LAKANAL

Nos concretamos a tres tipos de ellas:

a) *Permeabilidad*.—Puede estar aumentada o disminuida. La aumentan los lípidos y saponinas y el desoxicoato sódico, substancia que es hemolítica. También las hormonas actúan en este sentido, y así tenemos a la adrenalina, insulina y tiroxina, que aumentan dicha permeabilidad, cosa comprobable en los capilares nutricios de la rana. En cambio, los anestésicos generales y locales y los hipnóticos rebajan dicha permeabilidad. No todos los tejidos responden igual a estas acciones, y así es como los anestésicos, que rebajan la permeabilidad en las células nerviosas, la aumentan en las células musculares.

b) *Tensión osmótica*.—Gallender, estudiando la acción midriásica de la atropina, la observa que es más rápida con soluciones hipotónicas y más lenta con las hipertónicas, siendo inactivas las soluciones isotónicas. La tensión osmótica puede poner trabas a la absorción, como sucede con la adrenalina respecto a la novocaína (acción favorable) y a la estrocinina (acción perjudicial).

c) *Reserva alcalina*.—La estrocinina y la cocaína como anestésicos refuerzan su acción al aumentar la reserva alcalina, así como la quinina, cafeína y ortonitroanilina. Benefician a la disminución de la reserva alcalina los hipnóticos, anestésicos generales, bromuros y cloral, la avertina y la cloralosa.

## La Sanidad en el Parlamento

*Continuación del debate sobre convalidación, con fuerza de ley, del Decreto incorporando al Ministerio de Trabajo los Servicios de Sanidad y Beneficencia.*

El Sr. SALVADOR Y CARRERAS: Cuando el Gobierno hizo público su deseo de traspasar los servicios de Sanidad y Beneficencia desde el Ministerio de la Gobernación al de Trabajo, toda la Prensa, con una unanimidad impresionante, se mostró contraria al traspaso. Esta primera advertencia no quiso tenerla en cuenta el Gobierno, y vino a la Cámara con un proyecto de ley, que es el que ahora estamos discutiendo, proponiendo el traspaso de esos servicios de Gobernación a Trabajo.

En el seno de la Comisión se estudió este proyecto de ley, y todas las representaciones parlamentarias, menos la radical (ésta, por razones políticas, seguramente), estuvieron conformes en desechar el proyecto de ley. Esta es la segunda advertencia que el Gobierno no quiso tomar en cuenta.

Ahora estamos en el trance de votar este voto particular, y yo tengo que manifestar que ni personalmente ni en la representación que ostento en la Comisión he tenido el menor deseo de contrariar al Gobierno en este asunto; al contrario, he procurado darle toda clase de facilidades; pero a nosotros se nos ha aducido, como razón fundamental en favor del proyecto, la de que este traspaso iba a ser provisional, para después crear el Ministerio de Sanidad, y nosotros hemos dicho: "Entonces, vayamos ahora a la creación de este Ministerio; mas lo que no debemos hacer es traspasar en este momento esos servicios de Gobernación a Trabajo, para después sacarlos de este Ministerio y llevarlos al que se cree de Sanidad. Esto nos parece inconveniente, caro y entorpecedor."

No hemos penetrado a fondo en el aspecto legal de esta cuestión; pero si lo hubiéramos hecho, habríamos podido comprobar cómo en la Memoria justificativa del proyecto de prórroga de Presupuestos hay una falsedad, porque se da como convalidada la disposición gubernativa que ordenó el traspaso por la propia ley de prórroga de los Presupuestos, y esto es tan inexacto, que se ha tenido que traer después un proyecto de ley para convalidar ese Decreto.

No quiero insistir en estos aspectos, y lo único que he de decir es que mi voto tiene que ser desfavorable a la propuesta del Gobierno y conforme con el voto particular de la minoría socialista, porque, además, estoy convencido de que el único arreglo discreto de la cuestión sería que en un posible cambio ministerial, el señor Ministro de Trabajo pasara a ser Ministro de la Gobernación. En ese caso, los servicios de Sanidad y Beneficencia irían dócilmente al Ministerio de donde no debieron salir, porque estoy seguro de que si el señor Ministro de Trabajo fuera nombrado titular de la cartera de Marina, esos servicios de Sanidad y Beneficencia, por ejemplo, la lucha contra el paludismo y la inspección de una Fundación particular en Villafranca de los Barros, tomarían súbitamente un marcado carácter náutico. (*Rumores.*)

El Sr. Ministro de TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL: Pido la palabra.

El Sr. PRESIDENTE: La tiene S. S.

El Sr. Ministro de TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL:



(Estadella): Señores Diputados: he oído con recogida atención los discursos que se han pronunciado en la Cámara en la tarde de ayer y en la de hoy impugnando el proyecto de ley que nos ocupa, y he de declarar, con la sinceridad transparente que debo al Parlamento, que en esos discursos no he visto ni siquiera una figura argumental, de trazos lo suficientemente lógicos, que inviten al Gobierno a una rectificación de parecer. Estamos, pues, donde estábamos. El Gobierno sigue creyendo en la imprescindible necesidad del traspaso de los servicios de Sanidad y de asistencia pública al Ministerio de Trabajo y Previsión Social. ¿Por qué motivos, por qué razones? No creo oportuno, Sres. Diputados, lo hace innecesario la cultura de la Cámara; no creo oportuno, repito, disertar aquí sobre la trascendencia política, económica y social de la Sanidad y de la asistencia pública; como no creo tampoco preciso remarcar la necesidad que hay de reconocer a esas disciplinas el rango que ellas merecen y de elevarlas a la categoría de entidades de Gobierno. Esto, que lo hicieron ya otros países adelantándose al nuestro, aquí en España constituye una necesidad imperiosa. Si alguien dudara de ello, con sólo exhibirle unas cuantas estadísticas de morbilidad comparadas de nuestro país, y con sólo hacer resaltar la influencia que estas estadísticas ejercen en la esfera del trabajo, de la economía, de la intranquilidad social y de la delincuencia nuestra, con esto sólo me haría la ilusión de llevar al convencimiento a los menos dispuestos a entrar en él. Pero la Cámara, señores, no es un sitio muy a propósito para glosar las estadísticas. Las estadísticas entiendo yo que se hicieron para ser meditadas, analizadas, sopesadas en la serenidad del estudio. Además, creo que a los Sres. Diputados no les hace falta esta lección de la estadística; basta solamente con que dirijan su mirada sobre el panorama de nuestro país, que vean nuestras ciudades y nuestros pueblos, especialmente nuestros pueblos, la mayoría de las cuales están completamente abandonados sin haber recibido protección sanitaria alguna. Pueblos de calles que son como grietas fangosas y malolientes, de chozas insalubres, en donde viven en una simbiosis, en una mezcolanza horrenda, hombres y bestias; pueblos que no han recibido nada de la cultura ni de la higiene; pueblos a los cuales la ciudad no hizo jamás ninguna ofrenda progresiva, que sólo recibieron de la ciudad el alcoholismo, la lúes, la tuberculosis, etc., por conducto de los mozos que volvían del cuartel o de las muchachas que retornaban del servicio doméstico; enfermedades que han llegado allí, y que por no haber encontrado ni un solo muro de contención se han expandido a su voluntad. Y bien, yo digo a la Cámara que en esos pueblos se fragua el desgaste, la ruina física y moral de la raza nuestra, y que es necesario, absolutamente necesario, correr a ellos en auxilio de tantos males. (*Muy bien.*)

Y eso es así por lo que a la Sanidad hace referencia; nada digo a la Cámara por lo que se refiere a la asistencia pública. Ahí están esas colas infinitas, dolorosas, de enfermos que esperan a la puerta de hospitales y sanatorios turno para ingresar en ellos, y que mueren antes de que el turno les haya llegado. Ahí están esas falanges de mujeres semihambrientas, enfermas, desconociéndolo ellas mismas, con las entrañas fecundadas en tiestos, macetas, donde florece una ciudadanía que forzosamente ha de ser morbosa; ahí están esos manicomios pestilentes, hacinados, verdaderos depósitos de carne enferma, en donde la inteligencia des-

viada no recibe el apoyo respetuoso y caritativo que el Estado le debe.

Yo no quiero reforzar con pinceladas de sangre esos cuadros trágicos. Yo sólo he de decir que el Gobierno se da cuenta de la magnitud de este problema, de su extensión y de su profundidad, y que cree en la necesidad imperiosa y absoluta de correr en su auxilio. Por eso el Gobierno es de opinión que precisa crear cuanto antes el Ministerio de Sanidad y Asistencia pública; pero el Gobierno ha querido que a esta empresa magna le precediera un período de preparación para recoger todas las disciplinas sanitarias que andan dispersas en los otros Departamentos ministeriales, y conectarlas, ordenarlas, verlas de cerca, conduciéndolas de tal suerte, que rindan una mayor eficacia dentro de la mayor economía posible. En este período provisional, en este interregno—se pregunta al Gobierno—, ¿dónde han de situarse esas disciplinas? Y la contestación que se ha dado ha sido la lógica: en aquel Ministerio cuyos servicios tengan una mayor analogía, una mayor posible coordinación con las disciplinas de carácter sanitario y de asistencia pública. Y le ha parecido al Gobierno que ese Ministerio no era el de la Gobernación. El Ministerio de la Gobernación ofrecía a la Sanidad y a la asistencia pública un ambiente saturado de preocupación por el orden público, con muchos fusiles, tricornos y ametralladoras y con una complicada pirámide de expedientes de administración local. En el Ministerio de la Gobernación no ha visto nada absolutamente que esté conectado ni a la Sanidad, ni con la asistencia pública. En cambio, en el Ministerio de Trabajo sí que ha visto esta analogía de funciones a realizar; la ha visto, y esto no ha sido una improvisación del Gobierno, no lo ha inventado el Gobierno. Hay ya en muchos pueblos de Europa Ministerios que se llaman de Sanidad, de Trabajo y de Previsión social: Francia, Polonia, Hungría entre ellos.

Hasta aquí, en nuestro Ministerio de Trabajo, por razones fáciles de explicar—la alusión no contiene ni siquiera un intento pálido de censura—, las preocupaciones han consistido en entender en cuestiones de horarios, en cosas de salarios y, en general, de bases de trabajo; pero el Ministerio de Trabajo, hasta aquí, se ha preocupado muy poco de las cuestiones que hacen referencia al ambiente del trabajo mismo, al ambiente en donde el trabajo se desarrolla y tiene lugar. No se ha estudiado al obrero como ente biológico de la producción (*Rumores.*); apenas si se ha tocado lo referente a enfermedades profesionales; no se han hecho estudios demográficos comparativos por profesiones; no se ha estudiado nada sobre la potencialidad, sobre la capacidad de trabajo de la mujer y del niño; no se ha estudiado nada en orden a la alimentación del obrero ni en orden a la vivienda del obrero. (*Rumores en la minoría socialista. El Sr. Menéndez pronuncia palabras que no se perciben.*) Y todo esto entra de lleno en el área de las cosas sanitarias y de la asistencia pública, y le parece al Gobierno y me parece a mí que no es ningún dislate situar las cosas de Sanidad y de asistencia pública, al igual que lo hacen otras naciones con títulos tan progresivos o más que los nuestros, en el Ministerio de Trabajo. Yo creo que los Diputados que más cariño muestran en España por este Ministerio, en vez de salirnos al paso con su censura, deberían de estar agradecidos a nuestra aportación.

Pero hay más: al lado de la Sanidad va la Asistencia



pública, y al lado del Trabajo va la Previsión social, y yo pregunto a los Sres. Diputados: ¿Es posible, estudiándolo a fondo, haciendo un análisis profundo de la cuestión, mostrándola sin apasionamiento, es posible, a estas alturas, separar los conceptos Sanidad, Asistencia pública y Previsión social? No. Yo os diré que en el go por 100 de los Ministerios de Sanidad que existen en el mundo (aquí tengo los datos por si fuera preciso leerlos) la Previsión social figura al lado de la Sanidad, y, como decía aquí antes un orador (*El Sr. Simón y Castillo pide la palabra.*), ese criterio no es una herejía, ni mucho menos; no lo será desde el momento en que la misma Unión General de Trabajadores de España, en la Conferencia que celebró en Madrid en octubre de 1932, aprobaba por unanimidad una ponencia en la que se dice de una manera clara y taxativa, que no da lugar a dudas, que "los servicios de Sanidad y de Asistencia deben quedar vinculados en una única organización de categoría administrativa suficiente, en un Ministerio, para permitir la mayor autonomía posible", y que "de este Ministerio deben depender, como minimum, tres Direcciones técnicas: una de Sanidad, otra de Asistencia y otra de Previsión". "Esta ponencia —afirma después— considera que la Previsión social debe incluirse en el Ministerio de Sanidad." ¿Puede estar esto más claro? Pero es que, además, yo sostengo que no puede haber Sanidad sin Previsión, ni Previsión asequible en un país con altos coeficientes de morbilidad que hacen muy caras las primas de los seguros, por ser muy elevado el riesgo.

No la hemos inventado, pues, esta fusión nosotros. Lo que hay, Sres. Diputados, es otra cosa que yo he de decir aquí: lo que hay es que el hecho de que se pretenda trasladar la Previsión a la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia pública ha alarmado a muchos intereses creados. Hay en España una infinidad de instituciones de carácter social que cumplen una función merísima, que tienen unos prestigios que nadie se los puede ni se los quiere regatear, y estas instituciones han creído que con la inclusión de la Previsión en la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia pública serían atacados la independencia y los prestigios, y quizá trastornado o desfigurado el funcionamiento y la labor que practican dichas instituciones. Yo he de decir de manera clara y categórica que éste no es el pensamiento del Gobierno, que el Gobierno no se propone hacer eso; antes al contrario, yo proclamo desde aquí que estas instituciones de carácter social continuarán teniendo la misma independencia y la misma autonomía que gozan en la actualidad, y que el Gobierno ve con suma complacencia esas instituciones. Lo que lamenta el Gobierno es que esas instituciones no sean más numerosas y más frondosas en nuestro país.

Por lo que hace referencia a otras instituciones de carácter social, al Instituto Nacional de Previsión, pongo por caso, yo he de decir que el Gobierno es el primero que se siente orgulloso del funcionamiento de este organismo y el primero que está dispuesto a conservar su autonomía y su libertad de movimientos; pero, entendiéndose bien, Sres. Diputados: su autonomía, no su independencia; y hay que tener en cuenta que de las funciones de la Previsión social, lo menos el 75 por 100 son de carácter eminentemente sanitario, pues la protección a la madre, la protección a la infancia, los auxilios a la enfermedad, a los accidentes del trabajo, a la in-

validez, etc., aquí y en todas las partes de mundo son de carácter eminentemente sanitario. Dentro de la Previsión hay otros aspectos, otras funciones a realizar: por ejemplo, las que hacen referencia al retiro obrero, las que hacen referencia al paro forzoso, etc., etc., éstas, en cambio, caen de plano en el área propiamente dicha del Trabajo; y todavía hay un tanto por ciento pequeño, que son los seguros mercantiles, mucho más ajenos todavía a la función de la Sanidad. Pues bien, como el 75 por 100 de estas funciones de Previsión social son de carácter eminentemente sanitario, por eso creíamos nosotros que no cometíamos ninguna herejía trasladando la Previsión social a los ámbitos de la Sanidad y de la Asistencia pública. ¿Despierta esto recelos? Pues el Gobierno está dispuesto a aceptar cualquier fórmula que salve esos recelos y esas inquietudes.

Nos encontramos con unos órganos de Previsión social ya instituidos. ¿Qué vamos a hacer con ellos? ¿Fracturarlos, pulverizarlos, dividirlos, para dar a la Sanidad lo que es de la Sanidad y al Trabajo lo que es del Trabajo? Eso me parecería un supremo dislate. Quizá la solución podría consistir en colocar todo lo que a Previsión hace referencia en un punto equidistante entre la Sanidad-Asistencia pública y el Trabajo; quitarlo de visión hace referencia en un punto equidistante entre la Sanidad-Asistencia pública y el Trabajo; quitarlo de la Subsecretaría de Sanidad y de Asistencia pública y hacer que la Previsión, con su núcleo principal, que es el Instituto Nacional de Previsión, dependa directamente del Ministerio de Trabajo. Si esta solución satisface a los Sres. Diputados, el Gobierno, desde luego, la acepta, porque esta solución está de acuerdo con los propósitos que inspiraron ese proyecto de ley, y si apaga inquietudes y recelos que el Gobierno no quiso encender, mejor que mejor. „

Sepa, de todas suertes, la Cámara que al Gobierno no le alientan otros deseos; que cuando va a eso no lo hace guiado por un espíritu de partidismo, sino dejándose conducir por el deber, para él sacratísimo, de atender esas necesidades de carácter nacional que piden a voces una intervención por parte del Estado. Este es, en este aspecto concreto, el pensamiento del Gobierno, Sres. Diputados y Sra. Nelken. Y al dirigirme personalmente a S. S., permítame que, no en tono de censura, ni mucho menos de reproche, sino de lamentación, le manifieste que me extraña que el talento, la cultura y la fina sensibilidad de S. S., en vez de distraerlos en esos escarceos polémicos, meramente partidistas, no los ofrezca al Gobierno para colaborar en esa obra de dignificación humana, en esa obra de justicia social que el pueblo, sin distinción de matices, espera de nosotros. (*Muy bien. Aplausos.*)

La Sra. NELKEN: Pido la palabra para rectificar.

El Sr. PRESIDENTE: Sra. Nelken, han hablado todos los individuos de la Comisión, aunque el Reglamento no autoriza sino a uno solo de ellos. Sus señorías han explicado perfectamente sus respectivas actitudes. Yo invito a S. S. a que facilite la misión de la Presidencia dejando que se vote ahora el voto particular, y en la discusión de totalidad yo ofrezco a S. S. un turno para que pueda intervenir y explicar todo lo que quiera.

La Sra. NELKEN: Agradezco mucho al Sr. Presidente el ofrecimiento que me hace, que, al fin y al cabo, es un derecho de todo miembro de la Comisión. Yo únicamente pregunto, y perdone la Presidencia si peco de



pesada y de insistente: ¿Tengo derecho a rectificar o no? Si no lo tengo, me callo.

El Sr. PRESIDENTE: No lo tiene S. S.

La Sra. NELKEN: Perfectamente."

Hecha por el Sr. Secretario (Alfaro) la pregunta de si se aprobaba el voto particular de la Sra. Nelken, se pidió por suficiente número de Sres. Diputados que la votación fuera nominal.

El Sr. PRESIDENTE: Será nominal, debiendo entenderse que los Sres. Diputados que voten "sí" lo hacen a favor del voto particular. Comienza la votación.

Verificada en esta forma, fué rechazado el voto particular por 183 votos contra 55.

(Continuará.)

## Factores importantes en el mecanismo y evolución de las artritis.—Complicación de la blenorragia en el hombre adulto

El importante trabajo de James Cahen (*The Urologic and Cataneous Review*, 1933, página 217) nos ilustra sobre el mecanismo de estas afecciones y, sobre todo, sobre el tratamiento de sus complicaciones.

Encontramos la confirmación que las artritis gonocócicas son más frecuentes después de las uretritis que en las otras complicaciones gonocócicas. Son frecuentemente producidas por traumatismos de la uretra; lavajes a demasiada presión, dilatación brutal de la uretra por beniqué. Aquí volvemos a encontrar las funestas consecuencias de un tratamiento mal dirigido.

Los traumatismos articulares o una afección articular anterior, como el reumatismo articular agudo, juegan a veces un papel localizador.

La evolución de las artritis puede ser más o menos larga, según la importancia de las metástasis.

Cuando la metástasis es poco importante, única, la artritis reproduce el cuadro de la poliartritis blenorragica o de la monoartritis aguda.

Cuando la metástasis es más importante, única, realiza el cuadro de una artritis blenorragica pseudoflegmonosa.

Cuando las metástasis se producen, pueden haber recidivas de la artritis o nuevas localizaciones articulares.

En fin, el autor enseña que deben tratarse al mismo tiempo el foco metastático y el foco primitivo, foco que será encontrado ya en la próstata, ya en las vesículas seminales, ya también en la uretra.

Conocemos las lamentables consecuencias de los lavajes. Barbellion ha demostrado la ineficacia de la vacuoterapia. Para tratar las artritis, aparte de un tratamiento quirúrgico, que algunas veces se impone, es muy conveniente recurrir a los antisépticos internos, así como también a los balsámicos. N. Fiessinger se ha levantado contra la tendencia que tienen los médicos actuales de utilizar la vía endovenosa, y aprecia que, por lo que concierne a la exametilenotetramina en particular, es absolutamente inútil introducirla por las venas. Esta práctica ha producido los numerosos accidentes señalados por Goetz, Weinzeirel, Schawb, Péry, Cantorné, etc. ¿Por qué, pues, emplear aquí la vía venosa, cuando la *eumictine* puede darse fácilmente, con resultados siempre constantes? La *eumictine* es, en efecto, una asociación bien definida de santalol, salol y exametilenotetramina, en un

compuesto de gluten, que permite a estos antisépticos respetar la mucosa estomacal.

Por otra parte, no está probado que la acción del formol naciente llevado en el torrente circulatorio sea más durable ni más eficaz. De un manera general, la eliminación del formol producido por la exametilenotetramina es más prolongada por absorción por la vía bucal, lo que parece demostrar que la acción es más durable (Albano).

La *eumictine* permite de esta manera tratar eficazmente las causas de las artritis, permitiendo sobre todo evitarlas. En efecto, gracias a su triada urinaria, se observa la desaparición de estos catarros y el moco purulento de la mucosa uretral. La orina reaparece limpia, y bien pronto los filamentos mismos acaban por desaparecer, condiciones todas ellas indispensables en la cura de los focos secundarios y las complicaciones metastáticas.

## GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,1; ídem mínima, 691,5; temperatura máxima, 16°,8; ídem mínima, 1°,2; vientos dominantes, SO. y OSO.

Nueva depresión barométrica tenemos que registrar. Su alcance es aproximadamente igual al de la que apuntamos hace quince días, pero se ha producido de un modo más lento. No obstante, los procesos respiratorios han persistido y con carácter más grave que antes, traducido en un aumento de mortalidad.

En los niños han sido frecuentes las bronquitis y las anginas. El sarampión persiste.

## CRONICAS

**Primer Congreso Nacional de Sanidad.**—Con el presente número adjuntamos tres prospectos del Congreso Nacional de Sanidad que se celebrará en mayo en Madrid. En uno de ellos verán nuestros lectores las ponencias oficiales, en otro el Boletín de inscripción y en el último el Anuncio de Comunicaciones. Por su interés recomendamos la lectura.

**Indicaciones del Forceps y Técnica operatoria del mismo,** por el doctor Pons y González. Prólogo del doctor D. P. Ramón y Cajal.—4 pesetas ejemplar.

**Tratado práctico de Etiqueta y distinción social,** 5.ª edición. Distribución esmerada por asuntos.—4 pesetas.

## 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.

## BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPALMA y Estañol coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. - Valencia.

ROLANDOS Y AGUILAR • Talleres Gráficos • Altamirano, 50 MADRID



Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1889.

## Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

# STROPHANTUS

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

**ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES**

## Granulos de CATILLON

0.0001

# STROPHANTINE

CRISTAL.

**TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA**

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

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

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

# SPASMOSÉDINE

**Antiespasmódico - Sedante nervioso**

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la

**TERAPIA CARDIO-VASCULAR**

Laboratorios DEGLAUDE  
Medicamentos cardíacos especializados JOSE M. BALASCH CUYÁS (Farmacéutico)  
PARIS Avenida 14 de Abril, 440. - BARCELONA



# BARACHOL



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

**LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)**



Productos Nacionales

Chas

# Laboratorios Abello

OROSANIL

SANOCAL INTRAVENOSO

SANOCAL INTRAMUSCULAR

SANOCAL GRANULADO

OVULOS VAGINALES

SANOTION

LUMCALCIO

MADRID Vinaroz 5

EXCLUSIVISTA  
HIJOS DE HONORIO RIESGO  
Flor Alta 10

## Eficaz e inocuo



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

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

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

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

# ANTIBLEFARINA

LITERATURA  
Y MUESTRAS  
PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)



Cuando Inglaterra se apoderó de Ceilán en 1796, el comercio de la canela pasó a ser un monopolio de la *Compañía Inglesa de las Indias Orientales*, que la exportó de los bosques de dicha isla y de otros puntos.

En 1821, y con el título de "Noticia sobre el Canelero de Ceylán", publicó el viajero francés Leschenault de Latour algunos datos curiosos acerca del cultivo y recolección de la canela, los cuales han servido de contribución eficaz al conocimiento de este asunto.

En 1833 fué suprimido el monopolio

cuidando antes de rellenar todas sus cavidades con pimienta negra. La de China llega al comercio en cajas cuadradas, como las usadas para el embalaje del té."

La canela fina de Ceilán es la más apreciada de todas y se considera como oficial en diversos países (1).

Procede del *Campo de la Canela*, en esa isla de las leyendas místicas cuyo ambiente está saturado de aromas y sus bosques poblados de animales feroces.

*Aquí están los bosques de la canela, que hincan los aires de un olor suavísimo.*—(JOSÉ MARTÍNEZ DE LA PUENTE).

La canela fina de Ceilán se presenta en el comercio "en canutillos o barras bastante largas, formadas de corteza, casi tan delgadas como el papel y reunidas unas sobre otras; su color es de avellana claro con un tinte cetrino blanquecino, que tiene un sabor aromático muy agradable, cálido, un tanto picante y algo azucarado, y un olor muy suave".

Se recomienda especialmente la que viene en tubos de forma cónica, es decir, delgados por un extremo y ensanchados considerablemente hacia el opuesto.

Y la de China: "los canutillos son muy cortos, las cortezas, muy espinosas

o por examen microscópico del corte transversal.

Una adulteración bastante corriente es la de mezclar canutos buenos con otros a los cuales se les ha extraído la esencia; pero para reconocer este fraude basta generalmente someter los canutos sospechosos a un examen organoléptico.

La canela de China se emplea corrientemente para substituir a la de Ceilán, sin que pueda considerarse tal substitución como una falsificación para el uso de preparaciones medicinales; pero no sucede así cuando es la *Cassia lignea* la

## SIL-AL

### DESINFECTA INTESTINO

de la mencionada Compañía, y veinte años más tarde, es decir, en 1853, lo elevado de los derechos de exportación y la competencia de la canela de Java y de China hicieron resentir mucho el cultivo de los caneleros de Ceilán.

Otras canelas cultivadas en varios lugares han contribuido a que disminuya el comercio de la de Ceilán, y China es nuevamente la que suministra la mayor cantidad de canela.

"La Compañía Inglesa de las Indias, a la cual están sometidos actualmente los puntos que producen la mejor canela, con el objeto de conservar la reputación a la que ella expende, tiene en Ceilán un inspector y dos ayudantes para vigilar la elección, los surtidos que se hacen y el embalaje de dicha corteza: examínala ellos pedazo por pedazo, y la separan en primera, segunda y tercera clase, y en residuos. Las cortezas de las ramas gruesas son desechadas, como las de los renuevos muy jóvenes y muy succulentos, porque las primeras tienen un aroma picante y poco agradable, y las segundas, muy poco, y éste se disipa."

## CALCINHEMOL ALCUBERRO

### PODEROSO ANTIANEMICO

### ALCALA, 88. — MADRID

La preparación de la canela se hace del modo siguiente:

"Se cortan todos los brazos del canelero que pasan de los tres años, y que parecen estar en disposición conveniente al efecto; se desprende su epidermis con un cuchillo, se raja después longitudinalmente la corteza y se le separa del cuerpo leñoso; enseguida se meten unos en otros los tubillos que dichas cáscaras forman y se ponen a secar al sol. Durante la desecación se enroscan las cortezas sobre ellas mismas, y toman la forma que vemos tiene la canela. Entonces se separan las calidades y se hacen fardos o *corachas* que se mandan a Europa,

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

y rojizas y de un olor desagradable, que se parece algo al de la chinche. La canela de la China se emplea con preferencia para la extracción del aceite volátil, porque lo tiene en mayor proporción, aunque menos suave y muy coloreado".

La de Malabar o de Java se asemeja bastante a la de la China, pero es más roja, y viene en fragmentos más gruesos y con frecuencia recubiertos de epidermis.

## VI

### FALSIFICACIONES

Como es natural, siendo la canela de Ceilán la más afamada y costosa de todas, es la que con más frecuencia se falsifica con cortezas procedentes de otras especies de *Cinnamomum*, lo que se distingue fácilmente por su aspecto exterior

(1) En la voluminosa obra *El Archipiélago Filipino: Colección de datos geográficos, estadísticos cronológicos y científicos*, por algunos Padres de la Misión de la Compañía de Jesús en esta Isla, T. I., 1900, se dice: *El árbol de la canela (Laurus cinnaamomum, L.)* se da en estas Islas, sobre todo en Mindanao. En Zamboanga, en Caraga y en los Montes del distrito de Misamis se encuentran clases de canela más olorosa y de gusto más fuerte que la de Ceilán. Acúsala de no estar bastante beneficiada y de tener algún género de babaza, la cual se percibe cuando se masca.

## TREPONEMOL

### SÍFILIS

usada para substituir alguna de las dos anteriores.

Abundan en el comercio varias especies y muchas variedades de cortezas, algunas no bien determinadas, con el propósito de substituir fraudulentamente las clases de canelas superiores.

Pero más que la corteza en canuto se falsifica el polvo de canela fina, mezclándolo con polvo de calidad inferior, harina, salvado, cáscara de nuez, de avellana, de almendras y de cacao, azúcar, leño de sándalo y otras maderas, sustancias minerales, etc.

También aromatizan con la esencia el polvo de la canela agotada, es decir, de la que se ha extraído ya el aceite esencial, agregándole algo de polvo fino.

A las veces es difícil descubrir la falsificación si no se acude al examen microscópico, y para éste se requiere mucha práctica.

En cuanto a los caracteres organolépticos que presenta el polvo de cada clase de las tres canelas a que vengo refiriéndome, observados en el microscopio, y a las reacciones en el análisis químico,

## IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico  
BALDACCI - PISA

co, aconsejo al lector, caso de interesarle, consultar algún tratado sobre la materia.

## VII

### COMPOSICIÓN QUÍMICA

La composición de las canelas de Ceilán, de la China y de la *Cassia lignea*, deducidas como término medio, de varios análisis, es la siguiente:

JARABE ALMERA  
A BASE DE FOSFATO DE CAL  
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE



## Canela de Ceilán.

|                                                      |               |
|------------------------------------------------------|---------------|
| Agua .....                                           | 8,87          |
| Substancia nitrogenada.....                          | 3,71          |
| Aceite esencial.....                                 | 1,53          |
| Grasa .....                                          | 1,73          |
| Substancias transformables en<br>azúcar .....        | 19,64         |
| Otras sustancias extractivas<br>no nitrogenadas..... | 25,64         |
| Celulosa .....                                       | 34,44         |
| Cenizas .....                                        | 4,44          |
| <b>TOTAL.....</b>                                    | <b>100,00</b> |

### Jarabe Bebé.-Telradinamo.-Septicemiol.-Purgantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio, página IV.)

Spath encontró de 0,5 a 1,56 de azúcar invertido, pero no sacarosa.

## Canela de China.

|                                                      |               |
|------------------------------------------------------|---------------|
| Agua .....                                           | 10,88         |
| Substancia nitrogenada.....                          | 3,56          |
| Aceite esencial.....                                 | 1,31          |
| Grasa .....                                          | 1,96          |
| Substancias transformables en<br>azúcar .....        | 27,08         |
| Otras sustancias extractivas<br>no nitrogenadas..... | 28,84         |
| Celulosa .....                                       | 21,82         |
| Cenizas .....                                        | 4,55          |
| <b>TOTAL.....</b>                                    | <b>100,00</b> |

o pedazos pequeños que no sirven para la exportación.

La corteza da un rendimiento de 0,5 a 1 por 100 de esencia.

"La esencia de canela de Ceilán es líquida, de reacción neutra y de color amarillo cuando es reciente; con el tiempo toma color rojizo y se espesa. El olor de esta esencia es suave y más agradable que el de la canela de China; su sabor es dulzaino y cálido. Es algo soluble en el agua y más densa que ésta; su densidad a 15°, entre 1,025 y 1,035. Apenas ejerce acción sobre la luz polarizada, o, a lo menos, es ligeramente levógira (1).

"El principal componente de la esencia de canela de Ceilán es el *aldehído cinámico* (de 65 a 75 por 100), al que acompañan pequeñas cantidades de *felandreno*: C 100 H 16, y de 4 a 6 por 100 de *eugenol*: C 10 H 12 O. La disolución alcohólica de la esencia toma un ligero color verdoso con el cloruro férrico. En caso de contener *esencia de hojas* de canela, que es muy rica en eugenol, con el cloruro férrico toma el color azul. Se ensaya de un modo análogo a la esencia

### CONGESTIONES PROSTATICAS Y CISTITIS H I V E R I C A

Muestras y literatura

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

de la canela de la China, en que nos ocupamos más adelante.

"La esencia de hojas de canela tiene olor a clavos de especia y algo a canela. Su densidad es de 1,057. Contiene de

"Es un líquido de color amarillo al amarillo pardo, espeso, de olor agradable de canela y de sabor dulzaino, cálido y aromático. Principia a hervir a 200° y en su mayor parte destila entre 240 y 260°. Su densidad a 15° es de 1,055 a 1,070. Es poco soluble en el agua. Tiene reacción ácida y es ligeramente dextrógiro.

"El componente principal de esta esencia es el *aldehído cinámico* (80 por 100) o más, que va mezclado con pequeñas cantidades de *sesquiterpenos*: C 15 H 24, y *politerpenos* (C 10 H 16)n, *ácido cinámico*, *aldehído metilorcumárico*: C 6 H 4 (O—CH 3) CH—CH (1,2), y *estearop-*

## FIMONAL

Vías respiratorias.

teno, que funde entre 45 y 46; entre los componentes de esta esencia que no son aldehídos, domina y forma la mayor parte el *acetato de cinámico*: CH 3—CO—O—C 9 H 9.

"La buena calidad de la esencia de canela de la China se reconoce en primer término por su olor y sabor, que se aprecian bien en el agua en que se ha disuelto algo de esencia y en un poco de azúcar impregnado de la misma. La densidad y el escaso poder rotatorio la distinguen fácilmente de varias otras esencias. Se disuelve en todas proporciones en alcohol de 90 a 91 volúmenes por 100 y en la proporción de 1:3 en el alcohol de 68 a 69 volúmenes por 100. El cloruro férrico añadido a la última disolución debe producir una coloración parda, pero no verde, azul, ni violeta (esencia de hojas de canela, esencia de clavos de especias, etc.). En el ácido nítrico fumante debe disolverse a 0° sin desprendimiento de gases; la esencia reciente apenas se colorea, pero la añeja toma color.

"Sometida a la destilación, debe principiar a hervir a unos 200°, y los primeros líquidos destilados no han de tener olor de petróleo; el residuo de la destilación (a más de 270°) no debe pasar de 10 por 100, y por enfriamiento no debe solidificarse con aspecto de resina.

"El residuo de la evaporación de todos los componentes volátiles en baño de

## CASSIA LIGNEA (I)

|                     | Número de análisis | Agua   |        | Substancias nitrogenadas | Aceite esencial | Grasa  | Substancias transformables en azúcar | Otras sustancias extractivas no nitrogenadas | Celulosa | Cenizas |
|---------------------|--------------------|--------|--------|--------------------------|-----------------|--------|--------------------------------------|----------------------------------------------|----------|---------|
|                     |                    | p. 100 | p. 100 |                          | p. 100          | p. 100 | p. 100                               | p. 100                                       | p. 100   | p. 100  |
| Cassia (Batavia..)  | 7                  | 10,49  | 4,86   | 1,79                     | 1,33            | 21,55  | 35,17                                | 19,35                                        | 5,46     |         |
| lignea. (Saigón...) | 10                 | 8,00   | 4,22   | 3,69                     | 2,75            | 21,84  | 30,85                                | 23,43                                        | 5,22     |         |
| (Malabar..)         | 1                  | 8,57   | 4,50   | 3,25                     | 1,30            | 23,22  | 32,03                                | 22,27                                        | 4,80     |         |

## VIII

## LA ESENCIA

Existen en el comercio dos esencias de canela: la de Ceilán y la de China.

La primera se obtiene por destilación

### Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico-fosfatado

con el vapor de agua del *Laurus cinnamomum*.

Se aprovechan para ello los residuos

(1) Entre diversas clases comerciales de *Cassia lignea* se distinguen las de Malabar, Batavia, Saigón y Penang.

70 a 90 por 100 de eugenol y poco aldehído cinámico. La esencia de raíz de canela tiene fuerte olor de alcanfor, conteniendo gran proporción de éste y escasa proporción de aldehído cinámico y otros compuestos."

La esencia de canela de China se obtiene del mismo modo que la de Ceilán.

El rendimiento es aproximadamente de 1 por 100.

(1) Se emplean dos procedimientos prácticos para reconocer la genuina esencia de canela de Ceilán: vertiéndola gota a gota sobre agua fría, debe irse al fondo; en contacto con la lengua, debe producir sabor azucarado intenso, que supera al del azúcar; las esencias inferiores tienen sabor a clavo, seguido de ligero dulzor.

### Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22.—Jaén.

maría no debe pasar de 8 por 100 del peso de la esencia empleada. La proporción del aldehído cinámico ha de ser, por lo menos, del 80 por 100."

(Concluída.)





## Poderoso reconstituyente para niños y adultos.

Contiene los principios indispensables a la función vital.

Una cucharada de **R u a m b a**, mezclado en la leche, aumenta cuatro veces su valor nutritivo y constituye un delicioso desayuno o merienda para los anémicos, inapetentes, raquílicos, albuminúricos, desnutridos, etc.

Laboratorios Viñas - Claris, 71 - BARCELONA



## ¡CONTRA EL DOLOR!

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

ACONSEJAD

## CEREBRINO MANDRI

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



# Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

**FORMAS FARMACÉUTICAS :**

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación :  
**LECZINSKI & Co**  
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  
Ayuntamiento de Madrid, Consejo de Ciento, 341, Barcelona.  
Islas Canarias : B. APOLINARIO, Farmacéutico, Las Palmas.



# Bactilose

**OLIVER  
RODES**
**PRODUCTO  
DEL PAIS**

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

**INDICACIONES**  
*Forunculosis. Septicemias  
Antrax. Escarlatina. Gripe.*

**NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES**

USO. - Casos agudos: una cucharada grande, diluído en agua, cada dos horas.

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

**DEPOSITO GENERAL**
**VENTA EN  
FARMACIAS**

**LABORATORIO  
QUIMICO - FARMACEUTICO  
DEL DR. B. OLIVER Y RODES**

**CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA**

—La de Jaraicejos (Cáceres); por concurso anterior desierto; 3.<sup>a</sup> categoría; dotación, 2.200 pesetas; 75 familias de beneficencia; población, 2.346 habitantes; provisión por concurso libre de antigüedad y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 28 de marzo. Distrito 2.<sup>o</sup>

—La de Quintanalaranco (Burgos); por renuncia; 5.<sup>a</sup> categoría; dotación, 1.375 pesetas; dos familias de beneficencia; población, 547 habitantes; provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 28 de marzo.

—La de Los Altos (Burgos); por renuncia; 2.<sup>a</sup> categoría; dotación, 2.750 pesetas; 12 familias de beneficencia; población, 1.985 habitantes; provisión por concurso libre de antigüedad. Solicitudes hasta el 28 de marzo.

—La de Alcantarilla (Murcia); por defunción; 1.<sup>a</sup> categoría; dotación, 3.300 pesetas; 296 familias de beneficencia; población, 7.984 habitantes; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 28 de marzo. Distrito 2.<sup>o</sup>

(Continúa en la página XIX.)

## ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.<sup>a</sup> 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.

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



Informes y correspondencia

AL DIRECTOR

MADRID. — Alfonso XI, 7.—Teléfono 16962.—Carabanchel Alto. Sanatorio. Teléfono 20.

## ANALISIS

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

**Laboratorio del Dr. E. ORTEGA**

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

4 TOMOS :: 25 PESETAS

:: OBRA OPOSICIONES ::

## Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS  
INYECTABLES

**Agotamiento físico e intelectual**

LABORATORIOS FEBUS  
WAGNER, 51  
BARCELONA

## Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

## DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

**DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO**

de sabor agradabilísimo.

**PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).**

De venta en todas las Farmacias. Pídanse muestras al Laboratorio de Productos Dermatológicos  
1, Caballero Roig. Apartado 710.—BARCELONA



cantidades pequeñas de aire, como ocurre algunas veces en las inyecciones intravenosas, se tolera sin el menor inconveniente. En cambio, en las operaciones en el cuello puede penetrar fácilmente aire en las venas, que, por estar sujetas por las fascias, no se deprimen. Las embolias celulares se producen cuando hay destrucción de gran cantidad de glóbulos de la sangre, lo mismo si se trata de glóbulos rojos que de glóbulos blancos. Las embolias parasitarias se reducen a los quistes hidatídicos.

En los casos raros en que el embrión escapa por los capilares del hígado y llega por la cava inferior al corazón, se detiene en el pulmón y allí se desarrolla. En cambio, los microbios y los protozoos, por ejemplo el del paludismo, atraviesan sin dificultad los capilares pulmonares. Salvo que se trate de un coágulo infectado, no se producirá una embolia séptica, y si bien pueden ocurrir en el pulmón como en otros sitios infecciones por vía sanguínea, el mecanismo por el que se producen no es el de una embolia. Más arriba hemos hecho alusión a las embolias producidas por masas de células tumorales, y de este modo se desarrollan los cánceres secundarios del pulmón.

La embolia voluminosa que ocluye una de las ramas principales de la arteria pulmonar determina la muerte instantánea o tras de un brevísimo período de angustia terrible. Digamos de paso que se ha propuesto para estos casos la operación de Trendelenburg, consistente en poner al descubierto la arteria pulmonar, incindir la rama obstruida y extraer el émbolo. Basta enunciar la enfermedad y el tratamiento para que se comprenda que serán bien pocas las veces que se estará en condiciones de intervenir. Si el tamaño de la embolia es menor y, por consiguiente, la obliteración ocurre en un vaso de calibre más reducido, la muerte tarda más tiempo en producirse: varias horas o varios días. El enfermo siente una dificultad para respirar, que va siendo cada vez mayor, y acaba por tener una intensa ciano-

pecto característico de la neumonía. Dicha neumonía traumática suele curar también, y solamente en casos excepcionales y de muy poca resistencia determina la producción de una gangrena pulmonar. En las contusiones graves los síntomas son mucho más importantes. Tras del accidente queda el enfermo sumido en un estado de profundo colapso, con cara pálida, extremidades frías y pulso frecuente, pequeño y depresible. La respiración es difícil y desde el primer momento se produce una hemoptisis abundante que llama la atención sobre el trastorno del pulmón. La palpación del tórax demuestra que en el punto de la contusión existe un dolor muy intenso. La percusión no suele ser posible por este mismo dolor. La auscultación varía mucho, según que el punto cuntundido comunique o no comunique con la pleura. En caso de comunicación, se produce una hemoneumotórax con macidez en la parte inferior del tórax y, por el contrario, hipersonoridad y retintín metálico en la parte superior. En el sitio del desgarró se suele percibir estertor de burbujas gruesas o gorgoteo, porque el aire penetra en una cavidad en la que se encuentra bastante cantidad de sangre. En cambio, si la lesión no comunica con la pleura, los síntomas son los de una gran caverna. Muchas veces en las contusiones del pulmón se produce un enfisema subcutáneo, que se manifiesta en la base del cuello; si hay fractura de las costillas, que ha producido desgarró de la pleura parietal, el enfisema subcutáneo aparece en el tórax. El pronóstico de estas grandes contusiones del pulmón es siempre muy grave. En algunos casos muere el enfermo rápidamente a consecuencia de la hemorragia; cuando no sucede así, puede sucumbir a la asfixia en los casos de neumotórax valvular, y, por fin, lo corriente es que muera de infección del foco hemorrágico. Los casos que curan espontáneamente son excepcionales. El tratamiento en los casos ligeros es el mismo que en los traumatismos simples del tórax: un vendaje compresivo para inmovilizar



la mitad correspondiente del tórax. Para calmar el dolor se emplea la revulsión por medio de las ventosas y las inyecciones de morfina. En las contusiones graves hay una primera indicación, que es prevenir los accidentes inmediatos de colapso, de shock y de hemorragia. Se mejorará el estado general por medio de inyecciones de tónicos y estimulantes cardíacos, por fricciones de alcohol, ventosas, sinapismos e inyecciones abundantes de suero fisiológico. Contra la hemorragia se empleará al interior el hielo y una solución de percloruro de hierro, de la forma siguiente: percloruro de hierro desecado, 50 cc.; alcohol de 90° y éter sulfúrico aa., 3 centímetros cúbicos y medio. Para tomar de una vez 10 a 20 gotas de esta tintura en un vaso de agua. Además observará el enfermo una inmovilidad absoluta en cama. En caso de hemorragia abundante con hemotórax, está indicado abrir la pleura para dar salida a la sangre acumulada y hacer directamente la hemostasia necesaria. Si en los días siguientes al accidente persisten los síntomas de la compresión del pulmón y se eleva la temperatura, se hará una toracentesis, y en caso de que se observe que la sangre acumulada en la pleura está sufriendo una transformación purulenta, se hará una extensa pleurotomía.

*Embolia pulmonar.*—La embolia pulmonar es la obliteración del tronco o de una de las ramas de la arteria pulmonar, ocasionada por un cuerpo que circula por la sangre. Claro que casi siempre se trata de un coágulo. Según el tamaño del mismo, se obstruye el tronco de la arteria o una de sus dos ramas principales; esto es excepcional, y tan grave, que resulta más excepcional todavía que el médico llegue a tiempo de intervenir con eficacia. Si el émbolo es un poco más pequeño, obstruye una de las ramas lobulares de la arteria pulmonar; los émbolos medianos afectan a una rama lobulillar y los diminutos a los capilares. Las embolias grandes o medianas tienen gran importancia por el trastorno mecá-

nico que crean a la circulación de la sangre por el pulmón. En la mayoría de los casos están formadas por émbolos estériles y no tienen otra consecuencia que la apuntada; pero las embolias pequeñas, cada una de las cuales se toleraría muy bien por sí misma, pueden actuar por el obstáculo mecánico creado a la circulación si son muy numerosas, y tienen bastante más importancia porque con frecuencia están constituidas por microbios, por células tumorales o por émbolos infectados. En tales casos la acción mecánica es nula o insignificante, pero la infección o la metástasis tumoral que se desarrollan las hacen gravísimas. Las embolias debidas a coágulos se presentan especialmente en las afecciones de los vasos periféricos, y entre éstas ocupa el primer lugar, desde luego, la flegrmasia alba dolens del puerperio. En las enfermedades del corazón se producen a veces embolias pulmonares por el mecanismo siguiente: las endocarditis afectan con frecuencia bastante mayor a las cavidades izquierdas que a las derechas, de modo que en las endocarditis no se producirán directamente las embolias pulmonares. Pero cuando estas lesiones del endocardio han ocasionado insuficiencias cardíacas, sobre todo cuando producen una insuficiencia mitral que acarrea la dilatación fácil del ventrículo derecho, la sangre se coagula en este último, y tales coágulos pueden ocasionar embolias pulmonares. La forma más corriente de éstas es la embolia lobulillar. Cuando su efecto se reduce al mecánico, engendra una apoplejía pulmonar, de la que hemos tratado más arriba. Cuando los émbolos son sépticos, se producen supuraciones y gangrenas.

Las embolias capilares se producen por gotas de grasa, a consecuencia de fracturas o de osteomielitis agudas o crónicas. Se producen asimismo a consecuencia de inyecciones de vehículo oleoso puestas con fines terapéuticos. Las embolias capilares gaseosas se producen a consecuencia de la penetración de una cantidad importante de aire en las venas. En cambio, la entrada de



# AGUAS MINERALES NATURALES DE CARABANNA

«LA FAVORITA»

PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

~ ~ MADRID ~ ~

Para opositar a las vacantes que se anuncian por

OPOSICIÓN

EL SIGLO MÉDICO

tiene editado 4 tomos que responden a las 4 partes de que consta el

PROGRAMA

MEDICINA • CIRUGÍA • HIGIENE

• LEGISLACIÓN SANITARIA •

—La de Valle de Tabladillo (Segovia) y su anejo Hijosa del Cerro; por renuncia; 3.ª categoría; dotación, 2.200 pesetas; 15 familias de beneficencia; población, 246 habitantes; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 28 de marzo.

—La de Canjáyar (Almería); por excedencia; 1.ª categoría; dotación, 3.300 pesetas; 135 familias de beneficencia; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 28 de marzo. Distrito 2.º

—La de Orcera (Jaén); por renuncia; 2.ª categoría; dotación, 2.750 pesetas; 80 familias de beneficencia; provisión por concurso restringido de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 28 de marzo. Distrito 2.º

## 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.

## "MARMITE"

El alimento más rico en  
VITAMINAS

Pida folleto:

LABORATORIOS U. V. Apartado 331. SEVILLA

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS

*Elixir Clorhidro Pépsico Amargós*  
DIGESTIL

(Nombre registrado)

TONICO DIGESTIVO. - ACIDO CLORHIDRICO, PEPSINA, COLOMBO Y NUEZ VOMICA  
Delicioso medicamento que suple en los enfermos la falta de jugo gástrico.



# LIPPOBI



BISMUTO  
LIPOSOLUBLE  
**PIÑA**

EL MEJOR PRESENTADO  
MEJOR TOLERADO Y  
MAS ECONOMICO

**POR ALGO  
ES EL QUE COMPRAN TODOS LOS DISPENSARIOS ANTIVENÉREOS**

ACTUALIDAD MÉDICA  
R. LUTEMBACHER

*Tratamiento  
del  
Reuma  
por los  
POLISALICILATOS.*

**POLISALICILATOS  
PIÑA**

Con esta asociación de  
salicilatos  $\frac{Na}{100}$   $\frac{K}{18}$   $\frac{Ca}{10}$  en  
solución, se ha conseguido  
un líquido isotónico que, por  
su equilibrio fisiológico de  
iones suprime las intoleran-  
cias en venas y estómago.

**LABORATORIO PIÑA  
SAGASTA, 17 MADRID**

**ECZEMAS REBELDES, CUANDO TODO FRACASA, LA PIEL QUEDARA LIMPIA CON**

EN EL PSORIASIS Y

# PSORICALOL

MANCHA QUE LIMPIA

# PIÑA