

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.189.—Tomo 93

AÑO OCHENTA Y UNO

24 Marzo 1934



PHOSPHORRENAL

RECONSTITUYENTE
GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLES



PEPTOYODAL

YODO ORGÁNICO
GOTAS E INYECTABLES



ARPHOS

INYECTABLES CACODILICOS
SERIES CONSTANTES Y PROGRESIVAS



NATROCITRAL

ANTIDISPÉPTICO
GRANULADO-COMPRIMIDO



PLURICARDIOL

TÓNICO CARDÍACO
GOTAS E INYECTABLES

PRODUCTOS DEL LABORATORIO

ROBERT



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

Ayuntamiento de Madrid

Estreñimiento habitual
CASCARINE LEPRINCE

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

*AFECCIONES del HÍGADO
ATONIA del TUBO DIGESTIVO*

Eumictine

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

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

FOSFOTERAPIA RACIONAL

por el **RHOMNOIL**

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

y el **NEORHOMNOIL**

*a base: de Nucleinato de Estricnina } AMPOLLAS
y Cacodilato de Sosa }
o de Nucleinato de Estricnina } COMPRIMIDOS
y Metilarsinato de Sosa }*

Afecciones - Infecciones - Convalecencias.

Tratamiento racional y científico de la DIABETES

por las **Píldoras del Dr. Sejournet**

a base de Santonina

ANTIDIABÉTICAS - RECONSTITUYENTES

sin régimen especial

Una píldora en cada comida.

Específico de la Hipertensión

GUIPSINE

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

**REGULADOR del TRABAJO del CORAZÓN
DIURÉTICO**

Antialbuminúrico - Antihemorrágico - Antiescleroso

**MEDICACIÓN ELECTIVA DE TODOS
LOS ESTADOS ESPASMÓDICOS**

Reguladora del Sistema Nervioso Simpático

FREINOSPASMYL

2 a 4 comprimidos diarios

Laboratorios del Dr.

Maurice LEPRINCE

62, Rue de la Tour

PARIS (16^e)

y todas Farmacias.

Sucursales de los Laboratorios M. Leprince: Barcelona. — Apartado 685

Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.

pero, en definitiva, el efecto resulta fugaz. Acerca de si este tratamiento es acertado o no, se expresa cada autor con arreglo al criterio que tenga de la patogenia del enfisema. El alivio transitorio es evidente, pero no se debe emplear en tratamiento en los enfermos con tórax muy rígido, que no puede ceder a las sollicitaciones, ni en aquellos otros enfermos en los que dominan las lesiones cardíacas. Los aparatos portátiles consisten en una mascarilla que se adapta herméticamente a la cara, y que permite hacer inspiraciones de aire comprimido y espiraciones en aire enrarecido. Unas veces, a la inspiración de aire comprimido sigue la espiración en el enrarecido, y este método se llama alternante; otras veces, tras de una serie de respiraciones en aire comprimido para favorecer la inspiración, se hace otra serie de ellas en aire enrarecido, lo que facilita la espiración. Este método se llama intermitente. Con frecuencia se mezclan con el aire comprimido vapores de trementina, mentol, etc. Las diferencias de presión son pequeñas, pues para la inspiración no exceden de un cuarentavo de atmósfera de sobrepresión, es decir, en Madrid, y para la presión atmosférica media, que es de unos 700 mm. de mercurio; la sobrepresión importaría 17 a 18 milímetros, y la espiración se hace con un enrarecimiento de un treintavo de atmósfera, o sea, en Madrid, de unos 23 a 24 milímetros. En cambio, otros aparatos pretenden conseguir el mismo efecto de alivio de las molestias, lo pretenden, y a veces lo consiguen, haciendo al enfermo respirar constantemente durante un par de horas en una atmósfera enrarecida. El enrarecimiento llega hasta unos 15 milímetros de mercurio. En estos aparatos es probable que la causa del resultado conseguido sea el mejor riesgo sanguíneo del pulmón. Cada vez se tiende más a substituir estos aparatos de aire a presión por la inhalación de oxígeno contenido en los cilindros de hierro, que son muy usuales en la industria. Se aspira el oxígeno a media atmósfera y se espira en el aire normal. Con estos



ba la región precordial. Hoy se trata de conseguir el mismo resultado con las compresas de agua hirviendo y las ventosas. Para mantener el tono del corazón se administran dosis fuertes de alcanfor, y para aliviar la disnea se hacen inhalaciones constantes de oxígeno. El mismo tratamiento se emplea para las embolias pequeñas, con la diferencia que en estas últimas resulta más eficaz. En cuanto a las embolias medianas, lo corriente es que su tratamiento se confunda con el de la apoplejía.

Enfisema pulmonar.—El enfisema pulmonar consiste en una dilatación permanente de los pulmones, con atrofia del tejido elástico de los mismos, que ocasiona al fin una gran disminución de poder retráctil. Lo corriente del enfisema, por lo menos en los enfermos a los que hay que asistir como tales enfisematosos, es que la lesión se distribuya por los dos pulmones, si bien con variable uniformidad; pero sucede en algunos casos que el enfisema afecta a partes del pulmón que rodean a otras en las que se presenta otro proceso. En tales casos, lo que ocurre es que el pulmón intenta compensar con esta dilatación de los alvéolos de las partes sanas la falta de función de los de las partes enfermas. Se llama este proceso enfisema vicariante. El desgarramiento del tejido pulmonar ocasiona, a veces, una infiltración del aire en el tejido celular intersticial del pulmón, en el subpleural y en el del mediastino. Por este último conducto (el tejido celular del mediastino) llega a aparecer en la base del cuello, fenómeno al que hemos aludido ya con motivo de las contusiones del pulmón. El tejido conjuntivo y, sobre todo el elástico del pulmón, como el del resto del cuerpo, es muy resistente a las acciones destructivas, lo mismo las de los gérmenes microbianos que las de las substancias químicas; pero en cambio, sucumbe al exceso de función; de modo, que los estiramientos bruscos, violentos y muy repetidos o muy duraderos, acaban por ocasionar la disminución del número de fibras elásticas y la de su poder retráctil. Se produce, pues, el

enfisema en todos los casos en que el tejido elástico del pulmón se encuentra sometido a una hiperfunción, y tales casos son: los sujetos que por su profesión tienen que hacer esfuerzos físicos, sobre todo marchas prolongadas y ascensiones a las montañas, que llevan consigo gran aumento de la frecuencia de los movimientos respiratorios. De momento, la dilatación transitoria de los pulmones es útil en estos casos; primero, porque con una distensión ligera de los alvéolos aumenta la superficie por la que se hace la hematosis, y segundo, porque se enderezan y ensanchan los capilares pulmonares, lo que determina una mayor facilidad para la circulación sanguínea; pero, a la larga, con esta distensión va disminuyendo el tejido elástico, y los alvéolos, al crecer, comprimen los capilares sanguíneos, de modo que la circulación, en vez de favorecerse, resulta perjudicada. Se dice que hay enfisema de origen inspiratorio en los casos en que un proceso, de una u otra naturaleza, que afecta a una parte del pulmón, al no permitir que penetre el aire en él, hace que este aire acuda a las partes inmediatas y las distienda. Es el enfisema compensador al que ya hemos aludido. Se presenta en casi todos los procesos localizados y de alguna duración, por ejemplo, en los casos de hipostasia de los enfermos que permanecen mucho tiempo en la cama con escaso movimiento. En tales enfermos se congestionan las partes posteriores de los pulmones y, en cambio, se distienden, sobre todo, las partes anterosuperiores. También se produce el enfisema compensador en los procesos que ocasionan adherencias entre las hojas de la pleura y, a consecuencia de estas adherencias, dificultades de deslizamiento de una sobre otra y de inspiración en el lugar correspondiente del pulmón. Si la lesión inmoviliza todo un pulmón, como ocurre en los extensos derrames pleuríticos, en el neumotórax artificial, en los tumores y en las parálisis del frénico o frenicectomías, se manifiesta el enfisema en el otro pulmón.

con estos procedimientos se logre disminuir el padecimiento en sus momentos de agravación será importante el alivio proporcionado en definitiva al enfermo.

Las cámaras neumáticas están construídas con arreglo al mismo principio que las campanas sumergibles, que se usan para muchos trabajos hechos bajo el agua. En una misma cámara pueden someterse simultáneamente a tratamiento varias personas, con tal de que la cantidad de aire que corresponda a cada una de ellas no sea inferior a tres metros cúbicos. Una vez que los enfermos se encuentran en ella se va aumentando progresivamente la presión de dicho aire, hasta un cuarto de atmósfera o media atmósfera sobre la presión normal. El aire que penetra en dicha cámara es puro, filtrado y templado. Al principio, los enfermos sienten zumbidos de oídos, y páliden por la compresión de sus vasos superficiales; pero pronto se acostumbran a dicha pequeña sobrepresión y respiran mejor, porque, más concentrado el oxígeno con movimientos respiratorios ligeros y superficiales, aprovechan mejor la respiración, y la disnea disminuye. El pulso arterial se hace más lento, más lleno y tenso; la mucosa de los bronquios se isquemia también un poco a consecuencia del aumento de la presión, lo mismo que se isquemia la piel; algunos bronquios que se encontraban obstruídos se pueden llegar a hacer permeables, y esto se traduce a su vez en nueva facilidad para la respiración. En cambio, tropieza este tratamiento con el inconveniente de que la espiración es más difícil, por lo mismo que está aumentada la presión del aire, y para ello se ha tratado de instalar un dispositivo que permita a los enfermos aspirar el aire a presión y espirar a través de tubos que comunican con el exterior. La permanencia de los enfermos en estas cámaras debe ser de una a dos horas, graduándola según el alivio que cada uno experimente. No cabe duda de dicho alivio, y de que los efectos del mismo persisten algún tiempo más del de permanencia en la cámara,

TERTULIA MEDICA **HISTORIA - ARTE - CRÍTICA** **AMENIDADES**

24-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

(Conclusión.)

IX

PROPIEDADES TERAPÉUTICAS

Al principio se usaba la canela sólo para sahumerios y para la preparación de esencias y ungüentos.

Hipócrates fué el primero que habló de sus propiedades medicinales, y Teofrasto y Plinio el Viejo son los que por vez primera la mencionan como sustancia que se empleaba en la preparación de vinos compuestos aromáticos.

Como condimento empezó a usarse en el siglo IX.

"Sus efectos como medicamento son

ficación; en las emociones deprimentes, en el síncope, etc. Schmitmann y otros autores han pretendido que puede vencer la atonía uterina y excitar las contracciones, como el cornezuelo de centeno; V. Swieten, Frank, Plench, Schmitmann, Tauner, Gendrin, Tissier, Chomier y otros, que puede obrar como hemostático en ciertas metrorragias puer-

muy antiguo y muy común como medio dosis más altas, produce todos los fenómenos de una excitación general. Los sujetos que abusan de los alimentos cargados de este condimento se exponen a perder el apetito a la larga. Unos eructos calientes acompañan a la digestión, que se hace difícil, y si los alimentos así condimentados se toman en la cena, el sueño es agitado, con pulsaciones penosas en las carótidas, despertándose por la mañana con la boca seca y la lengua pastosa. He observado este fenómeno muchas veces en mí mismo; otros han experimentado igualmente el mismo efecto."

"No puede dudarse que la canela goza de una acción hiperestenizante, después de los efectos observados en el hombre sano; y que por esta acción se sobreexcita el canal intestinal más que ningún otro aparato, es también otro hecho



perales, por atonía de la matriz y las pérdidas mensuales excesivamente abundantes de las cloráticas. Lo cierto es que cuatro o seis gramos de tintura de canela han bastado en ocasiones para cohibir las metrorragias.

"El polvo de canela asociado al polvo de ruibarbo y al de quina forma un tónico estomacal excelente; asociado al hierro reducido por el hidrógeno, suprime algunos trastornos gástricos que este último suele producir ingerido solo (7); con el bismuto, la ratania y otros astringentes, es útil en la gastralgia y la diarrea.

"El polvo de canela es útil en aplica-

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

fácilmente explicables atendida su composición: es excitante por la esencia suave que contiene; por sus ácidos cinámico y tánico, es astringente. El estímulo producido por la canela recae principalmente sobre el tubo digestivo y el aparato respiratorio; es, por lo tanto, un estomacal y un cordial. Sus efectos aumentan si se asocia a los estimulantes generales vino y alcohol. Sus propiedades astringentes actúan contra la atonía e hiperemia pasiva de la mucosa gastrointestinal, sobre la cual obra a la manera de los tónicos astringentes.

"Como condimento, su uso está justificado por su agradable sabor y además, por sus propiedades digestivas; como medicamento, es útil en las enfer-

CALCINHEMOL ALCUBERRO **PODEROSO ANTIANEMICO** **ALCALA, 88. — MADRID**

ciones tópicas, porque aviva y acelera la cicatrización de las heridas."

Por sus propiedades antisépticas, la canela es usada en elixires dentífricos, y entra en la composición de *Agua de Botot*.

"El uso dietético de la canela—dice Mr. Giacomini (*Traduct. française du de condimento*. A la dosis de un solo grano (cinco centigramos), calienta prontamente el estómago y le da vigor; a *traité de Pharmacologie*, pág. 94)—es

"MALTOPOL"

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

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

medades atónicas y flatulentas del estómago y del intestino, en la adinamia de las fiebres graves, en la debilidad de la convalecencia, de los valetudinarios, de los cloróticos; en los estados de enfriamiento y depresión general, para reanimar las fuerzas y desenvolver la calori-

ION-CALCINA **PALLARES**

A base de Cloruro de Calcio
Frasco e inyectables

igualmente comprobado por las mismas observaciones y por el sentimiento de la mayor parte de los terapéuticos. La canela, activando el pulso y aumentando el calor general, confirma esta opinión: que toda sustancia hiperesténica hace sentir más o menos su acción sobre el sistema circulatorio."

"M. M. Merat y Delens dicen (*Dicc. Univ. de Mat. méd.*, t. IV, pág., 56), que la canela se prescribe como estomacal, digestivo, emenagogo, en los cólicos mucosos por debilidad de los intestinos, después de los romadizos; se administra también para provocar la acción del útero, para restablecer los sudores; en el principio de alguna enfermedad, para hacerla abortar, provocando la acción de

ATROPHANTUM **PALLARES**

XV gotas contienen 1/2 miligramo de Estrofantina

los exhalantes. Nada es más común en la medicina popular como el vino azucarado y caliente con canela para cortar una enfermedad en su principio, sobre todo en el campo. Los ingleses han puesto en moda esta composición en los baños para atacar los sudores de los exha-

lantes, la cual prueba mucho más que las bebidas refrescantes y acuosas que se tomaban antes.

Sus efectos sobre el útero son muy notables, dice Chanmeton (*Dic. des Sciences Méd.* I, IV, pág. 2), como lo han comprobado muchos autores; y es también para algunas alteraciones en este órgano que con más frecuencia se em-

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

plea. M. Alibert preconiza los efectos de la canela en las pérdidas que siguen alguna vez al parto; no es menos útil en la menorragia pasiva, que ataca a las mujeres sedentarias, melancólicas o deterioradas por largas enfermedades, en la leucorrea constitucional, en la debilidad de los órganos digestivos, etc."

Según M. Barbier, *Traité elem. de Mat. médic.*, 4.^a edic., t. II, pág. 93), "la canela ha producido también buen efecto para detener las diarreas ocasionadas por una quimificación y digestión imperfectas. En fin, se han obtenido buenos resultados en el tratamiento del escorbuto, escrófulas, infiltraciones serosas, y cuando en la terminación de las fiebres adinámicas y atáxicas se quiere reanimar las fuerzas vitales decaídas."

He aquí ahora los efectos particulares de la esencia de canela:

"Los efectos del aceite esencial de canela son análogos a los de la corteza, pero mucho más enérgicos; no se le debe, pues, ingerir en el estómago en el estado de concentración, porque es acre y corrosivo. Aplicado a la piel la enrojece y cauteriza. Para tomar este aceite al interior, es preciso suavizarlo con una mezcla de azúcar, etc."

S A R N A

Cúrase con **SULFURETO CABALLERO**

La esencia de canela es muy irritante, pero de poca acción tóxica.

"La idea que atribuye los efectos dinámicos de la canela al aceite acre, irritante que contiene, es enteramente errónea, porque al administrarse interiormente se halla de tal manera diluida y envuelta que su acción irritante es casi nula. Por consiguiente, su efecto constitucional debe ser referido a la absorción, como sucede con los demás remedios.

La influencia irritante cáustica de la corteza de canela es, pues, como se sabe, muy inferior a la de la mostaza, y por lo tanto, aunque esta acción sea análoga en ambos medicamentos, su efecto constitucional es enteramente distinto.

La acción mecánica de que acabamos

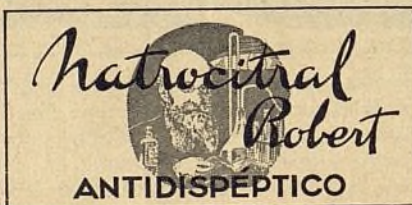
de hablar es análoga en casi todos los aceites esenciales; no sucede lo mismo en cuanto a su acción dinámica, la cual puede ser muy diferente. Al exterior, sobre la piel, puede servir el aceite de canela como el amoniaco; es casi siempre tan cáustico como este último. Si no se quiere producir más que un efecto ligero, no hay más que debilitarlo con un aceite fijo que lo convierta en linimento.

Se emplea el aceite esencial al exterior como anti-odontálgico, para los dolores debidos a la caries, y puede ceder a la cauterización del nervio dentario."

X

FORMAS Y DOSIS

Si consultamos la antigua *Farmacopea Universal*, por Jourdan, y las obras modernas, *Formulario Enciclopédico*, por Pérez Mínguez, y *Farmacopea-Formulario-Universal*, dirigida por la empresa EL SIGLO MÉDICO, de Madrid, y diversas farmacopeas y formularios en uso, encontraremos una numerosa cantidad de



fórmulas, en las cuales entra la canela como agente medicamentoso; y muchas más, en que sólo se introduce como correctivo.

Mencionaré únicamente las formas farmacéuticas usadas y algunas fórmulas, antiguas y modernas, por haber estado o hallarse en boga en aplicaciones médicas.

El polvo fino se administra a la dosis de 0,50 a 2 gramos, desleído en un poco de agua o de vino azucarado.

El alcoholado o tintura es una forma que posee en el más alto grado las propiedades de la corteza; se da en los mismos casos que el anterior y a la dosis de 1 a 10 gramos en una poción o bebida apropiada.

Sirve también al exterior en fricciones para ciertos casos de debilidad parcial, de reumatismo crónico, etc.

El alcoholado o espíritu que se obtiene por destilación en baño de maría no posee sino propiedades estimulantes, porque los principios a que debe la canela su virtud tónica no son susceptibles de ser arrastrados por el vapor alcohólico. Se aplica más o menos y a iguales dosis que el alcoholado.

El hidrolado o agua espirituosa. Esta preparación, que se vuelve lechosa por el aceite esencial que contiene, y el cual acaba por precipitarse, formando cristales, que se creía antiguamente ser de ácido benzónico, pero que hoy día se sabe que son de ácido cinámico, se prescribe como cordial y estomacal contra las flatuosidades, los cólicos, los males de

nervios, etc. Se propina a la dosis de 10 a 60 gramos, en poción o en una tisana.

El jarabe, que no es más que una disolución de azúcar muy blanco en hidrolado de canela, y que posee idénticas propiedades, se administra en los mismos casos, dosis y formas de aquél.

El oleosácaro, que es una mezcla de azúcar en polvo con aceite esencial de

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

(Véase anuncio, página IV.)

canela, es una forma agradable y se da como excitante en dosis de 0,60 a 2 gramos.

Las pastillas son una forma cómoda para la aplicación de la canela, sobre todo para las personas que las usan como estomacal y para perfumar el aliento.

El vino, de 60 a 100 gramos, y se acostumbra por copitas a mañana, mediodía y noche para entonar el estómago; y en ocasiones, como preservativo contra la gripe y el romadizo.

La esencia, muy recomendada por los médicos ingleses y americanos, en dosis de dos a cinco gotas, contra la gripe.

Pero la forma de mayor uso en la medicina popular es la infusión o guarapo de canela.

La canela forma parte del *Mitridato*, la *Triaca*, el *Diascordio*, el *Electuario diafónico*, el *Espíritu aceitoso de Silvio*, la *Opiata estomacal de Helvecius*, el *Agua de melisa compuesta*, el *Vinagre aromático inglés*, el *Láudano de Sydenham*, el *Bálsamo de Fioravanti*, el *Elixir de Mynsicht*, el *Alcoholado de Garus*, los *Bolos estomacales de Parmentier*, el *Alquermes de los italianos*, el *Polvo diaromatón*, el *Hipocrás*, el *Elixir de la Gran Cartuja*, el *Bálsamo de vida de Hoffmann*, las *Pastillas antimoniales de Kuncht*, la *Poción tónica de*

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

Jaccoud y otras muchas preparaciones famosas.

XI

USOS DIVERSOS

Antiguamente se empleaba la canela sólo para sahumeros y para la preparación de esencias y ungüentos perfumados.

Ahora se usan las diferentes clases de canelas conocidas en el comercio, las cuales, además de sus aplicaciones médicas, las tiene en economía doméstica, en el arte de la cocina, la repostería, la perfumería, etc.

Los licoristas hacen gran uso de la canela, y entre los llamados licores de

(Continúa en la página XVIII.)

De cada seis casos de estreñimiento en cinco es eficaz el salvado :: ::

En un reciente ensayo de laboratorio entre seis individuos habitualmente estreñidos, quedó demostrado que el salvado es un correctivo eficaz para esta condición. De los seis casos, en cinco triunfó el salvado del estreñimiento. En el otro caso, el paciente no toleraba alimentos de volumen bajo forma de frutas, verduras ni salvado. Las conclusiones obtenidas de este experimento fueron que el régimen corriente carece de alimentos de volumen, y que el salvado produce una laxación satisfactoria excepto en un pequeño porcentaje de casos.

A cualquier médico que lo pida se le enviará gratis un paquete entero de Kellogg's ALL-BRAN



Kellogg's ALL-BRAN

(TODO SALVADO)

el remedio benigno y natural contra el **ESTREÑIMIENTO**

DEPÓSITO: **Casa SANTIVERI, S. A.**

Calle de Call, 22 - BARCELONA

MADRID: Plaza Mayor, 24 - VALENCIA: Campaneros, 26

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

Simbiosis de fermentos lácticos y búlgaros en medio vegetal y al máximo de vitalidad.

FRASCO DE 250 GRAMOS, 3,65 PESETAS
EN TODA ESPAÑA

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

En gastroenteritis, tóxicas, diarreas estivales, infecciones intestinales, etc., es de doble éxito.

LACTOBULGARINA

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 estircina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

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.

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

Clínica y Práctica

no pueden sustituir en una terapéutica de éxito al

QUADRONAL

como mejor Analgésico y Antipyrético y

QUADRO-NOX

el hipnótico ideal sin efectos secundarios.

QUADRONAL

Tabl. 10 × 0,5 g.
— 20 × 0,5 g.

QUADRO-NOX

Tabl. 10 × 0,6 g.
— 20 × 0,6 g.

MUESTRAS Y LITERATURAS:

R. CARPINTIER & SEMMLER

APARTADO 9055 :: MADRID

ASTA, A.-G., Chemische Fabrik, BRACKWEDE

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 Comín.—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 ACENA
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 de número de la Nacional de Medicina.

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

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

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

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

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

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

Dr. F. GONZALEZ DELEITO
Teniente Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de 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. 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 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 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contra. — Pago adelantado Número atrasado, 2 pesetas.

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

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO: Sección científica: Hematoterapia en las flegmasias pulmonares de la infancia, por el Prof. Dr. Enrique Suñer y Ordoñez.—Tratamiento del pterigion por la electrocoagulación, por los Dres. Baldomero y Angel Castresana.—Algunas consideraciones sobre la patología y la terapéutica del pterigion, por el Dr. Manuel Marín y Amat.—Con motivo de un caso de fisura del velo del paladar en un débil congénito hipotalentado y tuberculoso pulmonar, por el Dr. B. Pérez Moreno.—Sesiones clínicas: Servicio de clínica médica y fimatológica del Prof. Codina Castellví.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Hematoterapia en las flegmasias pulmonares de la infancia

POR EL

Prof. Dr. ENRIQUE SUÑER Y ORDOÑEZ

Catedrático de Pediatría de la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina

En 1931 tuvimos necesidad de atender a un niño de cinco meses, alimentado al pecho de su madre, que arrastraba una grave tos ferina, complicada con una bronconeumonía tórpida, acompañada de fenómenos de intoxicación y de intolerancia por parte del aparato digestivo: vómitos frecuentes a cada ataque de tos. Este paciente se hallaba en un estado de hiponutrición muy acusado, que permitía colocarle dentro del diagnóstico de "hipotrepia". Como sucede habitualmente en la tos ferina intensa y precozmente complicada con inflamaciones broncopulmonares, estas últimas eran de muy difícil resolución, a pesar de la terapéutica, pues en tanto que los violentos ataques de tos persistían, el recrudecimiento de los síntomas pulmonares se hacía inevitable. Entre la terapéutica y la enfermedad se establece en estos casos una lucha a brazo partido, de la que no siempre sale vencedor el médico.

En tal situación me hallaba yo con este enfermito, sin ver una solución fácil al problema clínico, después de haber agotado un arsenal de recursos terapéuticos, a la cabeza de los cuales estaban, naturalmente, las vacunas específicas.

Impresionado indudablemente por el mal estado general del paciente se me ocurrió practicar una transfusión o una serie de pequeñas transfusiones, utilizando no la vía endovenosa, sino la intramuscular, por considerarla como un camino intermedio entre la hipodérmica y la vascular. Pensé desde luego en recoger la sangre de la madre. En realidad, a este método no puede llamarse en riguroso sentido científico "transfusión". Lo que hacía era una "hematoterapia", pero con una finalidad clínica parecida a la que se busca en las transfusiones.

Aunque parezca mentira, la madre se resistió a dar su sangre por achaques neuropáticos—léa-

se egoísmo—, y la pequeña cantidad que inyectamos (15 cc.) fué obtenida de una tía del enfermito, exenta de toda tara patológica. A las veinticuatro horas de la inyección, el paciente acusaba una extraordinaria mejoría en la fiebre, en el número de ataques de tos y, sobre todo, en los vómitos y en los síntomas percutorios y auscultatorios de su rebelde proceso pulmonar.

A las cuarenta y ocho horas, una segunda inyección de la misma cantidad concluía de resolver un proceso que duraba amenazador más de cinco semanas.

Con un régimen de lactancia mixta, en pocos días este niño recuperó un buen estado de nutrición, quedando completa y definitivamente curado.

Naturalmente, ante este hecho no pudimos hallar otra explicación más afortunada que la de atribuir tan brillante efecto terapéutico a un mecanismo de inmunidad pasiva en el más amplio concepto de esta palabra.

El recuerdo de este paciente quedó fijo en nuestro cerebro, y él dió lugar a la aplicación de la hematoterapia en el segundo caso de bronconeumonía grave asistido por nosotros, en compañía de otro colega, en 1933.

Se trataba de un enfermito de cinco años, afecto de una doble bronconeumonía, con focos de extensión variable, pero más intensos en el pulmón derecho. Iba arrastrando su enfermedad, cuando le examinamos la primera vez, más de tres semanas. Durante este tiempo se había hecho con él una serie numerosa de tratamientos, entre los que recuerdo balsámicos, vacunas, sueros antibronconeumónicos a dosis altas, calcio, expectorantes, antitérmicos, revulsiones. A mi llegada al lado del paciente se añadieron tres inyecciones endovenosas de electrargol, que mejoraron el proceso temporalmente, pero sin lograr definiti-

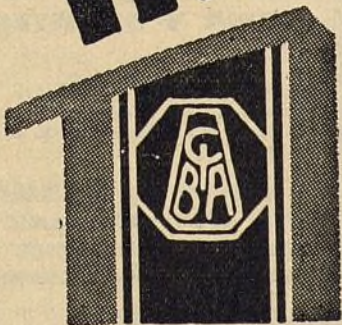
Prokliman

"Ciba"

Sofocos
Palpitaciones
Agitación
Insomnio
Cefalalgias
Estreñimiento
Obesidad
Menorragias

Asociación racional
de hormona ovárica
y sustancias sedan-
tes, descongestivas y
cardiotónicas, para
el tratamiento de
los trastornos de la

Menopausia



FRASCO DE 40 COMPRIMIDOS

MUESTRAS Y LITERATURA:

**CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS**

Aragón, 285 : BARCELONA : Apartado 74

TRATAMIENTO MÉDICO
DEL ULCUS GÁSTRICO

PEPSIN

PEPSINA PARA USO HIPODÉRMICO

20 centigramos de PEPsINA pura neutralizada por ampolla de 2 c.

INDICACIONES:

ÚLCERAS DE LAS VÍAS DIGESTIVAS,
COLITIS ULCEROSAS, ÚLCERAS DE
LAS PIERNAS, DE DECÚBITO, DIA-
BÉTICAS, TABÉTICAS, ETC., EN
LA ANEMIA PERNICIOSA

**APROVECHAMIENTO CLÍNICO
DE LA ACCIÓN ANTI-ÚLCUS
DEL FERMENTO GÁSTRICO, EN
INYECCIONES PARENTÉRICAS
SIN REACCIÓN LOCAL.**

LABORATORIOS JUSTE

APARTADO DE CORREOS 9030. MADRID



PROFILAXIA y TRATAMIENTO

"PER OS"

DE TODAS LAS

ESPIROQUETOSIS

**DISENTERIA
AMIBICA**

PALUDISMO

POR EL

stovarsol

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

PRESENTACION

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

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

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—

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

Ayuntamiento de Madrid

vamente vencerlo. También se utilizó la proteino-terapia (omnadina) sin resultado. El enfermo, demacrado, presa de altas reacciones febriles, se iba rápidamente extenuando. Su aspecto era francamente el de un tuberculoso, y la probabilidad de una bronconeumonía tuberculosa se hacía fuerte en mi pensamiento.

Más de un mes llevábamos en este combate cuando me acordé, como último recurso, de la hematoterapia. Acudimos a la verdadera transfusión, previo examen de grupos sanguíneos, utilizando la sangre del padre, hombre de recia y, al parecer, sana contextura.

La primera inyección fué de 30 cc. Efecto verdaderamente *teatral*: fiebre, estertores, macicez pulmonar reducidos en veinticuatro horas a la mitad, o aún menos. Segunda inyección a las cuarenta y ocho horas, de la misma cantidad y por la misma vía: desaparición casi absoluta de los síntomas generales y locales, excepto la macicez, que se conservaba, aunque muy reducida. Tercera inyección confirmativa de 20 cc. por vía intramuscular, dos días después de la segunda: el resultado curativo se mantiene y es definitivo.

Dos radiografías hechas en este niño: la primera, un mes después de la conclusión de su proceso; la segunda, cuatro meses después de la primera, permiten encontrar un marcado complejo primario. El aspecto general del enfermo es el que corresponde a muchos niños adenopáticos: pálido, tendencia hipotrófica. No existe, sin embargo, febrícula, y las reacciones inflamatorias por parte del pulmón han desaparecido completamente.

Este niño en la actualidad (1934) se mantiene bien, y mejorando poco a poco de su afección ganglionar con un régimen y tratamiento que omitimos en este momento por hallarse fuera del objeto de este trabajo.

Algunos meses después de este segundo caso, en mayo de 1933, tuvimos ocasión de comprobar nuevamente el alcance de la hematoterapia en un niño de once años, enfermo de una grave neumonía lobular, genuina, del lóbulo superior y medio del pulmón derecho.

Era el de este enfermito, asistido por nosotros desde el principio, el cuadro típico, actualmente mucho más raro que antes, de la neumonía lobular fibrinosa. En nuestra ya larga vida profesio-

nal hemos tropezado bastantes veces con esta imagen clínica; en realidad, nos vemos forzados a declarar que, a pesar del pronóstico relativamente benigno que los autores dan a la neumonía lobular del niño y de la imponente exacerbación en muchos casos de los síntomas que preceden a la crisis, en nuestro paciente la situación al undécimo día de enfermedad era la de un preagonizante, casi parecía desesperada.

Al principio la terapéutica consistió en higiene, y esperar; más tarde se acudió a las inyecciones de alcohol (sexto, séptimo, octavo días), sin ob-

tener marcado efecto curativo. Ante la gravedad de la situación, el undécimo día se inyectaron intravenosamente 30 cc. de sangre paterna, previo examen de grupos sanguíneos. Esta inyección fué repetida el día duodécimo de enfermedad.

En las doce horas consecutivas a la primera inyección la situación, casi trágica, se convirtió en alentadora, pero no se produjo una verdadera crisis. Fué después de la segunda inyección

cuando se acentuó la remisión de los fenómenos locales y generales, terminando el proceso neumónico por una lisis que duró tres días. Estábamos, a nuestro entender, ante una prueba evidente de la acción inmunizante y curativa de las inyecciones de sangre.

En 1933-34 hemos, con los precedentes señalados, desarrollado con más extensión la terapéutica hemática de las bronconeumonías y neumonías infantiles. Algunos de nuestros colaboradores íntimos comienzan a practicarla con resultados que, a nuestro juicio, merecen la publicidad. Refiriéndonos exclusivamente a nuestra práctica personal, he aquí un resumen muy extractado de los casos que en este momento recordamos:

Niño de tres meses, con alimentación artificial. Bronconeumonía de origen gripal. Foco muy extenso del pulmón derecho. Fenómenos de intoxicación. Primera inyección de 20 cc. por vía intramuscular de sangre materna. A las veinticuatro horas, casi apirético, y con el foco principal reducido a la quinta parte de su extensión.

El enfermo está *desintoxicado*. Segunda inyección a las cuarenta y ocho horas de 25 cc. Al día siguiente el enfermo está apirético, sin estertores de ninguna clase. Magnífico estado general. Curación persistente y definitiva.

Niño de dieciocho meses, hijo de un médico rural. Neumonía masiva de pulmón derecho. Des-

Avance de sumario para el número siguiente

(31 de marzo de 1934)

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

DR. EUSEBIO DE OYARZÁBAL: Diagnóstico de la sífilis.

DR. GONZÁLEZ DELEITO: Las alteraciones psíquicas en las edades críticas.

DR. LUIS CIFUENTES DELAPPE: Obstrucción ureteral doble por intensa ciuria.

DR. NOGALES PUERTAS: Aspecto medicolegal de la neurosis de ronta.

Sesiones clínicas.

Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

pués de tres inyecciones de 20 cc. de sangre paterna, hechas por días alternos, el enfermo está curado: no tiene fiebre, ni estertores, ni sople bronquial. La macidez, en franca disolución. (Desde la primera inyección desapareció la fiebre y comenzó a permeabilizarse el pulmón.) Se utilizó la vía intramuscular.

Niño de catorce meses, visto en mi consulta particular. Extensa bronconeumonía, focos bilaterales. Dos inyecciones intramusculares de sangre paterna de 20 cc. Rápida resolución. Curación.

Niña de cinco años, asistida por una insuficiencia mitral en la clínica de San Carlos. Bronconeumonía doble. Dos inyecciones, de 30 cc. cada una, de sangre materna (vía intramuscular). Curación.

Niño de quince meses, con focos bilaterales y extensos de bronconeumonía, visto en la policlínica de San Carlos. Tres inyecciones intramusculares de sangre materna de 20 y 25 cc. Curación. (Este enfermo, visto por los alumnos, fué presentado en clase después del tratamiento.)

Niña de diez años, asistida por mí desde el primer momento. El caso de esta enfermita merece un poco más de extensión.

Desde hace cinco años atiendo a este paciente por un doble complejo: ganglionar (complejo primario con intensas reacciones hiliares y fibrosis acentuada) y cetosis acentuadísima, que antes del empleo de la insulina la llevaba a estados comatosos, con apariencia de un inminente término fatal. Esta niña, siempre desnutrida, ha tenido temporadas (época preinsulínica) de aparecer esqueletizada.

Mejorada de sus crisis acetonémicas por la insulina, y frenado desde hace varios años su proceso adenopático por la cura de Brehmer, calcio y proteinoterapia, cae durante la epidemia gripal de este año con un doble foco bronconeumónico, doble otitis supurada, en algunos momentos con retención de pus, y crisis acetonémica, seguida de colitis aguda. Temperaturas irregulares y elevadas de tipo septicémico. Cuatro inyecciones de 25 cc. de sangre materna por vía intramuscular. Desde la primera, el doble foco bronconeumónico de las bases casi se extingue. Otras dos actúan como medicación confirmativa, y la cuarta, hecha varios días después de la extinción de los focos neumónicos, ha tenido por objeto remontar el estado general y combatir el cuadro séptico, mantenido por la doble localización ótica y, últimamente, por su exacerbación colítica.

Durante este largo proceso séptico, la bronconeumonía se ha mantenido resuelta, no obstante la gravedad del cuadro infectivo, traducido por la prolongación de la fiebre, la progresiva desnutrición, la marcha destructiva de los hemáties y la intensidad de la crisis acetónica.

La comprobación de la persistencia en la cu-

ración de la bronconeumonía la hemos obtenido en los últimos días de la enfermedad con una radiografía de aparato respiratorio, hecha en el mismo lecho de la paciente, que sólo acusa las antiguas lesiones ganglionares.

En este caso puede observarse de una manera clara la acción electiva de la hematoterapia sobre los procesos inflamatorios del aparato respiratorio. En tanto que éstos curan rápidamente, los septicopuohémicos no se modifican, al menos de un modo pátente.

Actualmente, esta niña se encuentra en clara convalecencia.

Niña de la clínica de San Carlos, de ocho meses, hospitalizada por trastornos dispépsicos. Cae enferma con una pleuritis aguda. Una sola inyección intramuscular de 20 cc. de sangre materna hace bajar la temperatura de 39° a 37°. Curación persistente del proceso pleurítico.

Niño de dos años, enfermo desde cuatro días antes con un proceso pleuroneumónico agudo de la base pulmonar izquierda. Clínicamente da la sensación de una fase exudativa que comienza. Fiebre alta, intoxicación, apariencias de un proceso grave por intensidad y naturaleza.

Primera inyección de sangre paterna de 25 cc. por vía intramuscular. A las ocho horas apirexia total, que se mantiene definitivamente. A las cuarenta y ocho horas se hace una segunda inyección de 20 cc.

Este caso, verdaderamente sorprendente por su rapidez de acción, ciertamente teatral, recae en el hijo de un médico. Es un ejemplo patente de una acción antitóxica, neutralizadora de los antígenos en sangre. La resolución local sigue muy tardía y lentamente a los fenómenos generales de inmunización.

El enfermito daba en los primeros días la sensación de un pleurítico que lleva su afección local completamente enquistada y sin resonancia alguna sobre el estado general.

Niña de nueve meses, sarampión frustrado. Estado hipertóxico. Doble bronconeumonía. Aparte de los tratamientos locales y generales dirigidos al restablecimiento del exantema, se han practicado, con resultado análogo, aunque no tan teatral como en algunos de los casos anteriormente descritos, dos inyecciones de 20 cc. cada una, por vía intramuscular, de sangre paterna.

Por último, para ser absolutamente verídico, no quiero dejar de consignar en mi estadística un caso fatal de una niña de un mes con bronquiolitis aguda. Fuí llamado dos horas antes de la muerte. Se hizo una inyección intramuscular de 20 cc. de sangre paterna. Puede decirse que se realizó en un cadáver.

Algunos otros casos han sido por indicación mía tratados por hematoterapia (dos o tres por lo menos); pero el no haberlos podido estudiar ni seguir directamente (eran casos de consulta),

me hace excluirlos de esta mi primera estadística personal.

Estos doce casos, sucintamente relatados, prueban el valor de la hematoterapia en todas las edades. En los lactantes, la pequeña estadística no puede ser más brillante.

Por el momento no queremos hacer un estudio comparativo entre la vía endovenosa y la intramuscular. Esto último requiere una mayor acumulación de hechos. Nos limitaremos a hacer resaltar las ventajas de la vía intramuscular: comodidad de acción, ahorro de tiempo, no necesidad de laboratorio.

Para el médico práctico que carece de recursos complementarios y auxiliares, especialmente para el facultativo rural, esta vía es, a nuestro juicio, la de elección. Casos iguales o aun peores de los tratados por vía endovenosa han sido curados por las inyecciones intramusculares.

Suscitan estos resultados terapéuticos algunas ideas referentes a la calidad de los donantes (el valor inmunizante indudablemente debe ser muy distinto en la sangre de unos y otros). También se me ocurre la posibilidad de preparar donantes cuyo poder de inmunización sea más alto frente a los procesos pulmonares, previa la acción de vacunas hechas con gérmenes neumónicos y bronconeumónicos. Mas todas estas consideraciones las relegamos para ulterior estudio.

Hoy sólo queremos hacer sobresalir la utilidad de una terapéutica un tanto desconocida, por lo menos en la práctica corriente.

Esta afirmación se demuestra con el testimonio de los médicos americanos Bruce Robertson, Alan Brown y Roy Simpson, de Toronto, quienes en una monografía donde consignan 600 casos de transfusiones en niños, publicada en agosto de 1921, dicen que, "desgraciadamente, los resultados obtenidos en la bronconeumonía están lejos de ser demostrativos". Robertson, Brown y Simpson reconocen que no hay más acción que la que se ejerce sobre el estado general y la anemia que sigue a las bronconeumonías tórpidas (1).

Sin embargo, Debray, de quien tomamos esta cita, relata un buen caso obtenido por el procedimiento de la exsanguinación--transfusión en un niño de cuatro meses enfermo de bronconeumonía aguda—. Por nuestra parte diremos que este procedimiento tiene serios inconvenientes en los lactantes agotados.

El mismo silencio guardan otros autores respecto a este método terapéutico. Paul Michon (1), al hablar de las indicaciones de la transfusión sanguínea en Pediatría, se limita a consignar las

siguientes: anemias o hemorragias graves, hemorragias umbilicales y melena neonatorum.

Naturalmente que la extensión reconocida generalmente a la transfusión en las indicaciones terapéuticas dentro de la Pediatría es mucho más grande; pero nosotros hemos querido recordar procesos y técnicas que hacen posible realizar con sencillez e intensidad un procedimiento que, por nuestra actual experiencia, nos parece superior a todo cuanto hasta ahora veníamos utilizando en el tratamiento de las flegmasias pulmonares de la infancia.

Tratamiento del pterigion por la electrocoagulación⁽¹⁾

POR LOS DRES.

BALDOMERO y ANGEL CASTRESANA

El problema del tratamiento quirúrgico del pterigion en la actualidad es tema muy debatido, y podemos decir que cada oculista tiene su técnica propia.

Obedece esta multiplicidad de técnica a la gran frecuencia con que se observan recidivas postoperatorias.

Es verdad que hay algunas técnicas que evitan las recidivas en un tanto por ciento muy elevado de casos, pero tienen el inconveniente de que el resultado estético suele ser deplorable.

No vamos a ahondar en estos problemas, sino a circunscribirnos al objeto de esta comunicación.

En los primeros trabajos de diatermia ocular realizados por "Nagelschmidt (1)" nada se habla de la aplicación quirúrgica de la electrocoagulación del pterigion hasta las publicaciones de Worms y Blanchard (2). Estos autores emplearon la electrocoagulación en el pterigion. Más tarde Mombrun (3), en un trabajo, y este mismo autor con Casteran (4), en su monografía acerca de "La Haute Frequence en Ophtalmologie", exponen su técnica de electrocoagulación. Ultimamente se han publicado trabajos en este sentido por Vanas (5), Narog (6) y von Golmann (7). Son pocos los trabajos realizados en este sentido, lo que no es de extrañar, porque el empleo de la diatermia en oftalmología está en el momento actual en sus comienzos.

Nosotros, que hace más de un año comenzamos a realizar aplicaciones de diatermia médica y quirúrgica en nuestra especialidad, entre los múltiples procesos tratados, hemos empleado en mayor escala la electrocoagulación del pterigion.

La facilidad en la ejecución, su rapidez, las escasas molestias para el enfermo, el no tener que utilizar vendaje oclusivo, lo que permite al paciente dedicarse a sus ocupaciones habituales, y los buenos resultados que hemos obtenido, nos inducen a darlos a conocer para que otros compañeros los ensayen y comprueben la excelencia de este método, sobre todo en los casos de pterigion tenue.

(1) JACQUES DEBRAY: "La transfusión du sang chez le nourrisson."—*Le Nourrisson Mai*, 1925.

(1) *Les groupes sanguins*, 1930.

(1) Comunicación a la Academia Nacional de Medicina en la sesión del 10 de marzo de 1934. Se publica con permiso de la Corporación.

TÉCNICA OPERATORIA

Anestesia.—La anestesia que empleamos es la local, por instilación de una mezcla de cocaína al 5 por 100, con adrenalina al milésimo. El número de instilaciones suele ser de cuatro, espaciadas cinco minutos de una a otra. A los veinte minutos de comenzada la anestesia, la insensibilidad de la conjuntiva es completa, y podemos realizar la electrocoagulación.

Técnica operatoria.—Se acuesta el enfermo con poca ropa sobre el dieléctrico de Bordier, que actúa de polo inerte. Separamos los párpados por medio de dos ganchos de cristal. Con la mano derecha se toma el mango aislante del electrodo activo, en el que irá montado un terminal metálico, en forma de pequeña lanza: se introduce esta lanza o aguja curva por debajo de la cabeza del pterigion, si es que al nivel del limbo existe comunicación, como sucede muchas veces; si esto no sucediera, se atraviesa la conjuntiva de arriba abajo en toda la parte correspondiente a la cabeza del pterigion y se tira de ella hacia delante para que, separándose de la esclerótica, no haya peligro de coagulación de esta membrana.

En este momento, oprimiendo el interruptor de pie, se hace pasar la corriente durante uno o dos segundos, según el espesor, y observaremos que la cabeza del pterigion que cabalgaba sobre el gancho toma un aspecto blanquecino mate: es que hemos realizado la coagulación de la cabeza del pterigion. Se saca el gancho y se vuelve a enganchar el pterigion al nivel de su base, separándole del globo ocular por una suave tracción hacia adelante y se hace pasar la corriente durante dos o tres segundos, tiempo suficiente para coagular la base, que aparecerá con el mismo aspecto que la cabeza.

Esta misma maniobra de coagulación del pterigion sobre el gancho se realiza sobre el cuerpo de éste, haciendo pasar la corriente durante dos segundos.

Como vemos, en unos seis segundos habremos realizado la electrocoagulación total del pterigion.

La intensidad de la corriente debe oscilar de 140 a 180 milamperios, según el espesor y vascularización del pterigion.

Terminada la intervención, no es preciso vendar al enfermo, puesto que no queda ninguna superficie cruenta al descubierto, y sólo es necesario aconsejar al enfermo que emplee unas gafas de color protectoras durante tres o cuatro días.

Curso postoperatorio.—El curso postoperatorio suele durar de los doce a los quince días, tiempo en que tardan en eliminarse los tejidos electrocoagulados. La única molestia que suele sufrir el enfermo es ligera hiperemia conjuntival y secreción mucosa. Al cabo de los doce o quince días se suele apreciar que la conjuntiva que recubre la zona que ocupaba el pterigion electrocoagulado aparece con caracteres de normalidad si el pterigion era tenue. En los casos en que sea carnoso se aprecian ligeras cicatrices lineales algo rugosas, pero flexibles y estéticas. En estos casos los resultados no son tan satisfactorios, teniendo muchas veces que repetir la electrocoagulación.

Complicaciones.—Si se actúa bajo las normas anteriormente indicadas, no hay peligro ninguno de lesionar la córnea ni la esclerótica.

Recomendamos a los que comiencen a practicar la diatermia en oftalmología que actúen con prudencia res-

pecto a la intensidad de la corriente y tiempo, comenzando por tanteos, pues la lesión que producimos al electrocoagular es más extensa y profunda que lo que aparece a simple vista.

Recidivas.—En los 40 casos que llevamos operados por este procedimiento no hemos observado recidivas. Los últimos casos tratados lo son de hace seis o siete meses. Claro es que para estar a cubierto de esta complicación sería necesario observarlos dentro de un lapso de tiempo mucho más largo, lo que es casi imposible, pues en España los enfermos es raro que se presten a nuestra observación después de curados. En la variedad de pterigion tenue tenemos bastantes que están al cabo de un año lo mismo que a los quince días de la operación: el éxito de la electrocoagulación en esta variedad es completa.

En los primeros casos tratados de tipo carnoso nos sucedió que, al cabo de varios meses, se observaban pequeños islotes, que no fueron suficientemente destruidos, y fué necesario electrocoagular otra vez. Es que la prudencia nos hizo actuar insuficientemente en las zonas intermedias: lo mismo le ocurrió a von Golmann (7). En la actualidad se obvia este inconveniente realizando la electrocoagulación en cuatro sectores del pterigion y empleando el máximo de intensidad utilizable.

Indicaciones.—Consideramos indicada la electrocoagulación en los casos de pterigion tenue y carnoso, sobre todo en los primeros, siempre que sean primitivos, pues en los casos recidivados empleamos hace tiempo con gran éxito una técnica original que ha sido dada a conocer últimamente en una comunicación presentada a la Sociedad Oftalmológica de Sao Paulo (Brasil). Esto no obsta para que pueda emplearse la electrocoagulación en este tipo recidivo, aunque hasta la actualidad no la hayamos empleado.

CONCLUSIONES

Primera. Que la electrocoagulación es el tratamiento a emplear en los pterigion primarios, tenues y carnosos, por su facilidad, rapidez y no tener necesidad de emplear vendaje oclusivo.

Segunda. Que este procedimiento está libre de complicaciones, si se realiza correctamente.

Tercera. Que hasta la actualidad no hemos observado recidivas, aunque nada puede asegurarse, dada la frecuencia de éstas en el pterigion, y será necesario que pasen varios años hasta que sepamos si este procedimiento nos pone a cubierto de ellas en todos los casos.

Cuarta. Que en los casos recidivantes empleamos nuestra técnica de plegamiento en dos colgajos y fijación a los tejidos blandos del párpado.

BIBLIOGRAFIA

- (1) NAGELSCHMIDT.—*Lehrbuch de Diatermie*, 3.^a edición.
- (2) WORMS BLANCHARD.—*Soc. d'Ophtal. de Paris*, 20 de XII de 1924.
- (3) MONBRUM.—*Revi dóto-nemo-ophtalm y cirgneur.* 1930, tomo V, pág. 23.
- (4) MOMBRUM CASTERAN.—*La Haute fréquence en ophtalm*, Paris, 1929, págs. 81, 82, 109 y 110.
- (5) VANAS.—*Acta ophtalm*, 1932, vol. IX, pág. 350.
- (6) NAROG.—*Klinika Oczna*, 1932, tomo X, pág. 128.
- (7) VON GROLMANN.—*Archivos de Oftalmología de Buenos Aires*, 1932, págs. 747, 751 y 752.

una sola fórmula...

EN TODOS LOS TRASTORNOS
DE LA CIRCULACIÓN, DE LA MENOPAUSIA,
Y DE LA PUBERTAD

PROVEINASE MIDY

HIPÓFISIS, TIROIDES, SUPRARRENALES

Polvos **titulados** de órganos **frescos**, extraídos en los mataderos, obtenidos en nuestros Laboratorios por procedimiento especial Midy,

Inmediatamente de Fabricados se hace comprimidos con estos polvos.

Extractos secos de plantas **estabilizadas**.

LABORATORIOS DE LA PIPERAZINA MIDY.
Aragon 228 - BARCELONA



2 a 4 comprimidos diarios.

Detenidos experimentos
demuestran que el Antiséptico

LISTERINE

es de gran eficacia para
evitar los resfriados corrientes.

La Lambert Pharmacal Company de St. Louis, E. U. A., comprendiendo la necesidad sentida en todas partes de evitar las traqueitis leves o resfriados corrientes, proyectó una serie de experimentos con su Antiséptico Listerine. Para que esta investigación tuviera la mayor eficacia se eligieron 102 personas y se formaron con ellas tres grupos de 34 individuos cada uno. Todos trabajaban en igualdad de condiciones y sus métodos de vida eran análogos



Propietarios:
LAMBERT
PHARMACAL
Co.-St. Louis
Mo. E. U. A.

En el grupo que no usó el Antiséptico Listerine ocurrieron 62 casos de resfriados

En el grupo que hizo gargarismos con Antiséptico Listerine dos veces al día sólo hubo 22 resfriados

En el grupo que hizo cinco veces al día gargarismos con el Antiséptico Listerine no se presentaron mas que 20 casos de resfriados.

De esta investigación se deduce la gran eficacia del Antiséptico Listerine como ayuda profiláctica y terapéutica para combatir los resfriados y el dolor de garganta



Concesionario: FEDERICO BONET
Apartado número 501 - Madrid

LAS INFECCIONES PULMONARES Y SU TRATAMIENTO

El uso peligroso de los antiguos bálsamos y trementinas, ha sido sustituido modernamente con **Neobronquil**, inyecciones indoloras, hipodérmicas o intramusculares. / Combate las lesiones de origen patológico ensanchando el campo de la hematosiis y corrige la hipocolesterinemia de la sangre en todos los accesos febriles.



NEOBRONQUIL

Fórmula: Colesterina, Helenina, Gomenol, Alcanfor,
Ácido tímico, Mentol y Aceite de Olivas.

Pida muestras y literatura al LABORATORIO FEDERICO BONET, Rosalía de Castro. 31 - MADRID

Además de la fórmula corriente para adultos, hay cajas de Neobronquil, tipo infantil, con ampollas de 1'5 c. c. y aceite esterificado.

Algunas consideraciones sobre la patología y la terapéutica del pterigion

POR EL

Dr. MANUEL MARIN AMAT
Oculista del Instituto Nacional del Cáncer

A mis queridos amigos los Dres. Baldomero y Angel Castresana, con motivo de su comunicación a la Academia de Medicina el día 10 de marzo de 1934 sobre «Tratamiento del pterigion por la electrocoagulación», para abundar en la tesis por ellos sostenida.

La notable comunicación de los Dres. Castresana a la Academia de Medicina sobre «Tratamiento del pterigion por la electrocoagulación» nos hizo pensar en los fundamentos científicos de dicho tratamiento, y así lo hubimos de expresar en la discusión de la misma, pero de una manera rápida y quizás un tanto atropellada, debido a las repetidas advertencias de la Presidencia por agotarse el tiempo reglamentario. Sin embargo, lo interesante del tema nos hace que expongamos de un modo claro, ordenado y preciso aquellos argumentos que, por falta material de tiempo, sólo pude citar de un modo fragmentario.

El *Pterigion* (de pteron, ala), es una afección especial de la conjuntiva bulbar y de la córnea, caracterizada por la presencia de una membrana opaca, vascular y de forma triangular, cuyo vértice monta sobre la córnea, dirigiéndose hacia su centro.

De la patología del pterigion nos son perfectamente conocidos ciertos extremos, tales son: primero, la *Sintomatología*, tanto objetiva (pterigion carnososo y membranoso y su división en cabeza, cuello y cuerpo), como subjetiva (disminución de la agudeza visual cuando invade el campo pupilar) y objetivasubjetiva (astigmatismo conforme a la regla por el aplanamiento horizontal de la córnea); segundo, la *Evolución*, que es lenta y progresiva hasta alcanzar el centro de la córnea, deteniéndose muchas veces antes de llegar a dicho sitio, por lo que se ha establecido la división del pterigion en *progresivo* y *estacionario*; la *Etiología*, conocida en parte (recaer en adultos, ser más frecuentes en las comarcas secas y pulverulentas, y más en las profesiones expuestas a las inclemencias exteriores: polvo, viento, humo, etcétera), y también más frecuente, y por las mismas razones, en el hombre que en la mujer; cuarto, la marcada tendencia a la *recidiva* después de extirpado, y quinto, las *Complicaciones*, especialmente de carácter degenerativo (quísticas, epiteliomatosas (1), sarcomatosas, ya de células sin pigmento, (2) leucosarcoma), o de células con pigmentos (3) (sarcoma melánico).

En cambio, no conocemos: primero, la *Patogenia*; segundo, la *Anatomía Patológica*; tercero, la *preferencia* por la región nasal de la conjuntiva; cuarto, el porqué se detiene su crecimiento al llegar al centro de la córnea, y quinto, los motivos de su tendencia a la reproducción, contrastando con la *ausencia de metástasis*.

Por estas razones puede considerarse el pterigion, atendiendo a su patología, como una afección un tanto enigmática.

Y por lo que se refiere a su terapéutica, siendo ésta, como decía Semmola, hija legítima de una buena patología, se comprende que hasta ahora haya dejado mu-

cho que desear; y de ahí la multitud de métodos y de procedimientos que se han utilizado para obtener la curación.

La terapéutica hasta ahora empleada ha sido la consecuencia obligada del conocimiento que se ha tenido de la afección y de las concepciones etiológicas y patogénicas. Así, ha sido aceptado por muchos autores el origen *pinguecular* del pterigion, propuesto por Richter y defendido por Arlt y Fuchs (4). Lo consideraban como formado por la hipertrofia de los elementos normales de la conjuntiva (vasos, tejido conjuntivo, si bien en degeneración hiliar y epitelio) y, por tanto, de carácter benigno. Fundado en ello recomendaban la excisión total del mismo en las porciones correspondientes a la cabeza y cuello y parcial en el cuerpo.

La retracción especial que se observa al excindir el pterigion, así como su fácil reproducción, ha llevado a Terson (5) a compararle con la retracción de la aponeurosis palmar y a proponer su extirpación seguida de una plastia de la conjuntiva, en forma de colgajo cuadrangular, practicando la sutura por encima de la abertura parpebral (debajo del párpado superior) y fijando los puntos en el tejido episcleral para mayor seguridad.

La excisión del pterigion ha constituido el principal método operatorio de la afección, siendo muy numerosos, con pequeñas variantes y, por tanto, los procedimientos que tiene este método: así, sección de la cabeza con el cuchillo de catarata, seguida o no de raspado, de cauterización con el galvano o el termocauterio, y hasta de plastia corneal (Terson) (6) y comprender en la extirpación la totalidad o una porción mayor o menor del cuerpo del pterigion.

Otros métodos operatorios han sido los de trasplatación del pterigion, colocándole, bien en un solo trozo, debajo de conjuntiva, en su parte inferior (Desmarres), o bien dividido por la mitad y cada trozo colocándolo debajo de los labios superior e inferior de la pérdida de substancia, respectivamente (Knapp) (7), o bien rambersándolo a modo de charretera en totalidad (Creus) (8), y hasta se ha llegado a la excisión y a la trasplatación colocándolo del revés, la cabeza en dirección de la carúncula y la base en dirección de la córnea (Blatt).

Por fin se han asociado ambos métodos, el de excisión y el de trasplatación, al objeto de cubrir la pérdida de substancia que resulta de su extirpación, por mucosa extraída de los labios (Duverger y Velter), o por conjuntiva tornado de otro sitio del mismo ojo (Gómez Pinto) (9), o del otro ojo (Gómez Márquez) (10).

La sutura del pterigion es poco recomendable.

Nosotros consideramos como esencial en la cirugía del pterigion dos extremos, que son: la extirpación total de la cabeza, sitio de propagación y de reproducción de la afección, y para ello efectuamos el arrancamiento del mismo merced a tracciones suaves en dirección del centro de la córnea, verificadas con una erina o con un gancho puntiagudo de estrabismo que se ha pasado por debajo del cuello al ras de la esclerótica, previo levantamiento del mismo en totalidad con una pinza de fijación de Graefe, y el otro extremo consiste en excindir poca porción del cuerpo y en coaptar perfectamente, minuciosamente, los labios de la incisión, merced a numerosos y finísimos puntos de sutura que, por otra parte, esperamos a que se eliminen espontáneamente, porque tenemos observado que la más pequeña pérdida de subs-

tancia conjuntival, aun para quitar los puntos de sutura, por mucho cuidado que se tenga, favorecen la reproducción. Nosotros operamos de este modo, y jamás tenemos ninguna reproducción, excepción hecha de los reproducidos de otros colegas que, al ser operados por nosotros, también se nos han reproducido.

En este estado la patología y la terapéutica del pterigion, y fundado en la malignidad de muchos de ellos, se han utilizado las corrientes eléctricas de alta frecuencia y baja tensión bajo la forma de electrocoagulación, que desde hace unos dos o tres años se vienen utilizando en terapéutica ocular, ya para el tratamiento de los epitelomas epibulbares (Terrien y Cousin) (11), para el desprendimiento de la retina (Weve) (12), Safar, Genet (13), etc., ya casi universalmente aceptados, y para el tracoma (14) (Momburn).

Nada más lógico que fundado en la tendencia invasora del pterigion y a su reproducción, que el empleo de la electrocoagulación, si bien se citan casos de reproducción por Villard y Dejean (15), de Montpellier, en un trabajo reciente sobre "Estudio de la morfología del pterigion por la lámpara de Hendidura".

El empleo de la termocoagulación en el tratamiento del pterigion se encuentra hoy plenamente justificado, debido al noble trabajo de Redslob (16) referente a la anatomía patológica de esta afección.

El Dr. Redslob ha estudiado en el laboratorio de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Strasburgo la histopatología del pterigion, y de sus investigaciones deduce que existen dos clases de pterigion: los *progresivos* y los *estacionarios*.

La estructura de los *progresivos* es diferente en la cabeza y en el cuerpo. La *cabeza* consta de estroma y de capa epitelial. El *estroma* está formado por células y fibrillas. Las células son fibroplastos orientadas en la dirección de la marcha del pterigion, que después se convierten en fibrillas. Entre las células y las fibras se encuentran fascículos de fibras colágenas. Las fibrillas se reúnen en fascículos, y éstos en laminillas compactas. Las fibrillas disocian las láminas corneales. La membrana de Bowman se destruye. La capa epitelial detiene la progresión invasora de las fibrillas. Muchas veces ha proliferado, y se constituyen mamelones, y otras se queratinizan. *Cuerpo*: el estroma está formado por fibras colágenas, con una vascularización muy intensa y fuerte proliferación de fibras elásticas. Faltan los fibroblastos. El epitelio es normal o suele presentar plegamientos, a veces muy acusados, que dan lugar a invaginaciones profundas que semejan glándulas tubulosas y hasta verdaderos quistes por retención.

Pterigion estacionario.—No hay diferencia histológica entre la cabeza y el cuerpo. El epitelio es normal y el estroma es asiento de una *esclerosis* de tejido conjuntivo adulto, transformándose en tejido fibroso. La masa colágena toma aspecto hialino, siendo los vasos muy raros.

Resulta, según las deducciones del Dr. Redslob, que el pterigion en evolución ofrece un tejido fibrilar neoformado con carácter invasor y destructivo. Tiene el aspecto de un fibroma de células conjuntivas jóvenes, que toma nacimiento en la conjuntiva, cerca del borde de la córnea, y progresa en dirección radiada, destruyendo las láminas superficiales y la membrana de Bowman, y que recidiva después de la extirpación, con la ventaja de que no da jamás metástasis. Es un verdadero tumor hiperplásico. Redslob lo compara al fibroma de las paredes

abdominales, dada la tendencia invasora de este último. El porqué no traspasa el centro de la córnea el pterigion, el autor lo interpreta como debida a la deficiencia nutritiva de dicha membrana.

Por tanto, fundado en la clínica y en el laboratorio, científicamente encuentra justificación el empleo de la termocoagulación en el tratamiento del pterigion, si bien teniendo en cuenta el modo de obrar un tanto profundo de este elemento terapéutico y la delicadeza del globo ocular.

Teóricamente, la diatermocoagulación tendría su principal indicación en los pterigiones reproducidos, pero en estos casos hay que contar con la fuerte adherencia a la esclerótica y en la dificultad de la aplicación de la aguja.

A mi juicio, aunque todavía no tengo experiencia personal, los pterigiones progresivos son los llamados a beneficiarse de esta nueva terapéutica, los que, por otra parte, son refractorios al radio, como he podido observar.

BIBLIOGRAFIA

- (1) MENACHO.—*Variedades anormales del pterigion*. Comunicación a la Sociedad Oftalmológica Hispanoamericana del 2 al 7 de abril de 1907. "Libro de Actas", pág. 53.
- (2) PROFESOR AUBARET.—*Ptérignon néoplasique*. "La Clinique Ophtalmologique", mayo 1923, pág. 53.
- (3) MARIN AMAT.—*Sarcome Mélanique développé sur un ptérignon*. Comunicación a la Sociedad Francesa de Oftalmología, París, julio de 1932. "Libro de Actas de la Sociedad", página 105, y "Annales d'Oculistique", noviembre 1932, página 885.
- (4) MARIN AMAT.—*Curso teórico de anatomía patológica del profesor Fuchs*. "Archivos de Oftalmología Hispano-americanos", mes de junio de 1920, pág. 257.
- (5) TERSON.—*Sur la structure, la pathogénie et une opération modifiée du ptérignon*. "Archives d'Ophtalmologie", marzo 1911, pág. 161.
- (6) TERSON.—*Operation du ptérignon (voilet a suture spiculaire remontée avec ou sans auto-kératoplastie)*. Comunicación a la Sociedad Francesa de Oftalmología, año 1914. "Libro de Actas", pág. 557.
- (7) KNAPP.—*Chirurgie de l'oeil et de ses annexes par Terrien*. París, 1921, pág. 380.
- (8) CAYETANO DEL TORO.—*Tratado de enfermedades de los ojos*. "Cádiz 18-78", tomo I, pág. 442.
- (9) *Encyclopédie Française de Ophtalmologie*, tomo IX, página 244.
- (10) GÓMEZ MÁRQUEZ.—*Un nuevo procedimiento operatorio contra el pterigion*. "Archivos de Oftalmología Hispano-americanos", enero 1931, página 87.
- (11) TERRIEN y COUSIN.—*Traitement d'une néoplasie du limbe*. Sociedad Francesa de Oftalmología, mayo 1931, "Libro de Actas", pág. 279.
- (12) WEVE.—*Quelques remarques sur le traitement diathermique des décollements rétiniens*. Sociedad Francesa de Oftalmología, julio 1932. "Libro de Actas", pág. 269.
- (13) GÉNET.—*Traitement du décollement rétinien par diathermo-coagulation*. Sociedad Francesa de Oftalmología, julio 1932. "Libro de Actas", pág. 272.
- (14) MOMBURN y CASTERAN.—*La haute fréquence en Ophtalmologie*. Sociedad Francesa de Oftalmología, mayo 1927.
- (15) VILLARD y DEJEAN.—*Etude morphologique du ptérignon a la lampe de fente*. "Archive d'Ophtalmologie", París, agosto 1933, página 533.
- (16) REDSLOB.—*Contribution a l'étude de la nature du ptérignon*. "Annales d'Oculistique", enero 1933, pág. 42.

Servicio de Puericultura del Dispensario Central de la Cruz Roja
Director: Prof. Dr. C. Sáinz de los Terreros

Con motivo de un caso de fisura del velo del paladar en un débil congénito hipoalimentado y tuberculoso pulmonar⁽¹⁾

POR EL

Dr. B. PEREZ MORENO
Médico asistente

Enf.—P. C. de B..., de veinticuatro días de edad.

Ant. h.—Los abuelos maternos murieron tuberculosos; el abuelo era alcohólico. De seis hijos que tuvieron murieron cuatro: tres de pequeños, y uno, que era epiléptico, a los veinticinco años. La madre nació de embarazo gemelar. Han sido cinco hermanos; uno, que murió, tenía polidactilia. A la madre le han hecho varios Wassermann con resultado negativo. Para todos los hijos ha tenido que acudir a la lactancia artificial.

Datos de la enf. va.—Casa sola, piso bajo, un patio, sin agua, con retrete.

Cuatro habitaciones: cocina, comedor y dos dormitorios; todas con ventilación y aireación; casi todas con humedad.

Dos camas: una para cada tres individuos.

No hay orden ni limpieza.

Mala higiene personal. T. B. familiar (+), sí.

Muchas necesidades.

Herencia, sífilis (?)

Ant. pers.—Embarazo y parto normales. Cuando nació tenía muy pocas dimensiones y poco peso, aunque era de término. No la pesaron después del nacimiento. Lactancia materna irregular hasta los dieciséis días, y desde entonces mixta con tres biberones al día de 75 centímetros de leche de vaca diluida, además del pecho, hasta la actualidad.

Enf. act.—Desde que empezó a mamar, después de estar unos momentos al pecho, lo suelta y se retira llorando.

Algunas veces expulsa la leche por la nariz, pasando esto indistintamente con el pecho y con el biberón.

Desde hace diez días respira con dificultad por la nariz y segrega abundante moco.

La madre cree que no ha perdido de peso desde el nacimiento.

Expl.—Talla, 47 centímetros; peso, 2.390 gramos; perímetro torácico, 29 centímetros.

Niña intensamente desnutrida, sin pániculo adiposo. Al pellizcar, la piel hace pliegues que persisten. Cara tendiendo a senil. Se palpa bola adiposa de Bichart.

Tegumentos de color pálido terroso. Descamación en tronco.

Eczema en región perineal e inguinales.

En región sacrocóxigena, mancha mongólica de extremidad ensanchada superior, de unos tres por dos centímetros.

Fóvea retroanal. El canal sacral ensanchado; aletas sacrales terminadas en una eminencia.

En pierna izquierda, pequeña mancha cárdena.

Fontanela ampliamente abierta, continuándose hacia atrás, entre los parietales, hasta el occipital.

Fisura del velo del paladar con aparente ausencia de

tal velo, cuyo lugar está ocupado por un espacio triangular de amplia base posterior. La bóveda del paladar, sin alteración apreciable.

Micropoliadenitis occipital, cervical, inguinal y en axila izquierda.

Ap. resp.—Ligera obscuridad a la percusión en región interescapular izquierda. En base izquierda, plano posterior, ligero soplo, y en algunas zonas, estertores de burbujas medianas.

Ap. co.—Nada anormal.

Sist. no.—Babinski positivo (normal a esta edad).

Ap. do.—Borde inferior de hígado, dos traveses de dedo por bajo del reborde costal, a nivel de línea mamilar. Se palpa polo inferior de bazo.

Expl. complementaria.—Mantoux 6++ a las cuarenta y ocho horas.

Wassermann.....	} Previa reactivación en la madre y en la niña.....	} Negativos.
Meinicke.....		
Kahn.....		

Fórmula leucocitaria.

Leucocitos — 7.000 por mm³.

Eritrocitos — 4.000.000 por mm³.

Eosinófilos..... 2

Pol neut.....	} Bast 22	} 45	} = 67
Linfocitos.....	21		
Monocitos.....	10		

Análisis de leche.—No puede efectuarse, por imposibilidad de extraer leche suficiente para realizarlo.

Cantidad que mama en cada tetada.—Oscila entre 0 y 10 gramos.

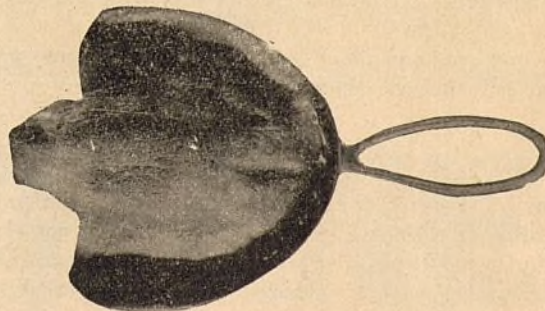
Radiografía del sacro.—En la positiva no se aprecia nada.

Radiografía de tórax.—Pulmón izquierdo enteramente ocupado por un velo, más intenso en el lóbulo superior.

Ambos hiliós ocupados por sombras ganglionares, y el derecho, con una sombra bipolar (complejo primario de Ranke).

Lóbulo superior derecho ocupado por un velo, más intenso hacia mediastino, donde se aprecia una sombra adenopática con reacción pleurítica.

Tratamiento.—Se intenta hacer una lactancia mixta coincidente, prescribiendo siete veces pecho y siete bi-



Pieza protésica construida por el Dr. Soubrier para corregir el trastorno deglutorio.

berones, consistentes cada uno en 75 gramos de leche de vaca, más 35 gramos de agua, más cinco gramos de azúcar.

Instilaciones nasales con aceite gemonolado al 10 por 100.

(1) Comunicación presentada en la sesión clínica del Dispensario Central de la Cruz Roja el día 16 de febrero de 1934.

Se le envía al servicio de Odontología, con el fin de que le hagan un aparato protéxico que impidiera la regurgitación de la leche por la nariz, corrigiendo así el trastorno deglutorio existente. El aparato que propusimos y realizó a la perfección el Dr. Soubrier, Jefe del Servicio de Odontología, es el que se muestra en la fotografía adjunta.

Curso.—Como las dobles pesadas verificadas regularmente desde que ingresó en la clínica, nos demuestran que no mama absolutamente nada, la ponemos en lactancia artificial, ayudada con la cantidad, cada vez más escasa, de la leche que se logra extraer de la madre por ordeñamiento.

Desde su estancia en la clínica, la niña mejora rápidamente, cambiando el color de la piel, que se hace sonrosada, desaparece la descamación y el eczema, adquiere alegría y aumenta de peso en una proporción de 42 gramos diarios en los primeros nueve días, que pasa de 2.390 a 2.770 gramos.

En los siguientes días disminuye el aumento de peso simultáneamente con el número de deposiciones, que desciende a una o, cuando más, a dos al día, de consistencia dura y de color grisáceo, semejantes al mástic; durante estos días el aumento de peso fué de 15 gramos diarios, pasando de 2.770 a 2.880 gramos en siete días. Se combate este ligero trastorno nutritivo con leche ácida mezclada con abundantes hidratos de carbono (siete biberones en el día de 13 gramos de Agrimax, más cinco gramos de azúcar de Soxlet, más 10 gramos de azúcar de remolacha, más 100 gramos de agua en cada biberón), que rápidamente hace tornar las deposiciones a la normalidad, cambiando entonces el régimen por una dilución de leche de vaca (75 gramos) en cocimiento de avena (35 gramos) y agregando a cada biberón una cucharadita de azúcar de Soxlet y otra de azúcar de remolacha; el aumento de peso también se elevó, pasando en dieciséis días de 2.880 gramos a 3.365 gramos, con un aumento medio diario de 30 gramos.

Entonces la dimos de alta en la clínica, por creer resuelto el problema de la enfermita, siguiendo con regularidad la lactancia, para lo cual era una garantía el aprendizaje que la madre hizo durante el tiempo que estuvo internada.

El 8 de enero de 1934 se presentó en la consulta del Dispensario. La niña llevaba unos días intranquila. Se aprecia en la exploración ligera incurbación de tibias "en paréntesis". Alopecia en amplias áreas con tendencia a generalizarse.

Se pide radiografía y test sensitométrico como prelinar para hacerle actinoterapia.

COMENTARIOS

Los comentarios que sugiere esta enfermita son de extraordinaria enseñanza práctica, no solamente por el interés científico-clínico del caso, sino quizá más por la imbricación de unos en otros problemas, que le prestan enorme complejidad, la cual es casi la regla en las paideopatías, en las que un análisis minucioso descubre siempre motivos de la más diversa índole que es preciso valorar para la explicación patogénica y encauzar eficazmente el tratamiento.

Interminables serían estos comentarios si fuéramos a tratar con la debida extensión todos los problemas que presenta el caso, lo cual, a más de rebasar nuestra modesta capacidad, sobrepasa los límites de la nota clínica.

Es nuestra intención limitarnos a los puntos más importantes y hacer resaltar las posibilidades de más alto interés, dejando para trabajos de más envergadura el tratar de darles una explicación científica y fijar los procedimientos que, actuando sobre las causas fundamentales que dan ocasión a estas verdaderas víctimas de la sociedad que, a la vez, son una pesada carga para ésta, impulsen eficazmente el mecanismo que impida su aparición.

Lo primero que se ofrece a nuestra consideración es la debilidad general de este lactante, dato del que, si bien no tenemos las cifras de la talla y peso al nacer, no podemos tener la menor duda, conocidos la talla y peso a los veinticuatro días, y el dato de anamnesis de no parecer haber perdido peso desde el nacimiento.

¿A qué causa podemos atribuir este estado morbosos?

Según los datos del embarazo, el parto fué a término; luego no podemos pensar que la debilidad general de este lactante sea debida a ser prematuro.

Aunque obscura, en la etiología de este proceso se citan como causas más frecuentes las infecciones crónicas (sífilis y tuberculosis) padecidas por la madre; las toxicosis (diabetes, ictericia crónica, alcoholismo, saturnismo, etc.), cabiendo pensar también en la desnutrición e inanición de la madre y, en algunos casos, en la inhibición de los más finos procesos bioquímicos del crecimiento, por no llegar a los tejidos en cantidad suficiente ciertas sustancias de importancia vital.

En este caso, lo primero que pensamos fué en la sífilis; pero la negatividad de las reacciones serológicas, al par que los datos de anamnesis, nos hicieron desechar tal hipótesis, fundada principalmente en el cuadro clínico del caso.

El resultado positivo de la reacción de Mantoux, la radiografía de tórax, los datos hereditarios por línea materna y los que nos dió la enfermera visitadora, indicando el hacinamiento y la miseria extrema en que vive la familia, nos hicieron pensar como causa indudable en la tuberculosis.

Pero no terminan ahí las hipótesis.

Hay aún causas muy importantes que, junto a la tuberculosis materna, han podido influir, y de hecho habrán influido en el determinismo de la debilidad general de este lactante.

En primer lugar, tenemos que considerar una causa de naturaleza hereditaria, y a continuación las de influencia exterior.

La primera es la degeneración por vía materna y, como determinantes de esta degeneración, el alcoholismo y la tuberculosis. El abuelo materno, a más de ser tuberculoso, era alcohólico; de su matrimonio tuvo seis hijos y, entre ellos, dos gemelos (signo de degeneración según casi todos los autores), uno de los cuales es la madre del lactante en cuestión, y uno epiléptico. Esta degeneración se acentúa en la generación actual, en la que hay un hijo con polidactilia, y éste con fisura del velo del paladar, que luego comentaremos. Nosotros pensamos que esta degeneración, ocasionada probablemente por el alcoholismo de un antecesor, puede influir en su mecanismo, hoy ignorado, primero sobre las células germinales, poniéndolas en estado de inferioridad, y más tarde sobre los procesos químicos del crecimiento, ocasionando no sólo desviaciones del tipo normal, sino también alteraciones sobre el crecimiento total del organismo, retrasando su desarrollo.

Entre las causas de influencia exterior son muy mani-

CONTIENE
LOS

MINERALES

INDISPENSABLES

SODIO

POTASIO

FOSFORO

CALCIO

HIERRO

MANGANESO

DURANTE LA PREÑEZ Y DESPUÉS DEL PARTO

es indispensable un tratamiento adecuado. El Jarabe de Fellows es el tónico más apropiado y mejor compuesto de que puede disponer el facultativo.

Contiene todos los minerales necesarios en proporción científica y en forma de fácil asimilación: Manganeseo y Hierro para enriquecer las arterias de sangre empobrecidas por la constante pérdida; Calcio para restituir el que continuamente ha sido agotado; Potasio, Sodio y Fósforo para contrarrestar la depresión neurótica; Estricnina como un tónico del metabolismo de las células; y Quinina como un estimulante gástrico.

No existe tónico como el Jarabe de Fellows para la paciente parturienta y post-parturienta. Durante estos dos períodos la dosis que se sugiere, es la de una cucharadita tres veces al día, bien diluida en un vaso con agua.

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona



JARABE de FELLOWS DE LOS HIPOFOSFITOS

Antiatерomatoso.
Hipotensor.
Desclorurante.
Diuretico.
Modificador
de la endoarteria.
Modificador
mineralo-tejidualar.

M x A
13-14M n A
7-8

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

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

Silicyl

Medicación
de BASE y de RÉGIMEN
Estados Arterioesclerosos
y Carencias Silíceas

PYRÉTHANE

GOTAS

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

Poderoso Antineurálgico

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 esterificadas, 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 Niauli, 20,00 g.; Cineol, 10,00 g.; Sulfuro de Allio, 0,005 g.; Trioleinas esterificadas, c. s.

Neyol n.º 3

Niños

3

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

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

fiestas la iniciación de la madre y todas las miserias que la acampan. Desde ha largo tiempo el cabeza de familia se encuentra en paro involuntario, y la casa ha sido invadida por el hambre y el desorden moral y material, que es fácil de suponer que constituyen condiciones desfavorables para la maternidad.

Ahora nos toca considerar el problema etiopatogénico de la fisura del velo del paladar. Recordando cuanto hemos dicho, considerando a esta enferma como un caso de degeneración, tendremos explicado este aspecto. Esta modalidad de labio leporino tiende a considerarse por los autores modernos, con Schwalbe y Bauer a la cabeza, como una anomalía de inhibición o retraso del desarrollo del organismo, ocasionado en el segundo periodo de Roux del embarazo, puesto que al lado de la malformación del órgano existe alteración funcional. La naturaleza hereditaria de labio leporino está hoy fuera de dudas, y hasta se ha podido fijar su agravación a través de las generaciones sucesivas. En este caso la naturaleza hereditaria se nos antoja evidente, puesto que va precedida su aparición por el alcoholismo del abuelo materno (probable causa determinante de la degeneración), la procedencia de la madre de un embarazo gemelar y la existencia de un hermano con polidactilia. De otra parte, las desfavorables condiciones en que transcurrió el embarazo pueden haber influido como causas en el origen de esta anomalía.

En este caso, no vemos por ninguna parte las causas mecánicas que, según gran número de autores, pueden dar origen a esta anomalía.

Nos toca ahora considerar el problema postnatal que presenta el caso. En él tenemos que tener en cuenta, de un lado, la hipoalimentación, y de otro, la tuberculosis pulmonar.

En la primera hemos de tratar simultáneamente la hipogalactia de la madre y las alteraciones de la succión y de la deglución, cuestiones íntimamente ligadas con la hipoalimentación del caso.

La mala salud de la madre, su alimentación insuficiente y la miseria en que vive, pueden ser, sin duda alguna, una explicación suficiente de la hipogalactia acentuada que presenta, la cual no necesitaría de otra explicación, agregando que para la crianza de los hijos anteriores ha tenido que acudir a la lactancia artificial.

Pero no tenemos necesidad de acudir a hipótesis rebuscadas para explicar esta casi agalactia. Sabemos, sin lugar a dudas, que el estímulo fisiológico más apropiado a la secreción láctea es el vaciamiento completo de la mama. Para este vaciamiento es imprescindible una succión perfecta y de cierto vigor, según el grado de facilidad con que se obtenga la leche. La debilidad general con que nació esta niña, a más de no permitirle una succión intensa, daba lugar a que el esfuerzo que tenía que realizar para obtener la leche la fatigara pronto, impulsándola a abandonar la succión antes de completar el vaciamiento de la mama y obtener la cantidad de leche necesaria para su alimentación. De otra parte, el trastorno de deglución, que lleva aparejado la prácticamente ausencia del velo del paladar, ponía un obstáculo nada despreciable a la succión, haciendo que, cuando ésta conseguía su objeto, expulsara por la nariz la leche obtenida, lo cual, además de constituir una irritación patológica de la mucosa nasal (explicación del origen de la coriza que presentaba), impedía la alimentación de la enferma que, casi en inanición, aumentaba su debilidad. Esto, haciendo cada vez menos intensa la succión, aumentaba el defec-

to de la función de la mama, la cual, ante el nunca completo vaciamiento, disminuye su secreción y exige una succión más vigorosa para extraerla, influyéndose así unas sobre otras causas, formando un círculo vicioso que aumentaba la debilidad de la niña y la hipogalactia de la madre, hasta convertirla en agalactia completa.

La continua hipoalimentación era, sin duda, la causa de la falta de aumento de peso, y hubiera llegado a originar un estado atrófico, del que no estaba muy lejos cuando la vimos. El éxito conseguido con el tratamiento dietético nos confirma esta suposición.

No quiere ello decir que la tuberculosis no hubiera influido en la producción de este trastorno nutritivo. Es evidente que la tuberculosis pulmonar ha influido, no solamente por la insuficiencia más o menos grande de la función respiratoria que lleva consigo y las alteraciones tóxicoinfecciosas generales del organismo, sino que, aumentando las necesidades nutritivas de la economía, contribuye a exagerar el desequilibrio existente entre estas necesidades y la insuficiente cantidad de los alimentos ingeridos para cubrirlas.

La tuberculosis pulmonar de esta enferma daría ocasión, por su precoz aparición, a tratar aquí de los discutidos puntos de la tuberculosis hereditaria y congénita, con lo cual aumentaríamos demasiado la extensión de esta comunicación, sin conseguir aportar a la solución de tales problemas más que una serie de hipótesis que nada aclararían. Por otra parte, en este caso, el hecho de que exista un complejo primario, parece probar la adquisición postnatal de esta afección.

Un hecho que tenemos que hacer resaltar es la aparición de las reacciones inmunoalérgicas a la tuberculina. Esta precocidad, además de probar la temprana adquisición de la afección, pone sobre el tapete la cuestión del tiempo que tarda en establecerse este estado alérgico. Aunque ello será tratado en trabajo especial por uno de nuestros compañeros, queremos manifestar la creencia de que se hace necesaria la revisión seria del tiempo que tarda en aparecer la inmunoalergia a la tuberculina, no solamente por el interés científico del problema, sino principalmente por el alto interés práctico del mismo, que alcanza su acmé en el problema de las vacunaciones profilácticas que con tanta rapidez se están extendiendo en todos los medios, sin que muchas veces medie la debida meditación.

Respecto a la terapéutica de este caso, sería muy conveniente la colocación de la niña en un medio que llenara las condiciones higiénicas de rigor, y absolutamente necesario seguir una lactancia, a ser posible natural, o, por lo menos, bien regulada y adicionada de una dosis suficiente de vitaminas.

Lo poco que se conoce sobre la alopecia que presentaba nos hace limitarnos a indicarla nada más como síntoma que nos hizo volver a pensar en la heredolúes, aunque con ciertas reservas.

El problema social que plantea el caso que tratamos es tanto más complejo que el caso mismo. Cargado con el peso de una herencia de franca degeneración, estigmatizado ya con una importante tara, y seguramente abocado a alteraciones mentales (éstas acompañan muchas veces a la anomalía que padece y, por otra parte, el alcoholismo y la epilepsia existentes en su ascendencia serían por sí solos suficiente base a tal suposición), vive en un medio bacilífero y miserable que ya le ha contagiado la tuberculosis y constituye abonado ambiente para que prendan en él todas las causas patógenas posibles.

La Eugenesia hubiera tenido mucho que hacer en este caso, si su degeneración no fuera unida a una enfermedad como la tuberculosis que, en interés de la especie, cumplirá aquí lo que a una selección artificial sería más difícil.

Para evitar que se engendraran seres de tamaño inferioridad, refiriéndonos particularmente a nuestro caso, sería preciso que se combatiera eficazmente el alcoholismo o que se impidiera que los alcohólicos fecundasen, que la tuberculosis no alcanzara el desarrollo a que en esta familia ha llegado, y que existiera un régimen social menos injusto, en el que no fuera posible la existencia de una tan extremada miseria como la padecida por sus antecesores, o seguramente sólo este último punto, ya que con ella la tuberculosis no causaría tales estragos, y quién sabe si el alcoholismo sería posible en ella.

SESIONES CLÍNICAS

EN EL HOSPITAL PROVINCIAL

Servicio de clínica médica y fimatológica del Profesor Codina Castellví

(Sesión celebrada el día 25 de enero de 1934.)

SÍFILIS DE ESTÓMAGO

Dr. Alvarez.—Se trata de una enferma, A. A., de veinte años, natural de Daimiel (Ciudad Real). Antecedentes familiares sin importancia; tan sólo acusa amenorrea desde hace cuatro meses. La enfermedad actual comenzó hace dos meses con vómitos y dolores difusos en región epigástrica, con inapetencia; los dolores se calman con los vómitos, que son de sabor so-so-amargo, no ácidos. Continúa acentuándose esta sintomatología, y la intolerancia y malas digestiones para proteínas grasas. En la exploración, lo que más resalta son los vómitos, que dan casi un cuadro de estenosis pilórica, pues sólo los líquidos son tolerados. Dolor difuso a la palpación en región epigástrica, sin que se puedan señalar concretamente puntos dolorosos. Pigmentación de aréolas mamarias y línea alba. Tumoración en hipogastrio, correspondiente a un útero grávido de seis meses. Cefalalgias de exacerbación nocturna. Aparatos circulatorio y respiratorio: nada anormal. El jugo gástrico nos da: Cl. H. libre, 0,10; Cl. H. combinado, 0,18; acidez total, 0,28. Weber negativo. Por radioscopia: píloro libre, espasmo persistente localizado en antro pilórico con alteraciones asociadas, que simulan perfectamente una neoplasia. La radiografía da la idéntica imagen. Reacción Wassermann positiva. Análisis de orina: urea, 17,7; cloruros, 13,2; fosfatos, 1,8; densidad, 1,023. Reacción ácida. En estas condiciones, y pese al consejo del cirujano de hacer una gastroenterostomía, empezamos un tratamiento con neosalvarsán, no pasando de 0,45 gramos, y después de la primera de 0,15 gramos, por una reacción de Hersheimer, nos descubre una roséola, que nos deja como reliquia el Collar de Venus; a la tercera inyección le disminuyen los dolores, le desaparecen los vómitos y las cefaleas, empezando ya de aquí en adelante a tolerar progresivamente regímenes variados, con digestiones cada vez más fáciles. Se le pone un total de 4,80 gramos y, al terminar, ha cesado toda la sintomatología, ha engordado 10 kilos, han desaparecido las alteraciones radiográ-

ficas totalmente, y el embarazo continúa felizmente su curso, que luego resulta ser gemelar. El jugo gástrico nos da: Cl. H. libre no contiene; Cl. H. combinado, 0,41; acidez total, 0,41, etc.; ya sabemos la tendencia a la persistencia, que a veces se hace definitiva. Hay que señalar como particularidades del caso un principio desconocido: su sintomatología primaria, de preferente localización gástrica, quizá por fijación de la lúes, en una mucosa lesionada por excesos alcohólicos comprobados, es cosa que no hay que olvidar: la importancia del factor traumático que pone un órgano en condiciones de inferioridad, y sobre el cual se desarrolla después mejor la infección luética. Se extiende el comunicante en consideraciones sobre la historia de la lúes del tubo digestivo, haciendo resaltar los trabajos de Proksch, Neumann, Pal, Brunner; recientemente, Hausmann, Crevrui y Fournier, etc., etc. Establece la diferenciación entre las manifestaciones gástricas en sífilis constitucional y síntomas gástricos de una sífilis de estómago. Señala las características radiográficas de la lúes gástrica y su diagnóstico diferencial, insistiendo en el valor de la hipo o anacidez, y termina haciendo el diagnóstico de una gastritis luética, acompañada de espasmos persistentes de preferente localización en antro pilórico.

Dr. Suárez.—Voy a referir un caso que vi hace unos años en la sala 15 de este Servicio, para compararle con éste: se trataba de una enferma, de edad avanzada, con un cuadro de estenosis pilórica. Reacción Wassermann positiva; la radiografía acusaba estenosis de píloro casi completa. Se puso un tratamiento mercurial; a los doce días falleció; en la necropsia, al abrir el estómago, vimos con gran sorpresa una masa del tamaño de una cabeza de feto, que desde el píloro se introducía en el estómago; el píloro estaba casi obstruido; no sabíamos qué era aquello; lo pinchamos, y salió una masa pardoachocolatada; se separó un trozo para hacer estudios histopatológicos que, por desgracia, no han llegado a nuestras manos, pues tuvimos la idea de posibilidad neoplásica al recordar la frecuencia con que los procesos carcinomatosos dan el Wassermann positivo.

Dr. Codina Suqué.—Después del estudio detenido del diagnóstico diferencial creo que, clínicamente, está justificado el llamarlo un caso de sífilis gástrica; pero con un mayor rigorismo científico, creo que debe ponerse un interrogante a ese diagnóstico, tanto más cuanto, ya el comunicante lo ha dicho, las lesiones de sífilis gástrica son muchas veces difíciles de diagnosticar para el mismo anatomopatólogo. También creo que se debe insistir en que, lo mismo que una reacción Wassermann positiva no da la seguridad de que las alteraciones clínicas presentadas por un sujeto deban atribuirse a la sífilis, la desaparición de los trastornos presentados por la enferma después de un tratamiento antisifilítico no nos autoriza a afirmar la naturaleza etiológica. En este caso puede haber influido el cambio de la vida tan desordenada que antes llevaba la paciente por una más ordenada y un régimen alimenticio, lo que muchas veces es suficiente para hacer desaparecer alteraciones, especialmente de naturaleza espástica, como las presentadas en este caso.

Dr. Codina Castellví.—Los diagnósticos de sífilis gástrica son siempre difíciles de demostrar correctamente; hace poco se ha publicado un caso de úlcera gástrica operado, que murió por peritonitis a los ocho días; se suponía de naturaleza sífilítica por la reacción Wassermann positiva, pero no se pudo encontrar el espiroquete

a pesar de múltiples y detenidas investigaciones. En el caso de nuestro Servicio, por toda la serie de datos aportados por el comunicante, sin descartar la vida desarreglada a que la obligaba el ser tanguista, inducían a pensar con gran fundamento en la etiología sifilítica de sus trastornos gástricos, y muy especialmente por su hipoclorhidria. De todos modos, no se debe olvidar en este caso la intervención de las perturbaciones autotóxicas y endocrinas del embarazo en cuarto mes, y además primípara, y el cambio por una vida reglamentada y con una dietética apropiada, con reposo físico y mental.

(Sesión celebrada el día 1.º de febrero de 1934.)

CAVERNAS GIGANTES SIN REACCIÓN PERIFOCAL

Dr. García y García-Miñón.—Se trata de dos enfermas, historia que a continuación insertamos, y que las juzgo interesantes por dos hechos: 1.º, por ser cavernas gigantes (una de ellas ocupa todo el lóbulo superior del pulmón derecho), y 2.º, por no ir acompañada la imagen radiográfica de la reacción, que circunscribe en estas ocasiones al proceso úlcero-caseoso, máxime tratándose como se trata de lesiones destructivas de la extensión y magnitud que luego veremos en las radiografías correspondientes. El caso más interesante es el siguiente: Antonia C., de veintidós años. Ingresó en el Hospital Provincial el 10 de mayo de 1933. No tiene antecedentes hereditarios.

Historia de comienzo de hace tres años, con cansancio, inapetencia y a veces mareos, tos matutina; continuó igual hasta hace dos años, que tuvo una hemoptisis abundante: sangre roja, espumosa, que fué acompañada de tos, repitiéndose en octubre del pasado año con la misma intensidad que la primera. Amenorrea desde hace tres meses. En la actualidad se encuentra peor, aumentando la pérdida de peso. Fiebre alta de 39 grados, caquexia acentuada, ligera palidez de mucosas, incluso paladar; hipersonoridad en hemitórax izquierdo, con auscultación vicariante en el pulmón izquierdo; estertores subcrepitantes por todo el pulmón derecho, con fuerte soplo cavitario, que se percibe hasta mitad del mismo hemitórax, con pectoriloquia áfona por todo el plano. Frotoestertores diseminados. Tonos cardíacos normales, 130 pulsaciones. Se hizo reacción Wassermann, que fué negativa. Abundantes bacilos de Koch en esputos. Fahrus (método Westergren), 40,00. El índice fitopoyético, practicado por mí, dió un resultado de 101. Todos estos datos clínicos y de laboratorio nos indicaban el mal pronóstico de esta enferma. Fué diagnosticada de tuberculosis pulmonar caseosa de ambos pulmones, con caverna gigante, que ocupa las regiones supra e infraclavicular del lado derecho; la radiografía muestra una caverna que ocupa todo el lóbulo superior del pulmón derecho, bien circunscrita por una gruesa pared fibrosa que la circunscribe y limita; en la parte inferior parece seguir el trayecto de la cisura, y que es posible que ésta haya servido de barrera, evitando de esta forma la extensión, ya de por sí muy grande, del proceso cavitario. Hay una infiltración del hilio del lado derecho, y el resto del pulmón se mantiene bastante claro. En el lado izquierdo hay una imagen biliar en forma de mariposa, como hace pocos días nos indicaba en su brillante comunicación sobre "Imágenes hiliares" el Dr. Ruigómez. El segundo caso es el siguiente: Bonifacio H., de

veintiocho años. Ingresó en el Hospital el 11 de febrero de 1933. Antecedentes personales sin interés. Historia de comienzo de hace un mes, con tos, expectoración verdosa, algunas veces hemoptoica. Fiebre vespertina con disnea de esfuerzo. Afonía desde que empezó con el proceso. A su ingreso sigue con tos, fiebre, sudores nocturnos y buen apetito. Fiebre alta y caquexia; paladar, pálido. Estertores subcrepitantes por todo el hemitórax izquierdo, con soplo cavitario en infraclavicular del mismo lado y pectoriloquia áfona; bien de resonancia vocal en hemitórax derecho. Tonos cardíacos normales, 120 pulsaciones. Contiene abundantes bacilos de Koch en esputos. El Fahrus (método Westergren) a la primera hora, 28; a la segunda, 55. El índice fitopoyético me dió un valor de 96. Estos casos clínicos y de laboratorio nos dan un mal pronóstico. Se diagnosticó de tuberculosis pulmonar caseosa del pulmón izquierdo, con fusión cavitaria gigante en el mismo lado y siembra hematogénica en pulmón derecho. En la radiografía se observa una reacción cisural del lado derecho, con sombra hilar densa. En el lado izquierdo, caverna gigante parahiliar, que se ha fusionado con otra más pequeña que estaba situada debajo de la primera. En el mismo hemitórax se aprecia una pequeña caverna situada en base pulmonar. En este caso, aunque hay reacción en torno a las imágenes cavitarias, sin embargo, no es la opacidad que suelen dar en la imagen radiográfica lesiones cavitarias de estas dimensiones. En el primer caso es posible que se trate de una lesión úlcero-caseosa localizada, en la que se puede decir que se realiza el fenómeno de Koch típico; en efecto, aparece un foco tuberculoso único, se ulcera pronto, se vacía y no evoluciona en un cierto tiempo, hasta que luego viene otra nueva actividad; prueba de esto es que la historia de la enferma de referencia es larga (tres años). Los signos cavitarios persisten en una zona pulmonar. La lesión úlcero-caseosa localizada que corresponde a esta forma se acompaña de la formación de tejido escleroso con mezcla de sínfisis pleural parcial; aquí hemos visto que hay una película gruesa y fibrosa que, junto con la barrera de la cisura, ha contribuido a que no exista reacción por el resto del pulmón. Ahora, que en este caso no existe sínfisis pleural, por el hecho de que ha sido tratada por el neumotórax, tratamiento de que luego hablaremos, y se pudo hacer con facilidad. En el segundo caso, seguramente se trata de una lesión úlcero-caseosa extensiva, ya que sabemos que ésta se localiza generalmente alrededor del hilio pulmonar, casi siempre en el lado izquierdo, en su parte superior, coincidiendo con esto nuestro caso; los signos iniciales se perciben en la parte inferointerna de las fosas subéspinas, en la zona llamada de alarma, de Sergent. El sujeto se hace tuberculoso por un síndrome de marcha infecciosa aguda: fiebre elevada, remitente, posttracción, sudores profusos, adelgazamiento rápido. Estos fenómenos generales, que son insidiosos y discretos, luego son bruscos e intensos, se acompañan de síntomas funcionales que vienen a completar su fisonomía: son especialmente la tos y la expectoración; antes diremos que estos dos signos son las únicas manifestaciones de la evolución tuberculosa inicial. La tos falta raramente, con caracteres muy variables; en nuestro caso empezó con tos y expectoración verdosa. La presencia de bacilos de Koch en esta forma de tuberculosis es muy precoz. Puede existir hemoptisis, y aun empezar el proceso tuberculoso por esto, constituyendo el primer período de la enfermedad, y es esto lo que León Bernard ha

descrito con el nombre de "hemoptisis febril". En la tuberculosis pulmonar úlcero-caseosa extensiva crónica, la marcha es remitente, con alternativas de brotes evolutivos, sobre la importancia de los cuales Becancon ha llamado la atención; estas alternativas de empeoramiento responden ya a la extensión sobre el foco inicial, o a la producción de nuevos focos. El foco inicial tiende a extenderse y a profundizar, hay estertores húmedos y signos cavitarios, pero siempre progresan las lesiones con intervalos de empeoría y mejoramiento.

Una vez expuestos los casos objeto del trabajo no quiero terminar sin decir cuatro palabras sobre el tratamiento empleado en estas enfermas. Las dosis han sido sometidas al tratamiento colapsoterápico, como está indicado; pero con lo que no estoy conforme es con el neumotórax: no son enfermas de neumotórax, y sí de frenicectomía. Prueba de ello es lo siguiente: la enferma primera fué sometida a tratamiento por neumotórax, y hasta la fecha no han logrado colapsar la enorme cavidad del vértice. Han introducido grandes cantidades de gas, hay radiografías en que se ve colapsado todo el pulmón, excepto la cavidad, que se mantiene igual que en la imagen radiográfica primitiva, y que su gruesa pared resiste a la presión del gas; en este caso está indicadísimo una frenicectomía, porque ya sabemos que antes se decía que una de las indicaciones de la frenicectomía eran las cavidades de la base pulmonar, y no se aconsejaban en las lesiones de vértices; pero merced a trabajos posteriores de Bordet se vieron casos que habían mejorado notablemente con lesiones cavitarias situadas en pleno vértice. Wolf es el que ha insistido más sobre el mecanismo de curación, debida a la supresión de la tracción permanente a que está sujeto el parénquima pulmonar lesionado a causa de la actividad diafragmática; por esto insiste Wolf que no es precisamente en las cavidades de base donde está indicada la intervención, sino en las de vértice. De 18 casos de lesiones cavitarias de vértice, en cinco han desaparecido definitivamente las cavidades en un tiempo que varía de ocho a doce meses. Las lesiones apicales y subapicales, las cavidades de vértice o supraclaviculares van disminuyendo de tamaño sin deformación apenas, por faltar en ellas la atracción respiratoria de la pared costal; en cambio, cuanto más descendemos en el campo pulmonar más deformadas aparecen después de la frenicectomía; últimamente ha insistido Tapia en la necesidad de hacer frenicectomías en las cavernas de vértice, y yo puedo añadir que si no se llegara a comprimir, que creo que sí, entonces es cuando vendría como coadyuvante el neumotórax. En cuanto al segundo caso, he de decir que creo que se está tratando con el neumotórax, ocurriendo igual que en el anterior, o sea que la cavidad no se comprime. Sabemos por Redeker que las cavidades parahiliares presentan gran resistencia a la terapéutica por el neumotórax; esta resistencia es debida a la rigidez de los grandes vasos y bronquios; por la dificultad de su total colapso es necesario asociar el neumo a la frenicectomía.

Dr. Codina Suqué.—Los dos casos presentados ponen sobre el tapete los problemas que en fisiología hay que resolver para el tratamiento de estas cavidades grandes situadas en un pulmón relativamente sano. Patogénicamente son cavernas que se fraguan sobre infiltraciones sobreañadidas a una siembra hematógena, cuyos residuos pueden apreciarse perfectamente en el primer caso presentado, dando origen a lo que los alemanes llaman

"Lochkaverne". Estas cavernas asientan sobre un tejido con poca tendencia a la fibrosis, y a veces adquieren gran tamaño, poniéndose en contacto en gran extensión con la pleura. Por esto, muchos autores recomiendan no practicar el neumotórax, pues se trata de cavidades de paredes friables que pueden fisurarse por los esfuerzos o por un golpe de tos, dando origen a una fistula pleuro-pulmonar con derrame purulento consecutivo. La frenicectomía no suele dar resultados, pues la tendencia a la retracción falta, debido a la ausencia de tejido conjuntivo retráctil. En estos casos no hay más remedio que recurrir a la plastia más o menos extensa, según la extensión de la lesión, pues hay que perder la idea de que se trate de una operación que sólo deba hacerse en último extremo y cuando hayan fracasado el neumo y la frenicectomía. La poca tendencia a la disminución de volumen de la caverna durante todo el tratamiento por el neumo, a pesar de haberse despegado bien de la pared, no creo debe interpretarse como debida a que tuviera una pared dura, poco colapsable. Las cavidades de ese tamaño se cierran perfectamente con el neumotórax cuando no existen adherencias, que es lo que seguramente ocurría en este caso, aunque no se vean en las radiografías, y que hubiera puesto de manifiesto una toracoscopia.

Dr. Codina Castellví.—Además del interés que el comunicante ha puesto en su trabajo acerca de las cavernas gigantes y el que ha puntualizado el Dr. Codina Suqué, especialmente acerca de la patogenia y de la terapéutica rápida de esta clase de lesiones, sólo quiero recordar las dificultades que algunas veces existen para establecer un correcto diagnóstico de caverna pulmonar, como se desprende de dos trabajos alemanes publicados en estos últimos meses por los Dres. Ulrici, para descubrir las cavernas con la exploración clínica, y Volhard, referente a las cavernas que no ponen de relieve las radiografías. Tanto los signos de exploración que Ulrici aporta al diagnóstico de las cavernas, además de los ya conocidos, como los casos que refiere Volhard de cavernas en los vértices que no descubre la radiografía, son para tenerlos en cuenta, y merecen ser recordados siempre que se trate de un proceso de destrucción pulmonar limitado, como ocurre con las cavernas.

BIBLIOGRAFIA

EL DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO MEDIANTE LA ORINA, por el *Dr. S. Aschheim*, traducción de la segunda edición alemana por los Dres. Mateo Carreras y D. Ruperto Sánchez Arcas. Madrid, 1934. Un tomo en 4.º (25 por 17,5) de 150 págs. y 5 láminas en negro y colores. Sólo en rústica, 15 ptas. (por correo, 0,50 más).

Se acaba de publicar, en su versión española, el libro cuyo título antecede. Su contenido reviste el máximo interés, tanto en el terreno puramente científico de la investigación de los fenómenos biológicos, como en el terreno de la práctica médica, así general como ginecológica y ginecológica.

Desde remotas fechas ha venido persiguiéndose el "desideratum" de diagnosticar biológicamente el embarazo, ya excluyendo toda exploración clínica de la mujer, ya como complemento y auxilio de aquella misma exploración clínica. Pero, como es sabido, la mayor parte de los

procedimientos de tales diagnósticos adolecían de dificultades técnicas y de muy relativa seguridad en los dictámenes que de ellos se derivaban. En atención de tales inconvenientes representa un inmenso progreso "El diagnóstico del embarazo mediante la orina", del que es iniciador y principal investigador el Dr. Aschheim, autor del libro que nos está ocupando. Aschheim fué, en efecto, el primero en comprobar que la hormona del orgasmo (estro) se encuentra en la orina de la mujer embarazada en cantidades tasables en unidades de ratón, y que en los primeros días del embarazo son eliminadas, también por la orina, sustancias que poseen, de un modo semejante a determinadas hormonas del lóbulo hipofisario anterior, la particularidad de estimular el desarrollo de las glándulas germinales de animales sexualmente inmaturos.

En consecuencia, y sintéticamente, el método de Aschheim consiste en inyectar dosis graduales de orina de la paciente cuyo supuesto embarazo se desea identificar a ciertos animales de experimentación (ratones generalmente), observando la reacción que, en plazo de ordinario breve, se produce en los ovarios de dichos animales. Cuando existen en aquellos ovarios las modificaciones morfológicas que acusan el embarazo de la mujer cuya orina se investiga, dichas modificaciones morfológicas son, por lo general, perceptibles a simple vista o con una lupa.

Reviste, pues (insistimos en ello), el método en cuestión una importancia enorme; sus resultados nos suministran la certeza mucho antes de que puedan suministrárnosla los recursos de la clínica obstétrica. Y el libro que hoy ofrecemos al público (ilustrado con láminas que facilitan grandemente su comprensión) merecerá, de seguro, la mejor acogida por parte de todos aquellos profesionales cuya labor ha de beneficiarse y prestigiarse merced al método que en "El diagnóstico del embarazo mediante la orina" es descrito y estudiado.

FORMULARIO PRÁCTICO DE TERAPÉUTICA Y DE FARMACOLOGÍA (antiguo Dujardín-Beaumetz), por los doctores *M. Loeper* y *Ch. Michel*, traducción española por el Dr. Angel Ortega, 32.^a edición. Madrid, 1934. Un tomo en 16.^o (15 por 9) de 1.000 páginas. Encuadernado en tela, 10 pesetas (por correo, 0,50 más).

El mejor elogio que se puede hacer de este libro son sus numerosas ediciones, todas rápidamente agotadas. Esta, recién publicada, es la *treinta y dos*, y, como las anteriores, cuidadosamente revisada, puesta al tanto de los últimos descubrimientos farmacológicos y terapéuticos, sobre todo en cuanto a medicamentos nuevos, sueros, vacunas y regímenes alimenticios. Los memorándums de terapéutica se han enriquecido también con las más recientes aportaciones, que debe conocer todo facultativo.

Está dividido en dos partes, una consagrada a los Agentes Terapéuticos y otra a Memorándum de Terapéutica. Contiene, además, un anexo para Química biológica y certificados médicos y, por último, un índice completo de materias.

La traducción, muy esmerada, de estilo sencillo y apropiado. Un libro muy recomendado a todo médico, aun cuando tenga las ediciones anteriores, pues éstas resultan ya anticuadas y faltas de las últimas innovaciones.

TRABAJOS DE LA CLÍNICA DEL DR. FIDEL FERNÁNDEZ.—Editorial "Urania".—Granada, 1933. (Sin precio.)

Al igual que en años anteriores, hemos recibido y leído con sumo interés el volumen correspondiente al pasado año de los trabajos realizados en la clínica granadina del Dr. Fidel Fernández, por él mismo y sus colaboradores y discípulos. A más de una detenida estadística de los concurrentes a la clínica y de los trabajos publicados por cada uno de ellos, se insertan en el volumen un gran número de trabajos—correspondientes a los doctores Fidel Fernández, Suárez Peregrín, Jiménez, Clavero, Puyol, Espejo, Ruiz, Pastor, Viciano y Carmona—, todos ellos llenos de un real practicismo e interés verdadero.

La obra contiene, además, la referencia de las sesiones clínicas por la clínica celebradas.

Enhorabuena al Dr. Fernández y a sus discípulos, por la labor que realizan, colocando la Medicina española a la altura que de siempre le correspondió y corresponderá.

L'AÉROPHAGIE.—Un volumen en octavo, de 280 páginas y 28 grabados. Tercera edición, corregida y aumentada.—G. Leven.—Editeur, G. Doin.—Place de l'Odeon, número 8.—París, 1934.—20 francos.

Acabamos de recibir y leer con sumo interés esta obra—que tal es su valor, que marcha ya por la tercera edición—, en la que se pone de manifiesto el papel que la aerofagia juega en un gran número de casos patológicos, ya que interviene con síntomas más o menos importantes en la mayor parte de las afecciones gástricas y en algunas de las cardíacas.

El profesor Leven la cree más que nada unida a los disturbios de orden cardíaco de poca monta, y que a veces no es vista por el médico poco observador.

Termina el autor las escasas páginas de su monografía con un detenido y bien desarrollado estudio de su tratamiento.

La más cálida enhorabuena merece el Dr. Leven por esta obra vulgarizadora de tan interesante tema.—J. H.

LE HEMO-VACCIN.—*Michelet (Leon)*.—París, 1933. (Sin precio.)

La breve obrita del Dr. Michelet es tan sólo un exponente de su innovación a la técnica de la autohematoterapia, a la que acompaña datos técnicos y casos de enfermos en que la ha practicado con sumo éxito hasta ahora y sin ningún fracaso.

Si no útil—que bien es verdad que no lo es—, es esta obrita curiosa y sugerente de una terapéutica más.—R.

ROENTGENTERAPIA EN FORMA DE TABLAS.—Por el Dr. *Emmerich Markovits*.—Un tomo de 153 páginas, ilustrado con 40 figuras. 1934. Editor, Georg-Thierre. Leipzig.

Una nueva modalidad de la labor científica a que se hallan consagrados los roentgenólogos es la que aparece en este libro. En él, y como su título indica, se hallan expuestas todas las indicaciones que pueden ser llamadas hoy mediante la roentgeterapia, en forma concisa, breve, que evite pérdida de tiempo.

Un índice detallado, por secciones, pone instantáneamente al lector al corriente de la enfermedad que desee estudiar, teniendo, además, la ventaja de estar tan espe-

cificadas todas las enfermedades tributarias de este tratamiento, que hace imposible toda confusión.

Naturalmente que al especialista le son necesarios, además, libros de consulta donde poder ampliar los conocimientos; pero este libro tiene la ventaja inapreciable de poner inmediatamente al corriente del tratamiento de cualquier enfermedad, sirviendo, por decirlo así, y en caso de que se deseen ampliar los conocimientos que proporcione, de punto de partida para aquella ampliación.

Dada la extensión que va alcanzando la roentgenerapia (y el que desee convencerse de ello, con hojear el índice de este libro lo convencerá), es de un gran valor hallar, con la rapidez con que lo permite el modo de estar hecho, la enfermedad sobre la que se desee documentarse, por lo cual no podemos menos de recomendar calurosamente su lectura.

La edición y las figuras, con el esmero a que nos tiene acostumbrado el editor, y son bien conocidos de todos.

Dres. J. y S. RATERA

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

J. K. FRIEDJUNG.—*Diagnóstico precoz de la pulmonía fibrinosa en los niños.*

Los primeros síntomas que se observan apenas si indican algo más que la existencia de una infección: malestar general, abatimiento, sensación de enfermedad, vómitos, etc. Sólo en los niños ya muy mayores aparece el escalofrío; los pequeños tienen convulsiones, pero es frecuente que no se observen ni escalofríos ni convulsiones, faltando en los comienzos todo síntoma morboso de aparato respiratorio. No podemos sacar deducciones del hecho de que la respiración esté acelerada, porque todos sabemos lo fácilmente que se altera el ritmo respiratorio en los niños por las causas más leves y variadas y, desde luego, por las elevaciones térmicas más ligeras. La tos falta, o es muy poco marcada, y aunque alguna vez se inicia un herpes labial, ni este síntoma, ni un escalofrío, ni unas convulsiones son exclusivos de la pulmonía y, por lo tanto, no bastan para hacer un diagnóstico, siquiera sea aproximado. Hasta el segundo o tercer día no suelen observarse los signos de condensación pulmonar, y todo esto trae consigo que los diagnósticos se hagan al tercero o cuarto día de enfermedad, y que hasta entonces los niños sean tratados de un modo defectuoso. Como los niños no saben expectorar no podemos contar con el esputo herrumbroso, tan característico en la pulmonía de los adultos.

En resumen: durante los primeros días el niño da la impresión de padecer una enfermedad grave, y el médico no encuentra su origen, y sólo al tercero o cuarto día se hacen manifiestos los síntomas pulmonares. No obstante, hay algunos síntomas, al parecer, engañosos, que pueden ponernos sobre la pista, entre ellos los dolores de vientre, localizados muchas veces en el lado derecho, que simulan apendicitis. Todo niño que presenta este síntoma debe ser explorado minuciosamente por si padeciera pulmonía. En ocasiones, el dolor se acompaña de defensa muscular, vómitos y estreñimiento, y hasta los médicos muy experimentados se engañan: abren el vientre y no encuentran nada. En las pulmonías la fiebre es más intensa que en la apendicitis, y además,

si se observa bien, siempre se aprecia una cianosis ligera.

Por último, no debemos olvidar que en algunos niños la pulmonía fibrinosa apenas da síntomas, y los niños están jugando en la cama tranquilamente cuando tienen un lóbulo completamente atacado.—(*Wiener Med. Woch.*, 1933, núm. 41.)—F. G. D.

E. L. SEVRIGHAUS y M. J. THORNTON.—*Tratamiento del infantilismo genital de la mujer por los preparados concentrados de orina de mujer embarazada.*

Los autores, pensando estimular el aparato genital de la mujer por medio de sustancias análogas a la hormona antihipofisaria y contenida en la orina de las mujeres encinta, inyectaron a 23 enfermas con infantilismo genital o con largas amenorreas por vía subcutánea, preparaciones concentradas de orina de mujer gravídica: 1 cc. durante cinco días a partir de la terminación de la regla, caso que ésta existiese.

En 10 pacientes, la menstruación se hizo más regular y abundante; en siete, los resultados fueron dudosos, y en seis, negativos. El hirsutismo de las 14 restantes no se modificó.—(*Endocrinology*, núm. 2, abril, 1933.)—H.

G. POIX.—*Tratamiento de la pleuresía serofibrinosa tuberculosa.*

Ante todo, hemos de decir que el espesamiento tuberculoso serofibrinoso de la pleura tiende a resolverse por vía natural a las cuatro semanas. Después habremos de decir, marcando el rumbo que sigue el autor, de lo que habrá uno de abstenerse, o sea el vesicatorio molesto y sucio, y las altas dosis de salicilato de sodio y de cloruro de calcio, provocadoras de trastornos de índole gástrica, y de la práctica de la autosueroterapia, a veces peligrosa y siempre ineficaz.

Después marca el régimen a seguir durante el período agudo, la convalecencia y la curación reciente. Helos aquí por el orden más arriba marcado:

Período agudo: reposo absoluto, antitérmico a dosis moderadas, cataplasmas; en caso de dolor extremo inyectar un centigramo de morfina; contra la tos, jarabe de codeína—cuatro a seis cucharadas al día—; alimentación: leches, *yogurt*, pastas; en cuanto al espesamiento, no verificar la toracentesis si no determina éste disnea intensa y trastornos cardíacos graves.

Convalecencia: las indicaciones estarán hechas por las secuelas pleurales; pero de todas formas se practicará la cura de aire, sol, reposo y sobrealimentación, substanciosa más que abundante.

Contra el endurecimiento, fricciones alcohólicas todas las noches y ejercicios físicos con moderación. Contra el estado general deficiente, las inyecciones de la siguiente fórmula:

Cacodilato sódico.....	0,30 cgt.
Sulfato de estricnina.....	1 mgr.
Agua destilada.....	5 cc.,

para una ampolla núm. 12.

Una inyección subcutánea tres veces por semana durante un mes.

Una vez pasada la convalecencia y realizadas las pruebas bacteriológicas y de radiografía que le atestigüen una intensa mejoría, no debe olvidarse que el enfermo es un tuberculoso curado, y que debe seguir el plan de existencia de éstos.—(*Presse Médicale*, núm. 81, pág. 1575, 11 octubre, 1933.)—J. H.

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. — Colaboración independiente: Los parias, por Sisinio Crespo. — Academias y Sociedades. — Médicos célebres madrileños, por el Dr. José Alvarez Sierra. — La Sanidad en el Parlamento. — Sección oficial. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Tertulia. — Vacantes.

BOLETIN DE LA SEMANA

DOS TEMAS Y UN COLOFÓN

EL DECANATO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE MADRID

Hace años, hace ya muchos años, el Cuerpo médico de la Beneficencia provincial de Madrid se hallaba dividido entre un grupo de profesores que habían ingresado por oposición y otro de profesores que habían ingresado de otra forma. Hubo pleitos, discusiones, alejamiento de unos médicos y otros...; pero pasaron los años, y como nada hay en el mundo tan caro, tan penoso, tan difícil como *sostener un odio*, los últimos rescoldos de éste han sido esparcidos a los vientos en una sesión que puede calificarse de histórica, y que reseñamos con el mayor placer, porque es una prueba de la concordia a que han llegado amigos nuestros muy queridos, como son todos los médicos de la Beneficencia provincial de Madrid.

He aquí el suceso:

Vacante el Decanato de esta benemérita institución, una de las que más honran nuestro pueblo, se pensó que fuera decano el Dr. Goyanes; pero por haber estado este ilustre cirujano alejado de la Beneficencia durante algunos años, para organizar y atender la nueva fundación del Instituto del Cáncer, obra que tanto le honra, y no hallándose dentro del Cuerpo en la actualidad, se retrasaba el cumplimiento de un deseo manifestado generosamente por sus compañeros de Beneficencia, que brindaban al hermano pródigo con su más alto cargo... ¡Tal era su deseo manifiesto!

Obstaculizado éste por maniobras de que hablaremos oportunamente, ocurría que el decanato pasaba al último de los pertenecientes a un grupo que, por la forma de su ingreso, había sido objeto de la enemiga de sus compañeros de Cuerpo... Se podía presumir que aquel médico no sería aceptado como decano, como jefe, por los que fueron sus leales adversarios; y en la tarde del miércoles ese médico apeló al compañerismo, apeló a la caballerosidad de los del grupo opuesto (todos los presentes formaban en él), les abrió su corazón y refirió su vida, y... el Dr. D. Isidro Sánchez Covisa, en pocas y muy elocuentes palabras, llenas de generosidad y de nobleza, aceptó a aquel decano, abriéndole los brazos. Todos los médicos de la Beneficencia provincial rivalizaron con el Dr. Covisa en altruismo, y lo que podía temerse como una escisión entre médicos, fué una sesión

en la que se afirmó de nuevo, para orgullo de los que nos llamamos médicos, que sobre todo y ante todo el médico es el hombre bueno, de miras elevadas, para el que no existe el egoísmo; que sabe olvidar toda una vida de recelos cuando se puede hacer el bien a un compañero. ¡Compañeros ante todo!

LAMENTABLE ACTUALIDAD

A la hora crítica en que, tanto el subsecretario como el director general de Sanidad, estudian la forma de llevar a la *Gaceta* el pase al Estado del Cuerpo de Médicos titulares, y los Sres. Ossorio y Ruizi Heras prodigan sus visitas a las más altas personalidades del Parlamento, procurando convencerlas de la justicia que asiste a sus representados, la fatalidad, en una de esas muecas trágicas con que acostumbra a burlarse de los hombres, formula un definitivo alegato: el médico titular de Alcontar, cansado de reclamar sus haberes, en un momento de ofuscación ha matado al alcalde.

Los que nunca pertenecemos a Juntas directivas, ni tuvimos cargos de representación política, ni menos por qué hacer ofrecimientos de redención, hemos sentido un momento de angustia espiritual pensando en que algo nos toca de la responsabilidad colectiva en este crimen, que ha matado físicamente a un monterilla y espiritualmente a un compañero dignísimo. ¡Quién sabe si por no intensificar nuestras campañas periodísticas o por no haber prestado todos el debido calor a la santa causa de los médicos rurales estaremos en la forma que nos encontramos!

Ridículo sería que el crimen de Alcontar y las consecuencias que se deriven para el facultativo D. Antonio Rivera, de quien poseemos antecedentes excepcionales, nos convirtiese en inútiles plañideras; pero hagamos examen de conciencia y veamos el modo de salvar a esos miles de compañeros que a las luchas y trabajos de la profesión tienen que añadir la desesperación de no poder cobrar las ganancias que legítimamente les corresponden.

Han pasado treinta años desde que se publicó la Instrucción general en la cual se ponían los jalones para la independencia de los médicos de partido. Muchos ministros, no pocos directores e inspectores generales, han desfilado por el Departamento de Sanidad sin atreverse a seguir el camino que aquella señalaba y cuyas luminarias supieron encender Maura y Cortezo. ¡Qué fácil hubiese sido, tomando como base los artículos 51 al 57 y 109 al 120, independizar a los titulares, disponiendo su pago a cuenta del Erario público, como Romanones

salvó a los maestros, teniendo muchos menos motivos y justificantes legales! Según el tiempo transcurre, la situación de los titulares va siendo cada vez más angustiosa, y el desencanto, la falta de fe, se extiende. Los municipios, por su parte, saben orientarse en las trampas y recovecos del caciquismo, utilizando los recursos y pequeños defectos administrativos del régimen local para que los funcionarios queden indefensos. Situaciones graves como la de este médico de la provincia de Almería existen muchas, y no es lo peor cuando a estos extremos críticos se llega, sino las desesperaciones, las renunciaciones de otros muchísimos que, atados por imperativos familiares y deberes sociales, tienen que entregarse sumisamente a la tiranía infamante de pueblos indignos.

Urge salir de este plan un poco contemplativo en que hasta ahora hemos pedido a los Poderes públicos nuestra dignificación. Demos plazos perentorios y estudiemos el modo de llegar incluso obligando a que terminen las promesas dilatorias.

Es preciso tener presente que, si con los antiguos Gobiernos de la monarquía la situación de los médicos rurales era difícil, con el régimen actual podría agravarse, pues dada la tendencia descentralizadora de los estatutos regionales, los ministros y las Cortes van perdiendo facilidades para legislar en sentido de imponer una organización de asistencia médica, pendiente sólo del Poder central.

Si triste y lamentable es tener que soportar la burla de esos pueblos que de modo preconcebido se niegan a abonar sus deudas a los facultativos, lo es más el sufrir las inclemencias de la vida, las exigencias económicas de pan para los hijos, alquiler de vivienda, contribución industrial, cédula, libros, material científico, medios de locomoción, etc., etc., sin poder decir a los acreedores que esperen, porque no es cuenta suya el que nuestra profesión haya llegado a una de las más absurdas situaciones.

El crimen de Alcontar debe servir de lección, y debemos procurar que su alcance llegue a conocimiento del Gobierno, para que se dé cuenta del total desamparo en que vive la medicina rural española. Según unos datos estadísticos que pudimos leer hace pocos días, en estos tres últimos años han aumentado de modo abrumador las deudas de los Ayuntamientos, como consecuencia de la intensificación que ha tomado la política local. Cada alcalde se cree con una influencia y una autoridad omnímoda, según les han hecho creer los diputados que les pidieron sus votos, y tienen además la experiencia de que, tal y como están las cosas, desde el ministerio de la Gobernación no les van a exigir nunca responsabilidad.

Casos como el del médico Sr. D. Antonio Rivera podrían ocurrir muchos. Si no surgen, será porque circunstancias providenciales lo eviten. Con el traspaso de los servicios de Sanidad a Trabajo también se pierde fuerza coercitiva. Aquella fuerza que en circunstancias especiales sabían y podían utilizar antiguamente Martín Salazar, Murillo o Palanca, pero que hoy no les serviría de nada.

COLOFON

Con verdadero asombro leemos en nuestro querido colega *La Voz Médica* una carta del tan tristemente recordado Pascua, en la que se manifiesta profundamente dolorido y sensible a ciertas campañas contra su *maravillosa* gestión sanitaria.

¡Es para reventar de risa! El acreditado D. Marcelino se molesta por las cosas que le dicen. Estos pollos del *bienio de Casas Viejas* son un caso. En cuanto se quedaron sin el acta, la *Gaceta* y la *guardia negra*, les ha entrado una ponderación que atufa.

No queremos discutir con esa gente; pero nadie nos impedirá que nos riamos a nuestras anchas de los papeles que ahora están haciendo.

¡Pues verán ustedes dentro de muy poco!

DECIO CARLAN

COLABORACIÓN INDEPENDIENTE

LOS PARIAS

En la *Gaceta* del 2 de diciembre de 1933 aparece inserto el siguiente Decreto:

"Artículo único. Se autoriza al Ministro de Justicia para convocar oposiciones de ingreso en el Cuerpo de Médicos Forenses, y cubrir con ellas las vacantes existentes, correspondientes a este turno de oposición, las que concurren y correspondan al mismo turno hasta terminar los ejercicios de las oposiciones, y 40 plazas más para la formación del Cuerpo de aspirantes a que se refiere el párrafo segundo del artículo octavo del Decreto del 17 de junio de 1933." Este Decreto se ha promulgado de conformidad con lo dispuesto en el Decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros, fecha 20 de octubre de 1933. Dispone que siempre que con arreglo a las leyes y disposiciones que rigen los diversos Cuerpos y *carreras del Estado*, sea necesario convocar a oposiciones de ingreso a cualquiera de ellas, y se entienda por el Ministro respectivo que es imprescindible anunciar la convocatoria, bien porque los servicios se hallen desatendidos por *falta de personal*, o bien por cualquiera otra causa que reuna, a juicio del Ministro proponente, suficientes motivos para ello, quedará facultado para someter a examen del Consejo de Ministros el oportuno Decreto motivado para proceder a dicha convocatoria.

Al promulgarse la ley de Enjuiciamiento criminal de 1882, su principal objeto es el de la supresión de lo que ella llama procedimiento *inquisitivo*, que consistía en que el juez lo era todo y lo hacía todo. Bastaba una simple denuncia para que un hombre, por honrado que fuera, se le instruyese un procedimiento, sin permitirle alegar prueba alguna hasta que se le hacía saber la sentencia recaída. Añade más, y dice: "Sagrada es, sin duda, la causa de la Sociedad, pero no lo son menos los derechos individuales. En los pueblos verdaderamente libres, el ciudadano debe tener en su mano medios suficientes de defender y conservar su vida, libertad, fortuna, dignidad y honor."

Pasamos a señalar el artículo 346 de dicha ley:

"En las ausencias, enfermedades y vacantes, substituirá al médico forense otro profesor que desempeñe igual cargo en la misma población, y si no le hubiere, el que el juez designe, dando cuenta de ello al Presidente de la Audiencia de lo Criminal."

Como se ve, esto es de una gran vaguedad, que los jueces aprovechan para disponer de quien bien les venía en gana, con desdoro para la libertad y fortuna del médico titular, porque siempre tiene que gastar de su bolsillo, y con probable pérdida de su vida, primero por-

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el tratamiento de las

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



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL



A base de plantas
de la *India*
se ha obtenido con el
NORMACOL
un regulador de la
función intestinal de
acción verdaderamente
fisiológica.



ENVASE ORIGINAL:
Caja con 150 gr.
gránulos grageados



PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.
Apartado 479, Madrid — Apartado 1030, Barcelona

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN



ANUSOL-
Goedecke

A N U S O L

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

provoca la granulación y estimula la reparación epitelial,

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

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

No mortifica los tejidos. No es tóxico.

GOEDECKE & CO., LEIPZIG, ALEMANIA

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a.
LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.
Apartado 410 Barcelona

que tiene que abandonar su casa, sean como fueren las condiciones climatológicas existentes; segundo, porque ha de verse obligado a cumplir la orden judicial aunque esté enfermo; tercero, se verá obligado a salir fuera de su domicilio, y no podrá contar con más medios que los que él posea, que muchas veces son sus pies, y como a nosotros nos ha sucedido, tener que hacer recorridos de 52 kilómetros solo por servir a S. S.

A nosotros también nos sucedió que nos vimos obligados a simular una autopsia a un gitano, porque una verdadera nube de éstos se dirigía a nosotros con ánimo de impedir su realización, y nadie nos protegió. Eso sí, los jueces, al disponer de nosotros, tienen buenísima cuenta de proporcionarnos buen instrumental, desinfectantes que no fallan nunca y recipientes adecuados para recoger los líquidos necesarios. De esto no podemos quejarnos. El párrafo copiado de dicho artículo 346, o atribuimos a error de imprenta su impresión, o fácilmente se nota que no es "sagrada" la causa de los ciudadanos. Dice: "En las ausencias, enfermedades y vacantes, substituirá al médico forense otro profesor que desempeñe igual cargo." Sería un poco más justo si dijera "para que desempeñe igual cargo", porque al poner que "desempeñe" igual cargo entendemos que se refiere al de médico, pues el cargo de forense es uno. Ni de una ni de otra manera nos parece justo. Más parece que deja rastro del procedimiento inquisitivo que la ley quiere suprimir.

Y decimos que no nos parece justo, porque si tan fácil es substituir, y al que substituye se le cree capaz de desempeñar la función substitutiva, demuestra que todos los médicos somos capaces de desempeñar las funciones de forenses y de hecho lo hacemos; luego esa convocatoria que se anuncia para cubrir 140 plazas de médicos forenses no se puede fundar en la falta de personal, puesto que somos muchos miles los médicos que hacemos lo que los forenses, es decir, más que los forenses. Entendemos que el artículo dicho debiera decir: "En las ausencias, enfermedades y vacantes, substituirá al médico forense otro profesor que desempeñe igual cargo de forense, resida éste donde fuere." No siendo esto así, no tenía objeto el organizar, por Decreto de 15 de mayo de 1915, y con posterioridad al de 17 de junio de 1933, el Cuerpo de Médicos Forenses, y en este último señalar esos sueldos tan enormes, si *han de seguir* siendo lo que hasta ahora han sido (conste que no culpo a los forenses de esto; acaso yo hiciera igual); porque de seguir en el mismo estado de cosas como hasta aquí, cuando nos cite S. S. podremos decir: "¿Cree el señor juez que yo soy forense? No. ¿Y por qué no soy forense? Porque no conozco los estudios necesarios para serlo, pues si yo conociera esos estudios, yo sería forense, carrera especial de médicos para la cual se necesitan estudios especiales y demostrar conocer lo inherente a esta carrera mediante oposición. ¿Cree el señor juez que si yo conociera estos estudios iba a ser tan sencillo y renunciar a una carrera y su haber correspondiente?"

Ahora examinemos el párrafo segundo del artículo 346—que rebosa de poder inquisitivo—. Dice: "Lo mismo sucederá cuando por cualquier otro motivo no pudiese valerse el juez instructor del médico forense. Los que se negaren al cumplimiento de este deber o le eludiesen, incurrirán en multa de 25 a 100 pesetas, y si insisten en su negativa, serán procesados como reos de desobediencia grave."

A propósito de esto refiere una anécdota: un médico titular recibe una citación para que, de orden del juez de instrucción—generalmente es el del partido, aunque la ley no dice nada que se refiera a que los médicos no puedan ser citados por el juez de distinto partido, por lejos que se encuentre uno de otro—, se traslade a practicar una autopsia a otro pueblo. El titular contesta diciendo que estaba enfermo y que agradecería al señor juez le proporcione medios de locomoción adecuados al estado quebrantado de su salud (nos consta que estaba enfermo; mas como no basta estar enfermo, sino que hay que molestar a un compañero que lo certifique), por toda atención, el juez remite un oficio al municipal, con carácter urgentísimo, para que se haga saber al médico que ha sido multado con 100 pesetas. El médico contesta al juez, haciéndole ver que no ha pretendido faltar a una orden, contestación que se presenta en el Juzgado. He aquí a nuestro titular jugándose su salud al acudir al Juzgado después de largo y penoso camino. Ya en presencia de S. S., éste, con gesto no muy simpático, le notifica al titular que está multado con 100 pesetas. El titular invoca el artículo segundo de la ley de Enjuiciamiento criminal de 1882, y por toda contestación se despide al titular con el "puede usted retirarse". Este intenta defenderse, y he aquí con los medios que cuenta: con el ya citado artículo 346 de la ley de Enjuiciamiento criminal dicha, y con posterioridad al R. D. de 14 de junio de 1891, que señala en sus artículos segundo y cuarto la obligación de substituir el titular al forense; impuesta la multa, ésta está comprendida en las correcciones disciplinarias a que se refiere el título XIII del libro I de la ley de Enjuiciamiento criminal, y como en este caso, al titular, por disposición del artículo 258 de la ley de Enjuiciamiento criminal, le es aplicable el título XIII del libro I de la de Enjuiciamiento civil, el titular tiene derecho contra la providencia que le multó a que se le oiga, si lo pide dentro de los cinco primeros días siguiente a la providencia multándolo (artículo 425 de la ley de Enjuiciamiento civil), pero esta Audiencia reviste la forma de un incidente con pieza separada, prueba vista (artículo 453 de la ley de Enjuiciamiento civil), aunque no necesita abogado ni procurador. El titular tiene que sufrir dilaciones, molestias y gastos superiores a la multa, y como al final podría agravarse la multa (artículo 455 de E. E.), no es camino recomendable a ningún titular alzarse sobre una multa.

"Si un titular fuere procesado o se creyera víctima de una persecución por parte del juez, si hay materia acudiría en queja ante el Presidente de la Audiencia." Mas ¡ay! que para llegar aquí se originan muchas molestias y gastos, y es recomendable seguir las órdenes judiciales.

Como se ve por lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 346 de la ley de Enjuiciamiento criminal y demás disposiciones citadas, en ellas se sigue el procedimiento inquisitivo, y da margen a falsear el artículo 347 de la ley de Enjuiciamiento criminal, que dice: "El médico forense está obligado a practicar todo acto o diligencia propios de su profesión e instituto con el celo, esmero y prontitud que la naturaleza del caso exija y la administración de la justicia requiera."

Así como también el artículo segundo del R. D. de 13 de mayo de 1862 dice: "Con el nombre de médico forense habrá en cada Juzgado de primera instancia un facultativo encargado de auxiliar la administración de justicia en todos los casos y actuaciones en que sean ne-

cesarios o convenientes la intervención y servicios de su profesión, tanto en la capital del partido como en cualquier pueblo o punto de la demarcación judicial."

El R. D. de 12 de abril de 1915, al referirse en su exposición a la indiscutible importancia que para las actuaciones judiciales tiene la función médicoforense, dice que entre las medidas que deben adoptarse en ese orden están la de que obtengan los facultativos encargados de ese servicio una decorosa retribución, y la de que constituyan un Cuerpo en el que se ingrese por oposición en las plazas de categoría inferior. De este modo —añade—, disfrutando los que formen parte del Cuerpo de las necesarias garantías de estabilidad, no estando sujetos a los vaivenes de la arbitrariedad y del favor, quedará constituida una carrera.

El citado R. D. significa un progreso indudable, pero ni él ni las disposiciones dictadas con posterioridad, y que le sirven de complemento, son suficientes para conseguir lo que sus autores se propusieron; es preciso, por lo tanto, dictar normas nuevas y más eficaces que, ampliando y modificando dicho R. D., reorganicen el Cuerpo de Médicos Forenses, con beneficio para los facultativos que lo forman, y de un modo principal para la importante misión que les está encomendada. De aquí ha nacido el Decreto de 17 de junio de 1933.

La lectura de esta exposición nos sugiere unas consideraciones, y son que es necesaria la formación de un Cuerpo especial de Médicos que se llama Forenses. ¿Por qué se forma este Cuerpo? Entendemos que por la sencilla razón de que el Estado está convencido de que se necesita de cierta preparación especial para auxiliar a la administración de la justicia, preparación de que carecemos los titulares. ¿Por qué, si los M. T. I. M. de S. somos capaces para actuar en asuntos médico-legales? ¿Para qué y por qué se ha creado esta carrera y asignado un estipendio? Y si no soy apto, ¿por qué se me ha de obligar a prestar auxilio a la justicia y dé lo que no puedo dar? Y claro está que no lo puedo dar porque no soy forense; y no soy forense porque sé que no poseo los estudios necesarios para obtener una plaza de forense. Y siendo esto cierto, ¿por qué se me ha de pedir dé lo que no puedo dar, y no lo puedo dar porque no lo poseo? Porque, repito, si yo supiera que podía serlo, sería forense. Y si soy apto y cosa sencilla es ser forense, y para ello servimos cualquier M. T. I. M. de S., sobran los forenses, y de esta manera disminuye el capítulo del presupuesto municipal y algo nos reintegramos, porque, como vecinos, sostenemos con nuestro estipendio a cubrir el presupuesto del pueblo, o los M. T. I. M. de S. tenemos perfectísimo derecho a cobrar como mínimo 4.000 pesetas que asigna como estipendio el Decreto de 17 de junio de 1933. Y si no tenemos estos derechos, ¿por qué hemos de tener deberes?

Ahora vamos a ver todo lo que hemos podido averiguar respecto a cómo deben retribuirse nuestros deberes, y he aquí lo que nos dice una eminencia del Foro:

Primera. Al disponer el artículo 346 de la ley de Enjuiciamiento criminal que cuando el juez instructor no pueda disponer de médico forense, utilice en su lugar los servicios de los médicos titulares, no indica que éstos hayan de efectuar sus servicios gratuitamente, y en buena hermenéutica legal ha de interpretarse que la substitución será, no solamente en lo relativo a las obligaciones, sino también en lo referente a sus derechos.

Segunda. Si bien es cierto que el artículo 208 de la Instrucción general de Sanidad de 12 de enero de 1904

impone a los médicos de la Beneficencia municipal la obligación de prestar los servicios que en casos urgentes se les señale, y esto en forma tan imperativa que parece no admitir en su caso la negativa fundada en la falta de asignación de honorarios o derechos, por R. O. de 23 de mayo de 1905 se mandó apercibir a los médicos encargados de una autopsia judicial para que pidieran sólo lo más preciso y no cantidades exageradas y substancias de verdadero lujo, ordenóse, además, que se manifestara al Ministro de Gracia y Justicia la conveniencia de recordar a los Presidentes de las Audiencias la R. O. de 5 de julio de 1865, por la que los gastos de las autopsias deben satisfacerse, a calidad de reintegro, del fondo de presos pobres que existe en las Depositarias de cada partido judicial.

Claro es que estas disposiciones parecen referirse más bien a los gastos del servicio y no a los honorarios o derechos de los profesores; pero el Reglamento de 14 de junio de 1891, referente al servicio benéfico sanitario, establecía en su artículo segundo las obligaciones y derechos de los médicos titulares, estableciendo en la cuarta de las disposiciones del mismo artículo que la función de estos funcionarios es auxiliar a la administración de justicia, conforme a los artículos 346 y 348 de la ley de Enjuiciamiento criminal, substituyendo al médico forense en las ausencias, enfermedades y vacantes, devengando en todos los casos los honorarios prescritos por el Arancel para la actuación de los profesores. Por la autoridad judicial—dice—les serán facilitados los medios necesarios para practicar la diligencia que se les encomiende, según el artículo 485 de la misma ley. Como se ve, por la transcrita disposición, no solamente se les reconoce a los médicos titulares el derecho al cobro de honorarios, sino que también se obliga a la autoridad a que se les faciliten los medios necesarios para la práctica de la diligencia, aludiendo, indudablemente, a los medios de locomoción.

Tercera. Porque ni en la Instrucción general de Sanidad de 12 de enero de 1904, ni en el Reglamento de Médicos Titulares de 11 de octubre del mismo año, ni en el Estatuto municipal ni Reglamento de Sanidad municipal de 9 de febrero de 1925, ni en ninguna de las demás disposiciones legales que afectan a los médicos titulares se contiene precepto alguno derogando la clara y terminante regulación legal que de la materia a que se refiere hace el artículo segundo del Reglamento de 14 de junio de 1891.

También parece que está en armonía (y esto lo decimos nosotros) con lo dispuesto en el artículo 26 del R. D. y Arancel de 13 de mayo de 1862: "Los médicos forenses y demás profesores a que se refiere este R. D. que presten servicios con el carácter de auxiliares de la administración de la justicia, anotarán al pie de las diligencias o escritos correspondientes los derechos que cada uno devengue, los que percibirán siempre con arreglo a Arancel."

Resumiendo, podemos decir que el Estado, no creyendo a los M. T. I. M. de S. aptos para auxiliar a la administración de la justicia, crea un Cuerpo apto, el de Forenses; sin embargo, y con grave perjuicio para los ciudadanos, la justicia nombra peritos a individuos que no lo son y que por su ineptitud en su actuación pueden culpar a un inocente o absolver a un culpable. Que la justicia, aun conociendo todo lo legislado en concepto de honorarios, obliga a los profesores a que al pie de sus escritos consignen una cantidad que ya estipula el

Arancel y que, salvo rarísimas excepciones, no paga a dichos profesores.

Compañeros: ¿no es hora ya de que la justicia nos deje en paz, y que en vez de fijarse en el artículo 346 de la ley de Enjuiciamiento criminal, se dé cuenta de que es más terminante el 347 de dicha ley? ¿No es hora ya de que si la justicia sigue empleándonos a su gusto, nos pague? No creáis que es el egoísmo el que me hace escribir esto, no; y prueba de ello es que ofrezco esta idea: todo lo que debiéramos percibir, que vaya a parar al Colegio de Huérfanos de Médicos y a Previsión Médica. Creemos que la cantidad—si los jueces han de seguir empleándonos como hasta aquí—sería digna de tenerse en cuenta.

Creemos que esto es lo justo, y no esa ligadura tan fuerte que tenemos con el artículo 346 de la ley de Enjuiciamiento criminal, que nos amarra y que no hay manera de eludir, so pena de vernos envueltos en un proceso que nos llevaría a la cárcel.

SISINIO CRESPO

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Presidencia del Prof. A. Cospedal

(Sesión del 17 de marzo de 1934.)

LOS MUSEOS DE MEDICINA LEGAL

Dr. Salvador Pascual.—En 1922, en el Congreso para el Congreso de las Ciencias, celebrado en Salamanca, presentamos, con el Dr. Pedro Ara, varias piezas de gran objetivismo para la enseñanza de la Medicina Legal. Son las que presentamos hoy también, y realizadas en 1921; llevan, pues, catorce años, y sus condiciones de conservación y objetividad son como en aquella fecha. Constituyen, con otras realizadas posteriormente, el Museo de Medicina Legal de la Cátedra de la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

Dr. Slocker.—Las piezas presentadas llaman la atención por los excelentes caracteres de objetividad, y representan un material de educación científica de los alumnos.

Dr. T. Maestre.—En la labor presentada merece especial mención el Dr. Pedro Ara, que en 1922 fué nombrado profesor del Instituto de Medicina Legal.

LA ANESTESIA CON EL EVIPAN EN CIRUGÍA URINARIA

Dr. P. Cifuentes.—Los anestésicos por vía venosa o por vía rectal se vienen utilizando como anestesia básica para continuar con las anestias por inhalación en las grandes operaciones, como para evitar el “choc” psíquico que puede aparecer en las anestias generales.

Desde hace algún tiempo se emplea la anestesia venosa por el evipan sódico; en su iniciación, utilizado como hipnótico corriente; inyectado por vía venosa produce sueño tranquilo y anestesia completa, con la ventaja de su rápida eliminación y despertar rápido y tranquilo.

Se presenta el producto en 10 cc. de solución al 10 por 100, en ampollas; inyección lenta y en dosis variable, especialmente según edad, precedida o no de la inyección de morfina que, según la generalidad de los autores, disminuye la cantidad de evipan necesario para provocar el sueño.

Con este anestésico hemos de considerar la dosis hip-

nótica y la dosis anestésica; ésta suele ser tres o cuatro veces mayor, según duración de la anestesia; la dosis hipnótica suele oscilar entre diez y quince minutos.

La dosis de evipan necesaria es mayor en los jóvenes que en los viejos; aquéllos suelen presentar algo de excitación. El despertar es tranquilo y rápido, sin vómitos ni trastornos cerebrales. La respiración se acelera en los primeros momentos, pero pronto adquiere su ritmo normal. La pupila se dilata, sin que este signo tenga la misma significación que en casos de anestesia general. La relajación muscular es completa, en cuyo caso se presenta la caída de maxilar, que hay que sostener, para evitar trastornos respiratorios. La iniciación del sueño en el momento de la inyección intravenosa de evipan indica el principio de la anestesia. Sea cualquiera la dosis de evipan inyectado, siempre, al incidir piel, hay movimientos reflejos del enfermo, que no desaparecen, a pesar de esperar algunos minutos más; fenómeno que no ocurre en todos los que reciben evipan, pero sí en la mayoría.

Algunos autores, para prolongar la anestesia por evipan, inyectan dosis sucesivas cuando la acción de la anterior está próxima a su fin. Es como cada doce, quince o veinte minutos inyectan nueva dosis. Como máximum, se ha llegado a inyectar hasta tres veces evipan.

Hemos utilizado esta anestesia para las siguientes operaciones: uretrotomía interna con absceso perinefrítico; fistula perineal con extirpación de trayecto fistuloso y liberación uretral; hidrocele; talla hipogástrica; segundo tiempo de prostatectomía.

Sólo en dos casos hemos tenido necesidad, al final de la intervención, de emplear algunas inhalaciones de éter.

Creemos es una forma de anestesia de gran utilidad para los urólogos.

Dr. Pérez Grande.—Consideramos esta forma de anestesia de gran utilidad para los urólogos. Nuestra opinión sobre el evipan la condensamos en las siguientes conclusiones, que son las de la tesis de nuestro hijo el Dr. Pérez Castro. Dicen así:

“El evipan sódico es una sal sódica del ácido N. metil cc. ciclohexenilmetilbarbitúrico hallado por los doctores Kropp y Jenb.

La experimentación efectuada en animales con este anestésico, y la comparación de sus resultados con los de la narcosis etérea, nos convenció de su inocuidad y nos hizo aplicarla a la clínica humana.

Hemos utilizado el evipan sódico exclusivamente en cirugía urogenital y en solución al 10 por 100.

Las dosis empleadas por nosotros son calculadas en el mismo momento de la anestesia, al determinar la dosis narcótica y duplicada o triplicada, según la duración del acto operatorio y el estado general del enfermo.

No hemos tenido ningún accidente respiratorio ni circulatorio en nuestros 25 casos. Tampoco hemos tenido que lamentar ninguna muerte.

La técnica seguida para la inyección endovenosa fué la de dosis única y con velocidad de inyección de quince segundos por centímetro cúbico. La cantidad inyectada osciló entre seis y 10 cc.; la mayoría de los casos, entre nueve y 10 cc.

No hemos observado en nuestros operados variaciones perjudiciales en las cifras sanguíneas de urea, reserva alcalina, uretina total, glucosa y ácido láctico. Si alguna variación hubo fué en favor de la anestesia con evipan sódico, al no hacer descender las cifras de reserva alcalina y no aumentar las de glucemia, como ocurre en la anestesia etérea.

La presión arterial no descendió de forma apreciable, y mostró una marcada tendencia ascensional a los dos minutos de la anestesia. Ni los ascensos ni los descensos llegaron a cifras considerables o alarmantes.

Hemos visto la influencia marcada de la edad en la marcha de la anestesia. Todas nuestras malas narcosis, con excitación, tuvieron lugar en individuos jóvenes, por lo que estimamos que la dosis es insuficiente en ellos.

Por el contrario, en los viejos se mostró el evipan sódico como un anestésico perfecto, proporcionándonos siempre un sueño bueno y de duración deseada a nuestras operaciones.

Creemos se trata de una anestesia de elección en el campo de la cirugía urológica, pues con ella disponemos de un anestésico ideal para el grupo considerable de los prostáticos.

Dr. Marín Amat.—No hemos empleado anestesia, ya que en Oftalmología es corriente la anestesia local o regional; nos llama la atención la dilatación pupilar que presentan los anestesiados con evipan. Consideramos este signo como una manifestación de la relajación muscular; no la significación de proximidad al síncope que se acusa en las anestesiadas por inhalación.

M. ACEÑA.

ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Esta Academia celebrará sesión científica el lunes, 26 de marzo de 1934, a las siete de la tarde, en su local, calle de Esparteros, núm. 9, para tratar del siguiente

Orden del día:

- 1.º *Dr. A. Ballesteros Alcaide*: "Un caso de equinocosis".
- 2.º *Dr. A. Ferré*: "Pormenores de técnica de un injerto óseo por pérdida parcial del radio".
- 3.º *Dr. Rodríguez Lafora*: "Los síndromes reactivos psicogenéticos y su tratamiento por el método de Kläse" (sueño prolongado).
- 4.º *Dres. Oliver Pascual y Montejo*: "Tratamiento con vitamina D de las alergias y otros síndromes".
- 5.º *Dr. López Brenes*: "Diagnóstico precoz de la angina de pecho".
- 6.º *Dr. Peña Díaz (L.)*: "Otro caso de atrofia renal".

MÉDICOS CÉLEBRES MADRILEÑOS

Estudios críticobiográficos

POR EL

Dr. JOSE ALVAREZ SIERRA

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

D. PEDRO DE RÉPIDE

ANTONIO DIAZ DEL CASTILLO

Nació en Torrelaguna el año 1640; era hijo de un cirujano comadrón, que había ejercido en tierra de Barros (Extremadura). Desde niño mostró gran vocación por la ciencia de Hipócrates; pero su familia, deseando dedicarle a la carrera del sacerdocio, le hizo ingresar en el Colegio de Teólogos de la Madre de Dios, de Alcalá de Henares. Los años pasados en el estudio de la Teología le sirvieron de base para po-

der estudiar Humanidades y Metafísica en la Universidad y, después, seguir la Facultad de Medicina. Practicó dos años, según era obligatorio, con un médico de Torrejón, que se llamaba Jiménez Melero.

El Dr. Díaz del Castillo, terminadas las ceremonias doctorales, se quedó a ejercer en Alcalá, llegando a desempeñar la cátedra de Vísperas de Medicina.

Escribió un libro titulado *Hipócrates desagraviado de las ofensas por Hipócrates defendido; en particular, a la curación de las calenturas agudas, del dolor de costado y tercianas*.—Alcalá, 1713. Editor, Julián García Briones.

Estaba dividido en ocho capítulos. En realidad, se trataba de una obra de controversia, pesada de erudición y con ideas de exaltado galenismo.

Tiene, no obstante, positivos aciertos, y en sus páginas existe una síntesis de los adelantos científicos de aquella época.

Se ignora la fecha de su fallecimiento.

MANUEL DE PORRAS

Nació en la primera mitad del siglo XVII. Fué doctor en Cirugía, del Tribunal de Protomédicos y cirujano de los Hospitales general y de la Pasión en Madrid. Su fama le llevó al cargo de Cirujano de Cámara de S. M. Felipe V.

Escribió un libro titulado *Medula de Cirugía y examen de cirujanos, dedicado al Apóstol de las Indias San Francisco Xavier*.—Madrid, 1691.

Esta obrita de Cirugía, escrita a preguntas y respuestas, la hizo el autor, como él mismo dice, casi por obediencia del Real Protomedicato, siendo su presidente D. Francisco Enríquez de Villacorta, con el objeto de que sirviera de manual a los practicantes y cirujanos para examinarse. Tuvo gran aceptación, y se hicieron hasta diez impresiones.

Otro libro del Dr. D. Manuel de Porras es: *Anatomía galénica moderna*, Madrid, 1716, en 4.º Está aprobado por los Dres. D. Diego Mateo Zapata, don Claudio Barlet (Catedrático de París), D. José Arboleda (de Orihuela), D. Vicente Gelabert y D. Bautista Alejandro, Médico de Cámara de S. M.

El autor se propuso en esta obra que los cirujanos romancistas tuviesen una obra de texto donde estudiar las explicaciones anatómicas que en el anfiteatro del Hospital general de Madrid les hacían, con presencia del cadáver, los catedráticos destinados a las enseñanzas.

Murió de Cirujano Mayor del Hospital General.

FRANCISCO ENRIQUEZ DE VILLACORTA

Nació este médico en los primeros años del siglo XVII. Estudió la carrera en Alcalá, donde se gra-

Doctor:

Los **LABORATORIOS TURON,** productos neuroterápicos,

tienen el gusto de presentarle tres productos de eficacia comprobada:

Neuronal-Turón Específico de los estados de emotividad exagerada, excitación psíquica de depresión mental, neurosis de compulsión, ansiedad, histeria e **INSOMNIO ESENCIAL**

DOSIS: De dos a cuatro cucharadas grandes distribuidas en las veinticuatro horas.

Completamente inocuo: tolerancia absoluta

Fenilcal (Sal cálcica del feniletilmalonilurea). Es el mejor antiepiléptico conocido. No entorpece el regular funcionamiento del intestino y facilita la diuresis.

DOSIS: De una a tres tabletas al día.



Fosforal-Turón (Excelente tónico nervioso).

Estimulante del cerebro, agotamiento psíquico, estados neurasténicos, depresión nerviosa, debilidad consecutiva a las emociones y al trabajo mental excesivo, melancolía en sus diversas formas. Combate eficazmente la **FOSFATURIA**. Gusto agradabilísimo, tolerancia absoluta.

DOSIS: Una cucharada de postre antes o después de las tres comidas.



Lauria, número 96.-BARCELONA

ESTREÑIMIENTO

Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE
FERMENTOS LÁCTICOS
LAXANTES

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

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

*1 a 3 Comprimidos
por día.*

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS • FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

SREVILL

duó de doctor, después de haber ejercido como bachiller en el pueblo de Tarancón.

Recién doctorado, y en atención a su extraordinaria cultura, fué nombrado catedrático de la misma Universidad, correspondiéndole explicar la asignatura que llamaban de *Aforismos*.

Su cátedra alcanzó gran renombre, y eran numerosos los estudiantes que acudían a escuchar sus lecciones. Su autoridad docente siempre fué grande, hasta el extremo de que en las últimas huelgas y disturbios que producía la masa escolar con gran frecuencia, tanto los alcaldes como los obispos y rectores acostumbraban a pedir la intervención del doctor Villacorta.

Con motivo de la ruidosa consulta ocasionada por la enfermedad del infante Próspero, hijo de Felipe IV, a la que asistieron los médicos de más nombradía de varias Universidades, fué llamado también Villacorta.

Sometida a su cuidado la salud del esclarecido joven, tuvo la gloria de salvarlo, por cuyo buen suceso fué nombrado médico de cámara de Su Majestad, desempeñando este destino todo el resto de su vida.

El Dr. Villacorta, en el fondo, era un metafísico; fué hombre de mucho ingenio, autor clásico y de gran sutileza aristotélica.

Despojados sus escritos de la parte filosófica, encierran doctrinas sólidas, pero partiendo siempre de la base de que siempre fué un sectario de Galeno.

Su obra más fundamental es la siguiente: *Francisci Henriquez de Villacorta doctoris medici a cubilo regali Philippi IV et Caroli II, archiatri, in insigni theologorum cenobio medica toga, olim illustrata nunc vero in Complutensi Academia doctoris primarii, necnun in facultate medica, primari professoris; lauree doctoralis medice complutensis: tomus primus quo continentur summe necessaria pro laurea doctorali Academia Complutensis consecuyendo, coterminamine quod vocatur tentativa*. Lyon de Francia, por Laurencio Anissón. Año 1670. Tres tomos en folio.

Este libro está dedicado al rey Carlos II, de quien también fué médico de cámara, y era conocido con el nombre de *Tentativa*. Estaba destinado a los que trataban de tomar el grado de doctor en la Universidad de Alcalá, cuyos actos eran muy rigurosos.

Los tres tomos llevan la aprobación de los doctores Fernández Péramo, Francisco Barca de Astorga y el sardo Farina.

El Dr. Henríquez de Villacorta, según retratos que se han conservado de él, era hombre de mediana estatura, de aspecto serio, facciones regulares, ancho de cara y de un conjunto poco agradable. Debí morir, en edad avanzada, hacia 1680.

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.

Leído otro voto particular firmado en primer término por el Sr. Pellicena, dijo

El Sr. PRESIDENTE: La Comisión dirá si acepta o no el voto particular.

El Sr. ARMASA (de la Comisión): La Comisión espera oír las razones en las cuales se apoya este voto particular, aunque se mantenga el dictamen, como es natural.

El Sr. PRESIDENTE: El Sr. Pellicena tiene la palabra para defender su voto particular.

El Sr. PELLICENA: No quiero, Sres. Diputados, entretener excesivamente a la Cámara con una discusión que ha sido ya iniciada en la primera parte de este debate; pero habiendo presentado nosotros un voto particular, que yo espero que la Comisión y el Gobierno acepten, voy a formular únicamente algunas observaciones elementales sobre la forma cómo ha venido este dictamen a la Cámara y el momento parlamentario de discutirse el voto particular.

En 25 de diciembre pasado se dictó un Decreto, en virtud del cual se incorporaban al Ministerio de Trabajo y Previsión Social los servicios dependientes de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia que habían estado adscritos al Ministerio de la Gobernación. Para dar fuerza de ley a este Decreto, se trajo a la Cámara un proyecto el 11 de enero. Este proyecto ha pasado en la Comisión por las vicisitudes que la Cámara conoce ya, porque de ello se ha hablado abundantemente durante estos dos días.

Las razones que nosotros tenemos para apoyar el voto particular han sido ya en parte reconocidas por el señor Ministro de Trabajo, cuya competencia nos complace en proclamar. Creo, pues, que será fácil llegar a una fórmula de transacción, en virtud de la cual nuestro criterio quede a salvo.

Nosotros opinamos, y es notorio que entre los servicios de Sanidad y los Seguros sociales hay coincidencias y hay discrepancias. Porque hay coincidencias conviene que estos servicios tengan la mayor armonía, la mayor coordinación posible; pero porque hay discrepancias fundamentales, conviene que cada uno de estos servicios conserve su función propia, su peculiar autonomía. Y es por esto por lo que nosotros proponemos que el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión tenga dos Subsecretarías: una, la de Trabajo, Acción Social y Previsión, y otra, la de Sanidad y Beneficencia. Para cooperar a la organización de estos servicios, añadimos que la primera constará de dos Direcciones generales: una, de Trabajo, y otra, de Acción Social y Previsión. La segunda tendrá también bajo su dependencia otras dos Direcciones: la de Sanidad y la de Beneficencia. Y con objeto de hacer más completa la coordinación de este servicio, añadimos todavía en el voto particular que el Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, previo informe de los Consejos de Sanidad y de Trabajo y del Instituto Nacional de Previsión, decretará la composición y competencia de una Comisión mixta que entenderá en aquellos problemas que sean comunes a Sanidad y a Seguros. De las mismas palabras del Sr. Ministro de Trabajo se deduce que el Gobierno y la Comisión reconocen la existencia de unos seguros sociales

que tienen funciones sanitarias y de otros seguros sociales que no las tienen. Como es natural, esta división de los seguros sociales sería antieconómica, sería perturbadora y causaría graves perjuicios a ambos aspectos del problema. Por esta razón, nosotros queremos que todos los servicios, todas las funciones de previsión social vayan separados de las funciones de Sanidad. Hay una razón obvia para demostrar la justicia y la oportunidad de nuestra posición, y es que nosotros decimos claramente, y nadie podrá negarlo, que en todos aquellos casos en que se trate de funciones sanitarias, su Dirección ha de ir a organismos sanitarios, y sería absurdo que los organismos sanitarios tuvieran la dirección de todos los seguros sociales, muchos de los cuales, como también ha reconocido el Sr. Ministro, no tienen nada que ver con las funciones sanitarias. El hecho de querer que por el aspecto sanitario que tienen algunas de las funciones de los seguros sociales estos seguros pasen a depender de organismos estatales de Sanidad, sería aplicable a muchísimas otras manifestaciones de la actividad burocrática y nos llevaría a verdaderos absurdos.

Sin ir más lejos, podríamos decir, siguiendo el mismo razonamiento, que la organización de los Grupos escolares había de estar bajo la dirección de los organismos sanitarios, porque es evidente que en la función de organización de Grupos escolares, aparte su aspecto pedagógico, hay una parte principalísima que se refiere a la higiene, y en estos casos la solución formal, la solución natural, la solución lógica es que los servicios sanitarios se pongan al servicio de aquellas otras instituciones del Estado que cumplen una función social diferente. Así, pues, es evidente que los servicios sanitarios han de estar al servicio de los seguros sociales en todo aquello que pueda ayudarlos; pero esto no justifica, como creo haber dejado demostrado, que se confundan ambos servicios en una subordinación que a los dos perjudica y que a ninguno de ellos enaltece y a ninguno de ellos da una mayor eficacia. Por estas razones breves, esenciales, que creo que no pueden ser ni siquiera discutidas, espero que la Comisión acepte el voto particular y lo acepte en los mismos términos en que el señor Ministro ha indicado cuál era su opinión. Nada más.

El Sr. PRESIDENTE: El Sr. Palanca tiene la palabra.

El Sr. PALANCA: Señores Diputados: dos palabras para explicar el criterio de la minoría Popular agraria respecto del voto que acaba de defender el Sr. Pellicena. Me parece inútil (creo que hemos gastado ya demasiado tiempo) defender el pro y el contra que tiene el pase de los servicios sanitarios desde el Ministerio de la Gobernación al Ministerio de Trabajo. Estoy tan profundamente convencido de la razón que asiste al Sr. Ministro de Trabajo, que quiero exponer a la Cámara, y siento que no esté el Ministro de Trabajo para que me oiga, un hecho solo que demuestra hasta qué punto el Ministerio de la Gobernación tiene abandonados los servicios sanitarios. Hace tres años, Sres. Diputados, que existen dos sanatorios antituberculosos en España completamente contruidos y que el Sr. Ministro de la Gobernación ha olvidado totalmente. El uno está en Extremadura, en Villanueva de la Serena, y sirve en la actualidad de cuartel para los guardias de asalto, y el otro en Jaén, a veinte minutos de la capital de la provincia. Así, pues, esto me parece incuestionable.

Pero la minoría Popular agraria se verá obligada a votar en contra del voto particular del Sr. Pellicena,

por estimar que falta en él un pequeño detalle, que si consiguiéramos que se salvase lo votaríamos. Nos parece muy bien que existan dos Subsecretarías, una para Acción Social y otra para Sanidad; pero deseáramos que los servicios de previsión funcionasen de una manera independiente y estuviesen a las órdenes directas del Ministro de Trabajo, aunque, naturalmente, bajo la dependencia de una Comisión en que estuvieran representadas ambas partes, con objeto de que su actuación siguiese precisamente la línea media e imparcial que nosotros queremos. Tal es el espíritu de una enmienda que tenemos presentada a la Mesa y que en su momento se discutirá. Ahora me limito a explicar cuál va a ser la actitud de la minoría Popular agraria frente al voto particular del Sr. Pellicena.

El Sr. AYATS: Pido la palabra para explicar el voto.

El Sr. PRESIDENTE: La tiene S. S.

El Sr. AYATS: Me permití exponer anteriormente, en mi brevisima intervención, que los Sres. Pellicena, Bilbao y Maura (D. Honorio) me habían hecho el honor de presentar. (*El Sr. González y Fernández de Labandera y la Sra. Nelken piden la palabra.*) como voto particular suyo la enmienda que, como término de transacción, formulé al primitivo dictamen de la Comisión. No hay que decir, por tanto, que nosotros sostenemos el voto particular que ha defendido el Sr. Pellicena. Ahora bien: la minoría Popular agraria, por boca del Sr. Palanca, dice que votaría este voto particular siempre que se hiciera constar de una manera terminante lo que se consigna en una enmienda que tiene presentada a la Mesa, en el sentido de que estos servicios dependan directamente del Sr. Ministro de Trabajo. Si la Comisión, examinando ese voto particular y aquella enmienda, ve posibilidad de refundir los dos textos, tal vez sería viable una coincidencia; pero bien entendido que ha de conservarse íntegramente lo que dice el voto particular de los Sres. Pellicena, Maura (don Honorio) y Bilbao. Podría armonizarse de la siguiente forma: después de las últimas palabras del voto particular, cabría decir: "Los servicios de previsión social, con la legislación que les es peculiar, dependerán directamente del Ministro." (*El Sr. Armasa pronuncia palabras que no se perciben.*) Decía que debía mantenerse íntegro el voto particular del Sr. Pellicena, salvo en la parte que dice que la Dirección de Acción Social y Previsión dependerán de la Subsecretaría de Trabajo. Deberá suprimirse la palabra "Previsión", y después de las últimas del voto particular se añadirá: "Los servicios de Previsión social, con la legislación que les es peculiar, dependerán directamente del Ministro." De modo que todo se reduce a mantener casi íntegramente el voto particular del Sr. Pellicena, añadiendo parte de la enmienda a que se ha referido el Sr. Palanca. (*El señor Pellicena pide la palabra.*)

El Sr. PRESIDENTE: La Sra. Nelken tiene la palabra.

La Sra. NELKEN: Para explicar el voto. Nosotros, desde luego, seguimos pensando que era absolutamente inútil este traspaso de servicios. Ahora bien—y perdónese la vulgaridad de la frase—: tomaremos del mal el menos, y en este sentido apoyaremos el voto particular del Sr. Pellicena.

Siento mucho tener que decir que las razones tan admirablemente expuestas por el Sr. Ministro de Trabajo no he tenido la fortuna de comprenderlas. Lamentaría mucho merecer del Sr. Ministro el mismo calificativo tan duro que aplicó a otro señor de la Comisión, o sea

el de ignorancia supina; pero debo decir que todas las razones expuestas por el Sr. Ministro nos han parecido, por el contrario, abonar en favor de que los servicios de Sanidad permanecieran adscritos a Gobernación. El cuadro tan tétrico, tan justo y tan conmovedor de la falta de higiene rural y que ha trazado el Sr. Ministro, nos demuestra todavía más patentemente la necesidad de que estos servicios de higiene, estos servicios de Sanidad, sean adscritos a un organismo que tiene en sus manos ciertos poderes coercitivos para imponerlos allí donde todavía la cultura del pueblo no los podría comprender de otro modo.

El Sr. Ministro ha traído aquí un argumento sobre un Congreso de la Unión General de Trabajadores; en ese Congreso de la U. G. T. se dijo lo que seguimos diciendo: que convendría la creación de un Ministerio de Sanidad; pero no se dijo en modo alguno que el Ministerio de Sanidad o, en su defecto, el organismo que lo representara, fuera adscrito a Trabajo. (*El Sr. Ministro de Trabajo*: Eso no lo he dicho yo; he dicho solamente que se había acordado que la Previsión pasara a Trabajo.) Entonces habré entendido mal; a mí me pareció que el Sr. Ministro citaba un acuerdo del Congreso de la U. G. T. en este sentido, y por eso me interesaba hacer constar que en ese acuerdo no había nada en el sentido de que la Sanidad tuviera que pasar a Trabajo. (*El Sr. Ministro de Trabajo*: En efecto.) Si, como decía el Sr. Palanca, el Ministerio de la Gobernación tiene muy abandonados estos servicios, el remedio lo tendrá el Gobierno; él debe imponer que no los tenga abandonados; pero no nos parece que cuando en un Ministerio unos servicios no funcionan como deben funcionar, aquello se arregle traspasando los servicios de que se trate a otro Ministerio.

Y, en fin, el mismo Sr. Ministro ha hecho un elogio del Instituto de Previsión; en ese caso, ¿por qué no habéis consultado a este Instituto, así como tampoco ni siquiera al Consejo de Sanidad?

Pero, en fin, de todo esto ya hemos hablado ayer, probablemente demasiado extensamente. Quede, pues, que únicamente como un mal menor, y exclusivamente porque no podemos conseguir que la Sanidad quede adscrita a Gobernación, nos pronunciaremos en favor del voto particular del Sr. Pellicena.

El Sr. PRESIDENTE: Tiene la palabra el Sr. Rodríguez de Viguri para explicar el voto.

El Sr. RODRÍGUEZ DE VIGURI: Dos palabras tan sólo para referirme a la cuestión que ahora se plantea, dejando en absoluto todo lo relativo al problema fundamental que ya ha resuelto el voto de la Cámara.

No sabemos si va a admitir la Comisión el voto particular del Sr. Pellicena o si, en lugar de él, va a admitir una enmienda de que se habla, que coincide casi en absoluto con dicho voto particular; pero sea el voto particular o la enmienda, yo desearía que el Sr. Ministro y la Comisión se fijaran en un problema que se refiere a la técnica del presupuesto.

El Sr. Ministro puede estar satisfecho del triunfo obtenido: ha conseguido que se vote el traspaso de los servicios de Sanidad y de Beneficencia del Ministerio de la Gobernación al Ministerio de Trabajo; pero el Sr. Ministro tendrá que reconocer que hay en el Congreso un ambiente poco propicio a la reforma, y que muchos sectores de la Cámara no son partidarios de

esta adscripción definitiva: unos, porque creen que ha de darse sustantividad a estos servicios y han de constituir un Ministerio independiente; otros, porque creen que todavía es mejor que figuren adscritos al Ministerio de la Gobernación que al Ministerio de Trabajo. Prejuzgar definitivamente y para siempre el problema me parece que sería aprovechar el voto de la Cámara en un sentido demasiado partidista.

Si el Sr. Ministro—yo estoy seguro de ello—, al redactar el presupuesto, ha tenido en cuenta este ambiente, es seguro que habrá dividido en absoluto los dos servicios y que figurarán todos los créditos relativos a la Subsecretaría de Trabajo separados por completo de los créditos referentes a los servicios de Sanidad; no espero se dé el caso absurdo que se dió al dividir el Ministerio de Economía Nacional, de que al constituir un Ministerio de Agricultura y otro de Industria y Comercio han quedado unos servicios que no pudieron desglosarse, y el personal, por ejemplo, de la Administración Central figura todavía adscrito a uno solo de los Ministerios, cuando en realidad está sirviendo, parte bajo las órdenes de un Ministro, y parte en el otro Departamento ministerial.

Por lo tanto, es necesario que en el presupuesto se creen dos subsecciones diversas, como se hizo con los servicios de Comunicaciones, dentro del Ministerio de la Gobernación; ello dió facilidades al Gobierno para que cuando se constituyó un Gabinete que quiso que hubiera otra vez Ministro de Comunicaciones, se limitaran a coger esa subsección que figuraba ya en las obligaciones de los Departamentos ministeriales, colocar a su frente el crédito para el Ministro, y pudo así funcionar desde el día siguiente. Esto es lo que yo rogaría al Sr. Ministro que hiciera, para que no consideráramos de una manera definitiva que estos servicios habían de quedar siempre en el Ministerio de Trabajo, y que al voto particular del Sr. Pellicena, o a la enmienda, si la enmienda se acepta, se añadan unas palabras que digan: "Los créditos para el sostenimiento de las dos Subsecretarías figurarán en dos subsecciones independientes de la sección correspondiente del presupuesto de las Obligaciones de los Departamentos ministeriales." De esta manera, cuando se quiera cambiar lo ahora acordado (y hay países, los Sres. Diputados los saben, que cada vez que se constituye un Gobierno vuelven a distribuir de manera diversa los distintos servicios del Estado acoplándolos a las condiciones especiales del Gabinete que se constituye), podría, o darse independencia al Ministerio de Sanidad, o volver a cambiar los créditos del Ministerio, sin necesidad de tener que distribuirlos de una manera arbitraria.

Esto rogaría yo a la Comisión que se aceptara, pues con esta adición quedaría completado el que me parece que es pensamiento del Sr. Ministro, pues estoy seguro que esta es la línea de conducta que se ha trazado al redactar el proyecto de ley de Presupuestos próximo a ser traído al Parlamento.

El Sr. PRESIDENTE: El Sr. González y Fernández de Labandera tiene la palabra.

El Sr. GONZÁLEZ Y FERNÁNDEZ DE LABANDERA: Para explicar mi voto también y el de esta minoría.

Realmente, entre el voto particular del Sr. Pellicena y la enmienda que firmamos el Sr. Palanca y el que habla, con otros Sres. Diputados, hay una diferencia muy

pequeña. Yo rogaría al Sr. Pellicena que si no conoce la enmienda, tuviera la bondad de leerla; tengo la seguridad absoluta de que es tan pequeña la diferencia, que el Sr. Pellicena no tendrá inconveniente alguno en aceptarla, para modificar en ese sentido su voto particular, porque es mucho más clara la enmienda que nosotros hemos presentado. Si el Sr. Pellicena no tiene inconveniente en que su voto particular sea modificado en el sentido de la enmienda, el voto de esta minoría será inmediatamente dado a ese voto particular; de otra forma, no.

Y aprovecho la ocasión para hacer una aclaración a las manifestaciones que acaba de hacer también el señor Palanca. No creemos nosotros que el Ministerio de la Gobernación tenga desatendidos los servicios de Sanidad; tenemos la creencia absoluta de que, aun cuando los tenga perfectamente atendidos, no caben en ese Departamento ministerial, sino que Sanidad y Trabajo son dos cosas que no pueden desglosarse. A mí mismo me extraña mucho que los defensores de los obreros y los defensores de la acción del trabajo se opongan a que Sanidad y Trabajo sean una sola cosa. Precisamente mientras la Sanidad no esté en el Departamento de Trabajo, y Trabajo no esté en el Departamento de Sanidad, no podrá existir verdadera Sanidad ni realizarse perfectamente el trabajo, porque existe ese encaje legítimo y justo, porque es necesario que el obrero trabaje en un ambiente sanitario y que las fábricas, los talleres y el trabajo en el campo estén en las debidas condiciones de higiene y que la previsión actúe no en el momento de la enfermedad solamente, no; la verdadera previsión, para que no quiebre, no es de tipo bancario, es de tipo de previsión higiénica; y mientras la higiene, la sanidad y la asistencia no se fundamentan en las bases de la previsión, la previsión no podrá existir en serio en este orden. Por estas razones, nosotros votamos esta propuesta, y por eso estimamos que esos conceptos tienen que estar justamente unidos.

Ruego, pues, al Sr. Pellicena que, después de haber leído la enmienda, vea si cabe en su voto particular, para que podamos darle nuestros votos.

El Sr. PRESIDENTE: El Sr. Traba tiene la palabra.

El Sr. TRABAL: Señores Diputados: he de intervenir muy brevemente, en nombre de la minoría a que pertenezco, para hacer notar ante la Cámara, cuando tratamos, como lo hacemos en esta ocasión, de lograr una mejora en los servicios de Higiene y Sanidad, cómo sería muy interesante que del voto particular del Sr. Pellicena, al hablarse de la Dirección general con que quiere gobernar las materias atribuidas a Sanidad y Beneficencia en la nueva estructuración que se propone, desapareciera la palabra "beneficencia" y fuera sustituida por otro concepto más moderno, quizás más justo, como es el de "asistencia social". Es más: diría que quizás en el momento actual no sea atinado que hablásemos de beneficencia, por cuanto que a esta palabra se ha querido dar siempre un sentido de caridad que no corresponde al de justicia, único que debe aplicarse cuando un Estado se preocupa de reorganizar esas cuestiones tan vitales como son la higiene, la sanidad y la asistencia pública.

Por lo tanto, esta minoría vería con agrado que el Sr. Pellicena examinara si cabe y es posible sustituir la palabra "beneficencia" por el concepto de "asistencia social", con lo cual se redondearía y completaría de una manera más perfecta la organización que se pretende es-

tablecer, denominándola también, a nuestro juicio, con mayor propiedad.

El Sr. BARCIA: Pido la palabra.

El Sr. PRESIDENTE: La tiene S. S.

El Sr. BARCIA: Para rogar, principalmente, a la Mesa que antes de someter a votación lo que se vaya a votar, dejemos bien aclarado cuál es el alcance y significado de las propuestas que sucesivamente se han hecho al señor Pellicena, al Sr. Ministro y a la Comisión; porque en este momento yo creo que los Sres. Diputados, el propio Gobierno y cuantos hayan seguido con atención el debate que ha suscitado la admisión o no admisión del voto particular del Sr. Pellicena, no tienen perfecto conocimiento del alcance y significado de la votación que va a recaer, si es que llega a someterse el voto particular a la decisión de la Cámara. (*El Sr. Simón Castillo pide la palabra.*)

Porque nos encontramos en la situación siguiente: hay un voto particular a un dictamen; la Comisión quiere oír las razones que el firmante o el autor del voto particular tiene para sostenerlo, sin haberse pronunciado por la admisión o no admisión del mismo. Con motivo de eso, al explicar el voto y el criterio de la minoría a que pertenece, alguien que tiene presentada una enmienda hace alusión a ella y surge inmediatamente nada menos que el representante de la minoría del Gobierno, el Sr. Labandera, y ruega al firmante del voto particular que admita la enmienda, que supone que se incorpore al mismo lo propuesto en ella, enmienda que después se va a discutir.

Pero llega a más, para que la confusión sea total: escuchamos un discurso vehemente, casi emotivo, en algunos momentos—permítame el Sr. Ministro que se lo diga—, no sé si tan cauto como elocuente, en el que si algo se deduce de sus palabras es la necesidad de constituir, con carácter independiente, un organismo de la Administración, al cual se le asigne la función específica de la Sanidad o de la Asistencia y Previsión social. Todo el discurso del Sr. Ministro de Trabajo, si algo demostraba, era la necesidad absoluta de desglosar estos servicios, de recogerlos en bloque, por razón de su entidad y trascendencia, y adscribirlos a un organismo independiente; y, ¡nueva sorpresa!, de los bancos de la minoría radical, detrás del banco azul, se levanta una voz para decir que no puede explicarse de qué manera, precisamente por la representación de los elementos trabajadores, se puede sostener un criterio que tienda a desglosar los servicios correspondientes al Ministerio de Trabajo, de las funciones inherentes al Ministerio de Sanidad, al extremo de que, según la minoría que representa principalmente el Sr. Ministro en el banco azul, no se concibe la existencia del Ministerio de Trabajo si no tiene adscritas las funciones propias de los servicios de Sanidad, cuando el Sr. Ministro ponía como ideal esencial, admitía sólo como transitorio el traspaso de los servicios de Sanidad del Ministerio de la Gobernación al de Trabajo. Y me parece que la situación es lo suficientemente compleja y oscura para que pidamos una explicación sobre el particular; porque incluso el Sr. Palanca, para complicar todavía más las cosas, en su afán de buscar una nueva aclaración a la postura de la minoría a que pertenece, nos hablaba de la razón que asiste al Sr. Ministro de Trabajo para incorporar a su Ministerio esos servicios que dependían de Gobernación y aducía el hecho de que en este último Departamento esta-

Remineralización

OPOCALCIUM

del Doctor Guersant

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

SENCILLO: sellos, comprimidos, granulado.

Guaycolado: sellos.

Arseniado: sellos.

Laboratorios

A. RANSON

Doctor en Farmacia,

121 Ave Gambetta

PARIS (XX^e)

Representante general

para **ESPAÑA**:

MIGUEL SOLER ELIAS

Muntaner 191

BARCELONA

VEINTE PEPTONAS DIFERENTES

+

HIPOSULFITO DE MAGNESIO Y DE SODA

+

SALES HALOGENAS DE MAGNESIO

ANACLASINE

RANSON

DESENSIBILIZACION

ESTADOS HEPATICOS

LABORATORIOS A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, AV^e GAMBETTA, PARIS

COMPRIMIDOS

GRANULAR

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



Derivados de la Colina
activos por vía digestiva
— comprimidos —

CURA COMPLEMENTARIA
DE LA ACÉCOLINE

HYPOTAN

El regulador del caudal arterial

HIPERTENSIÓN
ESPASMOS VASCULARES

LABORATORIOS CHEVRETIN-LEMATTE

L. LEMATTE, Suc^l

DOCTOR EN FARMACIA
52, RUE LA BRUYÈRE - PARIS

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

ALCALÁ 9, APARTADO 310
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA

Asociación
gitalina - Uab



Reemplaza con ventaja la
Digital y Digitalina

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas
PARIS VI.*

Muestras y
literaturas:

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

► **Polifosforina**

POLVO — COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intel

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

► **Diuresinol**

INYECTABLES

VENCE LA URE

ban completamente abandonados, yo me preguntaba si el nombre que vaya antes o después de la Subsecretaría tiene tal poder taumatúrgico que pueda realizar la transformación, porque no parece sino que ahora se inventa y crea la Subsecretaría de Beneficencia y Sanidad.

He de confesar, con la lealtad que pongo siempre en cualquier polémica, que no me ha convencido todo el largo alegato, en parte inédito, que ha hecho S. S. exponiéndonos que los servicios que se quieren llevar al Ministerio de Trabajo español están en todos los países del mundo adscritos a los Ministerios de Trabajo correspondientes, salvo, claro es, en aquellas naciones en que constituyen un organismo específico, porque también son varias las naciones en que esa función está absolutamente desglosada de las demás, contra lo que supone el Sr. Labandera, y si entramos en el análisis de los países donde funcionan mejor los Ministerios de Trabajo y Sanidad, veremos que es donde lo hacen con completa independencia, lo cual quiere decir que no hay estre ambos servicios una interdependencia tal que tengan que marchar unidos, sino que su buen funcionamiento depende de la destreza, de la competencia, de la perfección del órgano que los realiza, que, unidos o desglosados en Subsecretarías o Ministerios independientes, si los servicios se prestan bien, inteligentemente y con asiduidad, tienen que funcionar bien, y que, por mucha que sea la dependencia, si continúa la Subsecretaría que se cree con la misma impotencia funcional—no quiero decir abandono ni desdén por parte de los funcionarios—que ha venido teniendo la Dirección dependiente de Gobernación, con el traslado de los servicios de este Ministerio al de Trabajo no se remediará nada.

Hago estas consideraciones para reforzar el criterio mantenido desde ese banco (*Señalando al de la Comisión.*) por la representación de la minoría que tengo el honor de presidir; criterio, Sr. Ministro, que se puede mantener con plenitud de acierto y que no supone ignorancia supina, ni siquiera ignorancia; la ignorancia anda por barrios, y cada cual discurre y sabe como buenamente puede. (*El Sr. Ministro de Trabajo:* He dicho lo de la ignorancia supina contestando a la ironía de mal gusto con que se producía el Sr. Diputado al decir que si me hubiesen nombrado Ministro de Marina, hubiera ido con la Sanidad en la maleta al Ministerio de Marina.) No soy yo quién para dar lecciones ni hacer advertencias a S. S.; pero me parece—perdóneme que se lo diga con esta claridad—que desde ahí (*Señalando al banco azul.*), si se recogen esas manifestaciones, no se hace de esa manera, porque hay la posibilidad de que si se entrara a discutir a fondo... (*El Sr. Ministro de Trabajo:* Tampoco se hacen ciertas alusiones a los que estamos en este banco.) De antiguo sé que ese es el banco de la paciencia y que lo que ha de caracterizar a toda persona que ahí se siente es estar fuera de la natural pasión que se ponen en los debates y en las polémicas, para que no pueda empañarse jamás la austeridad de la función con el modo de producirse. En fin, este incidente no lo quiero prolongar.

Deseo, sí, referirme con toda lealtad a algo que por el momento en que lo dijo S. S. podía ser alusión directa o indirecta a manifestaciones de algunas de las minorías que están representadas en la Comisión; hablaba su señoría de que, en definitiva, detrás de esta oposición había intereses creados que se sentían alarmados. Deje S. S. los argumentos de esa calidad y de esa naturaleza...

(*El Sr. Ministro de Trabajo:* Intereses legítimos. ¿Por qué no puedo hacer esa alusión? ¿Es que no son respetables, respetabilísimos, muchos intereses?) En cuanto su señoría agrega lo de legítimos, yo ya nada tengo que oponer. (*El Sr. Ministro de Trabajo:* Es una suspicacia de S. S. En todo caso, la malignidad está en la suspicacia de S. S., no en la manifestación de este modesto Ministro.) La malignidad en mí no está en cuanto pido una aclaración y admito la que S. S. me ha dado, porque si no, tendría que decir a S. S. que tal vez el interés en la defensa del traspaso podría resultar de intereses legítimos que se fueran a crear. (*El Sr. Ministro de Trabajo:* ¿Por qué no?) Ya ve S. S. cómo eso no es argumento, y que debe desecharlo S. S. en absoluto.

Comprenderán cuantos me escuchan que estas manifestaciones no las hago fuera de lugar ni fuera de momento y que me interesan de una manera excepcional. A medida que me vaya conociendo el Sr. Ministro, mientras yo tenga el honor de desempeñar la función que desempeño, se irá haciendo cargo de que procuro dejar todas las cosas aclaradas en la polémica parlamentaria, y que hasta donde me sea dable no he de tolerar el equívoco. Reconozco en S. S. una recta intención, porque las intenciones de S. S. yo las tengo por puras, impolutas y prístinas, pero quienes escuchan pueden poner otra intención distinta, y el callar frente a ciertas manifestaciones de interpretación dudosa o que se prestan a ella puede tener sus peligros.

Termino diciendo al Sr. Presidente que será conveniente aclarar, una vez que la Comisión diga si admite o no el voto particular del Sr. Pellicena, cuál es el alcance y el significado que, en definitiva, ha de tener el acuerdo que recaiga en torno a dicho voto particular.

El Sr. PRESIDENTE: Llegado el momento reglamentario, y sin necesidad de requerimiento alguno, la Presidencia estaba en ello, porque se habla en el voto de admitir una enmienda, y no es este el momento de admitir ni de rechazar enmienda alguna. Claro que la Comisión tiene libertad para, como iniciativa suya, adicionar este voto particular con tal o cual frase que recoja su espíritu; pero la enmienda no puede ser ahora discutida ni aceptada o rechazada.

El Sr. Simón Castillo pide la palabra.

(Continuará.)

SECCION OFICIAL

Gaceta del 1-3-1934. Ministerio de Justicia.—Decreto disponiendo que las oposiciones a seis plazas vacantes de médicos de la sección facultativa del Cuerpo de Prisiones, y un número igual de plazas de aspirantes que quedarán en expectativa de destino, se rijan por el Decreto del 2 de octubre de 1933, quedando sin efecto el de los de diciembre del mismo año.

Gaceta del 3-3-1934. Ministerio de Instrucción pública.—Oposiciones, turno libre, a la cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Central. Quedan admitidos los opositores siguientes: Don José M.^a Aldama Truchuelo, D. Román Alberca Llorente, D. José M.^a Villaverde Larraz, D. Angel Suils Pérez, D. Juan José López Ibor y D. Miguel Prados

Such. Quedan eliminados: D. Enrique Fernández Sanz, por no justificar que reúne las condiciones exigidas por el reglamento; D. Wenceslao López Albo, por haber caducado la validez del certificado de Penales; D. Saturnino Angel Domínguez Borreguero, D. Dionisio Nieto Gómez y D. José Miguel Sacristán Gutiérrez, por no acompañar a sus instancias documento alguno justificativo de que reúnen las debidas condiciones.

Gaceta del 6-3-1934. Ministerio de Trabajo.—Orden aprobando el concurso celebrado para la provisión de médicos bacteriólogos y epidemiólogos de varias provincias.

Disponiendo que las enfermeras-visitadoras que hayan obtenido título de tales como resultado de cursos realizados en escuelas especiales de reconocida solvencia científica en el Extranjero puedan convalidar dichos títulos y obtener el correspondiente diploma de enfermera-visitadora de la Dirección general de Sanidad, mediante una prueba de aptitud, a cuyo fin queda autorizada esa Subsecretaría para convocar a las interesadas a que realicen la citada prueba de aptitud en las condiciones que por la misma se estimen pertinentes.

Aprobando el concurso para nombrar 46 médicos puericultores de los Centros de Higiene Infantil, y autorizando la ampliación de la lista en 10 números.

Gaceta del 7-3-1934. Ministerio de Justicia. Subsecretaría.—Anunciando hallarse vacantes en los Juzgados de primera instancia e instrucción que se mencionan las plazas de médico forense:

JUZGADO	Categoría	A proveer por
Denia (Alicante).....	Ascenso.....	Traslación.
Pamplona (Navarra).....	Término.....	Idem.
San Fernando (Cádiz).....	Ascenso.....	Idem.

Las instancias, en el plazo de treinta días, a contar desde la publicación del anuncio (7 de marzo de 1934).

Premio del Congreso de Ginebra

REGLAMENTO

Artículo 1.º El Comité de organización del VI Congreso Internacional de Accidentes y Enfermedades del Trabajo, celebrado en Ginebra en 1931, instituyó un premio único de 1.000 francos suizos para el autor del mejor trabajo original e inédito sobre el tema siguiente: "Valor del estado anterior en la apreciación de las consecuencias de un accidente del trabajo."

Art. 2.º Pueden concursar los médicos de todos los países.

Art. 3.º El premio será concedido en la reunión del próximo Congreso Internacional que se celebrará en Bruselas en 1935.

Art. 4.º Los originales, a máquina, y con dos ejemplares, serán remitidos al secretario general del Congreso de Ginebra, Dr. Yersin, 3, rue de la Monnaie, Ginebra, antes del 31 de diciembre de 1934. El original podrá ser escrito en francés, inglés, alemán o italiano.

Art. 5.º El autor conservará la propiedad de su obra, pero deberá publicarla en el año que siga a la concesión del premio.

Art. 6. El Jurado lo formará el Comité de organización del Congreso de Ginebra.

Art. 7.º Los manuscritos serán enviados sin firmar, pero llevarán un lema, que será reproducido dentro de una carta certificada que contenga el nombre, la dirección y los títulos del candidato.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,7; ídem mínima, 692,5; temperatura máxima, 11,2; ídem mínima, 0,2; vientos dominantes, OSO., O. y SO.

Las enfermedades dominantes en los adultos no se han modificado desde el sábado último. A lo sumo, se ha observado alguna agravación de los procesos reumáticos crónicos con desfallecimiento cardíaco en los que padecían complicaciones de esta índole.

En cambio, en los niños han aumentado mucho la frecuencia y la gravedad de los catarros de las vías respiratorias. Sin haber adoptado generalmente el tipo de la bronconeumonía, sino de las bronquitis gruesas y medianas, con secreción espesa, se han distinguido por los brotes febriles intensos y dolores tenaces del tórax.

CRONICAS

Tratamiento del bocio exoftálmico.—D. Agustín Galiana pone en conocimiento de todos los médicos que pueden mandar a su domicilio, calle de Alcalá, 108, bajo, B, a los enfermos de bocio exoftálmico para tratarlos gratuitamente con la electroterapia. Admitirá enfermos hasta cierto número.

Indicaciones del Forceps y Técnica 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.

El problema médicosocial de la tuberculosis, por el doctor Tomás de Benito.—Un tomo de 220 páginas, cuidadosamente editado, 7,50 pesetas.

Natel, alimento completo insustituible.—Adjuntamos con el presente número un secante del Laboratorio Llopis, recomendando su lectura y pedido de muestras a dicho Laboratorio Llopis, Rosales, 8 y 12, Madrid.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

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

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

Sil - Al *Silicato de aluminio, fisiológicamente puro*

Laboratorio Gámir, VALENCIA :- J. Gayoso, MADRID

RODRIGUEZ Y AGUILAR • Talleres Gráficos • Altamirano, 50 MADRID

Lipiodol

Radiológico

Acelte Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

**“ASCENDIENTE” Y
“DESCENDIENTE”**

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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



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

METODO CITOFILÁCTICO DEL PROFESOR P. DELBET

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

DELBIASE

Comprimidos de Sales halogenas de
MAGNESIO

ESTIMULANTE BIOLOGICO GENERAL
POR HYPERMINERALIZACION
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

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

PRINCIPALES INDICACIONES

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

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

Laboratoire de Pharmacologie Générale, Dr. Ph. CHAPPELLE
8, rue Vivienne, PARIS

Muestra medica sobre pedido.

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



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

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

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

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

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

Com.: Cía. hidrargvr., 0,02 gr.—Ac. carbazot, 0,01 gr.—Sal. seda.

Homborg, 6 gr.—S. Clorenalina, XX gotas.—Ag. bidestilada, 300 gr.

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

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

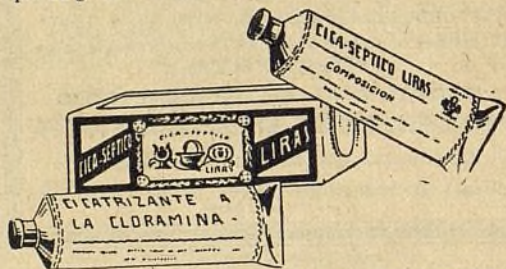
CANFORETIL B. MARTIN

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)
En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y un gramo de alcanfor puro

CICA-SEPTICO LIRAS

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



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA
Muy eficaz en casos idénticos y se prefiere Cloramina.
En Centros Farmacéuticos y Farmacias surtidas.

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

Aguas Minero-Medicinales de MARMOLEJO

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

De creciente éxito en el tratamiento de enfermos de estómago, hígado, bazo, riñones, vejiga, intestinos, diabetes sacarina, cloro-anemia. Arterioesclerosis, etcétera.

Abierto al público desde 1.º de abril al 30 de noviembre
Estación de ferrocarril a siete horas de Madrid y cuatro de Sevilla.

GRAN HOTEL BALNEARIO : Todo confort

Venta de agua embotellada en todas las farmacias

Pedidos de botellas e informes al señor Gerente, en

MARMOLEJO (Jaén)

Calle Calvario, 101 - Teléfono 9

ALMORRANAS



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

JARABE ‘ ‘ DEYEN ‘ ‘ DE MANZANA LAXANTE

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños

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

Depositorio: E. DURAN.—Tetuán, 9 y 11.—Madrid
Frasco de muestra a los señores médicos, pidiéndolo al director del Laboratorio, Ponzano, 18, entr. izqd.

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones



ULTIMOS INVENTOS

en APARATOS DIAGNOSTICOS de PRECISION para explorar todas las cavidades (OTOSCOPIOS, OFTALMOSCOPIOS, etc.)
APARATOS para medir PRESION ARTERIAL. TRANSFUSION SANGRE. PNEUMO-THORAX, etc.

Pida usted folleto descriptivo:

LABORATORIOS U. V. Apartado 331. SEVILLA

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 •

mesa, el de Madama Amphoux y el Elixir de Garus se han hecho célebres.

Los egipcios hacen de ella gran aprecio, al mezclarlas con el café y otras bebidas de recreo.

La canela comunica a la infusión de té un grato sabor; la ensayamos con la

ANTIPHLOGISTINE

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

de hierba mate, y también la encontramos agradable.

Se emplea desde el siglo XVI como ingrediente del chocolate, con lo cual se le ha dado a esta exquisita bebida alimenticia mayor interés.

En Ceilán y otros lugares destilan con agua de mar, a la que suelen agregarle sal común, la corteza del tronco y las raíces del canelero para extraer alcanfor de superior calidad.

Los frutos, llamados impropriadamente flores, hervidos con agua, producen un aceite concreto y odorífero, especie de cera vegetal, que sirve para la fabricación de velas, las cuales, al arder, exhalan un olor muy agradable, resultando útiles desde el doble punto de vista higiénico y médico.

Este aceite concreto lo reservan los indígenas para el alumbrado del soberano.

También lo usan como antihemorragico uterino y cosmético.

El aceite volátil que se beneficia en el

CONTRA LAS NEURALGIAS ACONSEJAD

Cerebrino Mandri

país lo aplican contra los dolores de cabeza y los de estómago.

La madera del canelero, que participa un tanto de la aroma de la corteza, preparada en láminas, se emplea en la ebanistería.

Hay una variedad, llamada canelero tambor, y el nombre le viene del gran uso que se hace de su madera para construir tambores.

Los frutos son agradables a las palomas y los cuervos, y se cree que diseminaron la especie *Laurus cinnamomum* en las islas inmediatas a la de Java, con gran disgusto de los holandeses, que deseaban concentrar en ésta el cultivo de tan precioso vegetal.

XII

LA CANELA Y SUS DERIVADOS

La canela es la segunda corteza del canelo, de color rojo amarillento y de olor y sabor muy aromático y agradable.

Caneláceas.—Serie de magnoliáceas que comprende tres géneros: *canella*, *Cinnamodendrom* y *Cinnamosma*.

Caneleas.—Caneláceas.

Canelada.—Especie de jalea hecha de azúcar, de canela y de tuétano de gaza, que se daba a los halcones empleados antiguamente para la cetrería.

Canelado-da.—Acanelado.

Canelar.—Plantío de canelos.

Canelero.—Canelo.

Canelina.—Sustancia cristalizable contenida en la canela blanca, según Petroz y Robinet.

Canelo.—De color de canela. Dicese de los animales, y especialmente de los perros y caballos.—Nombre vulgar que se da a diferentes especies botánicas, y principalmente a las productoras de la corteza de canela, que corresponden al género *Cinnamomum*.

Canelón.—Confite que consiste en una

BARDANOL

Estafilococias de todas clases

rajita de canela, y también de acitrón o de naranja, bañada de azúcar.

“Unos canelones tengo de llevar, y no de cidra, para darles colación a aquestas carnes rollizas.”

MANUEL DE LEÓN.

Canelos.—Aldea de indios del Perú, a orillas del Bobonaza, provincia del Alto Amazonas, distrito de Andoas. Los indios habitan en la región de su nombre (antiguamente de la *Canela*), y sus cabañas, entre Cunambo, Corrientes y el Pastaza. Después de las expediciones del inca Manco Capac (1535) y de Gonzalo Díaz de Pineda (1536), exploró esa región Gonzalo Pizarro en 1540 (8).

El admirable país de la canela fué llamado así por los grandes bosques de canelos silvestres que allí existen.

Cinamato.—Combinación del ácido cinámico con una base.

Cinameno.—(C₁₆H₈).—Carburo de hidrógeno, líquido, incoloro, obtenido

ALMORRANAS internas, externas y afecciones del recto. Medicación hemorroidal completa

Doctor RIBLATA. Prospectos gratis
Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

por la acción de la cal en exceso sobre el ácido cinámico.

Cinámico (ácido).—C₆H₅.CH—C—CO—OH. El ácido cinámico es monobásico. Sus sales, llamadas *cinamatos*,

(1) El Dr. Eloy G. González publicó la conmovedora relación de tan desastrosa empresa en el núm. 21 de *Actualidades*, de Caracas, correspondiente al 25 de mayo retropróximo.

tienen cierta semejanza con las sales del ácido benzoico.

Cinámico (aldehído).—C₆H₅.CH—CH—CHO. Constituye el principal componente de la esencia de canela de la China y de la de Ceilán. Es un líquido incoloro, de olor a canela, de sabor aro-

CATARROS, TOS

JARABE MADARIAGA

BENZOCINAMICO

mático cáustico; toma color amarillo y, resiniéndose en parte, se convierte paulatinamente en ácido cinámico.

Cinamilecgonina.—C₁₈H₂₁NO₄ ó C₉H₁₄NO₃. Obtiénese por destilación de una mezcla de ecgonina, agua y aldehído cinámico.

Cinamiloecugenol.—C₁₀H₁₁ (C₂H₇)₂O₂. Producto de sustitución de un átomo de hidrógeno del eugenol, C₁₀H₁₁O₂ por el radical, monovalente cinamilo, C₉H₇O.

Cinámico (ácido).—(Alcohol).—C₆H₅.CH—CH—CH₂—OH. Obtiénese por destilación de la estiracina con lejía de potasa y, en pequeñas cantidades, calentando aldehído cinámico con lejía alcohólica de potasa.

Cinamilo.—C₉H₇O.—Radical monovalente, que se encuentra en el alcohol cinámico, etc.

Cinamina.—Cinameno.

Cinamo.—Nombre poético de la canela.

Cinamomífera.—Parte del Africa anti-

CARABAÑA: el mejor purgante

gua, en la Etiopía, al Sur de la Abisinia. Llamóse así por la abundancia de *cinamonos*.

Cinamonino.—Ungüento que se hace con cinamono, mirra y otros ingredientes.

Cinamomina.—Aceite incoloro, bastante volátil, obtenido por Simón, destilando el ácido cinámico con tres veces su peso de cal apagada.

Cinamomo.—Género de plantas de la familia de las lauráceas, tribus de las perseas, a las cuales pertenecen las especies conocidas con el nombre de canelos.

Cinnamomina.—Principio cristalizado en agujas, azucarado, soluble en el agua y el alcohol, encontrado por Stn. Martín en la canela de Ceilán.

XIII

LA CANELA Y LA POESÍA

Canela.—En acepción figurada y familiar: cosa muy fina y exquisita.

¡Canela en rama! ¡Tabaco en rolla! Visión de Cuba, canción criolla.

Lentos guitarros, lentos danzones,
negros bozales y cimarrones.
Rejas morunas, rosas bermejas,
olor de senos tras de las rejas.

Olor divino de la mulata,
que trae un recuerdo del Mahabharata.
Ardiente esencia de la canela.
(¡Canela! Encomio de la mozueta.)

(La tienda del herbolario.)

R. DE VALLE-INCLÁN.

Cuando pasas, tus sedas y tus pieles
dejan tras sí, como fragante estela,

TRATAMIENTO DEL REUMATISMO

Gota y litiasis biliar

REUMOSALIL

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

ese picante aroma de la canela
con que nos embriagan los claveles.

(Intermezzo romántico.)

FRANCISCO VILLAESPEA.

"...Su piel de canela, siempre lustrosa,
no la ofenden los rayos del sol ardiente.

(La Llanera.)

RAFAEL ESTÉVEZ BUROZ.

El que muere sin probar
el querer de una morena,
se va de este mundo al otro
sin saber lo que es canela.

Cantar popular español.

HIGIENE DE LOS CABELLOS

(Conclusión.)

Un buen aliado del cepillo de cabeza
es el peine. Un buen peine debe tener las
púas largas, anchas y espesas, y ni de-

CONGESTIONES HEPATICAS HIVERICA

Muestras y literatura

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

masiado rígidas ni tampoco excesiva-
mente flexibles. No hay ninguna venta-
ja en que las púas estén demasiado apre-
tadas si no es para determinados casos
de limpieza a fondo. El cepillo de cabeza
y el peine deben mantenerse en un es-
crupuloso estado de limpieza, y después
de lavarlos, es muy conveniente secar-
los al sol. Aproximadamente una vez por
mes, debe añadirse algún desinfectante
al agua en que se lavan. El cepillo de
cabeza y el peine deben ser de uso abso-
lutamente personal, pues frecuentemente
las enfermedades del cuero cabelludo se
transmiten por el uso común de estos
artículos.

TERTULIA MEDICA

¿Deben llevarse los cabellos cortos o
largos? Los cabellos cortos se limpian
más fácilmente. Después de ciertas en-
fermedades, y muy señaladamente de la



fiebre tifoidea, es frecuente cortar los
cabellos al rape: se cree que así se evita
su caída y se ayuda a su crecimiento.
Pero realmente no podemos ver en esta
medida más que un acto de higiene y no
un medio de prevenir la caída del cabe-
llo. Para la barba, el hombre que se afei-
ta por sí mismo evita los peligros de
contagio de muchas enfermedades de la
piel que se adquieren en los salones de
peluquería.

El teñido de los cabellos suscita cues-
tiones que salen fuera de este artículo.
Debe también señalarse que la exposi-
ción exagerada de la cabellera al sol o
al viento tiende, especialmente entre los
rubios, a secarla.

La aplicación de estas elementales no-
ciones de higiene de la cabellera podrá
muy frecuentemente evitar grandes con-
trariedades, y, entre ellas, la de una cal-
vicie precoz.

Avance de la mortalidad en la nación durante el año 1933

Los datos recogidos de la Dirección
general del Instituto Geográfico y Cata-
stral y de Estadística permiten esta-
blecer ya el siguiente avance sobre la
biología de la nación durante el pasado
año.

El número de nacidos vivos fué
667.818; el de nacidos muertos, 22.328,
y el de personas fallecidas por todas cau-
sas, 394.678, lo que supone un exceso
de nacimientos sobre defunciones de
273.140.

En consecuencia, los índices demográ-
ficos y sanitarios más importantes que
de estas cifras se derivan para el con-
junto de las cincuenta provincias espa-
ñolas son:

Natalidad: 27,81 por 1.000 habitan-
tes (en 1932, 28,34).

Solución salicilato sódico DOMINGO

Cada cucharada contiene dos gramos
de salicilato sódico puro.

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

Mortinatalidad: 32,3 nacidos muertos
por cada 1.000 nacidos vivos y muertos
(en el año 1932, 31,8).

Mortalidad por todas causas: 16,44
(también 16,444 en 1932).

Mortalidad infantil: 112 fallecidos de
menos de un año de edad por 1.000 na-
cidos vivos (112 en 1932).

Por tanto, con relación al año 1932,
ha disminuido la natalidad, ha aumenta-
do la mortinatalidad y no han variado en
uno ni en otro sentido la mortalidad por
todas las causas y la mortalidad infantil.

Durante 1933 la mortalidad por 100.000
habitantes ha sido para las rúbricas más
importantes de la nomenclatura llamada
abreviada:

	1932	1933
Fiebre tifoidea.....	13,58	13,10
Sarampión.....	12,49	16,6
Coqueluche.....	6,23	6,72
Difteria.....	4,92	4,74
Gripe.....	32,70	20,89
Tuberculosis pulmonar.....	93,62	93,73
Otras tuberculosis.....	24,11	24,84
Cáncer y otros tumores malignos.....	68,74	66,78
Hemorragia cerebral, embolia o trombosis cerebral.....	133,13	137,56
Enfermedades orgánicas del corazón.....	203,30	201,79
Bronquitis.....	78,23	83,06
Neumonía.....	164,11	167,09
Diarrea y enteritis.....	184,49	189,15
Nefritis.....	54,96	54,90
Septicemia e infecciones puerperales.....	5,97	5,55
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	70,29	70,27
Suicidio.....	3,89	3,47
Homicidio.....	1,56	1,02
Muertes violentas o accidentales (excepto suicidio y homicidio).....	30,30	29,27

Los que critican a la juventud vio-
lentamente dan pruebas de su senilidad.

Envejecer no es nada; es incluso
alegre cuando la salud no abandona
a la vejez; lo que sí es triste es enve-
jecer solitario.

Envejecer es aprender.

Existen la juventud y la vejez so-
litarias. Las dos tienen su melancolía;
pero la primera está llena de esperan-



za, en tanto que la segunda está llena
de pena y desilusión.

La vida es una alternativa de dolo-
res y alegrías.

Se deserta algunas veces de la vida,
pero es la vida quien más a menudo
deserta de nosotros.

A partir de una edad, la vida física
no es otra cosa que una serie de ab-
dicaciones sin fin.

(Dartigues en Dans le Rythme du
Monde.)

sema se inicia se deben suprimir las influencias nocivas de índole profesional. La disnea, que padecen constantemente los enfisematosos, se agrava mucho a consecuencia de las agudizaciones de la bronquitis, de modo que el tratamiento de estas agudizaciones será un factor importante en el alivio de los síntomas del enfisema. El tratamiento quirúrgico de esta enfermedad goza hoy de gran boga. Para hacerle es preciso comenzar por cerciorarse del estado de esclerosis o de calcificación que padecen los cartílagos, lo cual se averigua por medio de radiografías y de punciones en diversos sitios con agujas finas. La operación consiste en la extirpación de trozos de cartílago, del primero al quinto cartílagos costales. Puede hacerse en un solo lado o en los dos, si el resultado que se consigue en uno solo es insuficiente. La consecuencia de la operación es una ampliación muy importante de la capacidad vital del enfermo y, por ello, una mejoría considerable, tanto objetiva como subjetiva. La bronquitis se alivia asimismo. No se debe practicar la operación: primero, en aquellos enfermos en los que el proceso se encuentra ya muy avanzado, y la debilidad o el desfallecimiento cardíacos son muy acentuados, y segundo, en aquellos otros en los que el tórax no tiene la forma enfisematosa, sino la normal o la parálitica. Durante algún tiempo gozó de boga también el tratamiento llamado neumatoterápico, que se practicaba en cámaras especiales o por medio de aparatos portátiles. Dicho tratamiento tiene ante todo un inconveniente de índole práctica: si el enfisema fuera una enfermedad aguda de unos días o de unas semanas de duración, se concibe que dicho tratamiento fuera practicable, aunque la instalación del mismo resultase algo costosa, o que valiera la pena de trasladar al enfermo a un lugar en que la cámara o el aparato se encontraran instalados; pero tratándose, como se trata, de una enfermedad crónica, ni el enfermo puede permanecer en la cámara o con el aparato aludido, salvo períodos breves, ni aunque

Las causas más importantes del enfisema crónico consisten en dificultades de la espiración. En ocasiones sucede que no es el tejido pulmonar el que primitivamente pierde su elasticidad, sino que son las paredes del tórax las que se endurecen. Así explicaba Freud hace ya más de medio siglo la producción del enfisema pulmonar por la osificación precoz de los cartílagos costales, especialmente desde el primero hasta el sexto. Los cartílagos segundo y tercero son los que tienen mayor importancia para producir el enfisema, porque al osificarse empujan el esternón hacia adelante y las costillas hacia los lados, estorbando el movimiento espiratorio normal. De esta manera quedaría el tórax en una posición de inspiración permanente. Sin negar posible realidad a esta explicación del enfisema, no cabe duda de que podría coincidir la senectud de los cartílagos, incluso una senectud precoz de los mismos, con la senectud y las alteraciones de los pulmones, sin ser la causa de estas últimas. En la mayoría de los casos de enfisema se trata de sujetos catarrosos crónicos, y el mecanismo por el que se produce esa enfermedad es el siguiente: el enfermo catarroso con congestión de la mucosa de sus bronquios finos no encuentra tanto una dificultad para la inspiración como para la espiración. Con el fin de completar ésta se vale de los músculos espiratorios y de la prensa abdominal, la cual, al comprimir las vísceras del abdomen, eleva el diafragma, expulsando totalmente el aire de las partes inferiores de los pulmones; pero al hacerlo inyecta ese mismo aire con energía en las partes superiores si la abertura de la glotis no guarda relación con la corriente de aire que la tiene que atravesar, y esto mismo, pero más exagerado, ocurre en los frecuentes golpes de tos que padecen estos enfermos. La consecuencia es que dichas partes superiores de los pulmones van sufriendo cada vez mayor distensión. Después de lo que queda expuesto es fácil comprender que el enfisema se produzca con gran fre-

cuencia, tanto en las personas que padecen muchas bronquitis repetidas como en los que tienen por su profesión que hacer grandes esfuerzos del aparato respiratorio. De aquí que sea enfermedad mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres. Hasta aquí lo que se observa más a menudo. No cabe ignorar, sin embargo, que existen casos de enfisema en personas que por su edad no han podido sufrir bronquitis o esfuerzos como los que hacen falta en otros para llegar al mismo efecto. Por otra parte, hay casos de enfisema en los que la historia escrupulosamente hecha no revela tales lesiones, o la profesión no impone esfuerzos especiales del aparato respiratorio. Tales enfermos hacen pensar inevitablemente en la existencia de otro factor, y, en efecto, aparte la osificación de los cartílagos se suele descubrir en estos enfermos algún proceso tuberculoso de evolución callada. Si el enfermo ha pasado ya de los cincuenta años y tiene hijos, se observará con frecuencia que algunos de éstos han fallecido de procesos tuberculosos, o los que viven tienen alguna lesión de dicha naturaleza, y es que el proceso poco llamativo del padre ha provocado una contaminación desde la infancia, que tiene por esto mismo mayor gravedad. En dichos casos es el proceso tuberculoso el que, alterando el tejido elástico del pulmón, ha creado la condición necesaria para que un esfuerzo ligero provoque la dilatación bronquial de tipo enfisematoso.

El enfisema, que en ciertos casos constituye un trastorno muy soportable y no pasa de considerarse como un achaque propio de la edad, determina en muchos otros enfermos trastornos que llegan a hacer de su vida un verdadero suplicio. Si el trastorno se va manifestando a consecuencia de una bronquitis crónica con agudizaciones frecuentes, los síntomas mejoran y se agravan a compás de dichas agudizaciones, o sea que los enfermos padecen mucho durante el invierno, pero mejoran, mucho también, durante el verano. Poco a poco se va

haciendo más tenaz el enfisema, y destacan en él las molestias debidas al trastorno circulatorio. El síntoma cardinal es la fatiga, porque el pulmón se encuentra en inspiración permanente y no puede expulsar el aire que contiene. Por la gran solidaridad que existe entre los aparatos respiratorios y circulatorio, la función de este último queda muy entorpecida: de una parte, porque al dilatarse los bronquios finos y los alvéolos comprimen los capilares; de otra, porque la disminución de la amplitud de los movimientos respiratorios resta un importante auxilio a la circulación de la sangre en el tórax. La actitud del enfermo enfisematoso cuando se encuentra padeciendo la disnea, que es la consecuencia natural de su enfermedad, resulta verdaderamente típica. La cara tiene un tinte terroso, y los labios y las mejillas se encuentran cianóticas. El cuello es descarnado por la desaparición de la grasa, pero los músculos forman en el mismo relieve muy prominentes, especialmente el esternocleidomastoideo y el trapecio. Las yugulares externas aparecen dilatadas y pulsátiles, si bien con colapsos espiratorios. En la base del cuello no suelen hacer prominencia los vértices de los pulmones, como corrientemente se afirma, de modo que las fosas supraclaviculares se encuentran más bien hundidas, pero al toser, se abomban. El tórax es ancho, sobre todo por su base, y el abdomen abultado, pero todo ello con muy escasa cantidad de grasa. Aparte de estos síntomas encontramos en el enfisema los de una bronquitis crónica con secreción muy abundante, que llena los bronquios. Por parte del aparato circulatorio, los síntomas de debilidad y desfallecimiento ya dichos, pero, generalmente, el corazón cubierto por la lengüeta del pulmón izquierdo y, por consiguiente, difícil de explorar.

El tratamiento causal consiste en prevenir las bronquitis crónicas, el asma y demás procesos que pueden determinar a la larga el enfisema. Es, por consiguiente, un tratamiento profiláctico. En el momento que el enfis-

ESTAFETA DE PARTIDOS

Se advierte a los compañeros que piensen solicitar la titular de Acehuche (Cáceres), vacante por nueva creación, ejerce, además del titular, otro médico, desde hace tres años, que tiene contratadas las iguales, desempeñando interinamente la plaza, y la solicita. Pidan informes al Ayuntamiento. La estación más próxima, 32 kilómetros. Malas vías de comunicación (15.040).

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 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 La Mallona (Soria) y sus anejos La Cuenca y Las Fraguas; por renuncia; 3.ª categoría; dotación, 2.200 pesetas; 626 habitantes; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 19 de abril.

—La de Aldeanueva de Ebro (Lleón); por defunción; 5.ª categoría; dotación, 1.375 pesetas; 2.851 habitantes; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 19 de abril.

4 TOMOS :: 25 PESETAS

:: OBRA OPOSICIONES ::

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

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



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

IODASA BELLOT

Solución titulada de IODO PEPTONA - BELLOT
SIN IODISMO

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

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

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

TINTURA COCHEUX

cura la Gota, Reumatismo y el Mal de Piedra.

EXITO EN LOS HOSPITALES DESDE 1843

En todas las farmacias. Al por mayor TAVERNIER & AGUETANT. LYON (Francia)

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.

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

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.

*Comunicación Municipal
P. Mayor 3.*

TUBERCULOSIS · NEURASTENIA · ANEMIA

TRICALCINE

RECONSTITUYENTE

El Mas Poderoso - El Mas Científico - El Mas Racional.



MEDICACION
LA MAS EFICAZ
PARA EL TRATAMIENTO
DE

BRONQUITIS BAJO VARIAS FORMAS
ANEMIA
ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO
NEURASTENIA
RAQUITISMO
ESCROFULA
LACTANCIA Y CRECENCIA DE LOS NIÑOS
DEBILIDAD

TUBERCULOSIS

TRICALCINE

A BASE DE SALES CALCICAS CONVERTIDAS EN ASIMILABLES
DU DOCTEUR E. PERRAUDIN
*Ex-Chimiste Expert de la Ville de Paris
Ex-Élève de l'Institut Pasteur*
DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS DEL PAIS

Laboratoire des Produits "Scientia" 21, rue Chaptal - PARIS

· ESCROFULA ·
· RAQUITISMO ·

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