

a 3 meses
sta

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.191.—Tomo 93

AÑO OCHENTA Y UNO



1934

11/3

COMO PROFILÁCTICO DEL ASMA

ha quedado comprobada la eficacia del

IMINOL

(1 tableta = Cafeína, Teofilina aa 0,1, Papaverina 0,02, Agaricina 0,005)

Aplicación: A los indicios del próximo ataque debe tomarse una tableta; en los casos de ataques regulares durante la noche tómese una tableta antes de acostarse.

Embalaje original: Tubo de 10 tabletas

Precio al público: Ptas. 2,70 por tubo

Literatura y muestras a la disposición de los Sres. Médicos.

C. F. Boehringer & Soehne, G. m. b. H., Mannheim-Waldhof (Alemania)

Venta exclusiva para España:

"BOEHRINGER" Productos Químicos-Farmacéuticos, S. A.
BARCELONA.—Apartado 5052

Apartado 10025.—MADRID

SIL - AL

Laboratorio

Aurelio Gámir

Valencia

EL NON PLUS ULTRA

en Aparatos universales
de electromedicina

Nuevos inventos de **SORPRENDENTE**
RENDIMIENTO y EFICACIA

Folleto ilustrado gratis S. M.

LABORATORIOS U. V. - Apartado 331. - SEVILLA

ALMORRANAS



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

ESTAFETA DE PARTIDOS

Se advierte a los compañeros que piensen solicitar la
titular de Acehuche (Cáceres), vacante por nueva crea-
ción, 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).

—Se permuta partido médico de cuarta categoría; as-
ciende el igualatorio a 6.000 pesetas, más 1.650 de titular.
Lugar a 90 kilómetros de Madrid, buenas vías de comu-
nicación, por otro de igual categoría en las provincias de
Madrid o Guadalajara. Para más detalles dirigirse a don
Lorenzo Agudo, Auñón (Guadalajara).

4 TOMOS :: 25 PESETAS
:: OBRA OPOSICIONES ::

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 Ge-
nio Médico", "El Diario Médico Farmacéutico",
"El Jurado Médico Farmacéutico", la "Revista de
Ciencias Médicas de Barcelona" y la "Revista Mé-
dico-Farmacéutica de Aragón", recomiendan en
largos y encomiásticos artículos el JARABE-ME-
DINA DE QUEBRACHO como el último reme-
dio de la Medicina moderna para combatir el AS-
MA, 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.

Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

Sanatorio del Parque-Davos

(ANTES SANATORIO TURBAN)

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

Médico Director: Dr. F. BAUER

BIFOSFOTIOCOL

TOSES Y CATARROS

afileado y pulido, en las que, a pesar de las mejores instalaciones para ventilación, aspiración de los polvos y prevención, se producen numerosos casos de siderosis y calicosis.

Los síntomas que dan estos procesos son los de una bronquitis crónica con enfisema. Muchas veces se encuentran en la expectoración los polvos causantes de las lesiones, especialmente si por un proceso infeccioso concomitante se reblandecen y se destruyen algunas partes del tejido pulmonar. Los esputos característicos, no solamente subsisten mucho tiempo después que el enfermo ha abandonado su oficio nocivo, sino que pueden iniciarse cuando ya no tiene contacto con ellos. Así sucede, por ejemplo, con los esputos negros de la antracosis, con el rojo ladrillo de la siderosis y con las partículas de cal y de sílice de la calicosis. A la larga, los procesos de esclerosis pulmonar y de enfisema acarrearán la insuficiencia del corazón derecho. Los focos de esclerosis, por ser pequeños y estar muy diseminados, suelen pasar inadvertidos, pero por la radiografía se pueden poner de manifiesto en forma de franjas, que resaltan más todavía por la presencia de los polvos. Afirman ciertos autores que estos procesos favorecen el desarrollo de la tuberculosis pulmonar, siendo así que el proceso de la calicosis debía contribuir, por el contrario, a impedirlo o a mejorar su evolución. El hecho es que esta enfermedad será muy difícil de diagnosticar en los enfermos que padecen de suyo bronquitis crónica y enfisema, y solamente por la presencia de las hemoptisis o de los bacilos en el esputo se podrá asegurar su existencia. El pronóstico depende algo de la índole de los polvos aspirados; por ejemplo, la antracosis es más benigna que los demás procesos, y, sobre todo, en un caso dado, del estado de las lesiones y de la resistencia del corazón. El tratamiento será, en primer lugar, profiláctico, no admitiendo a los oficios expuestos a obreos que padezcan defectos de las vías respiratorias altas e instalando todas las disposiciones posibles para la as-



pido y depresible. A los pocos días so y la muerte. En los casos más mortificadas se eliminan por completo aspecto seroso de los esputos cesa pecto purulento y la cavidad forr lentamente, según las modalidades do antes. Semejante final es poco en los casos favorables es que el co, con exacerbaciones periódicas. S quirúrgico a los enfermos, se puede talidad es del 80 por 100 de los cas

En cuanto al tratamiento, es i forzosamente se tendrá gran cuid fuerzas del enfermo por medio de cuada, en la que figurarán en pri dos concentrados de extracto de cremas y pequeñas dosis de vinos res. Es necesario mantener una ve habitación y desinfección de la bo medio de colutorios y gargarism perborato sódico o de agua oxigen las inhalaciones de esencia de tre tol, de gomenol, mentol o líquido estas inhalaciones, se ponen las si si son líquidas, directamente en un recipiente que con tiene agua hirviendo, y se aspiran los vapores por el pico de un embudo que se aplica a dicho recipiente; si son sólidos, se disuelven en alcohol o en éter, y estas soluciones son las que se mezclan con el agua hirviendo. Conviene en este caso esperar algunos momentos, antes de aspirar los vapores, a que se haya evaporado el disolvente, cosa que sucede instantáneamente cuando es el éter. Son útiles igualmente las inyecciones intratequeales de aceite gomenolado o las de aceites esenciales mezclados con yodoformo. Se practicarán por medio de una jeringa corriente de cánula encorvada o por medio de la jeringa de García Vicente, que es esencialmente

HEMEROTECA

Tomos

2

Encuadernación

¿Tiene modelo?

Cartón

Observaciones

EL NON PLUS ULTRA

en Aparatos universales
de electromedicina

Nuevos inventos de **SORPRENDEnte**
RENDIMIENTO y EFICACIA

Folleto ilustrado gratis S. M.

LABORATORIOS U. V. - Aparlado 331. - SEVILLA

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg. Æsculus hippo-
cast, novocaina, anestesia, etc. Cura Hemorroides in-
ternas, externas, sangrantes y padecimientos del recto.
Tubo con cánula, 3,60 pesetas; correo, 4,10. De venta
en farmacias.

ESTAFETA DE PARTIDOS

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

—Se permuta partido médico de cuarta categoría; as-
ciende el igualatorio a 6.000 pesetas, más 1.650 de titular.
Lugar a 90 kilómetros de Madrid, buenas vías de comu-
nicación, por otro de igual categoría en las provincias de
Madrid o Guadalajara. Para más detalles dirigirse a don
Lorenzo Agudo, Auñón (Guadalajara).

4 TOMOS :: 25 PESETAS
:: OBRA OPOSICIONES ::

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 Ge-
nio Médico", "El Diario Médico Farmacéutico",
"El Jurado Médico Farmacéutico", la "Revista de
Ciencias Médicas de Barcelona" y la "Revista Mé-
dico-Farmacéutica de Aragón", recomiendan en
largos y encomiásticos artículos el JARABE-ME-
DINA DE QUEBRACHO como el último reme-
dio de la Medicina moderna para combatir el AS-
MA, 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.

Polifosforina

POLVO - COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

Sanatorio del Parque-Davos

(ANTES SANATORIO TURBAN)

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

Médico Director: Dr. F. BAUER

BIFOSFOTIOCOL TOSSES Y CATARROS

afilado y pulido, en las que, a pesar de las mejores instalaciones para ventilación, aspiración de los polvos y prevención, se producen numerosos casos de siderosis y calicosis.

Los síntomas que dan estos procesos son los de una bronquitis crónica con enfisema. Muchas veces se encuentran en la expectoración los polvos causantes de las lesiones, especialmente si por un proceso infeccioso comitante se reblandecen y se destruyen algunas partes del tejido pulmonar. Los esputos característicos, no solamente subsisten mucho tiempo después que el enfermo ha abandonado su oficio nocivo, sino que pueden iniciarse cuando ya no tiene contacto con ellos. Así sucede, por ejemplo, con los esputos negros de la antracosis, con el rojo ladrillo de la siderosis y con las partículas de cal y de sílice de la calicosis. A la larga, los procesos de esclerosis pulmonar y de enfisema acarrearán la insuficiencia del corazón derecho. Los focos de esclerosis, por ser pequeños y estar muy diseminados, suelen pasar inadvertidos, pero por la radiografía se pueden poner de manifiesto en forma de franjas, que resaltan más todavía por la presencia de los polvos. Afirman ciertos autores que estos procesos favorecen el desarrollo de la tuberculosis pulmonar, siendo así que el proceso de la calicosis debía contribuir, por el contrario, a impedirlo o a mejorar su evolución. El hecho es que esta enfermedad será muy difícil de diagnosticar en los enfermos que padecen de suyo bronquitis crónica y enfisema, y solamente por la presencia de las hemoptisis o de los bacilos en el esputo se podrá asegurar su existencia. El pronóstico depende algo de la índole de los polvos aspirados; por ejemplo, la antracosis es más benigna que los demás procesos, y, sobre todo, en un caso dado, del estado de las lesiones y de la resistencia del corazón. El tratamiento será, en primer lugar, profiláctico, no admitiendo a los oficios expuestos a obreos que padezcan defectos de las vías respiratorias altas e instalando todas las disposiciones posibles para la as-



pido y depresible. A los pocos días sobreviene el colapso y la muerte. En los casos más favorables, las partes mortificadas se eliminan por completo, la putridez y el aspecto seroso de los esputos cesan, adquieren un aspecto purulento y la cavidad formada va cicatrizando lentamente, según las modalidades que hemos apuntado antes. Semejante final es poco corriente, y lo usual en los casos favorables es que el curso se haga crónico, con exacerbaciones periódicas. Si no se presta auxilio quirúrgico a los enfermos, se puede calcular que la mortalidad es del 80 por 100 de los casos.

En cuanto al tratamiento, es innecesario decir que forzosamente se tendrá gran cuidado de mantener las fuerzas del enfermo por medio de una alimentación adecuada, en la que figurarán en primer término los caldos concentrados de extracto de carne, leche, huevos, cremas y pequeñas dosis de vinos generosos o de licores. Es necesario mantener una ventilación intensa de la habitación y desinfección de la boca y de las fauces por medio de colutorios y gargarismos con soluciones de perborato sódico o de agua oxigenada diluida. Convienen las inhalaciones de esencia de trementina o de eucaliptol, de gomenol, mentol o líquido de Dakin. Para hacer estas inhalaciones, se ponen las substancias en cuestión, si son líquidas, directamente en un recipiente que contiene agua hirviendo, y se aspiran los vapores por el pico de un embudo que se aplica a dicho recipiente; si son sólidos, se disuelven en alcohol o en éter, y estas soluciones son las que se mezclan con el agua hirviendo. Conviene en este caso esperar algunos momentos, antes de aspirar los vapores, a que se haya evaporado el disolvente, cosa que sucede instantáneamente cuando es el éter. Son útiles igualmente las inyecciones intratraqueales de aceite gomenolado o las de aceites esenciales mezclados con yodoforno. Se practicarán por medio de una jeringa corriente de cánula encorvada o por medio de la jeringa de García Vicente, que es esencialmente

igual a la anterior, pero la cánula va provista de una extremidad en forma de cuña que se adapta fácilmente a la glotis y no provoca por parte de ésta protesta alguna. Por vía intramuscular se administra el eucaliptol disuelto en aceite de olivas o de ricino, en proporción del 50 por 100, y también dosis elevadas de aceite alcanforado, que al mismo tiempo que sirven de tónico cardíaco, modifican algo las secreciones bronquiales. Se alaban también los resultados de las inyecciones intravenosas de salvarsán. Si desfallece el corazón, se aplican inyecciones de suero fisiológico con adrenalina. Dada la importancia de los fenómenos de intoxicación, se ocurre, desde luego, obtener un vaciamiento continuo de la sarnies a través de los bronquios, colocando para ello los pies del lecho 20 a 30 centímetros más altos que la cabeza y suprimiendo las almohadas; pero la irritación que produce el exudado sobre la mucosa de los bronquios es tan intensa y los accesos de tos tan insufribles, que los enfermos no toleran este tratamiento y hay que dejarlos que adopten el decúbito, en que forzosamente se colocan ellos mismos. Sin embargo, la necesidad de conseguir el vaciamiento de las cavidades subsiste, y para ello se recurre a la intervención quirúrgica. Es preciso comenzar por hacer un diagnóstico topográfico seguro de la lesión por el estudio de los síntomas físicos y de los radiográficos, e inmediatamente se plantea el problema de la intervención más adecuada. Si la cavidad es pequeña, podrá bastar el neumotórax, operación tan sencilla, que bien vale la pena de intentarla. En cambio, si la lesión está en las partes superiores del pulmón, donde el tórax es rígido y donde es probable que haya adherencias de la pleura si el enfermo ha padecido antes algún proceso pulmonar, no habrá más remedio que recurrir a las toracoplastias, al desagüe del acceso pulmonar o a la extirpación de la parte enferma del pulmón; cada una de estas intervenciones estará indicada según las circunstancias de cada enfermo. El desagüe

es muy grande, se puede producir a consecuencia de defectos en las vías respiratorias, por ejemplo, en los sujetos que, por vegetaciones adenoidicas o por otra causa, no respiran bien por la nariz; pero lo corriente es que se produzca a consecuencia de determinados oficios, que obligan a aspirar a diario una cantidad enorme de polvo. Los que manejan carbón y aspiran grandes cantidades de polvo del mismo adquieren la antracosis o neumoconiosis antracósica. Los que tallan piedra o mármol aspiran carbonato cálcico y padecen la calicosis o pulmón de picapecadero; los que trabajan con yeso padecen el asma gípsica; los alfareros aspiran arcilla, y, por fin, los trabajadores en hierro aspiran polvo de este metal o de su óxido y padecen siderosis. Todas estas partículas destruyen el epitelio, estorban la hematosis, provocan inflamaciones crónicas que conducen a la esclerosis y pueden actuar de puertas de entrada de la infección. La inhalación de polvos vegetales suele ser más grave que la de polvos animales, pues en los primeros van mezcladas sustancias orgánicas con las inorgánicas, y al paso que las segundas se comportan lo mismo que las de origen animal; las primeras, por fermentaciones y putrefacciones y por servir de medio de cultivo a todos los microbios, favorecen la producción de inflamaciones. La inhalación de polvillo del algodón ocasiona un proceso llamado neumonia cottonense, pero es preciso no confundir esta enfermedad con el carbunco de las vías respiratorias, que se presenta mucho también en los que manejan trapos por inhalación del polvo que se desprende de los mismos y que se conoce en Alemania con el nombre de "enfermedad de los traperos". En bastantes oficios se aspiran al mismo tiempo polvos de orígenes diferentes, por ejemplo, los atiladores aspiran al mismo tiempo partículas de hierro y de sílice; y si esto tiene escasa importancia en las industrias particulares, que suelen ser de poca envergadura, no sucede lo mismo en las fábricas, por ejemplo, en la Nacional de Toledo, en las naves de

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRITICA

AMENIDADES

7-IV-1934

La correspondencia de esta sección deberá dirigirse al señor Director con adjunción expresa de su destino TERTULIA MÉDICA, y la publicidad a la Administración, Apartado 1218 Madrid

EL RICINO

Estudio histórico-científico

Por V. M. OVALLES

(Continuación.)

IV

LAS SEMILLAS

Los análisis hechos por el profesor Geiger, en 100 partes de semillas normales, dieron el siguiente resultado:

Contiene el pericarpio, o sea la cubierta:	
Resina insípida y extractiva.....	1,91
Goma oscura.....	1,91
Fibras	20,00
TOTAL.....	23,82

Y en las almendras:

Aceite graso.....	46,19
Goma	2,40
Almidón	20,00
Caseína o albúmina.....	0,50
TOTAL.....	69,09

Además, dice Gubler, es preciso admitir con Pereira la existencia de un *principio* volátil acre (ácido ricinoleico?), revelado por la sensación particular que se produce en los ojos y la garganta cuando se está expuesto al vapor que se desprende de una mezcla de semillas contundidas y agua hirviendo (Guibourt).

Tal vez este principio no preexiste, pero puede desarrollarse por fermentación en presencia del agua y del aire, según parecen indicarlo ciertas experiencias de Planche, de Bussy y de Lecanu.

TRATAMIENTO DE LAS DERMITIS DERMIZINA

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

Por último, Souberain admite en el ricino una sustancia acre fina, probablemente de naturaleza resinosa, que reside, ya en el embrión (Jussieu), ya en el albumen (Boutron Charlard y O. Henry), o en la túnica interna del epispermio (Dierbach). Por otra parte, Calloud ha encontrado en el marco de las semillas sometidas a la prensa un principio acre que excita el vómito a la dosis próximamente de 30 a 40 centigramos.

"Las semillas de ricino poseen energías propiedades purgantes y una acritud considerable. Una sola ha producido vómitos y efectos purgantes; tres o

cuatro han hecho peligrar la vida (Bergius, Lanzoni). La violencia de esta acción se explica por la intervención de los principios acres, volátil y fijo, más aún que por la acción del aceite craso, que es simplemente catártico."

Miahle encontró que los ricinos de Francia contienen mucha proporción del principio acre emetocatórtico.

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

Mayad hizo análisis y comparaciones referentes al cultivo de esta planta en Francia y Argelia, obteniendo los resultados siguientes:

	En Francia	En Argelia
Pericarpio	26,70	30,76
Semilla mondada.....	71,14	67,22
Residuos y pérdidas	2,16	2,02
TOTALES.....	100,00	100,00

Aceite obtenido en frío por expresión

37,40 30,40

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

Como se ve, las semillas del ricino europeo producen mayor cantidad de aceite que el africano.

Cuando las semillas son frescas, contienen más del 50 por 100 de su peso.

Se conoce en el comercio una gran variedad de semillas, de color y tamaño distinto, pero gozan de cierta preferencia las del ricino de América, el indigena y el del Senegal.

Una mata robusta en estos países puede producir 10 kilos de semillas al año.

La elaboración del aceite de ricino es muy fácil, y cuando está fresco y bien hecho, es de un gusto agradable y no produce entonces efectos purgantes en cortas dosis, porque así es digerido como los aceites ordinarios: los chinos lo usan en la ensalada.

"MALTOPOL"

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

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

El aceite de ricino puro debe disolverse totalmente en igual cantidad de alcohol anhidro; en cinco partes de alcohol de 90 grados; en todas proporciones en éter, cloroformo, alcohol amílico, benzol y ácido acético cristalizables.

Los experimentos de Bussy y Lecanu demuestran que el aceite de ricino es distinto de todos los cuerpos grasos, desde el punto de vista químico, y es el único aceite vegetal líquido que no tiene oleína ordinaria.

"Destila a 270°, pero descomponiéndose en dos partes: una fija, que queda como residuo, y otra volátil, que contiene los ácidos ricínico, elaiódico y margarítico, y además una especie de aceite esen-

Gardan
contra la Gripe

cial (enantol o aldehida enantílica), análogo al aldehído. El ácido hiponítrico transforma veinte veces su peso de aceite de ricino en una materia amarilla sólida (palmina), que es saponificable por los álcalis y da entonces origen a un ácido particular (ácido palmítico). La saponificación produce también los ácidos ricínico y elaiódico.

"Cuando se destila el aceite de ricino sobre potasa concentrada, se obtienen dos productos: el ácido sebásico y el alcohol caprílico, de los cuales este último puede substituir en la mayor parte de los casos al alcohol ordinario y aplicar-

CALCINHEMOL ALCUBERRO

PODEROSO ANTIANEMICO

ALCALA, 88. — MADRID

se para obtener éteres oleosos." (Bous. Rev. Ph.)

Entre los productos de las semillas del ricino figura el obtenido por Stigmarck, al cual dió éste el nombre de *ricina*.

Es una sustancia albuminoide, idéntica a la fitoalbumosa B (beta) de S. Martín, y es un veneno activísimo, que coagula la sangre y, al parecer, es insoluble en el aceite.

De la mencionada toxoalbumina, perteneciente al grupo de las zimazas, dije lo siguiente en mi trapajo sobre Ehrlich:

"Extraído el aceite de ricino (*Ricinus communis*, euforbiácea), queda en la mag-

ma la ricina, principio muy tóxico, por el cual no podía utilizarse dicho residuo en la alimentación de animales, no obstante contener varias sustancias nutritivas, empleándose sólo como abono, para aprovechar el fósforo y el ázoe.

Pero Ehrlich, después de numerosos

ION-CALCINA PALLARES

A base de Cloruro de Calcio
Frasco e inyectables

experimentos en conejos y cobayos, inyectó la ricina a las vacas, consiguiendo así hacerlas inmunes, y de este modo pueden comer ellas impunemente la torta del ricino." (1).

Como se ve, las semillas del ricino tienen una composición muy compleja y dan origen a numerosos productos con distintas aplicaciones.

El más importante de éstos es el aceite, por el uso que se hace de él como purgante en todas partes.

V

EL ACEITE

Se emplean cuatro procedimientos para extraer el aceite: 1.º, por expresión en frío, que está reputado como el mejor; 2.º, por expresión a temperaturas superiores a la ordinaria; 3.º, por ebullición en agua; 4.º, por lixiviación o percolación con alcohol o éter.

De estos cuatro procedimientos, como queda dicho, debe preferirse el primero, pues los otros tres producen aceites de inferior calidad, por su acritud, a causa de la materia acre de que salen recargados, la cual activa sus propiedades purgantes.

El aceite oficial de ricino debe ser neutro, viscoso, transparente, incoloro o am-

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

barino, de olor suave y sabor poco marcado cuando es reciente, y después se hace acre con el tiempo.

El aceite rancio enrojece el papel azul de tornasol.

España lo produce muy bueno, y el de Italia es magnífico.

Entre nosotros se ofrece, generalmente, uno de color repugnante y de un sabor nauseabundo, verdaderamente detestable.

Esto se debe, quizá, a que las semillas del ricino están mezcladas con las de *Jatropha curcas*, otra euforbiácea indígena muy activa, conocida con el nombre de Piñón, o, lo más probable, a los

métodos defectuosos seguidos para su extracción.

Tal producto es inaceptable para el uso terapéutico, pues a gran número de enfermos se les hace intolerable.

"Los aceites de ricino del comercio, dice Grosourdy, están con frecuencia rancios o presentan otras alteraciones que dependen de su mala preparación o de su vejez. He aquí el método de purificarlo del Sr. C. Pavé: Tómese aceite de ricino del comercio, 100 gramos; carbón animal purificado, 25 gramos; magnesia calcinada, 10 gramos. Mézclense bien, introdúzcase en una vasija, que se pondrá por unos tres días a la temperatura de 20º a 25º; moviéndola de cuando en cuando, pásese por un filtro de papel de estraza. Así preparado, su consistencia es muy poco viscosa, es cristalino, casi incoloro e inodoro, de un sabor suave, muy soluble en el alcohol, y se solidifica a una temperatura muy baja,



caracteres que raras veces presenta el aceite de ricino oficial; sin duda que de ese modo se podría también purificar el aceite prieto que se saca y vende en el campo."

"Según Buchner, puede privarse al aceite de ricino de esa acritud, propia de su antigüedad, hirviéndolo durante quince minutos con un poco de magnesia calcinada. Pero no cabe la menor duda en que este aceite rehabilitado jamás deberá considerarse como aceite de ricino natural." (Dorvault) (1).

Se atribuye la propiedad purgante del aceite de ricino a un alcaloide denominado *Recinina*, descubierto por Petit entre las especies químicas contenidas en el *Ricinus communis*, y preparado por Tusson en su mayor estado de pureza.

Recuérdese que ésta es una sustancia muy distinta de la Ricina de Stillmarck, principio sumamente tóxico, que dejó mencionado.

Refiriéndose a la propiedad purgante, dice Gubler en su excelente obra "Comentarios terapéuticos del Codex medi-

CARABAÑA: el mejor purgante

camentariux" lo que sigue: "Es un purgante suave y muy seguro, exento de toda acción irritante sobre el tubo digestivo, cuyos efectos son debidos, ya a una in-

(1) Dice Brandes, citado por Gubler, que cuando el aceite de ricino se presenta en las deposiciones diarreicas bajo la forma de nódulos indurados, es probable que el individuo haya tomado antes magnesia, con la cual el aceite haya podido combinarse.

fluencia especial sobre la mucosa, que no se ha explicado hasta ahora, ya a una especie de indigestión seguida de deposiciones lientéricas, pues la materia indigesta se halla en las deyecciones.

El uso del aceite de ricino se deduce claramente de las propiedades que aca-

ATROPHANTUM PALLARES

XV gotas contienen 1/2 miligramo de Estrofantina

bamos de enumerar; es un purgante excelente, en particular recomendable en los casos de irritación de los órganos abdominales, sin otro inconveniente que un gusto nauseoso, que le hace repugnante para la mayor parte de los enfermos."

"Los laxantes suaves, dice Monlau, son los que en todo caso deben emplearse, como el aceite de ricino."

Y Dujardin-Beaumetz, *Lecciones de clínica terapéutica*: "Entre los aceites, uno sobre todo, el de ricino, es el que tiene una acción purgante notable, y es el tipo de los oleosos. Es un purgante suave, no irritante, y que presta grandes servicios."

Martinet, en su obra *Los medicamentos usuales*, al hablar sobre el aceite de ricino puro y fresco y de sus efectos mecánicos, dice: "Más tarde se forma en él una sustancia particular, una toxoalbúmina, ricina o ricinoleína, que da al aceite de ricino, además de las propiedades comunes con los aceites precedentes (olivas, lino, almendras dulces, etc.), propiedades purgantes particulares."

"... El aceite de ricino es un purgante suave, inofensivo, muy empleado y muy recomendado. La Medicina infantil hace de él un gran empleo, y se observa raramente en los niños la repugnancia ver-

ANTIPHLOGISTINE

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

daderamente invencible que demuestran algunos adultos. En los niños de pecho, una cucharadita de aceite de ricino es quizá el mejor purgante que se pueda emplear."

Y Grosourdy asegura: "Ese aceite es muy eficaz en las inflamaciones agudas o crónicas del canal gastrointestinal y de las demás mucosas del cuerpo, y constituye seguramente uno de los mejores medios de combatir las diarreas que acometen a los niños de corta edad o que tienen pujos, como vulgarmente se dice, esto es, cuando las deposiciones son con estrías de sangre acompañadas de tenesmo o pujo legítimo y de inflamación del orificio, de hinchazón dolorosa de la barriga, con la lengua seca, aftas o sápi-

(Continúa en la página XVIII.)

(1) *Cumbres de la Ciencia*: EHRLICH! Caracas, Tip. Vargas, 1918.



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

Para el tipo generalizado de estreñimiento puede prescribirse el salvado con toda seguridad

El estreñimiento atónico, que es el tipo más prevalente, suele ser el resultado de costumbres sedentarias y de falta de alimentos de suficiente volumen en el régimen alimenticio.

Durante años ha sido utilizado el salvado como medio para corregir el estreñimiento atónico.

El salvado marca "Kellogg's ALL BRAN" es más blando y apetitoso debido a los procesos especiales de cocción, desmigajamiento y sazonado a que se le somete. Como alimento cereal es delicioso, y muy sabroso cuando se toma con leche fría o con nata. Pueden prepararse con él bizcochos, pasteles, tortillas, etc. Se enviará, gratis, un paquete entero a quien lo solicite.



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

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

JARABE "ROCHE"

DE THIOCOL

Afecciones broncopulmonares

ALLONAL "ROCHE"

Antiálgico poderoso

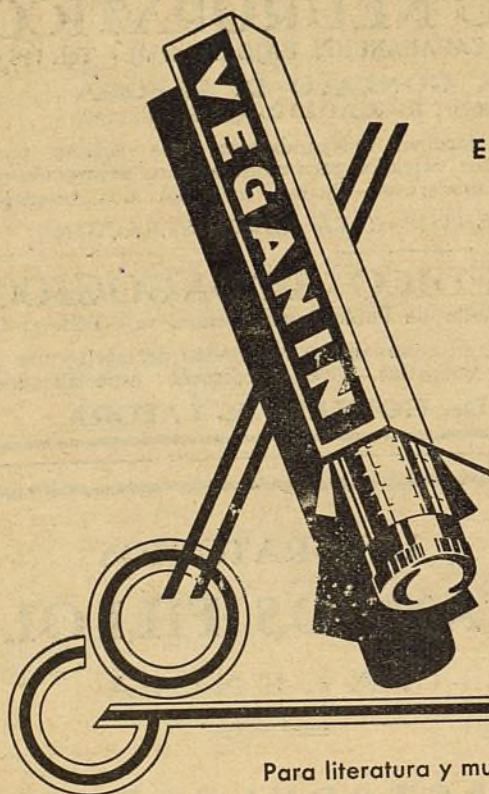
PANTOPON "ROCHE"

Opio total inyectable

SPASMALGINE "ROCHE"

Antiespasmódico por excelencia

PRODUCTOS ROCHE, S. A. - Santa Engracia, 4. - Madrid



VEGANIN

EL REMEDIO ANALGÉSICO DE EFECTOS MÁXIMOS

A base de la combinación científica de diferentes sustancias de acción diversa, de acuerdo con la teoría sinérgica del Prof. Burgui.

INDICACIONES:

En casos de Gripe, Resfriados, Neumonía, Neuralgias, Reumatismo, Disminoreas, en la práctica Odontológica y Postoperatoria, así como para aliviar toda clase de dolores.

GOEDECKE & Co. BERLIN, ALEMANIA

Para literatura y muestras gratuitas a los señores médicos, dirigirse a:

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.
APARTADO 410 - BARCELONA

LOS AMPHO-VACCIUS DE RONCHESE

Lisado
bacteriano



bacterias tratadas
por el bromo

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

LISTA DE LOS AMPHO-VACCINS:

INYECTABLES

Antiinfeccioso
Antiestafilocócico
Intestinal
Pulmonar
Urinario

A INGERIR

Antiinfeccioso
Antiestafilocócico
Antitífico T. A. B.
Intestinal
Pulmonar
Urinario

TOPICOS

Antipiógeno
(en 2 formas: ampollas de 2 y 10 c. c.)
Rinofaríngeo
Ampho-Tabletas
(a base de Ampho-Vaccins Rinofaríngeo)
Pyo-Amphogel

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

REPRESENTANTES: **PAGÉS & SARRIAS**

ARGENSOLA, 5 mod.-Teléf. 41934.-MADRID

PUERTA FERRISA, 16.-Teléf. 25844.-BARCELONA

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL



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

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

1854

ANO OCHENTA Y UNO

1934

CONSEJO DE REDACCION CIENTIFICA

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. TEOFILLO HERNANDO Y ORTEGA

De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Presidente del Consejo Nacional de Cultura. Director del Instituto Nacional de Farmacobiología.

Dr. J. DE ISASA Y ADARO

Pediatra. 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 VILLAVERDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuro-psiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

EL SIGLO MEDICO

Tomo 93

--:

Sábado 7 de Abril de 1934

--:

Núm. 4191

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: Aspecto médico-legal de la neurosis de renta, por el Dr. Nogales Puertas.—Los sordomudos y la escuela sordomudística española, por el Dr. J. Gas Bayona.—Sesiones clínicas: Clínica médica del Dr. Fidel Fernández (Granada) —Bibliografía.—Periódicos médicos.

Aspecto médico-legal de la neurosis de renta

POR EL

Dr. NOGALES PUERTAS

Punto el más espinoso del problema, aun para autoridades tan competentes como Seelert, que en un trabajo reciente demuestra estar rodeado de un sinfín de dudas sobre el mismo, y que cree muy difícil poder resolver.

Digamos antes breves palabras sobre cómo ha de hacerse el informe. Dice Schneider: "Hay que redactar el enjuiciamiento con un breve extracto de las actas, anamnesis sobre el desarrollo profesional e individual del sujeto, sus actuales quejas, su historial de enfermedad, descripción del hallazgo físico y psíquico y diagnóstico". No escribir nada de lo que no se pueda contestar. No es necesario que adopte el médico formulismo burocrático; esto corresponde a las autoridades judiciales. Es ridículo—dice—querer ponerse en contra del otro enjuiciador, pues sólo a veces pequeños porcentajes, basados en valuaciones, que han de ser por fuerza muy subjetivas, lleva a estas desavenencias, con evidente perjuicio para el prestigio de los médicos e influyendo de una manera perniciosa también sobre el ánimo del enfermo y tribunal.

Un cambio radical ha habido en estos últimos tiempos en cuanto a rechazar la indemnización en los casos de neurosis de renta, lo que ha suscitado no pocas discusiones, algunas de las cuales creo útil reseñar aquí. Así, en Suiza, por ejemplo, cuando los Tribunales, en 1925, acordaron cambiar de táctica, en cuanto a ya no considerar las neurosis de renta como indemnizable, los neurólogos y psiquiatras se oponían, alegando que "las neurosis de renta son una verdadera enfermedad, y como tal, con derecho a las prestaciones acordadas por la ley para las consecuencias de un accidente al mismo título que no importa qué otra afección".

Claro, ya es sabido—dicen ante esto los demás médicos sin relación con esta especialidad—que los psiquiatras tienen demasiado pronunciada la tendencia a llamar enfermedad a todo estado un poco anormal del espíritu humano. La cólera, la mentira, el deseo inmoderado, ¿son enfermedades?, se pregunta Julliard, médico y cirujano de Compañías de seguros de Génova.

Espinosas resultan todas estas cuestiones cuando se adoptan puntos de vista tan personales o unilateralizados; por ello, yo creo que el todo está en saber bien determinar, como dice Seelert, "si el pleiteante toma parte activa en la elaboración o prolongación del síntoma, pues

no es de justicia, en este caso, hacer pagar a la parte contraria, cuyas obligaciones caen, a su vez, sobre la Sociedad toda, las consecuencias de la subjetividad del síntoma", llegando, de tal manera, a pensar que las Sociedades deberían establecer, al hacer sus pólizas, la negativa, *a priori*, de indemnizar todo caso de neurosis de renta. Pero, el llegar a comprobar la relación que tiene esa subjetividad en la producción del síntoma es tarea enormemente difícil, y de la cual depende la falta de coincidencia que hay siempre entre los puntos de vista médico y el jurídico, ya que los fundamentos de exploración no pueden basarse sobre realidades objetivas, y, por lo tanto, el criterio médico ha de ser, por fuerza, fruto de la experiencia profesional de conjunto, con una exposición lo más amplia posible de la anamnesis del sujeto, tomada desde los puntos de vista médicosociales que en el anterior artículo señalaba (1).

Y hoy por hoy, y en mucho tiempo, no podrá exigirse, y esto no lo digo a los médicos—que con informes que abarquen una visión tan amplia del problema se darán por satisfechos, pues no se consigue más en otras ramas de la ciencia—, sino que me dirijo a los juristas, que, siendo profanos en estas materias, exigen especificar lo que está por encima de la razón humana; más todavía cuando los alegatos que se hacen por defensores y otros jurisconsultos para negar una indemnización, llevan en sí el sello de una interpretación personal.

Sin embargo, yo no quiero ponerme en este caso a favor de las exageraciones de que se dejan llevar algunos psiquiatras, pues no considero, con Cappelletti, que los antecedentes neuropáticos que en la herencia de estos sujetos, particularmente en los autolesionistas, han sido encontrados por este autor, "sean de tal forma que puedan servir como una consecuencia jurídica en favor o en beneficio del actor".

Dícese también que la ley debe indemnizar las enfermedades que ella crea. Este argumento cae por su base si recordamos que no es la Ley sola; es más el individuo el culpable, por la parte que toma en la elaboración; la ley le sirve de aliciente, y este factor le acrecentaríamos si prodigáramos la indemnización, lo cual se convertiría en un factor de contagio psíquico, con el con-

(1) "Simulación y neurosis de renta en accidentes del trabajo", SIGLO MÉDICO.

siguiente aumento de los neuróticos, y al revés, si rechazamos estos beneficios, como ha visto comprobado E. Stier con la disminución de más de un tercio en el número de accidentes que se han señalado en la Administración Postal de Berlín, después de que había negado o suprimido mediante revisión las pensiones inmerecidas que por neurosis traumáticas se habían concedido.

Se ha mirado también la utilidad de la indemnización como un medio terapéutico, para desviar rápidamente al individuo de la preocupación de la renta y procurar-le así la rápida vuelta al trabajo, que es el único medio profiláctico y curativo. De aquí que en la práctica se lleve tantas veces a la transacción, procedimiento que he de decir me parece detestable, por anticientífico, pues es premiar la injusto y lo amoral, a la par que es dar el aliciente mayor para que otros obreros sigan el camino de la neurosis, si es que en él han de encontrar ventajas. No dudo que en algunos casos, y siempre para el que no sepa mirar las cosas más que con un criterio mezquino y estrecho, puedan conseguirse buenos resultados, que a la larga se convertirán en fracasos, por lo cual creo que el médico, en todo caso, ha de estar siempre alejado de estas transacciones, que con tanto entusiasmo para cada parte se entablan entre asegurado y asegurador.

No la transacción, si una pequeña indemnización por los casos que, como diré más adelante, se trata de individuos que tienen la evidencia cierta de que están de individuos que tienen la evidencia cierta de que están enfermos, y por lo cual, no obstante su buena voluntad, se notan incapacitados para todo trabajo; pero si esta voluntad, por el contrario, falta, o lo que es peor, es aplicada con fines perversos o amorales, debemos negar rotundamente, y con toda seguridad, la indemnización.

Y al hacer esto, el médico ha de pensar que, si bien su obligación es procurar siempre por el enfermo, también le incumbe defender a la sociedad, no haciéndole pagar las consecuencias de la actividad subjetiva del pleiteante. Deberemos pensar, como dice Salvatore Díaz, que "una ley de Seguros no puede concebirse sólo como una fuente de derecho por parte del obrero; el derecho a la reparación no está separado del deber de contribuir con toda la buena voluntad, no sólo a evitar que ocurra un accidente, sino también, cuando ya haya tenido lugar, a evitar que se afiancen y perduren las consecuencias invalidantes o que se aumenten. Si el trabajo es la causa de la enfermedad o invalidez, justo es que se le indemnice; pero esto no podrá hacerse cuando el obrero, con su conducta, haga más persistente esa incapacidad".

Si causas ajenas al accidente, como las que en anterior artículo he señalado (desgracias familiares, ineptitud primaria para el trabajo, paro forzoso, etc.), contribu-

yen a crear las neurosis, no es motivo suficiente, como dice Meier-Müller (1), para conceder la indemnización, "pues a nadie se le ocurre pedir una indemnización al patrono o abandonar el trabajo, fuera de todo accidente, porque ocurran estas desgracias de tipo social o familiar, cuyas consecuencias no deben, en modo alguno, gravar los gastos de producción industrial". El seguro, dice este mismo autor, "debe limitarse a atender aquellas lesiones pasajeras o duraderas médicas y objetivamente comprobables, como consecuencias somáticas o psíquicas, derivadas directamente del accidente, y que influyan sobre la capacidad del trabajo".

Las tendencias actuales son, pues, las de rechazar la indemnización, de no ser en los casos de histeria refleja o de acostumbamiento histérico, en donde ya el síntoma ha sido objetivizado, vive por sí solo y, aun muchas veces a expensas de la personalidad, a la que somete, y por lo cual resulta más perjudicada que beneficiada. Pero aun en los otros casos hay tantos matices, que muchas veces dudaremos sobre el camino a seguir. Son los casos, por ejemplo, en que el sujeto ha sido sometido durante largo tiempo a exploraciones repe-

tidas, minuciosas, ha presenciado a la par múltiples desavenencias entre los médicos, no se ha podido llegar a un acuerdo y el sujeto ha adquirido ya una relación íntima con el proceso, al cual ve vinculado su porvenir, pues el individuo ya ha perdido la adaptación al trabajo tras de estar tanto tiempo fuera de él, y este estado de angustia interna y de duda ante el porvenir le lleva a pleitear, tras de lo único que ya le cabe esperar: la renta, para alcanzar la cual moviliza todas sus fuerzas espirituales y materiales. Si en este caso se niega la indemnización, estamos expuestos a que el individuo, muy difícil ya de conformar, aumente más y más los síntomas, llegando a darles una gravedad, de la que nosotros podamos ser indirectamente responsables, y no él, pues es ya un neurótico que, aun cuando en sus comienzos fuera consciente, hoy no lo es tanto, y, además, verdaderamente tiene un gran déficit para la adaptación al trabajo y a la vida social. Si se le da la indemnización, serviría de mal ejemplo para otros, que sentirán en este caso no haber prolongado su pleito y no haberse dedicado más a explotarle. De todos modos, el ideal está en llegar, como dice Laignel-Lavastine y muchos otros, a "ser enérgicos, rápidos y decididos en la resolución de los problemas médicos del trabajo". Pero esto tampoco es tan fácil en algunos casos, porque tras de esa simulación finalista pueden estar encubiertos los síntomas orgánicos, latentes, y que más tarde pudieran aparecer; casos, por ejemplo, en los traumatismos craneales, en los que es muy difícil diferenciar los trastornos puramente psicógenos de los orgánicos y funcionales postconmocionales, por ejem-

Avance de sumario para el número siguiente

(14 de abril de 1934)

Dr. EUSEBIO DE OYARZÁBAL: Diagnóstico de la sífilis.

Dr. JAVIER M. TOMÉ BONA: Estado actual del tratamiento del pénfigo.

Dr. JULIÁN RATERA: Un caso de esclerosis en placas clínicamente curado por roentgenterapia.

Dr. B. PÉREZ MORENO: Sobre un caso de encefalitis letárgica.

Sesiones clínicas.

Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

(1) MEIER-MÜLLER: Das Aroblem der sog "unfallneurose". *Jehweiz Zeitsch. f. Unfallmedizin und Berufskrankheiten*. 1930-24. Jah. núm. 10/12, pág. 215.

plo, irritabilidad del laberinto, los fisiopáticos vasculares, cefaleas, mareos, pérdida de memoria, irritabilidad de carácter, etc., sobre los cuales se aplica la tendencia del sujeto a sobrevalorarlos con fines de renta. Casos, por otra parte, que se confunden fácilmente con el síndrome conmocional tardío de Leri, ante el cual, como sabemos, nuestra conducta para informar ha de ser esperar al año, lo cual resulta contraproducente si se trata de trastornos psicógenos.

Y, por último, tenemos los casos en que si el individuo pleitea es porque realmente se considera enfermo, aun cuando para nosotros no lo esté tanto; se trata de esos individuos angustiados, hipocondríacos, con un sentimiento íntimo de enfermedad e incapacidad, que ellos quisieran quitar de sí, pero les asalta la duda de que nada podrán hacer bien, de que están condenados a la invalidez. En estos casos puede ser útil una indemnización pequeña, que les permita la rápida vuelta a un trabajo ligero y remunerado, que les sirva para poder ir apreciando su capacidad y mejorándola hasta que puedan volver al oficio que anteriormente tenían. Son, por ejemplo, los procesos psíquicos reaccionales que siguen a las grandes catástrofes, y ante los cuales Schneider establece la modalidad de indemnizar con todo el sueldo en la primera semana, el 50 por 100 en la segunda y desde la tercera, hasta los dos meses después del accidente, el 25 por 100. Más adelante, como ya entra la personalidad consciente en la consecución de los fines, negar toda indemnización.

En resumen, la indemnización por accidente ha de orientarse sobre estas diferencias psicológicas, como dice Germain, nula en los casos de simulación finalista, y los simuladores pueden ser objeto de sanción jurídica; podrá llegar hasta un 28 ó 30 por 100 en los casos de histeria refleja, y en los casos de acostumbamiento histérico y de trastornos hipobúlicos graves no se concederá indemnización, pero el sujeto deberá tratarse médicamente y orientarle, para ayudarlo a salir del conflicto psíquico que padece.

Un último capítulo queda, de enorme importancia, y aun cuando todavía sobre él no se puedan señalar reglas concretas, sí creo útil tratarlo aquí. Me refiero a la terapéutica de estos sujetos, sobre lo cual ya iniciaba algo en mi anterior artículo. En este punto hemos de suscribir enteramente las palabras de Riese, que dice: "Los neuróticos de renta de origen psicógeno, aun cuando tengan su punto de partida en un accidente, no se curan con dinero—si es que son curables con algo—, sino con medidas que encaucen hacia el trabajo. Aquellos otros incurables deben ser atendidos." Y aun estos últimos, los que consideramos incurables—añado yo—, siempre se beneficiarán con una terapéutica por el trabajo, adoptada a su capacidad psíquica o particularidad psicológica y temperamental, lo que no quita para que se les dé una indemnización pequeña, que compense el déficit en el rendimiento y en su valoración económica del trabajo. Pero, sobre todo, no hay nada más perjudicial para los accidentados del trabajo que no darles ocupación entretanto se resuelve su litigio, pues con ello lo que se hace es dar la mayor importancia al individuo, no a su enfermedad, dado que se informa de que no existe; con ello el sujeto toma parte activa en su pleito, está presente en todas las divergencias medicolegales, recibe sugerencias de uno y otro campo, aprende, a la par, a conocer nuevos síntomas, que le servirán para dirigir su enfermedad con más realce y, por último, a que no exista

en el porvenir de este sujeto más ideal que ganar el pleito, beneficiándose con una enfermedad, con el consiguiente olvido del oficio, para aprender el otro más útil de vivir para pleitear.

Ante esto creo es ya necesario empezar a pensar el cómo llevar a estos sujetos a una ocupación adecuada, aun cuando de su trabajo no se alcanzara un beneficio económico. Aquí el todo estaba en conseguir dar una realidad legal al trabajo, como terapéutica, y así como se obliga a un herniado a ser operado—siempre que no haya contraindicaciones—, y de no operarse tampoco se le indemniza, así también se obligaría, pero más bien se aconsejaría, el trabajo, que si no era posible hacerle ver al accidentado que era un remedio terapéutico, se le sugeriría con la utilidad económica que de él había de sacar, la cual, aun cuando pequeña, y siempre en relación con el trabajo que hiciere y el interés que pusiera, se añadiría a la que legalmente perciben, entretanto están dados de bajo por accidente. Es indudable que para llegar a esto se presentarían muchas dificultades; por eso yo no pretendo más que exponer una idea, a falta de que no he visto expuestas otras, ni mejores ni peores; yo me fundamento para opinar así en el hecho de que la mayor dificultad para que un neurótico de éstos vuelva al trabajo es, a más del deseo de renta, el de no concederle que trabaje más que en aquel mismo puesto en que estaba y con el mismo patrono, para los cuales se considera incapacitado implícita y explícitamente, cosa que se resolvería dándoles trabajo en pequeñas colonias-talleres en que el único patrono, por lo menos a los efectos prácticos, sería el médico, el cual le encargaría un trabajo adecuado a su estado y que pudiera hacer sin molestias. Más adelante estas molestias—más o menos ficticias—desaparecerían al estar ya más desatendido de ellas, su capacidad habría aumentado, con ello sus ingresos por el trabajo también habrían aumentado, hasta que llegara un día en que ya nos admitiera una sugestión enérgica de que estaba curado y en condiciones de reintegrarse al mismo trabajo que antes del accidente tenía.

Y esto sería posible también hacer con los obreros que están en tratamiento en clínica; se podrían crear pequeños departamentos, en donde estarían ocupados en trabajos sencillos y útiles, que podrían hacer aun estando en cama, como hemos visto hacían los inválidos del Instituto de Leysin (Suiza).

Y partiendo, por último, de la idea de que el déficit intelectual y moral contribuyen, en mucha parte, a que se injerten este tipo de neurosis de renta y simulación, es por lo que creo sería conveniente y factible aprovechar los días de estancia en clínica, para darles conferencias sencillas y amenas sobre temas generales de cultura, Sociología y Moral, con lo cual se completaban así todos los fines médicos sociales que en principio señalaba.

BIBLIOGRAFIA

- A. ADLER. *Le Temperament Nerveux*, traducción francesa de la edición alemana. 1926.
BLEULER. *Tratado de Psiquiatría*. Edición española. 1924.
BRISAUD. *Le Sinistrose*. "Concours Médical." 16-2-1908. Página 116.
CIAMPOLLINI. *Per la personalità psico-fisica del simulatore d'infermità*. Comunicazioni al V Cong. Intern. Medico, per gli infortuni del Lavoro. Budapest, 2-8



RESYL

"CIBA"

Eter glicero - guayacólico soluble

**Expectorante
Antiséptico
pulmonar
de un gusto agradable**

Formas farmacéuticas:

Jarabe Resyl

Frascos de 150 y de 300 grs.

Comprimidos Resyl

Tubos de 20 comprimidos

Pastillas Resyl

Cajas de 24 pastillas

Inyectables Resyl

Cajas de 12 ampollas

Ciba Sociedad Anónima de Productos Químicos Barcelona

MEDICACION CITRATADA
LA MAS ACTIVA Y
LA MAS AGRADABLE

BI-CITROL MARINIER

GRANULADO SOLUBLE DE CITRATOS
MONOSÓDICO Y TRISÓDICO

EUPEPTICO · COLAGOGO
ANTIVISCOSO · DESCONGESTIONANTE

Muestras y Literatura
DELEGACION: 6, Calle Larra, MADRID

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

- Sept. 1928. Edizioni della Cassa Nazionale Infortuni. Roma, 1929. Pág. 201.
- *Simulazioni e Neurosi da Indemnizo*. (Comunicación y publicaciones iguales que la anterior. Pág. 217.)
- H. W. GRUHLE. *La Psiquiatría para el médico práctico*, traducción de Vallejo Nágera. 1925. Pág. 265.
- HANSE A. *Nervenleiden und Invalidität*. "Münchener Med/Woch." Año 80. N.º 44. Nov. 1933. Pág. 1747.
- IMBERT, ODDO y CHAVERNAC. *Evaluation des Incapacités*. Capítulo de Simulation por Oddo. París, 1923.
- JULLIARD (Géneve). *Quelle attitude faut-il adopter à l'égard de la sinistrose?* "Revue Suisse des Accidents du Travail." Bern, 24 Anne. N.º 10/12. 1930. Página 254.
- KALMUS (Prague). *Artículo en la "Revista de Hygiene du Travail"*. Bureau International du Travail. Gêneve, 1932, t. II, cap. "Neuroses".
- KRESTHEMER. *La Histeria*. Trad. española, 1928.
- *Psychologie Médicale*. Trad. francesa.
- LAUBENTHAL. *Kasuistischen Beitrag zur Psychologie der Unfallneurosen*. "Deutsche Med. Woch." Año 58, número 38, septiembre 1932, pág. 1.040.
- NERIO ROJAS. *Histeria y errores de diagnóstico*. Conferencia en la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, septiembre 1932.
- LEONES LATTES. *La alterazioni della personalitè morale o sociale da infortunio del Lavoro*. Comunicazioni al V Cong. Intern. de Méd. y Accit. del trabajo. Budapest, septiembre 1928. Edizioni della Cassa Nazionale Infortuni. Roma, 1929, pág. 513.
- JASPERS. *Psychologie Générale*. Trad. francesa, París, 1928.
- KIRSCHBERG. *Handbuch der Massage und Heilgymnastik*, 1931.
- MULLER (A.). *Lehrbuch der Massage*. Bonn, 1926.
- OLLER. *La práctica Médica en los Accidentes del Trabajo*. Primera edición, capítulo de "Simulación", por Germain.
- RUIZ MAYA. *Psiquiatría Penal y Civil*, 1932.
- REMY. *Traitement par le travail*. "Revue Special des Accidents du Travail". Nov.-Dec., 1909, janvier, 1910.
- PÉREZ HERRERA. Discurso del amparo de los legítimos pobres y reducción de los fingidos. Madrid, 1598. (Biblioteca Nacional, libros raros.)
- SCHALLER y SOMERS. *Psychogenic factors and "precipitation point" in the post-traumatic neuroses*. "The Journal of the Amm Med. Ass.", t. 93, año 1929, página 967.
- STERN (F.). *Consecuencias tardías de la contusión y conmoción cerebral*. "Der Chirurg.", t. IV, núm. 1, 1932.
- SEELERT (H.). *Medizinische Gesichtspunkte zur Rechtspraxis im Streit und Neurosen der Rentenbewerber*. "Monatssch f. Unfallheil Kunde", 1933, núm. 1.
- STIER. *Die Unfallneurose*. *Deutsch Méd. Woch*, tomo LI, núms. 47 al 50 (20 y 27-XL y 4 y 11 del XII-1925).
- SCHNEIDER (K.). *Psychiatrische Tentenbegutachtung*. "Deutsche Méd. Woch", año 59, núm. 45, nov. 1933, página 1.771.
- VALLEJO NÁGERA. *Relación psicopatológica entre Simulación y Neurosis de deseo*. SIGLO MÉDICO, 24 de abril de 1926.
- *Psicología de la simulación social*. Conferencia dada

en el Centro de Intercambio Germano-Español. Madrid, 2 de febrero 1933.

— *Síndromes mentales simulados*. Colección "Labor". WEYGAND. *Psiquiatría Forense*. Traducción de Vallejo Nágera.

Los sordomudos y la escuela sordomudística española

(Cuestiones históricomédicopedagógicas)

POR

GIAS BAYONA



«Hablad, les dice (el Altísimo) a las almas pusilánimes: decidles, almas temerosas, tened ánimo y no temáis... llegará el tiempo en que por mi virtud, el estropeado correrá ligeramente como el ciervo, y la lengua de los mudos quedará desembarazada para hablar...»

Junto a las actividades de la Medicina pura que a diario ejercemos, compartimos también, como una distracción del espíritu, las de ciertas cuestiones medicopedagógicas, y principalmente, las del sordomudo que, por su doble condición de sordo y mudo (lo segundo, la mayoría de las veces causa de lo primero), depende del médico y del maestro; unas veces es la terapéutica del otorrinolaringólogo el que, devolviendo la audición, devuelve el habla, y otras es el pedagogo, el maestro de sordomudos, el encargado de dotar del don de la palabra a esos seres desventurados por una lesión que les pone al margen de asimilar los progresos de la ciencia, y les priva la conversación hablada con sus semejantes.

Antes se confundía la sordomudez con la imbecilidad, y con el prejuicio de que los sordomudos no eran seres normales y no se les podía educar por defecto de inteligencia o insuficiencia mental, doctrina sustentada por el más grande de los filósofos de la antigüedad, Aristóteles, opinión compartida por la mayoría de los sabios hasta el siglo xv, se les aislaba de la sociedad, por ser un peso, una traba de la que había que desprenderse.

Causantes de la sordomudez son la mayoría de las veces esa serie de enfermedades transmitidas por herencia: sífilis, tuberculosis, etc., que, en unión de la consaguinidad en el matrimonio, tantos estragos causan a los hijos, cargándoles de enfermedades congénitas o defectos físicos que les colocan en inferioridad para la lucha por la vida con sus semejantes.

Siempre creímos nosotros que la Medicina y la Pedagogía eran dos ciencias que habían de caminar juntas; las dos actúan sobre el ser humano; por la Medicina lo conocemos, por la Pedagogía lo educamos, encaminamos las actividades orgánicas hacia el bien, de tal manera deben caminar juntas, que mal puede actuar el pedagogo sobre un organismo si antes no lo conoce en su estructura, funcionamiento y aun en su patología; de manera que, para ser buen maestro, hay que conocer bien el funcionamiento normal y patológico del organismo a educar, para lo cual hay que ser buen fisiólogo.

Movidos por esta manera de pensar nos proponemos recoger en una serie de artículos que iremos publicando, cuál era el concepto que se tenía de la sordomudez hasta la Escuela española de sordomudistas, trato que en la antigüedad se les daba a éstos, labor de los distintos sordomudistas hasta Pedro Ponce de León, Ramírez de

Carrión y Juan Martín Pablo Bonet que, el uno inventando el método de enseñanza, el otro con su ejercicio civil de esa enseñanza, y el último, Bonet, con la publicación del primer libro para enseñar a hablar a los mudos, sentaron las bases de la sordomudística mundial, en donde han bebido todas las teorías todas las escuelas de sordomudística actual, dando un mentís a todos los sabios de ese mundo antiguo, entre los que, como San Agustín, decía: "Los sordomudos no irán al cielo, porque no pueden oír las doctrinas de Cristo y no las aprenden." Demostrando que éstos eran curados luego por una terapéutica que entonces no se conocía.

Los que tal procedimiento de curar inventaron y perpetuaron para bien de la ciencia y orgullo de España, si no fueron médicos, bien merecen serlo.

La importancia de la obra de nuestros educadores de sordomudos es cada día mayor, y cuanto más cultos son los pueblos, mejor la conocen y más la ensalzan, si bien nuestro Lope de Vega ya la reconoce en su época cuando, después de leer el libro de Bonet, dice:

*"La retórica hallar pudo
El arte de bien hablar,
Pero nunca pudo hallar
El arte de hablar en mudo.
Con lengua puede aprender
Hasta llegar a saber;
Pero hablar sin ella un hombre,
Asombra; pero no asombre
Si sois quien lo pudo hacer."*

Desde que actuaron los sordomudistas españoles hablan los mudos, y la sociedad, sabedora desde entonces que eran seres educables, se preocupa de ellos, crea escuelas, centros de enseñanza, y una pléyade de sabios se encarga de propagar estas nuevas, que tanto bien han hecho, dando luz a los que, por faltarles el don divino de la palabra, vivían en la obscuridad de la ciencia y yacían en el olvido.

Por Europa se extiende esta semilla. Bukwer, Wallis, Schat, Digby, Helmant, Halder, Georges, Amman, el Abate L'Epee, Rodríguez Pereira, etc., etc., hasta Carrel en nuestros días, enseñan y perfeccionan este nuevo arte. En Inglaterra, en Alemania, en Francia y Bélgica, etc., etc., hasta tal punto, que ahí, fuera de nuestra Patria, es mejor conocida la labor que de panacea universal llamamos, ya que patrimonio de todos los individuos, sin distinción de razas ni de pueblos, es la sordomudez.

SESIONES CLÍNICAS

Clínica Médica del Dr. Fidel Fernández (Hospital de San Lázaro, Granada)

(Sesión científica del jueves 18 de enero de 1934.)

DOS CASOS DE BOTÓN DE ORIENTE EN LA REGIÓN VALENCIANA.

Dres. P. Montañés y E. Negro.—La leishmaniosis cutánea, afección conocida corrientemente con el nombre de botón de Oriente más que por los demás que se le han dado (clavo de Biskra, botón de un año, botón de Alepo), es considerada como muy rara en España, y así lo demuestra el escaso número de casos publicados.

La leishmaniosis cutánea, afección conocida corrientemente con el nombre de botón de Oriente más que por los demás que se le han dado (clavo de Biskra, botón de un año, botón de Alepo), es considerada como muy rara en España, y así lo demuestra el escaso número de casos publicados.

Nosotros creemos que, sin ser abundante, no es tan rara como parece, sino que no se diagnostica, tal vez porque no se piensa en esta lesión, casi siempre leve y que preocupa poco al enfermo y al médico.

A pesar de que nuestra modesta labor científica está limitada exclusivamente, como nuestra vida, a la aislada Leprosaría de Fontilles, hemos tenido ocasión de ver a dos enfermos con unos meses de intervalo, de un pueblito próximo, y por tratarse de dos casos de botón de Oriente hemos creído interesante darlos a conocer en este Servicio de Medicina interna de Granada, cuyo jefe, el profesor Fidel Fernández, fué el primero que dió a conocer la enfermedad en España.

Caso primero.—Se trata de una muchachita de cuatro años, Carmen Mut Sendra, natural de Orba (Alicante), de cuyo pueblo no ha salido jamás. Según nos cuenta su madre, en diciembre de 1931 le salió en la mejilla derecha una manchita de color rojo del tamaño de una cabeza de alfiler, que fué agrandándose hasta formarse a los cuatro meses una pápula. Esta se erosionó, y segregaba una pequeña serosidad sanguinolenta, que al secarse formaba una costra que se desprendía y volvía otra vez a formarse.

El médico del pueblo la cauterizó repetidas veces con nitrato de plata y con el termocauterio, provocando estas cauterizaciones un agrandamiento de la lesión, en vista de lo cual suprimió las cauterizaciones y le aplicaba diversas pomadas. Sufrío este tratamiento durante varios meses, y como la lesión no se cerraba, nos la envió al Sanatorio para que le orientáramos en el diagnóstico y tratamiento de aquélla. El pasado mes de julio presentaba la enferma en la mejilla derecha una ulceración del tamaño de una moneda de dos céntimos, ligeramente papilomatosa y con exudado sanguinolento. El excelente estado general de la enfermita, la localización y los caracteres de la lesión nos hicieron pensar inmediatamente que se trataba de un caso de botón de Oriente, diagnóstico que confirmamos al observar al microscopio las preparaciones hechas con el raspado de la úlcera y ver típicas leishmanias.

Pensamos de primera intención en el botón de Oriente, porque dicha niña no tenía estigmas de heredosifilis, y la suerología, que también se hizo, fué negativa. Era únicamente con el lupus con quien podía ser confundido, pero el hallazgo de leishmanias permitía descartarlo. Recomendamos al compañero que nos la envió que, en vista del diagnóstico, le pusiera unas inyecciones de neostibosán Bayer, y a las cuatro inyecciones la úlcera cerró, y no ha quedado más que una pigmentación en el lugar de aquélla. El tratamiento fué perfectamente soportado.

La epidemiología de este caso nos permite afirmar que se trata de un caso de botón de Oriente autóctono, ya que dicha niña jamás ha salido del pueblo de donde es natural. Su padre estuvo en Argel los años 1930 y 1931, durante los meses de octubre a febrero.

Segundo caso.—María Miralles Aranda, de treinta y cinco años, natural de Orba (Alicante), domiciliada en la calle del Pintor Ruano, próxima a la de Pérez Galdós, donde habita la enferma del caso anterior.

Ha permanecido en Orba hasta la edad de trece años, y luego se trasladó a Valencia, en donde, al año de permanecer allí, le apareció en el dorso de la mano y en la base del dedo meñique una manchita de color rojo, del tamaño de una cabeza de alfiler. En este estado estuvo varios meses, y luego comenzó a aumentar y a infiltrarse, formando una pápula, en cuya fase ha persistido largos años, hasta hace poco tiempo, que se le ha erosionado y tiene exudado sanguinolento. Dice que esta lesión ha tenido alternativas, pero que nunca ha llegado a desaparecer y que jamás ha tenido vesículas ni se le ha ulcerado.

A fines de octubre se presentó en el Sanatorio, con el objeto de saber nuestra opinión respecto a esta lesión. Es un nódulo ulcerado, más papiloma que úlcera, y segrega un exudado sanguinolento. Hecho un frote con el raspado de la úlcera, encontramos leishmanias en número muy escaso.

Dada la extraordinaria rareza, pues en la literatura no hemos encontrado ningún caso de botón de Oriente de veintiún años, le hacemos la oblación para hacer biopsias y le mandamos tártaro estibiado, dosis de tres centigramos, endovenoso, y a las cuatro inyecciones ha cicatrizado perfectamente. Esta medicación no ha tenido más accidente que la producción de una ligera sialorrea.

Esta señorita tiene en su casa un perro enfermo, que padece "sarna". No recuerda que nadie en la familia ni en los vecinos haya tenido nada parecido a lo que ella tiene.

Por lo expuesto podemos ver que se trata de dos casos típicos de botón de Oriente, y a propósito de ellos hacemos las siguientes consideraciones:

1.ª *El botón de Oriente existe en la región valenciana*, cosa que hasta ahora nadie había señalado. En España se han descrito únicamente casos de esta enfermedad en tres provincias del litoral mediterráneo, que son: Tarragona, por Torredamé, en Perelló (*Medicina Ibera*, 14 de septiembre de 1926), y por Fullat (*Revista Médica de Barcelona*, noviembre de 1927); en Granada, por Fidel Fernández (*Gaceta Médica Catalana*, enero de 1915, y *Revista de Pediatría*, enero de 1915); por Gay (Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía, 21 de diciembre de 1932); por De Buen y por Camacho (1914), y en Cádiz, por De Buen. Nadie, pues, la había señalado en Valencia, y, sin embargo, es natural que exista, sobre todo en la marina de Denia, porque anualmente emigran miles de obreros al Norte de África para trabajar durante los meses del invierno, siendo muy frecuente la enfermedad en esta región africana.

2.ª En uno de nuestros casos, tiene el botón de Oriente una duración de veintiún años. Esta es una verdadera rareza, puesto que la duración habitual del proceso es de cuatro a diez meses. Atkins cita uno de dieciocho meses. Wuillemin, otro de cuatro a cinco años. Yakimoff y Schokhow, otro de dos años y medio. Thomson y Balfour, una forma no ulcerada que duró seis años. Owen, uno de diecisiete años, que es el caso más largo que se ha descrito, aparte del nuestro.

3.ª Ambos casos han cedido muy bien a la terapéutica específica por los antimoniales.

4.ª Estos dos casos coinciden en el sexo femenino, circunstancia que señalan los autores citados, con la única excepción de uno de los de Fidel Fernández, que era un niño.

5.ª La localización y forma clínica de nuestros casos es la corriente.

Diremos, para terminar, que hace unos días tenemos en observación otro caso sospechoso en una niña de tres a cuatro años, también del mismo pueblo que los estudiados. En cuanto logremos confirmación parasitológica, lo daremos a conocer.

Dr. Fidel Fernández.—Ante todo, mi gratitud a los doctores Montañés y Negro por haber honrado estas sesiones científicas de mi Servicio de Clínica médica con tan interesante comunicación. Al Sr. Negro, formado a nuestro lado en esta Escuela de San Lázaro, todos le conocéis, y a ninguno os extrañarán las dotes de investigador y de estudioso que ya manifestaba aquí, y que ahora desarrolla en su cargo en la leprosería fontillana. Al Sr. Montañés, director de la institución, también le conocéis, porque nos honró, en Granada, con una interesante conferencia y porque su figura ocupa lugar preeminente en la juventud médica española. De ambos tendréis pronto noticia más exacta, porque me propongo invitarlos para que, con los demás compañeros de Fontilles, nos honren ocupando un jueves científico de estos que venimos celebrando aquí en este hospital.

Respecto a su interesante comunicación, he de limitarme a felicitar a los dos investigadores por su interesante hallazgo, que viene a ampliar el mapa de las leishmaniosis españolas. Primero fué el profesor Pittaluga quien encontró el kala-azar en España, con el malogrado Manuel Vila. Enseguida tuve yo la suerte de señalarlo en el Mediodía de España, hallando casos numerosos en Granada, Málaga, Almería, Jaén y Córdoba. Luego se le ha señalado en casi toda la Península y en Portugal. El botón de Oriente, o sea la leishmaniosis cutánea, tuvo un largo período de busca, al cabo del cual me cupo el honor de encontrarlo en España por vez primera, descubriendo tres casos de ella en Vélez Benaudalla, de esta provincia. Sucesivamente, se han señalado otros cuantos casos más, citados por Montañés y por Negro, a los que hay que añadir los que ha señalado Gay.

El problema de su repartición geográfica en España está por estudiar, y la aportación de los colegas alicantinos es muy interesante a este respecto. Falta hacer un estudio biológico del parásito, para puntualizar sus relaciones con el causante del kala-azar y de la leishmaniosis americana. Y falta hacer un estudio clínico de la lesión, porque apenas si se ha esbozado hasta ahora. En ese sentido, por su duración, son interesantísimos los casos de Negro y de Montañés.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EVENTRACIÓN Y HERNIA EPIGÁSTRICA

Dr. Bonifacio Sánchez Cózar.—La poca frecuencia con que nos encontramos en la literatura médica casos de hernia o de eventración diafragmática me mueve a traer ante vosotros la historia clínica de un caso de relajación del diafragma y a hacer algunas consideraciones sobre su diagnóstico diferencial, sobre todo con la hernia diafragmática, proceso patológico que se le asemeja clínicamente y que sólo podremos distinguir mediante un examen muy cuidadoso. Y el diagnóstico diferencial es importantísimo, pues mientras la hernia requiere siempre un tratamiento quirúrgico, por lo menos para evitar la posibilidad de estrangulación, la relajación raramente requiere la intervención del cirujano.

F. D. D., de veintitrés años, de Castril (Granada). La madre murió de gripe, y el padre en el manicomio. Han sido 12 hermanos, viviendo sólo seis en la actualidad. Uno

murió de estómago, y los otros no recuerda de qué, pero su muerte fué tardía. No recuerda haber padecido ninguna enfermedad, ni siquiera las de la infancia.

Desde muy pequeño ha estado dedicado a las rudas faenas del campo, sin haber experimentado nunca el menor malestar. El día 30 de mayo del año pasado, trabajando en la construcción de una carretera, al hacer un esfuerzo notó un gran dolor y un crujido en el costado izquierdo, y a partir de este momento se encuentra incapacitado para el trabajo. El dolor, de gran intensidad y continuo durante dos meses, le disminuye progresivamente después, siempre perfectamente localizado en la parte baja del hemitórax izquierdo. En esta misma región, después de pocos días del accidente, le apareció una tumoración que dice le disminuye después muy paulatinamente.

Al principio de la afección podía poner el tronco erecto, aunque le costaba gran trabajo conseguirlo; pero después de un mes ya le era imposible conseguirlo, persistiendo desde entonces la grandísima escoliosis que presenta en el momento de su ingreso en la Clínica.

No se ha quejado de ninguna afección pulmonar. No ha tenido fiebre. Ha habido dolores irradiados por toda la longitud del brazo izquierdo.

La exploración clínica y radiológica la dejamos para ir la exponiendo cuando vayamos haciendo el diagnóstico diferencial.

Fué el examen radioscópico, hecho para estudiar la deformidad de su columna vertebral y los dolores torácicos, el que nos demostró la afección que presentaba en el diafragma.

Mientras la escuela francesa (Quimi, Faton, etc.) prefiere para calificar la afección el nombre de eventración, que le dió su compatriota J. L. Petit a la relajación de las paredes abdominales, la escuela alemana (Hellier, Wieting, Schinz, Baeusch, Friedl, etc.) cree preferible la denominación de relajación diafragmática.

También ha sido conocida con otras denominaciones, pero no son tan apropiadas: insuficiencia diafragmática (Franck), hemiatrofia congénita del diafragma (Betchov), deficiencia congénita de las fibras musculares de la mitad izquierda del diafragma (Lawerense), elevación unilateral idiopática del diafragma (Kaeniger), atrofia parcial del diafragma (Tennant), etc., siendo la denominación en cada caso indicación, según el autor de ella, de la causa patológica que le da origen.

No vamos a entretenernos en la muy discutida patogenia de esta afección, pues, aunque siendo considerada por la mayoría de los autores como de origen congénito, no ha faltado quien la considere como debida a múltiples causas: ya a una dilatación crónica del estómago (Hoffmann), ya a la aerofagia (Ramond), ya a la dilatación del ángulo esplénico del colon (Carnot), o bien son diversas afecciones torácicas (tuberculosis y otras infecciones), que, mediante adherencias, producirían el atirantamiento hacia la cavidad torácica del diafragma (Savy), y, por último, para otros autores, residiría la causa de la relajación en el mismo diafragma, precediendo siempre a aquella enfermedad una parálisis de dicho músculo.

Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, único punto que nos va a ocupar en esta comunicación, se puede decir que es completamente radiográfico, como vamos a ver. Estamos muy lejos de las posibles confusiones con un dextrocardias y con una pleuresía del lado izquierdo, equivocaciones las más frecuentes antes del período radiográfico, y a pesar de ello clínicamente dife-

renciales, pues en todos los derrames pleurales acompañados de dextrocardia la percusión en el espacio de Traube da un sonido mate, en lugar de estar aumentada su tensión, como ocurre en la relajación y en la hernia diafragmática. Todavía por excepción es posible confundir radiográficamente estos procesos del diafragma con un derrame pleural, pues la línea de sombra arqueada, imagen en la pantalla del músculo o de los órganos abdominales herniados, puede ser muy alta y aproximarse a la cúpula pleural (Haller), o bien dividir el hemitórax izquierdo en dos compartimientos que contienen por arriba la claridad pulmonar y por abajo la transparencia de la cámara de aire del estómago, pudiendo excepcionalmente faltar o no ser completamente perceptible esa línea de separación entre la claridad pulmonar y la de la cámara de aire, y en este caso podría la línea horizontal del contenido estomacal desplazado intratorácicamente dar la falsa sensación de ser el límite superior de un derrame pleural, pero también muy fácilmente podremos librarnos de este error solamente pensando en dicha posibilidad, pues haciendo ingerir al enfermo papilla opaca, la veremos penetrar en el supuesto derrame intratorácico y nos hará desear, por lo tanto, dicho diagnóstico.

Algunas alteraciones del diafragma producidas por procesos pulmonares o pleurales, que hagan deformarse a aquél, y siendo capaces de arrear alguno de los órganos abdominales hacia el tórax, como, por ejemplo, en el llamado gastrotórax postpleurítico, son fácilmente despistados estos procesos, si se hace metódicamente el estudio radiográfico de los órganos vecinos al diafragma.

El diagnóstico diferencial con una parálisis adquirida del nervio frénico del lado izquierdo, con degeneración consecutiva del diafragma y una relajación primitiva de éste, no puede ser establecido si no se encuentran los antecedentes posibles de aquella parálisis, pues los síntomas radiológicos los más demostrativos pueden ser completamente idénticos.

También serán fácilmente diferenciados otros procesos abdominales: absceso subfrénico, dilatación de estómago, úlcera o cáncer de estómago, etc., cuyo cuadro sindrómico, siempre más o menos sobrecargado, podrá clínica o radiológicamente ser determinado con precisión.

Pero un grave problema diagnóstico se plantea cuando pretendemos hacer la diferenciación entre la hernia diafragmática y la relajación, precisamente el que más nos interesa, tanto desde el punto de vista del pronóstico como del tratamiento, ya que es completamente diferente en una y otra afección, al mismo tiempo que también es el más difícil de resolver.

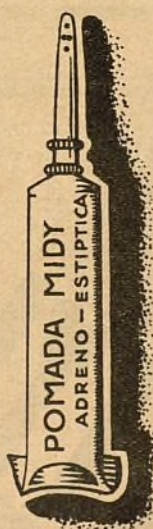
Es por casualidad como con mucha frecuencia suelen ser descubiertas estas dos afecciones, cuyo cuadro clínico es en general muy pobre, como ocurría en nuestro enfermo, o, por el contrario, proteiforme y siempre confundible entre una y otra enfermedad.

La hernia diafragmática congénita es debida a una deformación del diafragma, conociéndose dos variedades: la hernia verdadera y la falsa, estando constituida aquella por un saco peritoneal que ha sido empujado dentro del tórax por determinados órganos abdominales, no existiendo este saco en las falsas, que son los más frecuentes de todas. El orificio herniario puede encontrarse en la porción membranosa del diafragma, generalmente a la izquierda, o bien en la porción muscular, en ciertos puntos débiles, que son con más frecuencia el trigono lumbocostal o pleuroperitoneal o agujero de

POMADA MIDY SUPOSITORIOS MIDY

4

PRINCIPIOS ACTIVOS
DE AHI SU
EFICACIA CIERTA



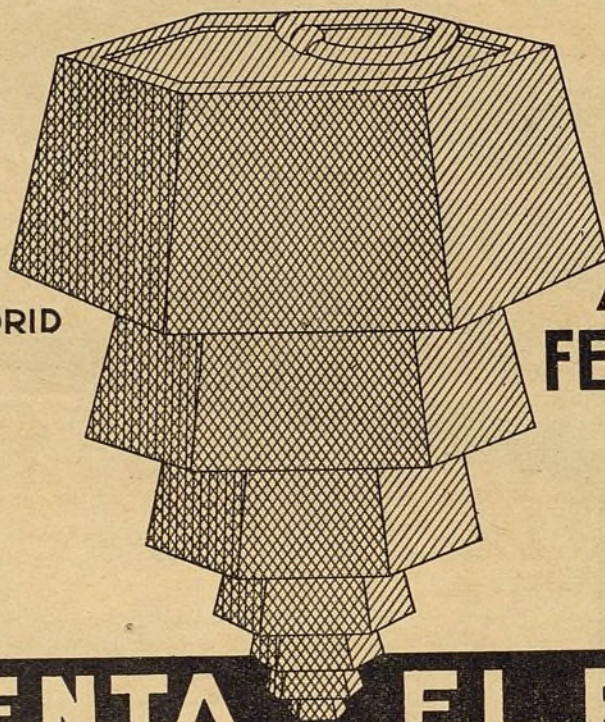
ADRENALINA
ESTOVAINA
ANESTÉSINA
EXTRACTO
DE CASTAÑA
DE INDIA FRESCA
ESTABILIZADO

LABORATORIOS DE LA PIPERAZINA MIDY
ARAGÓ 228, BARCELONA

HEMORROÏDES

BIOTRIGON

Delegacion
6, Calle Larra. MADRID



**ELIXIR
A BASE DE
FENU GRIEGO**

AUMENTA EL PESO

EN
INYECCIONES
SUB-CUTÁNEAS
VERDADERAMENTE
INDOLORAS

EL ACETYLARSAN

REÚNE LAS CONDICIONES
REQUISITAS POR LAS
DIFERENTES MODALIDADES
DEL TRATAMIENTO
DE LA SÍFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
TRATAMIENTO DE PRUEBA
TRATAMIENTO DE SOSTÉN

HEREDO-SÍFILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

DAEVILLE

Bochdaleck, a través del cual se forma la hernia de Bochdaleck, y la hendidura esternocostal de Larrey o de Morgagni, por la que se forman las hernias de dichos autores.

Mas, excepcionalmente, pueden servir de paso a la hernia la hendidura para el paso de los nervios esplácnicos y vena acigoz es la hernia diafragmática del orificio del simpático y, por último, el hiato esofágico, constituyéndose la hernia diafragmática para esofágica o hernia del hiato de Akerlund.

La hernia diafragmática traumática o adquirida se forma a consecuencia de caídas desde gran altura y por heridas de arma blanca principalmente. La experiencia ha demostrado que cuando a través de esa brecha producida en el músculo se introduce un órgano, la hernia aumenta rápidamente de dimensiones por la persistencia de la acción aspiradora del tórax.

Es preciso, si queremos hacer un diagnóstico exacto, estudiar el conjunto de todos los síntomas que podamos investigar, pues la interpretación de un solo síntoma, deduciendo conclusiones de él, podría conducirnos a un error.

Tan difícil es el diagnóstico clínico entre una hernia y la relajación, que antes de la era radiológica una y otra enfermedad se diagnosticaban postmortem en la sala de las autopsias en la gran mayoría de las casos.

En una y otra enfermedad se pueden presentar signos funcionales más o menos marcados, ya en el aparato respiratorio, produciéndole al enfermo disnea, o bien cianosis, que puede aumentar o no por la repleción gástrica; en el aparato circulatorio, produciendo palpitaciones, alteraciones del ritmo cardíaco, etc.; en el aparato digestivo podemos encontrar ya una disfagia verdadera producida por compresión mediastínica o más verosímilmente por plegadura del esófago a nivel del hiato diafragmático, debida a la tracción hacia arriba y a la izquierda de la porción abdominal del esófago. Más frecuentes son los trastornos gástricos, bajo la forma de pesadez después de las comidas; vómitos, alguna vez hematemesis, siendo debidos estos síntomas muchas veces a una gastropatía y no a la hernia o relajación diafragmática. En otras ocasiones vemos un estreñimiento marcado cuando el ángulo esplénico del colon se encuentra en la hernia o desplazado bajo el diafragma relajado.

Pueden también presentarse signos subjetivos bajo la forma de dolores en el hemitórax y en el hipocóndrio del lado enfermo, marcadísimos en nuestro enfermo, y opresión al hacer el menor esfuerzo.

Puede presentarse en dichas afecciones un adelgazamiento progresivo, debido a las dificultades de la alimentación, pero únicamente en un período avanzado de la enfermedad.

Por último, en estos enfermos encontramos signos físicos que se pueden clasificar, como hace Fanton, en dos grupos: unos permanentes, debidos a la topografía cardiopulmonar especial, a la que se acomoda el enfermo, y signos digestivos variables.

Los signos cardiopulmonares permanentes son: la dilatación de la base del hemitórax del lado de la lesión, al lado de un vientre plano; la disminución de la ampliación torácica en los movimientos respiratorios; la abolición del murmullo vesicular por debajo del mamelón izquierdo y de la punta del omóplato. Todos estos signos los presentaba nuestro enfermo.

Dextrocardia de la punta: el choque de la punta sobre la pared costal está más o menos desviado hacia la derecha, frecuentemente en el lado derecho; el área de proyección cardíaca tiene una proyección triangular, presentando un borde izquierdo vertical próximo al borde izquierdo del esternón, y un borde derecho oblicuo hacia el mamelón derecho. En nuestro enfermo, la desviación del corazón era poco marcada.

Escoliosis de convexidad derecha es frecuente encontrar en estos enfermos, marcadísima en nuestro paciente.

Además de estos signos constantes, ya hemos dicho se presentan otros variables de un examen a otro, correspondiendo a la repleción o vacuidad del estómago. Pueden encontrarse todos los signos físicos de una pleuresía izquierda: abolición de las vibraciones, matidez, silencio respiratorio, inmovilidad costal, etc. Cuando se explora el enfermo en ayunas, encontramos un aumento considerable del área de Traube, pudiendo alcanzar su límite superior hasta la altura del mamelón izquierdo y aun hasta el segundo espacio.

En una palabra: se sospecharán clínicamente estas afecciones cuando encontremos un adulto con trastornos digestivos y respiratorios, presentando un síndrome anormal de la base izquierda: timpanismo, abolición del murmullo vesicular, coincidiendo con dextrocardia (Quenu y Fanton).

Pero todos estos síntomas que venimos enumerando pueden ser comunes a ambas enfermedades, y clínicamente es casi imposible hacer el diagnóstico diferencial entre ellas. Sin embargo, se han descrito algunos síntomas que pueden servir alguna vez para inclinarnos a favor del diagnóstico de una u otra, pero sin un valor real.

Korns ha descrito el siguiente síntoma: en la relajación diafragmática se produce un relajamiento inspiratorio de la parrilla costal, siendo más pronunciado en el hemitórax correspondiente a la lesión, explicándolo por la acción preponderante de los músculos respiratorios externos, puestos que el diafragma está anulado funcionalmente, y, por el contrario, como persiste el antagonismo diafragmático en los dos lados de la hernia, la separación de las costillas sería igual en ambos hemitórax. Este signo no lo presentaba nuestro enfermo ni ninguno de los que cita Quenu.

Para Schlippe, la presión intragástrica disminuye en la espiración y aumenta en la inspiración, caso de relajación diafragmática y, por el contrario, aumenta en la espiración y disminuye en la inspiración en los casos de hernia diafrgmática, es decir, en este último caso sufre las variaciones de la presión intratorácica. No lo hemos podido comprobar en nuestro enfermo.

Cuendet cree que la ingestión de alimentos produce un alivio de los signos funcionales gástricos (dolor, trastornos digestivos, etc.) en caso de eventración diafragmática, y, al revés, serían agravados en caso de hernia. Esto no es exacto, como lo hacen constar la mayoría de los autores que tratan de él, debiéndose, con toda seguridad, más a una lesión orgánica (ulcus) que a la hernia o relajación.

Por último, la marcha evolutiva difiere en ambas afecciones. Así lo han descrito muchos autores. Los síntomas serían menos graves, menos marcados, más crónicos y latentes, sin encontrarse nunca signos de oclusión ni de traumatismo en los antecedentes de la rela-

jación diafragmática. Por el contrario, en la hernia su evolución es entrecortada por accidentes agudos de estrangulación. Se puede, además, encontrar la cicatriz de una herida capaz de haberla producido (Palmieri, Lafourcade).

Como se ve, es punto menos que imposible ayudarnos de la clínica para hacer un diagnóstico exacto; es preciso recurrir a la exploración roentgen si queremos precisarlo.

Tenemos que empezar esta exploración sin la administración de papilla opaca para obtener una vista general de los delicados contornos del diafragma y sus límites con las vísceras abdominales (estómago e intestino). Sólo después de la exploración del enfermo en estas condiciones, en variadas posiciones, de pie y acostado; en distintos diámetros, rectos y oblicuos, ha de continuarse la exploración con papilla de contraste y, si es preciso, con enema de contraste.

Normalmente, el hemidiafragma del lado izquierdo está a un nivel francamente inferior que el del lado derecho. Pues bien: en las afecciones que hemos estudiado, la sombra, ya diafragmática en caso de relajación, ya límite superior de las vísceras abdominales, corresponde en el hemitórax izquierdo a un nivel francamente superior al del hemitórax derecho (véase la radiografía primera). La sombra cardíaca está más o menos desplazada hacia la derecha. El hemitórax izquierdo aparece dividido en dos porciones por una línea arciforme y regular, que a modo de puente salta desde el vértice del corazón a la parrilla costal; por encima de esta línea arqueada, el pulmón, más o menos colapsado, da una claridad superior a la del lado opuesto; por debajo existe otra claridad, la de la cámara de aire del estómago, y también alguna vez la del intestino.

Si el enfermo toma una papilla opaca en caso de relajación diafragmática, la sombra gástrica es muy característica (radiografía segunda). La papilla se ve penetrar en una primera bolsa que está situada más o menos verticalmente y cuya parte más declive corresponde al nivel del cardias. Cuando la cantidad de papilla ingerida ha sobrepasado el espolón de la curvatura menor, que separa esta porción ascendente de la posterior, descendente o pilórica, la sombra del medio de contraste toma una forma de cascada en todos los casos. De este modo continúa la repleción de la bolsa posterior, torñando el estómago, cuando es completa, una forma de U invertida, cuyas dos ramas, de diferente longitud (mayor la posterior), están situadas casi en un plano anteroposterior, y por ello, para poder observar bien la repleción de todo el estómago, es conveniente hacerlo en un plano ligeramente oblicuo.

La confluencia de las dos ramas, es decir, el trazo transversal de la U invertida que representa el estómago, está ocupado por la cámara de aire, común a ambas ramas.

Casi siempre hemos observado que el peristaltismo gástrico está aumentado, como hacen constar los autores, cuando hicimos el pneumoperitoneo a nuestro enfermo, operación en la que no tardamos muchos minutos. Al hacer la impresión radiográfica, había pasado completamente toda la papilla al intestino. Parece que hay en estos casos una adaptación funcional del estómago, tratando de asegurar la evacuación de la primera bolsa gástrica.

Pero todos estos fenómenos no son patrimonio exclusivo de la relajación diafragmática, y se pueden presentar también en la hernia.

Para hacer la exploración sistemática para el diagnóstico diferencial entre relajación y hernia diafragmática, agrupamos en dos clases los métodos observatorios: unos de carácter fisiológico, y otros, morfológicos, a los que debe seguir, para que el estudio de estos enfermos sea completo, el examen por medio del pneumoperitoneo y, desde luego, siempre que los demás recursos no dieran resultado positivo.

Examen morfológico: En este caso la exploración radiológica nos presta una decisiva ayuda, y para ello observamos con toda precisión el límite superior de la hernia o de la relajación. Si se trata de una hernia diafragmática, su límite superior está constituido solamente por la pared de la cámara de aire del estómago, si es este órgano el único que forma la hernia, o por las paredes de este órgano y de las asas intestinales, que pueden contribuir también a formarla. Cuando es muy grande la porción de estómago herniada, la línea que lo limita superiormente puede ser única, extendiéndose uniformemente desde la punta del corazón a la parrilla costal; pero si, por el contrario, la hernia es pequeña, el límite superior es una línea mixta por dentro de la línea curva de la pequeña hernia diafragmática, continuada hacia afuera por una porción más o menos rectilínea de la silueta diafragmática, que forma un ángulo que mira hacia arriba al unirse con aquella. Otro ángulo se forma también, y dirigido en el mismo sentido, cuando entran a formar parte de la hernia, además del estómago, asas intestinales; pero en este caso todas las líneas que lo forman son curvas, como fácilmente se comprende.

En todos los casos en que exista un ángulo abierto hacia arriba formado por la pared gástrica y una porción aún visible del diafragma, o bien entre la cámara de aire del estómago y las producidas por asas intestinales, no hay duda ninguna de que se trata de una caso de hernia.

Por el contrario, no quedará fijado el diagnóstico cuando el límite superior sea una línea única, pues lo mismo podrá ser hernia que relajación diafragmática.

En la relajación podemos observar, como decimos, una línea única en su límite superior, formada por el estómago y el diafragma reunidos, que es el caso en el que por estos datos no podremos fijar el diagnóstico; pero si, por el contrario, apreciamos varias líneas, una superior uniformemente arqueada—la correspondiente al diafragma—, y por debajo de ésta apreciamos, por yuxtaposición a la cámara de aire del estómago de varias asas intestinales varios arcos unidos unos a otros formando ángulo, cuyo seno mira hacia arriba, tapados por encima a modo de puente (radiografía número 2), en este último caso se impone el diagnóstico de relajación.

En el caso en que tengamos duda, es decir, cuando solamente una línea forma el límite superior, constituida ya por la pared gástrica sola en la hernia y por aquella y el diafragma en la relajación, hay que procurar obtener separadamente la imagen de cada una de ellas, y para esto es conveniente hacer radioscopias y radiografías en proyecciones múltiples, consiguiendo alguna vez hacer visible la composición exacta del límite superior. También se puede recurrir a hacer cambiar

el grado de repleción del estómago y del colon, pues inyectando y aspirando aire en el estómago en caso de hernia, se obtienen imágenes variables del límite superior, penetrando la línea del estómago en el tórax al insuflar y retrayéndose hacia el estómago al dar salida al aire, haciéndose de este modo más fácilmente visible una parte de la sombra del diafragma. Con los cambios de volumen que se obtienen así del estómago pueden insinuarse las asas intestinales junto a él en la hernia, poniéndose de manifiesto en este caso, como hemos dicho más arriba, lo que no podrá ocurrir en caso de adherencias en el orificio herniario. En caso de eventración, el límite superior es invariable con relación a la plenitud del estómago. Al vaciarse este órgano, puede quedar un espacio entre él y la pared torácica, que tiende a ser ocupado por el colon, y en este caso puede verse debajo de la línea diafragmática el arco compuesto de la cámara de aire del estómago y del colon.

Examen fisiológico: Por la excitación del frénico bajo la pantalla radioscópica, si observamos que la línea arqueada que en forma de puente separa la cavidad pulmonar de la claridad de la cámara de aire del estómago no varía de la posición al excitar el frénico, seguramente será una hernia libre cuyo fondo del estómago flota ampliamente dentro del tórax; únicamente en caso de hernia con adherencia de las vísceras al orificio herniario es posible el descenso al excitar el frénico, por ser arrastradas por la contracción del diafragma. Por el contrario, en caso de relajación, cuando está conservada en parte la innervación del diafragma, el arco diafragmático desciende más que normalmente y no sufre modificación ninguna cuando el frénico y el diafragma han sufrido una degeneración tal que los haya hecho inexcitables a la corriente eléctrica.

Si nosotros exploramos detenidamente un caso de relajación diafragmática, podemos ver una imagen doble del arco limitante superior, debida a los distintos estados de contracción de los diferentes segmentos del diafragma, por lo que más claramente manifiesta cuando el enfermo realiza inspiraciones rápidas y profundas, teniendo únicamente valor cuando es positivo, pues el que no se aprecia no quiere decir que no sea relajación diafragmática. Además, en la hernia pueden apreciarse ondas peristálticas del estómago, dando una línea escalonada en el límite superior, siendo independientes de los movimientos respiratorios; pero, a pesar de ello, fácilmente pueden tomarse unos por otros, por lo que no tienen un valor decisivo.

La movilidad del diafragma puede estar modificada en los movimientos respiratorios, siendo paradójica, es decir, en sentido inverso a como lo hace normalmente, ascendiendo durante la inspiración y descendiendo durante la espiración, debido en el primer caso a que la sombra que representa el diafragma o la cúpula del estómago es aspirada por el vacío torácico, y también a causa del aumento de la presión abdominal, ocurriendo lo contrario en la espiración, por las razones expuestas. Este signo se hace más manifiesto por medio de la llamada prueba de Müller, que se ejecuta del modo siguiente: después de practicar una espiración forzada, se mantienen cerradas la boca y la nariz, y se intenta en estas condiciones efectuar una inspiración que normalmente producirá un descenso de las dos mitades del diafragma; pero en los casos de que tratamos se produce el movimiento de báscula que ya hemos indica-

do al hacer la inspiración: ascenso del lado enfermo, descenso del lado sano; es el signo de la balanza o de la romana, que también se puede investigar por la prueba del sorbido de Hitzenger, que es de la misma naturaleza: inspiración profunda y corta. Se describe con mucha frecuencia como patognómico de la hernia la existencia del signo de la balanza, puesto que las vísceras herniadas fácilmente son aspiradas en la inspiración; pero si existen adherencias en el cuello de la hernia, entre el orificio y las vísceras prolapsadas, éstas son arrastradas por el diafragma hacia abajo al hacer la prueba de Müller.

Inversamente, en caso de relajación, según el grado de atrofia mayor o menor del diafragma, podrá o no presentarse el signo de la balanza, debiendo, pues, el signo ser interpretado con muchas precauciones para el diagnóstico diferencial. En nuestro enfermo el signo de la balanza es claramente positivo.

Por último, para establecer con toda seguridad el diagnóstico diferencial, si todavía tenemos dudas, entre la hernia y la relajación diafragmática, podemos recurrir al pneumoperitoneo, sin dejar de tener en cuenta que este método exploratorio puede llevar consigo peligros no despreciables. Únicamente por este método podemos, sin ningún género de dudas, establecer ciertamente el diagnóstico diferencial entre las dos enfermedades que nos ocupan.

Nosotros lo hemos practicado en este enfermo, obteniendo las radiografías que proyecto, y que demuestran claramente se trata de una relajación y no de una hernia, pues si se hubiera tratado de esta última afección, el aire, pasando por el orificio herniario, hubiera producido un pneumotórax. El estómago no se aprecia porque la papilla que había ingerido antes de practicarle el pneumoperitoneo había pasado completamente al intestino; pero el aire acumulado por debajo de la bóveda diafragmática relajada separa a éste del bazo, claramente puesto de manifiesto por el pneumoperitoneo.

BIBLIOGRAFIA

CATECISMO DE PUERICULTURA, por el Dr. Bosch y Marín, Profesor de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Puericultura de Valencia. Prólogo del doctor J. García del Diestro, Director de la Escuela Nacional de Puericultura. Un tomo de 200 páginas con profusión de grabados, cuatro pesetas.—Valencia, 1933.

El público en general, y más aún cuantos desempeñamos servicios clínicos más o menos relacionados con la infancia, estamos sobrados de ejemplos que justifican una y mil veces la publicación de una obra como la del Profesor Bosch Marín, de Valencia. La incultura de las madres, no sólo proletarias, sino aun de las clases más acomodadas, constituye una de las causas de mortalidad infantil que, sin temor de parecer hiperbólicos, podemos comparar con la sífilis, la tuberculosis y las afecciones respiratorias y digestivas.

El cariño de la madre es infinito, ciertamente, y todos los anhelos de su corazón se dirigen a preservar a sus hijos de aquellos escollos en los que pueda chocar la débil naturaleza del niño. Pero, generalmente, se mueven por instintos, la mayoría de las veces nutridos de prejuicios y constantemente ayunos de toda base seriamente

científica e higiénica. La mujer se prepara hoy con demasiado celo para decidir la marcha política del país y para intervenir en el movimiento científico y social, pero olvida con demasiada frecuencia capacitarse para su básica función maternal, con lo cual su labor en la vida, hoy mediocre y tantas veces ridícula, adquiriría toda la honda trascendencia a que está obligada. ¡A cuántas madres hemos oído hacer una exégesis más o menos acertada del Manifiesto Comunista de Marx y Engel, o enjuiciar problemas literarios o científicos, y cuando las hemos interrogado en nuestra función de médicos sobre la pauta alimenticia de su bebé, hemos podido oír las más crudas y malhadadas ideas de la segunda mitad del pasado siglo!...

Ya que la mujer va aprendiendo a leer, los primeros libros con que debe nutrir su espíritu, aún demasiado balbuciente, son éstos, seriamente escritos, que hablan de lo que primordialmente debe interesarle, y cuando ya plena de conocimientos maternos, quiera ampliar los horizontes intelectuales de su vida, nútrase en buen hora con las más abstrusas lecturas literarias, filosóficas y científicas. Sea ante todo madre, con lo cual ganará mucho la Humanidad, la armonía de los hogares y hasta la sensatez y buen gusto de las costumbres.

La lectura y meditación de la obra del Profesor Bosch y Marín, perfectamente concebida y realizada, nos ha llevado a la serie de disquisiciones antes expuestas, que llevábamos guardadas dentro hace mucho tiempo, y que en alguna otra ocasión, en la que contemos con mayor tiempo y espacio, desarrollaremos en toda la casi trágica extensión que hoy tienen en nuestro país. Por hoy hemos de hacer punto para decir siquiera algunas palabras en elogio de la formidable y simpática labor realizada por el culto pediatra valenciano.

Todos los especialistas que hemos realizado con mayor o menor acierto labor divulgadora conocemos íntimamente las dificultades que entraña toda tarea de este género. Hay ante todo que prescindir del criterio de especialización e infantilizar el espíritu, para dar el producto en una primera digestión de tal modo que, con un levísimo esfuerzo, forme la materia expuesta carne en el espíritu del lector.

Bosch y Marín ha llenado plenamente su cometido. Todo cuanto dice en su obra es perfectamente asequible por el más elemental espíritu femenino, y está expuesto con una simpatía y amenidad tal, que auguramos a su obra un éxito considerable, que redundará en beneficio indudable sobre la morbilidad y mortalidad infantil.

DR. TOMÉ BONA

LA ETMOIDITIS, por los Dres. Eric y Patrick Watson-Williams.—"Monografías Internacionales", número 22.

Los autores, antes de entrar en la descripción de la patología del etmoides, hacen un estudio anatómico detallado del mismo, considerando necesario conocer bien las particularidades anatómicas de las células etmoidales, para comprender a fondo los procesos inflamatorios que las invaden.

Consideran, desde el punto de vista de su situación, divididas las células etmoidales en tres grupos, anteriores, medias y posteriores.

Estudian cada uno de ellos, haciendo resaltar los datos clínicos más importantes.

Pasan luego al estudio de la etmoiditis aguda en su parte etiológica, bacteriológica, clínica, diagnóstica y pronóstica.

Las complicaciones orbitarias, abscesos, celulitis, trombosis del seno cavernoso, meningitis, absceso del cerebro, pueden presentarse en el curso de una etmoiditis aguda, y son expuestas y descritas por los autores en su documentado estudio.

Etmoiditis crónica.—Lo mismo que en el anterior capítulo, en éste se ocupan de la bacteriología, sintomatología (supuración retranasal, cefalea), y de las complicaciones locales de la etmoiditis crónica, y así describen los mucocelos, las neuritis ópticas, la iridociclitis, tratando al mismo tiempo de las relaciones fundamentales de la etmoiditis con el oído y el asma.

El diagnóstico, basado, naturalmente, en la anamnesis y en el examen, presenta algunas veces dificultades que suelen ser vencidas por medio de la endoscopia y de la radiografía.

El examen radiográfico tiene gran valor, sobre todo si se hace una radiografía con incidencia vérticomentoniana, pues de esta forma las células no estarán superpuestas. De todas formas, no es suficiente a veces para completar el diagnóstico.

La aspiración como medio auxiliar nos proporciona frecuentemente el dato tan importante de la localización de la infección.

Tanto es así, que los autores llaman la atención sobre algunos puntos esenciales, entre los que figura uno que dice:

"La aspiración exploradora tiene un valor supremo en los casos en los que el diagnóstico es dudoso."

Tratamiento.—Recomiendan los autores la administración, como medio que pone en condiciones el terreno antes de la intervención, de magnesia bajo su forma coloidal.

La dosis, de medio a cinco centímetros cúbicos, de una suspensión al milésimo, diaria, parece ser que es bien tolerada.

En los casos crónicos, de cuatro a siete inyecciones son suficientes.

La diatermia puede obtener en algunos casos mediano éxito.

Los autores no conceden importancia al tratamiento con vacunas.

El tratamiento quirúrgico es ampliamente tratado en esta Monografía, describiéndose en ella el del autor, por vía endonasal, y los originales de Hajek, Jansen y Ballenger.

La complicación más frecuente de esta intervención es la hemorragia que, en algunos casos, se presenta secundariamente. La meningitis es muy rara.

R. G. T. H.

LE TRAITEMENT DES ALBUMINURIS JUVENILES. F., Rathe-ry, profesor de la Facultad de Medicina de París, académico de la de Medicina.—Un volumen en octavo, de 55 páginas.—Colección "Les Therapeutiques Nouvelles". París, 1934.—8 francos.—Editores, J. B. Baillière et Fils, 19, rue de Hautefeuille.

Este volumen, como todos los de esta breve, pero utilísima colección, nos pone en la brevedad de sus 55 páginas al corriente de tan interesante tema con todas las teorías acerca de su existencia y todos los planes de índole terapéutica y dietética de que hoy disponen los mé-

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

- A/** *Simplicidad de su composición*
Yodo. Hipofosfitos, cal, sosa, manganeso
Fosfato sódico. Glicerina pura.
- B/** *Ninguna sustancia 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



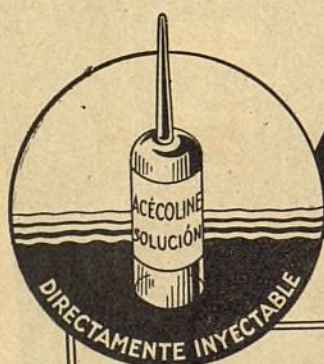
LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

Schering



Urotropina Schering
El producto original de pureza absoluta



REBLANDECIMIENTO CEREBRAL

Hipertensión arterial

ESPASMOS RETINIANOS

Arteritis - Gangrenas

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

Síndrome de Raynaud

ANGINA DE PECHO

Cólicos de plomo

SUDORES DE LOS TUBERCULOSOS

CLORURO DE ACETILCOLINA EN SOLUCIÓN ANHIDRA Y ESTABLE

ACÉCOLINE SOLUCIÓN

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

Forma nueva

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

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

ALCALÁ 9, APARTADO 310
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA

dicos para combatir las y poder librar del modo más absoluto al enfermo, no sin dejar de pasar revista en el penúltimo capítulo de la obra a todas las albuminurias existentes en la patología. El último lo dedica a unas muy breves, si bien interesantes, conclusiones del trabajo por él realizado.

La edición, cuidada y bien impresa, demuestra una vez más a la Casa Baillière.—H.

LES TRAITEMENTS MÉDICAUX DU GOÏTRE EXOPHTALMIQUE.

Dr. Sainton.—Un volumen en octavo, de 50 páginas. Editores, J. B.-Baillière et Fils. París, 1934.— 6 frs.

Sobre tan interesante tema como es éste para el médico general, el autor ha sabido llevarlo a cabo con la máxima perfección en las páginas breves de esta monografía, pasando una rápida, pero científica revista a las terapéuticas etiológicas, las que tienen por objeto la modificación de la secreción tiroidea, las de los agentes físicos, la hematoterapia, la higiene y la dietética, a más de los del exoftalmos y la diabetes asociada. Se pregunta asimismo si el embarazo debe ser interrumpido, en un breve e interesante capítulo, y termina realizando sus conclusiones, llenas del más vivo interés.—J. H.

TERAPÉUTICA INFANTIL, por el Dr. Eduardo García del Real.—Un tomo de 394 páginas.—Editorial Espasa-Calpe, Madrid, 1934.

Cuando, en fecha reciente, la Dirección general de Sanidad anunció, para proveer en concurso, la plaza de jefe de los servicios de Higiene infantil, causó sorpresa que al publicar en la *Gaceta* el fallo correspondiente otorgando la plaza a un ilustre especialista, por primera vez en este género de literatura burocrática, hicieran constar los méritos de uno de los concursantes, a quien no se le daba la plaza. Este concursante era el Dr. García del Real, y cuando así procedieron los redactores del referido fallo fué porque en realidad sus méritos como pediatra estaban muy por encima de los habituales y corrientes. La clase médica española conoce actualmente al catedrático de Historia de la Medicina como uno de los primeros patólogos, pero es lo cierto que su formación científica estuvo siempre dentro de la disciplina de la especialidad de Enfermedades de los Niños.

Después de terminar su carrera brillantemente y haber sido profesor clínico de la sala del Dr. Criado, ganó por oposición la cátedra de Enfermedades de la Infancia en la Universidad de Santiago. Al año siguiente era pensionado por el Ministerio de Instrucción Pública para estudiar en Francia, Alemania y Austria la Puericultura moderna. En Viena realizó una labor tan intensiva, que mereció ser nombrado profesor del Instituto de Puericultura de aquella ciudad, cargo y honor que no había merecido ningún médico extranjero y que no tiene ningún médico español. A su regreso, después de traducir las más importantes obras alemanas de la especialidad, fué premiado por la Academia Nacional de Medicina por una documentada Memoria sobre el empleo de las leches artificiales y la leche cruda en la lactancia artificial. En el *Tratado de Patología*, de Hernando y Marañón, sus capítulos sobre varias enfermedades eruptivas de la niñez han merecido unánimes elogios.

Nada tiene, pues, de extraño que el libro *Terapéutica Infantil*, recién editado por la casa Espasa-Calpe, sea un volumen de gran interés clínico, en el que los estu-

diantes y los médicos encontrarán solución a numerosos problemas de la práctica diaria.

En tres partes puede dividirse este volumen: una, dedicada a generalidades; otra, a medicaciones, y la última, a medicamentos.

Las condiciones de buen literato y escritor científico que posee el Dr. García del Real se manifiestan en una prosa clara y limpia, que hace amena la lectura de su libro.

Merecen especial mención los capítulos de tuberculosis, gastroenteritis y fiebres eruptivas.

Presenta una riqueza de fórmulas y una variedad de medicamentos que dan a este manual de terapéutica un carácter de formulario farmacológico insustituible para poder realizar una labor útil a la cabecera del enfermo.

Las especialidades de piel, ojos y garganta son tratadas en sus relaciones con la actuación del médico general, pero en forma ni tan conocida como hacen otros autores ni tan extensa que caiga en el terreno de las obras especializadas.

Gracias al libro del Dr. García del Real, la Pediatría española cuenta desde hoy con una nueva prueba del florecimiento de esta especialidad entre nuestros médicos. La cuestión de las dosis, así como lo referente a incompatibilidades y formas medicamentosas preferibles en cada caso, se tratan con todo detenimiento, dando al libro que comentamos una originalidad que aumenta su mérito.

A. S.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

MARGOUT.—*La eritrodermia áurica aguda febril generalizada.*

La eritrodermia áurica es una complicación grave, y hasta a veces mortal, de la crisoterapia. Aparece unas veces después de una dosis débil de un modo brusco y precoz, y otras al final de una serie, de una manera progresiva y tardía. Tiende al comienzo a predominar en las extremidades, y en su período de estado típico se caracteriza por un eritema generalizado intenso con vesículas secretantes, edema, prurito y descamación en grandes láminas. Su evolución es febril y dura muchas semanas. Deja a veces, después, pigmentaciones reticuladas, que son la manifestación objetiva del oro en la piel.

A pesar de la beneficiosa influencia que en algunos casos puede tener sobre la enfermedad que motivó la crisoterapia, nunca debe tratarse de provocar la eritrodermia. Por el contrario, desde la iniciación de sus manifestaciones debe interrumpirse el tratamiento áurico.

El control hematológico puede en ocasiones prevenir la eritrodermia. Una eosinofilia importante, una leucocitosis con polinucleosis o una linfopenia deben hacer suspender las inyecciones.

Sea su naturaleza tóxica o anafiláctica, no debe olvidarse nunca el papel de las causas favorecedoras. Sea la que fuere su causa, impide para siempre la repetición ulterior de la crisoterapia.

Para evitar la eritrodermia, es necesario comenzar por pequeñas dosis y espaciarlas lo suficiente, no aumentando éstas más que cuando la inyección anterior ha sido perfectamente tolerada.

Antes de comenzar un tratamiento áurico es conveniente investigar la cantidad de glucemia y uremia, efectuar recuento globular y medir el tiempo de sangría. Todo trastorno avanzado de un órgano (riñón, hígado, intestino), es una contraindicación, así como el lupus eritematoso agudo diseminado. (*Tesis de Paris, 1933, edición Vega.*)—T. B.

B. RUDDER.—*El problema del raquitismo en el estado actual de la ciencia.*

Dos nociones principales han influido esencialmente en la concepción de la génesis y tratamiento de esta enfermedad: de una parte, el apreciar las relaciones entre raquitismo y falta de luz solar, y de otra, el conocimiento de las relaciones entre esta enfermedad y ciertos defectos de la alimentación (avitaminosis). El descubrimiento de la acción antirraquítica de las radiaciones de sol artificial, hecho por Huldschinsky (1919), marca el comienzo de la nueva era en el tratamiento de esta enfermedad. Posteriormente, Mc. Collum consiguió provocar en las ratas una raquitosis mediante una alimentación especial, y aunque no existía un paralelo exacto entre el raquitismo humano y el raquitismo de las ratas, el hecho era que, tanto uno como otro, se modificaban favorablemente con el mismo tratamiento. Esto hizo que, no obstante la divergencia a que antes hemos aludido, la rata sirviera como animal de experimentación para todos los estudios llevados a cabo en esta materia.

Observaciones ulteriores llevadas a cabo por A. F. Hess demostraron que la acción curativa de las radiaciones solares dependía única y exclusivamente de los rayos ultravioleta del espectro, siendo los más eficaces los que tienen una longitud de onda que oscile entre 302 y 297 metros. Con todos estos datos se fundó la teoría luminica de la patogenia del raquitismo, comprobándose que la distribución de esta enfermedad correspondía a factores etnográficos, geográficos y estacionales bien definidos; así, por ejemplo, se vio que en los meses de invierno, en los que las radiaciones solares eran más pobres o faltan por completo las radiaciones ultravioleta, se acumulaban los casos de raquitismo, mientras que en los de verano apenas si se presentaban. Asimismo se comprobó que en las alturas y en las montañas, donde llegan los rayos del sol de un modo más perfecto, es más raro el raquitismo que en las llanuras, en las que los rayos ultravioleta se han absorbido por las diversas capas de la atmósfera. Por último, el que en ciertos pueblos, como los mahometanos, que obligan a la madre y al niño a permanecer un año o dos después del nacimiento reclusos en habitaciones oscuras, el raquitismo tiene una frecuencia extraordinaria, corrobora igualmente esta teoría.

Se ha visto, por otra parte, que en los países polares falta el raquitismo, y esto ha querido explicarse de dos modos: primero, porque, debido al aplanamiento de la tierra en los polos, el espesor de la atmósfera es menor y los rayos ultravioleta del sol no se absorben por la atmósfera y, además, el aire polar es el que mejor se deja atravesar por los rayos de onda corta, y segundo, porque los habitantes de estos países hacen gran consumo de aceite de hígado de bacalao. Todos estos estudios han coincidido con los llevados a cabo en otras direcciones respecto a la patogenia de esta enfermedad. Hoy día sabemos que el raquitismo no es una enfermedad

de los huesos, sino una enfermedad general de la nutrición, que se refleja especialmente en los huesos, por lo que altera su proceso de calcificación. El descenso de fosfatos inorgánicos del suero sanguíneo a cifras menores de 5 mg. por 100 es un signo de raquitosis florida, aunque falten toda clase de manifestaciones óseas. Se ha comprobado que en los meses de invierno desciende constantemente la cantidad de fosfatos en el suero, lo mismo en los raquíticos que en los sanos; hay una curva estacional de la fosfemia, y en el invierno todos los procesos nutritivos del hueso se encuentran amortiguados; de ahí el crecimiento desigual del hombre en las diversas estaciones. Ahora bien, Nylin ha demostrado que esta detención del crecimiento y del desarrollo óseo durante los meses de invierno desaparece cuando los individuos se someten a la acción de los rayos ultravioleta. Los individuos así tratados se comportan durante el invierno lo mismo que los normales durante la llamada primavera biológica, en la que, según los estudios de Moro, la acción de los rayos ultravioleta de la atmósfera se refleja no sólo en el metabolismo del hueso, sino en la actividad de las glándulas endocrinas y de todos los procesos nutritivos en general. La mejoría o curación natural del raquitismo en los meses de primavera se asocia al aumento de los fosfatos inorgánicos en el suero, aumento que coincide de un modo constante con el descenso de la calcemia. Ahora bien, el descenso de esta última aumenta la irritabilidad del sistema nervioso periférico, y de ahí el que los niños raquíticos, al mejorar en primavera de su enfermedad, presenten con gran frecuencia síntomas de espasmo-filia.

Más tarde se comprobó que las ratas raquíticas no necesitaban exponerse directamente a los rayos ultravioleta para curar; bastaba con darles una alimentación previamente radiada. Esta acción antirraquítica de los alimentos radiados sólo aparece en aquellos que contienen colesteroína. Radiando este cuerpo químico, adquiere propiedades antirraquíticas; pero si radiamos colesteroína químicamente pura, fracasamos; lo activo es algo que impurifica la colesteroína: la ergosterina. Radiando esta última se obtienen sustancias antirraquíticas de gran eficacia, que se expenden en el comercio con los nombres de vigantos, radiostol, etc. Más tarde se encontraron otras impurezas de la colesteroína dotadas también de propiedades antirraquíticas, como la taquiesterina y la luminasterina, y, finalmente, se vino a aislar una sustancia cristalizada, que Windaus llamó vitamina D, que en dosis de 1/40000 mg. es activa. Cuando se da a dosis exageradas, esta sustancia produce efectos perjudiciales en el organismo. Hentschel demostró que la ergosterina se encontraba en la piel del niño, lo que explicaba satisfactoriamente el que las radiaciones ultravioleta tuvieran eficacia antirraquítica; con ellas se activaba la ergosterina, transformándola en vitamina D activa. De todos modos hoy es muy discutido que el raquitismo sea una avitaminosis; la ergosterina radiada parece ser sólo una sustancia que evita padecer raquitismo. No sólo las plantas, sino también los animales, son capaces de fabricar ergosterina, y esta ergosterina depositada en la piel basta para evitar la enfermedad, siempre que se active por la luz del sol. Los alimentos pueden estar desprovistos de estas sustancias, sin que el raquitismo se presente.

Para el tratamiento se nos presentan tres posibilidades: radiar directamente con suero artificial, dar alimen-

tos radiados, especialmente leche, o dar ergosterina radiada en substancia. El médico escogerá uno u otro, según sus posibilidades y las del enfermo. Pero, además, el médico debe pensar en la profilaxia de la enfermedad y tener en cuenta que ésta existe mucho antes de que aparezcan síntomas ostensibles, por lo que en muchos niños, sobre todo en los nacidos antes de tiempo y en los gemelos, conviene implantar el tratamiento preventivo en los meses de invierno.—(*Therapie der Gegenwart*, Agosto 1933).—F. G. D.

J. K. FRIEDJUNG.—*Diagnóstico precoz de la tos ferina en el niño.*

Los pródromos duran, aproximadamente, una o dos semanas. La enfermedad se inicia con síntomas catarrales de las vías respiratorias (romadizo, laringitis y bronquitis) y rara vez con accesos de falso crup. Tos viva y rebelde, temperaturas febriles o subfebriles, rubefacción faríngea, tumefacción de los párpados y conjuntivitis. Dada la forma de contagio de la tos ferina importa mucho hacer un diagnóstico precoz para implantar una profilaxia eficaz. Desde el punto de vista clínico, este diagnóstico sólo puede hacerse en los tiempos de epidemia o en aquellas poblaciones en las que la enfermedad es endémica y hay que pensar siempre en ella. En la primer semana el médico observa que no hay concordancia entre los síntomas objetivos ligeros y frágiles y la tos molesta, que persiste y hasta se intensifica aunque retrocedan los demás síntomas catarrales. Recomendando el siguiente método, que he dado a conocer en mi pequeño manual de diagnóstico diferencial de estas enfermedades: doy tres dosis diarias de uno a dos centigramos de fosfato de codeína, según la edad del niño: si con esto mejora la tos, es que no se trata de una coqueluche; si a pesar de la medicación persiste y aumenta, la tos ferina es casi evidente. A la segunda semana el diagnóstico es más fácil: la tos es cada vez más molesta e intensa, especialmente en las primeras horas de la noche; el niño enrojece y lacrímea cuando tose. Al final de los accesos vomita o, por lo menos, arroja pequeñas cantidades de moco. En los adultos, que padecen muchas veces la tos ferina sin que se les diagnostique, por lo que son preciosos medios de propagación, los síntomas iniciales son: discordancia entre la falta de síntomas objetivos y las molestias subjetivas que la tos causa. Los médicos generales que examinan superficialmente estos enfermos los estiman atacados de catarro laríngeo y los envían a los laringólogos, sin pensar nunca en la posibilidad de la tos ferina.—(*Wiener Med. Woch.*, 1933, núm. 41).—F. G. D.

J. N. BAKER.—*El problema de la tuberculosis rural en el Sur de los Estados Unidos.*

El problema de la tuberculosis en los medios rurales es más complicado que en las grandes poblaciones por la diseminación de los enfermos, la dificultad de seguirles la pista y la falta de centros para su tratamiento.

El autor, que ha estudiado este problema en las regiones del Sur de los Estados Unidos, da las siguientes instrucciones:

1.º Hay que determinar la frecuencia de todas las manifestaciones de infección tuberculosa en relación con las características propias de las comunidades campesinas, especificando cuáles son las tuberculosis clínicamente manifestadas.

2.º Debe averiguarse cuáles son las vías principales de propagación de la enfermedad en el medio rural y cuáles los factores que modifican su transmisión.

3.º Sobre la base de la información así obtenida, hay que proyectar las medidas profilácticas propias y adecuadas a las condiciones locales.

El plan general para proceder debidamente es el siguiente:

1.º La familia o casa es la unidad de estudio, y todas aquellas familias en las que exista o haya existido hace poco tiempo un individuo enfermo de tuberculosis debe ser objeto para el estudio de esta enfermedad.

2.º La investigación de los casos no manifestados hasta entonces ha de hacerse en toda la provincia, y para ello se emplearán todos los medios disponibles.

3.º Se someterán a examen por la tuberculina: a), todos los niños de edad escolar sin distinción de razas (el autor estudia esto donde hay blancos y negros); b), los niños que no han llegado a la edad escolar y los adultos, haciendo la investigación sistemáticamente por distritos o barriadas, y c), todos los grupos industriales y agrícolas bien definidos. De este modo se señala la frecuencia con que aparece la infección en los núcleos campesinos y en los urbanos.

4.º En las áreas escogidas como infectadas se someterán a vigilancia epidemiológica todas las familias que allí habiten, y donde se encuentren casos que reaccionen positivamente a la tuberculina, se hará un examen radiográfico de todos los individuos enfermos o sospechosos.

5.º Habrá equipos ambulantes provistos de aparatos portátiles de rayos Roentgen, que se diseminarán por las provincias, asentando en sitios estratégicos, en los que se disponga de corriente eléctrica. Estos son los centros clínicos provinciales. En ellos se cuidará de tener preparado personal y material para prestar servicio inmediato a cada caso que señale el médico. Los médicos rurales dispondrán de sobres impresos y tarjetas para facilitar el servicio de información.

6.º En la clínica central, situada en la capital, habrá instalado un laboratorio con equipo completo. Constantemente se insistirá sobre los médicos y los enfermos acerca de la importancia de hacer exámenes repetidos de los esputos. Cuando menos hay que obtener una serie de 10 esputos negativos o de dos positivos para hacer diagnósticos. Si los esputos son positivos, se remitirán muestras al laboratorio cada dos meses, utilizando para ello frascos especiales, de los que se entregarán seis en la primera visita, suministrándole después al paciente cuantos sean necesarios.

7.º Cuando en una familia exista un caso positivo de tuberculosis, se reconocerán sistemáticamente todos cuantos conviven con el enfermo, llevándose un gráfico en el que se anoten las observaciones correspondientes.

8.º El personal sanitario de la clínica central y el repartido por toda la provincia adoptarán y recomendarán cuantas medidas educativas de orden general estimen convenientes. A cada paciente le asistirá el médico que él prefiera y se tendrán siempre muy en cuenta las colaboraciones de todas las organizaciones profesionales locales.

9.º Cuando se descubra un grupo suficientemente amplio de tuberculosos con esputos positivos, y de más de dieciocho años de edad, se iniciará la fase preventiva de la lucha. Para ello se dividirán a todos los miembros

de estas familias en dos grupos: uno para estudio y otro para control. A los primeros se procede a aislarlos, utilizando, siempre que sea posible, barracas portátiles con compartimientos aislados y galerías. A todos los parientes y personas que con ellos convivían se les reconoce y radiografía, sometiéndolos a exámenes periódicos y repetidos.

10.º El problema administrativo del control rural de la tuberculosis debe estudiarse intensamente en todas las provincias donde no se disponga de facilidades y medios para hospitaliar a estos enfermos.—(*The Journal of the American Medical Association*. Tomo 101, número 5.)—F. G. D.

R. GOFFIN y M. C. VAN GRAEFSCHPE.—*Sobre tres casos de fracturas subalámicas del calcáneo*.

Tres observaciones personales de fracturas del calcáneo, dos de ellos operados siguiendo la técnica de Wilmoth-Lenormant, con resultado excelente, a pesar de las críticas que ha recibido tal técnica.

Consideramos la fractura subalámica del calcáneo como muy grave, y que, mal tratada, conduce a desastres funcionales. Es posible, mediante operación bien conducida, con cuidados postoperatorios oportunos, volver al enfermo a normalidad funcional.

En los casos de fractura antigua del calcáneo es justificable una artrodesis mediotarsiana y subastragalina, que, sin corregir la deformidad del esqueleto óseo, con sigue la supresión de los operados que aquejan estos lesionados.

Los resultados conseguidos han sido favorables. Nuestros dos operados marchan sin dolor, sin cansancio. El uno ha reanudado su oficio, en el que tiene que marchar hasta 10 kilómetros diarios. El otro, a pesar de su edad, marcha sin garrota y sin dolores. Cuando estos resultados se comparan con los conseguidos con enyesados, no hay duda en la elección.

Los dos operados les hemos dejado andar a la sexta semana. Creemos que no hay el menor inconveniente en dejar andar al operado con un enyesado provisto de estribo, tomando puntos de apoyo en los maléolos desde la tercera semana. Precisan tres meses antes de autorizar la marcha sin aparato enyesado. Es útil la marcha, al quitar el yeso, con plantilla ortopédica, que no molesta al enfermo y se opone al descenso de la bóveda plantar.

Con el método de Boehler, la operación de Wilmoth-Lenormant nos parece muy recomendable y eficaz en las fracturas subalámicas del calcáneo. Esta intervención presenta dos inconvenientes: no disminuye la posibilidad del ensanchamiento del talón; la incisión descrita por estos autores conduce frecuentemente al esfacelo de la herida operatoria, lo que puede conducir a la eliminación de los injertos y llevar al fracaso, así como del tratamiento empleado.—(*Le Scalpel*, Bruselas, 14 octubre, 1933, año 87, núm. 41, pág. 1582.)—M. A. C.

LÓPEZ-RUIZ.—*Estudios sobre la reacción de Desmoulières*.

La reacción de Desmoulières tiene una técnica en extremo delicada, requiriendo para ser efectuada una cierta habilidad y costumbre. Proporciona, sin embargo, resultados positivos con ocho días por lo menos de antelación que las otras reacciones, constituyendo de este

modo un verdadero signo de alarma que permitirá un control serológico más preciso de los enfermos. Esta reacción es, además, un buen medio para el descubrimiento de la sífilis congénita.

A causa de su precocidad y sensibilidad, esta reacción constituye una ayuda preciosa en el diagnóstico, pauta de tratamiento y control de sus resultados. Es necesario asociarla al examen clínico y a las restantes reacciones habitualmente empleadas.

Un Desmoulières positivo débil concomitante con Wassermann y Kahn negativos debe hacernos extremar la exploración clínica y serológica posterior del enfermo.

Un Desmoulières fuertemente positivo unido a restantes reacciones negativas impone, bien el tratamiento, bien si se quiere extremar la prudencia, una reactivación y control serológico cada dos días. (*Tesis de París*, 1933, Lib. Legrand.)—T. B.

CH. RICHET (FILS), DUBLINEUR y JOLY.—*Pireto y quimioterapia asociadas en la sífilis primaria y secundaria*.

El estudio clínico y experimental efectuado por los autores comprueba perfectamente los trabajos ya clásicos efectuados en Bélgica por Bessemans. Permite afirmar que la asociación a la quimioterapia de la termoterapia aumenta la actividad del tratamiento.

A pesar de esto, cabe preguntarse si es conveniente emplear esta doble terapéutica de un modo sistemático en todos los enfermos o reducirla únicamente a las sífilis rápidamente evolutivas, malignas y renales con serología irreducible. Por el momento no se atreven los autores a efectuar conclusiones en este sentido, dejando que las experiencias del porvenir digan en este sentido la última palabra. (*La Pres. Méd.*, 25 octubre de 1933.)—T. B.

L. X. MULLER.—*Una nueva terapéutica antidiabética*.

Comienza haciendo el autor la observación de la molestia que ocasiona al diabético la inyección biliar de insulina, y hace historia de los preparados que para sustituirla y darla por vía oral se han empleado, si bien todos ellos han marchado al fracaso. Relata a continuación las diversas investigaciones realizadas para llegar a ello por varios autores, si bien insiste en las efectuadas por el profesor Marxer. Este, basándose en el hecho de que la diabetes azucarada no se produce en los animales hervíboros, pensó que en el reino vegetal habría de hallarse alguna substancia de propiedades antidiabéticas, y después de muy numerosos trabajos de laboratorio logró hallarla y prepararla en forma de polvo blanco que pudiese ser administrado por vía oral.

Administrado en diversos casos, que expone con riqueza de datos, ha logrado demostrar el poder hipoglucemiante del cuerpo y su acción evidente sobre la acetoniuria, a más de poder el enfermo tomar más hidratos de carbono y mejorar evidentemente de peso y de estado general.

Tanto en los casos graves como leves produjo magníficos efectos, y ningún trastorno.

El artículo se avalora por el gran número de gráficos y dosajes que le acompañan, y por la numerosa y moderna bibliografía que en él se inserta.—(*Bruxelles-Médical*, núm. 45, pág. 1305, 10 septiembre, 1933.)—J. H.

FOSFORO

POTASIO

MANGANESO

Una Ayuda Para Combatir la Sépsis Crónica

CALCIO

SODIO

HIERRO

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

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

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,
Cortes, 639 — Barcelona

JARABE de FELLOWS

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación del ferrocarril.

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 distribuídas 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

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.—El Dr. Mouriz Riesgo, por J. Alvarez Sierra.—Ha muerto un gran periodista, por F. Javier Cortezo.—Carta abierta: ¡Alerta están!, por A. Lozano Borroy.—«Después de la fiebre ida...», por Sisinio Crespo.—Academias y Sociedades.—IX Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas. Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

ESPECIES Y ESPECIAS

Es indudable que los españoles estamos ejercitando el espíritu para curarnos de espanto ante la mayor de las catástrofes.

La lectura de la Prensa diaria enhiesta el vello, y la lectura de la Prensa profesional médica nos sacude el alma con todo género de truculencias y desabrideces.

Dejemos de lado lo que a la Prensa diaria y de política general se refiere; pero comentemos las titulares de nuestra Prensa profesional. Si se habla de los seguros, *La Voz Médica* y el *Boletín de Medicina* nos conturban, y a este respecto, el ilustre ex director de Sanidad, Dr. Palanca, se manifiesta claramente decidido a buscar la concordia entre los atropellos del socialismo nefasto y los intereses sacratísimos de los sanitarios. Nos ha parecido muy bien el artículo del Dr. Palanca. Con su pluma y con su palabra en la Cámara y su labor en la Academia Nacional de Medicina ha hecho más Palanca por los sanitarios, en esta cuestión del seguro de enfermedad, que toda esa caterva de vocingleros y escritor-zuelos mal enterados y peor impulsados en tan vital contienda. Si de algo ha pecado el Dr. Palanca en su brillante gestión en el Parlamento ha sido de blandura con los socialistas. No os asustéis: de blandura decimos, y sinceramente lo estimamos así, porque nosotros hubiéramos ido aún más lejos si nos hubiese sido posible. Comprendemos que es muy difícil liberar por completo el pensamiento y la palabra de la influencia que por tantos años viene pesando en todos los problemas con su engañoso planteamiento marxista. De cualquier modo que sea, nosotros estimamos que el seguro obligatorio de enfermedad será un desastre para médicos y para enfermos. Desastre ha sido en naciones mucho mejor preparadas que nosotros para su implantación. En España, donde, hay

que decirlo con franqueza, el nivel medio cultural de los médicos ha descendido espantosamente en estos últimos veinticinco años, el seguro de enfermedad acabará de matar la profesión médica; y si ésta muere, ¿qué suerte correrán los enfermos? Porque andan por ahí muchos bárbaros sueltos que lo supeditan todo a la chacota y suponen que la salud corporal y espiritual mejorará cuanto menos la influencie la guía del médico; pero esto no deja de ser un chiste imbécil, que, aunque nos haga reír en una escena de comedia, será una tragedia para la clase y para la sociedad española.

Juan Titular también hace sus anotaciones sobre los seguros, y son éstas enjundiosas y acertadas en su mayoría.

Después siguen las titulares: *El fin de una iniquidad, La defensa médica, El caso de Alcóntar, La biografía de un médico sin importancia, Los derechos pasivos de los médicos y farmacéuticos titulares...* ¡Para matar de espanto! Y frente a esto, frente a tanta catástrofe y tanta lástima, la voz de los Boletines de los Colegios oficiales de médicos se alza contra la actuación del subsecretario de Sanidad. Mejor dicho, contra una actuación que no aparece por parte alguna.

No queremos que se diga que son cosas nuestras y que miramos con parcial frialdad la gestión del señor Pérez Mateos. Por eso suspendemos aquí nuestra escritura y nos limitamos a reproducir lo que dice el Dr. J. Galán en el último número (marzo) del *Boletín Oficial del Colegio de Médicos de Avila*:

“LA ACTUACION (?) DEL SUBSECRETARIO DE SANIDAD.—Cuando fué nombrado subsecretario de Sanidad y Beneficencia el presidente del Consejo General de Colegios Médicos Españoles, todo el mundo, como es lógico, pensó que a los pocos días de su actuación los Colegios estarían revestidos del máximo prestigio y autoridad y les serían conferidos poderes y atribuciones suficientes para imponer un poco de orden en el caos profesional que impera. Por

ejemplo, nadie dudaba de que, desde que tomara posesión del citado cargo tan ilustre compañero, no volvería a celebrarse ninguna oposición a plazas médicas sin que el tribunal estuviera debidamente controlado por un vocal designado por el Colegio respectivo, como garantía de la justicia de su fallo.

"Claro es que, como nuestro país es el país de la paradoja, ha ocurrido exactamente lo contrario de lo que todo el mundo pensaba. Es decir, que, a los casi cuatro meses de actuación del presidente del Consejo General en la Subsecretaría de Sanidad, no sabemos con certeza si los Estatutos de los Colegios están o no en vigor; estas entidades tienen cada día menos autoridad, y, para remate de fiesta, el Sr. Pérez Mateos, sintiéndose más papista que el papa, se permite el lujo de quitar a los Colegios la atribución que tenían de nombrar dos vocales del tribunal de oposiciones a plazas de médicos titulares.

"En la última asamblea celebrada por los Colegios Médicos se aprobaron, además de las importantes y meritísimas ponencias oficiales: *Organización de la Sanidad y Asistencia pública, Seguro social de enfermedad, Plétora médica, Organización médico-sanitaria rural en relación con la iguala y Código de Deontología*, una infinidad de proposiciones y conclusiones de un interés enorme para los distintos sectores de la clase, sobre *Médicos titulares, de las Beneficencias municipales, de las provinciales, sobre Intrusismo, Recetas de específicos, Venta de impresos de certificados, Accidentes del trabajo*, etc., etc.,

"Esta Asamblea, como es natural, la dirigió el actual subsecretario de Sanidad, inspirador de la magistral ponencia *Reorganización sanitaria* y de otras varias conclusiones aprobadas. ¿Quién iba a tener la más remota duda de que muchas de esas conclusiones, por su factibilidad, no estarían recogidas en la *Gaceta* a los pocos días de ejercer el cargo de subsecretario de Sanidad D. José Pérez Mateos, presidente del Consejo General de Colegios?

"Pues ver para creer: lleva el insigne colega bastante más del centenar de días en el más alto cargo sanitario de España, y, en todo ese tiempo, no sólo no ha recogido ninguna de las conclusiones aprobadas en aquella Asamblea, sino que ni siquiera ha dictado una sola disposición que dé satisfacción a la menor aspiración de la clase.

"¿Se puede saber quién se explica esto?

"Cuando miles de Ayuntamientos se niegan a abonar puntualmente sus sueldos a los médicos titulares, y éstos se ven acorralados inicualemente por los caciques, teniendo necesidad de andar a tiros con ellos; y cientos de compañeros se ven en paro forzoso; y

otros tantos buscan un pedazo de pan vendiendo su dignidad desesperadamente, o van a robársele, en un esquiroleo depravante, a algún compañero anciano; y mientras impera el enchufismo más vergonzoso en las grandes capitales; y se explota por las *Compañías de médico, botica y entierro*, de una manera despiadada, a colegas nuestros; y existan partidos médicos servidos por practicantes; y al médico de iguala se le obligue a estar en servicio permanente, por una irrisoria cantidad, no reconociéndole jornada de trabajo; y no se haya reparado la injusticia cometida con los compañeros perseguidos y desposeídos de sus cargos por el cerril sectarismo...

"Cuando suceden estas cosas y muchísimas más, no se puede, sin incurrir en grave responsabilidad, siendo el más alto representante de la clase médica española y desempeñando el cargo de subsecretario de Sanidad y Asistencia pública, dejar pasar los días y los meses sin hacer absolutamente nada práctico por atenuar tantos males.

"¿A qué se espera?"

Estamos conformes. ¿A qué se espera?

DECIO CARLÁN.

EL Dr. MOURIZ Y RIESGO

Aún parece flotar en el aire la emoción afectuosa de nuestra última despedida. Yo había acudido a su despacho de la calle de Carretas y, como otras veces, salía de nuestra entrevista con una impresión de optimismo, aquel optimismo que irradiaba de la persona de Mouriz como consecuencia de su conversación amena, interesante, de su talento excepcional y de su corazón, más excepcional aún. Habíamos disertado de medicina, de política, de sociología, de arte; en todas las facetas de la cultura soñaba con un resurgimiento próximo que consolidase el engrandecimiento de todos los valores españoles.

Era una emoción extraña y profunda la que siempre me producía Mouriz. Allí, en el fondo de su farmacia, en aquel gabinete de trabajo, con retratos de Ehrlich, de Cajal, de Achucarro, y próximo a las mesas del laboratorio, me recordaba aquellos sabios alquimistas del siglo XVI, tal y como nos los pintan, entre alambiques y retortas, los grabados antiguos. En efecto, Mouriz era un verdadero sabio, con aspecto de sabio, cabeza excepcional, enciclopedismo y visión clara de los problemas biológicos. Además, era un hombre, todo un hombre, por su voluntad, su austeridad, sus fuertes convicciones. Era un perfecto caballero, todo cordialidad, todo lealtad, que se daba por entero, poniendo su alma a disposición de todos sus amigos. Yo recuerdo aquel Congreso de Pediatría que se celebró en Zaragoza en 1925. Estábamos juntos en el mismo hotel y comíamos en la misma mesa Martín González Álvarez, Mouriz y yo. Nunca olvidaré aquellas horas gratas recorriendo la ciudad, asistiendo a las sesiones del Congreso y escuchando siempre sus charlas interesantes, en que nos refería los via-

jes por Alemania y su concepto acertado y profundo sobre la educación de la mujer en aquellos países. Cosa rara: en sus juicios y comentarios jamás le oímos una frase de crítica o censura respecto a ningún compañero. Para todos tenía frases amables, alabanzas, motivos para aplaudir la obra ajena. Cuando tuvimos la desgracia de que el Dr. Arquellada se pusiese gravemente enfermo en las habitaciones del hotel, Mouriz, con González Alvarez, pasaron horas angustiosas.

Si su vida moral podrá citarse de hoy en adelante como un ejemplo, su vida universitaria no tiene menos ejemplaridad. Doctor en Farmacia y doctor en Medicina, se dedicó de lleno a la investigación y a las actividades del laboratorio. Trabajó en Alemania con Ehrlich en los tiempos gloriosos en que todos los sabios del mundo acudían a recibir las primicias de sus descubrimientos. En Madrid fué discípulo de Cajal, de Carracido y de Murillo. Con este último organizó la Sección de Serología del Instituto Nacional de Higiene. Martín Salazar le nombró profesor de este Centro.

No es este el momento de citar sus numerosas publicaciones en monografías, artículos, Memorias y libros. Entre éstos merece citarse el *Diagnóstico de la neurosífilis*, que mereció los elogios de Josepe Hohn, y sus colaboraciones en el *Tratado de Patología médica*, de Hernando y Marañón.

Cuando el Dr. Murillo fundó el Instituto de Comprobación de Sueros y Vacunas, en quien pensó primero para dirigirle fué en el Dr. Mouriz, variando luego de ideas por presiones y consejos de las autoridades farmacéuticas de la Dirección de Sanidad en aquella época.

El discurso de ingreso en la Academia de Medicina, leído el 2 de julio de 1929, fué una obra doctrinal notable sobre "Unificación en la determinación de la actividad terapéutica de los medicamentos". La contestación estuvo a cargo de su amigo entrañable el Dr. Marañón.

Como fecha tristemente histórica quedará la del fallecimiento de D. José Mouriz, cultivador de las Ciencias Naturales y uno de los pocos verdaderos sabios de la Medicina contemporánea, en el que destacaban como cualidades esenciales su facilidad para la concepción de teorías sintéticas, su predilección por la anatomía patológica, su conocimiento exacto de la producción extrajera, sus dotes de investigador y el caudal inagotable de su bondad.

J. ALVAREZ SIERRA.

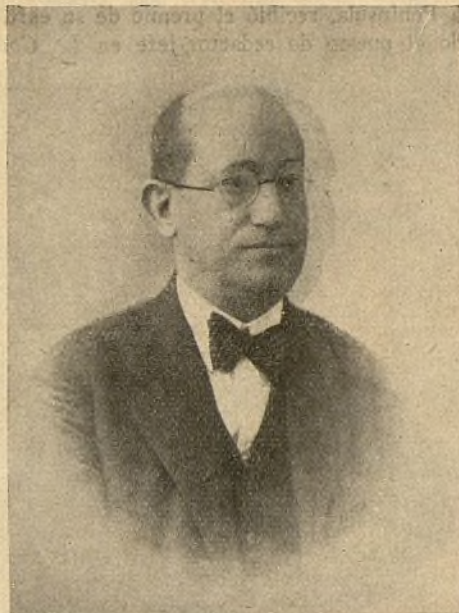
ENTIERRO DEL DR. MOURIZ

El acto del sepelio del Dr. Mouriz constituyó una imponente manifestación de duelo, demostrativa de las grandes simpatías con que contaba el ilustre médico.

A las cinco de la tarde fué sacado el cadáver a hombros de los familiares y discípulos. La presidencia del duelo la formaban el Rvdo. P. Laburu, el hermano del fallecido, D. Ramón Mouriz, y D. Honorio Riesgo.

Precedido del clero parroquial con cruz alzada se organizó la fúnebre comitiva, en la que figuraban el Ayuntamiento de Madrid y la Diputación provincial con sus maceros. El duelo se despidió en el cruce de la carretera de Fuencarral con la de Maudes. Entre el numeroso acompañamiento figuraban el alcalde de Madrid, el presidente de la Diputación, el gobernador civil, y los señores Royo Villanova, Soler (D. Luis), vizconde de Eza, Pelegrín, Martínez Gil, Pereira, Pedregal, García Moro,

Coca, Fernández Limiñaque, Barnés, Bourkaib, Asúa, Elizegaray, Alvaro Gracia, Fernández Sanz, Vallejo Nájera, Goyanes, González Alvarez, Bravo, Muñoyerro, Driget, Prast, Primo de Rivera, Mansilla, Codina, Abello, Arredondo, Covisa, Botella, Jiménez Díaz, Río Ortega, Castañeda, Huertas, Hergueta, Castelo, Hernández



Dr. Mouriz y Riesgo.

Britz, Durán, Ratera, Sicilia, Ubeda, Valle, De la Villa, Fuentes, Benítez, Rodríguez Illera, Argüelles, Zozaya, Castillo, Carro, Comas, Mogená, García Iglesias, San Antonio Sarrasi, Gias Bayona, Pajares, Morato, Unzaga, Carbajosa, Campuzano, Vega, Espinosa, Barrio, Juste, Nonell, Arce, Palacios, Orensanz, Botín, Mur. Crespo, Cañellas, Haro, Casal, García Andrade, Arcaute, Juarros, Bernabéu, Blesa, Hergueta, Delgado Cea, Zúñiga, Piñerua, Ramón Fañanas, Iruegas, Luengo, Jiménez, Moya, Lostau, Ortega, Sama, Irueste, Noguera, Ruiz Ibarra, Balbín, Casares, Castro, Suñer, Giral, Yagüe, Herrero, etc., etc.

Ha muerto un gran periodista

En plena madurez de su vida y de su talento muere Jaime Mariscal. Pierde con él el periodismo español una de sus más limpias y destacadas figuras.

Fué un gran espíritu, consagrado ardorosamente a las artes literarias desde su primera juventud. Corazón valeroso y ánimo inquieto, curioso de la aventura y la empresa difícil, se preparó rudamente para escribir, con dilatado estudio y bajo la dirección sapientísima de su padre, el Dr. Nicasio Mariscal, gloria de la Medicina y la cultura patrias. Con tamaño maestro no fué tardo Jaime Mariscal en dominar la historia y las bellas letras nacionales; apenas contaba veinte años y ya supo conquistarse un nombre orlado de éxito por su labor admirable de estudio de los *autos sacramentales*. Este libro, perfectamente logrado y de valor erudito considerable, colocó a Jaime Mariscal en la primera línea de los combatientes por la gloria. Pero la gran popularidad de este ejemplar periodista se logró en Marruecos, al regir el *Telegrama del Rif* durante las épocas de nuestras dolo-

rosas campañas en el Protectorado africano. Mariscal fué entonces el Alberto Londres español y, como este coloso del reportaje, extendió la fama de su trabajo a todas las naciones europeas. En cualquiera información, nacional o extranjera, sobre las campañas africanas de entonces, se advertía el palpitante de las ideas de Jaime Mariscal, y cuando enfermo de oftalmía marroquí volvió a la Península, recibió el premio de su esfuerzo alcanzando el puesto de redactor-jefe en *La Correspon-*



El ilustre literato y periodista D. Jaime Mariscal de Gante, fallecido en Madrid el miércoles 3 de los corrientes.

dencia Militar. Bien sabemos la gran importancia de este diario en aquellos años, y en la memoria de todos está cómo al marchar sobre Alhucemas el general Primo de Rivera para escribir una página inmortal en nuestra historia militar se llevó consigo a Jaime Mariscal por expresa indicación, para asegurarse un cronista de la categoría de su empresa.

Jaime Mariscal fué también redactor-jefe del *Liberal de Melilla*, director del *Heraldo de Melilla*, y fundó y dirigió *El Cronista*. En Madrid fundó y dirigió *La Jornada*. Colaboraba en muchos periódicos de la América española, y su labor de cronista de guerra en las tres campañas principales de Marruecos fueron premiadas con la cruz roja del Mérito Militar española y con la Medalla Militar por el Gobierno francés.

El espíritu inquieto de este hombre inteligente y trabajador le llevó a ponerse al frente de la importante Agencia "Atlantic", y en esa empresa de información para toda la Prensa trabajó de tal manera, que puede afirmarse que en ella dejó su vida.

A los cuarenta y ocho años muere este hombre noble, bueno, trabajador y cultísimo, y muere fulminado en su cerebro, al cual sometiera a un rendimiento de labor que no perdona ni a las más fuertes naturalezas.

Nieto, hijo y hermano de médicos, Jaime Mariscal es además un compañero de periodismo que lloramos cordialmente, y EL SIGLO MEDICO, al dedicarle este modesto tributo de recuerdo y de duelo, quiere testimoniar al ilustre padre del finado, nuestro buen amigo el Dr. Nicasio Mariscal, y a la esposa, hijo y hermanos de Jaime Mariscal toda la sinceridad y adhesión que rinden a tan gran pena como les aflige.

F. JAVIER CORTEZO.

CARTA ABIERTA

¡ALERTA ESTAN!

A D. José León y Alvarez. Vega de Valcarlos (León).

Mi distinguido amigo y compañero: Agradezco su carta de adhesión a mi modesta y enorme campaña (modesta como mía, y enorme como pretenciosa de dignificar la clase), y me agrada que alguna de sus frases me dé motivo para esta aclaración.

Usted entiende que "el medio más expedito, y el único que nos queda para que nuestros derechos sean hechos y dejen de ser fantasías" es la huelga. Muy bien. Me satisface su decisión, porque en usted veo madera de luchador, y eso es conveniente a nuestros fines.

Pero permítame que antes le pregunte: ¿Hasta ahora ha habido algún organismo que se haya preocupado de sostener incólume el pabellón de la honorabilidad médica? ¿Cómo? ¿Los Colegios de Médicos? Bien. ¿La Asociación oficial de I. M. de S.? Bueno.

Y ahora otra pregunta: ¿Qué hicieron dichas asociaciones para impedir las inmoralidades de los cursillos? ¿Y para impedir que las plazas se entregaran arbitrariamente? ¿Y para aliviar el problema de hambre ocasionado por la plétora? ¿Y para evitar sucesos como el reciente?

Los Colegios de Médicos están en una excelente situación para actuar, impidiendo la colegiación de aquellos compañeros que no cumplan dignísimamente todos sus deberes. ¿Qué ello sería actuar en dictadura? Bienvenida fuera tal dictadura si traía paz a nuestros espíritus y pan a nuestra boca, cuando de ambas cosas estamos ayunos.

Y si pues, hasta ahora, nadie se ocupó de nuestras desdichas de médicos pobres, ¿qué hemos hecho nosotros, que hasta hoy no ha habido quien lanzara el alerta, quien rociara con la bienhechora agua del entusiasmo los rostros soñolientos de los desesperanzados, quien incitara a un movimiento, no de rebeldía, pero sí de energía y de vida?

¿Por qué no comenzar con "la bondad, la súplica y los razonamientos", como usted dice?

Lo primero es lograr una unión íntima entre todos los hermanos de esta destartada familia médica. Una vez esto logrado, ¿quién puede presumir el final, ni quién prever hasta dónde podemos llegar?

Nadie como nosotros para conocer nuestros problemas. Y nadie como nosotros para resolverlos. ¿Vamos a esperar que el vecino arregle nuestra casa? Pues, para nosotros, el vecino son esos profesores desaprensivos que tratan de explotarnos, esas altas jefaturas que, aun con la fraternidad de la profesión, están tan lejos de nosotros como pueda estar Largo Caballero de un aprendiz de estuquista.

Vayamos unidos, hermanos médicos. Pidamos bondadosamente lo que es de justicia. Hasta ahora nadie lo ha hecho. ¿Por qué no esperar el triunfo con estas armas?

Por ahora, a nuestro ¡alerta! han respondido incondicionalmente multitud de compañeros. El Colegio de Huesca ha tenido el buen gusto de hacerse eco de mi campaña. El Dr. Gota, director del Laboratorio municipal de Bacteriología de Zaragoza, es un ferviente entusiasta y propagador de la idea, y en sus cartas, dignas

TRATAMIENTO DE LAS ANEMIAS

hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA
PERFECTA
DEL
MÉTODO DE MINOT-MURPHY

principio
aislado
con hierro

antianémico
del hígado
y cobre.

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



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

hepal
JARABE

PRODUCTO NETAMENTE
ESPAÑOL

LABORATORIOS JUSTE
APARTADO DE CORREOS, 9.030

Fº NAVACERRADA, 3



TELÉFONO: 55386

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

INYECCIÓN INDOLORA



hepal
INYECTABLE

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

Bad-Nauheim

Alemania

Enfermedades del corazón y del sistema vascular

Reumatismo, Bronquitis.

2 Institutos de investigaciones para perfec-
cionamiento de estudios médicos.

Curaciones completas.

Reducción de precio de viajes por Alemania.

Ventajas con moneda alemana registrada
(**registermarmk**). (Informes de este punto
en los Bancos.)

Los médicos y sus familias gozan de venta-
jas especiales.

Segunda quincena de Septiembre:

Curso de estudios para médicos

Informes: Kurverwaltung Bad-Nauheim y
Oficinas de turismo.

SANTAL MIDY

Inofensivo y de una Pureza absoluta

**CURACION
RADICAL
Y RÁPIDA**

(Sin Copaiba — ni Inyecciones)

de los Flujos Recientes ó persistentes

PARIS, 8, Rue Vivienne y en todas las Farmacias

Exigir la Firma

Sobre el rótulo

Exigir el Nombre



Sobre cada cápsula

Remineralización

OPOCALCIUM

del Doctor Guersant

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

SENCILLO: sellos, comprimidos, granulado.

Guaycolado: sellos.

Arseniado: sellos.

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

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

VEINTE PEPTONAS DIFERENTES

+
HIPOSULFITO DE MAGNESIO Y DE SOSA
+
SALES HALOGENAS DE MAGNESIO

ANACLASINE

RANSON

**DESENSIBILIZACION
ESTADOS HEPATICOS**

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

**COMPRIMIDOS
GRANULAR**

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

de ser publicadas, ataca duramente los cursillos y la acumulación de cargos. El compañero Nuño Sáez, del Colegio de Burgos, está entusiasmado extraordinariamente, y, por no ser pesado, diré que contamos con delegaciones provinciales en Madrid, Zaragoza, Burgos, Almería, Castellón, Pontevedra, Avila, Huesca, Salamanca, Segovia, Badajoz, Cuenca, Soria, Tarragona, León, Córdoba y Teruel. Todos me cuentan casos bochornosos, impropios del siglo en que vivimos. Y con todos estos casos, y los que pienso recibir, iré al Congreso Nacional de Sanidad a dejar oír mi voz de rural, si para entonces logro cobrar algunas de las muchas facturas que tengo pendientes de organismos oficiales. Y allí iré, acompañado de numerosos compañeros que ya me han ofrecido su asistencia y su ayuda.

Si allí no se nos oye, si allí nada conseguimos, iremos a otro sitio... y a otro... a pedir (no a mendigar). Y si todos estos medios nos fallan... entonces habrá sonado su hora de usted. Y digo su hora, porque no seré yo el que arrastre a la huelga a los titulares, por no incurrir en la indelicadeza del Capitán Araña..., pues yo no tengo bajel en que embarcar.

Mientras tanto, esperemos... Esperemos a que todos los irredentos se enrolen en nuestra causa y los redimidos se acuerden caritativamente de sus no tan afortunados compañeros.

Yo espero. Espero las adhesiones particulares de los compañeros Adán y Prieto, que tan favorablemente han comentado nuestra campaña. Espero los oportunos comentarios del Dr. Martorell y de otros prestigiosos escritores. Espero seguir recibiendo muchas adhesiones en mi residencia Valderrobres (Teruel), pero de compañeros dispuestos a moverse, no para que se les dé todo he-

cho. Y espero que usted, querido amigo, perdonará el latazo que le he dado con esta carta, que no ha tenido otro objeto que el de demostrarle mi agradecimiento por su entusiasmo.

Le saluda cordialmente,

A. LOZANO BORROY.

Valderrobres (Teruel), abril 1934.

«Después de la liebre ida...»

Palos en la cama: esto es lo que ha sucedido al dignísimo compañero D. Antonio Rivera Fernández. Después que se ve obligado a hacer uso de una pistola para defender su vida, vilmente atropellada por un alcalde; cuando ya ha caído empujado por la necesidad, por el odio salvaje y cruel que todos llevan consigo contra el médico, y que nunca les falta ocasión para vejarnos, maltratarnos y asediarnos—¿Cómo? De la manera más cruel: ¡de hambre!—; cuando ya no podemos más; cuando, roto nuestro siempre equilibrado “sistema nervioso”; cuando, ya despojados de conciencia, obramos como ha obrado el dignísimo compañero D. Antonio Rivera Fernández, entonces lloramos y queremos remediar lo que tan fácil hubiera sido evitar. Más digno hubiera sido (yo aplaudo el acuerdo tomado por la Asociación de Médicos titulares y la Previsión Médica Nacional de costear los gastos que origine la estancia en la cárcel del dignísimo compañero D. Antonio Rivera y Fernández, así como asignar a su anciana madre una pensión mientras esté en la cárcel: ¡digno, dignísimo ges-



EN EL HOSPITAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

Grupo de señoritas del servicio de lectura para enfermos, que se ha organizado con general aplauso y que bien merece el apoyo de todos por cuanto significa en pro de la cultura y la cordialidad hospitalaria.



He aquí un grupo encantador, lleno de emocionante interés; la señorita auxiliar del servicio de lectura para enfermos del Hospital de la Facultad de Medicina de Madrid entrega un libro de cuentos a una enfermita.

to!) el que a este compañero se le hubiera desbrozado el camino que tenía que recorrer, y por quien puede se hubiera obligado al alcalde a satisfacer puntualmente los honorarios a su médico.

Existen Colegios de Médicos que parece ser que tienen por objeto defender los intereses de los médicos; existe la Asociación de Médicos titulares, que parece ser que tiene la misión de proteger a sus afiliados. ¡Oh!, ya sabes, no podrás quejarte, dignísimo compañero Antonio Rivera Fernández: entre unos y otros tan bien te han defendido, que no has podido cobrar, y, víctima de la desesperación, has caído mártir.

¿Cuántos caerán? No lo sabemos; es tan grande el odio que se nos tiene; son tantos los malos tratos que recibimos del pueblo y, lo que es más grave, de los fratricidas, que no tardará en llegar el día en que a todos nos envuelva la desesperación, que nos hará olvidar de la existencia.

¿Y por qué nos ocurre esto? ¿Es porque no representamos papel útil e indispensable en la sociedad? No: es porque estamos divididos; nos corroe la ambición y el egoísmo; todos nos creemos más que los demás, y por todo esto somos débiles. ¡Qué bien se lo saben los pueblos! Ya nos conocen por los pobres con levita.

Animo, compañeros, unámonos en un solo bloque; si hemos de caer, que cada uno que caiga sea para levantar a mil. Sacudamos nuestra pereza voluntariamente, si no, la miseria nos azotará, y cuando queramos levantarnos no podremos hacerlo, pues ni fuerzas nos quedarán.

SISINIO CRESPO.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia del Dr. Manuel Arredondo

(Sesión del día 2 de abril de 1934.)

REVISIÓN DEL VALOR CLÍNICO DEL "GOTA A GOTA" RECTAL

Dr. Vital Aza.—Vamos a ocuparnos de un asunto que sería baladí e insignificante si no tuviera ese eco de posible trascendencia que tiene todo aquello de lo que puede derivarse una consecuencia clínica, un matiz práctico, que, en un determinado momento, si defrauda una esperanza en él puesta o no sirve la realidad objetiva que se le confiara, puede entorpecer nuestra actuación.

Vamos a hacer *crítica negativa*, siempre enojosa y fríamente reprochable, y más agria y dolorosa en el caso nuestro, que no sólo nos quita la ilusión de una técnica, sin darnos la substitución que halagüeñamente le reemplazara, sino que nos trae esa amargura de no creer ya en lo que creímos de jóvenes y se incorporó a nuestro espíritu, de donde duele arrancarlo.

LE DENTER Y DELLET

Ginecológica Forgue-Massaban, 1916.

La proctodisis de Murphy, gota a gota rectal, permite absorber al organismo dosis enormes de suero, de 8 a 12 litros en veinticuatro horas, consiguiendo una verdadera inversión de la corriente linfática, que así reduce al mínimo la absorción peritoneal de toxinas.

La tensión vascular se eleva, la diuresis aumenta, la

sed se atenúa, el *peristaltismo se restablece precozmente* gota a gota, con ritmo de 60 al..., un irrigador, una sonda de Nelctá 18, con llave de paso..., *voilà tout...*, temperatura constante. "Termos". En una hora, un litro con el "gota a gota" Collin-Forgues, descanso de otra hora; repetir así en este ritmo de alternancia y en el día, 12 litros.

Conviene, si hay oliguria, añadir 50 gramos de glucosa por litro.

Titulación del suero glucosado.

Hacia el año 1922, en una enferma del cuadrante inferior derecho, "carrefourista", que veíamos ginecológicamente nosotros, y en consulta con el Dr. Cardenal —¿apendicitis?—, éste propuso el "gota a gota", que no había en Madrid, y que él había traído del extranjero, y nos envió desde su casa.

Cálculo.

A 50 gotas al minuto = 3 cc. Suero glucosado, 180 cc.

En una hora, $50 \times 60 = 3.000$ gotas = 180 cc.

Si 50 : 3 cc. : 3.000 : x =

$$x = \frac{3 \times 3.000}{50} = \frac{9.000}{50} : 9.000$$

Si en una hora 180 cc., en diez horas, 1.800 cc.

En veinte horas (doble), $1.800 \times 2 = 3.600$ cc.

En veinticuatro horas, $3.600 + 720 = 4.320$ cc.

En todo el día, 4.320 cc.

En el ritmo de descanso, la mitad: 2.160 cc.

Tenemos, pues, que ya *teóricamente* esos 8 ó 12 litros quedan reducidos a poco más de 2.

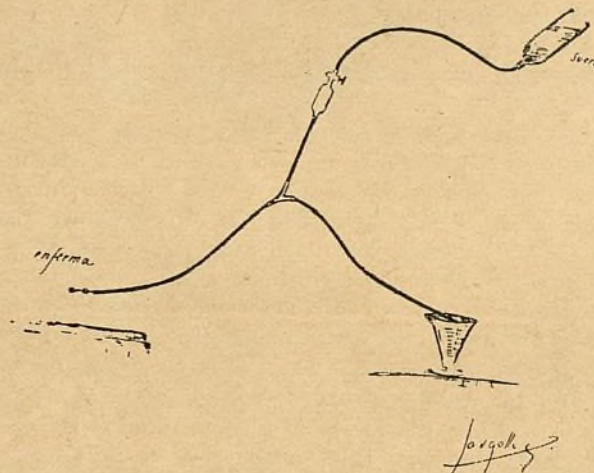
¡Y si aún en la *práctica* fuera así!...

Pero ni las gotas caen con el ritmo inicial, no estando continuamente vigilándolas y *graduando* el tornillo de paso, ni la presión por altura del líquido se mantiene igual, ni la temperatura es uniforme, ni, sobre todo, el recto *absorbe* de verdad el líquido que a él llega y en él *permanece*, pues en el dispositivo del tubo en U se recoge siempre en el depósito de cristal una cantidad mayor o menor, que *refluye* y que es, naturalmente, una cantidad que se resta a la que permanece en el recto, que *debiera absorberse*, y que cuando se vigila *atenta* y *personalmente* a las enfermas, cuando se convive con ellas, cuando no nos fiamos de lo que la enfermera nos cuenta (y nadie mejor que los que a diario tenemos 10 ó 12 enfermeras bajo nuestra inmediata vigilancia) sabemos lo poco que, por desgracia, podemos fiar de ellas, pues donde llega el deseo no alcanza la inteligencia, o donde ésta preside falta la voluntad y se entroniza la *chabacanería* de Ortega y Gasset (ese "no importa", "lo mismo da", "es igual", "no me he fijado"), vemos que la realidad es bien distinta: o dejó de entrar líquido, o todo está en el depósito inferior, o se han calado las sábanas y el colchón, o cuando pasan ocho o diez horas, a veces al día siguiente, al expulsar gases o al defecar, una brusca expulsión acuosa, una deposición líquida, demuestra que el recto hizo de almacén, de depósito del suero; pero *casi todo* ha salido, y no fué, en realidad, absorbido.

¿Negamos que en absoluto nada se absorbe? No: 300, hasta 400 cc. en todo un día de atenta y continuada vigilancia, en casos de marcadísima paresia—obstrucción peritonitis—hemos *logrado* que se absorba, no más..., y ni eso cuando en el preoperatorio y con fisiológicas condiciones de movilidad intestinal lo hemos puesto, y lo

hemos puesto en muchas docenas de veces, y con el deseo firmísimo de que sirviera, de que nos evitara otras técnicas: hipodérmicas, intravenosas, infinitamente más molestas y más caras que este sencillísimo gota a gota, si no fuera utópicamente engañoso.

A todos nos preocupa cada día más la preparación operatoria, los cuidados después del acto quirúrgico: deseamos que nuestros enfermos y operados no se deshidraten, que no se agoten sus reservas hidrocarbonadas, que se mantengan bien permeables los emunctorios, que la presión arterial no descienda, que se conserve o se restablezca pronto el peristaltismo (y por eso abolimos



la purga, la dieta, etc.). (De nuestros quirófanos no salen nuestros operados sin haberlos inyectado 500, 700, 1.000 centímetros cúbicos de suero glucosado, fisiológico, etc., según los datos hematológicos de los análisis preoperatorios.) ¡Qué bien nos vendría, pues, la proctodisis, y qué sencillo, barato y cómodo resultaría!...

Pero no sigamos todos (por decir unos lo que otros dijeron, por haberlo oído a otros que tampoco se enteraron bien) buscando en el gota a gota rectal lo que no ha dado ni da nunca en la práctica, y como lo que a él le pedimos tiene clínicamente verdadera trascendencia, el tiempo que perdemos puede resultar de enojosos dispendios a las defensas biológicas de nuestros enfermos operados.

Hemos necesitado años para convencernos de la ineficacia del Murphy, pues siempre chocaban nuestras enseñanzas con las que otros nos daban de su experiencia, y con toda sincera modestia atribuíamos nuestros "fracasos" a defectos de técnica, y así fuimos estilizando ésta con mil variantes, sin poder mejorar la objetiva realidad de nuestros resultados. Con el llorado Dr. Urrutia, que desarrolló en nuestro sanatorio toda su brillante actuación quirúrgica en los años que trabajó en Madrid, que tanto se preocupaba del estado *médico* de sus enfermos y operados, comentando los mediocres resultados del gota a gota..., él nos decía que una inteligentísima monja a quien confiaba en su clínica, Sor Ignacia, de San Sebastián, el cuidado íntimo, diario, del postoperatorio, tampoco creía en el Murphy. Graciosamente le decía que los litros que decían se absorbían, *exageraciones o así eran...*

Hoy (y sin que acariciemos de ningún modo el deseo de que sean estas palabras como una oración necrológica al procedimiento que, bien contra nuestra voluntad, hemos de considerar enterrado) estamos convencidos de que los que aún creen en la eficacia práctica y en el va-

lor clínico de la proctodis rectal son los que no lo siguen de cerca ni lo vigilan personalmente...

Si, por lo que hace referencia a su papel de lograr incorporar al organismo—necesitado de ella—cantidad grande de líquido, no creemos nada en el Murphy y desechamos su empleo, otro muy distinto es nuestro parecer respecto a su eficacia en el restablecimiento del peristaltismo intestinal (y esta realidad, por la patología a que obedece, ha de robustecer forzosamente su inutilidad en el otro aspecto). Ya sólo el gota a gota de suero fisiológico o glucosado (y mucho más el hipotónico salado) bastaba para lograr pronto, bien contra el deseo que nos había llevado a prescribirlo, una evacuación líquida, un fluidísima deposición.

De esto se ha derivado la utilización del gota a gota hipersalado para la terapéutica de la paresia intestinal postoperatoria.

De otra indicación del gota a gota por vía bucal con agua bicarbonatada a la terapéutica del úlcus gastroduodenal, no tenemos experiencia, y como sólo hemos querido dar una *nota práctica* sobre un recurso clínico (que ya no debe creérsele como tal), nada decimos de los posibles datos teóricos que, científicamente, desde el campo fisiológico y el estudio de la absorción de líquidos en los diferentes tramos del aparato digestivo, acaso negaran al recto esa monstruosa capacidad de absorción, esa hidrofilia en la que Murphy fundó su técnica.

Dr. Gutiérrez Arrese.—Sin entrar a detallar sutilezas científicas, queremos hacer constar que la vía rectal es vía de absorción antifisiológica por varias razones: es el suero glucosado irritante para la mucosa de intestino; como tal se emplea en las colitis ulceromembranasas; en ellas, capaz de producir una congestión. Es el método terapéutico del lavado intestinal con suero glucosado, previa cecostomía o apendicostomía en los enfermos con colitis ulceromembranosa. Si bien estas dos operaciones en la actualidad no las aconsejamos si queda patente la acción congestiva del suero glucosado sobre intestino. Sabemos también que la capacidad de absorción del recto es escasa, siendo mayor en colon ascendente y primera mitad del transversal; pasadas estas zonas intestinales, la absorción es escasa. Es por lo que, cuando precisemos de la absorción intestinal, debemos recurrir a los enemas altos, a aquellos en los que se ha de llevar la substancia a absorber hasta la primera mitad de colon transversal.

Por ser el gota a gota rectal una práctica que no cumple con las condiciones citadas, ya que el líquido que pretendemos que se absorba se deposita en la última porción de intestino grueso, se comprende la muy limitada utilidad e indicaciones de esta práctica terapéutica.

Conforme con los datos en cuanto a cantidad de líquido absorbido con el gota a gota rectal en la unidad de tiempo, no es difícil comprender que, cuando precisemos hidratar a un enfermo, tenemos en la vía hipodérmica excelente técnica para conseguir tal absorción. Nos queda hoy, pues, el gota a gota rectal como recuerdo.

A lo dicho añadiremos que el gota a gota rectal, en muchos enfermos, y por la sola presencia de la sonda provoca una irritación local, rectitis, que es frecuentemente catarral y, en ocasiones, de grado intenso.

No olvidemos que a la intolerancia rectal por la sonda hemos de unir que el gota a gota rectal es práctico que excita el peristaltismo intestinal. Es como en la actualidad, en procesos intestinales, el clínico tiende a

mantenimiento del reposo intestinal, la práctica del gota a gota rectal está contraindicado.

Vemos, pues, que las indicaciones del gota a gota rectal quedan catalogadas en un grado mucho menor de lo que hasta ahora se venía admitiendo.

Dr. Arredondo.—Es corriente oír un día y otro comunicaciones sobre los buenos resultados de tal o cual práctica terapéutica, intervención quirúrgica, etc., etc. No es infrecuente que al poco tiempo escasean las publicaciones sobre lo que hasta entonces se venía encomiando. Así, en fechas sucesivas se pierde hasta los recuerdos de ello, y todo termina en que nadie se ocupe de tal asunto. Ahora bien, en la primera fase todos son publicaciones; después, son muy limitadas, por no decir nulas, las aportaciones sobre tal o cual tratamiento médico o quirúrgico que va "cada día peor". Son razones que aumentan el valor de la comunicación del Dr. Vital Aza. Nos ha traído una aportación sobre el gota a gota rectal, muy empleado en distintos procesos, y sobre el que nos ha expuesto datos que a todos convence.

El gota a gota rectal le hemos usado poco en clínica. En procesos gástricos, especialmente consecutivamente a hemorragias, hemos modificado la técnica y convertido en enemas de un cuarto o de un tercio de litro, repetidos dos o tres veces al día, y ello durante los dos o tres primeros días del proceso. Práctica que utilizamos para disminuir el número de inyecciones subcutáneas de suero, necesarias en estos enfermos. Consideramos que con estos enemas cortos, de suero glucosado o de agua bicarbonatada, puede llegar la absorción rectal hasta un litro, nunca los ocho o diez litros diarios que dicen algunos autores.

Dr. Planelles.—En lo expuesto, a las razones fisiológicas hemos de anotar la posible confusión entre la muy limitada o nula propiedad de absorción de la mucosa rectal y las enormes propiedades de reabsorción de la mucosa anal. La riqueza de los paquetes hemorroidarios en mucosa anal explica la fácil absorción y la utilidad de muchas medicaciones en supositorios. Creemos pertinente decir algo sobre la nula eficacia de los enemas alimenticios; es momento de decir al médico que una mucosa rectal no tiene condiciones para absorber la leche ni la yema de huevo que se dispone en los enemas alimenticios: su valor práctico es nulo.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ANGINA DE PECHO

Dr. López Brenes.—Si bien el título de nuestra comunicación dice diagnóstico precoz de la angina de pecho, nos vamos a ocupar más bien de este grupo de enfermos, y más en general del diagnóstico precoz de las enfermedades coronarias. Comprendemos en este grupo el angor vasomotor, la angina de pecho propiamente dicha, el infarto del miocardio y la esclerosis de coronarias. Síndromes, cada uno con sus características clínicas, a las que no nos vamos a referir; si haremos referencia a las modificaciones que imprimen al electrocardiograma en las fases clínicas, que sin esta exploración no se considerarían como enfermos, es decir, llegar a conocer las características eléctricas que nos hagan posible un diagnóstico precoz de las enfermedades coronarias.

Las modificaciones del electrocardiograma en los cuatro síndromes coronarios se refieren a las modificaciones del ritmo, las propias de la onda T, las variaciones electrocardiográficas imprimidas por el esfuerzo, y al estudio de las características de la cuarta derivación. En ellas tenemos características que, ya expuestas por otros autores, son suficientes para establecer el diagnóstico. A

NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO
MEDICACION BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA



LABORATORIOS-FEDE S.A.

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

Neyol n.º

Procesos crónicos del
aparato respiratorio

1

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

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

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 Alilo, 0,005 g.; Trioleinas esterificadas, c. s.

Neyol n.º

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

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

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

SPASMOSÉDINE

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

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados
PARIS

Muestras y Literaturas
JOSE M.^a BALASCH CUYÁS (Farmacéutico)
Avenida 14 de Abril, 440. - BARCELONA

LACTOLAXINE FYDAU

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

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

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

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS
Farmacéutico de 1^{ra} Clase,
Ex-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de París,
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).
SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERÍAS Y FARMACIAS
Depositorio en ESPAÑA
J. Alejandro RIERA, Nápoles 166, BARCELONA

Bactilose

OLIVER
RODES

PRODUCTO
DEL PAÍS

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

INDICACIONES

Forunculosis, Septicemias
Antrax, Escarlatina, Gripe.

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

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

DEPÓSITO GENERAL

VENTA EN
FARMACIAS

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

CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA



BARACHOL



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

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)



EL REY DE INGLATERRA Y MISS DOROTHY LOUISE

Con motivo de una ceremonia emocionante celebrada en homenaje a esta heroína, el Rey Jorge V ha condecorado con la Medalla de Plata del Mérito a la enfermera del Hospital Middlesex, en Londres. Se recordará que Miss Dorothy Louise evitó con su heroísmo una verdadera catástrofe por causa de una explosión. En la foto se ve al Rey imponiendo la preciada recompensa a la célebre enfermera.

este respecto son interesantes los trabajos de la escuela inglesa, y más recientemente los de la francesa, y por nuestra parte diremos, en lo que hace al estudio del electrocardiograma en cuarta derivación, que la hemos realizado con una modificación personal. En vez de obtener la cuarta derivación electrocardiográfica con los electrodos en ambas muñecas, nosotros la realizamos con un electrodo colocado en la espalda y otro en la cara anterior de tórax.

Respecto a esta modificación para la obtención de la cuarta derivación del electrocardiograma, creemos ser los primeros en haberla aconsejado y en aportar datos de gran interés para el diagnóstico precoz de las enfermedades coronarias.

Dr. Crespo Alvarez.—Poco existe en clínica tan interesante como el diagnóstico precoz de las enfermedades coronarias. Es cierto que la interpretación de las curvas electrocardiográficas es labor ardua y posible de discutir entre lo normal y lo patológico. Ahora bien, en las curvas electrocardiográficas obtenidas en enfermos con angor hay que distinguir las conseguidas inmediatamente después de la crisis de angor y las realizadas más o menos tiempo después. Todos sabemos que, cuando son obtenidas en momento alejado del angor, el electrocardiograma puede haber recobrado su normalidad.

También se discute mucho la valoración de la onda T, e igualmente sobre la conveniencia de la inyección de adrenalina, como de la utilización de la prueba de esfuerzo en la provocación de la crisis de angor.

En cuanto al estudio de la cuarta derivación del ele-

trocardiograma con la técnica expuesta a grandes rasgos, es merecedora de aplauso, porque, al parecer, los resultados a obtener son más prometedores que los hasta ahora conseguidos en el terreno diagnóstico.

M. ACEÑA.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Esta Sociedad celebrará la sesión inaugural del presente año académico el martes 10 del corriente, a las siete de la tarde, en el Colegio de Médicos (Esparteros, 9), bajo la presidencia del Excmo. Sr. Ministro de Trabajo y Asistencia Social, o autoridad en quien éste tenga a bien delegar.

El secretario de la Sociedad, Sr. D. José Luis Yagüe, leerá la Memoria reglamentaria, y el Sr. D. Enrique Bardají López, inspector provincial de Sanidad de Madrid, el discurso inaugural.

SECCION OFICIAL

Gaceta del 8 de marzo de 1934.

Ministerio de Justicia: Subsecretaría. Anuncio de hallarse vacante en el Juzgado de primera instancia e instrucción del distrito de Santiago, de Jerez de la Frontera, la plaza de médico forense, de categoría de término, para proveer por traslación. Instancias en el plazo de treinta días desde la publicación del anuncio.

Gaceta del 14 de marzo de 1934.

Ministerio de Trabajo y Previsión: Ordenes disponiendo que por la Subsecretaría se convoque concurso para la provisión de dos plazas de médico-residente en el Hospital-sanatorio Iturralde, de Carabanchel Bajo, con el haber anual de 3.000 pesetas cada una.

Que se confirma en los cargos de enfermeras visitadoras de los Centros secundarios de Higiene rural, por un período de cinco años, a las señoras que se mencionan.

Administración provincial: La Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago convoca concurso para proveer la auxiliaría de la cátedra de Patología general, dotada con 3.000 pesetas. Las instancias, dirigidas al decano de aquella Facultad, se presentarán en la Secretaría general de dicha Universidad, en el plazo de veinte días desde la publicación del anuncio.

Gaceta del 15 de marzo de 1934.

Ministerio de Justicia: Orden convocando concurso para proveer una plaza de auxiliar del laboratorio de Medicina legal de Sevilla. Instancias durante veinte días desde la publicación del anuncio en la Secretaría de Gobierno de la Audiencia territorial de Sevilla.

Gaceta del 16 de marzo de 1934.

Ministerio de Instrucción Pública: Orden nombrando vicepresidente del Consejo de Patronato del Instituto Nacional de Reeduación de Inválidos, y presidente de su Comité ejecutivo, al vocal D. Laureano Olivares Sexmilo.

Ministerio de Trabajo y Previsión: Orden nombrando tribunales para las oposiciones a médicos titulares en las diferentes provincias.

Gaceta del 17 de marzo de 1934.

Ministerio de Justicia: Subsecretaría. Anuncio de hallarse vacantes las plazas de médicos forenses que siguen:

Juzgado de Primera instancia e instrucción	Categoría	A proveer por
Mondónedo	Ascenso.....	Traslación.
Guernica	Idem.....	Idem.
Don Benito.....	Idem.....	Idem.

Instancias en el plazo de treinta días.

Gaceta del 25 de marzo de 1934.

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión: Ordenes nombrando médicos jefes y ayudantes de dispensarios antituberculosos, en virtud de un concurso celebrado.

Nombrando una Comisión para que en el plazo máximo de tres meses organice todo lo referente a la protección legal del trabajador; estudie las enfermedades profesionales que nos interesa reparar y la implantación de la Inspección Médica del Trabajo, etc. La citada Comisión estará presidida por el Ilmo. Sr. Subsecretario de Sanidad y Beneficencia; forman parte de ella, como vocales: D. José Gascón y Marín, Consejero del Trabajo; D. Víctor María Cortezo Collantes, Inspector general de Instituciones sanitarias; D. César Bécares Sánchez, del Instituto Nacional de Higiene; D. Diego Hernández Pacheco, Inspector Médico de Minas; D. Luis Jor-

dana Pozas, jefe de la Caja de Accidentes; D. Lorenzo García Torner, presidente de la Federación de Colegios Médicos de España, y D. Antonio Oller, profesor de Higiene industrial de la Escuela Nacional de Sanidad. Será secretario D. Carlos Torrijos Arroyo.

Gaceta del 26 de marzo de 1934.

Ministerio de Instrucción Pública: Orden disponiendo que se convoque a oposición entre auxiliares para proveer la cátedra de Obstetricia y Ginecología, dos cursos (uno por acumulación), vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.

Gaceta del 27 de marzo de 1934.

Ministerio de Instrucción Pública: Ordenes nombrando tribunales para las oposiciones a las cátedras de Farmacología experimental, Terapéutica general y Materia médica y Terapéutica clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid; de Higiene, de Patología general y de Patología quirúrgica de la Facultad de Medicina de Cádiz.

Ministerio del Trabajo, Sanidad y Previsión: Orden: Ilmo. Sr.: Vacantes las plazas de médicos clínicos del Servicio Antivenéreo de Don Benito (Badajoz), con la dotación anual de 3.000 pesetas; Jerez de la Frontera y San Fernando (Cádiz), ídem ídem; Guadix (Granada), ídem ídem; Antequera (Málaga), ídem ídem; Lorca (Murcia), ídem ídem; Mieres (Oviedo), ídem ídem; Teruel, ídem ídem; Alcira (Valencia), ídem ídem, y Santa Cruz de Tenerife, con la de 3.000, más 900 por gratificación de residencia.

Este Ministerio, en virtud de lo dispuesto en la orden de 2 de diciembre de 1932 (*Gaceta* del 5), ha acordado sean provistas por concurso-oposición.

El plazo de presentación de instancias para tomar parte en este concurso-oposición será de treinta días naturales, a contar desde el siguiente al de la publicación de esta convocatoria en la *Gaceta de Madrid*.

Los aspirantes deberán acreditar que reúnen las condiciones señaladas en la Orden citada, con los justificantes que en la misma se determinan.

Los ejercicios darán comienzo el día 30 de abril próximo en el Dispensario Olavide (calle de Sandoval, número 5, Madrid).

El tribunal que ha de juzgar el concurso-oposición estará constituido en la forma siguiente:

Presidente, D. Enrique Bardají López, Inspector provincial de Sanidad de Madrid.

Vocales: Por la Junta Central de Lucha Social contra enfermedades venéreas y de la piel, D. Enrique A. Sáinz de Aja y D. José Fernández de la Portilla, y por los Dispensarios Antivenéreos, D. Ricardo Bertoloty Ramírez y D. Miguel Fernández Criado.

Suplentes: D. Antonio Cordero Soroa y D. Julio Bravo Sanfelú.

La presentación de instancias y abono de las 50 pesetas por derechos de examen habrán de hacerse, respectivamente, en el Registro general y Negociado Antivenéreo de esa Dirección.

Lo que se hace público para conocimiento de los profesionales a quienes pueda interesar y a los efectos de la Orden de 2 de diciembre de 1932, aprobando el Reglamento y programa por que ha de regirse este concurso-oposición.—Madrid, 22 de marzo de 1934.—P. D., José Pérez Mateos.

Gaceta del 28 de marzo de 1934.

Ministerio del Trabajo, Sanidad y Previsión: Decreto disponiendo que se considerarán como de beneficencia particular las mutualidades o asociaciones en que exista derecho a beneficios y aportación de prestaciones por los beneficiarios, siempre que no lleven idea de lucro, exista notable desproporción entre las aportaciones y los beneficios que reciban y en las mutualidades no excedan las aportaciones de cinco pesetas mensuales y que los beneficios recaigan en personas de posición económica modesta, considerando como tales a las que, con arreglo a la ley de Enjuiciamiento civil, disfrutaban de los beneficios de pobreza para litigar.

Gaceta del 30 de marzo de 1934.

Ministerio del Trabajo, Sanidad y Previsión: Ordenes disponiendo que por la Subsecretaría se convoquen concursos-oposiciones para proveer las plazas de médico-director y médico-radiólogo del Hospital sanatorio Iturralde, con la dotación de 8.000 y 4.000 pesetas, respectivamente, y concurso entre auxiliares sanitarios para proveer la de practicante del mismo, dotada con 3.000 pesetas. Asimilando el Servicio de Higiene infantil de Las Palmas a los que han sido creados en otras provincias y confirmando en sus cargos a D. Juan Guerra del Río y D. Luis Manchado Martinón, médicos del mismo.

Subsecretaría: Anuncio convocando concurso voluntario entre funcionarios del Cuerpo de Sanidad Nacional para la provisión de la plaza de médico de la Sección de Ingeniería y Arquitectura Sanitaria de la Dirección general de Sanidad.

Gaceta del 2 de abril de 1934.

Ministerio de Instrucción Pública: Ordenes nombrando tribunales para las oposiciones a las cátedras siguientes: De Fisiología general, Química fisiológica y Fisiología especial y descriptiva de Salamanca. De Patología médica de Salamanca y Zaragoza. De Patología general de la Universidad Central: presidente, D. Agustín Cañizo; vocales: D. Fernando Enríquez de Salamanca, don Ramón Vila Barberá, D. Gregorio Marañón y D. Juan Cuatrecasas; suplentes: D. Carlos Jiménez Díaz, don José Cruz Aunón (Sevilla), D. Pedro Rodrigo Sabalette (Cádiz), D. Luis Celis Pujol (Instituto de Estudios Catalanes).

Para la cátedra de Psiquiatría de la Universidad Central: Presidente: D. Carlos Jiménez Díaz. Vocales: don Emilio Mira López; D. Ramón Alvarez de Toledo y Valero (Granada); D. José María Sacristán (Director del Sanatorio de Ciempozuelos); D. Belarmino Rodríguez Arias (Director del Manicomio de San Boi de Llobregat). Suplentes: D. Agustín Cañizo; D. Gonzalo R. Laffora; D. Enrique Fernández Sanz y D. José María Aldama Truchuelo.

Ministerio de Justicia: Subsecretaría. Anunciando hallarse vacantes en los Juzgados de primera instancia e instrucción que se mencionan las plazas de médico forense.

Juzgado de Baena (Córdoba), categoría de ascenso, a proveer por antigüedad.

Juzgado de Fuentesauco (Zamora), categoría de entrada, a proveer por traslación.

Juzgado de Catedral (Murcia, capital), categoría de término, a proveer por traslación.

Juzgado de Olvera (Cádiz) categoría de entrada, a proveer por traslación.

Instancias, en un plazo de treinta días, a contar desde la publicación del anuncio.

Gaceta del 4 de abril de 1934.

Ministerio del Trabajo, Sanidad y Previsión: Orden creando la Subinspección provincial de Sanidad de Avila.

IX Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía

Budapest (15-21 septiembre 1933.)

PROGRAMA

a) Temas a discutir:

- 1.º Funciones, recientemente reconocidas, de la piel.
- 2.º Reciprocidad, correlación y antagonismo entre la piel y los demás órganos.
- 3.º La alergia en dermasifiliografía.
- 4.º Metabolismo, endocrinopatías, avitaminosis y dermatosis.
- 5.º Las causas externas y su influencia en la frecuencia y forma de aparición de las dermatosis.
- 6.º Los virus filtrables en la etiología de enfermedades de la piel.
- 7.º Formas y datos de reciente adquisición en la tuberculosis cutánea.
- 8.º Tratamiento biológico, no específico y medicamentoso de sífilis.
- 9.º Criterios de curación en sífilis.

b) Conferencias:

Sobre asuntos de interés general estarán a cargo de especialistas de diversos países.

c) Asuntos diversos:

- 1.º Estudio de la terminología y clasificaciones dermatológicas.
- 2.º La enseñanza y el ejercicio dermatológicos.
- 3.º Creación de un centro de intercambio gratuito de alumnos y de objetos de enseñanza.
- 4.º Exposición dermatosifiliográfica con tres secciones:

- a) Retrospectiva.
- b) Científica.
- c) Técnico-comercial.

El Comité de organización está constituido por:
Profesor Luis Nekam (Presidente).

Profesores: E. Neuber, F. Poor, K. Berde, J. Guszmán, L. Torök; médico jefe, J. Sellei, vicepresidentes. Profesor J. Geber; docente, E. Ballagi, secretarios. Médico jefe, A. Pajor, tesorero.

El domicilio del Comité de organización húngaro es: Hungría. Budapest, VIII, Mária, núm. 41.

Los manuscritos de las comunicaciones individuales deben estar en poder del Comité húngaro antes del 28 de febrero de 1935.

El Delegado-Secretario para España es el Dr. Enrique Alvarez Sáinz de Aja, calle de Serrano, núm. 1. Madrid; al que deben dirigirse para información e inspección cuantas personas lo deseen.

Simpático venoso y terapéutica sedativa

Bajo este título, J. Louvel presenta un estudio de los accidentes venosos y de las periflebitis varicosas en particular, el cual demuestra que la circulación venosa, tanto tiempo estudiada a la sola luz de las leyes de la hidráulica, y donde todos los accidentes están explicados por el sólo éstasis sanguíneo, es, por el contrario, casi enteramente regida por fenómenos vasomotrices.

Ya se trate de varices, de hemorroides, con o sin periflebitis y edemas, o simplemente vaso-dilataciones con congestión y algias, la simpatometología venosa es, sobre todo, rica en fenómenos reflejos, que señalan la reactividad exagerada de los plexos nerviosos y simpáticos perivascularés mucho más que del éstasis y el entorpecimiento circulatorio propiamente dicho.

Por razón del débil desarrollo de la túnica muscular de las venas, la adventicia cargada de los plexos nerviosos está expuesta de una manera casi inmediata a las agresiones endovasculares infecciosas o tóxicas. Las venas son menos aptas que las arterias a contractarse vigorosamente; por el contrario, se dejan distender más fácilmente, pero poseen una sensibilidad vegetativa más acentuada, que forma una red reflexogénea potente, capaz de determinar en una región más o menos extensa perturbaciones orgánicas o funcionales muy diversas.

Generalmente, los síndromes arteriales y venosos van asociados y superpuestos, con espasmos reflejos, provocando congestiones o isquemias dolorosas, intermitentes, más o menos prolongadas, con edemas, trastornos tróficos, dérmicos, etc.

Ni siquiera el corazón puede librarse de la alteración en su ritmo, la influencia de la irritación, de la hiperexcitabilidad del simpático venoso, que parece propiamente obrar como una verdadera espina irritativa enclavada en el aparato circulatorio, provocando taquicardias. J. Louvel ha señalado y estudiado estos trastornos bajo el nombre de reflexividad plebocardiaca.

Todos estos fenómenos tienen el sello de la influencia del simpático invirtiendo las venas. Solamente el sistema neurovegetativo puede engendrar reacciones tan diferentes, que pueden afectar no solamente al dominio circulatorio, sino también las vísceras y los tejidos.

Estas reflexiones permiten indicaciones terapéuticas; ellas demuestran la importancia en patología venosa del elemento nervioso simpático, que es la base de la mayoría de los síntomas. Es el factor nervioso que es necesario atender. Es necesario en presencia de accidentes que revelan depender en gran parte del sistema vasosensible y vasomotor una terapéutica sedativa antiespasmódica, destinada a modificar la vasomotilidad por disminución de la hiperexcitabilidad del simpático central y periférico.

J. Louvel preconiza el empleo del "grathoegus" en alta dosis, de la valeriana, de los bromuros, pero todavía mejor, Busquet y Chevalier han demostrado que el muérdago era un verdadero antiespasmódico, tanto del simpático central como del periférico, y que, bajo la influencia de este terapéutico saludable, el "tonus" de los vasos arteriales y venosos era modificado.

Además, el muérdago tiene la ventaja de ser, por otra parte, un excelente diurético decolorurante y azotífico, como lo ha demostrado Pic y la escuela de Lyon: él modifica la viscosidad de la sangre y reabsorbe los edemas.

Se utiliza por lo general la guipsine en dosis de seis a ocho píldoras por día durante quince consecutivos. Bajo la influencia de esta medicación se notará rápidamente una mejoría circulatoria y la supresión de los síntomas dolorosos.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 701,5; ídem mínima, 693,8; temperatura máxima, 14,4°; ídem mínima, 3,2°; vientos dominantes, NE. y E.

Con haber disminuído en número las bronquitis y bronconeumonías, no han sido benignas, sino que han ocasionado una mortalidad más elevada. También ha habido varios casos de urticarias extensas por anafilaxia alimenticia.

En los niños persisten el sarampión con sus complicaciones habituales y las bronquitis agudas. Tras de los procesos febriles han padecido muchos colitis con gran número de deposiciones, las más de ellas postprándicas.

CRONICAS

Médico sustituto se ofrece a compañero o pueblo donde no haya médico. Dirigirse a D. Manuel Martínez. Santo Domingo de la Calzada (Logroño).

Indicaciones del forceps y técnica operatoria del mismo, por el Dr. D. A. Paulino Pons. Prólogo del Dr. R. Ramón y Cajal. Un tomito con numerosos grabados, 4 pesetas.

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

Vacantes.—Por oposición. Solicitudes hasta el 29 de abril:

Orihuela del Tremedal (Teruel), 2.200 pesetas, 1.200 habitantes.

Berceo (Logroño), 1.375 pesetas, 489 habitantes; 30 pesetas derechos de oposición.

Alfambra (Teruel), 2.750 pesetas, 2.900 habitantes.

Fuentelapeña (Zamora), 2.200 pesetas, 2.022 habitantes; 30 pesetas derechos de oposición.

Almuñécar (Granada), 3.300 pesetas, 9.116 habitantes.

Fuente Encarroz (Valencia), 2.200 pesetas, 2.826 habitantes.

Laspuña (Huesca), 2.200 pesetas, 2.120 habitantes; 30 pesetas derechos de oposición.

Alfajarín (Zaragoza), 1.650 pesetas, 1.335 habitantes.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados) SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y Académico.—Atocha, 135.—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

BOLAÑOS Y AGUILAR • Talleres Gráficos • Altamirano, 50 MADRID



**EXTRACTO
= DE =
MALTA**

“EUMALT”

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

SIMPLE	BLANDO y POLVO	<i>DIPLOMA DE MÉRITO</i>
C/HIPOFOSFITOS	»	2º CONGRESO DE MEDICOS DE LA LENGUA CATALANA JULIO 1913
C/HEMOGLOBINA	»	GRAN PREMIO EXPOSICIÓN DE MEDICINA E HIGIENE
C/PEPSINA Y PANCREATINA	»	2º CONGRESO DE C.M. SEVILLA 1924
C/YODURO FERROSO....	»	<i>DIPLOMA DE HONOR</i>
C/ACEITE HIG. BACALAO. »	»	VIº CONGRESO DE MEDICOS DE LA LENGUA CATALANA JULIO 1930
C/ACEITE HIG. BACALAO E HIP »	»	

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

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

Lipiodol Radiológico

Aceite 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”.

**LIPIODOL
LAFAY**

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

Pulmoquinol

(NOMBRE REGISTRADO)

Quinina básica y alcanfor en solución etéreo-balsámica-oleosa

INDICACIONES

Tratamiento de ataque de la gripe.

Neumonías, broconeumonías y todas las afecciones pulmonares.

El más energético y rápido desinfectante de las vías respiratorias.

Prescripción:
(Intramuscular en la región glútea.)
NIÑOS: de medio a uno y medio cc. por día.
ADULTOS: de uno a tres cc. por día.

Presentación: en caja de 10 ampollas de 2 cc.

Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos **ABELLÓ** - Vinaroz, 5 (Prosperidad). - MADRID

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos.

Agentes exclusivos para España: **Sres. Hijos de Honorio Riesgo, S. A.** - Mayor, 7, MADRID

Publicaciones de EL SIGLO MEDICO

CONTESTACIONES MONOGRAFÍAS

al Programa oficial vigente para
OPOSITAR
las vacantes de Médico titular Inspector
Municipal de Sanidad

En una sola obra la preparación completa

Redactada por los doctores Carlos María Cortezo, Federico González Deleito, Antonio Fernández Martín y Francisco Javier Cortezo.

MEDICINA
CIRUGÍA
HIGIENE
LEGISLACIÓN SANITARIA

4 TOMOS
1.600 páginas

25 ptas. la obra completa

Precio por cada tomo por separado, 10 ptas.

PASEOS DE UN SOLITARIO

Hombres y mujeres de mi tiempo.
Recuerdos, anécdotas y Memorias de

CARLOS M.^A CORTEZO

Dos tomos, 8,50 para los suscriptores de
EL SIGLO MÉDICO

UN MÉDICO RURAL

Novela original de BALZAC

Traducida por D. Marcelino Pastor

Con revisión y prólogo del Dr. D. Carlos María Cortezo

4 pesetas ejemplar

FORMULARIO CRÍTICO POR LAS CLÍNICAS DE EUROPA

SE ENCUENTRAN A LA VENTA LOS SIGUIENTES TOMOS:

- I A 7 pesetas (segunda edición).
- II B C (agotado y en reimpresión).
- III D E 8 pesetas (segunda edición).
- IV F G H 7,50 pesetas.
- V I J K L 7,50 pesetas.
- VI M N 7,50 pesetas.
- VII O 7,50 pesetas.
- VIII P (hasta Parto). 8,50 pesetas.

Se encuentran a la venta las siguientes:

	Suscrip- tores Ptas.	No sus- criptores Ptas.
I.—Hemoptisis tuberculosas y no tuberculo- sas, por el Dr. Valdés Lambea.....	1,50	1,75
II.—La demencia precoz, por el Dr. Vallejo Nágera.....	1,50	1,75
III.—Diagnóstico y tratamiento de las der- matosis más frecuentes, por el Dr. Javier María Tomé y Bona (2. ^a edición).....	1,50	1,75
IV.—Los problemas clínicos de la úlcera del estómago, por el Dr. Fidel Fernández Mar- tínez (de Granada).....	1,50	1,75
V.—La blenorragia aguada y su tratamiento, por el Dr. Angel Pulido Martín.....	1,50	1,75
VI.—El médico rural ante las distocias más frecuentes, por el Dr. Vital Aza (2. ^a edi- ción).....	1,50	1,75
VII.—Los problemas clínicos del estreñi- miento rebelde, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	1,50	1,75
VIII.—La epilepsia, por el Dr. José María de Villaverde.....	1,50	1,75
IX.—El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea, por el Dr. García Vicente, y Alteraciones de la voz. Laringitis y ronquera, por el Dr. Huar- te Mendicosa. (Dos monografías en una.)...	1,50	1,75
X.—El tratamiento del reumatismo, por el Dr. Federico Peco y M. Sellés.....	1,50	1,75
XI.—Las helmintiasis intestinales más fre- cuentes en patología humana, por el doctor Santiago Larregla.....	1,50	1,75
XII.—Manual de sifiliografía práctica, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.....	2,00	2,50

FOLLETOS DE INTERÉS PRÁCTICO

Editados por EL SIGLO MÉDICO

	Pesetas
Código Penal Vigente.....	2,00
Reglamento de la ley de Accidentes del Trabajo en la industria.....	2,00
Estudio histórico crítico de la Legislación Sanitaria Española.....	1,50
Reglamento y Programa vigentes para las oposicio- nes a ingreso en el Cuerpo de Sanidad de la Armada.....	1,50
Programa oficial vigente para las oposiciones a in- greso en la Academia de Sanidad Militar.....	1,25
Reglamento y Programa de oposiciones a las vacan- tes de médico de la Lucha Antivenérea.....	2,00
Reglamento y Programa oficial vigente para oposi- ciones a plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad.....	1,50
Reglamento para la provisión de vacantes de médi- cos y farmacéuticos titulares.....	1,50
Estatutos de los colegios oficiales de médicos.....	1,50

AVISO IMPORTANTE.—No serviremos ningún libro sin previo pago. Los reembolsos ten-
drán un aumento de 0,75 pesetas, por pequeño que sea el pedido.

llos en la mucosa bucal, todo esto acompañado de un estado febril que no tarda en desarrollar el marasmo de la criatura, que está entonces soñolienta. Se utiliza también eficazmente contra las diarreas acuosas que acompañan al tabes mesentérico u obstrucciones y tubérculos del mesenterio.

Ese aceite se emplea con mucho provecho contra la fiebre puerperal para combatir la supresión de los loquios, que es cosa de consideración en las recién paridas. El Dr. Seidtilz, de San Petersburgo, le tiene por el específico de las diarreas, y le emplea en esa circunstancia en dosis de una cucharada, repetida cada tres horas; administrado de ese modo, su acción dinámica parece regularizar las funciones digestivas y producir los mejores efectos en las diarreas que acompañan a los desarreglos intestinales, que

CATARROS, TOS JARABE MADARIAGA BENZOCINAMICO

se manifiestan por los síntomas siguientes: cámaras o deposiciones multicolores, líquidas y de color, como de yema de huevo, espumosas, con unas masas o bolitas mucosas de un color verde poráceo, mezcladas con un mucus intestinal que parece clara de huevo; alguna vez que otra están teñidas de sangre; generalmente, sin olor ninguno o con un olor oso particular; en tal caso, administrado por cucharaditas de las de café, de cuatro en cuatro horas, siguiendo así algunos días, el color se regulariza pronto y se vuelve enteramente amarillento, las deposiciones recobran su olor característico y su consistencia normal: es casi siempre remedio santo. Es también casi el específico en las diarreas acuosas de los niños, cuyas deposiciones son blancas y mucosas, con las bolitas ya señaladas: se da del mismo modo y en los mismos términos."

"Aunque el aceite de ricino sea un purgante muy suave y obre sin sacudimientos ni cólicos, hay estómagos que no le toleran, promueve vómitos, y lo de-

S A R N A Cúrase con SULFURETO CABALLERO

vuelven sin que su presencia haya ocasionado irritación. El profesor Guicomini y demás médicos italianos consideran esa substancia como hipostenizante entérico y a la vez vascular, cuya acción dinámica es, por consiguiente, antiflogística; por eso es muy eficaz contra todas las inflamaciones del tubo digestivo, y también de las demás mucosas del cuerpo. Muchos médicos clínicos, y en especial los ingleses, la emplean diariamente en esas circunstancias patológicas."

"Alguna vez, aconseja Gubler, se consigue enmascarar este sabor desagradable añadiendo al aceite zumo de limón, caldo de vaca desengrasado y muy caliente, o infusión de té o de café tostado. Con este último correctivo se logra hacerle tomar sin trabajo a los niños pequeños y a las personas más susceptibles."

"... Como purgante, el aceite de ri-

Jarabe Bebé.-Telradinamo.-Septicemiol.-Purgantil (Jarabe de Frutas) (Véase anuncio, página IV.)

cino se administra a la dosis de 10 a 60 gramos. Este máximo era antiguamente la dosis habitual; pero se ha visto que la mitad, y aun la tercera parte de esta cantidad, basta ordinariamente para conseguir los efectos purgantes, y la dosis de 30 gramos es la más usada generalmente en la actualidad."

"Puede rebajarse a 20 gramos, conservando aún toda su actividad, y en sujetos sometidos a la dieta, 15 y aun 10 gramos son bastantes. Hemos indicado anteriormente el café negro como correctivo, pudiendo enmascararse aún más el sabor del aceite con un licor alcohólico cualquiera, o con una infusión aromática de menta o de clavo, etc."

Otros suelen usar, con el mismo fin, alcoholato o jarabe de limón; zumo de naranja o una infusión de hinojo, glicerina, leche o cerveza espumosa, etc.

Jeannel ensayó perfumarle y hacerle grato al paladar, mezclándolo en la pro-

Solución salicilato sódico DOMINGO

Cada cucharada contiene dos gramos de salicilato sódico puro.

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

porción de tres gotas de esencia de almendras por 100 gramos de aceite.

Remitimos al lector a las numerosas fórmulas (emulsiones, mixturas, pociones, enemas, etc.) publicadas en el tomo II de la *Farmacopea-formulario universal* para la administración del aceite de ricino.

Se ha probado que la esencia de trementina aumenta considerablemente la acción del aceite, en la proporción de 8 gramos de la primera por 24 del segundo, usado con eficacia contra las contipaciones rebeldes.

Esta preparación es recomendable para la tenia.

Algunos exaltan las propiedades purgantes del ricino agregándole una a dos gotas del de crotón.

Parola ha propuesto emplear la *tintura alcohólica* y la *etérea* de ricino, las cuales resultarían cuatro veces más activas que el aceite, sin ser más irritantes.

Y Gómez de la Maza, en su *Ensayo*

de *farmacofitología cubana*, dice lo siguiente: "La mejor manera de administrar el *Aceite de Palma-Christi* es bajo la forma de aceite etéreo. El éter sulfúrico, reaccionando sobre las almendras de aquella planta no solamente disuelve mayor cantidad de *ricina*, a cuyo alcaloide debe el aceite su propiedad purgativa, sino que quita a éste el sabor desagradable que posee."

VI

APLICACIONES VARIAS

Además de los efectos purgantes y antihelmíntico del aceite, el ricino posee otras aplicaciones terapéuticas e industriales.

Mezclado en la proporción de 20 de aceite de ricino por 10 de bálsamo peruviano negro, constituye el *linimento*

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

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

contra las escaras, de Graves, el cual se aplica en planchuelas de hilo fino dos o tres veces al día sobre las escaras que producen ciertas afecciones graves, y con especialidad en la fiebre tifoidea.

Sirve para modificar el colodión, al cual comunica una elasticidad notable, impidiendo que se rompa con el movimiento de las partes cubiertas por él, de lo que resulta el *Colodión elástico*.

El aceite de ricino hace miscible en las pomadas el bálsamo del Perú, y el aceite de cade con los vehículos grasos, haciéndolas homogéneas.

El zumo exprimido de las hojas (Gillfillan) y la aplicación al pecho de cataplasmas de hojas frescas de ricino (Bouchut) poseen propiedades galactógenas.

También se atribuyen propiedades emenagogas a las mismas hojas en aplicación sobre las mamas (M. William, Teyler, Smith). Según William, obran más cuando los senos son pequeños y marchitos, provocan la erupción menstrual si el período está distante, o causan un flujo inmoderado si es inminente.

CONTRA LAS NEURALGIAS ACONSEJAD

Cerebrino Mandri

Por último, Grosourdy consigna las aplicaciones siguientes, algunas de ellas muy curiosas:

"Cuando los niños de tierna edad se resisten a tomar el aceite de ricino, y es muy frecuente, las hojas de este arbusto, pasadas por el fuego y, por consiguiente, amortiguadas, se aplican calentitas y untadas con ese aceite o el de almendras a la barriga de la criatura, según el mayor o menor efecto que se quiere, y la hacen evacuar suavemente.

Aplicadas a la boca del estómago, les hacen vomitar, mientras que a la barriga determinan deposiciones, según me han referido personas fidedignas.

En Costa-Firme, tienen las hojas del ricino, que allí llaman tártago, por muy buenas contra cualquiera inflamación externa; determinan un sudor local abundantísimo; se aplican, después de amor-

En las Indias Orientales se mezcla el aceite de ricino con cal apagada para hacer un cemento con que cubren las casas, los buques y las maderas expuestas a la intemperie.

Se usa para el alumbrado y para fabricar perfumes y jabón, y como lubricador de las máquinas, con preferencia a otras grasas para los aeroplanos, por la condición de congelarse a muy baja temperatura; con todo lo cual queda demostrada la gran importancia terapéutica e industrial del ricino.

y doctor de la Facultad de Medicina de París.

Según los informes que se me han suministrado puede tener de sesenta a sesenta y cinco años de edad; es alto, delgado, con barba a la francesa, mirada penetrante, carácter jovial y sonrisa un tanto burlona.

Posee una clara inteligencia, es muy afi-

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

Muestras y literatura

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

SEGUNDA PARTE

I

Para mí fué simple coincidencia.

Quizá un espíritu menos razonador habría buscado causas abstrusas para explicarse lo sucedido al respecto.

tiguadas al fuego, a la parte enferma; cuando están bien empapadas en sudor deben mudarse, continuando así hasta que el mal desaparezca.

Colocadas en la cerviz y a la vez en las espaldas, puesto después en cama el enfermo y bien arropado, rompe en sudor, y el dolor de cabeza desaparece muy pronto. Durante el sueño, que no tarda en venir, eso es una práctica vulgar en Venezuela, que se usa hasta para los dolores de muelas, y que ordinariamente surte efecto; alivian también los dolores reumáticos y los cólicos aplicadas tópicamente a las partes enfermas.

En las islas de Cabo Verde se usan las hojas del ricino blanco para promover la leche en las recién paridas, cuando la secreción láctea tarda en presentarse, como sucede con frecuencia en esos países; para eso, con un manojo de ellas y como tres botellas de agua común se hace una decocción que sirve para dar a los pechos un baño local de quince a veinte minutos, después de lo cual las mismas hojas que han servido para preparar se aplican a manera de cataplasma, y se dejan aplicadas hasta que se halla evaporado toda la humedad; esos

BARDANOL

Estafilococias de todas clases

Una persona amiga (el Dr. Félix Laitret) me regaló un par de semillas de *tártago* bastante hermosas, y yo, a mi vez, se las regalé a Benchetrit.

¿Por qué? Sencillamente, porque yo no tenía un terreno apropiado para sembrarlas y Benchetrit estaba organizando su casa, y ésta tiene un espacioso corral.

Allí se desarrollaron las dos matas, grandes y frondosas, cual símbolo del triunfo que esperaba a Benchetrit.

¿Puede, acaso, sospechar siquiera lo que iba a suceder con la pandemia?...

¡Juro que nunca he sido zahorí!

Pero, sea como fuere, es lo cierto que entre Benchetrit y el *tártago* existe ahora una estrecha relación, y ambos figurarán unidos en la historia de la Cosmopedia actual.

II

Me referiré en este capítulo a ciertos antecedentes de Benchetrit para enlazarlos con su sistema curativo, puesto en práctica con excelentes resultados en la terrible enfermedad que tantas vícti-

YODALGON

ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

mas ha ocasionado aquí y en todas partes.

¡Hablaré de un hombre de esa tierra de donde quizá surja el triunfo de las ideas redentoras, del país de inteligencias que han brillado como soles y de los bárbaros cosacos!...

Jacques Berliawky es de origen ruso

ARTE GRAFICO

Fotografado. Hortaleza, 21. Tel. 14623

Especialidad en trabajos para Laboratorios

cionado a la lectura, gran fumador de tabaco, y de ideas tan radicales, que hoy podría calificarse de *bolcheviquista*.

Se ha casado tres veces en su país.

De su primera mujer le quedó una hija, que lleva el nombre de Débora, inteligente y bella, con esa belleza singular de las mujeres eslavas, la cual es hoy doctora de la Facultad de Medicina de París.

Su tercera esposa, la señora Sokoloff, es viuda de un médico ruso y tenía dos hijos, que después fueron ingeniero el uno y médico el otro; este último murió guerreando en el frente ruso.

La señora Sokoloff es partera, muy activa, trabajadora y eminentemente caritativa, sin hacer distinción de razas ni de religión.

Su marido y ella están pensionados hace años por la colonia israelita de Tetuán para asistir a los pobres, y el hogar de este matrimonio es un centro social donde concurren con frecuencia los profesores y profesoras de los colegios, y personas de distinción.

El Dr. Berliawky, como profesional, es un médico observador y enemigo de novedades terapéuticas.

PAIDOTROFO

TONICO INFANTIL

fomentos y aplicaciones se repiten a cortos intervalos, hasta que la criatura encuentre su alimento; ordinariamente, bastan algunas horas para que surta su efecto."

Los árabes usan el aceite de ricino en fricciones para hacer desaparecer las manchas de la cara llamadas pecas, y las personas a quienes se les ha caído el pelo a causa de la reciente pandemia le están usando para combatir la alopecia.

El *Boletín de la Sociedad de Horticultura*, de Limonges, aconseja el uso de las hojas del ricino para matar las moscas, y el cocimiento de las mismas hojas para destruir el pulgón y otros insectos que atacan las plantas.

Mezclado con pez rubia y melaza se fabrica papel para atrapar moscas, y da buen resultado, en substitución del aceite de cedro, para uso del microscopio.

96%
CONVALESCIENTES
Elixir CALLOL

Cree que la cirugía debe intervenir en último término; se vale siempre en su práctica de los medios más sencillos; no usa ninguna especialidad farmacéutica, y su arsenal constaba en la época a que me contraigo de los 27 remedios siguientes:

Ácidos bórico y fénico; nitrato de plata y sublimado corrosivo; quinina y salicilato de sodio; sulfato de magnesio, aceite de ricino y calomelanos al vapor; tanino y subnitrato de bismuto, bicarbonato de sodio y magnesia calcinada; digital, caféina y esparteína; yodo y yoduro de potasio; opio, azufre, bromuro de potasio, carbonato de hierro, amoníaco líquido, ergotina, ipecacuana, polígala y semencontra.

Esto es oponer la *Cligo* a la *Polifar-macia*, para lo cual se necesitan especiales aptitudes.

(Concluirá)

la cura radical de la hernia del pulmón consta de cuatro tiempos, que son: Incisión de las cubiertas de la hernia, en dirección paralela a las costillas y cruzando la parte más prominente del tumor herniario. Disecación de las hojas que constituyen las paredes y el aislamiento del saco herniario pleural si existe. Reducción de la hernia, seguida de la oclusión del cuello del saco y de la resección de éste. Oclusión de la herida por medio de cuidadosas suturas en planos. Habitualmente se hacen tres planos de sutura: el primero, para los músculos intercostales; el segundo plano, para la fascia que los cubre, y el tercero, para la piel. El tratamiento de estas formas de hernia no se debe demorar, porque no tienen tendencia a la curación espontánea, y la porción herniada se halla muy expuesta a padecer toda suerte de procesos pulmonares.

Neumoconiosis.—Son enfermedades producidas por la aspiración de polvos. En realidad, la atmósfera contiene siempre polvo en variables proporciones. Solamente es pura en alta mar y en la cima de las cordilleras nevadas. En el campo abundan los polvos de origen vegetal, y en las grandes ciudades, especialmente en los centros industriales, los de naturaleza orgánica. El aparato respiratorio tiene defensas naturales contra estos polvos, consistentes en que las primeras vías son anfractuadas, estrechas y están siempre húmedas y revestidas de moco, pero esto no basta a contener la totalidad del polvo que lleva el aire, y algunas partículas llegan hasta los bronquios y los pulmones. Las orgánicas se destruyen allí; las minerales penetran en los tejidos. Como consecuencia de esta inhalación constante e inevitable de polvo se produce cierto grado de neumoconiosis fisiológica. Hasta sucede que, arrastradas algunas partículas de polvo por las células emigrantes y los clasmotocitos, lleguen a regiones que no tienen relación inmediata con las vías respiratorias, por ejemplo, en la pleura costal. La neumoconiosis patológica, que es aquella en que la cantidad de polvo depositado

de las cavidades es el que proporciona resultados más brillantes, porque la extirpación de la zona enferma pocas veces es factible; gracias a aquélla, la fiebre disminuye de inmediatamente y el estado general mejora, de forma que los enfermos se pueden alimentar y resisten mejor una nueva operación si más adelante llega a ser necesaria. La curación, sin embargo, pocas veces llega a ser completa. La mayoría de los enfermos conservan como consecuencia de la intervención una fistula pulmonar, inconveniente menor si se tiene presente la gravedad del proceso que obligó a intervenir. En cuanto a los casos en que hay complicaciones por parte de la pleura, dijimos que la perforación hacia la cavidad pleural ocasiona a veces neumotórax valvulares con un síndrome grave de asfixia. Es claro que en estos casos hay que dar inmediatamente salida al gas acumulado en la cavidad de la pleura, que es aire mezclado con los gases de la putrefacción. Sirve para ello cualquier aspirador, pero es preferible emplear los mismos aparatos que se usan para el neumotórax, manejándolos al revés, o sea para aspirar en vez de inyectar. De este modo se tiene siempre noticia del estado de la presión en la pleura. Para los derrames serosos y purulentos no basta la simple aspiración. El médico general se verá obligado a veces a hacerla como recurso de urgencia, pero inmediatamente será necesaria la pleurotomía con resección costal.

Hernia pulmonar.—La hernia pulmonar o neumocèle está constituida por la prominencia de una parte del pulmón por un orificio en las paredes de la cavidad del tórax. Puede engendrarse de diferentes maneras, que sirven para distinguir otras tantas clases de neumocèles: congénito, traumático, consecutivo y espontáneo. La hernia pulmonar congénita puede ser anterior o lateral. La anterior se produce cuando no hay unión entre las dos mitades que constituyen cada una de las piezas del esternón o esternebraz; la lateral se produce por la falta de una o de varias costillas. En realidad, estos fenómenos

son simples curiosidades teratológicas, por cuanto coinciden con otras deformaciones incompatibles con la vida. La hernia traumática del pulmón se produce a consecuencia de lesiones importantes de la pared del tórax. Inmediata o tarda, se engendra por un esfuerzo de espiración hecho con la glotis cerrada, por ejemplo, en los golpes de tos.

El aire, que no encuentra salida, distiende los pulmones, y hasta suele suceder que el aire del pulmón del lado sano se inyecta a presión en del lado enfermo, al que falta punto de apoyo para resistir esta presión y se dilata a través del defecto de la pared. La parte herniada se presenta como tumor de forma redondeada, del color normal del pulmón y crepitante a la presión. Su tamaño oscila desde el de una avellana hasta el de un huevo. Durante la inspiración disminuye un poco este volumen, y durante la espiración aumenta. Si no se reduce la hernia, comienza por congestionarse, como en el comienzo de una neumonía, pero enseguida se esclera y el pedículo cicatriza. El tratamiento de estas hernias traumáticas tiene que ser diferente según que se trate de una lesión reciente o no. Si la hernia es reciente, se la debe reducir, para lo cual habrá que desbridar el espacio intercostal por el que se ha producido y separar fuertemente las dos costillas entre las que se encuentra; pero si la lesión no es reciente y, por consiguiente, se encuentra el tejido pulmonar en vías de esclerose, no es prudente intentar la reducción, sino que hay que ligar el pedículo y extirpar la parte prominente, pasando después el termostomocauterio por la superficie cruenta. En el primer caso se procederá inmediatamente a cerrar el orificio por el que la hernia se produjo, en tanto que en el segundo será preferible retrasar la sutura unos días hasta que se tenga la seguridad que a nivel de la herida pulmonar no se va a producir supuración ni otro accidente alguno. Las hernias llamadas consecutiva y espontánea difieren mucho de las variedades anteriores, porque en ellas el

pulmón no queda expuesto al aire. Fuerza la pared torácica, pero queda cubierto por las partes blandas más externas de la misma. La hernia consecutiva se produce habitualmente a consecuencia de un absceso de la pared del tórax, o en el sitio en que se practicó una pleurotomía. El tejido cicatricial no es tan resistente como el tejido muscular normal, y por eso en un esfuerzo puede hacer prominencia el pulmón a través del mismo. Pero resisten la piel, y acaso los músculos superficiales, por ejemplo, el dorsal ancho, el serrato mayor, el pectoral mayor, etc., según el sitio en que la hernia se haga. La espontánea se produce de una manera semejante, pero sin que haya habido antes lesiones apreciables. Se trata generalmente de personas de edad avanzada, en las que la musculatura presenta ya zonas degeneradas. Otras veces se produce la hernia sencillamente por la separación de los músculos intercostales. Si la hernia se produce lentamente, la pleura visceral se distiende y se forma un verdadero saco; pero si la lesión se produce de modo brusco, la pleura parietal se desgarrará, y el pulmón, con su pleura visceral, se encuentra en contacto directo con la piel y el tejido celular subcutáneo. Cuando la pleura forma saco suele contraer adherencias con las otras partes de la pared, y constituye después un obstáculo a la reducción.

El tratamiento de estas dos variedades, espontánea y consecutiva, consiste en reducir la hernia y esperar que se haga la cicatrización de la pared, manteniendo la reducción por medio de un apósito con pelota convexa de tamaño adecuado al del orificio. Pero si la cicatrización no se hace o si la hernia es ya antigua y, por consiguiente, hay motivo para sospechar que los labios del orificio herniario no están en condiciones de cicatrizar, es conveniente proceder desde luego a la intervención. Otro tanto hay que hacer cuando no se logra reducir la hernia, cuando es grande y produce muchas molestias, que aumentan en la fase de la espiración. La operación para

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

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

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

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

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

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

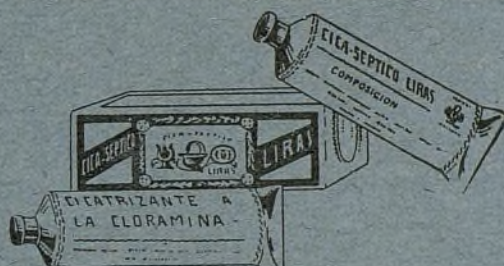
RECONSTITUYENTE RÁPIDO

ENOFOSFORINA SERRA

Fortalece a los débiles: Acorta las
convalecencias: Aclara la mente;
Devuelve el buen humor.

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.

IODASA BELLOT

Solución titulada de IODO PEPTONA - BELLOT
SIN IODISMO

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

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

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

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

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)

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



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

ELIXIR

SAIZ DE CARLOS

dulcimida

los diabéticos ya pueden comer dulce

MORATÓ.



**DULCIMIDA
MORATÓ**

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

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

Sabor agradable.

No contiene hidratos de carbono.

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

Indispensable en Diabetes, Glucosuria, Artritis, Obesidad, Gastroenteritis y Gastrocóleritis.

DIETA HIDRICA. — Dp./ Agua hervida, 1.000. Dulcimida, 8 a 10 tabletas.

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

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

TONICO INFANTIL

a base de glicerofosfato de cal, ácido arsenioso, glicerina y muíra puama.

FIMONAL

MEDICAMENTO

especial para el tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio.

Fórmula: Gomenol, arrhenal, benzoato sódico, benjín y dionina.