

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.241. — Tomo 95

AÑO OCHENTA Y DOS

23 Marzo 1935

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.^{ta}, 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 colestestina, 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.

Publicaciones de EL SIGLO MEDICO

CONTESTACIONES

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

CIRUGIA

HIGIENE

LEGISLACIÓN SANITARIA

4 TOMOS

1.600 páginas

PRECIO: 35 pesetas.

CADA TOMO POR SEPARADO, 10 PESETAS

UN MÉDICO RURAL

Novela original de BALZAC

Traducida por D. Marcelino Pastor

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

Portada de López Motos

4 pesetas ejemplar

LECCIONES DE BIOQUIMICA APLICADAS A LA MEDICINA PRACTICA

Por el Dr. ANTONIO DE LA GRANDA

(DOS FASCÍCULOS)

4 pesetas cada ejemplar

CINCO LECCIONES DE HEMATOLOGIA GENERAL CLINICA

Por el Dr. F. MAS Y MAGRO

Explicadas en la Facultad de Medicina de Valencia,
Cátedra del Prof. Dr. Manuel Beltrán Bágüena

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

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

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

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

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

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

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

Aguas Minero-Medicinales de MARMOLEJO

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

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

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

GRAN HOTEL BALNEARIO : Todo confort

Venta de agua embotellada en todas las farmacias

Pedidos de botellas e informes al señor Gerente, en

MARMOLEJO (Jaén)

Calle Calvario, 101 - Teléfono 9

Nuevos libros del Dr. Valdés Lambea

Jefe de los Servicios de tuberculosis del Hospital Militar
de Madrid y Profesor de Fimatology del Ejército

Percusión y auscultación del aparato respiratorio

(Seis lecciones elementales)

8 PESETAS

Terapéutica fundamental de la Tuberculosis

(Lecciones para médicos generales y estudiantes)

10 PESETAS

Pedidos a **EL SIGLO MÉDICO** : A reembolso 0,75 más

Nueva obra del Dr. STEIN

Compendio de Electro-Medicina moderna

Versión castellana, única que contiene registro completo ALFABETICO de todas las enfermedades que pueden tratarse con los más poderosos medios electro-médicos, conforme a las prácticas de los más destacados especialistas, e INDICACION de TECNICA A SEGUIR para el tratamiento de cada enfermedad.

Explica las PROPIEDADES de las corrientes eléctricas, FUNDAMENTOS CIENTIFICOS y la TECNICA OPERATORIA

Asegura el DOMINIO RAPIDO completo de la técnica. PRECIO: PTAS. 10.

Pídase a la LIBRERIA MEDICA, 331. Apartado 331. SEVILLA.

VACANTES

Para su provisión en propiedad por concurso, en armonía con lo dispuesto en la Ley de 15 de septiembre de 1932 (artículos 1.º y 2.º) y Reglamento de 7 de marzo de 1933 (artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19), se anuncian las plazas de Médicos titulares-Inspectores municipales de Sanidad siguientes:

—La de Merindad de Castilla la Vieja (Distrito segundo) (Burgos); partido judicial de Villarcayo; por separación; tercera categoría; dotación, 3.000 pesetas; 15 familias de beneficencia y población de 1.984 habitantes. Provisión, por concurso libre de antigüedad. Solicitudes, hasta el 17 de abril. La selección de aspirantes, por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Ayuntamiento a 75 kilómetros de la capital y dos de la cabeza de partido.

La estación más próxima, Pedrosa, a 20 kilómetros. Tiene buen servicio de carreteras.

—La de Merindad de Castilla la Vieja (Distrito pri-

mero) (Burgos); partido judicial de Villarcayo; por renuncia; tercera categoría; dotación, 3.000 pesetas; 10 familias de beneficencia y población de 1.820 habitantes. Provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes, hasta el 17 de abril. La selección de aspirantes, por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Ayuntamiento a 75 kilómetros de la capital y a dos de la cabeza de partido.

La estación más próxima, Pedrosa, a 20 kilómetros. Tiene buen servicio de carreteras.

—La de Valdeúncar (Cáceres); partido judicial de Navalmoral de la Mata; por renuncia; quinta categoría; dotación, 2.000 pesetas; 20 familias de beneficencia y población de 607 habitantes. Provisión, por concurso libre de méritos. Solicitudes, hasta el 17 de abril. La selección de aspirantes, por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Villa a siete kilómetros de Navalmoral, que es la estación más próxima.

Carretera de Navalmoral a Guadalupe.

—La de Aleia de la Obispalía y sus anejos (Cuenca); por separación; segunda categoría; dotación, 3.500 pesetas; 15 familias de beneficencia y población de 1.881 habitantes. Provisión, por concurso libre de méritos. Solicitudes, hasta el 17 de abril. La selección de aspirantes, por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Villa a 27 kilómetros de la capital y de la cabeza de partido.

La estación más próxima, Castillejo del Romeral, a 10 kilómetros.

Carretera de Cuenca y Madrid y otra a Cuenca.

—La de Vilaflor (Santa Cruz de Tenerife); por interinidad; cuarta categoría; dotación, 3.300 pesetas; 11 familias de beneficencia y población de 1.741 habitantes. Provisión, por concurso libre de méritos. Solicitudes, hasta el 17 de abril. La selección de aspirantes, por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Lugar a 29 kilómetros de la capital y 12 de la cabeza de partido.

Linimentos:

Acido salicílico	10 gramos.
Cloroformo	3 gramos.
Alcohol de 95°	50 gramos.
Aceite de ricino	100 gramos.

M. y agítese cada vez que se use.—Para aplicar por mañana y noche sobre las articulaciones dolorosas compresas impregnadas en este linimento, cubriendo después con tafetán impermeable y algodón.—Reumatismo articular agudo.

Guayacol puro	} aa	4 gramos.
Salicilato de metilo.....		
Acido salicílico		2 gramos.
Vaselina		40 gramos.

H. S. A.—Para hacer embrocaciones con 4 a 8 gramos de esta mezcla cada vez sobre las articulaciones dolorosas, cubriendo después con tafetán impermeable y algodón.—Reumatismo articular.

Liciones:

Acido salicilico	5 a 10 gr.
Ictiol	10 a 20 gr.
Alcohol de 90°	} aa 50 gr.
Eter	

M.—Para lociones varias veces al día.—Acné.

Acido salicílico	10 gramos.
Alcohol de 90°	100 gramos.
Glicerina neutra	200 gramos.

M.—Para friccionar el cuero cabelludo.—Alopecia seborreica.

Aplicado a las soluciones de continuidad tiene el mismo valor antiséptico que el salol.

Tolerancia satisfactoria.

Modos de administración y dosis.—Al interior: de 1 a 4 gramos, en sellos de 50 centigramos. (Niños: 20 centigramos por año de edad.)

Al exterior: Mezclas o pomadae al 1 por 20.

Mezcla:

Salacetol.....	2 gr.
Agua destilada.....	} aa 20 —
Glicerina.....	

M.—Para pinceladas.—Amigdalitis.

SALÍCICO (ÁCIDO)

Farmacología.—El ácido salicílico existe en las yemas del álamo y de la reina de los prados.

Agujas blancas que, por la acción de la luz, toman un color rosado, inodoras, de sabor azucarado, que después se hace desagradable, solubles en 500 partes de agua fría, en 2,5 de alcohol, 2 de éter, 100 de glicerina y muy soluble en agua caliente y en los aceites.

(Salicilatos: Véase a continuación.)

Acción fisiológica.—Poder antiséptico muy marcado por parte del ácido salicílico, pero atenuado por la presencia de las bases con que puede combinarse.

Acción antifermenescible enérgica. Puede retardar la putrefacción: sin embargo, no destruye los fermentos digestivos.

Acción local.—Aplicado a la piel en solución concentrada ejerce una acción disolvente que desprende la capa córnea. En las mucosas o en la piel denudada, la aplicación es irritante y dolorosa.

Absorción, eliminación.—Ingerido, el ácido salicílico irrita, en primer término, las mucosas digestivas (faringe, esófago, etc.), dejando una sensación de quemadura.

dura. Cuando es puro, puede producir erosiones y hemorragias.

Además, en muchos casos provoca náuseas, y a veces vómitos, seguidos de diarrea.

Las mucosas digestivas le absorben bien en estado de salicilato de sosa; la piel le absorbe muy poco.

La eliminación es rápida, sobre todo por la orina, pero también por la saliva, la bilis, etc. Se elimina como tal ácido salicílico, y en estado de salicilato de potasa y de ácido salicílico, por fijación de la glicocola.

“La orina toma entonces un color violeta por la adición de algunas gotas de percloruro de hierro.”

Sistema nervioso.—Las dosis un poco elevadas provocan zumbidos de oídos, con disminución de la agudeza auditiva, cefalea y una especie de embriaguez sin verdadero vértigo.

Tiende a paralizar (por acción analgesiante) la sustancia gris encefalomedular.

Corazón.—Acción variable con las dosis medias; en los reumáticos, determina eretismo cardíaco.

Las dosis elevadas son deprimentes e hipostenizantes.

Respiración.—No ejerce sobre ella una acción precisa.

Hígado, riñones.—El ácido salicílico, y mejor los salicilatos, aumentan la secreción de la bilis (que es más flúida) y la urea; por otra parte, substrayendo al organismo una notable proporción de glicocola, disminuye la formación de ácido úrico.

A grandes dosis, o después de un uso prolongado, el ácido salicílico y sus sales congestionan el hígado y los riñones.

Utero.—Frecuentemente, bajo su acción, las reglas son abundantes y prolongadas; puede ser abortivo.

Piel.—El ácido salicílico puede determinar erupciones diversas (eritematosas, vesiculares, etc.), generalmente tenaces.

Sellos:

Acido salicílico	20 centigramos.
Creta preparada	30 centigramos.

Para un sello.—De dos a cuatro al día (fuera de las comidas), con un vaso de agua de Vichy.—Dispepsias con fermentaciones.

Colodión:

Extracto de cáñamo	25 centigramos.
Acido salicílico	{ aa 1 gramo.
Alcohol de 90°	
Eter	2 gramos.
Colodión elástico	5 gramos.

M.—Embrocaciones diarias hasta que se desprenda la película córnea.—Verrugas, cuernos.

Colutorio:

Cloruro de cocaína	10 centig.
Acido salicílico	50 centig. a 1 gr.
Alcohol de 60°	5 gr.
Glicerina	15 gr.

M.—Para aplicaciones en las úlceras, falsas membranas o focos de infección de dos a ocho veces al día.—Anginas pseudomembranosas o flegmonosas, aftas.

Acido salicílico	20 centig.
Alcohol de 90°	C. S. p. disolver.
Glicerina	8 gramos.
Infusión de eucalipto	18 gramos.

Para aplicaciones locales.—Angina diftérica, estomatitis gripal con tendencia a la supuración de las criptas amigdalinas.

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

23-III-1935

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

El Monasterio de Piedra

RESEÑA HISTÓRICA

POR

LEANDRO JORNET (1)

(Publicado en Madrid hacia el año 1870)

(Conclusión)

—Seguid llamando—repuso el caballero—hasta que contesten.

Buscó el mozo una piedra, golpeó con fuerza y se oyó a lo lejos una voz que decía:

—¡Eh, que van a derribar la puerta! ¿Quién llama?

—Dos caminantes que piden posada en esta santa casa; abra, hermano Modesto, soy el tuerto de Monreal de Ariza.

—Debía haberte conocido por la manera de señalar. ¡Pues no andan poco tardíos!—prosiguió el lego, abriendo la puerta.

Ya dentro de la habitación del hermano Modesto, el caballero le preguntó por la salud del reverendo padre abad, don Sancho Hernando.

—Así se llama, en efecto—contestó el portero—, y está bien, gracias a Dios. ¿Le conoce vuesa merced?

—Sí, y desearía verle.

—A tanto no me obligo; pero hablaré al padre cillerero o bolsero, que es, como si dijéramos, el padre administrador, y él proveerá.

Poco rato después de este breve diálogo, el padre entraba en la portería.

—Hame dicho el lego que un caballero deseaba ver a nuestro reverendo padre, y aunque es intempestiva la hora, cono-

que estaba hablando con un alto personaje. La expresión de su rostro, sus ademanes, su distinguido continente, lo revelaban muy a las claras. Transmitió su impresión el padre bolsero al abad, y obtuvo licencia para acompañar a su celda al caballero desconocido.

—¿No me reconoce el reverendo padre Hernando?—dijo el caballero al entrar en la celda del abad.

—No, no me es desconocida esa fisonomía; pero no recuerdo cuándo ni dónde he visto a vuesa merced.

—En Madrid, hace quince años..., en la cámara real.

El cillerero hizo un movimiento que



revelaba la propia satisfacción por haber adivinado que aquél no era un caballero vulgar, sino un personaje de alta guisa.

El padre abad permaneció impasible, por más que el pensamiento que le asaltó hubiera debido traslucirse en la expresión de su rostro; pero el padre había contraído la costumbre de dominarse y de encerrar dentro de sí mismo sus impresiones y sentimientos.

—¿Se acuerda de mí el padre Hernando?

—Creo que sí. Siéntese... el noble caballero.

Adivinó también en esta casión el padre cillerero que entre dos personas que desean hablar en secreto molesta la presencia de un tercero, aunque le abonen condiciones de discreción y de reserva, y pidió licencia al abad para mandar que preparasen en la hospedería cena y cama para el distinguido huésped.

—¡Vos aquí!...—dijo el abad al caballero, después de cerrar la puerta y echar la llave—. No vuelvo de mi sorpresa... Os juzgaba...

—Me he fugado de la cárcel; por mal trilladas sendas y ásperas trochas, con el miedo de ser descubierto por muchos que antes se arrastraban a mis plantas mendingando, no una sonrisa, una mirada mía, he venido aquí a pedir hospitalidad. Si inquieta al reverendo padre el menor recelo, si teme las iras del poderoso, signifíquelo con el silencio, y seguiré mi camino.

—Me ofende la duda. Obra de misericordia es dar posada al peregrino... ¿Cómo pudiera yo negárosla?... Asilo sagrado es éste, aun para los criminales, ¿y no lo sería para un desdichado? No por una noche, para el tiempo que quisieréis tenéis seguro el albergue; pero si conviene a vuestro interés que se ignore vuestro nombre, sea.

—Por algo, reverendo padre, he querido pasar por aquí. Tenía necesidad de ver un rostro compasivo y de estrechar una mano amiga. Desde que perdí la privanza, desde que empezó el ruidoso proceso del que supongo tendréis noticia, han huído de mí los hombres como de un leproso. Los que más me estaban obligados han vuelto desdenosamente la espalda; muchos han renegado de mi nombre; algunos me han calumniado. En mi palacio de la calle de Santa Isabel me asediaban a todas horas, me asediaban en el Consejo, me perseguían en la calle. Ha soplado el viento de la desgracia y no me ha quedado ni uno solo de aquellos ruines parásitos, ni por el bien parecer siquiera.

—*Tempora si fuerint nubila solus eris.* ¿De qué os maravilláis? Os sucede lo que a Ovidio. Mire vuesa merced si es antiguo el ejemplo. ¿Cuándo la desgracia ha tenido cortesanos? ¿Creáis, en los días de la prosperidad, que eran a vuestra persona tantos besamanos, tantas y tantas lisonjas? ¿Cómo vuestro agudísimo ingenio no veía que rendían tributo y vasallaje al dispensador de codiciadas mercedes?... Que hasta los hombres de superior entendimiento se alucinen, cosa es que no se comprendería si no supiéramos que el orgullo lo refiere todo

RECOMIENDE USTED A LAS MADRES PARA CUIDAR BIEN A SUS HIJOS

ALIMENTO FOSFATADO "TRÓPICO"

Madrid - Conde de Romanones, 4 - Teléfono 72638

a sí propio. Dispensad que haya mortificado el vuestro, pero la conversación me ha traído, sin yo quererlo, a este linaje de consideraciones. Dejemos este punto, si os parece, y decidme qué os proponéis, si no hay indiscreción en la pregunta.

—Ganar la frontera. Mi enemigo es implacable, es sañudo, y tan poderoso, que no hay en la tierra quien le juzgue. Como sabéis, reverendo padre, para mi perseguidor enemigo no hay más residencia que la residencia universal y el Supremo Juez, y es desigual la partida.

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

ciendo la bondad de su reverencia, deseo complacer a vuesa merced. Voy a anunciarle la visita... ¿De parte de quién, si vuesa merced no lo ha por enojo?

—De parte de un su amigo—repuso el caballero—, aunque nada tendría de particular que ya de mí no se acordase.

El padre bolsero fijó su atención en el desconocido, y como práctico en el conocimiento de los hombres, comprendió

(1) El verdadero nombre del ilustre literato autor de esta obra es D. Juan Federico Leandro Muntadas y Jornet. (N. de la R.)

¡Ah, si se pudiera juzgar otra vez! Por el santo de mi nombre os aseguro que débiles complacencias, un exagerado celo y una servil sumisión no me llevarían a ser instrumento de quien cree que está autorizado para todo, hasta para romper el instrumento de que fría y cautelosamente se ha servido. Quizás no sólo el servicio de esa persona me impulsaba a hacerme agradable a sus ojos. Aquí puedo hablar como no me he expresado en parte alguna: he pecado a sabiendas, reverendo padre; pero en Dios y en mi ánima que en el pecado llevo la penitencia. Ayer era envidia de las gentes, hoy soy fábula del mundo, y han

JARABE ALMERA

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

caído sobre mi cabeza tantos males y desventuras, que aun para pensados son grandes. ¡Qué diferencia entre vuestra existencia y la mía!... ¡Qué dulce reposo, qué apacible tranquilidad en este apartado desierto!...

Siguió la conversación girando sobre varios temas, y el desconocido demostró que le eran familiares no sólo los sucesos y personajes de España, sino los secretos de la mayor parte de las cortes de Europa.

Llamaron a la puerta.

—¿Qué quieren?—preguntó el abad.

—La cena está preparada y dispuesta la cama para el huésped.

Y éste dijo:

—No quiero molestaros por más tiempo, reverendo padre. Mañana temprano seguiré mi jornada.

—¿Quién sirve a vuesa merced de guía?

—Un labrador de Monreal.

—Poca compañía lleváis.

—Más no necesito.

—Mañana os acompañarán doce criados de esta casa hasta donde fuere de vuestro agrado. ¿Necesitáis dinero? Decídmelo sin rebozo.

—Tengo sobrado para el camino. ¿Cómo podré pagaros tan señaladas mercedes?

—Nada me debéis. Cumplo con un de-

SOPA DE AGRIMAX

(Sopa de "Babeurre")

Leche parcialmente descremada y acidificada
— con la adición de Hidratos de carbono —

Fábrica y Laboratorio de Productos Dietéticos
MAX F. BERLOWITZ
Apartado 595 Madrid

ber de caridad. A mis ojos vale más el desdichado, por serlo, que el poderoso. Dios os defienda y encamine a seguro puerto y os libre de los furores de vuestros enemigos.

Besó el desconocido la mano del abad y salió de la celda hacia la hospedería.

Al día siguiente, antes de rayar el alba, doce criados del Monasterio bajaban acompañando al huésped por la

cuesta de Nuevalos, con dirección a Bubberca.

Antes de entrar en él, apeóse el caballero de su mula, que era la mejor en-

"JUSTO", FAJISTA

Fajas médicas y de vestir



SE HA TRASLADADO A
Mayor, 4, entl.º - MADRID

tre las mejores que tenían los monjes en sus cuadras (1), despidió a los criados y entró solo en el pueblo, y de allí, a las pocas horas, tomó el camino de Zaragoza, en donde su presencia fué causa de gravísimos sucesos, de profundas alteraciones, no ya en la capital, sino en todo el reino de Aragón. Por él riñeron sangrienta batalla castellanos y aragoneses; por él cortó el verdugo la cabeza del justicia; por él perdió Aragón sus fueros y libertades. Aun las personas menos versadas en los estudios históricos habrán reconocido en el misterioso personaje que fué desde Monreal de Ariza a Nuestra Señora de Piedra, y desde allí a Bubberca y a Zaragoza, al valido y secretario del rey Felipe II, al famoso Antonio Pérez (2).

EL MITO DE WALTRAUTA

POR EL

DR. S. GARCÍA VICENTE

Una de las consecuencias de mi vida, que considero francamente favorable por haber contribuido a alegrar y embellecer el obligado vivir, es el haberme podido iniciar en el arte wagneriano, conjunto excelso de música, poesía, leyenda y filosofía reciamente humana, que no polariza en exclusiva ni aísla a los verdaderos devotos de aquél de los demás factores productores de

CARABAÑA: el mejor purgante

emociones artísticas y especialmente musicales. De mí puedo afirmar que gustándome el arte de Ricardo Wá-gner más que ningún otro, admiro, gozo y me extasío sinceramente ante toda música sencilla o complicada en la que exista, o a mí me lo parezca, inspiración creadora de reacción emotiva: así la cadencia simple y eterna de los cantos populares—los lánguidos, cadenciosos, meridionales, de raíz oriental y musulmana; los recios y aus-

(1) Desde el reinado de D. Pedro IV de Aragón, por lo menos, eran nombradas las mulas de silla del Monasterio. Hemos visto una carta del príncipe D. Juan, primogénito del rey D. Pedro, al religioso abad de la Piedra, fechada en Barcelona el 14 de mayo del 1373, en que le pide una mula para traer desde Perpiñán a su futura esposa, la hija del conde de Armatsac; de donde se deduce la superioridad de la cabalgadura que solicitaba sobre las que tuvieran los monjes de los conventos más próximos a la antigua ciudad de los condes.

(2) Blasco de Lanuza refiere que Antonio Pérez fué de Bubberca a Piedra, y de allí a Calatayud; pero la tradición señala el itinerario que hemos seguido en la leyenda.

teros de las tierras llanas (seguidillas, jotás) los melancólicos de países montañosos (cantos gallegos y vascos); las sardanas de instrumentación y melodía de aguda originalidad—; las tonadas cascabeleras, alegres y algo absurdas del madrileño Chueca, las frases musicales sinceras, inspiradas y enjundiosas de la admirable producción de Chapí; los aciertos de Bretón ("Verbena de la Paloma", "La Dolores"), y de Vives ("Doña Francisquita"); la música recia y de perfecta sintonía, entre la inspiración y el asunto de Albéniz y su escuela (Granados, Falla, Turina, las tres o cuatro joyitas musicales que

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

creó el violinista Sarasate); el pulimento de destellos que al folklore vasco saca el maestro Guridi y el inspirado P. San Sebastián; la música fácil, graciosa y pegadiza de Barbieri, Serrano, Caballero, Giménez y tantos otros; y en la inmensa producción europea, con los diferentes centros de creación musical, en los que parece que la inspiración siguiese normas encauzadas por características raciales; así la genial e insuperable producción centroeuropea; la ponderada e inspirada a la vez de la escuela francesa; la apasionante, misteriosa y arrebatadora de los músicos rusos, y la melodiosa y fácil, pero de oro de ley de la producción italiana; todo este mundo nuevo, musical, creado en delegación divina por el hombre y que mayor aún que el mundo somático en que vivimos, envuelve a éste en maraña de ondas que en milagro de civilización llevan el placer innegable de la música los rincones más traspuestos...

Pero el arte de Ricardo Wá-gner es aún más que todo eso, porque es "más que música", y además caudal de emociones inagotable en el continuo investigar de toda una vida; música siempre novia, la que nunca se llega a poseer por completo y en la que el final de una audición o coloquio es el comienzo

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico.

ALCALA, 88. — MADRID

del deseo creciente de llegar al próximo.

Con el cierre de nuestro Teatro Nacional de Opera tenemos que gustar incompletamente el arte wagneriano, oyendo su música donde podemos y leyendo sus poemas; una de estas lecturas, acaecida en el transcurrir inmediato de una algarabía de pasiones, ambiciones e intrigas en nuestro mundillo médico, alrededor de algunos puestos

Continúa en la página XIV.)

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

Cultivo de neumococos y variedades de ESTREPTOCOCOS,
GRIPE — NEUMONIA — PLEURESIA FIBRINOSA
ANGINAS CATARRALES — OTITIS — ERISPELA.

GONO

Blenorragia. Metritis. Pelviperitonitis. Artritis.
Orquitis. Cistitis. Prostatitis.

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Acné. Forunculosis.
Anthrax. Abscesos e infecciones a estafilo.

Teoría de la inmunidad y todos los trabajos científicos publicados se remiten a los
Sres. Médicos que lo soliciten a **M. MARTIN YAÑEZ.-Apartado 384.-Madrid**

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.



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



MAYOLINA

LAXANTE Y LUBRIFICANTE INTESTINAL, PREPA-
RADO A BASE DE ACEITE DE PARAFINA PURISIMO
: : AROMATIZADO Y DE GRAN DENSIDAD : :

EVITA Y CURA EL ESTREÑIMIENTO

Muestras y literatura:

Dr. A. López Ciudad.-Ferraz, 46.-MADRID

Uromil

PODEROSO DISOLVENTE DEL ACIDO ÚRICO, PARA COMBATIR LA URICEMIA
Y LAS ENFERMEDADES DEL METABOLISMO



ARTRITISMO

ARTERIOESCLEROSIS

CÁLCULOS

GOTA

REUMA

LABORATORIOS VIÑAS - CLARIS, 71 - BARCELONA

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

*Quina, carne,
lacto-fosfato de cal*



RIGUROSAMENTE DOSIFICA-
DO Y ASIMILABLE, REUNE
TODOS LOS PRINCIPIOS AC-
TIVOS DEL FOSFATO DE CAL,
DE LA QUINA Y DE LA CARNE

Es el reconstituyente más
enérgico en los casos de
desnutrición y de dismi-
nución de los fosfatos
cálcicos

De venta en todas las
farmacias

Depósito general para España:

D. Antonio Serra Pamies, S. A.
Apartado 26, REUS (Tarragona)

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

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

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



Kellogg's ALL-BRAN

(TODO SALVADO)

el remedio benigno y natural contra el estreñimiento

Depósito: Casa SANTIVERI, S. A., Calle de Call, 22-BARCELONA
MADRID: Plaza Mayor, 24 :: Campaneros, 26-VALENCIA

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

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

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

1854 * ANO OCHENTA Y DOS * 1935

CONSEJO DE REDACCION CIENTIFICA

Presidente: Excmo. Sr. Profr. D. Amalio Gimeno y Cabañas
Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Vicepresidente: Excmo. Sr. Dr. Víctor M.^a Cortezo
Inspector general de Instituciones Sanitarias. Profesor del Instituto Nacional de Sanidad

VOCALES

Dr. MARIANO ACENA De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Prof. A. GARCIA Y TAPIA De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. NICASIO MARISCAL Y GARCIA Director del Instituto Nacional de Toxicología. Académico y Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.	Prof. R. ROYO-VILLANOVA De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina.
Dr. VITAL AZA Y DIAZ Director del Sanatorio quirúrgico de Santa Alicia. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. MARIANO GOMEZ ULLA Inspector general de Cirugía del Ejército.	Dr. A. MORANA Y JIMENEZ Análisis clínicos.	Dr. J. SARABIA Y PARDO Pediátra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de 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.	Dr. F. GONZALEZ DELEITO Teniente Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos.	Dr. F. MURILLO Y PALACIO Ex Director general de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Prof. ANTONIO SIMONENA Y ZABALEGUI De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina.
Dr. JULIO BRAVO Jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección general de Sanidad. Médico de los Dispensarios Antivenéreos nacionales.	Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA De la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Prof. J. A. PALANCA Y MARTINEZ FORTUN Ex Director general de Sanidad. Profesor del Instituto Nacional. Académico 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.
Dr. SANTIAGO CARRO Profesor del Instituto Rubio. 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. ANTONIO PIGA Y PASCUA Médico forense de Madrid. Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.	Prof. ENRIQUE SUNER Y ORDONEZ De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina.
Prof. A. FERNANDEZ MARTIN Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Dr. J. DE ISASA Y ADARO Pediátra.	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. J. M.^a TOME Y BONA Dermatólogo. Bibliotecario de la Academia de Dermatología y Sifiliografía.
Dr. E. FERNANDEZ SANZ Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. SANTIAGO LARREGLA Jefe del Laboratorio del Hospital de San Francisco de Paula y del de Pediatría de la Facultad de Medicina.	Dr. A. PULIDO Y MARTIN Urólogo. De la Beneficencia provincial. 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.
Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina.	Dr. E. LUENGO Y ARROYO Del Instituto Nacional de Higiene.	Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. J. VALDES LAMBEA Jefe de los Servicios de Tuberculosis del Hospital Militar y Profesor de Fisiología del Ejército. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.
Dr. S. GARCIA VICENTE Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid.	Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. J. MARTIN RENEDO Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel.	Dr. J. M.^a DE VILLASVERDE Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuropsiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.
	Dr. MANUEL MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Nacional de Medicina.		

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: Departamento de Anatomía humana del Prof. De la Villa: Arteria vicariante del miembro superior, por L. Gómez Oliveros.—Trabajos del Servicio Central de lucha contra el tracoma: Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de la dacriocistitis crónica supurada, por Pedro Rabadán Fernández.—Lucha Antituberculosa de España: Sobre el concepto de tuberculosis cerrada, por los Dres. Carlos Díez Fernández y Laureano Lago Ferreira.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA HUMANA DEL PROF. DE LA VILLA

ARTERIA VICARIANTE DEL MIEMBRO SUPERIOR

POR

L. GÓMEZ OLIVEROS

Alumno interno de la Facultad de Medicina de la Universidad Central

Al acabar de inyectar una masa colorante y repletiva en la arteria humeral de cierto miembro superior humano, advirtió mi profesor, el Dr. Villa, cierta aberración disposicional en los vasos arteriales del referido miembro, pudiéndolo yo comprobar perfectamente siguiendo el guión que me marcara mi maestro. Inmediatamente, él mismo lo disecó con la pericia y minuciosidad en él proverbiales, cumpliéndose el aserto que momentos antes dijera. Instado por mi maestro para que yo disecara el miembro congénere, para ver si la anomalía observada se repetía, toda vez que su existencia nos había de servir fundamentalmente para mejor explicárnosla; y, efectivamente, hecha la disección, pudimos comprobar la anomalía acusada, esto es, que nos encontrábamos frente a una anomalía arterial bilateral del miembro superior, que me permito presentar a los lectores de esta revista, por entender que tal anomalía tiene interés, no ya solamente mirada desde el punto de vista anatomoembriológico, sino también desde el punto de vista médicopráctico.

Descripción.—Recuérdese que la arteria axilar, continuación de la subclavia, se introduce en el miembro superior a través de la axila, para, en el brazo, tomar la denominación de arteria humeral, *s. de a. brachialis*, la cual, a nivel de la flexura del codo, se bifurca en cubital—*a. ulnaris*—y radial—*a. radialis*—. Estas siguen por el antebrazo; la segunda, dirigiéndose en sentido laterodistal, se coloca por dentro del músculo humero-estilorradiar—*m. Brachioradialis*—, descansando, sucesivamente, de arriba abajo, próximodistal, sobre el m. supinador corto—*Supinator*—, pronador redondo—*Pronator teres*—, flexor largo propio del pulgar—*Flexor pollicis longus*—y pronador cuadrado—*Pronator quadratus*—. La primera arteria cubital sigue una trayectoria, primero oblicua mediodistal, para luego, hacia el tercio medio del antebrazo, hacerse vertical o casi vertical; en su primer trayecto oblicuo es francamente profunda, de difícil accesibilidad, ya que la cubren los

músculos pronador redondo, palmar mayor—*Flexor carpi radialis*—, palmar menor—*Palmaris longus*—y flexor común superficial de los dedos—*Flexor digitorum sublimis*—, reposando ella sobre el tendón del braquial anterior—*Brachialis*—y el flexor común profundo de los dedos—*Flexor digitorum profundus*—. Podemos decir que en su camino vertical corre en el intersticio existente entre su músculo satélite, el cubital anterior—*Flexor carpi ulnaris*—y el flexor superficial, común de los dedos, siendo aquí relativamente superficial, ya que se cubre por la fascia de envoltura del flexor común superficial de los dedos la fascia del antebrazo, tejido celular subcutáneo y piel; profundamente, se relaciona con el flexor común profundo y el pronador cuadrado, siguiendo, por encima del ligamento anular, a la palma de la mano.

Estas líneas quieren indicar, a rasgos esqueléticos, la situación y relaciones de las dos arterias principales del antebrazo, para la mejor inteligencia de lo que a continuación expongo.

Los casos que menciono se refieren a una arteria humeral de longitud escasa (véase más adelante), debido a su bifurcación alta y a que una de las ramas de su división, la correspondiente a la arteria cubital, es de trayecto superficial. El hecho es así (figuras primera y segunda):

La arteria humeral, a nivel del tercio medio del brazo, da dos ramas: la una, lateral, el tronco radio interóseo, y la otra, medial, la cubital; la primera sigue en el brazo el trayecto que le corresponde a la humeral, y la segunda, que a poco de su origen atraviesa la fascia braquial, haciéndose francamente superficial; y ya así, y envuelta en un tejido conjuntivo un poco condensado, dependiente de la fascia que perfora, camina, en el brazo y antebrazo, describiendo algunas sinuosidades, que hacen que en el antebrazo sea mediana, siguiendo así hasta el ligamento anterior del carpo, donde finaliza, formando por sí sola el arco palmar superficial—*arcus*

volaris superficiales— (hecho anómalo). En todo este trayecto, la cubital superficial o arteria vicariante del miembro superior, que es como nosotros la conocemos, se pone en relación con las venas y nervios superficiales de brazo y antebrazo, de tal manera, que la vena cefálica la cruza en el tercio inferior del brazo de abajo arriba y de dentro afuera, o sea próximolateral, siendo cruzada en el pliegue del codo por la vena radial superficial, y por la vena mediana en el tercio inferior del antebrazo. A través de la fascia que la envuelve se relaciona, en el brazo, con el bíceps braquial—*Biceps brachii*—y braquial anterior, y en el antebrazo lo hace sobre los músculos epicondíleos mediales. Tal es la disposición de la arteria vicariante del miembro superior o cubital superficial, tanto en un miembro como en el congénere.



Figura 1.ª

Fotografía del Museo de Anatomía Humana, del catedrático Dr. J. de la Villa.—Arterias humeral, radial y vicariante del miembro superior. Cubital superficial.

Las ramas que de ella se desprenden son escasas, y sólo en el brazo merecen mencionarse, pues las del antebrazo son pequeñas ramitas musculares y fasciales. En

el brazo tiene algunos ramos colaterales de poco calibre, que se distribuyen por el músculo braquial anterior; pero, fundamentalmente, da una rama de mayor diáme-



Figura 2.ª

Fotografía del Museo de Anatomía Humana, del catedrático Dr. J. de la Villa.—Arteria vicariante del miembro superior en el antebrazo y mano. Obsérvese el arco palmar superficial, únicamente formado por esta arteria.

tro, que representa la arteria colateral interna inferior de la humeral, que sigue y se reparte, con poca diferencia, como normalmente. En el antebrazo (figura segunda), ya hemos dicho que apenas si da ramos, siguiendo así hasta la mano, donde finaliza, momentos antes de haber dado una arteria cúbitopalmar muy delgada, formando una curva de convexidad distal, que es de donde parten las arterias digitales primera, segunda, tercera y cuarta, para, una vez generadas éstas, seguir ella casi extenuada hasta los músculos tenares, donde termina en ramitos que se reparten en los músculos, separador corto del pulgar—*Abductor pollicis brevis*—y flexor corto del mismo dedo—*Flexor pollicis brevis*.

Las restantes arterias que le correspondía dar a la arteria cubital las da el tronco interóseo y una de sus ra-

mas, la interósea palmar o anterior—*a. interosei volaris* (figura tercera).

Topografía y aplicaciones prácticas.—Es fácil comprender que tal situación de la cubital cambia completamente su topografía, de tal manera, que esta aberración merece ser tenida en cuenta por los cirujanos; es

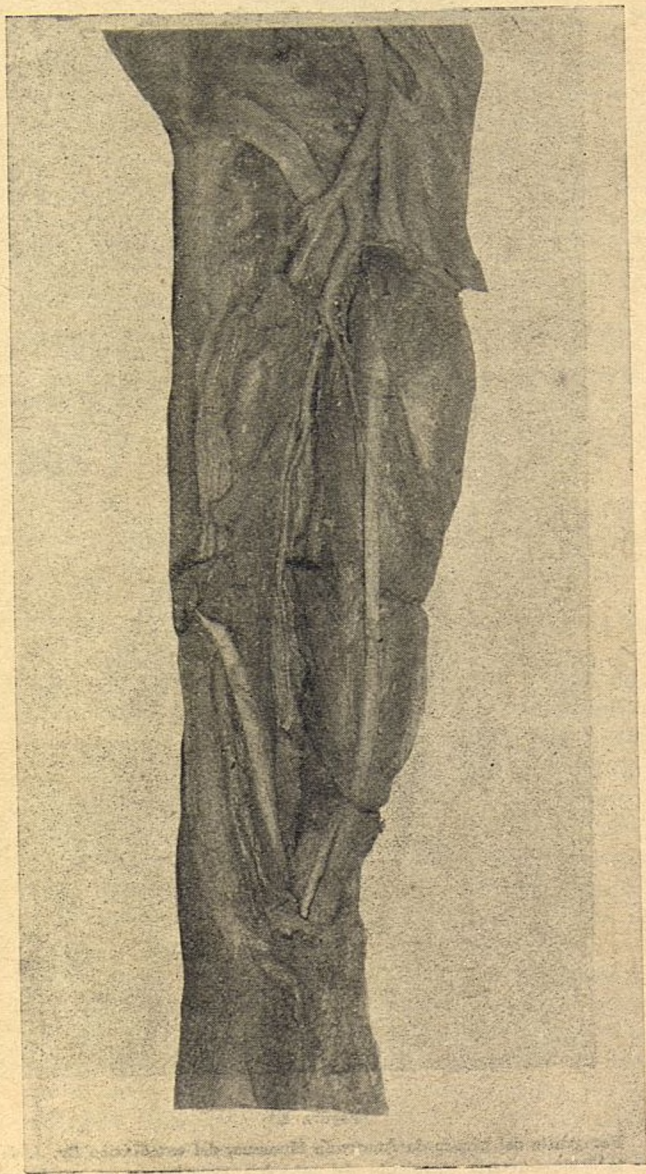


Figura 3.^a

Fotografía del Departamento de Anatomía Humana, del catedrático Dr. J. de la Villa.—El tronco de las interóseas, con la interósea anterior, dando sus ramas y las que habría de dar la cubital.

verdaderamente una anomalía, cuyo conocimiento es muy útil prácticamente en la vida médica, y que ya de antiguo se le viene dando importancia. (Cruveilhier, Velpeau, Malgaigne, Creus, etc., etc.)

Si no se tuviera presente el que eventualmente puede existir una cubital superficial, se puede caer en el error de ligar ésta por la humeral, debido casi siempre a su colocación central en el pliegue del codo; claro que no es fácil, si se tiene en cuenta la situación subfasial de la humeral y paramos mientes en lo superficial que es la arteria vicariante o cubital superficial.

Al mismo tiempo, puede ser tomada por una vena en el curso de una sangría o de una inyección intravenosa, lo cual ha de ser desagradable, si se confía un poco y

no se presta atención, pues de no haber hemorragia o, a lo sumo, una que sea nimia, como normalmente sucede en su práctica, a la que se obtendría caso de caer en confusión, es de gran diferencia. *A priori* diré que cuando queremos ligar la cubital, se hace, casi siempre, en el tercio inferior de la línea epitrocleoepisiformiana, que es donde es más accesible, o, en todo caso, en el tercio medio, pero de ningún modo en el tercio superior, pues aquí tiene normalmente una situación francamente profunda, y la operación tiene más inconvenientes que ventajas, de tal manera, que yo, en mis modestos conocimientos bibliográficos, sólo he registrado el caso de Marjolin, que la ligó en este sitio. Si, evidentemente, tenemos que hacer una ligadura alta, yo creo que se debe hacer lo que dijo Malgaigne, esto es, ligarla en el momento que se desprende de la humeral, antes de que se meta debajo de los músculos epitrocleares. Si nosotros advertimos con anterioridad que existen arterias vicariantes del miembro superior o cubital superficial, acaso por percibir el latido arterial y al mismo tiempo no observar pulso cubital normal, y sí el radial, entonces no tenemos problema, si en la intervención quirúrgica tenemos que ligarla, pues siendo así nos será fácil hacerlo en cualquier punto de trayecto.

Explicación.—No es nada fácil dar una explicación adaptada con veracidad en todo a la embriología y a la anatomía comparada, bases de las teorías dilucidatorias, y más si recordamos el gran número de autores que de ello se ocuparon, sacando, en fin de cuentas, hipótesis, cual son las de Meckel, Parisot, Hyrtl, Giacomini, Krause, Ruge, Schwalbe, Berta de Vriese, Erik, Müller, Göppert, Thane, Rauber-Kopsch, Dubreil-Chambardel, B. Adachi y Pons. A tal respecto, yo expongo lo siguiente, que no es una nueva hipótesis que venga a sumarse a las ya en exceso dadas, sino un argumento al acorde de los conocimientos anatomoembriológicos recientes y casi en concordancia con las proposiciones ya emitidas por algunos autores, entre ellos Janosik, Hyrtl, Giacomini, Berta de Vriese y Dubreil-Chambardel.

En los primeros estadios evolutivos del embrión, encontramos en el miembro superior dos planos nerviosos, uno, ventral, en el plano de la flexión, y el otro, dorsal, en el plano de la extensión; el primero, que no es sino el esbozo del nervio mediano y de sus ramas—músculo-cutáneo, cubital, etc., etc.—, y el segundo, el futuro nervio radial con los suyos circunflejo, etc. Formando paquete con estos dos planos van otros dos arteriales en forma de redes; de ellas, la compañera del plano nervioso radial forma una red no muy desarrollada, que tiene como vaso axil aquel que en el adulto será la arteria humeral profunda, la arteria recurrente radial posterior e interósea posterior; el otro, el acompañante del plano del mediano, es más complejo y tiene dos redes: la una, superficial, y la otra, profunda; la red profunda tiene un eje central, al que afluyen, convergiendo en sentido distoproximal, los ramos de dicha red, entre ellos la radial y cubital, y toda la red superficial; el referido eje es el representante, en el embrión, de la arteria humeral en el brazo e interósea anterior en el antebrazo del adulto. La red superficial se integra por un eje central, que normalmente, en el adulto, desaparece, y que en el brazo se le denomina arteria braquial anterior superficial, y en el antebrazo, arteria antebraquial anterior superficial. A dicho vaso axil convergen ramos que persisten en el adulto ocasionalmente, por ejemplo, la arteria del pliegue del codo, y como antes dijimos, esta red desemboca en la



Contra el

raquitismo

y otras perturbaciones del metabolismo óseo.

Para mejorar la dentición

y

Para evitar la caries dental durante el embarazo.

VIGANTOL

El preparado clásico de
Vitamina D

Elaborado con Vitamina D
pura cristalizada.

1 mgr. de Vitamina D cristalizada
= 50.000 unidades antirraquíticas
internacionales.

Envases originales:

Vigantol, solución oleosa (1 c. c. cont. 0,3 mg. de la Vitamina D cristalizada) frascos cuentagotas de 10 y 50 c. c.

Vigantol, grageas (1 gragea cont. 0,06 mg. de la Vitamina D cristalizada) cajas de 50 y frascos de 250 grageas.



Bayer-Meister Lucius

E. Merck-Darmstadt

TRATAMIENTO MÉDICO DEL ULCUS GÁSTRICO

PEPSIN

PEPSINA PARA USO HIPODÉRMICO

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

INDICACIONES:

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

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



LABORATORIOS JUSTE

APARTADO DE CORREOS 9030. MADRID

ZINOSAL

JUSTE

COLIRIO DE SULFATO DE CINZ, QUIMICAMENTE PURO

INSTILACION INDOLORA - APLICACION COMODA
CONSERVACION ASEPTICA

INDICADO EN LA CONJUNTIVITIS SUBAGUDA DIPLO-
BACILAR DE MORAX AXENFELD Y EN LAS CONJUN-
TIVITIS CATARRALES, CRONICAS, PRIMAVERALES, ETC.

LAS INDICACIONES DEL SULFATO DE CINZ
EL ZINOSAL LAS MEJORA



LABORATORIOS JUSTE — APARTADO DE CORREOS 9030 — MADRID

red profunda directamente y por medio de anastómosis, que desaparecen en el adulto.

De lo dicho infiero que si mecánicamente—por posición anómala del esbozo del miembro superior, que influye en la manera de crecer de las estructuras que le integran—, o físicoquímicamente (Pujiula), ora por constitución lábil y patológica de los elementos del sistema arterial en general, desaparece un vaso de la red profunda del plano ventral, es muy natural que se vicarie dicha falta, y, efectivamente, así se hace, persistiendo un vaso superficial, que se comprende que sea, casi siempre, el que constituye el eje, por ser el más desarrollado. Por esto, yo comprendo que si en el caso que presento existe un vaso superficial, que calificamos de arteria vicariante del miembro superior, es precisamente por la desaparición de la cubital, por una de las causas que no ha muchas líneas dije, y, ciertamente, me parece que es por la constitución lábil patológica de los elementos del sistema arterial en general, quizá producida dicha labilidad por una alteración físicoquímica de los plasmas donde se desarrollan; alteración físicoquímica que radica fundamentalmente en la influencia insólita de los sistemas vegetativo y endocrino, sobre el mesénquima, en aras del crecimiento. Así se explica que dicha influencia sea generalizada, por lo cual no vemos una sola anomalía arterial en un sujeto, sino varias, como ocurría en el nuestro.

Lo que me parece muy aventurado es el creer que esta anomalía sea una disposición atávica, como afirman Göpper, Bayer, Zuckerkandl, entre otros, es decir, por persistir una disposición que tienen algunos animales, pues es muy problemático, como dice Villa, parangonar al hombre con un animal muy inferior, ya que, hasta cierto punto, se puede admitir la semejanza, por ejemplo, entre el hombre y el *cebus hypoleucos*.

Por lo dicho anteriormente, no me parece adecuada la denominación que se da a este vaso superficial, como es el de *arteria antebraquial anteriomediana* (Adachi), o el de *arteria antebraquial anteriorsuperficial* (Pons, Tortella), o el de *cubital superficial*, como se dice clásicamente, pues no es solamente antebraquial, sino también braquial, y, además, comoquiera que es la misma siempre, aunque no sea la arteria cubital la que se atrofia y falte, es por lo que yo la llamo *arteria vicariante o compensadora del miembro superior*, ya que su misión es la de vicariar, compensar la falta de alguna de la profundidad.

En vista de lo dicho, no admito el que, en este caso, sea que la humeral se bifurque prematuramente, pues la humeral se bifurca como normalmente en el pliegue del codo, haciéndolo en radial e interósea común, no dando la cubital aparentemente, pues la dió cuando estaba formándose, y en el sitio que la corresponde; lo que le pasa a la cubital es que se atrofia, y, en compensación, se desarrolla más, para tener que persistir, el vaso eje de

la red superficial, de tal manera, que dicha arteria vicariamente es, en todo caso, una colateral de la humeral.

BIBLIOGRAFIA

ADACHI (B.): "Das arteriensystem der Japaner". Tomo II. Kyoto, 1929.

BATHE RAWLING (Q.): "Landmarks and surface markings of the human body".

CORNING (H. K.): "Tratado de Anatomía Topográfica".

CHAMPY (Ch.): "Manuel d'Embriol". 1925.

DUJARIER: "Anatomie des membres".

DUBREIL (J. M.): "Des Anoma... arterie..., etc.". 1926.

DUBREIL (A.): "Element de Médecin Operatoire".

DUBREIL - CAMBARDERL (L.): "Variations des artères de membre supérieur". 1926.

GIACOMINI: "Prematura divisione dell arteria del braccio". *Gazzetta dell Cliniche*. 1884.

GRUBER (W.): *Archiv für Anatomie*. 1871.

GÖPPERT: "Über die Ent... von Varietäten im Arteriensystem, Morph... Jahrb".

HOSKINS: "Persistent arter brachii superficialis antebrachii superficialis et mediana". *Anat. Rec.*, V, VIII. 1914.

HYRTL: "Beiträge zur Vergleichenden Angiologie". (Citado en Dubreil-Chambardel.)

JEANNENEY: "Variat... anat des bran... ter del'hume". *Jour de Méd. Bordeaux*. 1920.

JANOSIK: *Archives Borêmes de Médecine*. (Citados: Dubreil-Chambardel.)

KRAMER y TOL: "Distribution of nerves to the arteries of the armes". 1914.

MICHELSSON: "Ueb eine obere Extremitat mit mehrfachen Arterienvarietäten". *Anat. Ar.* 1920.

MÜLLER: "Beiträge zur Morph des Gefasssystems".

PARISOT: "Considerations sur les anomalies de l'artere humerale". *Memoires de l'Academie de Stanislos. Nancy*. 1869.

PONS TORTELLA (E.): "La arteria antebraquial anterior superficial". Publicaciones de *Crónica Médica*. 1933.

PUJIULA (J.): "Embriología del hombre y demás vertebrados". 1923.

RAUBER-KOPSCH: "Lehrbuch der Anatomie".

STIEDA: "Varietäten d. Arter der Extremitäten d. Menschen". *Anat. Anz.* 1917.

SAPPEY (Ph. C.): "Tratado de Anatomía Descriptiva".

TESTUT (JACOB): "Tratado de Anatomía Topográfica", etcétera, etc.

VELPEAU: "Tratado completo de Anatomía quirúrgica".

VLLA (DE LA): "Anatomía Humana y Embriología". Tomo IV.

VRIESE (BERTHA DE): "Recherches sur l'évolution des vaisseaux sanguin des membres chez l'homen". *Arch. de Bid.*

YULE MACKAY: "The arterial System of vertebrate homologically considered". *Proc. Phil. Soc. Glasgow*. Tomo XVIII. 1887.

ZUCKERKANDL: "Zur Anat. und Ent der Arterien des Vorderarms". *Anat. Hefte*.

Avance de sumario para el número siguiente

(30 de marzo de 1935)

DR. SANTIAGO CARRO: La leucocitosis en los tumores malignos del aparato digestivo.

DR. JOAQUÍN DECREF: El seguro obligatorio de enfermedad.

DR. J. BERMÚDEZ BERNARDO: Continencia cíclica agénésica por enfermedad.

Boletín histórico de las artes sanitarias: Moseh Ben-Mahemón, el Rambam Maimónides, y el Tractatus de causis et indicis morborum.

Bibliografías.

Periódicos.

Sección profesional.

Trabajos del Servicio Central de lucha contra el tracoma

Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de la dacriocistitis crónica supurada

POR

PEDRO RABADAN FERNANDEZ

Jefe del Servicio Central en la provincia de Alicante. Dispensario Central de Crevillente.

Una de las más importantes afecciones infecciosas del aparato visual y que con mayor frecuencia se observa en clínica oculística es la dacriocistitis crónica supurada, o dacrioblenorrea crónica, proceso que domina en un 20 por 100 sobre la totalidad de los cuadros sindrómicos que encierra la patología concerniente a la especialidad oftalmológica, por lo cual debe ser tratada con la atención que tan importante porcentaje exige.

Por otra parte, la dacrioblenorrea crónica encierra una importancia pronóstica aún más considerable. Sabido que esta afección es preferentemente observada entre aquellas personas que se hallan en condiciones ambientales tan dignas de atención como son: la carencia de aguas útiles para el aseo personal y doméstico, el trabajo en el campo, en fábricas, etc., es decir, en lugares donde la atmósfera está en exceso impregnada de impurezas, y, por otra parte, su frecuencia en sujetos que relegan a segundo término el tan importante aseo personal, hace que debamos considerar a este proceso infectivo como una de las principales causas de ceguera; de aquí que nosotros hagamos hincapié en el tratamiento radical de esta entidad morbosa, tratamiento que en sí es la extirpación total del saco lagrimal, intervención que la consideramos como la más eficaz para lograr la limpieza quirúrgicamente bacteriológica de las membranas protectoras del órgano de la visión.

* * *

Todo sabemos que un globo ocular cuyo saco lagrimal se encuentre afecto de dacriocistitis crónica supurada es un ojo probablemente ciego, cuya ceguera se presenta si por un motivo, cualesquiera que sea su causa (en la inmensa mayoría de los casos, traumática), la córnea sufre la pérdida epitelial, lesión que será la puerta de entrada de los gérmenes que proliferan en el saco lagrimal correspondiente, cuyo conducto nasal se encuentra obstruido por un proceso inflamatorio que radica en un sector cualquiera de su trayecto.

Una vez que el germen, siempre con alto grado de virulencia, logra su asiento en aquel territorio corneal desprovisto del sutil epitelio que en estado normal le protege, rápidamente invade los diferentes estratos tisulares de esta membrana y, corroyéndolos, llega a acelerar o a provocar su perforación, que, una vez lograda, le permitirá invadir los nobles medios orgánicos intraoculares y transformar éstos en una turbulenta masa purulenta que por seudonecrosis

aboca a la atrofia completa de tan sublime órgano como es el visual, después de producir en el sujeto afecto un cuadro sindrómico en el cual el dolor predomina sobre los demás síntomas.

Ahora bien: el suceso a que da lugar en el sujeto afecto de pérdida de substancia corneal la presencia de un acúmulo de materia purulenta en el saco lagrimal puede presentar otra fenomenología. El germen que en este último existe, bien porque la infección no sea en grado tan máximo, bien porque la virulencia del germen sea de menor toxicidad, bien porque la erosión revista caracteres de menor cuantía o porque el poder opsónico del medio hemático sea altamente antitóxico o bactericida, o porque un tratamiento científicamente instaurado contrarreste la acción bacteriana, el hecho es que todo aquel cuadro imponente y destructor presenta caracteres de cierta benignidad, y en este caso la sintomatología queda reducida a una flogosis ocular que objetivamente se manifiesta por la presencia de un derrame seroso o seropurulento en la cámara anterior, que ocupa una parte mayor o menor de la misma, pero que en todos los casos es aséptico, derrame que se reabsorbe en un tiempo relativamente corto y siempre antes de la total reparación epitelial, sin dejar en el futuro señal alguna de su existencia; en cuanto a la membrana corneal, un leucoma será el futuro vestigio de la lesión sufrida.

En casos mucho menos frecuentes, la infección del saco lagrimal produce en el ojo traumáticamente lesionado una flogosis tal, que retarda por corto número de días la reparación epitelial, que será en último extremo reemplazada por una tenue capa de conjuntivo fibroso ostensible como simple nefelio.

Vemos, pues, que en la inmensa mayoría de los casos la presencia de elementos bacterianos en un saco lagrimal cuyo conducto excretor se halla obstruido es un manifiesto peligro para el órgano visual correspondiente; por lo tanto, debemos actuar en todo caso que la práctica nos proporcione con la energía que el pronóstico impone; la lenidad en el cirujano es imperdonable en todos los casos; para nosotros, se trata de un proceso indudablemente curable, y esta curación nos permite lograr uno de los éxitos profilácticos más manifiestos de las modernas técnicas preventivas.

El tratamiento de la dacriocistitis crónica supurada ha sufrido pocas modificaciones, y éstas han llevado unidas tan corto número de resultados *francamente* satisfactorios, que han obligado a recurrir a la anti-

gua extirpación del foco infectivo, intervención que, practicada con la máxima pulcritud, proporciona un indiscutible éxito de la técnica quirúrgica; la objeción que todos los que discrepan con esta manera de pensar le han hecho es la de impedir definitivamente la evacuación natural de la secreción lagrimal. Bien es verdad; pero nosotros preguntamos: ¿es que el sondaje dilatador, seguido o no de frecuentes lavados, antisépticos, logra la permanente permeabilidad de las naturales vías excretoras? ¿Es capaz la electrólisis de hacer permeable un conducto nasal, normal continuación de un saco lagrimal pleórico de neumococos, estreptococos o bacilos de Friedlaender? Por otra parte, la dacriocistorrinostomía de Toti ¿es posible practicarla en todos los casos? Y si lo es, ¿podemos quedar tranquilos de haber logrado una perfecta comunicación entre el saco y la cavidad nasal o, por el contrario, no se obliterará la fistula quirúrgicamente practicada? Desde otro punto de vista, estas técnicas no son del dominio general, pues exigen una delicada destreza, que es adquirida en una mínima proporción; de otra parte, nosotros hemos observado que en aquellos casos en los cuales el ungüis era asiento de un proceso de osteítis rarefaciente, y por la cual fácilmente se dejaba vencer bajo la suave presión de la cucharilla de raclaje, a la manera como lo hace un terrón de azúcar sumergido en el agua, extrayendo estas esquirlas óseas se producía una amplia comunicación entre la fosa o canal lagrimal y la cavidad nasal o, más propiamente hablando, meato superior; y en estos casos precisamente la epifora subsiguiente a la intervención era de menor cuantía, y era sencillamente por la amplia comunicación que establecíamos entre la fosa lagrimal y la cavidad nasal; no al modo como lo hace Totti, sino por un proceder involuntario, que permitía la evacuación más o menos completa del líquido lagrimal por la fosa nasal. Se nos preguntará: ¿por qué mecanismo se efectúa esta comunicación? Lo sabemos en cierto modo: indudablemente es la creación de un trayecto fistuloso que une los conductos lagrimales con la pituitaria, teoría quizás incierta, pero el fenómeno práctico en sí es innegable.

Antes de hacer un estudio de la técnica operatoria esbozaremos, aun a trueque de incurrir en repetición de conocimientos anatómicos de todos sabidos, algunos detalles de la anatomía de la región del saco lagrimal, de importancia extraordinaria para la mejor marcha del tiempo operatorio y el resultado funcional y estético de la intervención.

* * *

El aparato excretor de las lágrimas corresponde a la región lagrimal de la anatomía topográfica, hallándose situado entre la cara lateral de la nariz y el ángulo interno de la comisura palpebral.

Está formado por el lago lagrimal, situado en el cantus interno, y tiene por fondo la carúncula y por

lados el pliegue semilunar o una vertical que una los dos tubérculos lagrimales, por arriba y abajo el borde palpebral y la unión de éstos por el lado interno. A él abocan, por intermedio de los orificios lagrimales, los dos conductos del mismo nombre; aquéllos se hallan situados en los vértices o tubérculos lagrimales, siendo, como éstos, dos: superior e inferior, según el párpado en el cual asientan; el primero es de 1/4 de milímetro, y mira hacia abajo y atrás; el segundo, de 1/3 de milímetro, se orienta arriba y atrás, de tal forma, que en el momento de la oclusión palpebral no se encuentran superpuestos, sino yuxtapuestos, siendo, por lo tanto, continuamente sumergidos en el lago lagrimal; estos orificios no distan a igual distancia del ligamento palpebral interno; así, pues, en tanto que el superior dista seis milímetros, el inferior lo está a 6,5 milímetros.

Los conductos lagrimales tienen una dirección inicial inversa, de acuerdo con su situación; el superior se dirige hacia arriba, y después de recorrer dos milímetros en el espesor del párpado, se acoda bruscamente y se dirige hacia abajo y adentro, en dirección al saco lagrimal; el conducto inferior sigue la dirección vertical, y como el anterior, inmediatamente tiende a buscar el saco lagrimal, pero siguiendo un trayecto horizontal. La puerta de entrada de estos conductos es de 0,1 milímetros; después, en lugar de presentar una dilatación simple, tiene dos separadas por un estrechamiento; la superior, situada inmediatamente después de la angustia de Gerlach, es piriforme o fusiforme, y la inferior, en forma de saco, corresponde a la base del tubérculo. La porción horizontal es cilíndrica, de cinco a siete milímetros de longitud por medio de diámetro, relacionándose por su cara posterior con los fascículos del músculo de Horner, horizontales como el conducto. (Krehbiel dice que el trayecto de los fascículos es flexuoso y espiroideo. En la base del tubérculo lagrimal las fibras se agrupan formando asa, cosa que da un aspecto de esfínter al conducto, puesto que éste se oblitera al contraerse el orbicular.) (Fig. 1.^a)

Los conductos lagrimales no se abren en el saco independientemente el uno del otro: lo hacen por un conducto común, cuya longitud mide de uno a tres milímetros, el cual camina por detrás del ligamento palpebral interno y aboca en el saco lagrimal, no por su lado externo, sino por detrás (Lesshaft).

El saco lagrimal es un reservorio membranoso cilindroideo; se encuentra situado sobre el ungüis y, más propiamente hablando, en la fosa que forman la rama ascendente del maxilar superior y este último hueso; por lo tanto, su dirección es la misma que ésta: de arriba abajo, de dentro afuera y de delante atrás. No es rectilíneo, sino que describe una curva de concavidad posterior; sus dimensiones: altura, de 12 a 15 milímetros; diámetro anteroposterior, de seis a siete; diámetro transversal, de cuatro a cinco; luego, es un cilindro aplastado en el sentido transversal; posee dos extremidades y cuatro caras. El extremo

superior, fundus o fornix de los alemanes, es redondeado y está situado a dos milímetros por encima del tendón del orbicular; en la mayoría de los casos de él sale un pequeño fascículo muscular que se dirige arriba y afuera, confundiendo después con las fibras del semiorbicular superior; es lo que pudiéramos llamar músculo tensor de la cúpula lagrimal,

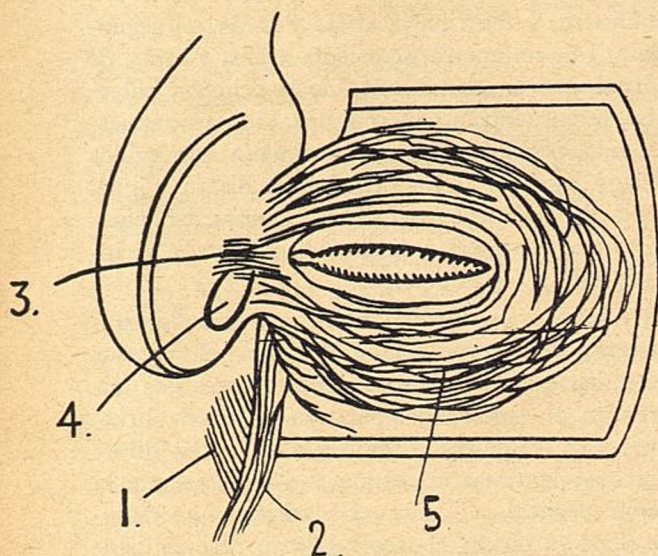


Fig. 1.ª — 1. Elevador propio del labio superior. — 2. Elevador común del ala de la nariz y del labio superior. — 3. Músculo de Horner. — 4. Saco lagrimal. — 5. Orbicular de los párpados.

pues su acción es la de tensar ésta, produciendo un ligero vacío en el saco, que motiva la aspiración de las lágrimas (Stepleann-Horbatsky). El extremo inferior se continúa con el conducto nasal.

La cara anterior está en inmediata relación con el tendón directo del orbicular, es muy delgada, sobre ella descansa la piel de la comisura interna, de la cual la separan las fibras del orbicular, es decir, del semiorbicular inferior, algunas fibras del músculo elevador común del ala de la nariz y del labio superior, la arteria angular, la nasal y la vena angular, confundidas en el tejido celular y subcutáneo de la región; el tendón corresponde en altura a la mitad anterior del saco y lo divide en dos porciones muy desiguales: una superior de dos milímetros y otra inferior mucho mayor, o lo que es lo mismo, más de la mitad del saco está situada por debajo del tendón, y como no es sostenida por ningún plano resistente, se distiende en los procesos inflamatorios.

La cara posterior está en relación con el tendón reflejo del orbicular, cubierto por el músculo de Horner, por encima y por debajo del cual el saco adquiere relaciones importantes con el septum orbitario de Zinn y Henle, el que, insertándose en la cresta del unguis, separa el tejido celuloadiposo de la órbita de la pared del saco; por lo tanto, el órgano que nos ocupa no forma parte del contenido orbitario. (Fig. 2.ª)

La cara externa corresponde al ángulo diedro formado por la separación de los tendones directo y reflejo del orbicular; se observa en ella la perforación del conducto común de los conductos lagrimales, la

que corresponde a la unión del tercio superior con el tercio medio; en su porción inferior, esta pared entra en relación con el oblicuo menor, al que con frecuencia presta algunas inserciones, pues este músculo tiene su inserción preferente en el reborde óseo del orificio superior del conducto nasal.

La cara interna está adosada al conducto lagrimal-nasal, y corresponde, por lo tanto, al unguis y rama ascendente del maxilar superior, de cuyo periostio es separada por una delgada capa de tejido denso. Por intermedio de estos huesos o, mejor dicho, del unguis, entra en relación con el grupo de las células etmoidales que desembocan en el infundíbulo.

El interior del saco está recubierto de repliegues que carecen de importancia, y sólo es digno de mención el orificio por el cual desagua la porción común de los conductos lagrimales, a nivel del cual existe una depresión de la pared que se conoce con el nombre de seno de Meier, no poseyendo este orificio válvula alguna. En la parte inferior existe una depresión conocida con el nombre de seno o recesus de Arlt, inconstante.

El conducto nasal óseo está integrado, como más arriba indicamos, por el unguis, la rama ascendente del maxilar superior y el cornete inferior; su longitud es de 12 a 16 milímetros, según que se abra en el vértice del meato o se prolongue por debajo de la mucosa; cilíndrico o ligeramente aplastado de fuera adentro y más ancho por abajo que por arriba; su diámetro alcanza el calibre de 2,5 milímetros a tres; se dirige abajo, atrás y adentro, describiendo una ligera curva de concavidad hacia adelante, abajo y un

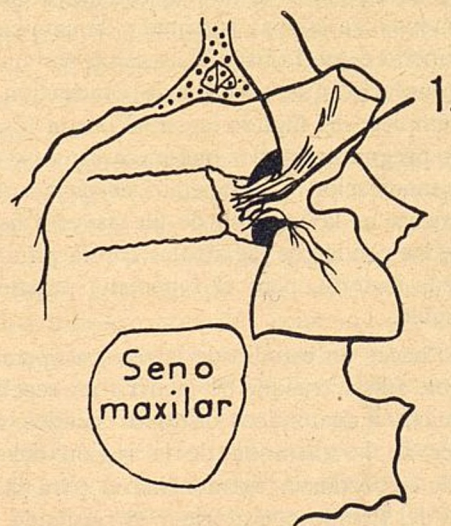


Fig. 2.ª — 1. Tendón reflejo del orbicular de los párpados cubriendo al saco lagrimal.

poco hacia afuera. El conducto nasal forma con la vertical un doble ángulo, uno en el sentido transversal y otro en el anteroposterior. La dirección del conducto nasal está bien indicada por una línea que, partiendo del centro de la comisura interna de los párpados, vaya a terminar en la parte anterior del primer molar.



Angina de pecho



TEOMINA
(Nombre registrado)

(Combinación de 0,3 g de Teobromina y 0,03 g de Luminal - Feniltita)

Tabletas de Teominal (Tablo de 2 Envase original)

registrado en el Instituto técnico de

con el No. 3281 el 18-11

Garantizada su legitimidad por el

D. Francisco Rubia

El Teominal reúne la acción vasopresora con el efecto antiespasmódico en el tratamiento de las espasmos vasculares.

Avuntamiento de Madrid



Optarson

Tónico Nervioso

de Acción
enérgica y rápida



Ayuntamiento de Madrid

El conducto nasal posee un cuerpo y dos orificios: el cuerpo está aplastado de fuera adentro, y corresponde al conducto óseo. Su orificio superior es convencional, puesto que es continuación del saco lagrimal, en cuyo caso estableceríamos como límites el origen óseo del conducto nasal con maxilar superior por fuera y por delante y por detrás y dentro, el unguis. El orificio inferior es muy importante, pues por él se sirvió Laforest para practicar su cateterismo nasal. Este orificio es muy variable, tanto, que Osborne ha examinado más de 150 fosas nasales sin poder sacar una fórmula general. Se abre este conducto en el meato inferior, en la unión de sus $3/4$ posteriores con el cuarto anterior, a 30 milímetros del ala de la nariz; aun siendo así, no es posible establecer una regla determinada, pues unas veces se abre en el vértice del meato, y otras, por debajo, y en algunos casos, hasta a pocos milímetros del suelo de la fosa nasal. La forma de este orificio, cuando se abre en el vértice del meato, es circular; cuando lo hace en la pared, ovalado o formando un surco más o menos largo y profundo (surco lagrimal de Verga), vertical u oblicuo, hacia abajo y atrás; a veces es una simple hendidura; a veces el orificio del conducto es tal, que prácticamente no existe; en casos excepcionales el mencionado orificio es doble.

El interior del conducto presenta surcos y depresiones, y a veces verdaderos fondos de saco. Varía en las diferentes edades y sujetos; así, pues, en el adulto es irregular y distendido; no así como en el niño y feto, en los que es regular y cilíndrico.

Aubaret describe cuatro variedades: 1.^a, con distensión superior cística, con porción inferior estrechada, tipo clásico; 2.^a, con distensión superior e inferior en reloj de arena; 3.^a, un tipo con distensión mediana, y, por último, 4.^a, variedad con extremidad superior estrechada, es decir, la variedad invertida.

La *constitución* de las vías lagrimales está integrada por una mucosa que en la parte inferior del conducto nasal se confunde con la pituitaria, y por los puntos lagrimales, con la conjuntiva. En los conductos lagrimales pertenece a la variedad pavimentosa estratificada; en el conducto común y en el nasal, este epitelio es cilíndrico estratificado, no así como en el saco y parte superior del conducto nasal, en los cuales este mismo epitelio cilíndrico pertenece a la variedad del portador de pestañas vibrátiles; pero en esta parte, un corión con corpúsculos linfoides le diferencia del resto histológico de la vía excretora lagrimal. En los pliegues de la mucosa existen células calciformes.

Meier y Sapper admiten la existencia de glándulas en saco lagrimal y parte inferior del conducto nasal.

Otro aspecto anatómico de las vías lagrimales es el relacionado con las válvulas, nombre con el cual se han designado los pliegues de la mucosa del saco que más arriba hemos descrito, pero que, sin embargo, el papel mecánico que se las asignó por los antiguos no

existe en realidad. Han sido descritas: la de Bochdaleck en el punto lagrimal, o, mejor dicho, en la angustia de Gerlach; la de Rosenmüller o válvula de Huschke, localizada en la terminación del conducto común en la pared del saco; la de Béraud o de Krause, en el punto de separación del saco lagrimal con el conducto nasal; la válvula de Taillefer, en la

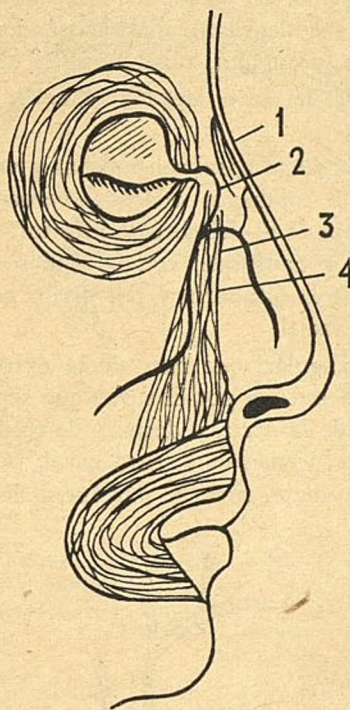


Fig. 3.^a—1, piramidal de la nariz; 2, arteria nasal; 3, arteria angular; 4, músculo elevador común del ala de la nariz y del labio superior.

porción media de este conducto, y la de Hasner, en la extremidad inferior del conducto nasal. Como más arriba indicamos, todos los autores están de acuerdo en asegurar que dichas válvulas carecen de la función mecánica que como tales debían poseer; en cambio, no puede decirse igual de la válvula inferior, que en muchos casos su disposición es tal, que transforma el orificio nasal en una simple perforación membranosa, constituyendo los casos llamados de orificio no abierto, de los cuales, dice Aubaret, son el 41 por 100 de los individuos; de otra parte, son bien conocidos los casos de insuficiencia valvular citados por Morgagni y Bianchi, de fumadores que expulsaban el humo del tabaco por los orificios lagrimales.

Igualmente existen casos de impermeabilidad completa de esta válvula, y en condiciones especiales puede existir la impermeabilidad intermitente, por causa mecánica de tipo inflamatorio, que obstruya el orificio de salida (acúmulo mucoso).

Las *arterias* que proveen del líquido nutricio a la región anatómica que nos ocupa proceden de la palpebral inferior y de la nasal. (Fig. 3.^a)

La primera nace de la oftálmica, a nivel de la polea del oblicuo mayor; después se dirige hacia abajo y afuera, buscando el párpado inferior, en el cual penetra, perdiéndose en él entre el orbicular y el

tarso, pero antes da una rama nasal, que, después de anastomosarse con un ramo de la infraorbitaria, rama de la maxilar interna, pasa al conducto nasal y se ramifica en su mucosa.

La nasal, rama terminal de la oftálmica, nace a nivel o un poco por delante de la polea de reflexión del oblicuo mayor, se dirige hacia abajo y adentro, pasando por encima del tendón del orbicular y emite ramas para el saco lagrimal, anastomosándose inmediatamente con la angular, rama terminal de la facial.

Las venas del saco lagrimal carecen de importancia.

Las del conducto nasal son muchas y voluminosas, en forma de conductos venosos, verdadero tejido eréctil, semejante al del cornete inferior, con el cual se continúa y confunde, comunicándose por abajo con la red de la pituitaria y por arriba con la de la oftálmica y facial.

La vena angular, que nace de la extremidad del arco nasal, desciende por el surco que separa la mejilla del ala de la nariz, y después de recibir algunas ramas que provienen de la cara nasal, se dirige hacia afuera y abajo, siempre por fuera de la arteria,

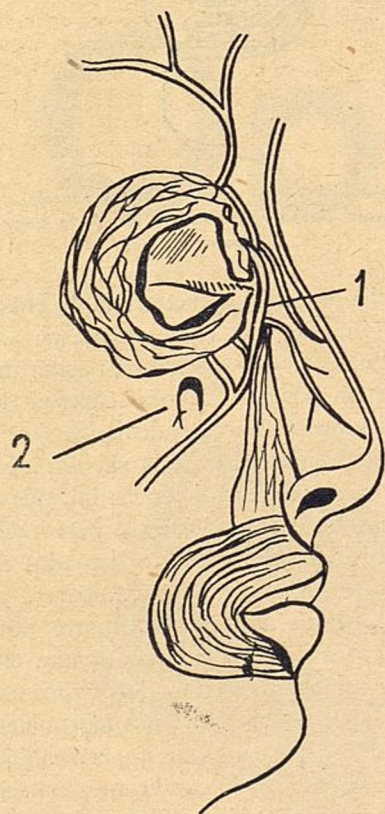


Fig. 4.^a — 1. Vena angular.

y forma con ella una sectante, de tal forma, que la vena es la cuerda tensa del arco formado por la arteria. (Fig. 4.^a)

Los linfáticos son hasta la fecha mal conocidos; los de la parte superior se unen a los internos de los párpados, y con ellos descienden hasta los ganglios submaxilares. Por abajo van a parar a los linfáti-

cos de la pituitaria, más a los submaxilares, y otros, a la cadena yugular interna.

Los nervios proceden del nasal externo, rama del oftálmico, que es a la vez rama superior del trigémino (V par).

El nervio nasal, como anteriormente hemos indicado, es una de las tres ramas del nervio oftálmico. Se divide en nasal interno y nasal externo; penetra en la órbita por la parte supointerna de la hendidura esfenoidal, a través del anillo de Zinn, y se coloca por debajo del elevador y del recto superior del ojo, desviándose y torciéndose hacia adentro y adelante; cruza la cara superior del nervio óptico; alcanza pronto la pared interna de la cavidad orbitaria, y sigue hacia adelante hasta el agujero orbitario interno anterior, en donde termina bifurcándose en nasal interno y nasal externo. Este último continúa en la misma dirección que el tronco de origen y se divide en tres ramas: una superior, que va a la parte interna del párpado superior y al entrecejo; una inferior, al saco lagrimal, conducto nasal, carúncula lagrimal, conductos lagrimales y parte interna del párpado inferior, y, por último, una media o anterior, que, dirigiéndose horizontalmente hacia adelante, sale de la órbita en compañía de una pequeña arteriola, colocada lo más frecuentemente en su lado interno, y finalmente viene a ramificarse por la piel de la parte superior del dorso de la nariz, desde su raíz hasta el borde inferior de los huesos propios de la misma.

La piel y la mucosa del párpado inferior está innervada por los filetes ascendentes o palpebrales del penacho suborbitario del nervio maxilar superior, rama central del V par craneal, y que afluye a nuestro territorio por el orificio suborbitario.

* * *

Hemos esbozado a grandes rasgos la anatomía de la región, que nos servirá de base para el estudio de los diferentes tiempos de la intervención, objeto primordial de nuestra comunicación.

Cuando está indicada esta intervención, nosotros diríamos: En todos los sujetos cuyo saco lagrimal se halle afectado de un proceso supurativo, siempre tiene como causa primordial la estenosis del conducto nasal; ahora bien: debemos abstenernos de practicarla en las primeras edades de la vida, puesto que la dacriablenorrea en el niño, que siempre está producida por el neumococo, cede admirablemente con las aplicaciones de optoquina, según hemos podido observar en infinidad de casos; si, por el contrario, se trata de imperforación congénita del canal lagrimonasal, creemos que, después de la optoquina, el mejor proceder es la abstención operatoria. En los casos de fístulas lagrimales externas, la simple extirpación del saco lagrimal es el tratamiento más acertado que puede aconsejarse.

La intervención a practicar es como sigue: Después de efectuada la asepsia de la región, llevaremos a cabo la anestesia de la misma, con arreglo a

la técnica siguiente: con ayuda de una jeringuilla de 2 ó 3 cc., provista de una fina aguja, inyectaremos 2 cc. de una solución de novocaína al 2 por 100, con dos gotas de la solución de clorhidrato de adrenalina al 1 por 1.000, en la zona correspondiente al saco lagrimal, procurando profundizar hasta el hueso propio de la nariz; una vez inyectada la totalidad de los 2 cc., y después de haber depositado nuevamente en la jeringuilla otros 2 cc., se hace una nueva punción en la parte correspondiente al agujero suborbitario, el cual se encuentra situado por debajo del reborde orbitario del maxilar superior y en la parte central de la totalidad de este reborde orbitario, pues sabido es que está integrado en igual proporción por la rama horizontal del malar; este orificio puede ser hallado por el tacto, en forma de una depresión perfectamente perceptible inmediatamente por debajo de la porción central de este reborde; pues bien, sobre esta depresión, y dirigiendo la aguja hacia atrás y muy hacia arriba, se practica la punción y se inyecta 1 cc. de dicha solución; se practica una tercera punción anteroposterior, que siga a lo largo del ángulo superointerno de la cavidad orbitaria, y después de cerciorarse de no haber situado la extremidad de la aguja en un vaso sanguíneo, se inyecta el resto del contenido anestésico de la jeringa. Un suave masaje de la región, y cinco minutos después puede practicarse, exenta de todo dolor, la intervención.

En aquellos casos en los cuales el unguis está afectado de un proceso degenerativo, al efectuar el legrado de él y del resto del conducto óseo nasal, si se trata de sujetos pusilánimes, manifiestan un ligero dolor, que, no obstante, toleran perfectamente. (Fig. 5.^a)

La incisión se practica siguiendo una línea curva de convexidad nasal, y que situaremos sobre el borde de la cara externa de la apófisis ascendente del maxilar superior, fácilmente sensible al tacto, y que se extiende desde 0,5 centímetros por encima del ángulo interno del ojo hasta un centímetro por debajo del mismo.

Con el bisturí, unas veces seccionando y otras disecando con el borde romo del mismo, liberamos la piel y el laxo tejido celular subcutáneo, dejando al descubierto las fibras de inserción del orbicular de los párpados y las más superiores del elevador común del ala de la nariz y del labio superior. Una vez logrado esto, haremos la separación de los labios de la herida practicada, con la ayuda del separador de Müller o de los separadores de ganchos, que se confían a un ayudante.

Con el borde romo del bisturí o con tijeras de punta roma, se incide el orbicular, y lentamente se disocian sus fibras de tal forma, que las internas sean separadas hacia la rama del maxilar, en cuya apófisis y cara anterior se insertan, y las externas se las dirige hacia los párpados; inmediatamente se pone de manifiesto la cara anterior del saco lagrimal, de un color ligeramente amarillento, color que no

hay que confundir con el de la bola adiposa de la órbita, que existe junto a él, y que pudiera dar lugar a confusión; continuaremos la disección por la cara externa del saco, y seccionaremos el conducto común; después liberamos la cara interna de la capa celular que la une al conducto óseo, e inmediatamente liberamos el fórnix de las fibras que le tienen en

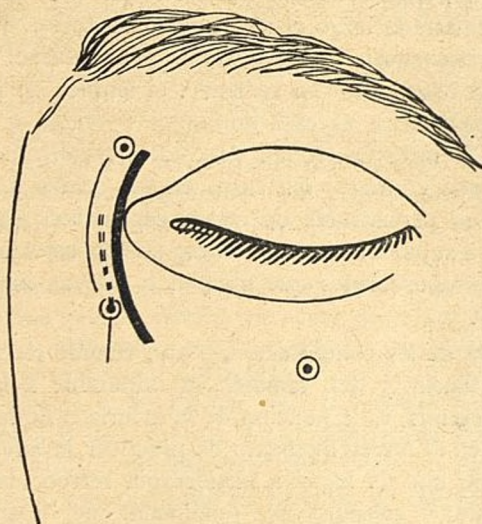


Fig. 5.^a — La línea de trazo grueso indica el lugar de la incisión cutánea, y los tres puntos, los lugares donde debe practicarse la punción anestésica; en el punto central, el trazado punteado señala la posición de la aguja.

suspensión, y una vez logrado esto, atraeremos con ayuda de la pinza de diente de ratón este fondo de saco hacia adelante, y continuamos liberándole de aquellos tejidos que le sujetan a la cresta del unguis y al musculito de Horner, y siguiendo esta disección hacia abajo, entraremos en el infundíbulo del canal lagrimal, y una vez allí, y haciendo un movimiento de retropulsión con la tijera, seccionamos el conducto nasal todo lo más profundo que sea posible.

Debemos hacer una advertencia de gran interés para lograr un perfecto resultado estético: jamás seccionaremos el tendón directo del orbicular de los párpados, pues, de hacerlo, la posición que adopta la comisura palpebral interna en lo porvenir no dice nada en favor de la habilidad quirúrgica de aquel que efectuó la intervención.

Después de separado el saco en su totalidad, practicaremos el raclaje del receptáculo óseo que lo albergaba, y caso de hallarse afecto de un proceso de osteítis rarefaciente, separamos toda la parte afectada con ayuda de la pinza gubia; por último, continuaremos el raclado óseo a lo largo del conducto nasal, prolongándolo hasta la misma fosa nasal, con ayuda de la fina cucharilla cortante.

Tres o cuatro puntos de sutura y un vendaje ligeramente compresivo es lo que nos resta hacer para finalizar la intervención.

Dos días después separamos el apósito, colocando nuevamente otro aséptico, y, pasados dos días más, seccionaremos los puntos de sutura, y, si no han intervenido los gérmenes de la supuración, el enfer-

mo se hallará libre de la afección que tenía en constante peligro a uno de los órganos más nobles de la economía.

Una de las complicaciones más importantes que en el curso de la intervención pueden presentarse es la hemorragia por sección de la arteria o vena angular; ésta es debida única y exclusivamente a la técnica quirúrgica; aparte de prolongar por un tiempo demasiado largo el momento operatorio, su principal desventaja es la de que, por tratarse de un campo operatorio tan reducido, el empleo de la pinza hemostática es casi imposible y obliga a continuar la intervención en deficientes condiciones; de aquí que en todos los casos en los cuales esto sucede, la persistencia de restos capsulares, que dan lugar a supuraciones en el curso postoperatorio, es la regla, supuraciones que obligan a nuevas intervenciones.

Otra de las complicaciones, aun cuando de menor importancia, y que también es imputable a la técnica seguida, es la punción de la arteria o de la vena nasal en el tercer momento de practicar la anestesia; punción que da lugar a hemorragia retroocular con exoftalmos subsiguiente, fenómeno que, aparte de dificultar en alto grado la intervención, puede dar lugar a procesos ulcerosos en conjuntiva o córnea por el lagoftalmos, que, aun siendo transitorio, produce dicha propulsión ocular.

Otra complicación de menor cuantía es la hemorragia nasal, que, salvo rarísimos casos, precisa de un tratamiento especial.

En cuanto a los estados particulares del saco lagrimal o de los tejidos circundantes, la exposición de los mismos sale fuera de nuestro plan trazado, por lo cual no haremos mención de ellos.

Crevillente y febrero de 1935.

BIBLIOGRAFIA

- TESTUT.—*Tratado de Anatomía*, tomos I, II y III.
 MORAX.—*Pathologie oculaire*, 1929.
 RABADÁN.—*Noticias médicas de Murcia. El cáñamo en la epidemiología del tracoma*. Febrero de 1934.
 RABADÁN.—El pterigión y su tratamiento, *EL SIGLO MEDICO*, 28-7-1934.

Lucha Antituberculosa de Españ. Dispensario del distrito de la Universidad. Madrid
 Director: Dr. Carlos Díez Fernández

Sobre el concepto de tuberculosis cerrada

POR LOS DRES.

CARLOS DIEZ FERNANDEZ y LAUREANO LAGO FERREIRO

El hallazgo de bacilos de Koch constituye para el médico una decisiva aclaración de los problemas diagnósticos que se le plantean ante un proceso de aparato respiratorio. Es, pues, muy comprensible que a toda costa se intente perfeccionar los métodos de pesquisa, así como ampliarlos, y, por otra parte, que se tienda a sobrevalorar tal hecho, concediéndole una importancia excesiva en cuanto a señalar la actividad de una lesión tuberculosa y el grado de contagiosidad de la misma. El proceder de Saye, más tarde utilizado por Armand Delille y luego por Opitz, al permitir demostrar la existencia de gérmenes en el jugo gástrico de personas con procesos tuberculosos clínicamente inactivos de un modo absoluto e inclusive en individuos por lo demás sanos ha atraído para unos la demostración de tales afirmaciones, y para otros el problema de hasta qué punto pueden incluirse estos casos entre el grupo de los portadores de gérmenes recientemente admitidos por Misgeld, Cobet y Hoslin.

Justamente porque nosotros damos a tales hallazgos todo el valor clínico que se les puede conceder, creemos que actualmente el problema de máximo interés es la comprensión de las tuberculosis llamadas cerradas. Quizá tiene razón Blum cuando afirma globalmente que aún nuestros medios clínicos de diagnóstico no son muy fieles todavía, y que, por lo tanto, no sabemos en verdad si existen tuberculosis cerradas; pero la investigación bacteriológica ha llegado en estos últimos tiempos a un grado máximo de finura, y cabe esperar poco más de ella, por lo que puede afirmarse que, aun habiendo sido circunscrito grandemente el número de tales tuberculosis, no hay la menor duda de su existencia. Hay formas de tuberculosis en las que jamás se demuestra el germen por ningún proceder que se utilice. Y existen también enfermos con lesiones tuberculosas otras veces abiertas y en los cuales resulta persistentemente negativa toda investigación en este sentido. ¿Y hasta qué punto son iguales y en qué se diferencian las tuberculosis abiertas de las cerradas? ¿Cuál es la razón de tales diferencias, si es que existen? ¿Hay algún lazo de unión entre los enfermos—de cualquier forma—que dan siempre resultados negativos a las pesquisas del bacilo de Koch?

Por lo pronto, toda tuberculosis puede ser, en una fase de su evolución, cerrada. Hay quien incluso sostiene que necesariamente pasa por un período en que así es (Braüning), existiendo varios indicios de que en gran número de ocasiones sea verdad tal suposición, ya que, a veces, la sintomatología clínica precede a la radiológica, y en rarísimos casos se encuentran los esputos positivos en tal fase. No hay ninguna dificultad de concebir semejante cosa ni desde el punto de vista patogénico—todo estriba en admitir como base de la tuberculosis que comienza la reactivación de focos viejos—, ni desde el anatomopatológico, porque aun tratándose en todo foco que empieza a evolucionar de una broncoalveolitis exudativa—, es decir, de una lesión fundamentalmente abierta—, no hay duda que deberá tener un determinado tamaño—que le haría visible a los rayos X—para que los bacilos se incorporasen a la expectoración en número suficiente para su rápido y fácil reconocimiento. Justamente en los enfermos con escasa expectoración y con lesiones mínimas es en los que Jarne y Díez Melchor han conseguido a veces encontrar por inoculación un jugo gástrico bacilífero, resultando, pues, que las fases iniciales son en algunos casos sólo cerradas de un modo aparente. Cuando lo son por encima de cualquier proceder que se emplee en la pesquisa del germen, no hay posibilidad alguna de saber cuánto tiempo van a durar de esta forma, pero lo que sí sabemos es que la implantación de un proceso agudo, si va acompañado de imagen radiológica anormal, lleva en la inmensísima mayoría de las ocasiones la positividad de la expectoración,

aun siendo ésta tan escasa como hasta entonces lo era. Con todo lo cual queda bien claro que es en los casos de comienzo agudo de la tuberculosis cuando no hay por qué desconfiar de los resultados del examen de los esputos.

Fuera de la fase inicial, cualquier tuberculosis es capaz de permanecer cerrada, pese a conservar su evolutividad (Rist y Ameuille) o su actividad (Sergent), siempre y cuando cumpla cualquiera de estas tres condiciones: ser una lesión estrictamente limitada al tejido intersticial; encontrarse obstruido el bronquio que drena el proceso o no poder expulsar los productos intravoleares por ser muy densos.

Ahora bien: tales posibilidades son solamente fases evolutivas, momentos de cualquier lesión; tiene que tratarse de procesos que cursen de un modo muy agudo para que no haya entre ellos un instante en el que dejen de cumplirse semejantes condiciones, y ocurre que cuando los procesos son agudos lo son exactamente porque tienen características contrarias a las que acabamos de expresar. De donde se desprende que, salvo en el primer supuesto, tales tuberculosis cerradas serán procesos crónicos y, además, no muy extensos, porque no se suele dar la identidad circunstancial a que nos hemos referido en todos los focos si son muchos. Pues bien: como decimos y sabemos en tales casos la positividad de los esputos o, en su defecto, el hallazgo del germen en cualquier otro lugar de eliminación, es cosa que llega un momento en que se consigue siempre en más o menos tiempo. Lo cual quiere decir también cuánta razón tienen los que, a pesar de la negatividad momentánea, sostienen evolutividad de los mismos. No puede ser negada la ligazón existente entre los brotes evolutivos y exutividad de la mayor parte de los procesos, pero tampoco tenemos por qué adscribirnos a ella en absoluto, y, sobre todo, por qué homologar lo exudativo con el hecho de ser abierta una lesión; no creemos, pues, que tiene razón Sergent cuando sostiene que la tuberculosis cerrada es aquella que no es evolutiva, aunque sí activa. La evolución no siempre es implantación de nuevos focos: muchas veces es únicamente progresión intrafocal, paso en el mismo foco de un momento a otro, de una característica anatomopatológica a otra, y ello puede efectuarse aunque la exteriorización continúe siendo negativa.

Nos parece importante insistir en todos estos puntos, por la razón de que aunque el especialista no se deja influir por el hecho de la negatividad de los esputos en todos estos casos, y considera a tales tuberculosos igual que si fueran abiertos para sus fines, no le pasa igual al médico general. Es muy frecuente que se acepte o rechace un proceder intervencionista de tratamiento basándose en el resultado del análisis de la expectoración. Igualmente dejan de adoptarse medidas profilácticas y de pesquisas entre los sanos convivientes, basándose en sus resultados negativos.

Hasta qué punto todo esto es verdad, mejor dicho, no es verdad, tenemos ya una experiencia. Una buena parte de los niños que en investigación sistemática escolar encontramos con procesos evolutivos de naturaleza tuberculosa poseen entre sus familiares a enfermos de este tipo. Por otra parte, en la historia familiar de los que sufren lesiones que dan en análisis de esputos hechos en diferentes ocasiones resultados negativos, cuentan en sus

antecedentes repetidas muertes, atribuibles a que difunden la tuberculosis.

¿Es que podemos considerar a tales lesiones tuberculosas como cerradas? A nosotros nos parece, evidentemente, que no. Es más: ni aun siquiera creemos que por el solo dato de análisis de esputos podamos hacer juicio sobre el momento evolutivo lesional, sobre si estamos ante una fase de estabilización o de progresión. Una vez más el resultado positivo de un examen es utilizable en todos sus matices, y, en cambio, el negativo apenas si debe merecer consideración.

En resumen: un buen número—las más—de las tuberculosis con imágenes radiográficas claras y clínicamente indubitables, pero con baciloscopia negativa, no deben considerarse como tuberculosis cerradas, dándole a esta palabra todo el sentido que tiene de no eliminación bacilar, tanto hacia el exterior como la propagación en el interior.

La justicia de esta afirmación es tanto más evidente cuanto que hay, en cambio, un grupo de tuberculosis en las que se dan todas las circunstancias que echábamos de menos en las que acabamos de considerar: negatividad constante y repetida de todos los procederes encaminados a la demostración del germen, antecedentes familiares limpios, prácticamente falta de contagiosidad.

Y es curioso que todos los procesos en que eso sucede tengan una misma patogenia. En efecto, se trata en todos ellos de un origen hemático: tuberculosis fibrosa, difusa y densa, diseminaciones en cualquiera de sus estadios, tuberculosis miliar. En estos procesos, los análisis de esputos son siempre negativos, pero también lo son los resultados de cualquier otro proceder que se utilice para la pesquisa bacilar, y, además, entre los familiares de los sujetos que las sufren es donde se encuentran menos contagiados. Y conste que nosotros no hacemos más que señalar el hecho, sin que del mismo pretendamos sacar conclusión alguna, y menos con referencia a la vieja discusión del asiento preferentemente intersticial de las lesiones hemáticas o a la reciente posición de que las alteraciones de este origen tienen un carácter más productivo que las de patogenia brónquica.

Lo que sí queda claro es que entre este grupo de tuberculosis cerradas y el anterior hay evidentes diferencias, las mismas que hay con las tuberculosis claramente abiertas, lo cual es un dato más para afirmarnos en nuestra posición.

No debe darse el calificativo de cerrada a toda tuberculosis en la que un análisis de esputos no ponga en evidencia la eliminación de bacilos de Koch. Evidentemente, nosotros, no pudiendo sostener el criterio biológico de la tuberculosis cerrada (lo que nos forzaría a considerar cerrada solamente la tuberculosis incapaz de difundirse, imposibilitada de propagarse, de progresar), criterio que ha sido sostenido por algunos autores sin saber claramente ellos que lo sostenían, o por lo menos sin manifestarlo claramente; no pudiendo sostenerlo, decimos, debemos elegir el criterio clínico que es el más cercano, toda vez que, admitiendo la posibilidad de progresar y difundirse, valora que semejantes cosas suceden por intermedio de un sistema canalicular cerrado al exterior; el otro criterio, aquel que se apoya solamente en el resultado de este o el otro análisis, es decir, el criterio que pudiéramos llamar elemental, no hace más que sumirnos en la confusión.

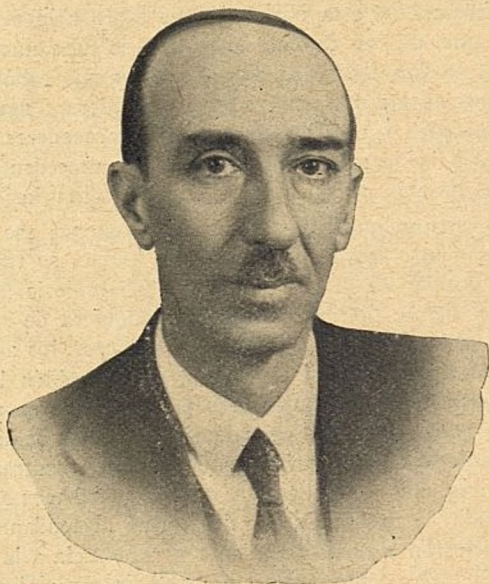
BIBLIOGRAFIA

TRAUMATISMOS OCULARES, por el Dr. M. Guijarro Carrasco, del Instituto Oftálmico Nacional.—Madrid, 1935.

Se trata de una obrita de 246 páginas escrupulosamente editada y revisado su contenido con el mayor esmero.

Ahora bien: si la parte editorial es impecable, la científica aún la supera. Su autor, que demuestra en el libro una competencia oftalmológica poco común, ha sabido sintetizar en un libro pequeño todos los conocimientos que actualmente se tienen sobre asuntos de tanta importancia humanitaria y social como son los traumatismos del aparato de la visión.

En un lenguaje claro, sencillo y conciso, como el que emplean los hombres que dominan los asuntos científicos,



Dr. M. Guijarro Carrasco.

el autor expone cuanto debe saberse y cuanto debe hacerse en cada caso particular de lesiones oculares, desde la elección y esterilización del instrumental, hasta los informes médico-legales, pasando por las medidas preventivas y la biomicroscopía ocular.

Todos los traumatismos del aparato de la visión son estudiados en este libro: cuerpos extraños extra e intra-oculares, contusiones y heridas, fracturas, quemaduras de todo orden (por cuerpos en ignición, por cáusticos químicos, por gases lacrimógenos, electricidad, rayos X y radio), y todo lo referente a accidentes del trabajo. Y si se puede decir que resulta una obra completa, también puede asegurarse que nada sobra en ella, porque todo su contenido es utilizable y aprovechable. De tal modo, que sirve tanto para los médicos generales como para los especializados.

Consideramos un verdadero acierto del Dr. Guijarro la publicación de este segundo libro, y firmemente creemos que obtendrá el inmenso éxito que su primero ("Infecciones Oculares", Madrid, 1928), que fué premiado por la Academia Nacional de Medicina.

Reciba el autor nuestra felicitación más efusiva y continúe prestando a la ciencia la aportación de su valiosa experiencia personal.

DR. MARÍN AMAT.

DISCURSO DE APERTURA DEL CURSO DE 1935 EN LA ACADEMIA DE MEDICINA DE ZARAGOZA.

"La música como agente terapéutico" es el tema del mismo, y su autor, el culto escritor y médico Dr. Víctor Marín Corralé.

El tema, lleno de verdadero interés, constituye, además, una brillante pieza literaria, que logra separarnos por cerca de una hora—impone calma su lectura—de los tristes hechos del diario vivir, enseñándonos, a más, teorías de singular valor y belleza.

Enhorabuena a su autor y a la Academia zaragozana que así se honra.

PERIODICOS MEDICOS

DR. WIMPLINGER.—*La coramina en altas dosis en los estados de asfixia inminente.*

Desde que Faust introdujo en la terapéutica este medicamento, se pudo comprobar su acción beneficiosa sobre los centros respiratorios, sobre el tono vascular y sobre el estado general, especialmente en los casos de intoxicación por opio y sus derivados por óxido de carbono y por el ácido barbitúrico y todos los medicamentos que de él se derivan. Los cirujanos han utilizado la coramina para romper la acción de los narcóticos, suspendiendo o interrumpiendo las narcosis provocadas. Posteriormente se ha insistido sobre los beneficiosos efectos de la coramina en los casos de asfixia inminente debidos a causa mecánica, como los de sumersión en el agua.

El autor ha podido comprobar esto último en un caso que publica, en el que se trataba de un individuo al que creía ya ahogado y en el que iban fracasando los medios de respiración artificial, que tampoco reaccionó a la inyección de estrofantina en suero glucosado asociada a la lobelina y en el que sólo la inyección endovenosa de cinco cc. de coramina, seguida a los diez minutos de otra de igual clase de 10 cc., sin suspender, claro está, la respiración artificial, fué verdaderamente salvadora para el paciente. A la segunda inyección el enfermo se movió espontáneamente y tuvo un golpe de tos que le permitió arrojar abundante cantidad de líquido y algunos restos de alimentos. Dos horas duró esta mejoría, agravándose de nuevo, lo que obligó a repetir las inyecciones de coramina, que ocasionaron un prurito algo intenso y algo de intranquilidad motora, pero que restablecieron otra vez la actividad respiratoria. Todavía sobrevino otro amago de parálisis respiratoria al cabo de veinticuatro horas, amago en el que volvió a fracasar la inyección de lobelina y estrofantina, y sólo se consiguió dominar con la coramina. Insiste el autor sobre la aparición de signos de intranquilidad motora, que achaca a la hiperventilación que provocan las dosis elevadas del medicamento, intranquilidad que a veces llega hasta el ligero ataque convulsivo. Pero este inconveniente se encuentra supercompensado con las ventajas de una acción rápida capaz de salvar una vida seriamente amenazada.

Concluye el autor afirmando que a los beneficiosos efectos de la coramina, que también se ha comprobado en los casos de parálisis respiratoria por intoxicación con opio, con veronal y con todos los derivados del ácido barbitúrico, hay que añadir los que se observan en los casos de asfixia mecánica por inmersión en agua,

MORRHUËTINE

JUNGKEN

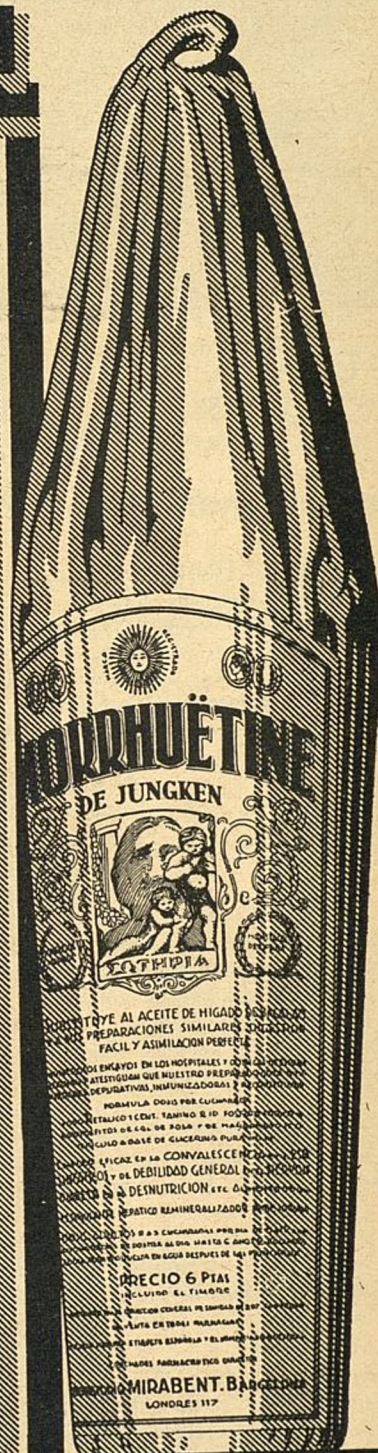
CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.
ES EL RECONSTITUYENTE PREDILECTO DE LOS SRES. MÉDICOS PARA USO DE SUS HIJOS.

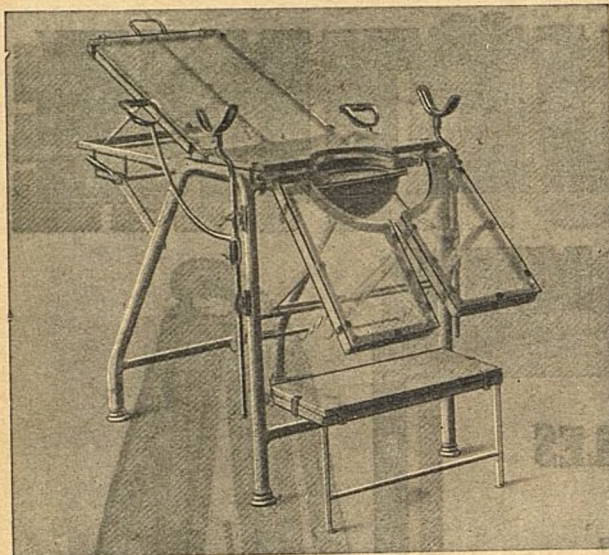
Eficaz en el tratamiento de las

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



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL



Núm. 14.—Mesa de operaciones EUREKA, construída en sólido tubo de hierro acerado con planos de luna. Grueso del asiento, 15 mm. Con juego de horquillas y pedales.

Lunas enteras: Ptas. 320

SOLICITEN
NUESTROS
CATÁLOGOS
GENERALES

de Mobiliario
e Instrumental



INDUSTRIAL MEDICA DORIA

S. A.

APARTADO 3031

Exposición y venta: Calle de Raimundo F. Villaverde, 1 (Cuatro Caminos). Tel. 40699

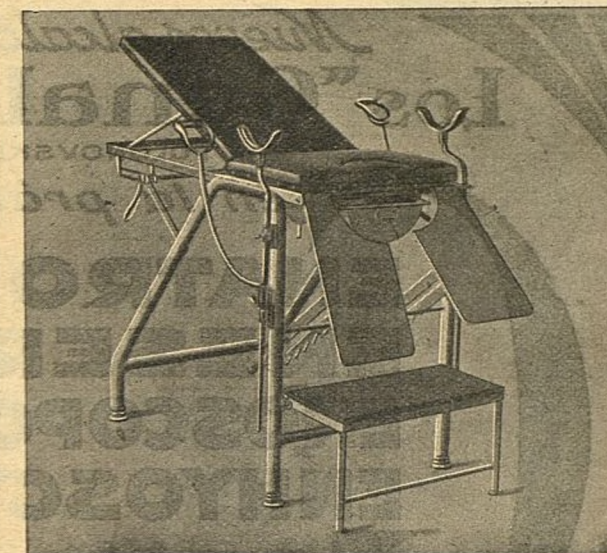
Fábrica: Calle de Francisco Rodríguez, núm. 45. Tel. 32856

M A D R I D

Instrumental de Cirugía

NOTA PARCIAL DE PRECIOS

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



Núm. 9.—Mesa de operaciones y reconocimiento EUREKA, modelo perfeccionado, construída en sólido tubo de hierro acerado, esmaltado en blanco, con juego de horquillas y pedales y almohadones de gutapercha.

Ptas. 220

Pesetas	Pesetas	Pesetas	Pesetas
Abre bocas de Heister recto..... 22,50	Cuchillos para amputación de 18 centímetros de hoja..... 22,00	Impendibles para vendajes, mediados (docena)..... 0,60	Mascarillas para cloroformo, de Esmarch..... 6,00
— — curvo..... 27,00	Cuchilletes para ojos lanceolares, clase superior..... 10,00	— — grandes —..... 0,75	— — de Schimmelbusch..... 15,00
Agujas para sutura ojo corriente curvas y semicurvas..... 0,50	— — Grafe —..... 10,00	Fórceps para partos, de Naegele..... 70,00	Oscilómetro de Pachón, último modelo..... 350,00
— — resorte —..... 0,60	— — párpados rectos y convexos..... 10,00	— — de Tarnier, marca Escualpe... 98,00	Pelvímetro de Collin..... 38,00
— — de Reverdin mango fijo..... 22,00	Cucharillas para resección dobles de Wolkman, 13 cm. 6,50	Fonendoscopios Bianchy, modelo corriente..... 25,00	Pinzas de Pean, articulación corriente..... 4,60
— inyecciones de acero de 25x6x10; docena..... 2,25	— — con mango Wolkman..... 10,50	— — reformado..... 30,00	Pinzas de Collin..... 4,85
— — 25x8x10 —..... 2,50	— — uterinas cortantes de Recamier..... 14,50	— — graduado..... 35,00	Pinzas de Kocher, articulación corriente..... 5,75
— — 50x8x10 —..... 3,75	— — para placenta y aborto roma..... 32,00	Guantes de goma, clase buena..... 3,50	— — Collin..... 6,00
— — de níquel puro Err-Eff de 25x6x10; docena..... 9,00	— — para vegetaciones, de Gottstein..... 15,00	— — fuerte, superior..... 4,50	— — uterinas rectas..... 12,50
— — de níquel puro Err-Eff de 25x8x10; docena..... 9,00	Dediles de goma para reconocimiento; docena..... 1,50	— — roja, de Chaput..... 14,00	— — curvas..... 13,50
— — de níquel puro Err-Eff de 50x8x10 docena..... 15,00	— — de Legue, de un dedo; uno..... 2,50	— — gris, —..... 14,00	— — tiralgunas de Esmarch..... 12,50
Albuminómetros de Esbach en estuche de madera..... 2,50	— — de dos dedos; uno..... 3,50	Jeringas sistema Luer, todo cristal, de 2 cc..... 1,20	— — de Mathieu..... 17,50
Amigdalotomos de Mathieu con tres anillas..... 30,00	Depresores de lengua, de Tobold, mango fijo..... 11,50	— — de 3 —..... 1,60	— — acodadas para oído..... 5,00
Aspiradores de Potain, completos, en estuche fino de frasco de 500 gramos..... 95,00	— — de metal, dobles fijos..... 5,00	— — de 5 —..... 2,25	— — para nariz..... 7,50
Basiotribus de Tarnier, último modelo..... 198,00	— — de cristal..... 2,50	— — de 10 —..... 3,35	— — Roault para amígdalas..... 50,00
Bisturios mango de metal articulados a pivot..... 5,50	Dilatadores uterinos de Sims, de tres ramas..... 50,00	— — de 20 —..... 4,65	— — de disección de 11 1/2 centímetros..... 3,25
— — fijos, clase superior..... 6,50	Espécúls vaginales de Ferguson..... 7,50	— — de 30 —..... 7,75	— — 13 —..... 3,75
Caja para intubación laríngea, en metal niquelado, con seis tubos dorados modelo Bayeus..... 250,00	— — de Cusco..... 18,00	— — de 50 —..... 16,00	— — 13 — con dientes... 4,50
Carteras de piel para instrumentos de dos cuerpos..... 9,50	— — para oído, juego de tres..... 4,00	— — de 100 —..... 20,00	— — de Mousseaux, para útero..... 21,50
— — — de tres —..... 13,50	— — para nariz, de Duplay..... 8,00	Jeringas sist. Luer, descentradas, de 3 —..... 2,25	— — de Seroheder, — cuatro ganchos..... 16,50
— — — de cuatro —..... 17,00	Escarificador para ventosas de 6 lancetas..... 20,00	— — de 5 —..... 3,00	Porta agujas de Mathieu..... 20,50
— — triangular para bolsillo..... 2,25	— — 10 —..... 30,00	— — de 10 —..... 4,00	— — de Hagedorn..... 41,60
Cánulas uretrales de cristal S. M. doble corriente..... 0,75	Estiletes de metal, doble ojiva..... 0,00	— — de 20 —..... 5,25	Porta algodones laríngeos..... 0,90
— — — Tuffier..... 1,25	— — con ojal..... 1,00	— — de 50 —..... 18,00	Sierras de arco pequeñas..... 40,00
— — — Janet..... 0,65	Espátulas de metal dobles..... 3,00	— — de 100 —..... 21,00	— — medianas..... 45,00
— — vaginales S. M. metálicas..... 20,00	— — con elevador..... 3,00	Jeringas sistema Luer, cuadradas de 2 —..... 3,00	— — grandes..... 50,00
— — — de cristal curvas..... 0,60	Esfingotensiófono de Boullite Korotkow..... 14,50	— — de 3 —..... 4,00	Separadores dobles de Farabeuf..... 7,50
— — — doble corriente con protector de porcelana..... 4,50	Espesores laringeos sin mango..... 2,00	— — de 5 —..... 5,00	Sondas de Nélaton, marca Delamotte..... 1,50
Catéteres de Guyón, metálicos, números del 24 al 40 (alemanes), a..... 7,00	Mangos de metal para los anteriores..... 2,00	— — de 10 —..... 7,00	— — cilíndricas — Eynard..... 2,50
— — — números del 41 al 60 (alemanes), a..... 9,00	Espejos frontales con banda de cinta 100 milímetros..... 2,00	— — de 20 —..... 9,00	— — acodadas —..... 3,75
Cloroformizador de Esmarch, completo, en estuche de piel..... 40,00	— — de aluminio Simal 100 —..... 3,00	Jeringas curación, cristal y metal, de 50 gramos... 37,00	— — metálicas, juego de tres..... 14,50
Costotomos de Collin (pico de loro)..... 28,00	— — de fibra Jetter 100 —..... 3,00	— — 100 —..... 47,00	— — acanaladas..... 1,25
Cuchillos para amputación, de 13 centímetros de hoja..... 18,50	Estetoscopos de madera articulados..... 2,00	— — 150 —..... 52,00	Termómetros clínicos, prismáticos corrientes..... 2,75
— — — de 16 —..... 20,50	— — fijos..... 2,00	Jeringas para curación, todo metal, de 50 gramos... 32,00	— — marca Hick..... 6,50
	— — articulados de tres piezas..... 2,00	— — 100 —..... 40,00	Tijeras rectas, articulación, Collin, 11 1/2 centímetros. 5,50
	— — de madera, modelo Pinard..... 2,00	— — 150 —..... 52,00	— — 13 —..... 6,00
	Estuches de metal de 2 cc. ovales..... 2,00	Lancetas para sangría, metálicas..... 3,00	— — curvas —..... 11 1/2 — 6,00
	— — de 3 —..... 2,00	— — vacuna —..... 3,00	— — 13 —..... 6,50
	— — de 5 —..... 2,00	— — apostemera —..... 3,00	Trócares, juegos de cuatro usos..... 18,50
	— — de 10 —..... 2,00	Martillos para percusión, modelo pequeño..... 9,00	— — de punción lumbar..... 3,25
	— — de 20 —..... 2,00	— — grande..... 10,50	Valvas de Sims, dobles..... 19,00
	Hieterómetros de Sims, graduados..... 2,00	— — redondo con aro de goma. 10,00	— — de Doyen, varios tamaños..... 26,50
	Impendibles para vendajes, pequeños (docena)..... 2,00	Microfonendoscopios, con estuche piel..... 13,00	Ventosas de cristal en estuche de madera, con tres vasos, bomba metálica y alargadera..... 45,50

Nuevos alcaloides no tóxicos Los "Genalcaloides"

POLONOVSKI Y NITZBERG

en la práctica cotidiana

G	ENATROPINE HIPERACIDEZ
	ENESERINE DOLORES ABDOMINALES
	ENOSCOPOLAMINE HIPOACIDEZ
	ENHYOSCYAMINE SINDROME SOLAR
	ENOSTRYCHNINE PARKINSONISMO
		ANESTESIA QUIRÚRGICA
		TEMBLORES DIVERSOS
		SECUELAS DE ENCEFALITIS
	 ASTENIA
		NEURASTENIA
	 PARALISIS

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

MUESTRAS Y LITERATURAS:

E. BOIZOT, agente general

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

Laboratorio AMIDO. A. BEAUGONIN, farmacéutico, 4, Pl. des Vosges. PARIS (4^e)

'AMIDAL' = ENTERITIS DIARREAS — BACKERINE = TUMORES CANCERES

PROFILAXIA y TRATAMIENTO

"PER OS"

DE TODAS LAS

ESPIROQUETOSIS

DISENTERIA

AMIBICA

PALUDISMO

POR EL

stovarsol

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

PRESENTACION

FRASCOS de 28 COMPRIMIDOS a 0.25

FRASCOS de 70 COMPRIMIDOS a 0.05

FRASCOS de 200 COMPRIMIDOS a 0.01

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

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —

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

efectos superiores en eficacia y constancia a los de la inyección asociada de lobelina y estrofantina.—(*Münchener Med. Wochenschrift*, 1935, núm. 2).—F. G. D.

LOUSTE.—*La sangre y el bazo en la primera incubación y el período primario de la sífilis.*

Demuestra el autor en este trabajo, discutido en las jornadas médicas de Bruselas de 1933, que la sífilis es una enfermedad infecciosa y sanguínea que se generaliza desde los primeros días. Antes de la aparición del chancro puede sospecharse su existencia por la presencia de alteraciones sanguíneas y esplenomegalia, signos que deben considerarse como los primeros de la infección sífilítica. (*Brux. Méd.*, núm. 31, 1934).—T. B.

A. FABRIZIO.—*Enfermedad de Gee.*

Es la enfermedad celiaca, descrita por Gee en 1888 y caracterizada por los siguientes síntomas: en los primeros años de la vida, el niño crece lentamente, presenta reblandecimiento e incurvación de los miembros, las epífisis se alargan, las costillas aparecen moniliformes y el sistema óseo tiende a fracturarse, si bien las fracturas se consolidan fácilmente.

Otro síntoma capital está constituido por la esteatorrea: las heces son ricas en ácidos grasos y jabones y fermentan fácilmente, por lo que el abdomen, distendido por gases, aumenta de volumen; sin embargo, la esteatorrea se acompaña de escasa diarrea.

Los niños con enfermedad de Gee presentan, además, los signos de tetania aguda latente (espasmos tetánicos en las manos, deglución dolorosa y difícil, apagamiento de la vista, presencia del signo de Chvostek). En casi todos los enfermitos hay anemia acentuada, que puede adquirir las siguientes formas: anemia hipocrómica, anemia megalocítica hipercrómica o bien una anemia eritroblástica.

El estudio del metabolismo demuestra que el azúcar se absorbe menos rápidamente que los individuos normales; la urea sanguínea está generalmente aumentada, aunque en ocasiones aparece disminuida; la calcemia está disminuida por la pérdida por las heces en forma de jabones.

Con la evolución disminuye la diarrea, pero la anemia se agrava, sucediendo que los enfermos mueren a los treinta o cuarenta años por anemia o por alguna enfermedad intercurrente. Los casos ligeros pueden conseguir la curación.

En cuanto a la etiopatogenia de la enfermedad de Gee, las opiniones son muy diversas; se admite un factor de insuficiencia pancreática o bien una lesión hepática, si bien el mismo Gee sentó la existencia de una lesión paratiroides. No faltan trabajos en los que se concede especial importancia etiopatogénica a la hipocalcemia. La existencia de las características glucémicas, de la anaclorhidria, de la hipocalcemia y de la anemia, han llevado a algunos investigadores a admitir una lesión de tipo intestinal.

Desde el punto de vista etiológico, la causa de las alteraciones de la enfermedad de Gee son totalmente desconocidas. Hay que tener presente que en las regiones tropicales existe una enfermedad: el *sprue*, que presenta muchos puntos de contacto con la enfermedad de Gee, si bien el *sprue* ataca a los adultos y la enfermedad de Gee se inicia en la infancia.

Desde el punto de vista del tratamiento de la enfer-

medad de Gee, es de gran utilidad la administración de calcio en forma de glucenato o de lactato; la alimentación, con predominio de vitaminas. Es oportuno la administración de leche descremada y de plátanos y manzanas maduras.

Contra la anemia, el hierro, a dosis elevadas, en las formas con anemia hipocrómica, administrando los extractos de hígado en los casos con anemia de tipo macrocítico. La transfusión sanguínea en los casos de anemia es gravísima.

Es afección que, desde el punto de vista del diagnóstico, hay que diferenciarla, siendo posible la confusión con la osteomalacia, el raquitismo, la insuficiencia pancreática.—(*Rinascenza Medica*. Nápoles, 15 de octubre de 1934. Año XI, núm. 19, pág. 585).—M. A. C.

W. SGHOLZ.—*Efectos del azúcar por vía oral en las enfermedades gastrointestinales.*

El autor condensa los resultados obtenidos en su clínica en las siguientes conclusiones:

Primera. Se encuentran muy divididas las opiniones en lo referente a los efectos del azúcar en las enfermedades del estómago e intestino.

Segunda. Para poder formar juicio acertado sobre ello utilizó un preparado de azúcar—el dextropur—, que administró en dosis de 15 a 20 gramos a enfermos de estómago, duodeno y vías biliares.

Tercera. En las úlceras del duodeno comprobó un beneficio indudable: desaparecían o, al menos, se aliviaban mucho las molestias subjetivas, aumentaba la cantidad de moco en el jugo gástrico y disminuía de modo marcado la acidez total.

Cuarta. En las gastritis, úlceras pilóricas y en las duodenales con preponderancia de síntomas gástricos se intensificaban, por el contrario, las molestias y los dolores a causa de la irritación que el medicamento causaba sobre la mucosa.

Quinta. Los enfermos de vías biliares y porciones adyacentes del intestino reaccionan a la inyección de azúcar con un mayor déficit de CIH y aumento de las secreciones intestinales y biliares, lo que, en ocasiones, dá lugar a que se intensifiquen todas las molestias.

Sexta. El azúcar sólo debe ser recomendado para el tratamiento de la úlcera duodenal simple y desecharse siempre que existan signos de gastritis. Las diversas opiniones exteriorizadas a este propósito se deben a la diferente categoría de enfermos elegidos para el tratamiento.—(*Münchener Med. Wochenschrift*, 1934, número 52).—F. G. D.

A. PEGTINI.—*Contribución clínica al tratamiento de la fiebre de Malta.*

El problema del tratamiento de la fiebre de Malta, de la brucelosis, adquiere de día en día mayor importancia por la difusión de la enfermedad.

Hasta hoy, todos los tratamientos son objeto de controversias, y muchos de ellos han caído en desuso, como la quinina, los salicilatos, el ictiol, el hetol, la tintura de yodo, el electragol, la optoquina. Los neosalvarsanes han dado buenos resultados; pero en no pocos casos resultan peligrosos y provocadores de hepatitis. Muchos de los tratamientos de la brucelosis deben su eficacia a verdadero choque coloidoclásico, que ciertamente se puede obtener, y con menor peligro, mediante el suero o la proteinoterapia.

Indudablemente, muchos casos de brucelosis son rebeldes a un tratamiento bien dirigido de suero o proteínoterapia. Es en estos casos en los que el clínico recurre a los preparados de acridina y a las vacunas.

En cuanto a los preparados de acridina, a las dificultades técnicas de su empleo intravenoso en algunos enfermos, su acción favorable, al decir de muchos autores, es también un choque coloidoclásico, a lo que se une la acción vacunante provocada por los gérmenes lisados en el organismo por el preparado acridínico. Ahora bien, según Izar, el 20 por 100 de los brucelóticos resisten a los preparados acridínicos.

Nos resta hablar de las vacunas; éstas, administradas por vía intravenosa, parecen constituir el tratamiento específico de la brucelosis.

La eficacia de las vacunas en la brucelosis es debida, en gran parte, a los fenómenos inmunitarios desarrollados consecutivamente al choque vacunante. Es la razón de la ineficacia de las vacunas empleadas intramuscularmente.

Las estadísticas de casos de brucelosis tratados por vacunas específicas por vía venosa dan un tanto por ciento variable de curaciones. Es tanto más eficaz la vacuna cuanto más precozmente se emplea. A este respecto, parece interesante considerar la acción terapéutica de las calciovacunas específicas. Preparado de calcio que nosotros lo hemos empleado previa y consecutivamente a la serie de vacuna. La dosis de vacuna empleada por vía intravenosa ha oscilado entre 50 y 300 millones de gérmenes. Por los resultados obtenidos llegamos a la conclusión que la brucelosis es conveniente y más eficaz tratarla por la vacunoterapia endovenosa, agregando ésta o bien presentándola con un preparado de calcio.—(*Rinascenza Medica*. Nápoles, 15 octubre 1934. Año XI, núm. 19, pág. 589.)—M. A. C.

PROF. W. SCHOELLER: *Las dosis fisiológicas de hormona folicular en la mujer.*

El descubrimiento de una reacción biológica a la hormona folicular por Allen y Doisy sirvió de punto de partida para las investigaciones de Butenandt, que condujeron a la obtención de la hormona folicular químicamente pura y a la definición de su constitución química.

Más con ello no quedaba resuelto el problema terapéutico, pues se comprobó que la hormona libre era eliminada rápidamente por el organismo. Butenandt observó que la proporción de hormona en la sangre de los animales de experimentación puede, por el contrario, mantenerse largo tiempo al mismo nivel, cuando previamente se ha combinado la hormona libre con un ácido orgánico (esterificación). Esta observación fué confirmada por Schoeller, Dohrn y Hohlweg. Schlweg e Hildebrand contribuyeron a la obtención de un preparado terapéutico óptimo de hormona folicular; no se contentaron con la esterificación de la hormona libre, sino que además consiguieron su hidrogenación por fijación de átomos de hidrógeno. De este modo se obtuvo por primera vez en el Laboratorio Central de Schering-Kahlbaum, A. G., un benzoato de hormona folicular, que lleva el nombre de "Progynon-B oleoso", y constituye la substancia estrógena más potente conocida hasta la fecha.

Kaufmann (de la Charité, de Berlín) fué el primero en conseguir con esta substancia la provocación artifi-

cial de menstruaciones genuinas en mujeres castradas y con amenorrea de varios años. Necesitó para ello administrar 200.000 a 300.000 unidades de ratón (1 a 1 1/2 millones de unidades internacionales) de "Progynon-B oleoso", y a continuación, 100 unidades clínicas de hormona del cuerpo lúteo (Proluton). Por eso debe considerarse esta dosis de 1 a 1 1/2 millones de unidades internacionales de hormona folicular como la "dosis fisiológica" de la mujer. Para el médico es importante saber que, al emplear un derivado estérico ("Progynon-B oleoso"), puede distribuir en cinco inyecciones la dosis total, mientras que con un preparado sencillo se requieren 25 inyecciones, aplicadas en veinte días, para conseguir el mismo efecto. (*Medizinische Klinik*, núm. 21, 1934.)

LEVADITI, ROTHSCHILD y colaboradores.—*Estudio experimental de la termoterapia general por las radiaciones de ondas cortas.*

Han efectuado los autores el estudio experimental, cuyos resultados reúnen en este trabajo en la espiroquetosis de las gallinas, la infección de los ratones por el "Trypanosoma evansi"; la toxoplasmosis producida en el conejo por el "Toxoplasma cuniculi"; la rabia, la infección herpética del ratón, la poliartitis de este mismo animal por el "Estreptobacilo moniliformis"; la enfermedad producida también en este animal por el virus de la enfermedad de Nicolas y Favre; la sífilis experimental y la infección de la rata por el "Espiroteta Dutoni". El aparato empleado es análogo al de Boack y Carpenter.

Las conclusiones deducidas de esta experimentación tan extensa y minuciosa no permiten aplicaciones definitivas a la práctica. Puede, sin embargo, afirmarse que las radiaciones de ondas cortas actúan en el sentido curativo sobre determinados procesos infecciosos. Unas veces se consigue la curación definitiva, y cuando no ocurre esto, por lo menos puede comprobarse la transformación de la enfermedad aguda en otra de curso lentamente evolutivo o manifestamente crónico. Estos resultados son perfectamente evidentes en la toxoplasmosis del conejo: la enfermedad experimental de Nicolas y Favre en el ratón. Son nulos, por el contrario, en las afecciones agudas y rápidamente mortales producidas por los espirilos y ultravirus, como son, respectivamente, la espirolosis de las gallinas, las tripanosomiasis (tipo evansi), y la rabia y el herpes. En la sífilis experimental, la acción curativa y, sobre todo, preventiva, está fuera de toda duda. Sin embargo, desgraciadamente, estos efectos profilácticos y curativos no son constantes, dependiendo probablemente de un factor individual. De las enfermedades estudiadas en esta experiencia se desprende el principio fundamental de que las radiaciones de ondas cortas, y muy probablemente la termoterapia general, actúan, no directamente suprimiendo la actividad patógena del agente, sino de un modo indirecto por intermedio del organismo. La terapéutica por la elevación de temperatura facilita en consecuencia la esterilización o la provoca, aumentando la eficacia defensiva de los medios humorales o celulares que el organismo pone en juego para la curación espontánea.

Hemos de afirmar, sin embargo, que la eficacia terapéutica de la piritoterapia, según se deduce de estos amplísimos estudios, está aún muy distante de poder ser comparada con la de los medicamentos antisifilíticos empleados en la terapéutica habitual. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, tomo LII, núm. 1.º, 1934.—T. B.

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.—«In memoriam»: James Richard Macleod, por J. H. S.—La supresión del Cuerpo de Médicos de Directores de Baños ante el Tribunal Supremo: Sentencia.—Cuestiones profesionales: La situación de los médicos forenses, por el Dr. J. Alvarez Sierra.—Homenaje al Dr. Amalio Gimeno: Lista de nuevos suscriptores.—ACADEMIAS y SOCIEDADES.—Puntualizando, por Angel F. Domínguez.—Clínica psiquiátrica del Hospital Provincial.—Pensión Schering 1935.—X Congreso Internacional de la Sociedad de Cirugía.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.—Vacantes.—Correspondencia.

BOLETIN DE LA SEMANA

Breve apuntamiento informativo de las actuaciones de la llamada Conferencia Sanitaria

Es indudable que para los sanitarios españoles, rurales y no rurales, aparenta destacado interés cuanto sucede en las reuniones de esta Conferencia, nacida del deseo de una información de todas las partes comprendidas en el pleito que abrió la llamada ley de Coordinación sanitaria.

Si nosotros hubiéramos pretendido cándidamente informar a nuestros lectores de un modo detallado de cuanto ocurrió en las Juntas celebradas por todas las representaciones de esta Conferencia hasta el día de hoy, hubiéramos perdido tiempo y papel en demasía, además de aburrir a nuestros lectores con relaciones interminables sin contenido práctico alguno. Por eso decidimos dejar pasar la racha de la primera parte de esta Conferencia, constituida por las sesiones celebradas en los últimos días de febrero, y que se dedicaron a la libre exposición de opiniones de los asistentes a la Conferencia. El espectáculo de estas tres sesiones no pudo ser más deplorable. Discursos y discursos que amenazaban enterrar la Conferencia en un palabreo inacabable y vacuo, a ciencia y paciencia del buen Sr. Bermejillo, que ha ganado durante estos días la gran cruz de la Orden de Job.

De todo cuanto en esos días se dijo, no interesa conocer más que una cosa, y es que, contra lo que algunos afirmaban, se manifestó un ambiente negativo, por parte de las representaciones municipales, contra los titulares, y asomó la oreja una tendencia injustamente crítica contra los sanitarios rurales por parte de representaciones que no debían haberse manifestado así.

Por fortuna, todo aquel aluvión de palabreo pasó, llegándose a la suspensión de las sesiones hasta el día 7 de marzo, en que se encauzó el trabajo de las

ponencias y comenzaron las Juntas a tener su verdadero carácter.

Hasta el día de hoy se ha discutido y aprobado totalmente la propuesta de reglamento de los Institutos provinciales de Higiene. En la ponencia han intervenido los Sres. Ruesta, Murillo, Carda, París y el representante del Ayuntamiento de Lugo. El éxito de la ponencia ha sido completo, y se pretende la unificación de todos los servicios en los Institutos provinciales de Higiene, con tantas secciones como servicios, y pasando el personal actual, con todos sus derechos y categoría, a formar en las secciones de la institución provincial única.

La segunda ponencia que se ha puesto a discusión ha sido la de reglamentación de los titulares, en la que han intervenido el inspector provincial de Zaragoza, los Sres. Murillo, Trujillano, Aguila Collantes, Ruiz Heras y los representantes de los Ayuntamientos de Graus y Langa de Duero.

Según nuestra información, los defensores de los intereses de los titulares no han encontrado muy fácil el camino. Elementos presentes en la Conferencia han facilitado, con su crítica de los inspectores municipales de Sanidad, la actitud de oposición de los Municipios; pero, por fortuna, la intervención inteligente y decidida de una personalidad sanitaria, que merece especial señalamiento a la gratitud de los rurales (hemos nombrado al Dr. Murillo), ha sabido ir poniendo las cosas en su lugar y modificando el ambiente oposicionista de la Conferencia, hasta conseguir que, a través de las discusiones de estos últimos días, y cuando en la tarde del jueves quedó suspendida la sesión, fuera ello después de presentarse por una representación municipal, el alcalde de Grau, un voto particular proponiendo el pase al Estado de los sanitarios como única solución del pleito. Claro que esta propuesta fué aceptada enseguida por los representantes de la Asociación, que en la misma tarde habían escuchado la lectura de dos votos particulares que piden la desaparición de

la obligatoriedad y la no intervención en los escalafones de la Asociación. Estos votos no se discutirán hasta la sesión del viernes, que no podremos nosotros reseñar en esta semana.

En resumen: muchos, muchísimos discursos inútiles y un ambiente que no es, ni mucho menos, el que han reflejado algunas informaciones periodísticas.

La verdad, según nos dicen, es que allí nadie ha defendido la ley de Coordinación sinceramente más que su autor, al que, después de una docena de discursos, cortó la palabra la oportuna intervención del mejor defensor que han tenido los rurales hasta la fecha (volvemos a hablar del Dr. Murillo).

Que el problema de los titulares se encauza hacia su solución única del llamado pase al Estado, y que de lo demás va para rato cuanto se resuelva proponer.

Es interesante puntualizar que el ministro ha tenido buen cuidado en advertir reiteradamente que la Conferencia no tiene más finalidad que la consultiva, y que cuanto de ella pueda salir no tiene otro carácter para lo que se resuelva.

¿Vale la pena gastar columnas en puntualizar lo que dijo don Fulano o don Mengano? Sepan los titulares que están bien defendidos por quienes siempre los defendieron de verdad, y que al final posiblemente sólo sea su pleito el que quede resuelto, como podía estarlo ya si desde el principio no se hubiera unido su suerte a la de muchas cosas de la ley con las que nadie puede estar conforme.

DECIO CARLÁN.

"IN MEMORIAM"

JAMES RICHARD MACLEOD

Cuando estas líneas salgan a ver la luz de un dorado poniente en la tarde del sábado, hará justo ocho días que en el Condado marítimo de Escocia de Aberdeen ha partido para ese viaje sin retorno que todos en la vida habremos de hacer, aunque para el viaje no tengamos dinero.

Nacido en el último tercio del siglo pasado e hijo de un pastor protestante, recibió su primera educación en el soberbio Marischal College de su ciudad natal, donde la distinción de su inteligencia le llevó a obtener el premio Anderson.

La carrera la cursó en la Facultad de Aberdeen, si bien su diploma de Higiene lo obtuvo al nacer el siglo, 1900, en la célebre Universidad inglesa de Cambridge. Y a partir de este momento comienza su carrera triunfal, que sólo la muerte ha venido a cortar tan prematuramente, y es el año de 1922, siendo profesor de Fisiología de la Universidad de Toronto, cuando traba amistad con Banting, al que no ha mucho tuvimos el honor de estrechar su mano en Madrid, y que entonces era en la misma jefe de las investigaciones médicas.

Pues bien: de esta estrecha amistad nace acaso sin hipóbole uno de los descubrimientos de más valor para la Medicina, que es la insulina, y a la que sería ocioso yo hiciese aquí un canto a su valor.

Y al año siguiente del descubrimiento, el más alto galardón científico del mundo, el Premio Nóbel, les es otorgado, y ellos, en un rasgo genial pocas veces dado, lo reparten con los ayudantes que con ellos han trabajado en este descubrimiento sensacional y que marca en los anales de la Medicina una fecha imborrable y gloriosa.

Y a partir de este momento, varias Sociedades y Academias le conceden glorias y honores, a los que en su singular modestia no da sino la importancia que tienen, pero no la de la vanidad que a tantos turba en iguales situaciones, y sí va, en cambio, dejando una obra en libros y revistas, todos ellos de máximo valor para los investigadores de estos temas.

Y ahora tan sólo manifestar el pésame a la Facultad de Aberdeen, a la cual se había retirado, y a la ciencia médica de Inglaterra, que ha perdido una de sus más gloriosas figuras.—J. H. S.

La supresión del Cuerpo de Médicos Directores de Baños ante el Tribunal Supremo

SENTENCIA

Don Antonio T. Pró Sánchez, Secretario de la Sala cuarta del Tribunal Supremo,

Certifico: que por esta Sala se ha dictado la siguiente sentencia:

"En la villa de Madrid, a 27 de febrero de 1935; en los pleitos acumulados números 12.080 y 12.131, que en única instancia penden ante esta Sala, entre partes, de una, como demandantes, D. Rosendo Castells y Ballespi, D. Aurelio García Gavilán, D. Sebastián Pamplona Azcón, D. José de Eleizegui López, D. Cipriano Rodrigo Lavín, D. Santiago Ratera Botella, D. Alfredo Piquer Martín-Cortés, D. Gervasio Carrillo Garrido, D. Luis Modet Aguirrebarrena, D. Eduardo Méndez del Caño, D. José Menéndez Jiménez, D. Felipe Isla Gómez, D. Federico González Deleito, D. Arturo Daza de Campos, don Benito Avilés Merino, D. Manuel Vázquez Lefort, don Miguel Torresano Alcolado, D. Nicolás Sánchez Real, D. José Velasco Pajares, D. Galo Leoz Ortín, D. José Palancar Tejedor, D. Carlos Ocaña López, D. Víctor María Cortezo Collantes, D. Timoteo Santos Revuelta, D. Ramón Llord Gamboa, D. Pedro Mayoral Carpintero, D. Víctor Manuel Nogueras, D. José García del Mazo y Azcona, D. Manuel Manzaneque Montes, D. Leonardo Rodrigo Lavín, D. Sixto Botella y Donoso-Cortés, D. Rafael Fraile Herrera, D. Camilo Pintos Reino, D. Joaquín María Aleixandre Aparici, D. Enrique Doz Gómez, D. Domingo Fernández Campa y Rivero, don Celestino Compaired Cabodevilla y D. Manuel Martí Sanchiz (1), todos ellos representados por el procurador

(1) A más de los poderes de los señores aquí mencionados, conferidos directamente por ellos al Procurador que los representó en el pleito, se aportaron a los autos del mismo los que otorgaron en las localidades de su respectiva residencia, y en favor de varios de dichos señores, sus compañeros de Cuerpo: D. Saturnino Mozota Vicente, D. Luis Pérez Serrano, D. Angel Abós Ferrer, D. Camilo González González, D. Anselmo Bo-

D. Ruperto Aicúa, bajo la dirección del letrado D. S. Julio de Saracibar, y de otra, la Administración, representada por el fiscal, contra el Decreto del Ministerio de la Gobernación de 31 de marzo de 1932 y las Ordenes del mismo Ministerio de 1.º de abril y 16 de mayo siguientes, sobre libertad del servicio de asistencia médica en los establecimientos de aguas mineromedicinales.

Resultando: que en la *Gaceta de Madrid* de 4 de abril de 1932 se publicó un Decreto del Ministerio de la Gobernación, fecha 31 de marzo anterior, en el que se disponía que "mientras se promulga una nueva legislación balnearia, queda autorizado el Ministro de la Gobernación para resolver en la forma que estime conveniente

cuantos asuntos se refieran al régimen de los Balnearios y a la provisión de las plazas de médicos - directores de los mismos"; y, como consecuencia del anterior Decreto, se dictó por el Ministerio de la Gobernación la Orden de 1.º de abril de 1932, en la que se dispone: 1.º Que todos los establecimientos de aguas mineromedicinales, sin excepción, dispensarán cualquier tratamiento hidromineral que sea prescrito por un médico en ejercicio legal de su profesión, sin que esta prescripción necesite refrendo alguno; 2.º Que a los efectos, tanto de orden higiénicosanitario como de carácter médico profesional, quedan sometidos todos los establecimientos de aguas mineromedicinales a la autoridad de los respectivos inspectores provinciales de Sanidad, los cuales vigilarán el cumplimiento de los preceptos generales de higiene, y muy especialmente los que se refieren al régimen sanitario del Establecimiento, y por Orden de 16 de mayo siguiente se aclaró la anterior, disponiéndose que los administradores o dueños de Balnearios fueran los que exi-

nilla Franco, D. Antonio Rodríguez Rotico, D. Juan Company Jiménez, D. José Sala Vaca, D. Carlos Rodríguez García, D. Carlos Manglano Terrón, D. Cándido Bayés Coch, D. José María Mascaró y Castañer, D. Enrique Pratosí y Martínez, D. José Palá y Soteras, D. Casimiro Torre Sánchez-Somoza, D. Antonio Novo Campelo, D. Francisco Romero Molezún, D. José Sócrates González Fernández, D. Francisco Maraver Jiménez, D. Isaias Bobo Díez, D. Julián Adame García, D. José Llangort Planas, D. Clemente Cilleruelo González, D. Primo Garrido Sánchez, D. Luis Infante Ortiz, D. Eduardo López Martínez Carrasco, D. Antonio Alvarez Cienfuegos, D. Francisco Chinchilla Ruiz, D. José María Casado Torreblanca, D. Isidoro Rodríguez Trigueros, D. Pedro Tamarit Olmos, D. Manuel Desfilis Pascual, D. Vicente Izquierdo Gómez, D. José Llisterri Ferrer, D. Francisco Vives Miralles, D. Ramón Vilá Barberá, D. Miguel Gómez Camaleño y Cob, D. Mariano Escribano Alvarez, D. Aniano Vázquez de Prada Alonso, D. Mariano Ruiz Lleónart, D. Felipe Cardenal Navarro, D. Luis de la Oliva y Cano, don José Morales Moreno, D. Segundo de Olea y Aguilera y D. Emilio Martínez Navarro.

giesen y archivaran los documentos de los médicos con ejercicio legal, regulándose, además, el contenido de las citadas prescripciones, así como lo que hace referencia a los enfermos de la Beneficencia provincial o municipal que concurran a los Balnearios.

Resultando: que contra el Decreto de 31 de marzo de 1932 y Ordenes del Ministerio de la Gobernación de 1.º de abril y 16 de mayo siguientes, interpusieron recurso contencioso-administrativo D. Rosendo Castells y Ballespi y otros, señalado con el número 12.080, y D. Víctor Manuel Noguera y otros el recurso número 12.131, los cuales fueron acumulados por auto dictado por la Sala

en 5 de octubre de 1932, formalizándose en su día la demanda, con la súplica de que se dicte sentencia revocando el Decreto del Ministerio de la Gobernación fecha 31 de marzo de 1932, y las Ordenes de ese mismo Departamento ministerial de 1.º de abril y 16 de mayo del propio año, en cuanto perjudican y lesionan los derechos individuales adquiridos por cada uno de los recurrentes al amparo de disposiciones legales y reglamentarias anteriores, y especialmente de las contenidas en la ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855, en el Reglamento de 12 de mayo de 1874, y sus modificaciones posteriores, en la Instrucción general de Sanidad de 12 de enero de

1904 y en los Reales decretos-leyes de 25 de febrero de 1924 y 25 de abril de 1928, confirmado este último con el carácter de ley en todo lo que no se oponga a otras anteriores, por la de 15 de septiembre de 1931, y declarando en su lugar que los demandantes, como comprendidos en el Escalafón único del Cuerpo de Médicos-Directores de Baños, que aprobó la Real orden, firme, de 27 de junio de 1925, tienen los derechos, de antiguo consagrados, que les confirmó, por último, el Estatuto sobre explotación de manantiales de aguas mineromedicinales, aprobado por dicho Real decreto-ley de 25 de abril de 1928, hoy ley de la República, derechos todos de que no han podido privarles las disposiciones que recurren.

Resultando: que emplazado el fiscal, contestó la demanda, con la súplica de que se dicte sentencia estimando, en primer término, la excepción de incompetencia o, en todo caso, absolviendo a la Administración.

Visto, siendo ponente el magistrado D. Rafael Rubio.

Vistos los artículos primero y tercero de la ley de lo Contencioso, y el cuarto del Reglamento.

Vistos los artículos 96 y 97 de la ley de 28 de noviembre de 1885, Reglamento de 12 de mayo de 1874 e Instrucción general de 12 de enero de 1904, y la sentencia de 16 de enero de 1934.

Considerando: que la excepción de incompetencia de jurisdicción alegada por el fiscal, y primera, por tanto, a resolver entre las cuestiones del presente recurso, debe distinguirse, en cuanto se refiere al Decreto de 31 de marzo de 1932 y a las Ordenes posteriores de 1.º de abril y 16 de mayo del mismo año, que así como aquél

Nuevo servicio a nuestros suscriptores

El gran número de consultas que constantemente se nos hacen sobre asuntos personales de nuestros suscriptores, bien de índole profesional o referentes a cuestiones ajenas, motivaba el retraso involuntario de nuestras contestaciones a los interesados.

EL SIGLO MEDICO, deseando resolver estas necesidades de sus amigos y suscriptores, ha organizado una sección especial, a cuyo frente está el probo e inteligente funcionario D. Manuel Blázquez y Sánchez, que se encarga de gestionar rápidamente cuantas consultas se nos envíen, acompañadas de dos pesetas, en sellos de Correo, con cuya cantidad se contribuirá, en parte, al sostenimiento del personal necesario en esta sección.

Todas las consultas se dirigirán a EL SIGLO MEDICO, Sección de consultas y servicios anejos.

se impugnan por los recurrentes, porque el referido Decreto es una disposición de índole general que no entraña lesión alguna para los derechos de tales recurrentes, puesto que al disponer que mientras se promulga una nueva legislación balnearia, queda autorizado el Ministro de la Gobernación para resolver en la forma que estime conveniente cuanto se refiere al régimen de los Balnearios y provisión de las plazas de médicos, no decreta nada en contra de lo que sea legal y adecuado, y ha de presuponerse, evidentemente, que la autorización es para que, siempre dentro de los preceptos legales y normas jurídicas, se desenvuelva cuanto por tal disposición se dicte, y no una patente para infringir cuanto le pareciera oportuno; y, por lo tanto, dicho Decreto del Ministerio de la Gobernación no puede ser objeto de impugnación, y procede, en cuanto al mismo, la excepción de incompetencia alegada, por ser disposición discrecional, y que en nada lesiona a los que por otras resultaron después perjudicados.

Considerando: que no así en cuanto a las Ordenes dictadas en su cumplimiento, porque tanto la de 1.º de abril regulando la libertad de asistencia médica en los Establecimientos de aguas mineromedicinales e inspección de los mismos, como la aclaratoria de 16 de mayo siguiente, aun cuando no de un modo directo, pero sí terminante y decidido, dejan sin intervención en dichos Establecimientos al Cuerpo de Médicos Directores de Baños, continuando el organismo y su función atribuidos a otros facultativos distintos de los que venían atendiéndola, y siendo esto así, es visto que tales preceptos afectan a los derechos individuales de cada uno de aquellos médicos de baños que hoy reclaman amparados por disposiciones nacidas de la ley, y con arreglo a lo resuelto por este Tribunal Supremo, especialmente en sentencia de 14 de enero de 1934, no están comprendidos en la incompetencia de jurisdicción que al amparo de los artículos tercero de la ley y cuarto del Reglamento de lo Contencioso se alega por el ministerio fiscal, porque tales casos ni son discrecionales las disposiciones que se dictan, pues tienen que acomodarse a derechos basados en preceptos legales, ni lo que una mera orden concreta no puede hacer, tiene más virtualidad o preferencia, porque en vez de aludir a un interesado, afecta a otras muchas personas en sus derechos.

Considerando: que entrando en el fondo del recurso, es de advertir que, independiente del quebranto que pudiera estimarse ocasionado por las expresadas Ordenes en los derechos de los recurrentes, desde el momento en que, como queda indicado, éstos aparecen privados de cuanto las disposiciones vigentes les reconocen, quedando sin efectividad alguna un Cuerpo de Médicos de Baños en el que habían entrado por oposición, constituyendo un escalafón, con sus naturales garantías, resulta por modo decisivo en la presente resolución el examen de cómo se dictaron esas disposiciones impugnadas, no sólo por la importancia que en cualquier momento tiene la observancia de los trámites de procedimiento, que son siempre debida salvaguardia de todos los derechos, sino la especial que impone en un caso como el presente, donde se hace desaparecer, en definitiva, todo un Cuerpo de funcionarios, y por medio de meras Ordenes ministeriales, dictadas después de las múltiples disposiciones en que el nuevo régimen de la República buscaba la preeminencia de las votadas en Cortes para anular o, por lo menos, mitigar, cuanto pudiera significar su inobservancia por parte de los Gobiernos.

Considerando: que el artículo 96 de la ley de Sanidad de 1855, establece como condición previa al Reglamento que habrá de dictar el Gobierno para marcar las bases que deben regir las circunstancias, calidad y atribuciones de los profesores, así como las obligaciones y derechos de los dueños de los establecimientos de baños, el que se oiga al Consejo de Sanidad, y esta medida, tan lógica como necesaria, especialmente hecha constar en el Reglamento de 12 de mayo de 1874 e Instrucción general de 12 de enero de 1904, ha sido omitida en las resoluciones impugnadas, que, aun sin llamarse expresamente Reglamentos, modifican tan profunda y radicalmente cuanto afecta a las circunstancias todas de los profesores de los balnearios que dicha ley de Sanidad quiere garantizar, llegando a separar el doble carácter que de muy antiguo vienen desempeñando los médicos de baños, de asistencia personal al enfermo, que atribuye a cualquier médico particular, y el de inspector oficial del balneario, que no encomienda al inspector provincial, sin referencia ni consideración alguna a los que a la sazón desempeñaban las funciones dichas, omisión tanto más de notar en las disposiciones recurridas, cuanto que éstas nacen como consecuencia del Decreto de 31 de marzo, en el que expresamente se alude a la intervención del Consejo Nacional de Sanidad, y al prescindir del mismo, claro es que las medidas que sin oírlo se adoptaran no habrían de tener alcance ni trascendencia, y siendo así todo esto, es visto que tales resoluciones, dictadas sin tan substancial trámite, llevan consigo, sin necesidad de otras consideraciones que el hecho motiva, la imperiosa nulidad de las mismas, en las que no se ha escuchado a las personas técnicas que la ley dispuso se oyera,

Fallamos que, aceptando la excepción de incompetencia de jurisdicción alegada por el fiscal en cuanto al Decreto de 31 de marzo de 1932, declaramos la incompetencia de este Tribunal para conocer del mismo, y, por el contrario, debemos declarar y declaramos no haber lugar a dicha excepción en cuanto a las otras dos disposiciones recurridas, Ordenes de 1.º de abril y 16 de mayo del mismo año, las cuales declaramos nulas y sin ningún valor ni efecto.

Así, por esta nuestra sentencia, que se publicará en la *Gaceta de Madrid* e insertará en la *Colección Legislativa*, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.—Firmado: Juan C. Bermúdez.—Francisco de Cárdenas.—Agustín Aranda.—Rafael Rubio.—Onofre Sastre.—(Todos con rúbrica.)

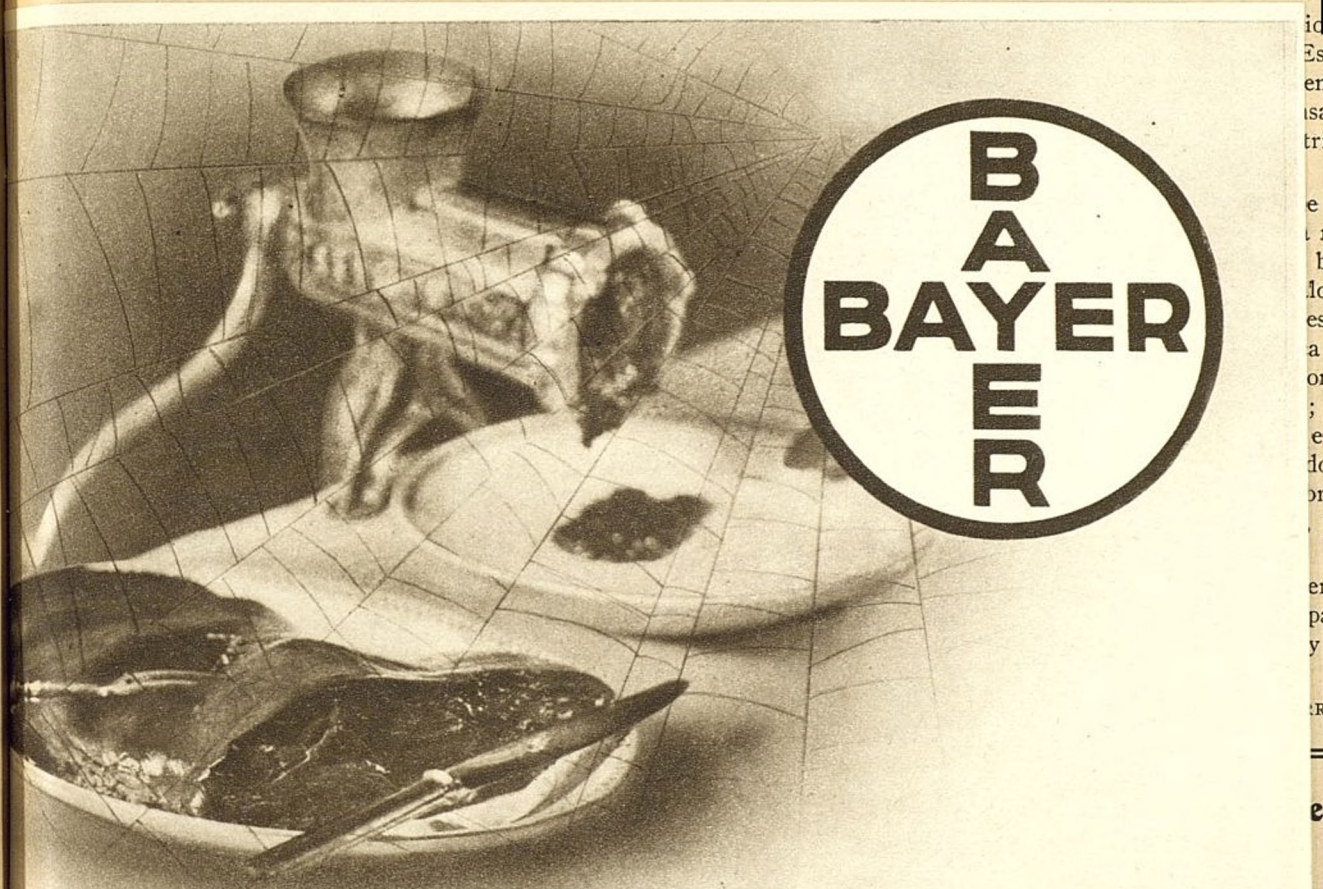
Publicación.—Leída y publicada fué la anterior sentencia por el Excmo. Sr. D. Rafael Rubio, magistrado del Tribunal Supremo, celebrando audiencia pública en el día de hoy la Sala cuarta del mismo, de lo que, como Secretario, certifico.—Madrid, 27 de febrero de 1935.—Antonio T. Pró Sánchez.—(Firmado y rubricado.)

Y para notificar a las partes y unir al rollo de su razón, expido la presente en Madrid a 5 de marzo de 1935. V.º B.º P. el Presidente de la Sala, Bermúdez (firmado).—Antonio T. Pró (firmado)."

CUESTIONES PROFESIONALES

La situación de los médicos forenses

En todas las naciones, aun en aquellas de organización estatal reciente, como ocurre a las Repúblicas americanas, el Cuerpo de funcionarios auxiliares de la Administración de Justicia en la investigación de las cuestiones



Campolón

Extracto hepático
inyectable





Heridas



médicolegales, goza del máximo prestigio y su remuneración les pone a salvo del ejercicio clínico. Pretenden con esto los juristas modernos que el médico forense sea sólo forense y pueda investigar, realizando obra científica duradera.

En España no ha existido, ni existe, estímulo para esta labor de investigación. Si hemos tenido sabios de la altura de Mata, Maestre y Alonso Martínez, ha sido por vocación propia y aficiones de orden personal, pero teniendo siempre que perjudicarse en sus intereses, pues nunca el Tesoro público les supo compensar del material de laboratorio, libros y revistas que necesitaron, ni del déficit por el abandono de otros aspectos técnicos de la carrera, en que hubiesen obtenido mayores utilidades.

Pero donde el abandono oficial llega a sus mayores límites es en la médica forense de los pequeños distritos municipales; el forense rural es el funcionario público más olvidado y escarnecido, ya que se le obliga a trabajar sin estipendio que guarde relación con el esfuerzo intelectual y material realizado. ¡Cuántas autopsias minuciosas, informes de varios folios y comparecencias extensas en los juicios exigen horas de desvelo y molestias para trasladarse de localidad, sin después percibir honorarios de ninguna clase!

La ley de Sanidad de 1855, primer paso dado en España para la creación del Cuerpo de Médicos Forenses, tuvo la culpa, por lo caótico de sus artículos 93, 94 y 95, del abandono en que siempre hemos tenido a los forenses rurales. En lugar de establecer obligaciones, deberes y derechos, cargaba gratuitamente las responsabilidades sobre los profesores titulares de las cabezas de partido.

Los Reglamentos de 13 de mayo de 1862 y 31 de marzo de 1863, así como los Decretos de 10 de marzo de 1865 y 29 de diciembre de 1889 persistieron en el error de no remunerar decorosamente estos servicios, y, por lo tanto, coadyuvaban a la desorganización de la medicina legal, que en otros países era cuidada, mimada y orientada para su máximo florecimiento.

La primera vez que los Poderes gubernamentales se sienten espléndidos y deciden pagar a los médicos forenses es en el Decreto de 1.º de mayo de 1911, asignándoles los sueldos de 500, 300 y 150 pesetas anuales, según fuesen de primera, segunda o tercera categoría. Como se comprende, el "feliz mortal" que percibiese 30 duros al año (con descuento), tenía que buscarse el pan en otras actividades y dar al olvido sus entusiasmos por la ciencia médicolegal. La reorganización de Burgos Mazo, con ser de lo más perfecto y mejor orientado en la materia, dejó grandes resquicios para que los presupuestos carcelarios municipales burlasen la ley.

Mientras el capítulo de derechos, honorarios y representación queda siempre borroso, el imperativo es absoluto cuando se trata de deberes: el forense está obligado a practicar todo acto o diligencia propios de su profesión e instituto con el celo, esmero y prontitud que la naturaleza del caso exige y la Administración de Justicia requiere. Residirá en la capital del Juzgado y no podrá ausentarse de ella sin licencia del juez, del presidente de la Audiencia de lo criminal o del ministro de Justicia.

Al advenimiento de la República parecía que iba a redimirse totalmente a la clase, y se dictan disposiciones de gran trascendencia, pero la marcha lenta y premiosa de su desarrollo no es la más a propósito para lo que exigen las circunstancias.

No nos hemos explicado nunca cómo en todos los paí-

ses el médico legista representa una de las posiciones más destacadas de la profesión, y en cambio en España atraviesan una vida lánguida. Los mismos forenses de Madrid y Barcelona, por su trabajo y su responsabilidad, tenían que estar dotados de sueldos doble o triple de los que hoy perciben.

La culpa de este estado de cosas proviene de que los médicos forenses no viven de la forensia, sino de la medicina clínica, y gracias al acaparamiento de cargos buscan en otros destinos sus fuentes de ingreso. Lo malo es que todo esto ocurre, no sólo en perjuicio de la profesión médica en general, sino también de la labor científica investigadora. Con grandes entusiasmos creó D. Tomás Maestre el Instituto de Medicina Legal de Madrid; obtuvo dotaciones de material, nóminas de personal, etcétera, etc., y luego, andando el tiempo, los investigadores que pudieron ser continuadores de la obra de Lombroso o de Mata han sido urólogos eminentes, radiólogos, psiquiatras o catedráticos de Terapéutica.

No queremos terminar sin hacer constar el grave error cometido por los que profundizan en establecer separaciones entre los forenses de Madrid y Barcelona y los del resto de España.

DR. J. ALVAREZ-SIERRA

Homenaje al Dr. Amalio Gimeno

Lista de nuevos suscriptores

	Pesetas
Suma de la lista anterior.....	13.125
153 D. Juan Moya e Idigoras.....	75
154 D. José María Villaverde.....	50
155 D. Víctor María Cortezo.....	100
156 D. Francisco Rodríguez Marín.....	50
157 D. Angel Pulido Martín.....	75
158 D. Gregorio Marañón.....	100
159 D. A. H. Roffo.....	100
160 D. José Martínez Roca.....	75
161 D. Manuel Ortiz Villajos.....	75
162 D. Salvador Canals.....	50
163 D. Luis de Hoyos Sáinz.....	75
164 D. José Madrid Moreno.....	50
165 D. Modesto Cogollos.....	100
166 D. Manuel Portaceli.....	50
167 D. José Verdes Montenegro.....	75
168 D. José A. Palanca.....	50
169 D.ª Elvira Cárcelos.....	100
170 D. Antonio María Cospedal.....	50
171 D. Francisco de Castro.....	50
172 D. Juan Bravo Coronado.....	50
173 D. Juan Bravo Frías.....	50
174 D. Primitivo Hernández Sampelayo.....	50
175 D. Carlos Jiménez Díaz.....	100
176 D. Pablo de Garnica.....	125
177 D. Mariano Gómez Ulloa.....	100
178 D. José Garnero.....	75
179 Comité Central de la Cruz Roja.....	50
180 D. Arturo Perera Prats.....	75
181 D. Juan Bartual.....	75
182 D. Serafín y Joaquín Álvarez Quintero.....	200
183 D. César Chicote del Riego.....	50
184 D. César Juarros.....	50

	Pe
185. D. Ramón Menéndez Pidal.....	75
186. D. Antonio Magaz.....	75
187. D. Hipólito R. Pinilla.....	50
188. D. José María Torroja.....	75
TOTAL.....	15.800

16 marzo 1935.

Las suscripciones se reciben en casa del Sr. Tesorero de la Comisión, Prof. Leonardo de la Peña, calle de Zurbano, 50.—MADRID.

La suscripción de 50 pesetas da derecho a un ejemplar de la obra, y de 75 pesetas en adelante, la obra y la medalla conmemorativa.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Presidencia: Dr. Decref y Ruiz

(Sesión del 16 de marzo de 1935.)

DOCTRINA DE KLEIST SOBRE PSICOLOGÍA, por el Doctor San Pedro Anchochuri.

No voy a exponer esta doctrina tal y cual la enorme extensión que su autor la ha concedido, y si solamente voy a hacer unas ligeras consideraciones acerca de la misma. La psicología de nuestros días pone reparos a estos conocimientos, por considerarlos muy separados de las doctrinas de la misma. Kleist vió un gran número de enfermos que eran heridos de guerra en el cráneo y otros con lesiones de la corteza cerebral, o bien otros con tumores cerebrales, haciendo de ellos un amplio estudio, al que siguió otro sobre olfatoria. A continuación trata de las zonas de percepción del lenguaje y dice que en cada una de éstas existe una dotada de gran sensibilidad para recibir la sensación y otras cercanas donde se recogen y guardan. A propósito de esta teoría, expone que no es nueva, dado que él se la ha oído a Simarro en su cátedra y la ha leído en los geniales libros de nuestro sabio compatriota Cajal. Dice a continuación que si ha expuesto esta teoría es debido nada más a que son teorías que hoy representa la escuela alemana.

La verdadera originalidad de Kleist la encuentra en las definiciones de la misma y las opiniones acerca de la conciencia, ya que dice que ésta es el nexo de unión de los procesos psíquicos, pues bien se ve que en esto se halla conforme con la psicología. En la conciencia nos dice asimismo que existe una parte intelectual y otra afectiva; la primera función se halla situada en la corteza cerebral y la segunda es producto de la estructura del eje cerebral. Pero Kleist va más allá aún en sus concepciones, puesto que dice que a la conciencia se la debe de conceder una estructuración, y expone la idea de éste acerca de la conciencia vegetativa que localiza en el cuarto ventrículo, la conciencia afectiva en el diencéfalo y otra que relaciona con el carácter, que sitúa en el cuerpo estriado. Habla del valor que esta doctrina puede alcanzar, y al describir los complejos psicopatológicos estudia las porciones nerviosas donde éstos se producen. El ha realizado una división mínima de dos lugares, uno el diencéfalo y otro el cuerpo estriado. En el primero se

producen los trastornos de la conciencia y en el otro los de carácter psicoquinéticos, haciendo una breve descripción de los grupos que pueden encajar dentro de cada uno de ellos.

Termina diciendo que esta doctrina, como se ha podido ver, revela hechos que se hallan en una contraposición absoluta con ideas psicológicas que por hoy se cree aún tienen carácter de indestructibilidad.

Prof. Antonio Gracia Tapia.—Interviene brevemente para hacer un clarísimo estudio, no sólo de las localizaciones cerebrales, sino también de las percepciones musicales en los distintos individuos, tratando acerca de la herencia en el sentido de la música, como el rasgo característico en ésta que son los niños precoces. Expone las modernas teorías de Von Economo acerca de las capas y las divisiones que de la misma realiza en su magna obra, cuyo nombre no recuerda, y termina diciendo que en cada una de las cuatro zonas en que las divide hace una infinidad de localizaciones para la armonía, melodías y composición musical.

LAS MODIFICACIONES QUE LA DIGITAL PRODUCE EN LA VELOCIDAD DE LA CORRIENTE SANGUÍNEA DE LOS ENFERMOS CARDIOVASCULARES, por el Dr. Crespo Alvarez.

Las alteraciones de la circulación periférica de los enfermos cardiovasculares ha llamado siempre la atención de los médicos, y así desde hace muchos años se han descrito en los libros numerosas variedades de pulso. Entre los libros de mayor interés merecen citación los de Solano de Luque (1737), titulado "Lapis Lydos apollinis", y el de "Observaciones sobre el pulso", aparecido poco después.

El incesante progreso de la cardiología no ha hecho sino confirmar este mismo criterio, y por eso no es extraño que cada día aumenten los métodos que a esto llevan. Entre éstos han sido estudiados ha poco tres, de los que nosotros también hemos estudiado hace año y medio, y que son: velocidad de la corriente, cantidad de sangre circulante y volumen de expulsión. Para la primera hemos hecho uso del método que utilizó por vez primera Schoetter y sus discípulos, y popularizado por Khaler y Leschke, por creerlo el más sencillo y práctico; se funda en la medida del tiempo que pasa entre la inyección endovenosa de un preparado de cal y la percepción por el enfermo de calor en el rostro.

La cifra normal que nosotros hemos obtenido con la colaboración del Dr. Joaquín Márquez y Blasco, bajo la dirección del Prof. Teófilo Hernando, en 50 personas sanas, fué de trece segundos, con oscilaciones desde nueve a dieciséis.

En los enfermos cardiovasculares esta cifra se halla considerablemente aumentada, si al mismo tiempo presentan signos de insuficiencia circulatoria, según hemos podido comprobar en 100 enfermos de este tipo, siendo la cifra tanto más elevada cuanto más descompensadas se hallan las lesiones.

En 36 de estos enfermos hemos estudiado las alteraciones que la digital provoca en la velocidad de corriente, dividiéndolos en dos grupos, según que estudiemos los resultados inmediatos o tardíos, o sea momentos después de la inyección de un preparado digitálico, o después de una cura por vía oral.

De los 26 del primer grupo hemos comprobado que la velocidad de corriente sólo disminuía en aquellos enfermos con graves síntomas de insuficiencia. Estos re-

sultados no coinciden con los de Wolleheim, Borruso y Prasik.

En cambio, los obtenidos con el tratamiento largo se muestran de acuerdo con los de Blumgard, Roob y Weiss, quienes afirman que esta prueba es el mejor índice de pronóstico para esta clase de enfermos.

IDEA E IDEALES DE LA MEDICINA EN LOS ÚLTIMOS CINCUENTA AÑOS. (Discusión.)

Dr. Fernández de Alcalde.—Dice que de la interesante comunicación del Dr. Pinilla a esta Academia, presentada hace dos semanas, no quiere objetar más que la Medicina no progresa salvo en ciclos cerrados y ondulatorios.

Hace asimismo una consideración acerca de la homeopatía respecto a que el Dr. Pinilla no ha elevado cuan se merece al Dr. Hanemann.

J. H.

* * *

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA

Presidencia: Dr. M. Arredondo

(Sesión del 18 de marzo de 1935.)

COMENTARIOS A CIERTOS PROCESOS QUIRÚRGICOS, por el Doctor Agustín Ferré.

Dada la importancia que estos asuntos tienen hoy día, voy a exponer brevemente la experiencia que de los mismos tengo, y que no es pequeña, si bien modesta, dado el tiempo que en estos asuntos llevo trabajando. El primer aspecto en el cual quiero detenerme es en aquel que trata de los que simulan lesiones que no padecen. Esto, aunque os parezca extraño, es muy común, y pone a veces al médico—aun al dotado de gran saber—en casos de extrema dificultad.

Hay, asimismo, otros que simulan las lesiones de que son portadores, para lograr que el médico les firme la póliza de entrada al trabajo, y el médico se ve igualmente apurado, ya que las Compañías de seguros, en un afán de ahorro, no dan al médico los diversos medios que le permitirían hacer un diagnóstico firme.

Lo que más encontramos son los procesos que se les da una mayor importancia y cuya duración se prolonga. Para la orientación en este diagnóstico es de necesidad conocer la profesión del sujeto, sus ideas políticas, si hay mucho paro o no y otros puntos de igual analogía, ya que, por ejemplo, no es igual el caso del obrero que va a ser despedido que el que tiene trabajo largo y bien pagado. Donde la simulación llega al máximo es en las úlceras de las piernas, ya que hacen llegar a ellas por medio de agujas largas ácidos y álcalis; asimismo, otros levantan los sellos y las escayolas.

Hay a veces un gran peligro para el médico, y es el de confundir al simulador con el que no lo es, casos que a veces pueden darse, y a este respecto creo recordaréis un caso presentado a esta Academia no ha mucho tiempo. Otras veces nos encontramos con individuos que no ocultan que son simuladores, y que son los que me han revelado algunos de los muchos trucos que sé.

En los grandes traumatizados después del primer período, que se caracteriza por el afán de conservar la vida o el miembro herido, viene un segundo en el cual tienen como idea filal de la indemnización o renta, que llega a ser una verdadera obsesión.

Con respecto a la conducta que debemos seguir ante un supuesto simulador, he de deciros que conviene tener mu-

cha prudencia y discreción, y que es conveniente agotar todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, y después de esto se deben ocultar las sospechas que tengamos del presunto simulador.

Dr. Mosalve.—Con respecto a las autolesiones de las úlceras, dice que él, sin que se dé cuenta el enfermo, pone sobre la herida dos papeles de tornasol, uno azul y otro rojo, y al día siguiente, según el color que tengan, averigua si se han inyectado un álcali o un ácido. Otras veces, para que el líquido no pueda llegar, coloca sobre la herida pasta de cola de cinc, la cual es impermeable y no deja pasar los líquidos hasta la úlcera.

Dr. Vallejo Nájera.—Comienza diciendo la importancia que, a su juicio, tiene este tema en todo el mundo, y más en nuestra patria, por la mucha legislación dada en estos últimos años sobre el tema. Habla de la reforma que debe iniciarse en esta legislación, dado que en uno de los meses últimos una Compañía aseguradora de Cádiz pagó en una semana por jornales 14.000 pesetas, y por indemnizaciones, 16.000, lo cual es terrible, a su juicio, para la economía nacional.

Expone que hay algunos simuladores que no lo son a propósito, y si por una razón de índole psicopática, es decir, que son simuladores subconscientes.

Dice, asimismo, confirmando lo dicho por Ferré, de los que no ocultan que son simuladores, y que hacen esto con objeto de agraciarse con los médicos.

Con respecto al diagnóstico, dice que el médico se debe mostrar siempre muy cauto.

Dr. Fernández de la Portilla.—Comienza haciendo un recuerdo del largo período de su vida profesional dedicada a estas cuestiones. Recuerda cómo descubrió una clínica en la cual se ejercía la anticura de percusión. En la misma, nos dice, que estaba dirigida por un sujeto desaprensivo, se golpeaban con martillos de madera durante un rato encima de las escayolas y se formaban en las úlceras unas hemorragias puntiformes y un edema de los bordes que retrasaba la curación largo tiempo.

Como contrarremedio dice que hizo una ventana en el enyesado, encima de la úlcera, y la tapó con un tapón de mayor altura que aquél, y sostenida por esparadrapos después y vendas envolventes. Dice los buenos resultados que así obtuvo, y termina diciendo que este método percutorio no le ha encontrado en la bibliografía por él revisada.

Dr. Vital Aza.—Interviene tan sólo para poner de relieve lo que ocurre con estos hechos, dado que muchos compañeros ponen trabas a ambas partes, dándoles un mayor aspecto de las tristezas que ya tienen. El ve el problema de cerca, dado que por ser la Academia de Medicina el Tribunal Supremo, van todos los casos que de estos asuntos se suscitan.

LOS TRASTORNOS INTESTINALES DE LOS TUBERCULOSOS PULMONARES, por el Dr. Carlos Díez Fernández.

Después de exponer la importancia que tiene en los enfermos tuberculosos investigar los demás aparatos, por si tienen lesión de esta índole, nos dice el comunicante que a la cabeza de todos los trastornos extrapulmonares figuran los digestivos, y de éstos los intestinales, ya que no sólo son los más frecuentes, sino que suelen significar una verdadera complicación en la tuberculosis pulmonar. La presente comunicación se refiere a los resultados de 400 exámenes de intestinos realizados en enfermos de nuestro Dispensario. Hoy esta función puede decirse que se hace de un modo sistemático, pero en los

primeros tiempos, las circunstancias lo impidieron. En cada uno de los enfermos se ha hecho un estudio radioscópico de los tres tramos digestivos, comprobándolo en una minoría con radiografía; en cerca de 300 enfermos se ha hecho también régimen de prueba, si bien de esto no se puede en absoluto responder. A otros se les han hecho fórmulas y recuento lo que tiene gran importancia.

Solamente el 32 por 100 de los reconocidos presentaron una exploración normal. Ahora bien: el 68 por 100 restante no eran individuos con localizaciones bacilares tuberculosas. La valorización de los hallazgos ha sido a veces difícil, a causa de los medios de diagnóstico. Este hecho, a lo único que puede conducir es a la afirmación de que las tuberculosis intestinales son aún más frecuentes que lo ha encontrado, pero no más escasas. Las alteraciones halladas las dividimos así: inespecíficas, 12,5 por 100; funcionales, 12,9 por 100; sospechosas, 13,5 por 100, y bacilares, 29 por 100.

Expone la dificultad existente a veces de valorar el papel etiológico del bacilo de Koch, y la necesidad para lograrlo de las investigaciones sistemáticas. Hace un señalamiento detenido de las cifras dadas por varios autores y de las consideraciones a que esto da lugar, ya que estudia todos los tipos lesionales en relación con las alteraciones vistas. Y dice que un tercio, poco más o menos, de tuberculosis iniciales presentan signos indubitables de localización intestinal, lo que es un argumento más a favor de la patogenia hemática de esta última. Es necesario decir que no es tan sólo ésta la única patogenia en que se piensa.

Por último, se ocupa extensamente de la sintomatología de las localizaciones intestinales, haciendo un detalladísimo estudio de cada una de las mismas, como asimismo de las opiniones de varios profesores extranjeros.

La evolución de los trastornos intestinales, termina, depende de varios factores específicos e inespecíficos. Las alteraciones no bacilares suelen ser de más fácil arreglo, pero en éstas también es factible el lograr una tolerancia bastante buena; en cada caso, las medidas a emplear varían y no pueden ser empleadas empíricamente, ya que ha de atenderse al estado de los órganos anejos y a la posible existencia de dispepsias e infecciones secundarias. De todas suertes, es menester contar con la posibilidad de agravaciones insospechadas, de las cuales parece que la perforación es más frecuente que lo que se venía admitiendo.

Sr. Presidente.—Puesto que las horas de sesión han transcurrido y el tema siguiente tiene una gran analogía con éste ("El estómago en los tuberculosos". Dres. Angel Rodríguez Olleros y Pedro de la Viesca), creo será mejor que después de que este tema se lea en la sesión próxima se discutan los dos juntos, dado el gran número de Académicos que supongo van a intervenir.—J. H

* * *

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TISIOLOGIA

Presidencia: Dr. Ubeda Sarachaga

(Sesión del día 10 de enero de 1935.)

LOS QUISTES HIDATÍDICOS PULMONARES CON AUSENCIA DE SÍNTOMAS FUNCIONALES.

Dr. García Triviño.—En repetidas publicaciones y comunicaciones nuestras hemos insistido acerca de que la hidatidosis pulmonar, al menos en los tiempos actuales, va dejando de ser una rareza clínica, como la consideraban antes la mayoría de los autores, para convertirse

en una afección que de día en día vamos observando más frecuentemente en nuestro país, quizá por su mayor difusión o quizá, y esto nos parece lo más probable, por el perfeccionamiento y empleo sistemático de ciertos elementos de exploración clínica, que nos permiten diagnosticar, con casi absoluta certeza, quistes hidatídicos pulmonares, que acaso antes pasaban inadvertidos.

Y buena prueba de que se conocen y estudian mejor que en tiempos pasados los quistes hidatídicos de pulmón la tenemos en la copiosísima bibliografía que acerca de este asunto existe en la actualidad, los numerosísimos casos publicados y la serie de trabajos dedicados al estudio de esta cuestión por diferentes autores, entre los cuales, citando sólo a algunos de nuestro país, figuran los Dres. Navarro Blasco, Tapia Martínez, Blanc. Moreno Covos, Calvo Melendo, Noguera Toledo, y los recientemente fallecidos, Dres. Codina Castellví y el profesor Lozano, de Zaragoza.

Nosotros en esta ocasión sólo deseamos insistir, como ya lo hemos hecho repetidas veces, acerca de la relativa frecuencia con que se observan quistes hidatídicos de pulmón, con ausencia total o casi total de síntomas funcionales; pasando, por consiguiente, inadvertidos para el enfermo, que no sospecha padecer esta afección torácica, y constituyendo para el médico en ocasiones una verdadera sorpresa clínica. Y nos permitimos insistir acerca de este punto concreto porque nuestra experiencia nos viene demostrando que cada vez abundan más estos casos de quistes asintomáticos o con escasísima sintomatología, que pueden pasar inadvertidos si no está presente en el espíritu del médico la idea de la posibilidad de existencia de dicha afección, sobre todo si se aprecian signos físicos circunscritos y aislados en una región torácica determinada, signos de los que enseguida nos ocuparemos.

No se puede dudar, por consiguiente, que existen quistes pulmonares de naturaleza hidatídica que permanecen callados, silenciosos y sin representación sintomática, no sólo en sus primeros periodos, sino en sus fases avanzadas de desarrollo, antes de su abertura y vaciamiento en bronquios. Y estos tipos de hidatidosis pulmonar sin representación sintomática continuamos observándolos en nuestra práctica clínica, si no con demasiada frecuencia, con la suficiente periodicidad para insistir acerca de este asunto, llamando la atención, como ya hemos hecho en otras ocasiones, de aquellos enfermos demasiado optimistas que no dan importancia a ligeras y discretas molestias respiratorias, que a veces pueden encubrir un proceso torácico importante, y de aquellos compañeros que confiando demasiado en la serie de datos, signos y síntomas que para el diagnóstico de los quistes hidatídicos pulmonares aparecen consignados en los libros, descartan la posibilidad de esta afección en determinados casos por esa falta o escasez de síntomas, no ampliando con otros elementos exploratorios el estudio completo del caso, y despistándose por el camino de otras enfermedades respiratorias más frecuentes.

Sabido es por todos que, tras un cuadro sintomático de presunción, cuando existe, y el examen radiográfico, más cierto y exacto en los datos que proporciona, no existe un signo infalible, decisivo o patognómico que denuncie la hidatidosis pulmonar cerrada, puesto que la presencia de ganchos o membranas en los esputos nos revela los quistes ya abiertos, y la punción exploradora debe ser formalmente rechazada por los peligros que determina.

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,

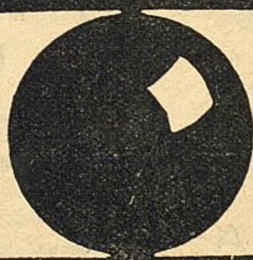
Cortes, 639 — Barcelona

JARABE de FELLOWS

ATLA
BOLOGNA

ANTISPASMINA COLICA

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



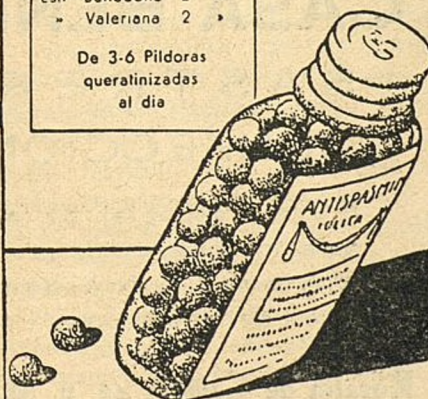
ES EL MEDICAMENTO ESPECIFICO
DEL DESEQUILIBRIO VAGO-SIMPÁTICO Y DE TODAS LAS AFEC-
CIONES QUE DE ÉL SE DERIVAN: ESTREÑIMIENTO ESPÁSTICO,
COLITIS AGUDAS Y MUCO-MEMBRANOSAS, ENTERONEUROSIS,
CRISIS PSEUDO DIARREICAS, METEORISMO

EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO

LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

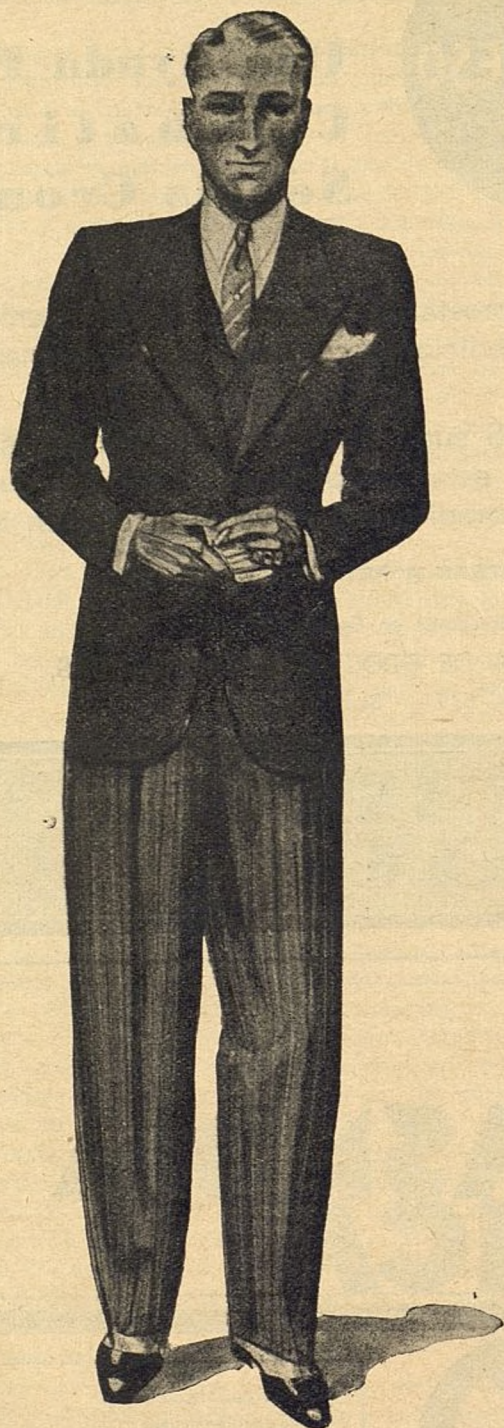
Cada pildora contiene
Papaverina 1 cigr
Estr. Belladona 2 »
» Valeriano 2 »

De 3-6 Pildoras
queratinizadas
al día



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

Ayuntamiento de Madrid



CASA BENÍTEZ

**SASTRERÍA
Y
CONFECCIONES**

Método especial de medidas
para los clientes de provincias.
Enlramos sobre demanda
muestras y catálogos :: ::

Rosalía de Castro, 42 :: MADRID
TELÉFONO 17149

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.^a 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.

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

FEBRIFUGOL: Elixir. - Único preparado de
fórmula racional, moderna y radicalísima para com-
batir las fiebres tíficas, paratíficas y colibacilares
y demás infecciones endodigestivas. Rápida anti-
sepsia interna, sin sales de mercurio ni fermentos
lácticos.

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

HALITOL: Antiséptico, desinfectante y profi-
láctico originalísimo. Purifica, perfuma e inmuniza.
El bactericida más nuevo y eficaz. Higiene íntima,
optitis, baños, heridas infectadas, etc., etc. Infalible
siempre.

Laboratorio EGABRO

CABRA (Córdoba) España.

EL MEJOR LIBRO DEL ILUSTRE DOCTOR

Don MANUEL MARTIN SALAZAR

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

ES SU OBRA SOBRE HIGIENE

INMUNIDAD

(Con un folleto del Dr. Marañón)

20 pesetas ejemplar
Pedidos al Apartado 121

Sabido es también que los quistes hidatídicos de pulmón en los primeros momentos no suelen presentar signos físicos ni síntomas funcionales, permaneciendo insospechados durante un período de tiempo más o menos prolongado, por estar perfectamente tolerados por el parénquima pulmonar, constituyendo entonces verdaderas sorpresas radiológicas el encontrar un quiste hidatídico en sujetos que ni remotamente podía pensarse que padecieran dicha afección.

En los libros, el cuadro sintomático de la hidatidosis pulmonar aparece, por regla general, descrito con un grupo de síntomas tan claros, tan precisos y tan teóricamente convincentes, que el diagnóstico de dicha afección parece resultar cosa sencilla... si las cosas se presentan como en algunos libros se dice. En efecto, vemos consignado que los síntomas que con más frecuencia se citan en los quistes hidatídicos pulmonares son la tos seca o acompañada de expectoración; la hemoptisis más o menos copiosa, que se repite de cuando en cuando; la disnea más o menos acentuada; la fiebre, los dolores pleuríticos y la urticaria; y nosotros, en una serie de casos que tenemos publicados, y en otros aún inéditos, hemos tenido ocasión de demostrar que ninguno de esos síntomas consignaba el enfermo en el interrogatorio, a pesar de tratarse de evidentes quistes hidatídicos, cuyo diagnóstico estaba comprobado plenamente por el examen radiográfico, por las investigaciones de laboratorios y, a veces, por el vaciamiento ulterior en bronquios, con la objetiva e indiscutible apreciación de garbajos y membranas en el material expulsado por vómica.

Claro es que el quiste hidatídico pulmonar silencioso lo es siempre para el enfermo, pero pocas veces para el médico, que en la exploración detenida del que con él consulta aprecia signos anormales de percusión y auscultación (matidez o submatidez, y disminución o abolición del murmullo vesicular), perfectamente circunscritos a una zona torácica determinada, que, a pesar de no responder por el momento con una sintomatología clara y precisa, debe hacer siempre pensar en una alteración cuyo alcance y naturaleza conviene esclarecer, recurriendo al examen radiológico y al laboratorio, y prescindiendo de juicios y prejuicios atropellados, en los que la idea de la tuberculosis, la congestión pulmonar y la pleuresía exudativa constituyen verdaderas obsesiones.

Hay ocasiones en que hasta los signos físicos pueden no existir, pues, como indica muy bien Escudero, al lado de los quistes hidatídicos periféricos próximos, como su nombre indica, a la superficie del pulmón existen otros centrales, colocados en la profundidad del tejido del pulmón y recubiertos por parénquima sano y normal, que por este especial enclavamiento no dan, no pueden dar, signos característicos ante los medios clásicos de exploración corriente, como la percusión y auscultación, siendo preciso recurrir al examen radiológico para esclarecer el problema.

En los casos observados por nosotros y, como decíamos anteriormente, publicados muchos de ellos, en unos se registraba la falta absoluta de síntomas funcionales; en otros, la de los signos físicos, y en otros, ambas cosas a la vez. Con ausencia de síntomas funcionales son bastantes los casos que pudiéramos mencionar. Hay uno, a mi juicio, interesante, cuya radiografía pueden ustedes apreciar. Se trata de un sujeto sin antecedentes familiares ni patológicos, que ha gozado toda su vida de perfecta salud, y que no ha tenido ni tiene cuando nosotros le vemos ni tos, ni expectoración, ni disnea, ni do-

lores torácicos, ni fiebre, ni sudores, ni adelgazamiento; buen apetito y bien de vientre. El acudir a nosotros es porque hace quince o dieciséis días, sin tos ni molestia alguna, expulsó el primer día cuatro o cinco esputos de sangre, y al día siguiente le sobrevino un violento vómito de sangre, que en algunos momentos parecía que le iba a asfixiar, durándole algunos minutos, quedando después bien, pasados dos o tres días, en que todavía con un poco de tos expectoró algunos esputos sanguinolentos. Completamente bien y sin síntoma ni molestia de ninguna especie vino a Madrid, porque los dos colegas que le han visto afirma uno de ellos que padece una condensación tuberculosa de pulmón izquierdo, y otro de lesión tuberculosa de ese mismo lado, con probable pleuresía exudativa. Nada encontramos por inspección y palpación; en cambio, a la percusión, apreciamos una submatidez en hemitórax izquierdo, a partir del segundo espacio intercostal, que en el cuarto se convierte en franca matidez, siguiendo por fuera de zona de matidez cardíaca en línea axilar, más destacada esta matidez por delante que por detrás, pero permitiendo en la zona más declive de base, a nivel de dicha línea axilar, volver a apreciar el sonido claro pulmonar en una extensión aproximada de siete u ocho centímetros por dos o tres de anchura. A la auscultación se aprecia una disminución o casi abolición del murmullo vesicular en la zona correspondiente a la matidez percutoria, y una respiración ruda, fuerte, vicariante en base, sobre todo en la zona o franja a nivel de la línea axilar que indicábamos antes. Esta zona de matidez suspendida nos hacía desechar el diagnóstico de derrame en gran cavidad, obligándonos a pensar en algo circunscrito y enquistado. La radiografía nos señala una cavidad quística vaciada en la parte superior, e inmediatamente por debajo otro quiste sin abrir, perfectamente claro y delimitado. Las reacciones de Weinberg y Cassoni resultaron positivas, y los eosinófilos, siete. A fuerza de preguntar, la esposa del enfermo nos dice que recuerda que al lavar el recipiente donde expulsó la sangre el enfermo había unas telitas como pellejos de cebolla o de uvas.

Citamos este caso, primeramente, por su curso silencioso, y después, por tratarse de un doble quiste en el mismo pulmón, pues aunque Lozano, Horemann y otros hablan de quistes múltiples en un mismo pulmón, nosotros hemos visto sólo dos casos de esta naturaleza.

Conviene consignar, sin embargo, que pueden observarse quistes múltiples en un pulmón o en ambos pulmones después de la rotura y vaciamiento en bronquios de un quiste hidatídico de fecha posterior, que es lo que constituye la equinocosis secundaria broncogénica de Devé, acerca de cuya cuestión tiene publicado un trabajo muy interesante el Dr. Calvo Melendo; nosotros, en nuestra casuística no escasa, no hemos podido observar ningún enfermo de ese tipo.

Resulta, pues, para terminar, que al lado de esos casos de quistes hidatídicos pulmonares, con sintomatología copiosa y con signos físicos claramente demostrativos, existen otros en que estos síntomas, y aun estos signos, pueden faltar (quistes centrales), siendo la intuición de pensar en la posibilidad de existencia de esta afección y el examen radiológico los que nos pongan sobre la pista de algunos casos que, de lo contrario, hubieran pasado inadvertidos.

Dr. Martín Crespo.—Señala la necesidad de examinar radiológicamente a todos los enfermos de tórax, con lo

cual ese tanto por ciento de quistes silenciosos no diagnosticados disminuirá considerablemente.

Igualmente es de mucha utilidad el hacer radiografías, no sólo anteroposteriores o posteroanteriores, sino también oblicuas o transversales. De esta manera se descubren a veces quistes pequeños, situados inmediatamente por detrás de las grandes sombras que se consideraban como quistes únicos. El no hacer esto es uno de los motivos principales de los fracasos quirúrgicos. No se detiene en hablar de la radiografía estereoscópica, pero sí quiere señalar la necesidad de hacer las radiografías en tele, para que la imagen no salga deformada. Señala la importancia de la quimografía para diferenciar pequeños quistes con lesiones de mediastino o de grandes vasos.

Dr. Noguera Toledo (D. Julio).—Comienza señalando la posibilidad de generalizaciones tan intensas de la hidatidosis, que se puede hablar de "septicemia equinocócica", designación que, aunque mal empleada, permite señalar la importancia que tiene la facilidad de progresión de la hidatidosis. Estudios muy detallados realizados por Devé le han permitido encontrar la facilidad extraordinaria de propagación por vía linfática. Se ocupa de la conducta terapéutica a seguir en los quistes hidatídicos de pulmón, señalando que son varios los casos de resultados funestos por seguir una conducta expectativa.

Dr. Navarro Blasco.—Se refiere a un sujeto de veintiocho años, de estado general admirable, de buen color sin síntomas de ninguna naturaleza, salvo dos o tres esputos con sangre, en el que por los métodos clásicos de exploración se encontró una zona de ligera submatidez entre las líneas axilares del lado izquierdo, que a la pantalla presentó una imagen de uniforme densidad y de límites bien precisados en el sitio donde correspondía por la exploración. El Weinberg fué negativo, como asimismo el Cassoni, y faltaba la eosinofilia. Un Cassoni hecho a los cinco o seis días, de una reacción verdaderamente extraordinaria. No le pareció conveniente aconsejarle la intervención y le sigue viendo cada dos o tres meses, continuando hasta el momento actual sin síntoma ninguno.

Otro caso a que alude es el de un enfermo que no presentaba ningún síntoma de índole general ni local, y que en radioscopia dió una imagen completamente redonda en el lado izquierdo, dejando libre el fondo de saco pleural, del tamaño de una mandarina grande. Dió Weinberg y Cassoni positivo, y seis eosinófilos. Le aconsejé no se interviniese; pero siguiendo otros consejos fué sometido a la intervención, después de la cual tuvo un proceso de pleura; al parecer, supuró, y actualmente se encuentra sin fiebre, estando casi cicatrizada la herida de la intervención, y presenta una radiografía en que queda una imagen del proceso supurado que tuvo, y arriba una imagen un poco extraña, que pudiera corresponder a algún trozo de membrana que hubiera quedado.

Termina aludiendo a otro caso de quiste hidatídico también silencioso, con reacciones positivas, que fué intervenido contra su parecer.

Dr. Cerveró.—Se refiere a la poca positividad del Weinberg, que sólo lo es en el 46 por 100 de los casos, recomendando el mismo Weinberg que se empleen varios antígenos y no uno solo, y además antígeno joven y antígeno viejo, y suero inactivado y sin inactivar. Respecto a la eosinofilia, hasta que no se ha producido sensibilización en el organismo no suele encontrarse, sien-

do preciso que pase de 6 por 100 para considerarse positiva. Se explica el caso referido por el Dr. Navarro Blasco de positividad del Cassoni en la segunda prueba, porque entonces el individuo está sensibilizado, y la reacción tiene que ser fuerte.

Se muestra partidario, como el Dr. Navarro Blasco, de la no intervención de los quistes, sobre todo cuando no dan síntomas.

PUNTUALIZANDO

En EL SIGLO MÉDICO del 16 del actual he leído, con asombro, primero, con dolor, después, esas frases que "un grupo de compañeros" me dedica con motivo de algunas afirmaciones hechas en mis artículos. Me llama grandemente la atención que, al dirigirse al Dr. Albiñana, no me aludan, a pesar de la carta abierta que dirigí al médico diputado por conducto de EL SIGLO MÉDICO, a la cual contestó el Dr. Albiñana, y nuevamente aclaré algunos puntos sobre la misma, siempre en EL SIGLO MÉDICO. Mas el "grupo de compañeros" no ha querido tener en cuenta esto para aludirme, y sí, en cambio, sobre otro extremo, que me interesa recoger y aclarar.

Se me dice que abordo el problema desde un punto de vista unilateral y egoísta, y es lo que más y primero me urge rectificar, justificándome en cuanto he escrito, confiando en que pruebas y razones servirán al "grupo de compañeros" y a todos los compañeros que nos lean para concederme lo que deseo y espero merecer, cual es reconocer imparcialidad, altruismo, neutralidad en un bien de clase por el que comencé a laborar, durante los últimos años de carrera, en una revista diminuta, valiente y decidida, que lograba salir a costa de grandes y múltiples sacrificios.

He propugnado en varios de mis artículos impedir el ejercicio libre de la Medicina en pueblos menores de 6.000 habitantes por las razones siguientes:

Primera. Porque en estos pueblos no existen generalmente personalidades y ciudadanos de cultura suficiente para discernir, entre médicos: el charlatán, del científico; el exclusivista de intrigas, del estudioso y trabajador; el que zascandilea, del que hace de su moralidad, de su dignidad profesional el más firme y defendido baluarte de su personalidad; y no existiendo esa cultura, es claro que al lugareño únicamente le guían politicismos de bajo nivel, fútiles personalismos, caprichos absurdos e inmotivados, pero muy rara vez, casi nunca, competencia científica y profesional, que no pueden entrever, interpretar y juzgar.

Segunda. Que politicismos, personalismos y caprichos siguen con gran facilidad la pendiente escurridiza de los odios personales, de las rastrerías en calumnias, del ataque malintencionado, degenerando a la cuestión personal, que a veces lleva como epílogo una estampa trágica o dramática.

Tercera. Que ese proceder bajo y ruin tiene su génesis en el caciquismo pueblerino, y, en su consecuencia, es materia propicia al cacique, el cual usa de él conforme convenga a sus intereses, a sus deseos o a sus apetencias.

Cuarta. Porque aunque el médico libre vaya animado de los mejores deseos (que no suele ir), no tarda en ser enredado en las tupidas mallas de la intriga, hábilmente tejida y propagada por comadres y caciques.

Por no hacer interminable la relación, renuncio a consignar más razones; con las apuntadas debe ser suficiente para comprender quien, desprovisto de segunda intención que le haga ver lo que no hay, quiera comprender.

A mediados de abril del 34 tomaba posesión de esta titular (ganada por oposición), y en mayo escribía al presidente del Colegio protestando de un aviso de esos que ustedes, como parados, han de conocer mejor que yo. Dicho aviso era sobre una titular de 5.ª categoría, y ésta que poseo es de 3.ª. ¿Qué interés particular, qué egoísmos, que unilateralidad podía guiarme?

No, señores compañeros, para mí no existen esas *castas de médicos*, pero sí diferencias considerables entre unos médicos y otros médicos. Me honro con la buena amistad de compañeros estudiosos, trabajadores, preocupados de los problemas médicosanitarios, y también me avergüenza conocer dentro de la clase médica ejemplares indeseables: ¿Que entre estos últimos hay también titulares? ¿Quién lo duda! Pero como no podemos efectuar una revisión de la forma por la que se es titular cada cual, tenemos que procurar remediar el futuro, mejorar nuestro porvenir, olvidando un pasado que, por mucho tener, ha tenido solamente deficiencias.

Hágase restricción de licenciados, límitese la matrícula de alumnos en las Facultades, depúrese el sistema de ingreso en el escalafón, quédese éste limpio de excedentes forzosos; pero désele al titular las garantías indispensables para estar a cubierto del enojo caciquil. por hallar éste algún *compañero* que se preste a ser esquirol, y con tal de cobrar las pesetas del cacique, cometer todo lo que haya que cometer.

¿Es que las mejoras que se consigan para los sanitarios titulares no lo son igual hoy que mañana? Claro está que sí. Luego, los parados de hoy, los excedentes forzosos de hoy, los *verdaderamente* postergados de hoy, se colocarán con esas mejoras. Cumpliéndose el Reglamento de 18 de octubre del 34 irán colocándose médicos hoy sin plaza, los cuales disfrutarán esas mejoras que propugnamos. Limitarse a censurar los errores del pasado, nada útil, conveniente y fructífero puede conquistarse; por el contrario, recojamos las enseñanzas que nos proporcionan esos errores conocidos para evitarlos en lo sucesivo, huyendo de ellos y de los similares que pudieran surgir. ¿Que de momento esos centenares de esquirols repartidos por las aldeas de toda España e islas adyacentes quedaban sin colocación libre y, por ende, insegura? Desde luego; pero en el transcurso de unos meses, todo lo más, un año, serían colocados, pero dignamente colocados, en puestos seguros, con garantía de ingresos en su partido médico, con autoridad para el desempeño de sus funciones médicosanitarias y al margen de la lucha baja y servil contra el *compañero* que se hizo esquirol. Cúbranse las vacantes por riguroso turno de antigüedad, ya establecidas las garantías solicitadas en mis artículos, y no tardará en desaparecer la lucha fraternal entre médicos, el problema profesional, cada día más pavoroso, y la plétora profesional. Algo semejante afirma en su artículo del 16 del actual, publicado en EL SIGLO MEDICO, el *compañero* D. Segundo Arranz, de Maderuelo (Segovia). En mi poder guardo, a disposición de quien lo desee, las adhesiones recibidas. Todo esto me prueba que no soy yo solo, sino que somos muchos los que pensamos, opinamos y deseamos algo parecido, quizá idéntico.

De los muchos casos que podía citar, allá va uno que

sirva de muestra: en un pueblo de la provincia de Valladolid, de unos 300 vecinos, titular de 3.ª categoría, hay un médico, hijo del pueblo, que "ejerce en la localidad a satisfacción del vecindario, etc., etc."; en dos años se ha anunciado cuatro veces la vacante *por renuncia*, y siempre por oposición, lo cual demuestra que de los concejales los hay que no están muy satisfechos con el *hijo del pueblo* en cuestión; acuden a las oposiciones gran número de los muchos compañeros parados, como ese "grupo" de ustedes; uno gana la plaza, va a tomar posesión y se encuentra con *las iguales contratadas por (muchos) años*; de ello saquen ustedes la consecuencia como médicos y parados que son.

Referente a la invitación que formulan al final de ese párrafo, en el que me dicen: "Vaya a ejercer libremente a esa gran urbe que se llama Madrid", es mi deber decirles algo, y como para mí ha sido, es y será *el cumplimiento de mi deber* (tal y como yo le entiendo) lo más esencial y de mayor respeto, a cumplir éste voy. Lo primero, he de aconsejar a ustedes que, para enjuiciar debida y rectamente, no basta recoger un detalle aislado, sino buscar su cohesión con los demás detalles, para lo cual han debido repasar *todos mis artículos* en las distintas revistas y periódicos profesionales, pero muy especialmente los publicados en EL SIGLO MEDICO durante los últimos ocho meses. En uno de mis artículos hablaba yo de lo inventado e inexacto de ciertas necesidades que, si bien rara vez son ciertas, casi siempre encubren una vanidad torpe e ilusa y un empobrecimiento de moralidad profesional, toda vez que esas pretextadas necesidades encubren los ataques biliosos de que más tarde se hará objeto al médico titular.

No es de mi predilección hablar de mí mismo, pero puesto que me obligan, daré a ustedes muchos más datos del fundamento en que baso mis criterios en un próximo artículo, contando con la benevolencia de EL SIGLO MEDICO para así poder hacerlo.

ANGEL F. DOMÍNGUEZ.

Médico titular.

Clínica psiquiátrica del Hospital Provincial

CURSO ELEMENTAL DE PSIQUIATRÍA PARA MÉDICOS
Y ABOGADOS

El Dr. D. José María de Villaverde dará diez conferencias de Psiquiatría en la sala de juntas del Hospital Provincial, a las siete de la tarde, los días 25, 26, 27, 28, 29 de marzo, y 1, 2, 3, 4 y 5 de abril.

LAS CONFERENCIAS VERSARÁN SOBRE LOS SIGUIENTES TEMAS

- | | |
|----------------|---------------------------------------------------------|
| 1-25 de Marzo. | Los estados psicopáticos constitucionales. |
| 2-26 " " | Las psicosis de reacción. |
| 3-27 " " | Las psicosis de las infecciones. |
| 4-28 " " | Las psicosis de las intoxicaciones. |
| 5-29 " " | La esquizofrenia. |
| 6-1 " Abril. | La parálisis general progresiva. |
| 7-2 " " | La psicosis maniaco-depresiva. |
| 8-3 " " | Los estados paranoicos. |
| 9-4 " " | Las oligofrenias. |
| 10-5 " " | El problema de la responsabilidad y el de la capacidad. |

El curso se completará con la presentación de enfermos, que tendrá lugar por las mañanas, a cargo de los ayudantes de la clínica.

La inscripción, que es gratuita, puede hacerse todas las mañanas en la clínica psiquiátrica de hombres del Hospital Provincial.

PENSION SCHERING 1935

Ha salido para Berlín a disfrutar la pensión Schering, que ha ganado por concurso, el médico Dr. D. Ildefonso Camacho Baños, de la Facultad de Medicina de Sevilla.

Permanecerá en Alemania los seis meses de pensión, percibiendo cada mes la suma de 400 marcos, más 1.000 pesetas para gastos de viaje de ida y vuelta previstos además en esta pensión.

La Facultad de Medicina de Sevilla ha designado esta vez a un hombre de Laboratorio. La de Madrid, primero, y la de Cádiz, después, designaron, la primera, a un cirujano, y la segunda, a un internista. Ambos señores son hoy catedráticos. Deseamos al Dr. Camacho Baños la misma suerte de sus predecesores en la Pensión

X Congreso Internacional de la Sociedad de Cirugía

El X Congreso que cada tres años celebra esta importante Sociedad tendrá lugar en El Cairo, del 30 de diciembre del presente año al 4 de enero de 1936, bajo la presidencia del Prof. A. von Eiselsberg, de Viena.

Las comunicaciones deben enviarse con una antelación de tres meses al secretario general.

Con motivo de este Congreso se han organizado varios viajes, todos ellos plenos de encantos, no sólo por los paisajes de los mismos, sino por los recuerdos históricos que encierran.

Para toda clase de datos, tanto respecto a estos viajes como del Congreso, deben dirigirse los interesados al secretario general del mismo, Dr. L. Mayer, 72, Rue de la Loi.—Bruselas (Bélgica).

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 7 DE MARZO:

Ministerio de Justicia.—Se halla vacante, en el Juzgado de primera Instancia de Sanlúcar la Mayor, de la categoría de ascenso, la plaza de médico forense, a proveer por antigüedad entre los de entrada. Las instancias, en el plazo de treinta días.

"GACETA" DEL 9 DE MARZO:

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Contiene la lista de los señores declarados, previo examen, médicos de la Marina civil.

"GACETA" DEL 10 DE MARZO:

Ministerio de Instrucción pública.—Orden convocando oposiciones, turno libre, para proveer la cátedra de Psiquiatría, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad Central. Las instancias, en el plazo de dos meses, contados desde el 11 de marzo.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica, máxima, 708,6; ídem mínima, 695,9; temperatura máxima, 15,6°; ídem mínima, 3,2°; vientos dominantes, SO, NE.

Dos procesos se han disputado esta semana la primacía entre los más frecuentes: los catarrales respiratorios y las algias reumáticas. Los primeros han sido importantes: bronquitis, bronconeumonías y pleuresías; los segundos, en cambio, molestos, pero ligeros; no han impedido a los enfermos dedicarse a sus quehaceres habituales.

En los niños fueron, asimismo, frecuentes los catarras respiratorios y persistieron las fiebres eruptivas.

CRONICAS

Conferencia del Dr. Berceruelo en la Asociación Castellana de Cultura.—La semana pasada el Dr. Berceruelo, auxiliar de la Facultad de Medicina de Valladolid, dió su anunciada conferencia sobre "Cómo surge la tuberculosis laríngea". Comienza exponiendo los factores que a ella propenden, haciendo un estudio detenido de cada uno y exponiendo diversas teorías de profesores extranjeros; todas ellas son fielmente analizadas.

Para revista a las numerosas puertas de entrada del bacilo y reseña los diversos mecanismos de infección laríngea, deteniéndose largamente en la vía hemotica.

Termina proyectando unas láminas demostrativas y que sintetizan todo lo expuesto. El conferenciante fué muy felicitado.

Cosido al periódico adjuntamos prospecto de la Casa Bayer anunciando cuatro de sus productos: "Teominal", "Optarsón", "Campolón" y "Pellidol".

Se ruega a todos los compañeros pertenecientes al Cuerpo Médico de la Marina Civil que, a fin de constituir una Asociación que sirva de defensa a los intereses de los mismos, dirijan sus adhesiones al Dr. D. Antonio de la Peña: Ramón de la Cruz, 62. Esperando que acudan todos al llamamiento, por ser de un gran interés.

11.ª Reunión Internacional de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética.—Esta reunión, de carácter internacional, tendrá lugar en París y Praga los días 29 de marzo al 15 de abril, respectivamente, bajo las presidencias de los doctores Claque, de París, y Burian, de Praga.

En combinación con las mismas se ha organizado un viaje circular París, Praga, Viena, Milán y París, con visitas a los diversos centros hospitalarios de dichas capitales.

Para todo género de detalles deben dirigirse las personas interesadas al Dr. Claque, 39 Rue de Scheffer. París (XVI). Francia.

Sandoz.—Adjuntamos prospecto anunciando tres de sus preparados. Recomendamos a nuestros lectores su lectura.

Se advierte a los compañeros que piensen solicitar la vacante de Las Inviernas (Guadalajara) que existe en la localidad un médico interino que la solicita y que ejerce a satisfacción de todo el vecindario, teniendo contratadas las igualas por tres anualidades, a contar de 1.º de enero del año en curso.

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

Bolaños y Aguilar (S. L.). Talleres gráficos. Altamirano, 50. Madrid.

GRAGEAS **DESENSIBILIZACION** GRANULADOS
A LOS CHOCS

PEPTALMINE

MIGRANIAS POSOLOGIA URTICARIA
TRASTORNOS DIGESTIVOS 2 GRAGEAS O 2 CUCHARADAS DE LAS DE CAFE DE GRANU- ESTROFULO
POR ASIMILACION DEFECTUOSA LADOS UNA HORA ANTES DE CADA UNA DE LAS 3 COMIDAS. PRURITO. ECZEMAS

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, Rue Chaptal Paris 9^e

EL TRATAMIENTO
DE LAS

TUBERCULOSIS QUIRURGICAS

ACEITE IODADO INYECTABLE FINIKOFF POR EL METODO DEL D^r FINIKOFF CALCIUM FINIKOFF (INTRAVENOSO)

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21 Rue Chaptal, Paris 9^e
Literatura y muestras : D.M. Moses, 2 D^a Plaza Independencia, Madrid.

CALCOLÉOL

ACEITE de HIGADO de BACALAO
(COMPROBADO BIOLOGICAMENTE)
CONCENTRADO Y
SOLIDIFICADO
VITAMINAS A.B.D.
SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
INALTERABLES
SIN OLOR
Y EN
GRANULADOS



POSOLOGIA
Adultos: de 6 a 10 Grageas
ó 3 a 5 cucharadas de las de café
de granulados
Niños: Mitad de estas dosis
(en tres veces en las comidas)

RAQUITISMO
TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO, DESMINERALIZACION
ESPASMOFILIA - GASTRO - ENTERITIS
AVITAMINOSIS

Laboratorios de los Produits SCIENTIA D^r E. Perraudin * F^o del 1^o Clase, 21, rue Chaptal, Paris (9^e)

Asociación
Digitalina - Uabaina



Reemplaza con ventaja la
Digital y Digitalina

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 15, Bd Pasteur
PARIS XV

Muestras y José M.^a Balasch Cuyás (Farmacéutico)
literaturas: Avenida 14 de Abril, 440.—BARCELONA



B A R A C H O L



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)

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA
El mejor desinfectante intestinal

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales
para la Exportación:

Laboratoires

ANDRE GUERBET & C.^{ie}

22, rue du Landy

Sy Ouen- PARIS

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

cuyo esplendoroso honor y realce les hacía de extraordinaria apetencia, era sobre el poema dramático de Wagner, "El anillo del Nibelungo"; leíamos en la última jornada, "El ocaso de los Dioses", el momento en que Brunilda, la que fué Walkyria, hija predilecta de Wotan (el Júpiter escandinavo, dios de los dioses), está en la roca donde su padre la había condenado a sueño eterno, rodeándola de un círculo de fuego infranqueable, castigándola así por desobedecer el mandato de las solemnes y viejas leyes del Wallhall, más tiránicas aún desde el desate de pasiones, concupiscencias y egoísmos producido en aquel mundo de leyenda por la presencia del Oro del Rin, arrebatado de las apacibles aguas de este río, germen de la vida en el poema wagneriano, por el nibelungo Albérico, el gnomio que renunció al amor.

Brunilda, a pesar de la barrera espantable que noche y día rodeaba su lecho de roca, ha sido despertada por Sigfredo, el hombre sencillo y valeroso, a quien no guían más que los impulsos de su naturaleza, simple y noble, sin vestigios de ambición ni de egoísmo y, por ello, más fuerte que el caduco poder de los dioses, esclavizados por sus pasiones y afán de dominio; este héroe, libre y fuerte, atraviesa las

de las regiones del Wallhall, y al que Brunilda, recibe llena de alegría, pues el que llega es una de sus hermanas, la Walkyria Waltrauta, predilecta compañera en las frenéticas cabalgatas a través de los aires y en las solemnes asamblea del majestuoso Wallhall.

Waltrauta se apea del caballo y ape-

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

Doctor RIBALTA -- Prospectos gratis.

Rambla Cataluña, 44. BARCELONA

nas contesta a la cariñosa bienvenida de su hermana; viene angustiada por que las cosas no van bien en el Wallhall, y describe a su hermana, con gesto en que se mezclan la tribulación y la altivez, la sombría actitud de Wotan, recluso voluntariamente en su alcázar celeste, silencioso, huraño, sin gustar apenas las manzanas de oro de Freya, ensimismado en meditación por las cosas que pasan en el mundo ante el juvenil impulso de Sigfredo (la raza humana, joven, sencilla, limpia en su génesis, creadora de nueva historia), ante el que son impotentes las viejas leyes grabadas con caracteres rúnicos en el asta de la lanza milenaria del dios.

Cuenta Waltrauta la desolación en las espléndidas estancias de Wallhall, llena de dioses y héroes en muda contemplación de Wotan majestuoso, noble y grande en su dolor; una de las veces, Waltrauta, arrebatada de angustia, se ha arrojado en transporte filial en brazos de su padre y ha oído susurrar en sus labios: "Si el oro del Rin es devuelto al río de donde le arrebataron, el poder de los dioses volverá a subsistir como antes." Al oír esto se ha apresurado a acudir al lado de Brunilda, la que ella juzga miserable desterrada de las regiones divinas, para que arroje al Rin la joya maldita causante de tantos males. Mas Brunilda, que con atenta y sosegada actitud ha escuchado el relato de su hermana, no comprende las angustias de ésta ni la

las jerarquías del mundo a que perteneció; y, ante la estupefacción de Waltrauta, se niega a separarse de la joya hecha con el mágico oro del Rin, aunque para ella no representa más que el recuerdo de su esposo, pero por ello superior a todos los valores del Universo.

Y Waltrauta, sorprendida ante la magnitud de este sentimiento de amor que desconocía y que la conmueve a pesar suyo, filtrándose a través de su orgullo de diosa, monta silenciosamente en su alada cabalgadura y regresa al Wallhall a juntarse con los de su linaje y asistir, con noble y altivo gesto, al derrumbamiento del poderío de los dioses vencidos por la raza humana regida en leyes de amor.

"Humanidad regida en leyes de amor" es el broche de oro que cierra el gigantesco poema wagneriano: "el amaos los unos a los otros" de nuestro Redentor; la felicidad de una vida sencilla, recta y sosegada, en la que el espiritual yantar sea primordial y sistemáticamente sazonado con la sal del trabajo, pero no sobrecargado con las especias de la vanidad, del ansia de dominio y del sombrío placer de la venganza; una vida de espiritualidad no embotada por ambiciones que impidan la posibilidad del goce tran-

SARN A

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

llamas, llega a Brunilda y, despertándola, la hace su esposa.

Brunilda, con su Sigfredo, es feliz, mucho más feliz que cuando con todos los privilegios de diosa vivía con sus hermanas, las Walkyrias, en el Wallhall comiendo las manzanas del jardín de Freya, que dan juventud eterna, y galopando en su caballo Grane por las nubes tempestuosas, en acarreo de héroes para el ejército del dios; y así, cuando pasado cierto tiempo en el idílico vivir de los enamorados, siente Sigfredo ansias de realizar en el mundo nuevas hazañas que ofrecer a su esposa, ésta le reviste con sus armas de Walkyria, la lanza el fuerte escudo, el casco alado, y le cede su fiel caballo Grane; entonces el esposo la deja, como prenda de cariño, lo que le han dicho de más preciado en el botín de sus proezas, el anillo fabricado con el oro arrebatado al Rin, y tras del cual luchan denodadamente dioses, gigantes y nibelungos.

Sigfredo ha desaparecido lentamente por las márgenes del Rin; cesó el eco de sus adioses y Brunilda, a la entrada de la cueva, que es su hogar feliz, piensa en el ausente y besa apasionadamente el anillo, recuerdo de su amado; la tarde va cayendo, y en la placidez del nórdico cielo, de suave azul, se destaca una nube sombría que envuelve el galopar de un jinete llegado

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

emociona el recuerdo de los esplendores de su vida anterior; ella, que ha conocido el fausto de Wallhall y los privilegios de su situación divina, sabe que son bien mísera cosa en comparación de la felicidad absoluta de su vida actual, suave y sencilla, con el amor de su Sigfredo; amor humano asequible a todas las criaturas y superior a todos los poderíos, linajes, privilegios y ambiciones que integraban

RINOGOL

Para antisepsia nasal

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

quilo de tantos motivos de felicidad, que a pesar de todo hay en nuestra vida, motivos humildes, sencillos, oscuros en su humildad, pero eternos productores de emoción y asequibles a todos los que se orienten en un ponderado vivir.

Sobre el escepticismo en Medicina

Por R. SANTAMARIA

Alguna vez en su vida el médico levanta los ojos del libro farragoso; algún día la preocupación apremiante del enfermo desaparece, y entonces se dispone a pensar algo trascendente sobre su misión. Sin fingimientos de ninguna clase, con la sinceridad que sólo usamos cuando reflexionamos ("reflexionar es conversar consigo mismo", decía Platón), pasa revista a los recuerdos, no causándole este repaso hastío: el libro de la vida siempre es el mismo y siempre enseña.

Preséntase ante su vista un cuadro de ilusiones, en el que no sabemos si influyeron Pasteur o la juventud: tal vez ambas cosas. Después, este cuadro se esfuma y aparece otro de decepciones y resquemor. Desinfecta las heridas, y supuran. El enfermo leve se muere y el grave se salva. ¿Qué es esto? Su ciencia, que tantos desvelos le costó, es enmendada por el barbero.

Tentado está entonces de hacer tabla

rasa, cual hizo Paracelso con todos los libros médicos, y pregonar que la Medicina es una metafísica sin aplicaciones positivas, ciencia puramente dialéctica y retórica. Ya ha nacido en él una manía de la que no curará nunca, pues la Medicina constituye su profesión. Ya no cree en engolados profesores, ni en la sabiduría de médicos famosos, donde sólo ve hechiceros. Y en esta triste condición de ministro sin fe, difícil es que pueda inspirarla a los pocos feligreses que acuden a su templo. Unicamente un milagro le salvaría, como en el caso que vamos a relatar.

P. F. N., de diecinueve años, soltera, nacida en parto normal, de padres sanos; tiene seis hermanos, todos saludables. Cuando contaba dieciocho meses estuvo unos días enferma. Según la niñera, andando cayó al suelo; la acostaron, y al levantarla al día siguiente de la caída, observaron parálisis del miembro superior derecho, con inflamación del mismo, y la cabeza inmóvil hacia el lado sano.

Este proceso de parálisis infantil apareció de la noche a la mañana, esporádicamente, con fiebre y diarrea, sin dolorimiento ni estado meningítico.

El médico rural prescribió baños calientes y una "untura fuerte" durante

STROPHANTHIUM PALLARES

Valoración biológica:

Un cc. contiene 2 1/2 miligramos de Estrofantina

quince días, sin resultado. En ese tiempo guardó cama, bien abrigada, sin prescripción. Acostada, como mejor se encontraba era "de memoria"; hundía la cabeza en la almohada, "como en un pozo", y no le quitaban la almohada por pena. No usaron tumbillas. Ni separaron el brazo afecto del tronco. Roces en la cama sí tuvo. La levantaron del lecho, a la buena de Dios, cuando mejoró el estado general.

Para aclarar las consecuencias de la caída—nulas—, pasa a hacerse radiografía, y el radiólogo le administra corrientes por espacio de tres meses. Más tarde, un catedrático ordena: "Nada de corrientes. Alimentación, masaje en casa y ejercicio." Sin más explicaciones. Así pasa medio año.

Un cuarto doctor recomendó la doméstica cajita de corrientes aplicada durante dos años. Tiene ya cinco de edad cuando un quinto médico prescribe corrientes en su clínica y gomas para tensar, de las que se fijan en los marcos de las puertas. Después, por consejo del sexto doctor, hace un novenario en una estación termal.

Un especialista en huesos suprime las corrientes, recomendando masaje, ejercicio en "carruchica" para hacer movimientos verticales, pellizcamientos y la dichosa cajita otra vez. Ni corsé, ni aparato, ni punción lumbar, ni escayolado. Como fármacos, "Tónico X". No fué

explorada la reacción de degeneración. Intervienen las comadres. Recomiendan baños de vino con romero y fricciones de manteca de caballo con tremen-tina.

Otro catedrático (octavo doctor) aconseja plastias tendinosas, que no hubieran remediado la parálisis.

Por fin, tras media vida de enfermedad, fué realizada una oportuna artrodesis de hombro.

La belleza de esta joven se hallaba estigmatizada al ser en todo el pueblo

Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemiol.-Purgantil (Jarabe de Frutas)
(Véase anuncio, página 1.)

conocida por "la Manca". Ahora ya no lo es: aquel brazo derecho que pendía impotente volvió a la vida y es uno más que se levanta saludando la figura de Bastos.

LOS MAESTROS DE LA CIENCIA

THEOBALDO SMITH

(31 de julio de 1859)

Theobaldo Smith revolucionó la Medicina, demostrando que una enfermedad microbiana puede ser transmitida por un insecto. Su descubrimiento ha abierto nuevos horizontes a las investigaciones científicas y a la profilaxia.

Siendo estudiante, se dió cuenta de que la Bacteriología era casi ignorada en los Estados Unidos. En efecto, hacia 1880, los norteamericanos que querían estudiar esta nueva ciencia tenían que dirigirse a Europa para seguir los cursos de los grandes maestros: Pasteur, en París, y Koch, en Berlín.

No pudiendo soportar los gastos de un viaje a Europa, Theobaldo Smith aceptó un modesto empleo en la Oficina Federal de Zootécnica de Washington.

En 1888, el Dr. Salmon, director de dicho establecimiento, confió a su estudiante la misión de investigar el origen de la fiebre de Tejas, que diezmaba al ganado en los Estados del Sur. Los animales atacados morían al cabo de ocho días de una fiebre elevadísima, y los campesinos norteamericanos habían notado, desde hacía varios años, que el ganado procedente del Sur y transportado durante el verano a ciertos prados del Norte propagaba la enfermedad.

En esa época no se conocía todavía

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

el papel de los insectos en la transmisión de ciertas enfermedades, y cuando los aldeanos decían que la garrapata provocaba la fiebre de Tejas, no los creían.

Theobald Smith se propuso descifrar el enigma. Después de examinar muestras de sangre, de bazo, etc., procedentes de animales atacados de la fiebre de Tejas, decidió estudiar la enfermedad sobre el terreno. Durante el verano de 1889 realizó un experimento, que se ha hecho célebre en los Estados Unidos. En tres prados distintos, convenientemente separados, colocó una partida de ganado sano procedente de los Estados del Norte, otra partida que procedía de los Estados del Sur y, por último, una partida del mismo origen, pero despojada cuidadosamente de garrapatas. Cambiando de prado cada partida y variando las condiciones del experimento, Theobaldo Smith demostró que las garrapatas transportaban la enfermedad. Estudiando su evolución y sus costumbres, descubrió que, aun nacidas en un incubador, podían propagar la fiebre de Tejas sin haber estado en contacto con el ganado ni en un prado infectado. Era, pues, evidente que la garrapata pone huevos que llevan el germen de la fiebre de Tejas.

Otros sabios han aclarado después varias cuestiones de detalle sobre la transmisión de esta enfermedad, pero el mérito de haber descubierto la cau-

96% de médicos de España a los CONVALESCENTES les recetan **Elixir CALLOL**

sa corresponde a Theobaldo Smith y a F. L. Kilborne, que trabajó con él mientras duraron sus investigaciones.

La ciencia debe a Theobaldo Smith otros progresos, sobre todo en lo que se refiere al cólera y a la difteria. Además, fué el primero que distinguió los bacilos tuberculosos humanos de los bacilos bovinos. Si la tuberculosis humana y la tuberculosis bovina están consideradas hoy como dos enfermedades distintas que reclaman un tratamiento diferente, esta noción, cuya aplicación ha hecho disminuir rápidamente la mortalidad por tuberculosis no pulmonar, se debe, en gran parte, a él.

Pocos hombres de ciencia han recibido en vida tantos honores. Verdad es que también se han acumulado sobre sus hombros las obligaciones. Theobald Smith fué profesor de Patología comparada en la Universidad de Harvard, de 1896 a 1915, y director de la Sección de Patología animal del Instituto Rockefeller, de 1915 a 1929. Uno de sus compañeros de juventud, que fué su discípulo en la Universidad Cornell ha escrito: "Theobaldo Smith fué siempre un gran trabajador, un hombre tranquilo y modesto; ha conquistado el puesto de honor que ocupa en el mundo científico sin tratar de significarse jamás, sin glorificarse nunca de los resultados obtenidos."

bilidad renal dificultaría la eliminación. Las mismas consideraciones son aplicables al estado de gestación (con más, los riesgos de aborto).

d) Neuropatías y alcoholismo, que, en caso de reumatismo, hacen temer el síndrome cerebral.

Modos de administración y dosis del ácido salicílico.—(Respecto de los salicilatos, véanse a continuación los artículos especiales).—Se emplea el ácido salicílico:

Al exterior, en polvos compuestos (contra la erupción variólica y diversas dermatosis: hiperhidrosis, etc.), de 2 a 5 gramos de ácido salicílico por 100 de polvo.

En pomadas (de 50 centigramos a 3 gramos por 30; salicilasol, al 1 por 10).

En colodión (al 1 por 5 ó por 10), en las hiperqueratosis (cuernos, etc.).

Por último, en solución en agua pura (al 1 por 500) boricada o boratada (mayor solubilidad) y, sobre todo, en glicerina pura (colutorios) o diluída en agua (soluciones antisépticas al 1 por 100).

También se emplea el algodón salicilado al 5 ó al 10 por 100.

Al interior debe prescribirse el ácido salicílico, y lo mismo los salicilatos, a dosis muy fraccionadas (distribuyendo las dosis del día en 10 ó 12 tomas); las soluciones deben ser muy diluídas, y los sellos se tomarán con 100 ó 150 centímetros cúbicos de líquido (agua pura, leche, agua de Evian o de Vichy, etc.), para evitar la acción local del ácido salicílico al romperse el sello.

Se administra a la dosis de 60 centigramos a 4 gramos al día en sellos (de 40 centigramos, a lo más), o en pociones alcoholizadas.

Niños: 20 centigramos al día por año de edad, en tomas muy fraccionadas.

Incompatibilidades.—No debe asociarse en los sellos la fenacetina.

Provoca sudores profusos, sobre todo en los febricitantes (excepto en los casos de reumatismo articular agudo).

Nutrición, termogénesis.—El aumento en la eliminación de materias incompletamente quemadas produce un descenso térmico, sobre todo en los febricitantes.

Tolerancia, toxicidad.—La tolerancia es suficiente cuando el ácido salicílico (o sus sales) se administran a dosis muy fraccionadas (de 10 a 12 al día) y asociándole al agua de Vichy.

La intolerancia es digna de ser tomada en consideración cuando los trastornos gástricos constituyen un obstáculo a la eliminación, o cuando son muy acentuados los accidentes nerviosos.

Las dosis son tóxicas en cuanto aparecen la embriaguez, el estado disneico, el delirio, etc. Después sobrevienen hipotensión arterial, colapso y, por último, asfixia.

Aplicaciones terapéuticas e indicaciones.—I. Al exterior está indicado el ácido salicílico:

a) Como antiséptico, en la difteria, en la cual debe aplicarse en disolución suficiente (1 por 30, a lo menos) para evitar la acción cáustica, en las pústulas variolíticas, para lavados de la vejiga y para irrigaciones bucales o vaginales.

En las soluciones de continuidad es inferior al fenol.

b) Por su acción descamativa y queratolítica se emplea contra diversas afecciones crónicas parasitarias (especialmente las tricoficias) y contra las hiperqueratosis (cuernos, liquen córneo, verrugas, cancroïdes), etcétera.

También ejerce acción contra la hiperhidrosis palmar o plantar.

c) Finalmente, el ácido salicílico, y mejor que él el salicilato de metilo, son muy eficaces en aplicaciones locales contra diversas manifestaciones dolorosas, tales

como neuralgias, reumatismo muscular o articular, dolores menstruales, cólico hepático, etc.

II. Al interior.—a) La principal indicación de la medicación salicilada—y entonces el más conveniente es el salicilato de sosa—es el reumatismo articular agudo franco, respecto del cual el salicilato de sosa, emplea-

do a tiempo y a buena dosis, es específico. El efecto parece depender a la vez de las propiedades antisépticas, eliminadoras y analgésicas del ácido salicílico.

Los dolores, la tumefacción articular y la fiebre cedan en un espacio de tiempo que varía de dos a cuatro días, pero el salicilato de sosa no ejerce acción alguna sobre las complicaciones (endocarditis, etc.), y, además, esta contraindicado en el reumatismo cerebral, que agrava.

b) En el reumatismo subagudo su eficacia es mucho menos constante. Frecuentemente se manifiesta inferior a la antipirina y a los alcalinos. En estos casos se comprende la superioridad del salicilato de litina.

c) En el reumatismo crónico o muscular y en la conjuntivitis reumática el salicilato de sosa, y, sobre todo, el de litina, dan buenos resultados en muchos casos, pero fracasas en otros. Tampoco es más constante la acción terapéutica contra las neuralgias reumáticas (cítica, "a frigore", etc.).

d) En las localizaciones articulares de las infecciones el tratamiento salicilado es ineficaz en muchos casos; pero da buenos resultados si se trata de la reaparición de un reumatismo articular antiguo.

e) El salicilato de sosa puede ser útil en la pleuresía "a frigore" de naturaleza reumática (vigilando la tensión arterial). f) Por su acción analgésica y eliminadora, los salicilatos son medicamentos útiles en la gota (sobre todo crónica), en las arenillas urinarias, en la pielitis, etc.

g) Por sus propiedades eliminadoras, antisépticas y antifermentescibles, el ácido salicílico y su sal de sosa prestan buenos servicios en el curso de la fiebre tifoidea, sobre todo solubilizando y arrastrando al exterior los residuos orgánicos.

h) Como antifermentescibles son también útiles los salicilatos en ciertas dispepsias, especialmente por atonía, y en las diarreas (tuberculosa, etc.), en las cuales debe preferirse el salicilato de bismuto.

i) El salicilato de sosa es útil en la orquitis blenorragica. j) Como colagogos, el ácido salicílico y el salicilato de sosa combaten eficazmente la litiasis biliar y, especialmente, la fiebre consecutiva a los cólicos hepáticos: en estos casos la acción colagoga se asocia a las propiedades antisépticas y antitérmicas.

En las crisis de cólico hepático están más indicadas las embrocaciones con el salicilato de metilo, "loco dolenti".

k) Como antitérmico, el ácido salicílico puede servir útil contra la fiebre de los tuberculosos y, en algunos casos, en el paludismo.

l) Finalmente, en algunos casos el salicilato de sosa es eficaz contra los dolores fulgurantes de la tabes, la jaqueca, el vértigo de Ménière y la dismenorrea (de las artríticas).

m) Para la antisepsia del aparato urinario por admistración interna preñérase el salol o el salacetol. *Contraindicaciones.*—a) Todas las nefritis (excepto las de los gotosos), porque se agravarían por la congestión renal que determina el medicamento.

b) Lesiones cardíacas, sobre todo con pulso pequeño y rápido (peligro de colapso y síncope).

c) Arterioesclerosis, porque al disminuir la permeabilidad de las arterias, se agravaría la enfermedad.

Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO. Carabanchel Alto
DIRECTOR: JAIME ESQUERDO SAEZ



Informes y — AL DIRECTOR { MADRID. — Alfonso XI, 7.—Te-
correspondencia { éfono 26499. —Carabanchel Alto.
Sanatorio. Teléfono 20.

HIERRO QUEVENNE
A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar Cloro-Anemia
ferruginosa inalterable en los países cálidos — 14 rue de la Harpe —

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

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

Tratado
práctico de
etiqueta y
distinción
social

4 PESETAS
EJEMPLAR

Pedidos al
APARTADO
121

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS (STOMALIX)

Cura el dolor de estómago, acidez, dispepsia, vómitos, diarreas en niños y adultos, dilatación y úlcera del estómago; tonifica, ayuda a las digestiones y abre el apetito, siendo utilísimo su uso para todas las molestias del

**ESTÓMAGO •
INTESTINOS**

Venta en farmacias—Pídan folleto a Laboratorio Saiz de Carlos, Serrano, 30-MADRID

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON
Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

Correspondencia administrativa

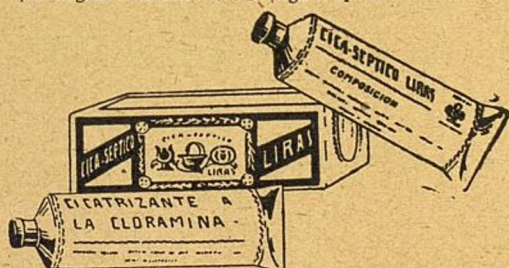
Sólo la correspondencia que venga acompañada del franqueo correspondiente será contestada por carta directa.

Cuando nos remita un giro postal y nos comunique el envío, no olvide indicar el número del giro.

- D. Fernando Mesa González, pagado fin diciembre 1935.
D. José A. Megías, ídem íd.
D. Juan José Sogo, ídem íd.
D. Fernando Montero Caballero, ídem íd.
D. José Garvía Moral, ídem íd.
D. Juan Cirera, ídem íd.
D. Baldomero Romero, pagado fin diciembre de 1934.
D. Antonio Viñal Galán, pagado fin diciembre de 1935
D. Eladio Martínez, ídem íd.
D. Antolín de la Rosa, ídem íd.
D. Plácido Milian, ídem íd.
D. Arsenio Plaza Ballesteros, ídem ídem.
D. Ramón Rubio Sanz, ídem íd.
D. Antonio Ibáñez, ídem íd.

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.

SANATORIO PENA-CASTILLO SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

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

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

"HOZNAYO"—LA MEJOR AGUA DE MESA

iodaseptine cortial

**TUBERCULOSIS
PULMONAR CRÓNICA**
*Dosis: Líquida de 5 a 10 al día
en series de 20 días*

**ADENOPATIAS
DE LA INFANCIA**
*10 a 20 gotas cada 24 h
en tres veces según la edad*

**REUMATISMOS
CRÓNICOS**
Dosis fuertes de 5 a 20 a la vez

SUPRESIÓN DEL DOLOR
SIN YODISMO
SIEMPRE EFICAZ AUN
CON UN USO REPETIDO

MUESTRAS Y LITERATURA
LABORATOIRES
CORTIAL
15, B^o PASTEUR
PARIS (XV^e)

**REUMATISMOS
AGUDOS**

iodaseptine

salicilada UNE
LA ACCIÓN DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

JUAN MARTIN - ALCALA 9 MADRID CONSEJO DE CIENTO 341 BARCELONA

AGUAS MINERALES NATURALES
DE
CARABANÑA
«LA FAVORITA»
PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS
PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI
~ ~ MADRID ~ ~

TRATAMIENTO EFICAZ

**REUMATISMO
YODOVISAL**

Salicilato sosa
YODURO potasa

Muestras y literatura:

**D. FENOLLOSA
PAZ, 26**

ESQUIZOFRENIA

MANGAN - ARSENILO

Cacodilato de man-
ganeso-Cacodilato
de sosa

VALENCIA

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

CANFORETIL B. MARTIN
(Nombre registrado)

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