

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.304.—Tomo 97

AÑO OCHENTA Y TRES

6 Junio 1936



SOLUCIÓN FUMOUGE

Clorato de Magnesia
al décimo

CORIZA

Una cucharada de las de café en medio vaso de agua, al empezar cada comida.

(Deshidratación rápida de la mucosa nasal)

NEOPLASMAS

Dos cucharadas de las de postres por día, en dos veces.

(Muestra y Litteratura sobre pedido)

ETABLISSEMENTS FUMOUGE, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

Hygiene de la Mujer

POUDRE CHAUMEL

(Polvos Chaumel)

DESCONGESTIONANTE
ANTISÉPTICA
SUAVIZANTE



Etablissements FUMOUGE
78, Faubourg St-Denis, Paris

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

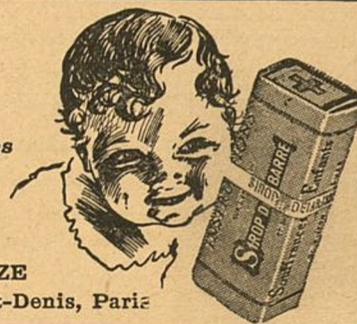
Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Dolores del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOUGE
78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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

Ayuntamiento de Madrid

TRATAMIENTO EFICAZ

REUMATISMO	ESQUIZOFRENIA
YODOVISAL	MANGAN - ARSENILO
Salicilato sosa	Cacodilato de man-
YODURO potasa	ganeso-Cacodilato
	de sosa

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

CANULA FUNKE

SEMUR FUNKE

DUCHA NASAL FUNKE

Grandes Almacenes y Bazares Médicos
LA ESTRELLA ROJA
Hijos de DOMINGO QUERALTÓ

INSTRUMENTOS DE CIRUGÍA : MOBILIARIO
CLÍNICO : ALGODONES : GASAS : VENDAS
ESTERILIZADOS : BRAGUEROS : FAJAS
MATERIAL PARA LABORATORIOS Y FAR-
MACIAS : FACILIDADES EN EL PAGO

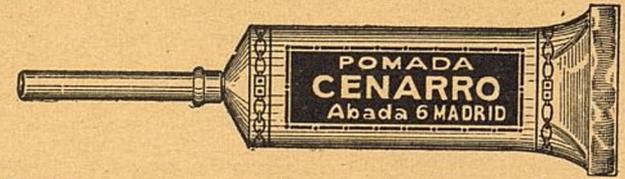
SEVILLA **MADRID**
Pi y Margall, 9 Fuencarral, 39

"JUSTO"
FAJISTA

FAJAS MEDICAS
Y DE VESTIR ◉

◉ ◉ ◉ Se ha trasladado a
MAYOR, 4, entlo. MADRID

ALMORRANAS



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

DE LA GOTA

||| **TRATAMIENTO MODERNO**
POR LA TERAPÉUTICA DEL ESTÍMULO

||| Obra del Dr. ANAYA, en la que estudia, comenta y resume opiniones de profesores especializados en esta rama de la Medicina, exponiendo su criterio y tratamiento.
Un tomo cuidadosamente editado, práctico y necesario.
5 PESETAS EJEMPLAR.
Haga su pedido al

APARTADO 121 ◉ MADRID

ENCUADERNACIÓN
JULIAN RASO

FLORA, 6 TELÉF. 13526
MADRID

¿TIENE USTED LA COLECCION DE MONOGRAFIAS EDITADAS POR EL SIGLO MEDICO?
¿No? Pues haga inmediatamente su pedido y nunca se arrepentirá de ello.

SANATORIO PEÑA-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

Píldoras:

Benzoato de sosa	} aa 4 gr.
Brea purificada	
Bálsamo de tolú	

Divídase en 60 píldoras. Para tomar de seis a ocho al día. Indicaciones: bronquitis crónicas, pielitis y cistitis crónica.

Guayacol cristalizado	5 centigramos.
Terpina	} aa 5 —
Acido benzoico	
Extracto de belladona	
Extracto de beleño	2 —

M. para una píldora. Háganse 50 iguales. Para tomar una cada dos o tres horas. Indicaciones: tuberculosis pulmonar.

Pociones:

Acido benzoico	2 gr.
Jarabe de tolú	50 cc.
Agua de lechuga	100 —

D. Para tomar dos a seis cucharadas de las de sopa al día. Indicaciones: uricemia, gota, pielitis, cistitis y pírexias.

Benzoato de sosa	10 gr.
Jarabe de polígala	100 cc.
Agua destilada.....	200 —

D. Para tomar de tres a seis cucharadas al día en una infusión de tila caliente. Indicaciones: bronquitis, gripe en el período de quebrantamiento general con dificultad respiratoria antes de la aparición de la tos.

Para niños de tres a cinco años:

Benzoato de sosa	1 gr.
Terpina	50 centig.
Jarabe de tolú	40 cc.
Agua de lechuga	80 —

Para tomar una cucharada de las de postre o de las

y si no bastase, dos discos oftálmicos, cuya composición es como sigue:

Gelatina	10 gr.
Agua destilada	250 cc.
Sulfato de atropina	75 centig.

Calientese la gelatina con 200 cc. de agua destilada al baño de maría para que se disuelva, añádase el sulfato de atropina disuelto en el agua restante y tiñase con un centigramo de fuchina. Filtrese luego por una muselina, recibiendo el líquido en una bandeja de cristal muy plana, de 40 centímetros de largo por 30 de ancho, y colóquese en la estufa horizontalmente, hasta que se seque a la temperatura de 40 a 50°. Despréndase la gelatina de la bandeja después de seca; córtese en fragmentos circulares, por medio de un sacabocados de acero, cuyo diámetro interior sea de 4 ½ milímetros y guárdese en tubitos de cristal bien tapados.

Cada disco contiene, aproximadamente, una décima de miligramo de sulfato de atropina.

Los residuos de la operación se reúnen, se pesan en porciones de 10,75 gramos y se vuelven a disolver en 250 cc. de agua para operar como antes. Indicaciones: como mi-driásicos (Farmacopa Española).

La belladona se usa en forma de:

Ungüento:

Extracto de belladona	3 gr.
Glicerina oficial	2 —
Grasa de cerdo benzoïnada	25 —

M. Para unturas. Indicaciones: grietas, adenitis. No debe aplicarse cerca de una mucosa ni en los niños, por ser muy activo.

Extracto de belladona	4 gr.
Ungüento napolitano	80 —

M. Para aplicaciones en el abdomen en las peritonitis, en los abscesos pélvicos de la mujer y en la región dolorosa en las adenitis y orquitis.

Linimento:

Tintura de belladona } aa la cantidad que se desee.
Tintura de coca }

M. Para fricciones. Indicación: neuralgias, reumatismo muscular.

Enema:

Polvo de hojas de belladona 15 centig.
Macérese en agua hirviendo 150 cc.

H. s. a. Indicación: estados espasmódicos.

Supositorios:

Extracto de belladona } aa 2 centig.
Cloruro de cocaína }
Manteca de cacao 4 gr.

Para un supositorio. Háganse seis iguales; para aplicar de uno á tres al día. Indicación: hemorroides.

El bálsamo tranquilo de la F. E. se prepara con hojas de belladona, beleño, hierba mora, adormidera, varias esencias, todo disuelto en aceite de adormideras.

Envenenamiento por la belladona.—Sólo se presenta en individuos que hacen uso de los preparados de esta planta con fines terapéuticos. Se caracteriza por: 1.º Parálisis de los nervios salivares y, por consiguiente, sequedad de la boca y de la lengua. 2.º Parálisis del motor ocular común y excitación del simpático, las cuales producen dilatación de la pupila. 3.º Parálisis de las fibras frenadoras del neumogástrico, y, por tanto, aceleración de los latidos cardíacos. 4.º Parálisis de los vasomotores periféricos que se traduce por sequedad extraordinaria de la piel y, á veces, aparición de un verdadero eritema. 5.º Por último, dado que en regla general la belladona estimula los centros nerviosos al par que paraliza los nervios periféricos, todo delirio que se caracterice por agitación, hiperactividad cerebral, y simultáneamente languidez y pereza de los movimientos, será considerado sospechoso. Todos estos síntomas serán investigados á diario en los enfermos

50 centigramos a cuatro gramos, también en sellos, píldoras, papeles o poción. Este debe ser preferido, no sólo en los dispépsicos, sino también cuando se trata de aumentar la diuresis. A los niños se les recetarán 20 centigramos diarios por año de edad. El benzoato amónico se da en iguales casos, condiciones y dosis que el sódico. El benzoato de cal se da de 25 centigramos a dos gramos.

Los benzoatos son incompatibles con los ácidos y con los jarabes de frutas.

Las píldoras balsámicas de la F. E. contienen:

Acido benzoico 2 centigramos.
Goma amoníaco 3 —
Regaliz 4 —
Azafrán } aa 25 diezmiligramos.
Bálsamo del Perú }
Goma arábica 5 miligramos.

Para una píldora. Para tomar ocho a 12 al día.

Sellos:

Acido benzoico } aa 10 centigramos.
Alcanfor pulverizado }
Azúcar 50 —

Para un sello. Háganse 10 iguales, para tomar uno cada dos horas. Indicación: bronquitis capilar con sofocación.

Benzoato de sosa 5 gr.
Salicilato de sosa 10 —

M. y divídase en 30 sellos. Para tomar seis al día, con leche o con una infusión. Indicación: coelitis.

Limonoda:

Acido benzoico 1 gr.
Azúcar 100 —
Agua destilada C. s. para un litro.

D. Para tomar en un día. Indicación: pirexias.

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

6-VI-1936

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.

La alimentación y la higiene pública

Tenemos la costumbre de considerar la producción, la distribución y la consumición de materias alimenticias, exclusivamente desde el punto de vista económico, en el campo de la ley de la oferta y de la demanda, a la que debemos, desde hace varios años, el espectáculo paradójico e inhumano de un mundo donde la superproducción marcha a la par con la falta de alimentación. Pero, por poco que se consideren las necesidades de las masas humanas, de distinto modo que en función directa de su poder adquisitivo, la ciencia vuelve a tener suficiente poderío para contrarrestar las siniestras previsiones de Malthus.

Actualmente, a pesar del mentís que los *stocks* invendidos y la reducción de las superficies cultivadas parecen infirigir a esta afirmación, se-

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

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

ría imposible procurar al conjunto de la población del globo un régimen alimenticio satisfactorio.

Se ha demostrado, en los Estados Unidos, que de cuatro regímenes cuyo valor nutritivo fuese en aumento, únicamente se podrían procurar a la población los tres primeros; el más completo exigiría 335.108.000 áreas—134 millones de hectáreas—, siendo cultivadas en 1933 solamente 294.219.000 áreas—118 millones de hectáreas.

Según el Dr. Enid Charles, «la producción de materias alimenticias en el mundo podría ser multiplicada varias veces sin necesidad de aumentar la superficie cultivada, si el hombre explotase hasta el máximo los conocimientos científicos de que dispone». Esto sucede en Java, donde los holandeses han creado una variedad de caña de azúcar que da un rendi-

Diarreas estivales ELDOFORMO

»Bayer«

miento cuatro veces superior, y la Escuela de Agricultura de Cambridge produce, regularmente, 60 celemines, cuando la producción media en Inglaterra es de 32. Es evidente que en las circunstancias actuales, un perfeccionamiento análogo de la técnica agrícola sería ruinoso para los labradores.

La distribución de los productos alimenticios, que podría hoy día asegurar a todos los habitantes del mundo una independencia completa respecto a la naturaleza del suelo y del clima, está dificultada por las condiciones económicas. Las tarifas aduaneras se han elevado tanto, desde hace algunos años, que la circulación de mercancías, aun activa dentro de las fronteras, ha sido considerablemente reducida de país a país.

El consumo de alimentos, por fin, acusa una evolución paralela a la que el desarrollo de la industria ha impuesto al trabajo humano. El régimen nutritivo es más ligero, la carne, la manteca, el azúcar, las legumbres y las frutas adquieren más importancia que el pan, los cereales, las patatas y la manteca de cerdo, que antes formaban la base de la alimentación popular.

Pero la carne es un alimento caro que necesita mucho terreno y mucho trabajo. Estando calculado en 1.400.000 calorías el consumo anual de un adulto, los 2.850.000 hectáreas

CARABAÑA: el mejor purgante

dedicadas al cultivo de la patata en Alemania son suficientes para la necesidad en calorías de 50 millones de individuos, y solamente habría para seis millones si las patatas pasasen por cerdos de cría. Por consiguiente, a pesar del aumento de su produc-

ción, este país debe importar el 23 por 100 de su consumo de proteínas y el 20 por 100 de las calorías que necesita, lo que es tanto más oneroso cuanto que la exportación de productos industriales ha sido muy reducida, a causa de la crisis económica.

La cría de ganado es un lujo casi imposible en los países todavía primitivos, de población densa, como los de Extremo Oriente, donde la mayor parte de la tierra está dedicada al cultivo de cereales y de arroz. El organismo encuentra, sobre todo, hidratos de carbono, y hoy día está demostrado que un régimen donde los alimentos llamados «protectores», es decir, las proteínas, las grasas, las vitaminas y las sales minerales, faltan, acarrea terribles enfermedades de carencia: beri-beri, pelagra, raquitismo, escorbuto, xeroftalmía—enfermedad que suele determinar la ceguera—, sin hablar de las caries den-

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

Doctor RIBALTA -- Prospectos gratis.

Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

tales, de la falta de resistencia contra las infecciones, del retraso en el crecimiento y del descenso de vitalidad.

La ciencia de la alimentación ha llegado a fijar, bajo la forma de «standards de raciones», la proporción en que los diferentes factores de la nutrición deben figurar en un régimen normal.

Midiendo la energía desgastada o la cantidad de alimentos consumidos por individuos que viven en diversas condiciones y realizando trabajos variados se ha calculado la necesidad de energía de un hombre mediano que tenga una actividad moderada en 3.000 calorías por día. Esta cifra, adoptada por la Conferencia de Expertos de la Sociedad de Naciones—Roma, 1932—ha sido aceptada universalmente. Ha servido de base para el establecimiento de una

FIMONAL



VIAS RESPIRATORIAS

Ayuntamiento de Madrid

escala de coeficientes familiares en la que las necesidades de la mujer han sido fijadas a 0,8 de las del hombre adulto.

Respecto a la *necesidad de proteínas*, hay diversidad de opiniones. En general, las razas humanas que consumen una ración elevada de proteínas son físicamente superiores a las otras. Pero, entre los límites extremos, es difícil fijar la ración óptima. Si los esquimales consumen de 260 a 300 gramos diarios de proteínas, hay millones de seres humanos, en cambio, entre ellos las poblaciones frugales y sanas del Sur de Ita-

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

lia, que no toman más que 60 ó 70 gramos.

En todo caso, la ración de proteínas, constituida en parte por la proteína de origen animal, debe ser superior para los niños que para los adultos, puesto que a éstos les conviene consumir en progresión inversa de la edad.

La Comisión Consultiva de Alimentación del ministerio británico de Higiene ha establecido la proporción siguiente, para un hombre mediano, que trabaje moderadamente y consuma 3.000 calorías al día:

100 gramos de proteínas, de los cuales, 37 de origen animal.

100 gramos de grasa.

400 gramos de hidratos de carbono, cuya función es la de procurar la energía muscular e impedir que las

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Vienense.

Apartado 22.—Jaén.

proteínas y las grasas no cumplan su utilización normal.

Para reemplazar en los tejidos los elementos minerales que se eliminan constantemente, la alimentación debe contener *sales minerales*, que los cereales, tal y como se utilizan ordinariamente, ofrecen sólo en cantidad mínima; cuando éstos forman una parte muy considerable del régimen alimenticio, el raquitismo y las caries dentales se desarrollan. Las sales minerales más útiles son el fósforo, la cal, el hierro y el yodo.

Las *vitaminas* figuran, desde hace muy poco, entre los «factores esenciales de la nutrición». A falta de datos cuantitativos satisfactorios, se recomienda consumir gran cantidad de vitaminas; su ausencia acarrea

CATARROS
AGUDOS Y
CRONICOS



NEOBRONQUIL

las enfermedades de carencia que hemos enumerado antes, y su insuficiencia causa las precarencias, cuyo papel en la debilidad de que sufre gran parte de la población comienza a sernos conocido.

Se pueden resumir en las proposiciones siguientes las prescripciones de la dietética moderna:

1. Los principios alimenticios indispensables tiene más probabilidad de obtenerse con un régimen variado.

2. El régimen debe contener «alimentos protectores»; las verduras y frutas, ricas en sales minerales y en vitaminas, y, sobre todo, mucha leche, alimento completo desde cualquier punto de vista.

3. Asegurados los alimentos protectores, la higiene deja para el resto del régimen cierta latitud. La carne, el pescado, los huevos, en cantidad moderada, son útiles; pero los órganos glandulares—hígado, riñones, molleja, etc.—, y la sangre son más ricos en vitaminas y sales minerales que el músculo, es decir, la carne de los animales. Lo mismo sucede con los cereales completos con relación al mismo producto molido, lo que explica la campaña actual contra el pan blanco y el arroz molido.

Nada es, por consiguiente, más simple que el «standard» de calidad y cantidad capaz de asegurar el funcionamiento regular del organismo. Su aplicación general tropieza, no obstante, con dos obstáculos inmensos: la ignorancia de las masas y su pobreza. Esta no es del dominio de la higiene pública remediarla. Pero, dentro de los límites impuestos por las circunstancias económicas, se puede emprender en favor de la alimentación nacional una acción, cuya urgencia y diferentes modalidades mostraremos en un próximo artículo.



EN CAMISERÍA "SAMARAL" ADQUIRIRÁ
LOS ARTÍCULOS DE MEJOR GUSTO Y CALIDAD

Campana en favor de la eutanasia en Inglaterra

En Inglaterra aumenta la campaña en favor de la eutanasia, y son muchos los médicos que han reclamado su implantación. El Dr. K. Milard, presidente de la Sociedad de Empleados Sanitarios, es uno de los más ardientes partidarios de esta medida, y no sólo ha pronunciado discursos y ha publicado artículos en su favor, sino que ha fundado la Sociedad para la implantación legal de la eutanasia, que hoy día preside el conocido cirujano Lord Meynohan. Esta Socie-

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

dad ha redactado un proyecto de ley que ha enviado al Parlamento para su discusión, cuya parte dispositiva dice así:

«Todo mayor de veintiún años que padezca una enfermedad incurable puede pedir el auxilio de la ciencia para eliminarse, dirigiéndose a la Comisión de Eutanasia, que debe crearse en el ministerio de Sanidad, especificando que desea librarse de la vida en razón a la enfermedad que padece, o solicitar una muerte dulce y rápida en vez de la lenta y dolorosa que le espera. Es condición precisa que el solicitante haya solicitado consejo de sus allegados, que haya puesto previamente en orden todos sus asuntos civiles y que dos médicos—el de cabecera y uno del ministerio—certifiquen la verdad de lo alegado. El comisario de la eutana-

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

sia, a la vista de todos estos documentos, se dirigirá al interesado dándole un plazo de siete días para reflexionar, y si transcurrido este plazo el enfermo persiste en su demanda, se le atenderá.»

La muerte de las bacterias por la luz

Por el Dr. T. BAUMGARTEL, Munich.

Dejando aparte las llamadas «bacterias pulpúreas», que, como los vegetales superiores, necesitan luz para la fotosíntesis de la substancia orgánica, casi todas las especies de bacterias son más o menos sensibles a

(Continúa en la página XVIII.)

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de colessterina, 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)

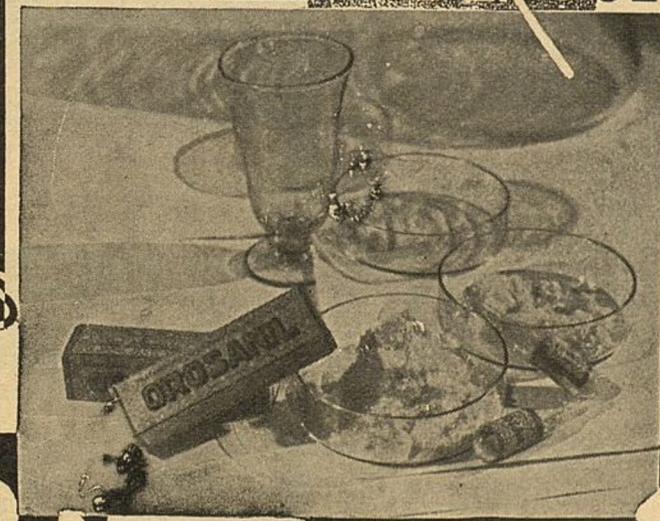
Tratamiento bismútico de las espiroquitososis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL

EN LA TUBERCULOSIS

Cheza

LABORATORIOS
ABELLO



Vinaroz 5
MADRID

Orosanil

Tiosulfato doble de
Oro y Sodio

Ayuntamiento de Madrid

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto-fosfato de cal



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

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

De venta en todas las farmacias

Depósito general para España:

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

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA
El mejor desinfectante intestinal

Simblosis de fermentos lácticos y búlgaros en
medio vegetal y al máximun de vitalidad

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

Lipiodol Radiológico

Acelte Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

“ASCENDIENTE” Y
“DESCENDIENTE”

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Genera-
les para la Exportacion:
Laboratoires
André GUERBET & C^o
22, rue du Landy
Saint-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, Farmaceutico, Las Palmas

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. Cortezo y Prieto.

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

1854 AÑO OCHENTA Y TRES 1936

CONSEJO DE REDACCION CIENTIFICA

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

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

VOCALES

- | | | | |
|--|--|--|--|
| Dr. MARIANO ACEÑA
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. | Dr. J. MARTIN RENEDO
Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel. |
| 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. | Prof. R. ROYO-VILLANOVA
De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina. |
| Prof. J. BLANC Y FORTACIN
Agregado de la Facultad de Madrid. Jefe de Clínica del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina. | Dr. F. GONZALEZ DELEITO
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. | Dr. J. SARABIA Y PARDO
Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número 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
Decano de la Beneficencia provincial. Académico de número y Bibliotecario 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. | Prof. ANTONIO SIMONENA Y ZABALEGUI
De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico 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 PASCUAL
Médico forense de Madrid. Ex Presidente del Colegio de Médicos de Madrid. | Prof. ENRIQUE SUNER Y ORDONEZ
De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Director de la Escuela Nacional de Puericultura. |
| Prof. A. FERNANDEZ MARTIN
Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid. | Dr. J. DE ISASA Y ADARO
Pediatra. | 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. TOME Y BONA
Dermatólogo. Bibliotecario de la Academia de Dermatología y Sifilografía. |
| 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 Fimatología 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. M. DE VILLAVERDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neurosiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid. |

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

EL SIGLO MEDICO

Tomo 97

Sábado 6 de Junio de 1936

Núm. 4304

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: Sobre la fisiología de la amígdala y sus aplicaciones terapéuticas, por el Dr. José María Barajas.—La adenopatía epitroclear en la sífilis, por el Dr. Javier M. Tomé y Bona.—Reticulocitos y tracoma, por el doctor M. Garrote Vega.—La ruta de Esculapio, por el Dr. Albiñana y Sanz.—BIBLIOGRAFÍAS—PERIÓDICOS MÉDICOS.

Sobre la fisiología de la amígdala y sus aplicaciones terapéuticas

POR EL

Dr. JOSE M.^a BARAJAS

Otorrinolaringólogo de Madrid

La fisiología amigdalina, en todas las épocas, ha tenido un interés extraordinario, llegando en el momento actual a adquirir proporciones tan extensas, que su estudio completo sería labor que excedería en mucho los límites de este trabajo, pues en el transcurso del tiempo, la opinión sobre la función de las amígdalas ha ido variando de día en día, fundamentada en las valiosas adquisiciones de la otorrinolaringología, sin que todavía, y a pesar de nuestros esfuerzos, hayamos podido llegar al conocimiento total de esta cuestión, y por eso hemos de limitarnos a describir someramente algunas de las ideas más modernas sobre esta cuestión, completadas con hechos biológicos experimentados en diferentes centros otorrinolaringológicos del extranjero, cuyos trabajos van modificando los distintos criterios establecidos con anterioridad sobre las funciones tan complejas atribuidas a estos órganos y reservándonos, para el último lugar de este trabajo, algunas deducciones de orden práctico y terapéutico que nos hemos permitido hacer.

Efectivamente, en todo tiempo el esfuerzo de los especialistas y de los fisiólogos fué encaminado a determinar la misión encomendada por la naturaleza a estos órganos tan discutidos, que al principio de la vida extrauterina surgen, al cabo de algunas semanas, de modo simple y rudimentario para desarrollarse más intensamente durante la infancia, llegando al máximo de su evolución en la adolescencia, para, más tarde, hacia los finales de la pubertad, iniciar su regresión, hasta llegar, en la mayor parte de los sujetos, a la atrofia total, después del climaterio, y pudiendo, no obstante, persistir excepcionalmente con todas sus características, tanto fisiológicas como patológicas, hasta edades más avanzadas.

A últimos del siglo pasado se consideraba a la amígdala como un órgano generador de linfocitos, fundándose en el hecho de haberse demostrado la presencia de dichos elementos celulares en el exudado de las criptas, y así, el Prof. Policard, afirma, en su *Tratado de Histofisiología*, que las amígdalas sirven para la formación

de linfocitos y, además, están destinadas a provocar la inmunidad del organismo mediante pequeñas y repetidas reabsorciones de los gérmenes habituales en las criptas, que, atravesando la barrera epitelial, penetran en los espacios lacunares submucosos para ser arrastrados por la corriente venosa y dar lugar a la formación de anticuerpos. Pero Fleming y Aschoff desechan rotundamente el papel linfogenético, que corresponde más bien a los corpúsculos o nódulos linfáticos secundarios, y atribuyen a las amígdalas, análogamente, a Bergrem y Hellman, exclusivamente una función defensiva contra las sustancias tóxicas que actúan sobre los elementos celulares, dando lugar a numerosas formas mitóticas con degeneraciones y necrosis, siendo englobados los restos nucleares por abundantes macrófagos.

La existencia de la emigración y exteriorización de los linfocitos, también ha sido observada por Brieger y Görke, que demostraron la presencia de corrientes linfáticas capaces de transportar dichas células a las vacuolas repletas de jugo linfático, y que por la presión endoamigdalina causada por la inflamación perivascular, son obligados a atravesar el epitelio plano de las criptas, de dentro afuera, como hubo de comprobarlo Mollier, primero, y más tarde, Oeller, en 1928, demostrando que dichos linfocitos exteriorizados, en su mayor parte eran células muertas.

Por el contrario, las bacterias, como decía el Prof. Policard, pueden hacer acto de presencia en el interior de la amígdala a través de un defecto del epitelio de cubierta, estudiando en 1891 Dmchowski y Escomel las distintas fases de penetración de los microbios, inoculando Lexer diferentes gérmenes por distintos mecanismos en las amígdalas de perros, y observando que así como los estafilococos y los neumococos, al ser puestos en contacto con la superficie amigdalina, mediante frotación, solamente fueron capaces de causar una infección ligera, no sucedió lo mismo cuando los gérmenes utilizados en la experiencia eran estreptococos, pues casi siempre aparecía consecutivamente una grave infección general, siendo el Prof. Hesser, de la Clínica de Koenisberg,

Androstina

**Extracto testicular total
titulado biológicamente**

Administrada por las vías oral o parenteral la Androstina ejerce una acción regeneradora en los casos de

Insuficiencia testicular:
Impotencia
Infantilismo
Senilidad precoz
Obesidad

Combate, tanto en el hombre como en la mujer, los trastornos nerviosos y psíquicos de origen genital

Grageas - Ampollas

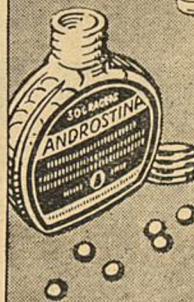
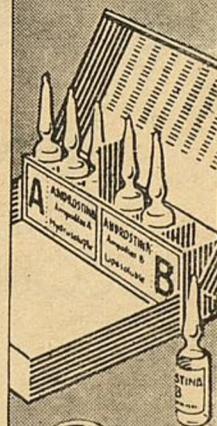
**CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS**

Barcelona
Aragón, 285

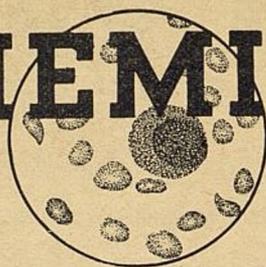


Madrid
M. de Cubas, 5

"CIBA"



ANEMIAS



hepaal

PRINCIPIO
AISLADO
CON HIERRO

ANTIANÉMICO
DEL HÍGADO
Y COBRE

JARABE

CADA FRASCO DE 100 C.C. CONTIENE
EL PRINCIPIO ANTIANÉMICO DE
1000 GRS. DE HIGADO FRESCO

INYECTABLE

LA EFICACIA DE 2000 GRS. DE
HIGADO POR AMPOLLA DE 2 C.C.
CAJAS DE 10 AMPOLLAS DE 2 C.C.

PRODUCTO NETAMENTE NACIONAL



LABORATORIOS JUSTE • MADRID •

FRANCISCO NAVACERRADA, 3 • HOTEL
APARTADO DE CORREOS 9030

quien ha demostrado más detalladamente las preferentes localizaciones de las bacterias procedentes de infecciones tonsilares, orientándose en su trabajo por el de Rosenow y Brillings, con motivo de las afecciones generales secundarias a enfermedades de los dientes, observando la emigración de estreptococos procedentes de los focos dentarios y del velo palatino a ciertos órganos, como articulaciones, riñón, endocardio, etc. Hessér obtenía los gérmenes de la profundidad de la tonsila, con un cauterio, y los cultivaba durante veinticuatro horas en caldo, estudiando la forma y el número de las bacterias que inoculaba a distintos animales hasta su muerte, autopsiando con todo cuidado las articulaciones, músculos, corazón, hígado, riñones y bazo, haciendo cortes histológicos de las tonsilas y pulmones, obteniendo un abundante protocolo de animales inoculados con los estreptococos procedentes de amigdalitis crónicas y que murieron con reumatismo articular y nefritis.

En el año 1898, Masini, al inyectar a los animales extractos tonsilares, observó crisis de hipertensión, que atribuía a una función incretora de las amígdalas sobre el riñón; pero Pognat y Scheider, en 1903, y Ciro Caldera en 1912, no pudieron demostrarla.

También Fleisch, en 1921, parece ocuparse de la acción de las amígdalas sobre el tiroides, fundándose en el hecho de la curación de algunos enfermos de Basedow después de amigdalectomizados; relación tonsilotiroidea, estudiada entre nosotros por Marañón, Blanco Soler, Bonilla y Duque, que sospechan como causa de algunas alteraciones del tiroides substancias amigdalinas excitantes, capaces de provocar crisis de hipertiroidismo, observación que también ha hecho sospechar como factores etiológicos del bocio endémico a los gérmenes localizados en la tonsila, siendo Lublisky, Brow y Aubriot de los primeros que demostraron casos de reacciones tiroideas consecutivas a amigdalitis.

También se ha tratado de estudiar las amígdalas como órganos de secreción interna, y así Schmitt supone en las amígdalas la presencia de hormonas actuantes sobre la distribución de leucocitos, afirmando Voss, en el año 1929, que las hormonas amigdalinas tenían como principal misión refrenar el crecimiento del organismo, basando su teoría en el hecho experimental de que renacuajos alimentados con substancia tonsilar sufrían un gran retardo en la metamorfosis, estudios que determinaron a Slobonik, de Berlín, a investigar en ratas y ratones la relación entre las amígdalas y el crecimiento, sacando la conclusión de la acción frenatriz sobre el crecimiento de la secreción interna tonsilar.

Tampoco faltan al estudio de la fisiología de dichos órganos teorías de orden químico, siendo una de las más interesantes la del Prof. Reinus, de la Clínica del Norte Caucásico, que se dedicó a estudiar la energía catalítica de las tonsilas, demostrando su acción sobre la catalasa de la sangre que defiende a los elementos celulares de aquellos óxidos formados como productos intermedios en el mecanismo de la oxidación, destruyéndose y produciéndose un proceso parecido al que sucede cuando introducimos en el organismo, por vía parenteral, albúminas extrañas, y que, seguramente, puede influir muy directamente en el hecho observado por nosotros y que dió motivo a una comunicación que tuve el honor de pre-

sentar al Primer Congreso Español de Medicina sobre la albuminuria consecutiva a las intervenciones en las fosas nasales y su interpretación clínica.

Sería interminable la relación de todas las teorías restantes que, para todos los gustos, se han venido haciendo sobre la función tonsilar; pero que la mayoría, faltas de base sólida, han ido pasando al olvido, persistiendo en la actualidad de un modo preferente las fundamentadas en investigaciones de orden anatómico y bacteriológico, que ya en el año 1895 inició Fränkel, al describir la llamada angina traumática, que se presenta algunas veces consecutivamente a cauterizaciones o intervenciones quirúrgicas sobre los cornetes, que al principio de nuestra ya larga actuación operatoria nasal observábamos con alguna frecuencia, lo cual nos obligó a ir modificando las técnicas hasta conseguir no haber visto semejante complicación en estos últimos tiempos.

Suponía Fränkel que, al romperse la cubierta protectora epitelial del cornete, se establecía una puerta de entrada para los gérmenes, que, arrastrados por la corriente linfática, llegaban a las amígdalas, y, por tanto, debían estos órganos ser considerados como ganglios linfáticos relacionados con las fosas nasales, idea que fué sostenida en 1906 por Schönemann, que consideraba a las tonsilas como glándulas linfáticas del cuello e interpretando su hiperplasia como una simple linfadenitis crónica.

En el año 1909 se ocupan Lenart y Henke de demostrar la relación linfática entre las fosas nasales y mucosa bucal con las amígdalas, obteniendo unos resultados de sus investigaciones que fueron interpretados por Amersbach como erróneos, por encontrar defectos en la técnica colorante de las preparaciones histológicas, lo cual decide a Fritz Schlemmer, de la Clínica de Hajek, de Viena, a practicar, en 1921, un interesantísimo estudio anatómico y experimental sobre las relaciones entre fosas nasales y faringe con las tonsilas, por medio de las vías linfáticas afluentes, presentando una estadística de ocho casos de enfermos moribundos, a los cuales, con una técnica parecida a la de Henke, inyectaba 0,1 a 0,5 centímetros cúbicos de solución esterilizada de Litio-carmin, en diferentes zonas, suelo nasal, séptum, ívula, pilares palatinos, base de lengua, encías y, especialmente, en el cornete inferior, haciéndoles la autopsia en breve plazo de la muerte. También practicó la experimentación con 50 enfermos que iban a ser amigdalectomizados, desde seis horas después de inyectados hasta ocho días, estudiando cien amígdalas y algunas vegetaciones adenoideas, para llegar a la conclusión de que las amígdalas no tienen relación linfática con las fosas nasales, y, por lo tanto, echando por tierra las teorías de Fränkel y de Schönemann, originándose el gran revuelo consiguiente en el mundo científico; pero no pasó mucho tiempo sin que por todas partes surgieran numerosos trabajos en contestación al de Schlemmer, y así, en el año 1925, Zitowisch comprueba experimentalmente en el hombre las observaciones de Henke, inyectando tinta china en las fosas nasales y encías, demostrando su presencia en las amígdalas.

En esta misma época inicia Sack sus experimentos, inyectando carmin en estado coloidal, debajo de la mucosa nasal y de la boca, pilares y cápsula amigdalina, encon-

trando la substancia colorante en el interior de la amígdala, pero nunca en la superficie, y llegando algunas veces la substancia tintórea hasta los ganglios linfáticos retrofaríngeos medios.

En el año 1927, también Trutnew inyectó tinta china y carmín debajo de la mucosa nasal, estudiando las amígdalas y las vegetaciones que extirpaba desde cinco minutos hasta veinticuatro horas después, y observando en 28 casos la presencia en las tonsilas de las substancias colorantes. En cambio, Wassilief, en la misma época, no logró encontrar en la amígdala las materias colorantes inyectadas en el espacio submucoso de nariz y boca, utilizando para ello Litiocarmín y Trypan-blau, como también suspensiones de carmín en agua destilada, y únicamente cuando la inyección la practicaba en una zona tonsilar próxima a la superficie, la coloración penetraba muy lentamente por medio de los tabiques de tejido conjuntivo y, atravesando el retículo de la periferia del folículo, llegaba hasta los histiocitos, algunos de los cuales se eliminaban al exterior, coloreados por la substancia inyectada, que les daba el aspecto de núcleos leucocitarios, y tardando en penetrar en las células reticulares del folículo con una rapidez que oscilaba entre las veinte y veinticuatro horas, según la clase de colorante y el estado de atrofia o de hiperplasia del tejido conjuntivo amigdalino.

Murata, en el año 1929, estudia la distribución del carmín y tinta china inyectados en los alrededores de las amígdalas y las amígdalas mismas, sin poder lograr, mediante frotación, la penetración del colorante a través del epitelio cuando éste se conservaba íntegro.

En el año 1931 vuelve a surgir la cuestión de la llamada angina traumática observada después del taponamiento nasal, con los estudios de Waldapfel, demostrando la presencia del estreptococo en dichas amígdalas enfermas, sin poderlos encontrar en la tonsila sana.

Para sus experimentos, inyectaba medio cc. de colorante en fosa nasal y faringe de los futuros tonsilectomizados y estudiaba seguidamente las amígdalas, en las cuales, en nueve casos de los 12 estudiados, encontró la materia inyectada. En preparaciones microscópicas del interesante trabajo encontró los vasos sanguíneos repletos de la substancia colorante inyectada en el cornete inferior, que había sido transportada por los capilares hasta la tonsila misma.

En los 10 enfermos inyectó la suspensión esterilizada de carmín en el séptum nasal, veinticuatro horas antes de extirparles las amígdalas, y en ninguno pudo demostrar en ellas la presencia del colorante, mientras que en los inyectados en un solo cornete, esta substancia apareció en las dos amígdalas.

También inyectó a perros esta misma materia en la vena yugular, logrando encontrar corpúsculos de carmín en pulmón, hígado, bazo y riñones, en su mayor cantidad, mientras que en las tonsilas sólo pudo hallarlo en escasas proporciones en las diferentes capas.

Cuando la inyección la practicó en los cornetes, entonces el colorante aparecía en las tonsilas de ambos lados y una pequeña parte en los ganglios linfáticos próximos, y, sobre todo, cuando la inyección fué practicada en la carótida, se repartió en la amígdala como si se hubier inyectado allí mismo. Al inyectar directamente la

tonsila, el líquido se distribuyó en gran parte por los ganglios linfáticos de la región, y tan sólo una pequeña parte logró eliminarse por los espacios lacunares a través del epitelio.

También utilizó para inyectar material orgánico, constituido por una suspensión de leucocitos, coloreados con rojo congo, e inyectados en las mismas regiones antes citadas, y demostrando su mayor acumulación en las tonsilas y su eliminación a través del epitelio.

Vemos por los hechos anteriores la etiología de la presencia en el exudado amigdalino de los gérmenes y elementos celulares procedentes del interior del organismo, confirmando una vez más la idea de que las amígdalas pudieran ser un órgano eliminatorio; y, en efecto, en el año 1930, Cusenza, inyectando a perros, en la vena femoral, bacilos "prodigiosus", logra encontrarlos en el exudado amigdalino, y también inyectando a conejos en la vena marginal "Sacaromices Cerevisie" demuestra la eliminación de dichos gérmenes por medio de las amígdalas; y no solamente son capaces de eliminar dichos gérmenes inyectados por vía venosa, que llegaron hasta las amígdalas por medio de los capilares sanguíneos, sino también substancias extrañas en la sangre circulante logran ser eliminadas actuando como órganos depuradores, hechos que hicieron afirmar a Federici y Sibel que los animales vertebrados, además del pulmón y del hígado, poseen un tercer órgano de depuración, que son las amígdalas, y que sirven para llevar al exterior las substancias anormales y cuerpos extraños introducidos en la corriente circulatoria.

Numerosos autores más, y entre ellos Waldapfel, tratan de demostrar prácticamente la función eliminatoria de bacterias inoculadas intravenosamente, apareciendo en las amígdalas, aunque siempre en menores proporciones que cuando la inoculación se practicaba en el cornete, afirmando este autor que dicha eliminación, no solamente se efectúa por la amígdala, sino también a través de la pared epitelial de la mucosa faríngea, apareciendo los gérmenes unas veces libres y otras fagocitados.

Vemos por los trabajos mencionados la gran importancia que en la infección tonsilar tiene la vía venosa afluyente de las fosas nasales, redes venosas, clasificadas por Zuckerkandl en cinco grupos, de los cuales el primero se dirige hacia delante, a la porción externa de la ventana nasal; el segundo y tercero, caminan hacia el cráneo y la órbita; el cuarto, hacia la fosa palatina latero-externa, y el quinto, hacia el velo del paladar. Estos plexos constituyen un sistema venoso superficial y otro profundo, que Luska estudió detenidamente al ocuparse de las venas del seno maxilar.

Este trayecto anatómico recorrido por las substancias inyectadas en la masa cavernosa del cornete, llegando al velo palatino y pilares y logrando por propagación profunda llegar hasta el plexo pterigoideo y espacio parafaríngeo, hasta alcanzar la cápsula amigdalina, ha sido estudiado recientemente por Wesselys, y así tenemos que aceptar la opinión de Waldapfel, conceptuando a los órganos tonsilares como estaciones venosas de las venas afluentes de las fosas nasales que les aportan los gérmenes procedentes de esta región para ser eliminadas por ellas total o parcialmente, y desechando de un modo rotundo la idea de considerarlos como ganglios linfáticos, pues

no sólo por su fisiología, sino por su estructura anatómica con una cubierta epitelial, por una parte, y la presencia de las lagunas subyacentes, los hace diferenciarse de los nódulos linfáticos de Schaffer y del tejido linfático de Aschoff, y, sobre todo, por el estudio de su aparato retículoendotelial practicado por Bruzzy, inyectando Trypan-blau en la vena marginal de los conejos, estableciendo la conclusión de que el sistema retículoendotelial amigdalino se diferencia grandemente por su mayor desarrollo que el de los ganglios linfáticos y el del apéndice.

Todas las investigaciones sobre la fisiología tonsilar más recientes, no obstante discrepar de aquellas realizadas en épocas remotas, vienen a coincidir con ellas en la indudable acción protectora de este órgano en estado fisiológico sobre todas las demás funciones, tanto por sus propiedades filtrativas de la corriente venosa procedente de las fosas nasales como por sus funciones eliminatorias, plenamente confirmadas.

Modernamente ha tratado de utilizarse, por Polte en primer lugar, para fines terapéuticos, las condiciones de estación venosa de los vasos afluentes de las fosas nasales en los estados patológicos de las amígdalas, pues si naturalmente las sustancias colorantes inyectadas en la porción cavernosa del cornete llegan rápidamente a la región anatómica amigdalina por medio de la corriente venosa, naturalmente que si la sustancia inyectada puede tener propiedades terapéuticas, esta vía nasal constituye una excelente puerta de entrada medicamentosa para actuar, no solamente sobre la misma amígdala, sino sobre el organismo en general, y así, este último autor inyecta en los cornetes interiores neosalvarsán, y también Hopman, Undritz, Adler y Thost, inyectaban por la misma vía soluciones acuosas de calcio. Pollak ha inyectado neosalvarsán con Novasurol, Afenil, Solución de Pregl, etc., y Drennova, Jacquelin, Bonnet y Tanturri, utilizan la misma vía de inyección para el tratamiento de ciertos estados alérgicos con solución fisiológica y autosueroterapia. Pero, sobre todo, donde tiene más efecto esta nueva forma terapéutica por vía nasal es en los procesos agudos tonsilares, según ha podido comprobar Wotzilka, en enfermos con anginas agudas, inyectando lo más precozmente y no tardando más de dos días como máximo después de establecido el diagnóstico, 2,5 centímetros cúbicos de Cilotropina en la cabeza del cornete inferior de ambos lados, logrando en un enfermo que desde el día anterior tenía 39° y grandes dolores a la deglución, bajar en dos horas la temperatura y desapareciendo la odinofagia. En algunos enfermos más, este mismo autor ha observado que la rapidez del efecto es mayor que cuando la inyección la practicaba en las venas, demostrándose por el citado efecto terapéutico las relaciones vasculares tan directas entre ambas regiones, pero que de ninguna manera demuestra la existencia de relaciones linfáticas, como suponía Schlemmen, al considerar a las amígdalas como glándulas linfáticas de la nariz y mucosa faríngea, no obstante su estructura histológica tan distinta y sin poseer vasos linfáticos aferentes.

Así, pues, ha quedado, por tanto, bien patente, por cuanto llevamos referido, la misión vascular anatómica

encomendada a las tonsilas, dotadas, a su vez, de propiedades eliminatorias para ciertos elementos corpusculares y bacterias, según han comprobado los hechos experimentales relatados en este trabajo; y, por si esto no fuera suficiente, vemos en la clínica diaria hechos que nos hacen pensar en esta función defensiva, al encontrarnos con enfermos bajo un estado general de fiebre, etc., sin manifestación local de ninguna especie en sus amígdalas, cuando, al cabo de algunos días nos hemos visto sorprendidos con la aparición de una o varias placas en las tonsilas, permitiéndonos entonces establecer un diagnóstico exacto, y al mismo tiempo coincidiendo el cuadro clínico con la disminución evidente de la temperatura y franca mejoría del estado general del enfermo, es decir, que experimentamos la sensación de haber asistido a la fase final de un proceso. Y no solamente esta propiedad eliminatoria queda reducida a la amígdala, sino que también participan de ella los folículos linfáticos retrofaríngeos, como nos lo demuestra el hecho de observar en ciertos individuos amigdalectomizados nuevos procesos inflamatorios difusos de la faringe, con pequeñas formaciones nodulares inflamatorias, con una pequeña placa que recuerda a la de la angina y que sirvió de base a un interesante trabajo del Dr. Fernández de Soto, de Cuba, al ocuparse del tratamiento de inflamaciones vicariantes del tejido linfático faríngeo por medio de la radioterapia. Y por si todavía esto no fuera bastante, una prueba más del mecanismo defensivo del organismo por intermedio de las tonsilas la tenemos en el hecho de coincidir ciertas anginas periódicas en enfermas con su época menstrual, sin duda para el organismo, por este procedimiento, desprenderse de ciertos materiales tóxicos circulantes en los casos de disfunción ovárica, y tal vez jugando entonces la bacteriología un papel secundario; pero, naturalmente, en los casos de anginas agudas por enfriamiento se establece una hiperemia de la mucosa, y, en este caso, los gérmenes habituales de las criptas, atravesando las defensas epiteliales, ingresan en el torrente circulatorio, dando lugar a la sintomatología general de toda infección hemática, con fiebre, abatimiento y dolores musculares, es decir, que entonces este órgano defensivo se ha convertido, circunstancialmente, en órgano agresor, y el organismo establece entonces la movilización general de sus defensas con la formación de antitoxinas y anticuerpos y con la estimulación del retículoendotelial, surgiendo secundariamente la propiedad eliminativa de la tonsila, apareciendo entonces las placas con los gérmenes y detritos celulares de que el organismo trata de desembarazarse, llegando en ocasiones hasta formar accesos peri o intraamigdalinos por eliminación, que, si es suficiente, el organismo vencerá a la infección, pero si, por el contrario, ha sido incapaz de reaccionar lo necesario con insuficiencia de eliminación tóxica y bacteriológica de sus amígdalas, se establecerán los cuadros patológicos de gravedad extrema de las llamadas septicemias de origen amigdalino.

Por lo tanto, mientras la amígdala cumple perfectamente su misión fisiológica defensiva, el criterio clínico impone la abstinencia quirúrgica en absoluto. Pero, ahora bien: vemos frecuentemente que estas capacidades funcionales defensivas no son siempre las mismas, por

padecer estos órganos estados inflamatorios crónicos o estados hipertróficos de consideración que favorecen la presencia del estreptococo en sus criptas de modo latente, hechos que hacen pensar que estos órganos tan discutidos pueden, en un momento, convertirse en enemigos considerables, y esto ha de ser más fácil, naturalmente, cuando el tejido amigdalino esté, o más infectado o más hiperplasiado, y estos dos hechos constituyen entonces la verdadera indicación operatoria, pudiendo utilizar para su establecimiento cuantos medios diagnósticos complementarios poseemos en la actualidad, aunque, desde luego, según mi modesta opinión, absteniéndonos de practicar la prueba de Schmidt ni cualquier otra que pudiera acarrear peores consecuencias que la misma amigdalectomía, aun practicada en momentos de agudización del proceso, por la posible movilización de gérmenes, dando lugar a verdaderas embolias sépticas con todas sus consecuencias, defecto que hago extensivo a determinadas técnicas quirúrgicas que requieren el empleo del dedo para introducir por presión la amígdala dentro del instrumento, y que sus adherencias obligan a practicar con ella una malaxación análoga a la de la mencionada prueba de Schmidt.

Afortunadamente, el sereno juicio clínico ha sabido imponerse en todo momento desde los tiempos de Peter, en que por la analogía de estructura, así como también por la patología parecida de la amígdala y del apéndice, caracterizada por estados en que unas veces aparecen aumentados de volumen y otras, por el contrario, su tamaño se halla reducido a pequeñas dimensiones, y, sobre todo, por la indiferencia del organismo ante la supresión quirúrgica de uno y otro órgano, hicieron pensar a Peter, respecto al apéndice, y a Zárnico, respecto a las amígdalas, en la inutilidad de uno y otro órgano, pero, afortunadamente, repito, el criterio científico respecto a esta operación ha prevalecido siempre, no tan sólo en el terreno profesional, sino también socialmente, ante el confusionismo de ciertas gentes influenciadas por incompletas divulgaciones científicas, que van llenando de prejuicios el ánimo de los no preparados, y que, cuando llega el momento de aconsejarles la supresión de sus amígdalas, unas veces hipertrofiadas y otras crónicamente infectadas, pero sin ostensible sintomatología, demuestran su oposición a suprimir estos órganos en que la perspicacia clínica descubre un enemigo latente, mientras que, por el contrario, otro género de personas, en contraposición con aquéllas, achacan con exceso a las amígdalas el retardo de la nutrición de los niños, solicitando insistentemente la intervención, que, si bien es verdad, cuando está científicamente indicada, que el organismo encuentra con ello innumerables ventajas, no sucede lo mismo en otros casos, en que permanece indiferente después de su ablación, sin beneficiarse en nada el estado nutritivo del niño, que, en bastantes ocasiones, es más bien debido a insuficiencia alimenticia que a proceso patológico tonsilar, pero que en el ánimo de los padres influyó el haber visto la favorable evolución del desarrollo de otro niño operado con todas las indicaciones científicas.

Podemos, por tanto, sintetizar nuestro criterio respecto a las indicaciones operatorias de la extirpación de amígdalas en la frase "toda amígdala patológica debe suprimirse, y toda amígdala fisiológica, respetarse."

La adenopatía epitroclear en la sífilis

POR EL

Dr. JAVIER M. TOME Y BONA

Las adenopatías epitroclears son, de todas las localizaciones linfáticas de la infección sífilítica, las que ofrecen un mayor interés doctrinal y práctico. Fueron descritas por Ricord en 1831, y están situadas en la parte interna e inferior del brazo, dos o tres centímetros por encima de la epitroclea. En la inmensa mayoría de los casos, esta hiperplasia alcanza a un solo elemento ganglionar de cada lado, pudiendo, sin embargo, observarse, aunque raras veces, dos, tres y hasta más ganglios formando lo que se ha denominado cadena humeral. En la estadística que sirve de fundamento al trabajo recientemente presentado por nosotros a la Academia Española de Dermatología, y que comprende un total de 345 enfermos de sífilis congénita y adquirida, hemos encontrado únicamente dos observaciones: una, muy reciente, con doble adenopatía epitroclear bilateral, y otra, más antigua, en la que en uno de los lados se comprobaban tres ganglios no muy grandes dispuestos en cadena, mientras que en el otro lado se encontraba un solo elemento hiperplasiado.

El valor diagnóstico de esta localización ha sido enjuiciado de modo muy diverso por los autores. En la época actual, todavía no se han unificado los criterios. Por este motivo nos pareció oportuno aprovechar una parte del material clínico que nos ofrece el Servicio del Dr. Bejarano en el Dispensario Azúa, para efectuar un intento personal en este sentido.

Con el fin de llevar a cabo esta hipótesis de trabajo, recogimos un total de 406 casos, que se distribuyen del modo siguiente:

	Casos	Adenopatía positiva
Sífilis secundaria clínica y serológicamente activa	96	85
Sífilis latente e ignorada, seropositiva	108	79
Sífilis latente seronegativa	110	58
Sífilis terciaria	3	0
Sífilis congénita precoz seropositiva.	10	4
Sífilis congénita tardía seropositiva o seronegativa	18	3
Casos de control	60	3

Sífilis adquirida.—El criterio de los autores clásicos en su mayor parte es extraordinariamente restrictivo en el sentido del valor semiológico de esta localización ganglionar. El maestro Fournier decía a este propósito: "De esta adenopatía debo decir que se ha exagerado mucho su frecuencia, dándola como signo habitual de sífilis. Yo la he buscado atentamente en muchos centenares de enfermos, hombres y mujeres, y no la he encontrado más que de una manera rara, casi excepcional." Lance-reaux, en su clásico *Tratado*, considera igualmente como muy rara esta localización.

Por otra parte, en lo referente a la especificidad de este accidente ganglionar, tampoco están de acuerdo los autores. Queyrat, en 1903, publicó el caso de un enfer-

4

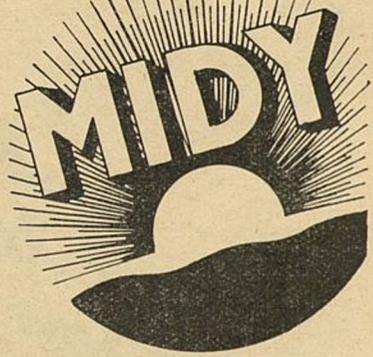
PRINCIPIOS ACTIVOS

ADRENALINA · ESTOVAINA · ANESTESINA
EXTRACTO ESTABILIZADO DE CASTAÑAS
DE INDIAS FRESCAS

LABORATORIOS MIDY
APARTADO 534 · MADRID

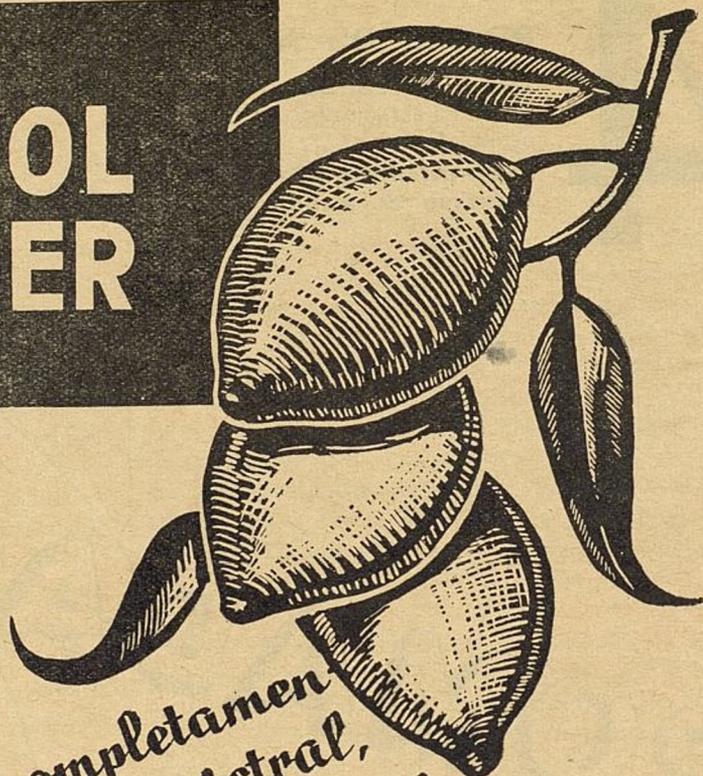
POMADA MIDY

SUPOSITORIOS MIDY



hemorroides

Bi-CITROL MARINIER



Sustituye completamente a la fórmula magistral, a base de Citrato de Sosa, pues, el ideal de la medicación para el Médico, que es de aplicación cotidiana.

MUESTRAS Y LITERATURA:

E. - BOIZOT. { Luis Cabrera, 47. - MADRID.
Salmerón, 247, pral. - BARCELONA.
Av. del 14 de Abril, 16. - VALENCIA.

mo, de diecinueve años, exento de todo antecedente sífilítico y que no había tenido nunca relaciones sexuales, que presentaba una doble adenopatía axilar y epitrocLEAR. Por nuestra parte, en fecha relativamente reciente, hemos tenido ocasión de observar tres casos, uno de ellos escasamente unos días, en los que existía una poliadenopatía de tipo marcadamente sífiloide con hiperplasia bilateral de los ganglios cubitales, en los que no existían antecedentes personales ni familiares de sífilis, y en los que la serología era repetidas veces negativas, aun después de reactivación. Igualmente, muchos sífiliógrafos —y entre ellos, modestamente, nosotros mismos— han tenido ocasión de observar sífilis secundarias floridas sin repercusión ganglionar en la epitroclea. En nuestra estadística quedan registradas once observaciones de este género.

Levy-Franckel, en un interesante estudio monográfico dedicado a las adenopatías epitrocleares, publicado en 1914, expone argumentos en contra del valor diagnóstico de las mismas en el curso de la sífilis secundaria activa. Cita en apoyo de su opinión el hecho de que en un sólo día pudo encontrar tres casos con manifestaciones activas de sífilis secundaria, coincidiendo con una ausencia completa de adenopatías epitrocleares. Como contrapeso refiere el mismo autor dos casos en los que la presencia de los mencionados ganglios permitió afirmar un diagnóstico de sífilis antes de hacerse positiva la serología.

La comprobación de estas hiperplasias ganglionares adquiere su mayor interés en el diagnóstico de las sífilis ignoradas y latentes. Levy-Franckel, en el trabajo ya mencionado, refiere diez observaciones personales, estudiadas comparativamente con la investigación serológica, en las que pudo sospechar fundadamente el diagnóstico de sífilis por la sola comprobación de la adenopatía epitrocLEAR. Por nuestra parte, como ya indicábamos en nuestro trabajo mencionado, hemos conseguido lo mismo en cinco casos: dos del Dispensario Azúa y tres de nuestra consulta dermosifiliográfica de Accidentes del Trabajo. En todos ellos se unía a la falta de datos anamnésticos la ausencia de síntomas clínicos, y la serología era fuertemente positiva.

Por estas circunstancias, el criterio actual tiende a conceder a la adenopatía epitrocLEAR una frecuencia y, por ende, un valor diagnóstico considerables. Sáinz de Aja insiste, en 1926, sobre la necesidad de buscar siempre este dato, que reputa de "alto valor clínico". Nosotros mismos, en 1929, deducido de nuestra práctica entonces, aún más modesta que en la actualidad, y de las enseñanzas de nuestros maestros, afirmábamos que "la existencia de los ganglios epitrocleares tiene un valor casi patognómico para el diagnóstico de la sífilis, sobre todo cuando son bilaterales". D'Esaguy, citado por nosotros en el trabajo mencionado, dice que la existencia de los ganglios cubitales bilaterales afirma en un 90 por 100 de los casos la existencia de sífilis. Tienen, para este autor, como para la mayoría de los contemporáneos, un valor tan extraordinario, que su presencia mono o bilateral justifica por lo menos la práctica de una reactivación. Amicis, algún tiempo después, se expresa en análogos términos.

Bergh, en una estadística que comprende 1.260 prostitutas en diferentes momentos del período secundario,

ha encontrado las hiperplasias de los ganglios cubitales en un 15,6 por 100. Friedlander, como consecuencia del estudio de 190 enfermos, afirma que los ganglios epitrocleares se encuentran hiperplasiados en el 77 por 100 de los sífilíticos, y en el 27 por 100 de los no sífilíticos. En nuestra estadística hemos encontrado, en un total de 318 casos de sífilis adquirida, 222 con adenopatías de esta localización, lo que supone una proporción aproximada de 70 por 100, y en los no sífilíticos, que son 60 casos, hemos encontrado solamente 3,10, lo que supone, igualmente, poco más o menos, un 5 por 100. Esta última cifra tiene, naturalmente, un valor muy restringido, dado el protocolo tan escaso con que contamos. Rulison, por su parte, ha encontrado la adenopatía epitrocLEAR en el 66 por 100 de los casos de sífilis antes de la positividad serológica, en el 87 por 100 de la sífilis secundaria, y en el 76 por 100 de la terciaria. En los tres únicos casos de este último estadio, que se encuentran en nuestra estadística, no hemos encontrado ningún ganglio de esta localización, hecho del que no se puede deducir ninguna conclusión.

En muchos de los casos de Rulison, la adenopatía era bilateral, pero en otros, únicamente unilateral, sin que por ello perdiera valor, ya que la ausencia en uno de los lados es atribuida por él a las frecuentes anomalías de estos ganglios, que, según los anatómicos, faltan en un 20 por 100 de los cadáveres examinados. El portugués Freitas no cree, por su parte, necesario invocar esta anomalía para explicar la hipertrofia unilateral de los ganglios cubitales, refiriendo a este propósito una observación personal que demuestra que, en ocasiones, se hiperplasia en primer término un solo lado, haciéndolo más tarde el otro (1).

SÍFILIS CONGÉNITA

La localización cubital de la poliadenopatía de la sífilis congénita ha sido uno de los asuntos que de modo más insistente ha llamado la atención de los clínicos e investigadores, dando lugar a polémicas que aun hoy día no están definitivamente resueltas.

Hochsinger, Henoch, Finkelstein, Heubner, etc., consideraron esta localización como casi específica y de un valor diagnóstico considerable, especialmente por su larga persistencia, que, en ocasiones, hace que se observe como único vestigio de una sífilis congénita. Los au-

(1) En opinión de Chevalier y Garnier, la adenopatía epitrocLEAR falta en una cuarta parte de los casos de sífilis activa (recuérdese el número de las anomalías anatómicas), pero siendo extraordinariamente rara fuera de ella, debe, en la práctica, valorarse como patognomónica. Jessner considera, por su parte, estas adenopatías como un dato muy importante para el diagnóstico de la sífilis, ya que habitualmente no suelen hiperplasiarse por otras causas, a excepción de los graves flemones de la mano o las linfomatosis generalizadas; insiste igualmente sobre su valor diagnóstico por considerarla de las más perdurables. Lesser señala la frecuencia, que nosotros no hemos podido comprobar, con que se observa la adenopatía epitrocLEAR en los obreros manuales, como consecuencia de infecciones repetidas de la mano y antebrazo.

En resumen, puede afirmarse que el ganglio cubital es un signo frecuente, precoz y duradero de la infección sífilítica adquirida, pero que no es absolutamente exclusivo y patognomónico de esta infección.

tores americanos, y entre ellos especialmente Hess y Holt, representan una posición ecléctica, ya que plantean algunas reservas en el sentido de esta supervaloración. Posteriormente se han multiplicado las estadísticas en este sentido, obteniéndose resultados bastante dispares. La hiperrofia de los ganglios cubitales ha sido observada por Reiche en el 69 por 100 de los casos de sífilis congénita; Grosser y Desauer comprobaron su existencia en el 66 por 100 de los sífilíticos congénitos de menos de un año, y en el 28,6 por 100 de los de más de un año; Goldreich la encuentra en el 99 por 100 de los casos precoces y en el 80 por 100 de los latentes; Reichenecker, en el 59 por 100 de los de menos de un año, y en el 60 por 100 de los de más. Nuestra estadística mencionada, en lo que se refiere a la sífilis congénita, es demasiado exigua para que permita deducir porcentajes de algún valor. Sin embargo, diremos que en los 10 enfermos con manifestaciones de sífilis congénita precoz hemos observado únicamente cuatro con hiperplasia de los ganglios cubitales y sólo en dos de ellos era bilateral. En los 18 de sífilis congénita, latente o evolutiva de más de un año, hemos comprobado solamente tres adenopatías epitrocleares solamente en un caso bilateral.

Fabris, con objeto de valorar debidamente esta adenopatía, ha investigado 2.605 niños afectados de sífilis y de diversas enfermedades generales, encontrándola en un 32,33 por 100 de los sífilíticos congénitos de uno a dos años, con o sin fenómenos específicos cutáneos. Revisadas en conjunto las aportaciones mencionadas, así como las de Hess, Gotzki, Mensi, Grenier (700 niños), Rulison, Citron, Slawik, Nelken, etc., permiten deducir que la hipertrofia de los ganglios cubitales es muy frecuente en los niños, pero que sólo en la mitad aproximadamente de los casos puede achacarse a la sífilis congénita.

En efecto, en la infección tuberculosa de la infancia se encuentran estas adenopatías en una proporción variable, pero siempre digna de tenerse en cuenta, para evitar confusiones diagnósticas. La escuela francesa, representada en este sentido por Reichenecker, señala la adenopatía epitroclear en el 37 por 100 de los tuberculosos menores de un año y en el 50 por 100 de los de más de un año. Grosser y Dessauer, siempre comparativamente antes y después del primer año de la vida, dan cifras de 7,4 y 22,6; Fabris, 7 y 9 por 100, y Grenier, 11 por 100.

En el raquitismo, Reichenecker observó estas hiperplasias ganglionares en el 13 por 100 de los niños antes del año, y en el 6 por 100 pasado éste; Grosser y Dessauer, en el 41 por 100 y 27,5 por 100; Fabris, en el 7 por 100 y 11 por 100; Grenier, en el 11 por 100 y 15 por 100, y Goldreich, en el 15,9 y 27 por 100, respectivamente.

En último término, hemos de referir en este sentido que el mencionado Reiche, en un total de 184 niños no sífilíticos ni con trastornos de nutrición encontró 40 con hiperplasias de los ganglios cubitales.

De todas estas investigaciones estadísticas y de nuestra impresión personal se deduce, desde el punto de vista práctico, que la adenopatía epitroclear es muy frecuente, aunque no constante, en el curso de la sífilis congénita.

RETICULOCITOS Y TRACOMA

POR

M. GARROTE VEGA

Médico de la Armada.

El estudio de los reticulocitos alcanza cada día más altos vuelos.

Los reticulocitos son producidos en la medula ósea; de aquí que el estudio del número de reticulocitos sanguíneos nos traduzca siempre el grado de actividad que en aquélla se desenvuelve.

En el tracoma, afección llena de misterio desde muchos puntos de vista, se realizan cada día mayor número de investigaciones, encaminadas a aportar nuevos hechos al hasta ahora vacío edificio del tracoma. Es sabido que en la doctrina etiopatogénica del tracoma ocupa un lugar muy importante la concepción que relaciona el tracoma con un modo de reaccionar hiperérgico de una constitución linfática; es decir, que, según algunos, en el estudio del tracoma juegan cierto papel los órganos linfáticos.

Pues bien: en el trabajo presente, nosotros queremos ocuparnos de ver cómo se halla la medula ósea en los afectos de tracoma. Siendo el número de reticulocitos sanguíneos fiel exponente del grado de actividad de aquélla, se comprende que, estudiando la reticulocitemia, obtendremos datos que nos traduzcan el grado de actividad en que se desenvuelve la medula ósea. Eso es lo que nosotros hemos hecho y cuyos resultados exponemos más tarde.

Hemos podido llevar a cabo este trabajo, primero, porque tuvimos tracomatosis a nuestra disposición, gracias a la bondad y generosidad del sabio Prof. Carreras, y segundo, por haber aprendido previamente la técnica del cómputo de reticulocitos en Madrid, en la Clínica del Prof. Jiménez Díaz, al lado de nuestro buen amigo Gregorio Paniagua.

Pero antes de exponer los resultados por nosotros obtenidos haremos algunas consideraciones sobre los reticulocitos.

Los reticulocitos han sido designados con las más variadas denominaciones —hematíes granulofilamentosos, hematíes reticulofilamentosos, granulofilocitos—. Hawes, a partir de 1910, propuso para ellos la denominación de "reticulated Red Blood Cells". Wright, abreviando, los llamó "Reticulated Cells". El término de reticulocitos, universalmente generalizado en el momento actual, fué propuesto por Krumbhaar en 1926.

Los reticulocitos fueron encontrados por vez primera por Ehrlich, en 1881, cuando este autor se dedicaba a hacer sus estudios sobre las substancias colorantes. Posteriormente, diversos autores, en distintas épocas, han ido estableciendo los jalones fundamentales de las nuevas adquisiciones sobre reticulocitos: Fox y Mondino (1888); Celli y Garniéri (1889); Gabritschewsky (1891); Askanazy (1893); Pappenheim (1894); Horsley, Arndt, Rosin y Bibergeil (1901); Ferrata, Donati, Sacerdotti (1902); Fleischmann, etc. Un paso seguro fué el dado por Chauffard y Fiessinger al conseguir demostrar, en 1907, mediante el reactivo de Pappenheim (mezcla de soluciones acuosas de verde de metilo y de pironina), la enorme cantidad de reticulocitos existente en la sangre de los enfermos con ictericia hemolítica.

tica. A partir de entonces, innumerables investigadores de todos los países, principalmente de América, aportan su cooperación al estudio interesante de los reticulocitos. Los hallazgos y publicaciones de Key hacen época. También sobresalen los trabajos de Davidson, y los de Engel, Heilmeyer, Jurgens y Seyfahrt, etc.

Se ha avanzado tanto en el estudio de los reticulocitos, que no sólo se ha llegado a conocer muy bien la disposición morfológica de la substancia granulofilamentosa y a establecer a base de estos conocimientos diversas clasificaciones de los reticulocitos (clasificación de Heilmeyer, clasificación de Engel, etc.), sino que, además, en el momento actual conocemos hasta la composición química de dicha materia reticulocitaria. Parece ser está compuesta fundamentalmente de lecitinas, como lo demuestra el hecho de ser disueltas por el alcohol, alcohol-éter, éter, cloroformo, y, en cambio, no por la acetona, particularidad química de que gozan dichos lípidos fosforados.

Las investigaciones de Davidson demostraron que la substancia granulofilamentosa era una estructura real y no una aparición artificiosa. Del mismo modo se ha logrado demostrar que dicha substancia no guarda ninguna relación ni parentesco con los residuos nucleares del hematíe (trabajos de Noël Fiessinger y Laur principalmente). Las aportaciones de Key han demostrado también que dicha materia reticulocitaria es del todo extraña a las mitocondrias, refutando así el concepto, que estuvo tentado a admitirse, de que la materia granulofilamentosa y las mitocondrias fueran una misma cosa.

Fisiológicamente sabemos hoy con seguridad que el reticulocito no es ni más ni menos que un hematíe embrionario, es decir, un hematíe joven de formación no terminada, hematíe precoz originado en la médula ósea para subvenir a las necesidades eritrocíticas del organismo. Esto está probado desde que se logró demostrar: primero, la riqueza de la médula ósea en reticulocitos (trabajos de Hay, Berchthold, Chauffard y Fiessinger, Ystomanowa, etc.); segundo, la abundancia de reticulocitos en la sangre del embrión (demostrado por Sabin, Seyfahrt y Jurgens); tercero, la reticulocitosis que aparece en las anemias por pérdidas de sangre, traduciendo una reacción regenerativa de utilidad para el organismo por parte de la médula ósea, y cuarto, las crisis reticulocitarias aparecidas en los enfermos de anemia perniciosa tras la administración de los preparados hepáticos, que tan bien estudiadas por los autores americanos han sido en estos últimos tiempos.

Respecto a los procedimientos para teñir y contar los reticulocitos, numerosas han sido las técnicas propuestas. Los reticulocitos se tiñen muy bien por el azul de cresil brillante, por el rojo neutro, por el azul de metileno, por el verde Janus, por el azul de toluidina, etcétera. El azul de cresil brillante, colorante genuinamente básico, es seguramente el más empleado en la actualidad para teñir los reticulocitos. Respecto a los procedimientos de tinción, en general todas las técnicas pueden incluirse en tres grupos: técnicas de coloración vital, técnicas de coloración postvital y técnicas de coloración hemolíticas. Las de coloración vital, como su nombre indica, intentarían, inyectando el colorante en el animal vivo, colorear "in vivo" los elementos reticulocitarios. En este sentido existen intentos muy interesantes, lleva-

dos a cabo por Arnold, por Savas Nittis, etc. Pero, en general, estos intentos han fracasado, ya que la dosis de colorante necesaria para teñir los reticulocitos resulta ya tóxica para el organismo. Las coloraciones postvital, consistentes en extraer la sangre y ponerla en contacto con el colorante hasta que la substancia reticulocitaria quede impregnada, son las más corrientemente usadas. La introducción de las técnicas hemolíticas fué hecha por Noël Fiessinger y Chauffard en 1907. En su proceder, estos autores empleaban el reactivo de Pappenheim, constituido por una mezcla, a partes iguales, de las soluciones acuosas saturadas de pironinia y de verde de metilo. Estos procedimientos hemolíticos, como su nombre indica, se basan en conseguir hemolizar el hematíe, hacer que su hemoglobina salga y, al mismo tiempo, colorear la substancia granulofilamentosa.

Patológicamente se ha estudiado y conseguido demostrar alteraciones de la reticulocitemia en diversas enfermedades. Aparte de la que aparece en la anemia perniciosa (muy bien conocida y estudiada, así como las crisis reticulocitarias aparecidas tras la administración de los preparados hepáticos en estos enfermos), en otras varias afecciones. En las anemias consecutivas a repetidas pérdidas de sangre aparece un aumento de los reticulocitos sanguíneos. En la ictericia hemolítica aparece una intensa reticulocitosis. En los animales intoxicados, con la fenilhidrazina (substancia de propiedades altamente hemolíticas—Hoppe-Seyler, 1885—, empleada en el tratamiento de las poliglobulias a partir de Eppinger y Kloss, 1918), aparece también reticulocitosis. En todas estas afecciones, la disminución del número de hematíes, ora consecutivamente a la extracción de los mismos, ora consecutivamente a su destrucción, mueve a la médula ósea como mecanismo reaccional compensador a activar la formación, con paso consecutivo a la sangre, de los reticulocitos. En las leucemias se ha demostrado la existencia de reticulocitosis. También se ha encontrado reticulocitosis en la enfermedad de Hodgkin. Del mismo modo, en las neoplasias óseas, ya primitivas, ya secundarias, se ha publicado la existencia de reticulocitosis (Naegeli, fundamentalmente). En estas últimas enfermedades, la reticulocitosis traduciría una irritación de los centros hematopoyéticos. Últimamente, Severi (*Minerva Médica*, núm. 9, 1934), ha estudiado el número de reticulocitos en la tuberculosis pulmonar. Severi, en 20 tuberculosos pleuropulmonares, ha investigado el número de reticulocitos en la sangre, así como la fórmula reticulocitaria establecida según la clasificación de Heilmeyer, llegando a la conclusión de que en la tuberculosis pulmonar existe constantemente una cierta reticulocitosis, así como que en la tuberculosis pulmonar la fórmula reticulocitaria se modifica, aumentando las formas en red y disminuyendo las formas granulosas.

Una vez expuestas las anteriores consideraciones sobre los reticulocitos, expongamos ahora los resultados por nosotros obtenidos.

Para determinar el número de reticulocitos hemos seguido la técnica siguiente: se prepara la "solución madre" de azul de cresil brillante, disolviendo este cuerpo en suero fisiológico en la concentración de 0,3 por 100, filtrando y conservándola en la nevera. A partir de esta solución madre, diluyéndola en cuatro veces su volumen de una solución de oxalato sódico (al 2 por 100)

en suero fisiológico, se obtiene la solución colorante hija. Como se ve, esta solución obtenida es ya una solución colorante anticoagulante. Con una aguja de Fränkel se pincha el pulpejo de un dedo; con una pipeta para contar leucocitos se aspira sangre digital hasta la división 1 de la misma. A continuación se aspira solución colorante anticoagulante, hasta terminar de llenar el contenido de la pipeta. De este modo, la sangre y la solución colorante anticoagulante se ponen en contacto en la proporción de 1 a 10. Se deja la pipeta en reposo, para que los reticulocitos se tiñan, durante unos quince a veinte minutos. Pasados éstos, y después de desperdiciar algunas gotas, se pone una entre porta y cubre y se procede a contar los reticulocitos, que aparecerán perfectamente teñidos. El cómputo se hará auxiliándose de cuadrículas situadas en el ocular. Se cuentan 1.000 hemáties, señalando los reticulocitos encontrados.

Esta técnica es muy parecida a la de Brookfield, que consiste en lo siguiente: en una solución de citrato sódico en suero fisiológico al 2 por 100, se disuelve también cloruro sódico en la proporción de 0,29 por 100. En la solución anterior se disuelve el azul de cresil brillante en la concentración de 0,3 por 100. Se conservará la solución en la nevera. Se tomará con una pipeta de leucocitos sangre hasta la división 1, completando la pipeta con el líquido anterior. Examen de una gota entre porta y cubre, pasados quince o veinte minutos de reposo. Cómputo.

Antes de determinar el número de reticulocitos en la sangre de los tracomatosis procedimos a determinarlo en la sangre de los sujetos normales. Es sabido que el número de reticulocitos hallado varía con la técnica que se siga, pues unas técnicas tiñen mayor y otras menor número de reticulocitos. Por eso, en los sujetos normales, las cifras dadas por los diversos autores varían entre límites muy amplios, dependientes de la técnica que se siga. Es por todo esto por lo que en el presente trabajo determinamos el número de reticulocitos en unos cuantos sujetos normales, previamente, y con la misma técnica con que posteriormente habíamos de determinar el número de reticulocitos en los sujetos tracomatosis. He aquí los resultados obtenidos:

Sujeto sano núm.	1 = 8 reticulocitos por 1.000.		
—	2 = 6	—	—
—	3 = 4	—	—
—	4 = 6	—	—
—	5 = 6	—	—
—	6 = 4	—	—
—	7 = 6	—	—
—	8 = 4	—	—
—	9 = 7	—	—
—	10 = 4	—	—
—	11 = 7	—	—
—	12 = 6	—	—
—	13 = 8	—	—
—	14 = 5	—	—
—	15 = 6	—	—
—	16 = 4	—	—
—	17 = 7	—	—
—	18 = 6	—	—
—	19 = 4	—	—
—	20 = 5	—	—

Según se desprende de estos 20 sujetos sanos estudiados con esta técnica, el número de reticulocitos san-

guíneos en las personas normales oscila entre 4 y 8 por 1.000, 6 como cifra más frecuente.

Después de esto, procedimos a determinar el número de reticulocitos sanguíneos en 20 enfermos de tracoma. He aquí los resultados:

Enfermo de tracoma núm.	1 = 6 reticulocitos por 1.000.		
—	2 = 4	—	—
—	3 = 3	—	—
—	4 = 8	—	—
—	5 = 5	—	—
—	6 = 6	—	—
—	7 = 4	—	—
—	8 = 6	—	—
—	9 = 8	—	—
—	10 = 7	—	—
—	11 = 4	—	—
—	12 = 6	—	—
—	13 = 3	—	—
—	14 = 7	—	—
—	15 = 6	—	—
—	16 = 6	—	—
—	17 = 4	—	—
—	18 = 5	—	—
—	19 = 4	—	—
—	20 = 6	—	—

Resulta, por consiguiente, que en los sujetos tracomatosis, el número de reticulocitos sanguíneos oscila entre los mismos límites que en los sujetos normales.

Podemos, por tanto, finalizar nuestro trabajo diciendo que en los 20 tracomatosis por nosotros estudiados, el número de reticulocitos no está aumentado ni disminuído, sino que se conserva normal.

Y, concluyendo, por tanto, que en el tracoma, la médula ósea trabaja con su acostumbrado ritmo de actividad, no hallándose ni aumentada ni disminuída esta actividad normal medular.

BIBLIOGRAFIA

ELVEHJEM y SCHUTLZE: "El mecanismo de los cambios sanguíneos durante el tratamiento de las anemias perniciosas y secundarias.—*The Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, vol. XX, núm. 1, octubre 1934, página 13.

OSGOOD AND WILHELM: "Reticulocytes".—*The Journal of Lab. and Clin. Med.*, vol. XIX, julio 1934, página 1.129.

CALRK W. HEATH AND GENEVA A. DALAND: "Coloración de los reticulocitos por el azul de cresil brillante" (influencia de las soluciones de substancias).—*Archives of Internal Medicine*, vol. XLVIII, núm. 1, julio 1931, pág. 133.

LAUR: "Les reticulocytes et les reticulocytoses".

SAVAS NITTIS: "Supravital Staining phenomena in Erythrocytes".—*Folia Heamatol.*, t. XLI, 1930, página 385.

MINOT, MURPHY AND STETSON: "The response of the reticulocytes to liver therapy".—*Am. Journal of Med. Sciences*, 1928, núm. 5, pág. 581.

SEVERI: "Fórmula reticulocitaria e infección tuberculosa".—*Minerva Médica*, núm. 9, 1934.

BENHAMOU, NOUCHY ET RAYNAND: "Anémie aplastique à forme fébrile et a réaction embryonnaire".—*Soc. Méd. Hôp.*, París, 8 abril 1932.

CHAUFFARD ET FIESSINGER: "Recherches expérimentales sur les rapports entre l'hémolyse et les hématies granuleuses".—*Soc. Méd. Hôp.*, París, 29 de noviembre de 1907.

LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XV^e)

OUABAÏNE ARNAUD

**CARDIOTÓNICO
ENÉRGICO**

**ACCIÓN
CONSTANTE
Y SEGURA**

Unico producto cuyas constantes fisico-químicas, ensayos fisiológicos y toxicidades han sido publicadas, dando así al Cuerpo Medical toda garantía de acción y seguridad.

INDICACIONES

Insuficiencia del corazón izquierdo;
Insuficiencia ventricular derecha;
Aritmias y Taquicardias.

FORMAS

Comprimidos. A Un miligramo. | Solución. A cuatro por mil.
Ampollas. Al 1/4 de miligramo | Ampollas. Al 1/2 miligramo para
para inyecciones intravenosas. | inyecciones intramusculares.

**DIURÉTICO
PODEROSO**

**MENOS TÓXICO
QUE LAS
ESTROFANTINAS**

DOSIFICACIÓN RIGUROSA

DRAEGER

Representante: D. M. BENEYTO.-Apartado núm. 648. Madrid.

Medalla de Oro, Exposición Universal, Paris 1900.

Granulos de CATILLON

0.001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

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

ASISTOLIA — DISPNEA — OPRESION — EDEMA — Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL

TÓNICO del CORAZON por EXCELENCIA

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

Bremio de la Academia de Medicina de Paris, por "Strophantus y Strophantine"

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS
Agentes para España, GIMÉNEZ-SALINAS y C^a, Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID

SULFOÏDOL ROBIN

(Azufre coloidal)

**REUMATISMO CRÓNICO - BRONQUITIS CRÓNICA
DERMATOSIS ACNÉICAS - LARINGITIS REBELDES
FERMENTACIONES INTESTINALES - VAGINITIS - METRITIS**

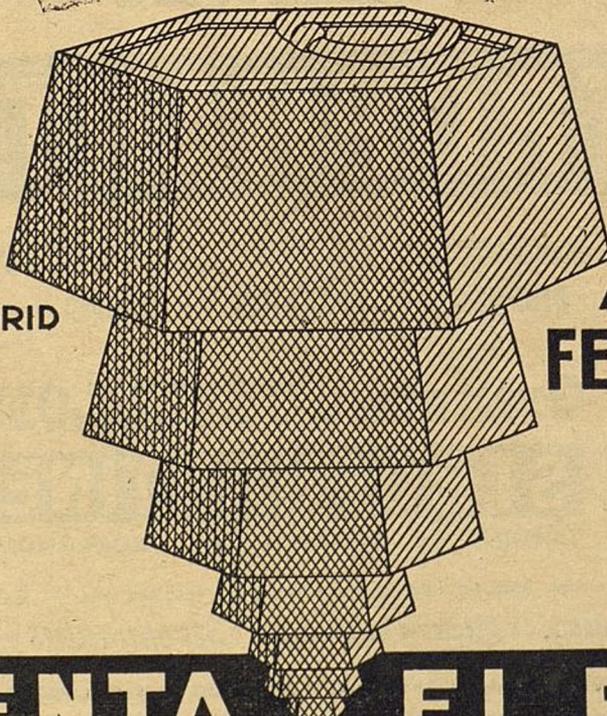
GRANULADO AMPOLLAS

LABORATORIOS M^{ce} ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Para muestras e informes: GIMENEZ-SALINAS y C.^a-Avda. de Eduardo Dato, 10.-MADRID
EN BARCELONA: 2 y 4, Calle Sagüés

BIOTRIGON

Delegacion
6, Calle Larra. MADRID



**ELIXIR
A BASE DE
FENU GRIEGO**

AUMENTA EL PESO

Ayuntamiento de Madrid

COOKE: "Some observations on the Erythrocyte".—*British Medical Journal*, 1928, II, pág. 790.

FIESSINGER ET LAUR: "Rétyculocytes et résidus chromatiniens".—Soc. d'Hématologie, 4 noviembre 1931.

FRIEDLANDER y WIEDEMER: "Tre reticulocyte count in normal and in abnormal conditions".—*Arch. Int. Med.*, 1929, t. XLIV, pág. 209.

LA RUTA DE ESCULAPIO

(Crónica de un viaje médico-histórico por los Museos de Europa)

POR EL

Doctor ALBIÑANA Y SANZ

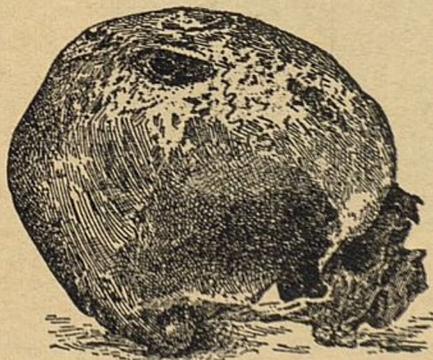
Graduado en las Facultades de Medicina, Derecho, Filosofía y Letras

XXIII

"THE WELLCOME HISTORICAL MEDICAL MUSEUM"

Con ser tan maravilloso el contenido del Museo Británico, aún existe en Inglaterra otro centro más importante y de mayor trascendencia para los estudios médico-históricos. Me refiero al Museo de Historia de la Medicina, situado en Wigmore Street, creado, surtido y sostenido por Mr. Henry S. Wellcome.

Este establecimiento, que cautiva el ánimo del visitante, y en el que pueden estudiarse miles de piezas del más vivo interés, revela el alto nivel cultural del pueblo británico; es, además, un mentís rotundo a los espíritus vulgares y rutinarios, que niegan importancia a la Historia de la Medicina, considerando su estudio como vano entretenimiento. Si el pueblo inglés, eminentemente práctico, presta singular atención al conocimiento de la Medicina pretérita, hasta el extremo de organizar Museos como éste, ¿quién osará menoscabar la capital trascendencia de las investigaciones médico-históricas? ¿En nombre de qué principio podría combatirse la enseñanza de esta disciplina, tan necesaria para la cultura médica? Lo que debe hacerse es organizarla, encauzarla, imprimirla un sentido práctico, agregando a cada cátedra de esta disciplina un Museo adecuado para las demostraciones. En Inglaterra, sólo una Universidad, la de Edimburgo, posee cátedra de Historia de la Medicina, pero todas las Escuelas Médicas envían anualmente sus alumnos a este riquísimo Museo para adiestrarlos en el conocimiento de la evolución médicoquirúrgica. Con sólo



Cráneo australiano, trepanado con conchas marinas afiladas. (Museo Wellcome.)

un ciclo de visitas, viendo y palpando el instrumental antiguo, aprenden más historia médica que con cien lecciones de inflada oratoria.

Todo ha sido aprovechado para constituir una colección completa: estatuas, grabados, aparatos, documentos, fotografías, libros: cuanto de útil ha sido fac-

tible adquirir en todas las partes del mundo relacionado con esta enseñanza, tiene aquí un lugar adecuado, reunido y catalogado por pueblos, edades, períodos y épocas. No puede darse nada más perfecto.

Y lo que más asombra es que el entusiasta iniciador y coleccionador de tanta maravilla es ajeno a la profesión médica. Mr. Wellcome no es médico, pero siente por nuestra ciencia una veneración profunda y un amor grande por todas sus glorias.

Este Museo representa una paciente labor de largos años, con derroche de inteligencia y de muchos miles de libras esterlinas: sólo la reconocida y proverbial tenacidad británica, encarnada en un hombre como Wellcome, ha podido darle cima. La admiración es mayor si se tiene en cuenta que el Estado inglés no ha contribuido con un solo céntimo a la formación de este grandioso centro cultural; por el contrario, ha sido su benemérito fundador quien, después de invertir en él fuertes sumas de su peculio y de sostenerlo a sus expensas, lo ofrece al Estado como un nuevo elemento de instrucción. ¡Hermoso ejemplo de desprendimiento y de abnegación en favor de la ciencia! Los millonarios ingleses son dignos de serlo, porque saben emplear sus riquezas en el fomento de la cultura universal. ¡Aprendan esos sórdidos capitalistas españoles, de alma mezquina, cuya



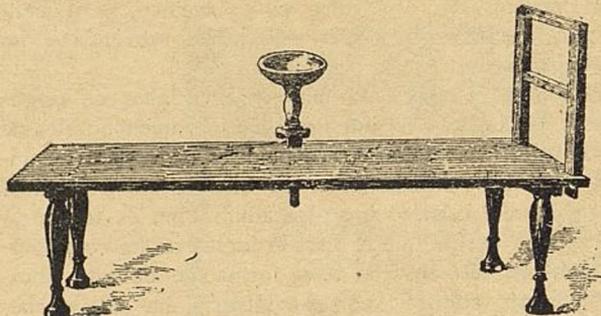
Fx-voto mostrando los intestinos, descubierto en la Isla r'armesio. (Museo Wellcome.)

única expansión espiritual consiste en cultivar la vagancia en las tertulias de los casinos, admirar toreros y cupletistas y caciquear en la política!

Mr. Wellcome es un químico eminente, de sólida posición económica, trabajador infatigable, que después de atender a sus múltiples negocios, dirige y sostiene un Instituto de Estudios Tropicales; arqueólogo entusiasta, ha emprendido la titánica tarea de reconstruir la prehistoria, sosteniendo un ejército de dos mil obreros que trabajan en el Sudán realizando extensas excavaciones. En esta empresa ciclópea lleva ya más de veinticinco años, sufriendo tales penalidades, que con decir que opera en un árido desierto en que el caudal de agua más próximo está a 70 kilómetros, ya puede suponer el lector lo demás. Diariamente llegan al lugar de las excavaciones, por ferrocarril, 45.000 galones de agua para

las necesidades de su colonia obrera. Es una empresa increíble, fantástica, que recuerda la construcción de la Torre de Babel o el Templo de Salomón.

Y, sin embargo, este hombre, simpático, afable, con la sonrisa siempre asomando a sus labios, como una eflorescencia de su espíritu superior, no aspira a más



Mesa de operaciones del siglo XVI. (Museo Wellcome.)

recompensa que ser útil a su patria y al mundo. Por lo que respecta a este Museo, su propósito queda revelado en las siguientes pocas palabras dirigidas al XVII Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Londres en 1913:

“Mi intención es que la colección actual forme el núcleo en Londres de un Museo Médicohistórico permanente que tenga un real valor educativo para los estudiantes y cuantas personas se interesen por la Historia de la Medicina.”

y al saludarle en su despacho, recordando al punto su ofrecimiento, se apresuró a acompañarme a través de la estupenda colección.

Imposible describir ésta con la minuciosidad que requiere en un trabajo de limitada extensión como el presente; lo que ha costado muchos años de reunir y catalogar no puede condensarse en breves páginas; pero procuraré hacer una síntesis lo más clara posible, para que el lector pueda formarse una idea de los tesoros que aquí tan pródigamente se ofrecen.

Esta síntesis resulta oportuna y de acuerdo con la organización del Museo, que es, realmente, una organización *sintética*; todo en él es sistemático, constituyendo grupos inferiores, contenidos en otros de superior significación. Por ejemplo: ¿se trata del estudio de la lanceta? Pues se exhibe una copiosa colección de este útil quirúrgico, representando su evolución completa a través de los siglos; desde la uña larga y fuerte del dedo índice, utilizada a guisa de tal por las primeras tribus, hasta la más perfecta y práctica de la industria moderna, pasando por las lancetas de cuarzo, hueso, concha, etc. ¿Es el trépano lo que desea estudiarse? Pues enseguida desfila ante los ojos del visitante la evolución de este instrumento, con sus inmensas y pintorescas variedades históricas. Y así en todos los principales objetos auxiliares de la práctica médicoquirúrgica y farmacéutica. Hay portentosos juegos representando la evolución de las sierras de amputación, biberones, sillitas obstétricas, vendajes, cabestrillos, piezas ortopédi-



Interior de una oficina de farmacia londinense del siglo XVII, con su cocodrilo simbólico colgado del techo. (Museo Wellcome.)

Y en verdad que lo ha conseguido, porque núcleo más interesante que éste no le hay, para el estudio a que se destina, en ningún Museo de Europa.

Figura al frente de este Centro, como director-conservador, el Dr. Thompsom, culto colega, representante de Inglaterra en el Congreso de Amberes, al que presentó un excelente estudio acerca de la “Cirugía de los anglosajones”. Tuve el gusto de conocerle y tratarle con ocasión de dicho Congreso, aceptando la valiosa invitación que se dignó hacerme para visitar este Museo;

cas, microscopios, electroterapia, morteros y vasos de farmacia, indumentaria profesional, bastones, mesas de operaciones, bragueros, amuletos, exvotos, ventosas, etcétera, etc. La Medicina pretérita se estudia *al natural*, es decir, con los utensilios correspondientes a cada época. Ejemplo: si se trata de conocer la Medicina romana, pasa el visitante a una sala en la que el arte decorativo ha logrado reconstruir con todos sus detalles la oficina de un cirujano en Pompeya; todos los instrumentos y muebles son reproducciones de los originales

de la época; el cirujano, *en persona*, vestido *ad hoc*; las ventosas, de bronce, colgadas en el techo o en la parte superior de las paredes; los diversos útiles quirúrgicos, copiados de los auténticos que se conservan en el Museo de Nápoles; todo con tal propiedad, que se siente uno trasladado al siglo I de nuestra Era. Así, de una simple ojeada se hace cargo el visitante de la práctica curativa de los romanos; con añadir una lectura referente a la doctrina médica imperante en la misma época, que era la de Celso, se obtiene una magnífica lección teóricopráctica acerca de la Medicina romana.

En lo concerniente a la Mitología, se encuentran representaciones, escultóricas o pictóricas, de las deidades médicas de todos los pueblos: desde el dios egipcio *Thot* hasta el mejicano *Ixtliltón*. Es de notar la estatuilla de *Ea*, la más antigua deidad caldea relacionada con la Medicina, llamada también *Oannes*, "Señor del abismo", porque, según la fábula, este dios surgió del mar para instruir a los caldeos en todas las ciencias, la Medicina entre ellas. Su antigüedad se remonta a cinco mil años antes de Jesucristo, y el objeto es reproducción de un bajorrelieve que se encuentra en el Museo Británico.

Numerosa es la colección de talismanes y amuletos primitivos empleados para *curar*, viéndose uno de éstos, constituido por un diente de hipopótamo, que tenía la virtud de *alejar la enfermedad y atraer la fortuna*.

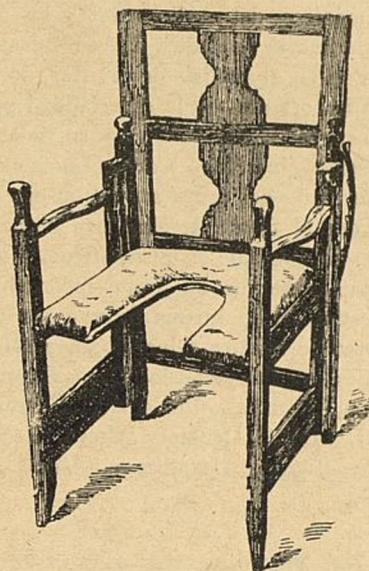
Interesantísimo es, bajo todos los aspectos, un cráneo prehistórico procedente de Australia, en el que pueden estudiarse las huellas de la rudimentaria trepanación; esta práctica primitiva era repetida con frecuencia en un mismo individuo; el tejido óseo se regeneraba, formando cicatrices bien determinadas, perfectamente visibles (cuatro) en este cráneo. Recordará el lector que en el Museo de Burdeos existe otro ejemplar, ya descrito; entre ambos existen diferencias esenciales: aquél es una reproducción, hecha con cuchillos de sílex: éste es auténtico, y los orificios fueron practicados valiéndose de conchas marinas afiladas.

Entre los tesoros egipcios se encuentran: un mueble para instrumentos ginecológicos, reconstruido según una escultura en relieve de la *Casa de los Nacimientos*, del Templo de Kom-Ombos (181 a 146 a. de J. C.); morteros antiguos, jarros y vasos de alabastro empleados para usos medicinales; dos porciones de Stela con una inscripción referente a Kha, sacerdote-médico de Memphis; un modelo de tumba egipcia y ceremonia de enterramiento, perteneciente al período arcaico; mascarillas de momias y un ejemplar en facsímile de cada uno de los papiros médicos de Ebers, Hearst, Berlín, Londres, y otros dos originales descubiertos en un templo, cerca de Thebas.

Valiosísima es la colección grecorromana, instalada en el centro de la sala estatuaría; el ejercicio sacerdotal de la Medicina durante el período prehipocrático se recuerda aquí con una hermosa reproducción de templo griego sobre el modelo del *Erechtheion*, conteniendo ofrendas votivas romanas de extraordinario interés anatómico, patológico y obstétrico, procedentes principalmente de excavaciones practicadas en el Templo de Esculapio, de la Isla Tiberiana, y del Templo de la Maternidad, en Capua; otras reproducciones proceden del Museo del *Orto Botánico*, de Roma.

Aparte de un buen surtido instrumental quirúrgico de la época, con las características ya conocidas, admírase,

como ofrenda votiva, un gran torso masculino, de terracotta, presentando en la cara anterior, entre la extremidad inferior del esternón y el ombligo, una abertura ovoide, que deja al descubierto vísceras torácicas y abdominales, dispuestas de un modo convencional, según es costumbre en esta clase de ofrendas, llamadas "placas viscerales"; este tesoro fué hallado en Isla Far-



Silla obstétrica del siglo XVIII. (Museo Wellcome.)

nesio, y conserva perfectamente el tinte color de carne que se daba a estas terracottas.

Acompañan a esta ofrenda otras originales, tales como una figura de cortesana con peluca, levantando sus vestidos en actitud de mostrar los órganos genitales enfermos; una placenta, proveniente del Templo de la Maternidad, en Capua; un útero, con el ovario izquierdo; una cabeza de mujer con placas desprovistas de cabellos, de donde se deduce que la enferma que hizo tal ofrenda padeció *alopecia aleata*, o tal vez *ña tnsurante*.

Varios días se necesitan para visitar este importantísimo Museo, solamente en plan de turismo. El que pretenda estudiar con algún detenimiento el inmenso caudal científico en él acumulado necesitaría varios años. No le faltarían textos para comprobar y documentar sus investigaciones, porque Mr. Wellcome ha reunido también en los mismos espaciosos locales muchos millares de volúmenes relativos al contenido médico-histórico y sus conocimientos auxiliares.

El Museo Wellcome, además de immortalizar a su opulento y sabio coleccionador, honra a la cultura inglesa y es un eficaz colaborador de la cultura universal.

BIBLIOGRAFIA

ACTAS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.—Año 1936.—Redacción: Marqués de Villamejor, 3.—MADRID.

Hemos recibido con gran agrado los números que esta revista lleva publicados desde comienzos del presente año hasta aquí, y los cuales constituyen un verdadero

alarde, no sólo de ciencia, sino también de contenido. Consta la misma de una sección de trabajos originales, tanto clínicos como de investigación auténtica; otra, de relación de las actas de la Sociedad Ginecológica, de la cual puede decirse es órgano oficial; una tercera, de reunión de otras Sociedades y Centros dedicados al estudio de las ramas de la Medicina que cultiva; otra, de Ginecología práctica—que consideramos de un alto valer para los médicos del medio rural y los estudiantes aplicados—; la cuarta se dedica a las técnicas nuevas, y la quinta y la sexta, al análisis de revistas, donde se analizan las más importantes de la especialidad y las bibliografías. La revista es mensual, y es su redactor-jefe el joven y eminente ginecólogo Carlos Lorca, al que felicitamos desde aquí—así como a su Consejo directivo—por la labor que al frente de ella lleva realizando en el escaso tiempo de vida que la misma tiene, y que de todo corazón deseamos sea de un límite inconcebible. En el Consejo directivo de la misma figuran los más prestigiosos nombres de nuestra Ginecología y Obstetricia, y entre los cuales se encuentran los Dres. García Orcoyen, Conill, Botella, Bourkai, Población, Herrera, Muñoz Beato, Martí, Morillo, Nubiola, Otero, Recaséns (L.), Varela, Torre Blanco, Usandizaga, Vital Aza y Villa.—J. H. S.

LA MEDICACIÓN PULMONAR POR VÍA INTRATRAQUEAL.—
Dr. V. de Pablo.—Tesis doctoral.—Buenos Aires.

Allá por el año 1929, entre la afluencia de médicos, estudiantes y aun gentes en la que hubiese sido difícil encontrar la razón de su curiosidad, que rodeaban nuestras periódicas actuaciones demostrativas de las técnicas endobronquiales realizadas en el Instituto Antituberculoso Municipal, había un muchacho que nos llamó la atención, por el interés que demostraba en sus asistencias y en la tenacidad en seguir la marcha clínica de la terapéutica, simple y rudimentaria entonces, en los casos que constituían el material clínico sobre el que actuábamos. Este muchacho era un joven médico argentino de origen español, Vicente de Pablo, que había tenido la humorada de venir desde su tierra lejana a enterarse de nuestras técnicas, circunstancia que, como es natural, causó en nosotros una viva respuesta reaccional emotiva de agradecimiento que se tradujo en una fervorosa puesta a su disposición de todo lo que le pudiese interesar. Esto, en verdad, no era gran cosa, pues las técnicas de traqueamiento glótico y lavado pulmonar, las aprendió enseguida; y de aplicación terapéutica medicamentosa y otras actuaciones (acción térmica, arrastre de exudados patológicos, etc.), poco le podíamos decir, pues nuestra experiencia y conocimiento sobre estos asuntos eran entonces bien someros.

Después del trabajo en la clínica, salíamos habitualmente juntos, y en interesantes conversaciones, que alargaban nuestros paseos por los alrededores del Dispensario, mezcla de solares urbanizados y tierras de labor con rebaños en pastoreo, hablábamos de las posibilidades de las técnicas endobronquiales, y me era grato escuchar y aun prestar aquiescencia a los comentarios y vaticinios entusiastas que sobre aquéllas hacía con juvenil matiz hiperbólico mi querido compañero.

Y volvió a Sudamérica y persistió tenaz y concienzudamente en la orientación que tan efusivamente inició a

nuestro lado, y en estudios experimentales e investigaciones sobre posibilidades medicamentosas endobronquiales realizó una labor de mérito extraordinario, fruto del cual han sido las publicaciones que periódicamente se han dado a luz en Congresos y revistas argentinas y en nuestro SIGLO MÉDICO.

Ultimamente ha coronado su esfuerzo con la publicación de un libro, "Medicación local pulmonar por vía intratraqueal", en la que destacan como factor de extraordinaria importancia las concienzudas experiencias hechas por el autor sobre el poder de absorción de la mucosa endobronquial, y que le permite afirmar que la medicación por esta vía puede considerarse como de forma mixta, a saber: de acción local y general a la vez. Nos complace extraordinariamente hacer resaltar la extraordinaria importancia de los trabajos enjundiosos y razonables, pletóricos de realidades experimentales del Dr. V. de Pablo sobre asunto tan apasionante para nosotros como la terapéutica endobronquial; y nuestros comentarios sobre estos hechos tienen ahora, además de la simpatía y cordial comunión de ideas, de las conversaciones de antaño en los paseos por los campos de La Guindalera y Prosperidad, el respeto y acatamiento más sinceros ante la obra de un investigador serio y científico.—DR. S. GARCÍA VICENTE.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LOS PREPARADOS DIGITÁLICOS por el *Dr. Adolfo Lafuente y Pérez de los Cobos.*—Un folleto de 30 páginas, en papel couché. Ediciones "Medicina", Ayala, 34, Madrid, 1936. Sin precio.

En las breves páginas de un folleto, el joven clínico Adolfo Lafuente ha desarrollado, de completísima manera, el tema que estas líneas enuncia, y que, habiendo visto la luz en las páginas de la revista *Medicina*, fué objeto de un codiciado e importante premio.

En las páginas del mismo autor, con toda detención, va pasando revista a los estados patológicos del corazón y a los procesos morbosos que sobre él actúan y poniendo de relieve la indicación o contraindicación de los preparados digitálicos.

En todo el trabajo se pone de manifiesto, no sólo el conocimiento que de la clínica cardiológica posee Lafuente, sino también de sus profundos conocimientos farmacológicos, y todos ellos, unos y otros, encerrados en una exposición llena de claridad y sencillez, factores estos que, según la primera figura médica de nuestros días, son primordiales al hombre que de ciencia escribe.—J. H. SAMPELAYO.

ACCAO BACTERICIDA DO VINHO MADEIRA SOBRE O BACILO DE EBERTH, por el *Dr. Henriques Gouveia.*—Un folleto de 25 páginas. Edición Henriques Gouveia. Rua dos Nettos, 11. Funchal. Isla de Madera.—Funchal, 1935. Sin precio.

En el presente folleto, que el autor ha tenido la amabilidad de enviarnos, hace un completo estudio de la acción de este vino sobre el bacilo tífico, poniendo de relieve cómo mueren los bacilos por su acción.

Estudia las aplicaciones de esterilización del mismo, y trata, por último, cuánto es el interés de su acción sobre otros bacilos.—J.

PERIODICOS MEDICOS

H. D. GONZÁLEZ y M. SCHTEINGART.—*El carbón en el tratamiento de la erisipela.*

Este tratamiento en la erisipela modifica notablemente las lesiones; el dolor y la sensación de tensión cesan rápidamente, y las lesiones pierden su aspecto luciente; en plazo breve entran en regresión; los síntomas generales se atenúan, y la descamación se inicia más precozmente y dura menos tiempo. En síntesis: hay una abreviación de todo el proceso.

Creemos es un tratamiento útil, sin ser una panacea, ni tampoco la solución del tratamiento de la erisipela.

La técnica seguida ha sido: tres a cinco centímetros cúbicos de la solución de carbón animal en la concentración de dos gramos por 100 de vehículo. Utilizamos indistintamente el carbón medicinal para uso interno, purísimo de Merck o Poulenc.

Hemos modificado la fórmula primitiva de Coghlin y Saint Jacques, pues ésta presenta el inconveniente de que las partículas de carbón precipitan y obstruyen las agujas, cosa que se evita parafinándolas, si bien complica la técnica. Para obviarlo hacemos la solución en suero glucosado hipertónico al 10 por 100, y con la densidad conferida al líquido evitamos la precipitación rápida del carbón, todo ello sin modificación de la acción del medicamento. La esterilización al autoclave se realiza sin inconveniente y se conserva durante largo tiempo.—(*La Prensa Médica Argentina*.—Buenos Aires, 5 febrero 1936, año XXIII, núm. 6, pág. 371.)—M. A. C.

PETGES, SOURRENIL y DEPREOQ.—*El tratamiento práctico de la enfermedad de Nicolas y Favré.*

Tras unas breves consideraciones acerca de esta enfermedad, los autores nos dicen en su trabajo que se habla generalmente de una manera muy vaga e imprecisa del tratamiento de esta enfermedad, como si tuviera un estadio único. Lo interesante, a su juicio, no consiste en enumerar los medios terapéuticos, sino el determinar sus indicaciones, ya que a cada forma o estadio se debió aplicar una medicación apropiada. Razón esta por la cual los autores subdividen su artículo en tratamiento general, local y combinado.

Tratamiento general: Este tratamiento es aplicado por vía oral o, mejor y más corrientemente, por inyección—venosa, intramuscular o subcutánea—; está indicado en todas las formas de la enfermedad; la eficacia está en razón directa de la precocidad. Exponen los métodos del yodo y del clorhidrato de emetina de Ravaut y los antisifilíticos, como así los del salicilato de sosa y el sulfato de cobre amoniacal por vía venosa, preconizados estos dos últimos por los Dres. Chevalier, Carnot y Froment. Dicen cómo la mayoría de estos métodos han dado éxitos, si bien no constantes. Para los autores, son los dos mejores métodos los del sulfato de cobre amoniacal y el del salicilato de sosa, a los cuales pasan revista.

El tratamiento por el sulfato de cobre amoniacal fué preconizado por vez primera por Carnot y Froment; con respecto al modo de prepararlo, copia las siguientes frases de la tesis de Bihan: "Se pone en un frasco de cristales de sulfato de cobre anhidro en contacto con el amoniaco líquido, hasta la saturación de la solución. Es

suficiente añadir después, a una cantidad dada de éste, el volumen igual de alcohol a 90°. Los dos líquidos se encuentran separados por un papel a dializar, y los cristales de sulfato de cobre amoniacal se forman en veinticuatro horas. No queda más que secarlos, lavarlos con alcohol y conservarlos en frascos herméticamente cerrados." La solución que debe usarse para el tratamiento debe ser al 4 por 100. Creen los autores las dosis de Carnot y Froment insuficientes, y estiman debe usarse el método de Petges; aconseja éste inyecciones intravenosas de 1 a 4 cc., comenzando por dosis débiles, para observar la susceptibilidad, para pasar a 0,16 gramos por inyección, sin interrupción, durante treinta días, hasta un total de 3,50 gramos.

El tratamiento por el salicilato de sosa es hoy en día preconizado por vía venosa en solución glucosada, y tiene acción electiva en las adenopatías recientes. Los autores utilizan una solución del medicamento al 10 por 100, en series de 20 a 25 inyecciones, a razón de un gramo diario. Suele, como tratamiento consolidante, dar yodo tras la serie de inyecciones.

Las ventajas primordiales de estos tratamientos son la sencillez y la rapidez en la curación, que es mucho mayor que en la que se logra con la cirugía, la radioterapia u otras medicaciones recientes. Las contraindicaciones las consideran nulas; recomiendan mezclar ambos líquidos en la jeringa con sangre e inyectar muy despacio; los síntomas de intolerancia, que son rarísimos, son: sabor metálico, calor en la garganta, cefalea y diarreas: éstos en cuanto al sulfato, ya que el salicilato sólo produce muy de tarde en tarde hemorragias conjuntivales y vértigo transitorio.

La acción se manifiesta porque la adenopatía comienza a retroceder, la periadenitis se resuelve y la supuración se evita; igualmente mejora la fiebre y el estado general.

Con respecto al tratamiento local, nos dicen que debe ser el que mejor se adapte a cada forma clínica que acuda al médico. Pasa revista al tratamiento quirúrgico con los métodos de exéresis, punción e inyecciones intra y periganglionares de glicerina—método que consideran el mejor de los quirúrgicos—, y terminan pasando revista a los medios físicos ya conocidos.—(*Paris Médical*, número 10, pág. 203; 7 marzo 1936.)—J. H. S.

RÜDIN.—*¿Puede permitirse el casamiento de los paráliticos generales tratados con éxito por la malaria?*

Según la ley alemana, pueden hacerse dos objeciones a estos matrimonios: 1.ª, considerarlos indeseables, por el riesgo de transmisión de la sífilis a la esposa e hijos; 2.ª, declararlos nulos, por tratarse de enfermos mentales.

Respecto al primer punto, parece ser que no hay motivo fundado para oponerse a ellos. Es tan exiguo el riesgo de la infección por estos enfermos, que, prácticamente, puede considerarse como nulo. Por lo tanto, no hay probabilidad de que propaguen la infección a la descendencia.

En cuanto al segundo punto, varían las circunstancias. Aun en los casos aparentemente muy buenos, hay que ser algo escépticos en la curación completa de la parálisis general; siempre quedan cambios del carácter y de la personalidad, que recuerdan la existencia de la parálisis, y, por otra parte, el riesgo de la recaída es constante. Cabe, por lo tanto, la exención—con arreglo a la ley ale-

mana—por no conceptuar al enfermo como apto para atender de modo conveniente a la educación de los hijos y al sostenimiento de la familia. En todo caso, habrá que tomar las siguientes precauciones: *a*), que un psiquiatra competente certifique la curación clínica de la parálisis; *b*), que al enfermo se le haya conceptuado apto para ejercer toda clase de profesiones, excepto aquellas de gran responsabilidad—maquinista de tren, aviador, chofer, etcétera—, que nunca deben volver a desempeñar; *c*), que la remisión clínica lleve cinco años de fecha, como mínimo, y que el líquido y la sangre lleven saneados tres años consecutivos; *d*), que el paciente tenga menos de cuarenta y cinco años.—(*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1936, núm. 15.)—F. G. D.

A. RAVINA.—*La acción diurética del humo del tabaco.*

Las sustancias capaces de activar la diuresis han sido muchas durante los últimos años. Y una de las que ha sido preconizada ha sido el humo del tabaco, y no hace mucho los Dres. Wenusch y Scholler acaban de publicar un artículo en *Medizinische Klinik*, en el cual dicen que el uso moderado del tabaco tiene una acción diurética excelente. Para ponerlo en evidencia han realizado algunas experiencias. Así, han visto cómo en un sujeto que no fumaba, al hacerlo—cuatro cigarrillos—ha aumentado de un modo notable la cantidad de orina emitida en las veinticuatro horas, y ha vuelto a descender al suprimir el tabaco; la presión arterial también ha aumentado.

Los autores terminan diciendo la importancia práctica que esto tiene. (*La Presse Médicale*, núm. 7, 22 enero 1936.)—H.

MASQUIN et TRELLES.—*Acción de la malarioterapia sobre el líquido cefalorraquídeo de los parálisis generales.*

Trátase en este extenso trabajo de una amplia revista general, en el curso de la cual los autores exponen su experiencia personal. Muestran en el curso de su disertación la complejidad del problema, tanto desde el punto de vista diagnóstico como pronóstico.

La más constante de las reacciones del líquido de los parálisis es la de Wassermann, y una de sus más importantes características, su polimorfismo citológico. De sus investigaciones en este sentido deducen que la malarioterapia modifica en todos los casos y de un modo inmediato la fórmula del líquido cefalorraquídeo, y también que no existe ningún paralelismo entre el grado de remisión de los trastornos psíquicos y la importancia de las modificaciones humorales. Consideran, por lo tanto, que no debe deducirse de estos datos un pronóstico seguro.

La hiperalbuminosis y la reacción citológica son los datos que con mayor rapidez modifica la malarioterapia. “Únicamente las lesiones evolutivas—dicen los autores—parecen influenciar la fórmula humoral; las lesiones extinguidas, por el contrario, cicatriciales, no le impregnan apenas, pudiendo dejarlas medificar aun en los dementes fijos.”

Más adelante escriben los autores, con motivo de las reacciones humorales: “Su fijeza o su regresión lenta continúan, a pesar de todo, siendo un buen elemento pronóstico, sobre todo cuando coinciden con una mejoría psíquica, pues ellas entonces indican la detención del pro-

ceso evolutivo. Su reaparición, por el contrario, debe hacer pensar en una recaída, obligando a intensificar el tratamiento y hasta justificar una nueva paludización.”

Terminan los autores su exposición dando cuenta de dos casos de parálisis general auténtica y recordando el caso de Claude, comprobado anatómicamente, en los cuales el líquido cefalorraquídeo era normal, afirmando con este motivo que en estos casos, totalmente excepcionales, el diagnóstico de parálisis general, a causa de las decisiones terapéuticas que entraña, debe plantearse a pesar de la negatividad de las reacciones biológicas. Por último, esta negatividad, por el hecho mismo de que puede observarse fuera de todo tratamiento y de toda curación clínica, es una razón más para afirmar que el estado clínico tiene más importancia que el humoral para el pronóstico de los enfermos de esta naturaleza. (*Gaz. des Hop. An.* 108, 20-II-935.)—T. B.

HANNS LOEHR.—*Tratamiento del Basedow y del hipertiroidismo por las vitaminas.*

Cuando aumenta la actividad del tiroides, el organismo necesita más vitaminas. Una alimentación muy rica en toda clase de éstas es capaz de moderar y aun de hacer que desaparezcan los signos de hipertiroidismo. El antagonismo entre vitamina A y tiroxina ha sido estudiado detenidamente. La tiroxina detiene el crecimiento de los animales de experimentación, y la vitamina A y la carotina lo estimula. Asimismo, la tiroxina agota las reservas del hígado en estas vitaminas, mientras que su administración en exceso alivia las molestias hepáticas de los hipertiroideos. En el Basedow disminuye la cantidad de vitamina A que circula en la sangre. Por todo ello, se ha tratado de combatir muchos trastornos hipertiroideos mediante la administración de Vogan o dando vitaminas en alimentos ricos en ellas.

Menos conocidas son las relaciones entre tiroides y vitaminas B. Parece ser que la vitamina B₁ disminuye la sensibilidad de los animales frente a la tiroxina, y que esta hormona hace cesar las convulsiones de los que padecen beriberi, o sea avitaminosis B₁.

El autor ha estudiado las relaciones entre cantidad de yodo en la sangre circulante y vitamina C. Todas las experiencias parecen demostrar que el ácido ascórbico disminuye la cantidad de yodo en sangre; por lo tanto, sería antagonista de la tiroxina. Entusiasmado por estas experiencias, ha tratado ciertas formas de Basedow con un compuesto farmacéutico comercial de vitamina C y dieta vegetal rica en tal substancia, obteniendo casi siempre descenso de la cantidad de yodo en sangre de los enfermos y, muchas veces, mejorías en el cuadro clínico, especialmente aumento de peso, cese del temblor, descenso del número de pulsaciones, desaparición de los sudores y menor irritabilidad nerviosa. Ahora bien, no siempre estas mejorías se acompañaban de una vuelta a la normalidad o de una mejoría sensible de los valores del metabolismo fundamental. Cree el autor que estos ensayos merecen continuarse.

Respecto a las relaciones de tiroides y vitamina D, apenas se sabe nada. Parece que el hipertiroidismo agrava las raquitosis; pero, en concreto, no puede afirmarse nada. (Comunicación presentada a la XLVIII reunión de la Sociedad Alemana de Medicina Interna.—*Die Medizinische Welt*, 1936, núm. 16.)—F. G. D.

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.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES.—Joseph Jadasshon.—El Dr. Pascua y el Seguro Social de Enfermedad, por J. H. S.—El porvenir de la Medicina rural: Al margen de las oposiciones, por el Dr. J. Alvarez-Sierra.—Congreso Internacional del Paludismo.—Curso de Parasitología y Patología tropical. Jornadas Médicas de Bruselas.—SECCIÓN OFICIAL.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Terapia.

BOLETIN DE LA SEMANA

LA "GACETA" DEL 28 DE MAYO

Cuando los médicos se ocupan más activamente en la campaña divulgadora de los pro y contras del establecimiento del Seguro Social de Enfermedad, y aún no han terminado las conferencias que se celebran en Madrid, aparece en la *Gaceta* del 28 de mayo una disposición del Ministerio de Trabajo, y a propuesta del Consejo Mixto de Previsión Social, convocando a información pública por término de veinte días naturales a las personas, asociaciones y entidades a quienes pueda interesar hacer observaciones a las bases del anteproyecto para la unificación de los seguros sociales.

Entendemos de toda urgencia y precisión publicar la Orden de referencia y las bases a que se refiere, a fin de facilitar la lectura y la meditación entre todos los médicos de España en estos últimos momentos que se concede a su posible intervención para variar el contenido de la misma.

No creemos que se consiga nada. El ambiente político sabemos que, tanto en la calle como en el Parlamento, no admite discusión a lo que el Frente Popular tiene decidido, pero debemos cumplir todos con nuestro deber, mirando al porvenir, aun cuando el presente nos amenace de modo tan inmediato con lo que nosotros entendemos ser una calamidad para la clase médica y para la Sanidad Nacional.

He aquí la disposición ministerial y las bases del anteproyecto publicadas en la *Gaceta*, de las cuales solamente suprimimos las que hacen referencia a las prestaciones del seguro de vejez, del de invalidez y del de muerte, por no encontrarse en ellas materia precisa a nuestra intervención principal:

Ilmo. Sr.: A propuesta del Consejo mixto de Previsión Social,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Se abre una información pública por término de veinte días naturales a fin de que las personas, asociaciones y entidades a quienes pueda interesar, formulen por escrito las observaciones que estimen procedentes en relación con las bases del anteproyecto para la unificación de los Seguros Sociales.

2.º Comprendiendo dichas bases la unificación de los Seguros Sociales de Maternidad y Enfermedad y los de Invalidez, Vejez y Muerte, quienes acudan a la información pública de referencia deberán formular, con la debida separación, las observaciones que estimen oportuno respecto a los dos primeros Seguros en escritos distintos de los referentes a los de invalidez, vejez y muerte.

3.º El plazo de veinte días naturales comenzará a con-

tarse desde el siguiente al de la publicación de la presente Orden ministerial en la *Gaceta de Madrid*.

4.º Los escritos se dirigirán al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión (Servicio de Previsión Social), en el plazo de referencia; y

5.º Que a los efectos antes expresados, se publiquen en la *Gaceta de Madrid* las mencionadas bases.

Lo que digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 25 de mayo de 1936.—Juan Lluhi.—Señor Subsecretario de Trabajo y Acción Social.

Bases que se citan en la anterior Orden ministerial

ARTICULO 1.º

En cumplimiento de los artículos 46 y 65 de la Constitución de la República y de los Convenios internacionales, relativos a los Seguros de maternidad, enfermedad, invalidez, vejez y muerte, cuyos proyectos fueron aprobados en las reuniones de la Conferencia Internacional del Trabajo de 1919, 1927 y 1933, se reforman los actuales Seguros sociales de retiro obrero y de maternidad, y se implantan los de invalidez, muerte y enfermedad. Un solo Seguro cubrirá los riesgos de vejez, invalidez y muerte; otro, los de enfermedad y maternidad.

ARTICULO 2.º

UNIFICACIÓN DE LOS SEGUROS

Para aumentar su eficacia y economía, se unificarán los Seguros sociales mencionados en el artículo 1.º, de manera que:

- 1.º Sea, en general, única la institución aseguradora.
- 2.º Sea una sola la cuota, aunque en ella estén diferenciadas técnicamente las primas de cada Seguro.
- 3.º Sea, por lo tanto, en cuanto sea posible, uno el acto de afiliación y uno solo el documento o instrumento que acredite el pago de las cuotas.
- 4.º Sean únicos el material y las instalaciones sanitarias para todos los Seguros que los requieran.
- 5.º Sean únicas las inspecciones del cumplimiento de la Ley.
- 6.º Sea única la jurisdicción contenciosa; y
- 7.º Sean una, en cada entidad aseguradora, la revisión anual del balance de todos los Seguros que administre y las de las Bases técnicas de los Seguros, y en los plazos y formas previstas en el apartado 10 del artículo 6.º

ARTICULO 3.º

CAMPO DE APLICACIÓN

1.º Deberán ser inscritos obligatoriamente en estos Seguros todos los asalariados, sin distinción de estado civil, sexo o nacionalidad, que hayan cumplido dieciséis años y no lleguen a los sesenta y cinco, cuyas retribuciones anuales no excedan de 6.000 pesetas, que trabajen habitualmente y no perciban ya beneficios equivalentes a los de estos Seguros en virtud de una Ley. Reglamento o Estatuto de carácter público.

2.º Para los efectos de esta Ley, se entenderá por salario todo lo considerado como tal en la ley de Contrato de trabajo, excluidas las cotizaciones obrero-patronales para los Seguros sociales.

3.º Para cada Seguro podrán reconocerse las excepciones que se hallen establecidas en la legislación actual-

mente vigente y las que en términos genéricos se determinen en el Reglamento general.

ARTICULO 4.º PRESTACIONES

I.—Normas generales.

a) Los asegurados en el Régimen de Seguros unificados tendrán derecho a prestaciones económicas o a prestaciones sanitarias, o a unas y otras juntamente.

b) Las prestaciones sanitarias serán iguales para todos los asegurados. Las prestaciones económicas serán, en general, proporcionadas a sus cuotas, y éstas, a los salarios. Con este fin se clasificarán dichos salarios; a cada grupo de ellos se les asignará un salario-base, y a cada salario-base una cuota determinada.

c) Las pensiones que, como indemnización a la incapacidad de trabajo por vejez, invalidez, enfermedad y maternidad sean constituidas en los Seguros unificados serán acrecidas con un subsidio por cargas de familia en las condiciones que el Reglamento determine, tan pronto como los recursos lo permitan.

d) Ninguno de los inscritos en el Régimen de Seguros sociales podrá recibir en ningún caso, con motivo de un riesgo asegurado, prestaciones que ya reciba íntegramente con motivo de otro de los riesgos objeto de un Seguro social. Si sólo los recibe en parte, tendrá derecho a su complemento.

e) Las entidades aseguradoras organizarán los servicios de manera que los beneficiarios reciban las prestaciones legales en la cantidad, calidad y oportunidad prescritas, y tendrán a su cargo el pago de las remuneraciones debidas a los colaboradores del Régimen de Seguros unificados.

f) El Reglamento determinará la coordinación que deberá establecerse entre los Centros sanitarios de todos los Seguros sociales con los de la Sanidad pública y la Beneficencia general, regional, provincial, municipal y privada. Para fijar esa coordinación deberá ser oída una representación de las entidades entre las que aquélla se crea necesaria.

II.—Seguro de vejez.

(Síguense aquí las bases referentes a este aspecto del Seguro.)

III.—Seguro de invalidez.

(Síguense aquí las bases referentes a este aspecto del Seguro.)

IV.—Seguro de muerte.

(Síguense aquí las bases referentes a este aspecto del Seguro.)

V.—Seguro de enfermedad.

1.º Las prestaciones en el Seguro de enfermedad serán:

a) La asistencia sanitaria y los medicamentos y medios terapéuticos competentemente prescritos y debidamente tarifados y reglamentados.

b) Un subsidio de enfermedad cuando ésta produzca incapacidad de trabajo.

c) El subsidio por cargas de familia a que se refiere la norma general c).

2.º La asistencia sanitaria consistirá:

a) En los servicios de medicina y cirugía generales.

b) En los de especialidades y Centros de cura y prevención indispensables que el Reglamento determine.

c) En los servicios farmacéuticos prescritos por receta magistral y en los específicos determinados en un petitorio aprobado y revisable por Orden ministerial.

Los servicios sanitarios serán también prestados a la mujer y a los hijos del asegurado que vivan en su domicilio y a su costa.

Los asegurados tendrán derecho a estas prestaciones

sanitarias siempre que sea necesario, desde el día siguiente a su ingreso en el Seguro, hasta un máximo de veintiséis semanas a contar del cuarto día de enfermedad. La entidad aseguradora podrá ampliar la duración de la asistencia sanitaria en nuevos plazos en los casos en que la enfermedad del asegurado persista una vez terminado el plazo anterior. El derecho de los familiares del asegurado comenzará cuando éste haya satisfecho diez cotizaciones semanales, y tendrá la misma limitación en cuanto a los plazos.

3.º El asegurado cobrará como subsidio el 25 por 100 de su salario-base a partir del cuarto día de ser declarada su enfermedad y la incapacidad de trabajo correspondiente y hasta el séptimo, y el 50 por 100 de dicho salario-base desde el octavo día de incapacidad en adelante y hasta un máximo de veintiséis semanas.

Para recibir nuevas prestaciones económicas, si persiste la misma enfermedad, sufre recaídas en ella o contrae otra nueva, será preciso que pasen seis meses a partir del alta en la enfermedad por la que ya cobró subsidio, y haber cotizado, durante ellos, un mínimo de doce semanas. Si no hubiera agotado el plazo máximo a que tuviese derecho, la recaída o la nueva enfermedad será considerada como continuación de aquélla.

Si, agotados todos los plazos de prestaciones, el asegurado no hubiese logrado su curación, se le considerará inválido temporal y como tal tendrá derecho a las prestaciones del Seguro de invalidez.

Si el asegurado es internado gratuitamente en una casa de cura o prevención, se suprimirá el subsidio, si no tiene familiares que vivan a su costa y en su casa. En el caso de que los tenga, para sostenimiento de los mismos se le concederá la parte de subsidio que el Reglamento determina.

4.º Toda modificación en las prestaciones y la obligación de los asegurados de costear en parte alguna de ellas exigirá una propuesta razonada de la entidad aseguradora, el informe favorable del Instituto Nacional de Previsión y la aprobación del Ministerio de Trabajo.

VI.—Seguro de maternidad.

1.º Las prestaciones en el Seguro de maternidad serán:

a) La asistencia de Matrona y Médico, en la forma reglamentaria.

b) La asistencia farmacéutica, que será igual a la del Seguro de enfermedad, y un ajuar compuesto de lo que, según autoridad técnica competente, sea indispensable en los partos.

c) Un subsidio igual al de enfermedad mientras dure el descanso legal.

d) Un premio de lactancia a las madres que en la crianza de sus hijos se ajusten a las prescripciones facultativas. Este premio será de cinco pesetas semanales, y podrá ser percibido durante el plazo máximo de diez semanas.

2.º La asegurada tendrá también derecho a la utilización gratuita de las Obras de protección a la maternidad y a la infancia que las entidades aseguradoras declaren afectas a este servicio.

3.º Las prestaciones señaladas en los apartados a) y b) del número 1.º se harán extensivas a la mujer del inscrito en el Régimen de Seguros unificados.

ARTICULO 5.º

RECURSOS ECONÓMICOS

Para el sostenimiento de los Seguros sociales unificados contribuirán:

1.º El patrono y el obrero con la cuota correspondiente al salario-base de éste. Ambos la pagarán a partes iguales, pero su ingreso en la entidad aseguradora lo hará el patrono, descontando al obrero de su remuneración la parte que le corresponda. No podrá hacerse ingreso a

EL SIGLO MÉDICO

Desea en las capitales de provincia (excepto Madrid, Barcelona, Valencia, San Sebastián, Salamanca y Zaragoza) y en poblaciones importantes

DELEGADOS

para divulgación de la revista y gestiones de publicidad en ella. Serán preferidos los solicitantes que estén relacionados con Laboratorios, Farmacias, etc.

Dirijan la correspondencia al Sr. Administrador. Apartado 121, Madrid

EL SALVADO

suple sencillamente el volumen de que carece la alimentación normal

La mayoría de los modernos regímenes alimenticios carecen de alimentos de volumen. Esto puede corregirse con la adición de salvado, que ofrece la ventaja de ser grato al paladar y de contener una cantidad considerable de vitamina B y de hierro fácilmente asimilable.

El salvado ALL-BRAN de Kellogg es apetitoso y de fácil digestión. Absorbe humedad dentro del cuerpo, formando así una

masa blanda que limpia suavemente el intestino de todo residuo digestivo.

El salvado ALL-BRAN de Kellogg es eficaz en todos los casos de estreñimiento corriente, excepto en aquellas personas de conductos alimenticios hipersensibles. No precisa cocinarlo, pudiendo servirse con leche fría o nata. A todo médico que lo solicite se le enviará, gratis, un paquete entero.



Kellogg's ALL-BRAN

(TODO SALVADO)

el remedio benigno y natural contra el ESTREÑIMIENTO

Depósitos: Casa SANTIVERI, S. A., Calle del Call, 22-BARCELONA
MADRID: Plaza Mayor, 24, y Alcalá, 111 ♦ VALENCIA: San Fernando, 6

DOLOR HEMORROIDAL

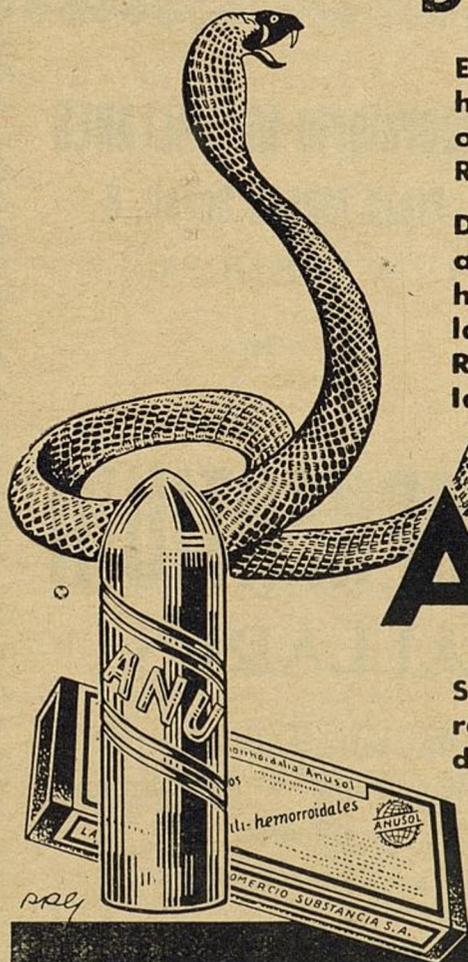
El ANUSOL es eficaz en todos los procesos agudos hemorroidales y durante los períodos pre y postoperatorios. Alivia el dolor y la incomodidad. Reduce la congestión. Cohibe la hemorragia.

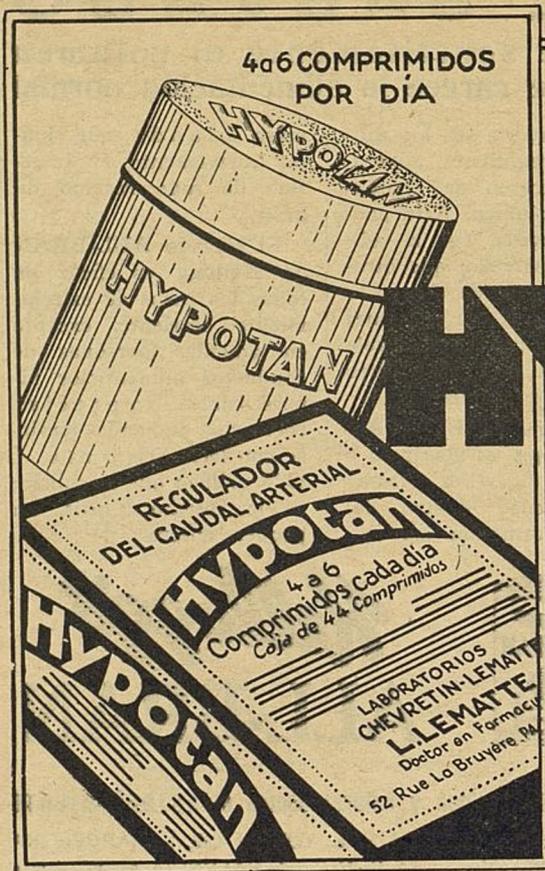
Disminuye el catarro de la mucosa y ejerce una acción astringente. Impide la infección de los nódulos hemorroidales y la formación de abscesos. Provoca la granulación y estimula la reparación del epitelio. Resuelve los procesos flebíticos del ano. Reblandece las heces duras. No contiene narcóticos. No es tóxico.

ANUSOL

Supositorios científicos, asociación de oxiyoduro y resorcinsulfonato de bismuto, óxido de zinc, bálsamo de Perú, manteca de cacao y cerato.

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





Derivados de la Colina
activos por vía digestiva
- comprimidos -

CURA COMPLEMENTARIA
DE LA ACÉCOLINE

HYPOTAN

El regulador del caudal arterial

HIPERTENSIÓN
ESPASMOS VASCULARES

LABORATORIOS CHEVRETIN-LEMATTE
L. LEMATTE, Suc. S
DOCTOR EN FARMACIA
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

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

ALCALÁ 9, APARTADO 310
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA

ION-CALCINA PALLARES

Laboratorio M. PALLARES
Plaza Mosén Sorell, 6
VALENCIA

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

STROPHANTUM PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada

favor de un asegurado sin hacer constar claramente la persona en favor de la cual se realiza.

La suma de las cuotas patronal y obrera no podrán exceder del tanto por ciento del salario-base fijado después de la revisión de cada balance, oyendo a la Comisión Asesora Nacional Patronal y Obrera, y con la aprobación del Ministerio. Al determinar la cuota, cada vez se señalará la parte destinada a los Seguros de enfermedad y maternidad y la destinada a los Seguros de vejez, invalidez y muerte.

El Reglamento determinará el régimen de cotizaciones cuando se trate de asegurados no remunerados en metálico, aprendices o de muy reducido salario, y de los que perciban sus salarios a destajo o por tarea.

La cuota patronal y obrera será semanal, independientemente del número de días que el asegurado hubiere trabajado, del domingo al sábado inclusive. Se exceptuarán las profesiones en que, por uso, costumbre o necesidades comprobadas por el Patronato de Previsión Social, lo habitual sea que los obreros trabajen la mitad o menos de la mitad de la semana, caso en el cual pagarán el 50 por 100 de la cuota semanal correspondiente.

El asegurado podrá mejorar sus prestaciones mediante imposiciones voluntarias hechas por él mismo, su patrono o un tercero.

2.º El Estado:

a) En el Seguro de vejez, invalidez y muerte, con el coste de una pensión anual de 120 pesetas a cada asegurado pensionista, de 60 a los asegurados que no llegaren a cumplir el período de espera para tener derecho a la pensión normal y de 100 pesetas al grupo de supervivientes con derecho a pensión, y con el pago de la cuota correspondiente a este Seguro para los asegurados que estén cumpliendo el servicio militar o se hallen en situación legal de paro forzoso.

Además, para los fines indicados en la disposición transitoria segunda, con el recargo de herencias destinado al Retiro obrero obligatorio al implantarse la Ley.

b) En el Seguro de enfermedad, y, en general, para todas las prestaciones sanitarias de los Seguros unificados, con la cooperación gratuita de los servicios de Sanidad y de la Asistencia pública a cargo del Estado.

c) En el Seguro de maternidad, con las aportaciones actuales; y

d) En todos estos Seguros, cubriendo los gastos de jurisdicción y control, y asegurando la eficacia de las exenciones y franquicias previstas en la legislación vigente.

ARTICULO 6.º

RÉGIMEN FINANCIERO

1.º En el Seguro de enfermedad y maternidad se adoptará el régimen de reparto, pero con la formación de reservas que aumenten su estabilidad y solvencia; en el seguro de invalidez, vejez y muerte, el de capitalización colectiva. Las entidades aseguradoras que practiquen ambos Seguros llevarán separadamente sus contabilidades, o establecerán la necesaria separación de recursos y obligaciones de uno y otro.

2.º Los fondos de los Seguros unificados estarán constituidos por las cuotas obreras y patronales, los subsidios y bonificaciones del Estado, la participación en el recargo de herencias que actualmente está destinada al Retiro obrero, las multas por infracciones de las Leyes sociales en la parte no destinada al Fondo de Garantía del Seguro de accidentes del trabajo, ni al Fondo nacional regulador, las subvenciones, los donativos y los intereses de los propios fondos.

Con ellos se atenderá a la satisfacción de las prestaciones normales; y si se produjesen excedentes, éstos serán distribuidos en la siguiente forma:

Un 25 por 100, para nutrir el Fondo nacional regulador respectivo.

Un 25 por 100, para formar un Fondo de reserva para fluctuaciones de valores y compensación de pérdidas de valor en otras inversiones; y

Un 50 por 100, para constituir otros Fondos de reserva, y una vez que éstos hayan alcanzado los límites marcados por el Reglamento, a disminuir las cuotas correspondientes a los salarios-base más pequeños o a mejorar las prestaciones a los asegurados respectivos y a los mayores de cuarenta y cinco años al implantarse esta Ley.

3.º La cuota será independiente de la edad, sexo y profesión.

4.º La prima del Seguro de invalidez, vejez y muerte podrá ser revisada y modificada cada cinco años; la del Seguro de enfermedad y maternidad, cada año.

5.º El Reglamento fijará el recargo de las cuotas destinado a gastos de administración e inspección, el cual no podrá exceder del 10 por 100 de las cuotas.

6.º Cada uno de los dos Seguros tendrá un Fondo nacional regulador, destinado:

a) En el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, a compensar los efectos desfavorables de las desviaciones en la mortalidad y en la invalidez previstas y demás motivos de carácter general y análogas consecuencias.

b) En el Seguro de enfermedad, a atender necesidades extraordinarias debidas a acumulación de malos riesgos, partos distócicos, epidemias y otros motivos no imputables a las entidades aseguradoras.

Los Fondos nacionales y reguladores serán administrados por el Instituto Nacional de Previsión.

7.º Los fondos nacionales reguladores de los Seguros se nutrirán:

a) Con las cantidades obligadamente aportadas por las entidades aseguradoras en la forma y cuantía que determine el Reglamento.

b) Con el 25 por 100 de los excedentes del Seguro.

c) Con el tanto por ciento de las multas por incumplimiento de las leyes de Seguros sociales que señale el Reglamento.

d) Con los donativos, subvenciones y toda clase de ingresos a título gratuito.

e) Con los intereses de los propios fondos, cuyo tipo fijará el Reglamento.

8.º La inversión de los fondos de los seguros unificados se efectuará con sujeción a los trámites, normas y asesoramientos que determine el Reglamento.

9.º Las operaciones de los Seguros unificados que no realice directamente el Instituto Nacional de Previsión serán reaseguradas en él en la cuantía y condiciones que fije el Reglamento.

10. Las operaciones del Instituto Nacional de Previsión, como órgano delegado para la preparación y realización de los Seguros sociales, serán objeto de un triple control administrativo, financiero y actuarial.

El control administrativo será realizado por el representante del Estado, presidente del Instituto Nacional de Previsión, el cual podrá delegar, para este control de las otras entidades aseguradoras, en los presidentes de las Cajas colaboradoras respectivas o en jefes de servicio del Instituto.

El control financiero se realizará mediante la revisión anual de los balances de las entidades aseguradoras por las Comisiones oficiales.

El control actuarial será realizado en el Instituto Nacional de Previsión: cada año, en el Seguro de Enfermedad, y cada cinco años, en el de Invalidez, Vejez y Muerte.

El Reglamento fijará la forma de realización de cada control.

ARTICULO 7.º

ENTIDADES ASEGURADORAS

1.º Administrará estos Seguros unificados el Instituto Nacional de Previsión, con sus Cajas Colaborado-

ras, con los derechos y exenciones que tienen en el actual régimen de Seguros sociales.

En concepto de Cajas primarias podrán tener igualmente gestión de los Seguros sociales de Enfermedad y Maternidad las Cajas de empresas que en la actualidad estén de algún modo exceptuadas del Régimen de Retiro obrero y las Mutualidades y Cajas de empresas existentes al implantarse esta Ley. Unas y otras deberán reunir las condiciones impuestas por los respectivos Convenios acordados en las Conferencias internacionales del Trabajo, garantizar debidamente, como mínimo, las prestaciones legales, contribuir al Fondo regulador y cumplir las demás condiciones que el Reglamento determine para asegurar la eficacia y economía de los servicios.

2.º Aparte su función propia aseguradora, serán misiones del Instituto Nacional de Previsión el control del Régimen en las distintas entidades aseguradoras, el reaseguro, la relación con las organizaciones sanitarias y la administración de los Fondos nacionales reguladores. En todos los casos corresponderá al Instituto Nacional de Previsión cuanto se refiera a la relación con los Poderes públicos en orden a los Seguros sociales unificados.

3.º El deber de afiliación corresponde a quien paga el salario, y se efectuará en las entidades aseguradoras del territorio en que radiquen los centros de trabajo respectivos.

El Reglamento determinará las condiciones en que habrán de hacerse la afiliación de los asegurados y la de sus familiares beneficiarios del Seguro.

4.º Tanto la afiliación como la cotización se harán simultáneamente para los dos Seguros y para todos los asalariados que en aquel momento trabajen con el mismo patrono en el territorio de la entidad aseguradora.

5.º Todas las entidades aseguradoras quedan sometidas a las inspecciones y a las normas de relación entre ellas reglamentarias.

ARTICULO 8.º

SANCIONES

1.º Se incurrirá en sanción por los actos u omisiones que impliquen vulneración del derecho del asegurado, con incumplimiento del Régimen de Seguros unificados, o impidan, perturben o difieran el servicio de las Inspecciones.

El Reglamento determinará los casos, la calidad y la cuantía de las sanciones correspondientes.

2.º El procedimiento para las multas será el establecido en el Reglamento de sanciones de 4 de diciembre de 1931. Las sanciones disciplinarias o administrativas exigibles reglamentariamente no eximirán de otras responsabilidades de orden legal en que se incurriere. De los recursos de alzada conocerá la jurisdicción especial de Previsión.

ARTICULO 9.º

INSPECCIÓN

1.º Los Seguros unificados quedarán sometidos a la Inspección general de Seguros Sociales obligatorios y a la Inspección especial Sanitaria de los mismos. La primera tendrá como fin velar por el cumplimiento de las disposiciones legales del Régimen, y de una manera especial, por los derechos de los asegurados, y la segunda, que los servicios sanitarios se presten en la calidad, cantidad y oportunidad reglamentarias.

Ambas Inspecciones se declaran funciones públicas.

2.º La Inspección general de Seguros Sociales obligatorios, organizada con arreglo a las disposiciones actualmente vigentes, prestará sus servicios conforme a las normas establecidas, y a ella quedarán también sometidas las Cajas primarias.

3.º La Inspección especial Sanitaria de los Seguros Sociales obligatorios se ejercerá sobre los servicios sa-

nitarios de las entidades aseguradoras de las entidades aseguradoras y Cajas primarias.

Su función y procedimiento serán determinados por el Reglamento, oídos el Consejo Superior de Sanidad, el Instituto Nacional de Previsión, sus Cajas colaboradoras, una representación de las Cajas primarias, el Consejo general de los Colegios Médicos y la Unión Farmacéutica Nacional.

ARTICULO 10

JURISDICCION

1.º Las cuestiones entre las entidades aseguradoras y los asegurados, los beneficiarios y los patronos, así como los recursos que se interpongan contra las liquidaciones practicadas por la Inspección y sus incidencias, serán de la competencia de la jurisdicción especial de Previsión, regulada por Decreto de 7 de abril de 1932.

2.º Las cuestiones entre las entidades aseguradoras y los sanitarios y sus organizaciones serán resueltas por organismos especiales constituidos en el territorio de las Cajas colaboradoras y del Instituto con representantes de los Colegios sanitarios del mismo territorio, de la Caja colaboradora o del Instituto y de las entidades primarias, donde existan, y de funcionarios técnicos provinciales dependientes de la Dirección general de Sanidad, designados por los respectivos organismos, bajo la presidencia de un magistrado de la Audiencia territorial correspondiente al territorio en que actúen.

Contra las resoluciones que dicten esos organismos se dará recurso ante la Comisión Superior de Previsión.

ARTICULO 11

SEGURO VOLUNTARIO DE ENFERMEDAD

1.º Podrán inscribirse voluntariamente en el Seguro de Enfermedad los trabajadores autónomos menores de cuarenta y cinco años que, previo reconocimiento médico en que se justifique no están enfermos, reúnan condiciones idénticas a las exigidas a los asalariados en el artículo tercero del Seguro obligatorio, y con análogas excepciones.

2.º Serán considerados como trabajadores autónomos los que, por cuenta propia, se dedican a cualquier clase de trabajo.

3.º Tendrán las mismas prestaciones que los inscritos en el Seguro obligatorio, y pagarán, sin interrupción, en las mismas condiciones y plazos, la cuota íntegra que les correspondiere, según su ingreso-base determinado por sus ingresos efectivos.

Los asegurados deberán probar cuáles son sus ingresos efectivos para la determinación de su ingreso-base, que no deberá exceder de 6.000 pesetas anuales.

4.º También podrán inscribirse en este Seguro voluntario:

a) Los que, por cualquier motivo, hayan dejado de ser asegurados obligatorios, hayan cotizado veintiséis semanas en el año anterior, lo soliciten dentro del semestre siguiente a su cese en el Seguro obligatorio y tengan menos de cuarenta y cinco años.

b) Los que, siendo asalariados, hayan sido exceptuados del Seguro obligatorio por ser su salario superior a 6.000 pesetas.

c) El cónyuge superviviente de un asegurado obligatorio o voluntario.

En los tres casos, los aspirantes a ingresar en este Seguro deberán acreditar que no están enfermos, mediante reconocimiento facultativo.

5.º El Reglamento determinará el procedimiento de adaptación de los preceptos del Seguro obligatorio al voluntario.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera. La implantación del Seguro de Vejez, Invalidez y Muerte comenzará a los seis meses de aprobado su Reglamento.

Segunda. Todos los fondos de los dos grupos del actual Régimen de Retiro obrero obligatorio pasarán a formar parte de los del nuevo Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, y todos los fondos del actual Seguro de Maternidad, al Nuevo Seguro de Enfermedad y Maternidad.

El Reglamento fijará las normas de transferencia a la entidad aseguradora del saldo de capitalización que a favor de cada asegurado exista en las Cajas colaboradoras o en las de Ahorros.

Tercera. 1.º Queda suprimido el segundo grupo del Retiro obrero obligatorio, vigente hasta el momento en que la Ley entre en vigor. A los inscritos en este segundo grupo se les aplicará el nuevo Régimen de Seguros unificados.

2.º Todos los hasta ahora inscritos en él que, al llegar a los sesenta y cinco años, tengan a su favor cuotas equivalentes a 500 semanales, tendrán, a dicha edad, una pensión mínima de 360 pesetas.

3.º En un período de transición, que durará hasta que el último asegurado del segundo grupo haya llegado a la edad de retiro, a los que no hayan hecho las cotizaciones precisas para obtener la pensión mínima normal, se les constituirá, si es posible, una pensión mínima de 220 pesetas anuales al cumplir los sesenta y cinco años, con las aportaciones siguientes:

a) Las cuotas ingresadas a su favor, con los intereses correspondientes.

b) Una cantidad igual a la bonificación extraordinaria que actualmente se concede, procedente del recargo de herencias, al cumplir los sesenta y cinco años.

c) La aportación de pensión anual que el Estado ha de asegurar a todos los que reúnan las condiciones reglamentarias.

4.º A los que ni aun con estas aportaciones se les pueda constituir la pensión mínima de período transitorio se les entregarán las cantidades fijadas en los apartados a) y b) del número tercero.

Cuarta. El Reglamento determinará el procedimiento de adaptación al nuevo régimen de seguros unificados de los Seguros de Retiro Obrero Obligatorio y de Maternidad.

Quinta. 1. El actual Seguro de Maternidad será refundido en el de Enfermedad, y mientras éste no entre en vigor, continuará vigente aquél, y en todo caso disfrutarán las madres obreras de los derechos reconocidos en las leyes protectoras de la madre y del hijo.

2. La implantación del Seguro de Enfermedad comenzará cuando el Instituto Nacional de Previsión tenga dispuestos los servicios sanitarios y los organismos directivos de Trabajo y Sanidad hayan aprobado las normas de coordinación de los servicios sanitarios del Seguro en la Sanidad pública; todo lo cual deberá ser realizado en el plazo máximo de un año, a contar desde la promulgación de la ley.

3. La extensión de las prestaciones sanitarias a los familiares del asegurado comenzará cuando las entidades aseguradoras hayan hecho los censos de sus beneficiarios. Esos censos deberán estar terminados antes de cumplirse un año de la implantación de los Seguros respectivos.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA

Presidencia. Dr. V. M. Nogueras

(Sesión del 25 de mayo de 1936.)

ESTUDIO EXPERIMENTAL DE LAS AVITAMINOSIS, por el Dr. Rafael Méndez Martínez.

Empieza el ponente por hacer un muy breve resumen de tipo histórico acerca de las diversas avitaminosis ex-

perimentales, y dice cómo para producir éstos son de total necesidad, y así lo tiene él instalado en el Instituto de Farmacobiología un criadero apropiado, con todo género de instalaciones anejas al mismo; dice cómo deben, asimismo, regularse las dietas en los padres, y dice cómo sus resultados experimentales acerca de la avitaminosis se basan en un examen de cerca de 4.000 animales avitaminósicos.

Con respecto a la avitaminosis de tipo A en la rata dice cómo puede la misma lograrse en un período de tiempo inferior a cuatro semanas empleando la dieta señalada para los padres del animal y extrayendo la vitamina A de la caseína por el método del Prof. Sherman. A su juicio, algunas de las caseínas comerciales que se expenden como libres de la vitamina A contienen cantidades suficientes de la citada vitamina para poder prolongar innecesariamente dichos ensayos durante meses.

Las dietas—continúa—más utilizadas en la actualidad para provocar la avitaminosis D en la rata—dietas de Mc. Collum y de Steenbock—son totalmente insuficientes en el factor antidermítico B₆, dando lugar, con gran frecuencia, a la aparición de síntomas cutáneos de pelagra. Esto se suele deber, en la mayoría de los casos, a la deficiencia de administración de dieta a los padres.

El estudio del grado de raquitismo en ratas sometidas a una dieta raquitógena, o el grado de curación obtenido por administración de vitamina D puede hacerse, según el Dr. Méndez Martínez, mediante la prueba de línea con comprobación microfotográfica, utilizando para ello la escala de grados y el método de cortes por él inventado y utilizado en los Servicios del Instituto de Farmacobiología Experimental, y que expone con toda prolijidad de detalles.

Con respecto a las lesiones dermaticas de pelagra, que, según sus autores, son en extremo difíciles de obtener, según él, se obtienen muy fácilmente utilizando para ello ratas descendientes de padres sometidos a la dieta indicada y utilizando la dieta de avitaminosis B₂, la cual describe, y que dice es en extremo rica en vitaminas B₁.

Por último, para el estudio de la avitaminosis de tipo C con fines de valoración de sustancias vitamínicas, nos dice el ponente de este tema que debe emplearse siempre el método ideado por el Prof. Hojer.

En el curso de su disertación, el ponente, Dr. Rafael Méndez Martínez, expuso numerosas radiografías, fotografías y gráficos.

ESTUDIO CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DE LAS AVITAMINOSIS, por el Dr. José Sánchez Rodríguez.

Comienza diciendo cómo las vitaminas son necesarias para el ser humano; pero como el metabolismo de estas sustancias en el organismo no se conoce con todos sus detalles aún en la actualidad, por lo cual las conclusiones que se obtengan al estudiar la clínica y terapéutica de las avitaminosis del hombre basándose en los conocimientos fisiopatológicos que hoy se tienen no podrán establecerse más que de un modo asaz provisional. En cuanto al ser humano, estima que son poco frecuentes las avitaminosis bien desarrolladas; en cambio, son muy frecuentes las hipovitaminosis, y esto fácil es compren-

derlo: se debe a que la alimentación del hombre rara vez se halla desprovista en absoluto de vitaminas.

Asimismo nos dice Sánchez Rodríguez que son harto frecuentes las avitaminosis atípicas, a causa de que el individuo reacciona de forma muy variable a la falta de vitaminas, y esta reactividad puede depender del influjo de muy diversos factores; así, la raza, la edad, la proporción de principios inmediatos y sustancias minerales en la alimentación, el equilibrio vitamínico, el estado hormonal y los fenómenos desvitaminizantes, así como el embarazo, la lactancia, las infecciones y las alteraciones del aparato digestivo.

Con respecto a la avitaminosis A nos dice cómo se caracteriza ésta por una alteración metaplásica de todos los epitelios, lo que da una gran heterogeneidad a sus manifestaciones clínicas; así, lesiones de índole ocular, de la piel o de los aparatos digestivo y respiratorio, respectivamente. Todas estas lesiones, cuando aparecen aisladamente, y, sobre todo, en aquellos casos en que no existen lesiones oculares típicas, que son patognomónicas, son de difícil diagnóstico.

Habla de la investigación de caróteno y de la vitamina A en la sangre, las cuales son ya, según nos dice, fáciles de realizar en la clínica, si bien el valor diagnóstico que proporcionan es muy escaso, por las grandes oscilaciones sanguíneas de dichas sustancias en condiciones normales y en gran número de procesos diversos que no tienen relación con la alimentación cualitativa.

Con respecto a las infecciones, que aparecen con tanta frecuencia cuando falta la vitamina, expone su idea de que no se deben a un descenso de los fenómenos inmunitarios del organismo, y sí a la alteración de la barrera epitelial—cutánea y mucosa—, que aparece como manifestación genérica típica de la avitaminosis.

Con respecto a la profilaxis y tratamiento de las enfermedades que aparecen por carencia de vitamina A, Sánchez Rodríguez dice que se pueden ambos realizar incluyendo en la alimentación alimentos ricos en caróteno o vitamina A—yema de huevo, hígado, zanahorias, espinacas, y administrando aceites de hígado de pescado, concentrados de vitamina A o preparados de caróteno—provitamina A—. En casos en que existan trastornos del aparato digestivo, el ponente nos aconseja utilizar la vía parenteral.

No halla justificado el empleo de la vitamina A como medicamento antiinfeccioso, ni pueden establecerse por ahora más indicaciones de la misma que las que dependen directamente de su función específica (protectora de los epitelios). La alteración de los mismos parece estar relacionada con trastornos de control neurotrófico por lesiones degenerativas encontradas en los nervios periféricos. Las lesiones centrales que provoca la avitaminosis A abren una nueva vía en el tratamiento de algunas enfermedades nerviosas que, como la esclerosis en placas, han sido tratadas con cierto éxito por algunos autores. La aplicación local de la vitamina A en lesiones de tipo cutáneo, y aun en las mismas lesiones de índole ocular, necesitan más comprobaciones de orden clínico para su aceptación como método recomendable.

Considera el raquitismo, que cree muy frecuente en nuestra patria, como originado por la falta de la vitamina D en los alimentos, o por falta de irradiaciones

solares, lo que da lugar a que no se forme vitamina D a partir de los ergosteroles subcutáneos que posee el organismo. Para el diagnóstico de las hipervitaminosis D tienen, a juicio, del ponente, gran valor el método radiográfico y la determinación del producto $Ca \times P$ de la sangre.

Dice cómo la tetania infantil, el raquitismo tardío, la caries dentaria y, acaso, la osteomalacia y osteopatía del hombre, se hallan relacionadas patológicamente con la falta de vitamina D. No así en otras enfermedades óseas, tales como la de Recklinhausen y la enfermedad de Paget.

Como profilaxis y tratamiento del raquitismo dice tenemos la administración de la vitamina D en forma de hígado de bacalao o de ergosterina irradiada, o bien sometiendo al organismo a la acción de los rayos ultravioleta.

Fuera del raquitismo, estima que la vitamina D debe utilizarse en aquellos procesos óseos que correspondan, en parte, a una deficiencia de esta vitamina, y aun en aquellos que no tengan ninguna relación con la vitamina D, en los que obrará, por sus cualidades farmacológicas, oponiéndose a las alteraciones que produce la enfermedad.

Pasa después a tratar del "beri-beri" o la avitaminosis B, y dice cómo ésta no existe en nuestro país, si bien acaso algunas polineuritis—polineuritis del embarazo, diabética y alcohólica—, y la mielitis funicular deban considerarse como manifestaciones producidas por carencia de vitamina B. En cuanto al mecanismo de producción de estos procesos y la acción favorable que sobre ellos ejerce la vitamina B₁, permite considerarlos provisionalmente de este modo.

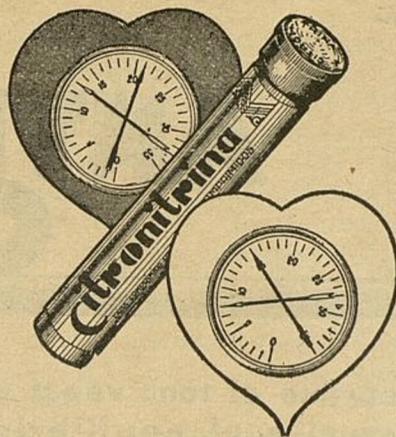
Con respecto a otros procesos, tales como la enfermedad del edema—acrodinia, enfermedad de los farináceos, diabetes y otras—, el ponente nos dice que la participación etiopatogénica de la vitamina B es menos segura, y asimismo esta inseguridad existe con respecto a algunas alteraciones patológicas aisladas, como son la anorexia, especialmente en los niños, el estreñimiento y el crecimiento retardado, el corea menor, la úlcera gástrica y el reumatismo articular crónico, que algunos autores interpretan como signos de un déficit de la vitamina B. La profilaxis de esta avitaminosis se realiza simplemente incluyendo en la alimentación cereales sin decorticar—pan moreno, arroz entero—, y el tratamiento de la misma y de sus hipoavitaminosis se consigue con levadura de cerveza, autolizados de levadura y vitamina B en forma pura.

A su juicio, la pelagra existe en forma endémica en nuestro país, y su aparición se encuentra relacionada con la falta alimenticia del complejo vitamínico B₂, en el que se incluyen diversos factores—flavinas, factor antianémico, vitamina B₆—. En los enfermos pelagrosos estudiados por Sánchez Rodríguez existía siempre un antecedente claro de deficiencia alimenticia. Las lesiones cutáneas se localizaban siempre en el dorso de las manos, raramente en los pies, y sólo en tres casos en mejillas y cara.

El collar de Casal lo vió tan sólo una vez. Dice cómo casi siempre se encontró anemia hipocrómica, y muy ra-

*Para sus hipertensos
y arterioesclerosos.*

TRATAMIENTO PROLONGADO
DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DE LA ARTERIOESCLEROSIS
Y DE SUS COMPLICACIONES
POR LA



Citronitrina

Vergés & Oliveres

CITRONITRINA es un citronitrato sódico asociado al citrato de sosa, presentado en forma de comprimidos. Actúa por la acción vasodilatadora que ejerce el nitrito sódico y la hipoviscosa del citrato.

INDICACIONES: Hipertensión arterial, cualquiera que sea su forma y origen. Arterioesclerosis, Aortitis, Angioespasmos, Embolias, Flebitis, Angina de pecho, Estados pletóricos y congestivos, etc.

Composición por comprimido: Citronitrato sódico, 0'10. Citrato sódico, 0'40. Sustancia inerte, c. s.

DOSIS: De tres a 4 comprimidos al día. Dosis corriente, 3 comprimidos.

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

Impiden las adherencias del apósito a las heridas y llagas. El levantamiento de la cura se hace, por tanto, cómodamente y con toda facilidad. Evita el DOLOR y las HEMORRAGIAS, dejando los tejidos en las mejores condiciones para que verifiquen rápidamente el trabajo de cicatrización.

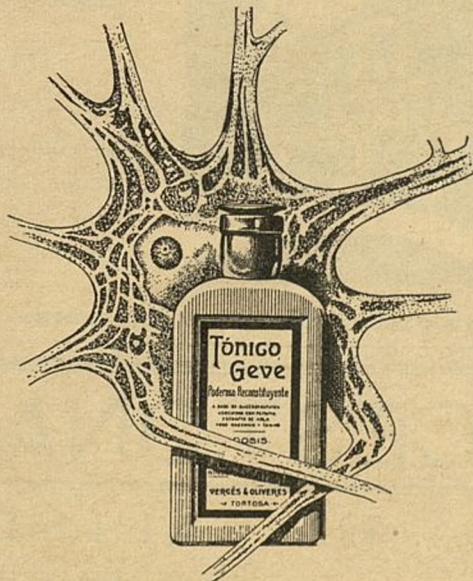
El apósito ideal, tanto en las curas de alta como de pequeña cirugía

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

TÓNICO "GEVE"

Granulado a base de glicerofosfatos asociados a la kola y con pepsina



TÓNICO "GEVE"

fija el calcio de su composición al elemento celular

Dosis. *Adultos:* Cucharadita de las de café, bien llena, después de la comida y cena.—*Niños:* Mitad dosis.

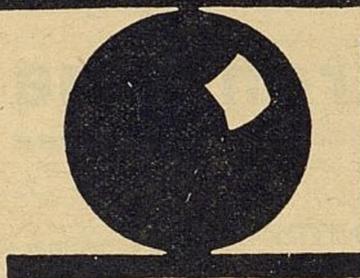
Muestras gratis
a los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

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
Papaverine 1 mgr
Estr. Belladona 2 »
- Valeriana 2 »

De 3-6 Pildoras
queralinizadas
al día



Representante para España: Dr. J. Valles y Ribó. Enrique Granados, 90-92. Barcelona



SANATORIO NEUROPATICO

Calle de Pablo Iglesias, 52 - CARABANCHEL BAJO (Madrid) - Tel. 116 C.

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8 • MADRID • Teléfono 11380

Sanatorio con tres edificios y jardines independientes; uno abierto para enfermos nerviosos y otros dos cerrados para mentales, con separación de ambos sexos.—Tratamientos modernos.—Cuatro médicos; dos internos.

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

CESTONA

AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)

GUIPUZCOA (cerca de San Sebastián)

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Unicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del
HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, ETC., ETC.

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

TEMPORADA OFICIAL: DE 15 DE JUNIO A 30 DE SEPTIEMBRE

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

Pídanse noticias directamente a CESTONA (Guipúzcoa)

ra vez aquilia. En algunos casos se vieron trastornos de orden circulatorio.

La anemia perniciosa, el "sprue", ciertas anemias tropicales y la enfermedad celíaca se consideran como procesos despertados por deficiencia de los factores del grupo B₂ en la alimentación. La complejidad del grupo vitamínico B₂ no permite establecer en forma concreta la diferente participación de los factores carenciales, que nos explicaría la responsabilidad de cada uno de ellos en la sintomatología de estos procesos.

Expone cómo en la anemia perniciosa el factor ausente no es la vitamina y sí uno que se correspondería con la substancia antianémica de Castle.

Dice cómo la profilaxis y tratamiento de la pelagra se basan en el uso de dietas que tengan alimentos ricos en vitamina B₂—así tomates, hígado, leche, jugo de frutas—y levaduras y extractos hepáticos.

A su juicio, la avitaminosis C o escorbuto es muy rara en España, y más frecuentes son las hipovitaminosis C, para cuyo diagnóstico dice se han propuesto las pruebas de Gothlin.

Con respecto a la hemofilia y otras diátesis hemorrágicas, dice que, con arreglo a los conocimientos actuales, no se pueden admitir como procesos producidos por la carencia de vitamina C. La profilaxis y tratamiento de los procesos avitaminósicos de la C se logran mediante el uso de verduras y jugos de frutas.

Termina su disertación, en la cual se auxilió del aparato de proyecciones, diciendo que en la actualidad no se halla demostrada la existencia de una avitaminosis E.

Dado lo avanzado de la hora que la sesión terminó, quedó la discusión aplazada para la próxima sesión.—
J. H. S.

* * *

SEMINARIO DE ESTUDIOS DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID
Servicio de los Dres. Huertas y Villaverde.

(Sesión del día 7 de mayo de 1936.)

ALGUNAS PARTICULARIDADES A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ESQUIZOFRENIAS DESARROLLADAS SOBRE UN FONDO OLIGOFRÉNICO, por el Dr. Villaverde.

Que sobre una oligofrenia más o menos evidente se desarrolle una esquizofrenia no es una cosa del todo rara.

En muchas ocasiones el diagnosticar una oligofrenia ante a través de los síntomas esquizofrénicos es difícil, ya que la naturaleza de estos últimos hacen difícilísimo la exploración de las facultades de la mente, que en la oligofrenia se hallan alteradas de una manera profunda. Y esto, claro está, es más difícil en el caso de que la esquizofrenia adopte ciertas formas clínicas, que dificultan más que otras en resolver el problema en cuestión.

En un caso, que últimamente se ha presentado a la consulta del Hospital General, se trataba de un cuadro con ciertas manifestaciones del tipo catatónico, en el que, por ciertos datos de la anamnesis, había buenas razones para suponer que se trataba de un antiguo oligofrénico. Poner esto de manifiesto valiéndose de determinados testamentos o series de ellos era una labor condenada al trabajo, pues las alteraciones de la afectividad

que se traducían en la atención eran muy de tenerse en cuenta. La atención no existía en las condiciones mínimas para poder dar a los resultados de los "tests" el valor que se les ha adjudicado en un sentido determinado, y por ello el resultado que se obtuvo al ensayarse fué el que nos habíamos propuesto. El método de Rorschach, que por su naturaleza era quizá el más adecuado para en este enfermo hacer entrar en juego su atención con las características especiales del caso, permitió ver por las respuestas que dió el enfermo que, efectivamente, era posible demostrar de una manera objetiva la existencia de un fondo oligofrénico, sobre el que se había desarrollado la psicosis actual.

Esto constituye un ejemplo de cómo los "test" no deben aplicarse de la manera sistemática que se ha hecho; pero sabiéndolos elegir, y teniendo en cuenta algunas normas psicológicas, que con harta frecuencia se olvidan, es posible llegarse a que por uno de ellos obtengamos la resolución de un problema difícil.

LOS MECANISMOS NEUROLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS QUE SE HALLAN ALTERADOS EN LA PRODUCCIÓN DE LA DIARTRIA DE LOS PARALÍTICOS, por el Dr. Villaverde.

En la predicción de la disartria de los paralíticos influyen numerosos factores. El querer explicar este síntoma a base de la alteración única de un mecanismo—sea neurológico o psíquico—, como en más de una ocasión se ha hecho, es del todo erróneo.

Hay, ante todo, lesión de los centros bulbares, que tiene que ver con los movimientos de la lengua y labios. Una alteración de los núcleos del facial y del hipogloso, así como del núcleo ambiguo, sirven para explicarnos ciertas particularidades del síntoma, pero no todas. Es así que hay dificultad de los movimientos, temblor de la lengua y de los labios, en casos acentuados, etc.

Por otro lado, que haya lesiones de tipo encefalítico en ganglios centrales es cosa muy de tenerse en cuenta, y sobre la que ha insistido en estos últimos tiempos Spatz. Realmente, en sí, esto no es nada nuevo. Ya hace tiempo se sabe que las lesiones extensas de los ganglios centrales obran haciendo perder a la voz su carácter musical y adoptando un tinte monótono. Cuando hay focos de disgregación numerosísimos de los ganglios centrales, por arteriosclerosis, se produce lo que Brissaud llamó la "afasia de la entonación".

A todo esto se unen los síntomas demenciales, que en la ideación y en la formación de las frases influyen de una manera decisiva.

El lenguaje consta de una parte expresiva—que es la filogenéticamente más antigua—y otra que sirve para la formulación de pensamientos. En este último sentido el lenguaje es una manera de pensar.

En el lenguaje hay un sistema de símbolos que, por un lado, se producen, y por otro lado se tiende a darlos a conocer. Por eso no hay que olvidar que en el lenguaje hay siempre en el fondo una "actitud intencional" de dar a conocer algo o de entender algo.

Hay, además, en el lenguaje una "toma de posición", y "la frase" sería la expresión de esto. La toma de posición es de importancia definitiva en el lenguaje, y por eso Pick ha insistido sobre el hecho de que las palabras son sólo eficaces según el sentido que se les da, y para ello es necesario que el que habla se ponga dentro de esto. Las propiedades musicales del lenguaje son de

importancia decisiva aquí, ya que ellas contribuyen a dar cierto sentido e intención a la frase.

En la transición de los pensamientos a la frase se sabe hoy muy bien—después de los estudios de la escuela de psicología de Wuerzburgo—que es de una manera del todo diferente a lo que antes se ha creído. No se hace la frase a base de palabra tras palabra, que van presentándose en estrecha asociación de la que ha precedido, si no se hace un esquema de conjunto de ella. Luego se va rellenando éste con las palabras adecuadas, que se ponen en relación entre sí con arreglo a las reglas de la gramática. Ocurre exactamente como en un mosaico, que primero se traza el contorno, y luego, dentro de él, se van colocando las piedras que son precisas en el orden que deben tener entre sí.

Si, además de funcionar mal los mecanismos neurológicos, hay alteraciones de la mente en el sentido de la demencia, se comprende, sin más, que las alteraciones del lenguaje en la parálisis han de ser de consideración. El grado de estos trastornos se halla en razón directa del como se presente el déficit funcional en los mecanismos descritos, y conforme sea uno de ellos, más o menos afectado, conferirá al lenguaje unas particularidades propias.

JOSEPH JADASSHON

De nuevo tenemos que traer a estas columnas una noticia triste, tal es la muerte, hace ya más de un mes acaecida, y que hoy llega a nosotros a través de la Prensa francesa, del gran dermatólogo alemán Joseph Jadasshon.

Nacido en 1863 en Silesia; había verificado sus estudios médicos al lado del maestro Neisser, y, al abandonarle, fué a la ciudad de Berna a ocupar la cátedra de Dermatología, en el año 1896; y ya en 1917, sucedió a su maestro en la cátedra de Breslau.

Deja a su muerte una obra científica de excepcional valor, en la que cabe destacar sus estudios sobre las tuberculosis cutáneas y la tuberculina, así como también acerca de la tricofitina, lo que le llevó a hacer una maravillosa descripción de las tricofitias. Igualmente, ha descrito otras diversas afecciones cutáneas, entre las que se hallan la metodermia y la granulosis rubra nasi. Formaba parte del Comité de la Lucha Venérea, del que era uno de sus más importantes paladines, como así en la Comisión de la Sífilis, de la Sociedad de las Naciones.

Autor de numerosas publicaciones didácticas y monografías, deja la mayor parte de sus trabajos en los *Archiv für Dermatologie und Syphilie* y en *Zentralblatt für Dermatologie*.

Hombre de clínica e investigador genial, unía a estas dotes una bondad ingénita y una modestia infinita. Vivía, ya hace tiempo, apartado de la cátedra, en la ciudad de Zurich, en la que había pasado tristes sinsabores.

Con honda emoción señalamos su muerte, que viene a dejar un vacío espantoso en la ciencia dermatológica del mundo.

El Dr. Pascua y el Seguro Social de Enfermedad

El pasado sábado, en el Colegio de Médicos, se celebró, con numerosísima asistencia de éstos, la cuarta conferencia del cursillo sobre este tema, organizado, y que tanto éxito de interés y asistencia al mismo ha despertado en la clase médica madrileña.

“La Sanidad y el Seguro social de enfermedad” intituló su conferencia el encargado de la misma, Dr. Marcelino Pascua Martínez, ex director general de Sanidad, a quien en muy breve y encomiásticas frases presentó a los asistentes el presidente del Colegio de Médicos, Dr. D. José Velasco Pajares.

“Ante todo—comienza diciendo el Dr. Pascua—, quiero manifestar al Dr. Velasco Pajares el honor que me ha hecho al traerme a esta tribuna y el que, asimismo, me acaba de hacer al dirigirme tanta frase injusta en su breve presentación ante vosotros. El tema del Seguro social de enfermedad es hoy, en su relación con la Sanidad, sin duda de ningún género, el de mayor interés de la clase médica de nuestro país, y, a este respecto, una autoridad sanitaria de gran renombre en la esfera de la Sanidad de España, el Dr. Martín Salazar, así lo dice en un reciente trabajo publicado aún no hace mucho en las columnas de EL SIGLO MEDICO.

El conferenciante lee varios párrafos de dicho artículo, que no volvemos a traer aquí por ser ya íntegramente conocido por nuestros lectores. “En el mismo—dice el Dr. Pascua—, el Dr. Martín Salazar, a más de evidenciar su gran importancia, hacía de él inmensurados elogios. En cuanto al Seguro en sí, es también tema tratado por numerosos médicos a estas cuestiones dedicados por entero en el extranjero.”

A causa de la enorme extensión que el tema tiene, el conferenciante dice que, como no va a tratar ni de las instituciones que deben planear el Seguro, ni de las relaciones que deben existir entre los Colegios de Médicos y éste, ni del campo de aplicación del mismo, ni del cobro de salarios, ni tampoco del nombramiento del personal médico del mismo, asuntos todos ellos que, si bien dan al tema un máximo calor e interés, harían que esta charla de hoy hubiese de dividirse en seis o siete. Y como sólo tiene un tema, va a tratar, pues, hoy de la Sanidad y el Seguro social de enfermedad. Antes de ello, quiere decir cómo la Medicina se halla, en los días que corremos, sufriendo una evolución muy grande en un gran número de sus conceptos y esencias. Cada vez, a su juicio, es mucho mayor, asimismo, el interés por la salud del pueblo y por el porvenir de una raza mejor y más fuerte. Las libertades individuales de tipo clásico sufren hoy en gran número de pueblos un rudo ataque y una profunda disminución. Así, vemos en muchos países cómo se hace para todos los ciudadanos, cualesquiera que sean sus creencias y sus ideales, realizar el servicio militar obligatorio; si esto es en cuanto a la parte política, aún es mayor la disminución en cuanto a la parte médica; y a este respecto es un claro y taxativo ejemplo la obligatoriedad de la vacunación. En algunos países se va en esto mucho más allá, ya que es obligatorio, no sólo la declaración de las enfermedades venéreas, sino también su tratamiento; y de todo esto nace la necesidad de modificación de los conceptos de la práctica médica.

La otra gran característica de la Medicina moderna, son los avances y adscripción a la misma de la Medicina preventiva; y a este respecto el Dr. Pascua repite frases del Dr. Winsen, presidente de la Institución Rockefeller, a la Academia de Medicina de Nueva York, en las cuales elogiaba la función de ésta. Asimismo, en

la Universidad Wanderblit, de los Estados Unidos, los alumnos, desde los primeros cursos de la carrera, se hallan en contacto con el Departamento de Medicina Preventiva de la misma, con lo cual se obtienen estadísticas de un gran interés con respecto a la influencia que juega la Medicina preventiva en las diversas enfermedades que la patología encierra.

Dejando a un lado estos dos conceptos, que al orador le parecen de gran interés, estima éste que al Seguro social de enfermedad se llega por una trayectoria forzada. Al producirse en el mundo la revolución industrial, un gran número de gentes del campo vienen a la ciudad para entrar en las fábricas y talleres, lo cual se traduce en un período de bajas de salarios, de despidos y de readmisiones, que forma un todo de caos de la industria. Entonces, las grandes fábricas y *truts* ven el interés que para ellas y su economía supone la salud de sus trabajadores, y empiezan a crear las cajas de Seguro que, en un principio, aquéllos ven con malos ojos, por lo cual, en un movimiento de defensa, crean otras de tipo semejante y que avanzan muy escasamente, por razones de índole económica, tan sólo en Inglaterra; "cajas benevolentes", se nota un efecto y avance mayor de las mismas.

Viene la implantación del sufragio universal, y el Estado comienza a preocuparse por la salud del pueblo, y así nacen las primeras leyes del Seguro para mujeres y niños, a los cuales van a seguir rápidamente los de invalidez y enfermedad.

Se pregunta el orador qué tendencia encierra el Seguro de enfermedad obligatorio, y dice cómo siempre tuvo éste una preocupación fundamental económica, que hoy está en vías de total modificación, ya que al pago e indemnización económica se impone de manera evidente la recuperación de la salud como ventaja, no sólo para el individuo, sino también para la colectividad. Cree la necesidad absoluta que hay de mantener a la persona enferma en su nivel de vida, y cómo la prestación económica no debe ser sólo para el asegurado, sino también para sus familiares. Asimismo es también evidente que hoy día se va también a la prevención de las enfermedades.

En cuanto a las repercusiones que el Seguro puede tener al realizarse su implantación, he aquí las respuestas que se da:

Se verificará un gran despistaje de pequeñas lesiones, las cuales hoy no se evidencian más que en período de gravedad, por no poder las clases obreras preocuparse de acudir al médico a la más pequeña cosa, por razones de índole económica.

Las cajas de seguro, por tener un gran número de asegurados, manejarán enormes cantidades de dinero, por lo cual a éstas les interesa de manera evidente el decrecimiento de la morbilidad, y, por tanto, el incrementamiento de la prevención sanitaria, para hacer menor el pago del número de primas.

Prestación de dinero a Municipios y Diputaciones, no sólo para mantenimiento de enfermos en sanatorios y casas de salud, sino también para la construcción de éstos y de viviendas y barriadas higiénicas. A este respecto nos dice que la mayor labor llevada a cabo ha sido en Inglaterra.

En cuanto a la forma de verificarse el Seguro, expone los tipos de Sociedades mercantiles de Inglaterra y el tipo de Rusia de unificación completa. En este último país funciona éste muy bien, a juicio del Dr. Pascua; pero hay que tener en cuenta—nos dice—que se trata, bien es verdad, de un país que ha modificado toda su estructura social, lo cual, por tanto, no podría ser igual en un país de organización capitalista. Lee los proyectos de gastos de los seguros en las Repúblicas Soviéticas, y pasa a exponer la trayectoria de los Seguros en España a partir de los Convenios de Ginebra, y la adaptación de estudio que por orden del Sr. Largo Caballero se hizo a poco de la instauración de la República, lo cual suponía que estos Seguros iban a ser adoptados por el país.

Da cuenta de la labor que sobre este aspecto se hizo en las Cortes Constituyentes a este respecto, y que nuestros lectores ya conocen, y se muestra disconforme con la ponencia que en las mismas, sobre Sanidad y Seguro, llevaron a cabo los Sres. Pittaluga, Bardají y Aznar. Con respecto a ésta, dice que aquellos que se interesen mucho por este punto, pueden verla publicada en uno de los números—no recuerda bien cuál—de la *Revista del Instituto Nacional de Previsión*. Esta es la situación hasta 1934, "año en que se organiza para el Seguro un barullo hiperbólico". Y dice cómo en junio de 1935 se dictó una disposición por el ministro de Trabajo en la cual decíase se aclarase lo que iba a ser el Seguro, y esto se hacía después de los Convenios de Ginebra y las ponencias de las Cortes Constituyentes. Luego, en el transcurso de días, se han dado varios decretos, datando el último del 1 de abril del presente año, por el cual se nombra una Comisión, a la que pertenece, y que todavía, hasta el día de hoy, no ha dado comienzo a sus tareas.

Y aún no hace dos días, en la *Gaceta de Madrid*, del jueves 28 del presente mes, vemos las bases para la unificación de los Seguros, para las cuales se abre un plazo de información pública a cargo de particulares y entidades, de veinte días, a partir del de la aparición. En el apartado que trata del campo de aplicación dice: "Deberán ser inscritos obligatoriamente en estos Seguros todos los asalariados, sin distinción de sexo, estado civil o nacionalidad, que hayan cumplido dieciséis años y no lleguen a los sesenta y cinco." Esto implica, por tanto, que va a afectar el Seguro a una enorme y casi totalidad de la población española. (*Fuertes rumores.*)

Asimismo, en el capítulo de Seguro de enfermedad específica detenidamente las prestaciones del Seguro, que serán: "La asistencia sanitaria y los medicamentos y medios terapéuticos competentemente prescritos y debidamente tarifados y reglamentados. Un subsidio de enfermedad, cuando ésa produzca incapacidad de trabajo, y el subsidio por cargas de familia." A continuación da lectura al resto de la base, que expone la forma de los servicios y de los cobros de los Seguros.

"Todo esto—nos dice acto seguido—demuestra que en nuestro país el Seguro se va corporizando. La repercusión en la Sanidad española de la implantación del Seguro podría ser enormemente beneficiosa; hoy los presupuestos de la Sanidad son insuficientes y misérrimos." Así, expone los del año 1933, para demostrarlo.

Para los Municipales, Provinciales y Nacionales, se

consignan dicho año, con exclusión para los dos primeros, de Navarra, Cataluña y Vascongadas, un total de cien millones, con lo que es bien claro lo poquísimos que con ellos se puede realizar en la Medicina de hoy. Aquí el Seguro puede favorecer la instalación de elementos de trabajo, como ha hecho en otros países, y así expone en detalle la labor de saneamiento que podría realizarse, ya que es casi inexistente la que hoy tiene el país. Habla del atraso de nuestras instituciones hospitalarias, que llegan al límite dantesco cuando se trata de manicomios, y dice cómo son verdaderamente nulas las luchas contra la mortalidad infantil y la tuberculosis, pues si bien hay instituciones modelo, que se preocupan de estos problemas, son escasísimas, razón por la cual no pueden rendir el fruto necesario; en todos estos puntos, el Seguro es evidente que puede hacerlos avanzar. Dice que el descuido de la educación física, a la que sólo se considera hoy con un fin deportivo, de club, podría también obviarse por el mismo.

Se refiere a la práctica médica rural, y dice cómo la escasez de medios obliga a su mal desarrollo. Habla de la dificultad existente de la formación de estadísticas de enfermedad hoy día, y cómo para él, en este concepto de ideas expuestas, le seduce la gran tara de orden y planificación de los servicios médicos que el Seguro debe llevar.

En cuanto a las repercusiones que el Seguro puede tener sobre la clase médica, dice que se verificará una mayor absorción de médicos, ante la creación de nuevos servicios; que los que a él pertenezcan tendrán una seguridad total y una regularidad perfecta en el cobro de sus haberes; se verificará una mejora en la práctica médica corriente y un dominio en la actuación médica del concepto profiláctico e higiénico; al mismo tiempo se verificará un acontecimiento entre los prácticos de la medicina habitual y las grandes figuras de la Medicina.

Termina su disertación diciendo que la posición razonable de la clase médica española no es obstaculizar el Seguro, sino estudiarlo a fondo, para lograr de él las mayores ventajas. Y cómo siendo el Seguro uno de los modos de acción de la socialización de la Medicina, y ésta un inmenso progreso social, la clase médica española debe contribuir a esta obra ingente y bienhechora. (*Aplausos.*)—J. H. S.

EL PORVENIR DE LA MEDICINA RURAL

Al margen de las oposiciones

Las oposiciones a médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, denominación pomposa y coordinatoria que no podrá suplantar nunca la de médicos titulares, con que vino al mundo de la legislación este importante sector de la vida profesional, están próximas a terminarse. Comentarios diversos, fundados unos en nuestro racial espíritu de crítica y otros en positivos motivos de censura, han sido propalados a los cuatro vientos. Los que desde hace años seguimos las vicisitudes de la Sanidad rural no podemos permanecer indiferentes ante este momento histórico, del que seguramente han de derivarse grandes transformaciones y consecuencias.

Después de proclamada la República y promulgada la ley de Coordinación, las primeras pruebas selectivas que

se han celebrado para el ingreso en el Cuerpo son las de estas oposiciones. Por su finalidad, por su efectividad y por su mecanismo, son totalmente diferentes a las celebradas en otras épocas.

Son diferentes por su finalidad, puesto que tienden a la provisión de plazas determinadas; en efectividad, porque los que triunfen no tienen que andar a la busca de vacantes, como antes ocurría, y en su mecanismo, ya que la forma de realizar los ejercicios no es aquella fantástica y formularia en que con un *mínimum* de conocimientos y un *máximum* de recomendaciones se obtenía el éxito.

La fundamental diferencia entre las antiguas oposiciones y las que ahora se están terminando consiste en que aquéllas se realizaban para un determinismo enteléquico, para una plaza que no se conocía, y éstas, para puestos oficiales, cuya situación geográfica se conoce, con sueldo señalado en nóminas y cuya realidad es indiscutible. Por si fuese poco, se han anunciado plazas de buenas categorías y de poblaciones grandes, cuya obtención significa un positivo bienestar.

Coincidiendo con este complejo de circunstancias, los ejercicios han sido modelo de seriedad y de un rigorismo que no tenía precedentes. Todos los Tribunales han puesto especial interés en que la labor de selección respondiese a la más escrupulosa formación científica y en que los aprobados hubiesen demostrado plenamente su suficiencia. Puede decirse que han sido las primeras oposiciones que con carácter de tal se han celebrado en el Cuerpo de titulares.

Siendo todavía estudiante el autor de estas líneas conoció las primeras oposiciones—las del año 1905—, oposiciones que me impresionaron por lo infantil de las preguntas que se hacían a los opositores y por el carácter de formularismo prejuzgado que tenían las calificaciones.

Pensando en la inutilidad de estos ejercicios durante el largo y fecundo período sanitario del Dr. Martín Salazar, no hubo oposiciones. Presenciamos más tarde las convocadas por los Dres. Murillo y Horcada, que tampoco realizaron una gran obra selectiva, acusando un temperamento de benevolencia en los juzgadores. Por este camino, que luego siguieron los cursillos en algunos Institutos provinciales de Higiene, se iba al disco de vía libre, en el ingreso en el Cuerpo de Sanidad Rural.

Una gran disculpa y hasta cierta lógica podían explicar este criterio de facilidades: el no crear obstáculos a la masa general de profesionales, la más necesitada de fuentes de trabajo, y el no poner en evidencia la cultura garantizada por el título facultativo.

Frente a esta disculpa tenemos que señalar dos graves perjuicios provocados con esta excesiva benevolencia y con este régimen de libertad. El no dar garantía de suficiencia en la designación de autoridades tan sagradas como la de inspectores municipales de Sanidad y el hacer menosprecio de los derechos de la población rural a tener un médico de la máxima competencia. Ciertamente que estos ejercicios de oposición deben tender principalmente a demostrar conocimientos de Higiene pública; pero siempre ponen de relieve la cultura general y clínica del opositor.

Por todas estas razones y otras muchas que dejamos

III Congreso Internacional de Paludismo

Madrid, 12-18 de octubre de 1936

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Apellidos y nombre

Título o cargo

Dirección

Miembro { protector (mínimum 250 Ptas.)
o
efectivo (50 Ptas.)

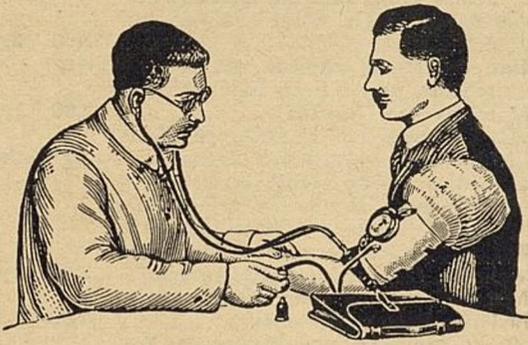
Le acompañan como miembros asociados personas. (25 Ptas. cada una.)

Envío por { cheque s. Madrid } pesetas
 { giro postal }

(Se ruega escribir con la mayor claridad.)

(Firma.)

Por ausencia de Madrid del Dr. G. Ferradas le sustituye en la Secretaría general del Congreso el Dr. D. Emilio Luengo a quien deberá dirigirse toda la correspondencia, como Secretario del Comité Organizador del III Congreso Internacional de Paludismo.—Instituto Nacional de Sanidad.—Calle de Recoletos, 19.—MADRID, 6 (España)



“OSCILOFON”

Novísimo y elegante aparato de máxima garantía e irreprochable funcionamiento para medir la presión de la sangre por el método

OSCILATORIO, AUSCULTATORIO Y PALPATORIO

LA CASA EXCLUSIVAMENTE DE LOS MEDICOS INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO CLINICO

LA COOPERACION MEDICA ESPAÑOLA

Apartado 406 - MADRID - Mayor, 21, moderno

VISITE NUESTRO ALMACEN ANTES DE HACER SUS COMPRAS

PAPELES YHOMAR

Laboratorio

Aurelio Gámir

Valencia

Publicaciones de EL SIGLO MEDICO

OPOSICIONES 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.

La obra completa a nuestros suscriptores, 28 ptas.

FOLLETOS DE INTERÉS PRÁCTICO

Editados por EL SIGLO MÉDICO

	Pesetas
Código Penal Vigente.....	2,00
Reglamento de la ley de Accidentes del Trabajo en la industria.....	2,00
Estudio histórico crítico de la Legislación Sanitaria Española.....	1,50
Reglamento y Programa vigentes para las oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Sanidad de la Armada.....	1,50
Reglamento y Programa de oposiciones a las vacantes de médico de la Lucha Antivenérea.....	2,00
Reglamento y Programa oficial vigente para oposiciones a plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad.....	1,50
Reglamento para la provisión de vacantes de médicos y farmacéuticos titulares.....	1,50
Estatutos de los colegios oficiales de médicos.....	1,50

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
3 pesetas a los suscriptores

FORMULARIO CRÍTICO POR LAS CLINICAS DE EUROPA

Se encuentran a la venta los siguientes tomos:

- I A 7 pesetas (segunda edición).
- II B C (en prens).
- III D E 8 pesetas (segunda edición).
- IV F G H (Agotado).
- V I J K L 7,50 pesetas.
- VI M N 7,50 pesetas.
- VII O 7,50 pesetas.
- VIII P (hasta Parto), 8,50 pesetas.
- IX P (de parto patológico hasta el final de dicha letra), 10,50 pesetas.
- X de la P hasta la Z.

LECCIONES DE BIOQUIMICA APLICADAS A LA MEDICINA PRACTICA

Por el Dr. ANTONIO DE LA GRANDA

(DOS FASCÍCULOS) ♦ 4 PESETAS EJEMPLAR
Descuento 20 por 100 para nuestros suscriptores

MONOGRAFÍAS

PRECIOS	
No sus- criptores	Suscrip- tores
Ptas.	Ptas.

Se encuentran a la venta las siguientes:

I.—Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas, por el Dr. Valdés Lambea.....	2,00	1,60
II.—La demencia precoz, por el Dr. Vallejo Nágera.....	2,00	1,60
III.—Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes, por el Dr. Javier María Tomé y Bona (2.ª edición).....	3,00	2,40
IV.—Los problemas clínicos de la úlcera del estómago, por el Prof. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	2,00	1,60
V.—La blenorragia aguda y su tratamiento, por el Dr. Angel Pulido Martín.....	2,00	1,60
VI.—El médico rural ante las distocias más frecuentes, por el Dr. Vital Aza (2.ª edición).....	3,00	2,40
VII.—Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde, por el Prof. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	2,00	1,60
VIII.—La epilepsia, por el Dr. José María de Villaverde.....	Agotada.	
IX.—El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea, por el Dr. García Vicente, y Alteraciones de la voz. Laringitis y ronquera, por el Dr. Huarte Mendicosa. (Dos monografías en una.)...	2,00	1,60
X.—El tratamiento del reumatismo, por el Dr. Federico Peco y M. Sellés.....	2,00	1,60
XI.—Las helmintiasis intestinales más frecuentes en patología humana, por el doctor Santiago Larregla.....	2,00	1,60
XII.—Manual de sifiliografía práctica, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.....	3,00	2,40
XIII.—Tuberculosis: contagio, herencia y constitución, por el Dr. Valdés Lambea....	3,00	2,40

Médicos Madrileños Famosos

Biografía y bibliografía de médicos ilustres nacidos en Madrid y su provincia

Prólogo de D. PEDRO DE RÉPIDE
Cronista de la Muy Noble, Muy Heroica y Excelentísima Villa de Madrid.

EL SIGLO MEDICO ha editado cuidadosamente esta obra del Dr. Alvarez Sierra. Es un tomo de 300 páginas, con numerosos grabados estampados en magnífico papel couché y elegantemente encuadernado.

PRECIO DEL EJEMPLAR: 14 PESETAS
Para los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO
20 por 100 de descuento

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

PRECIO: 3 PESETAS

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

para sucesivos artículos, entendemos que merecen aplauso los Tribunales que han actuado y están actuando en las oposiciones. Nada de farsas y de ficciones. Las ficciones y las farsas sólo llevan al descrédito y al fracaso. Por la seriedad de nuestra carrera y por el prestigio del Cuerpo de titulares conviene que las oposiciones sean rígidas, y los que obtengan la plaza vendrán a dar días de gloria a nuestra organización.

Siguiendo por este procedimiento se llevará a efecto en pocos años una selección y perfeccionamiento de la Medicina rural, y sus escalafones podrán aligerarse al mismo tiempo que adquirir firmeza por la frecuencia de nombres prestigiosos.

No se nos oculta que, de momento, esta rigurosidad en los Tribunales acarreará sinsabores y molestias, sobre todo a los interinos que resulten suspensos; pero, a la larga, se alegrarán, porque ellos volverán a intensificar sus trabajos científicos, se incorporarán a la marcha del progreso médico mundial, no anquilosarán las ideas adquiridas en las aulas, y cada vez tendrán enfrente menos aspirantes a ocupar vacantes en el escalafón que les puedan hacer la competencia.

Llevamos bastantes años pidiendo mejoras y reivindicaciones para el Cuerpo de titulares; pero si queremos ser dignos de estas mejoras, se impone que elevemos nuestro nivel de cultura, competencia y responsabilidad.

La Pedagogía moderna repudia un poco el sistema de oposiciones: pero, hoy por hoy, el único modo de demostrar si se domina una rama de los conocimientos humanos es en la controversia pública y en la exposición oral o escrita frente a un espíritu juzgador.

El primer paso para la dignificación de la clase médica rural y para la constitución de un Cuerpo que se pueda incorporar a las instituciones oficiales está ya dado; le han dado estas oposiciones que, por su austeridad, han demostrado ser conscientes de la responsabilidad que en los momentos actuales tienen contraída con la clase médica y con los intereses sanitarios colectivos.

DR. J. ALVAREZ SIERRA.

Congreso Internacional del Paludismo

INFORMACIÓN

Como homenaje a la memoria de los botánicos españoles que exploraron los países americanos a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, contribuyendo con su importante labor científica al descubrimiento y estudio de los árboles de la quina, el Comité Organizador del III Congreso Internacional del Paludismo, a propuesta de la Subcomisión especial de Farmacia del mismo (constituída por los Dres. Hernando, Cuatrecasas, Madinaveitia, González y Méndez), se propone publicar la obra del ilustre botánico español, jefe de aquella expedición, José Celestino Mutis, titulada *Estudio del árbol de la quina*. Se trata de una monografía completa de las Cinchonas del nuevo Reino de Granada. El texto de la obra fué publicado ya (aunque no completo) entre 1821 y 1828; pero las láminas que la acompañan están todavía inéditas. Estas láminas representan plantas enteras o partes de plantas, en gran folio (55 X 40 centímetros), a todo color, y son una maravilla de dis-

posición y ejecución, siendo, además, perfecta su interpretación científica.

El elevado coste de la publicación de esta monografía, que hasta la fecha no ha sido superada, ni igualada, en magnitud ni en perfección, obliga a limitar la edición a un número reducido de ejemplares, y podrá adquirirse por suscripción previa, al precio de 600 pesetas ejemplar (texto y láminas en fototipia a todo color). El excelentísimo Sr. Subsecretario de Sanidad ha tenido a bien contribuir con 25.000 pesetas a dicha suscripción.

Los miembros protectores y efectivos del Congreso recibirán como recuerdo una de estas láminas.

LA EXPOSICIÓN ANEJA AL CONGRESO

La Exposición aneja al Congreso se celebrará en el mismo local donde han de tener lugar las sesiones científicas, en la Ciudad Universitaria. De la organización técnica de dicha Exposición ha sido encargada una Comisión, compuesta por los Sres. Cortezo, Bravo, Escario, Estellés, Gil Collado, Luengo y Ortega. De la parte comercial de la misma se ha encargado D. Gerardo Jala (Sección de Propaganda de la Dirección general de Sanidad). En el plano adjunto puede verse la disposición de las naves destinadas a Exposición. En la gran rotonda, A, se instalará la Exposición industrial; en el departamento, B, la parte científicoindustrial, y en la C, la parte científica.

Toda la correspondencia dirijase a: Dr. E. Luengo.— Instituto Nacional de Sanidad. Calle de Recoletos, 19. MADRID.

Curso de Parasitología y Patología tropical

Organizado por el Instituto Nacional de Sanidad, tendrá lugar éste del 1.º de julio al 18 de agosto, siendo admitidos al mismo, como máximo, 16 alumnos, los cuales deberán pagar como matrícula la cantidad de 300 pesetas, en las que no se incluyen los gastos de viaje a Naval Moral de la Mata. En este pueblo, en su Instituto Antipalúdico, y en la Escuela de Madrid, se dará el curso con arreglo al programa siguiente:

1. Introducción al estudio de la Epidemiología y de la Estadística (ocho lecciones).
2. Nociones de Hematología (seis lecciones).
3. Espiroquetosis (cinco lecciones).
4. Amebiasis (dos lecciones).
5. Leishmaniosis (dos lecciones).
6. Tripanosomiasis (dos lecciones).
7. Flagelados e infusorios intestinales (dos lecciones).
8. Helmintiasis (10 lecciones).
9. Paludismo (ocho lecciones).
10. Entomología médica (10 lecciones).
11. Enfermedades pestilenciales (10 lecciones).
12. Hongos (cinco lecciones).

Las lecciones serán explicadas por los siguientes profesores:

G. Pittaluga (G.); Alvarez Torres (M.); Baesa (M.); De Buen (E.); De Buen (S.); Gil Collado (J.); Jiménez de Cisneros (J. G.); Mestre (F.); Nájera (L.); Pascua (M.); R. Darriba (A.); R. Yllera (L.); Ruiz Morote (F.); Tapia (M.); Zarco (P.), y Zosaya (C.).

Jornadas Médicas de Bruselas

Tendrán éstas lugar en dicha ciudad, bajo la presidencia de Sus Majestades y del Prof. Robert Danis, del 20 al 26 del presente mes de junio.

En la misma pronunciarán conferencias acerca de numerosos temas de gran interés los Dres. Barre, Dos Santos, Mercklen, Weiss, Demole y Jemma, entre otros de igual valía.

Se celebrarán, asimismo, diversas fiestas y excursiones en las horas libres de las tareas científicas.

Todos los interesados por estos puntos deben dirigirse a la Secretaría general de las Jornadas, Dr. Beckers; 141, Rue de Belliard, Bruselas.

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 23 DE MAYO:

Ministerio de Justicia.—Se hallan vacantes las siguientes forensías: Estepa, Sanlúcar la Mayor, Valverde del Camino, Santa Cruz de la Palma y Albuñol, las cinco de ascenso y a proveer por concurso de antigüedad. Instancias, hasta el 22 de junio. La de Alhama de Granada, de entrada, a proveer por primer turno de sustitutos de forense, y la de Navahermosa, de la misma categoría, por traslación. Instancias, hasta el 22 de junio.

"GACETA" DEL 27 DE MAYO:

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Ordenes.—Se convoca a concurso entre los médicos clínicos del Servicio Antivenéreo, con arreglo a la Orden de 2 de diciembre de 1932, para proveer las plazas de médicos clínicos de los Servicios Antivenéreos de Aller (Oviedo), Elche (Alicante), Eibar (Guipúzcoa), Priego (Córdoba), dotadas con 4.000 pesetas. Instancias, hasta el 26 de junio.

* * *

Se anula la convocatoria de concurso-oposición convocado el 6 de febrero último, para proveer cuatro plazas de médicos clínicos de la Lucha Antivenérea.

"GACETA" DEL 31 DE MAYO:

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Ilustrísimo Señor: Celebrado el día 27 de abril último el concurso entre médicos del Cuerpo de Baños para proveer las Direcciones médicas vacantes en Establecimientos de aguas mineromedicinales, con arreglo a las disposiciones vigentes, quedaron sin cubrir las plazas cuya relación es adjunta.

Y comoquiera que el Estatuto balneario en vigor, de 25 de abril de 1928, impone a los dueños de los Establecimientos de aguas mineromedicinales que no se encuentren atendidos por médicos del expresado Cuerpo la obligación de subvenir a la asistencia médica de sus Establecimientos por medio de contratos con licenciados en Medicina que tengan aprobadas las asignaturas de Análisis químico e Hidrología médica,

Este Ministerio ha acordado:

Que en el plazo de veinte días, a contar desde aquel en que esta Orden aparezca en la *Gaceta de Madrid*, los dueños de los Establecimientos balnearios comprendidos en la referido relación deberán celebrar los contratos a que el citado Estatuto se refiere, y remitirlos, por triplicado, a la Dirección general de Sanidad, a los efectos determinados en el artículo 40 del mismo.

RELACION QUE SE CITA

Albacete: Villatoya.

Alicante: Benimarfull, Nuestra Señora de Orito y Salinetas de Novelda.

Almería: Sierra Alhamilla y Guardias Viejas.
Badajoz: Salvatierra de los Barros (El Molar) y Salvatierra de los Barros (El Charcón).

Burgos: Salina de Rosío.

Castellón: Nuestra Señora de Abella.

Córdoba: Fuente Agria de Villaharta y Peñas Blancas.

Cuenca: Yemeda.

Orense: Fuente Nueva de Verín.

Pontevedra: Catoira.

Toledo: Venta del Hoyo.

Valencia: Molinell, Santa Ana y Onteniente.

Vizcaya: Elorrio.

Zamora: Almeida.

Los médicos designados por contrato en años anteriores y los que se designen en el presente deberán oficiar a la Dirección general de Sanidad, al hacerse cargo del balneario donde hayan de prestar sus servicios, dando cuenta del comienzo de la temporada y del estado en que se encuentre el establecimiento y los servicios higiénicosanitarios del mismo.

Queda derogada la Orden de 5 de junio de 1929, en todo aquello que se oponga a la presente.

* * *

La *Gaceta* publica en esta misma Orden las obligaciones de los médicos en los balnearios y los dueños del establecimiento.

"GACETA" DEL 3 JUNIO:

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—La Subsecretaría convoca concursos-oposiciones para una plaza de becario de la Sección de Investigaciones Biológicas, y otra de ayudante de la Sección de Cirugía, del Instituto del Cáncer, dotadas, la primera, con 3.600 pesetas, y la segunda, con 6.000. Instancias, hasta el 19 de junio.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,2; ídem mínima, 701; temperatura máxima, 22,2°; ídem mínima, 8,4°; vientos dominantes, O., OSO. y SO.

En la semana presente han dominado en los adultos los procesos catarrales de las vías respiratorias altas, con ligero movimiento febril. También aquejaron depósitos úricos dolorosos de diversas localizaciones los propensos a este género de trastornos metabólicos.

En los niños, amigdalitis frecuentes y algunos casos de difteria.

CRONICAS

Tratado práctico de Etiqueta y distinción social, sexta edición. Distribución esmerada por asuntos, 4 pesetas ejemplar. Pedidos al apartado 121, Madrid.

Iodamelis, modificador tota'—Lean nuestros suscriptores el prospecto que adjuntamos de los Laboratorios E. Boizot, y pidan muestra con la tarjeta impresa a dichos Laboratorios.

"Inmunidad".—Esta obra sobre higiene es el mejor libro del ilustre Dr. Manuel Martín Salazar (con un folleto del Dr. Marañón). 20 pesetas ejemplar. Pedidos, a EL SIGLO MEDICO.

Cosido al periódico adjuntamos prospecto de "La Química Comercial Farmacéutica, S. A. Bayer", anunciando cuatro de sus productos.

Bolaños y Aguilar (S. L.). Talleres Gráficos. Altamirano, 59. Madrid.

HAPTINOGENOS

“MÉNDEZ”

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

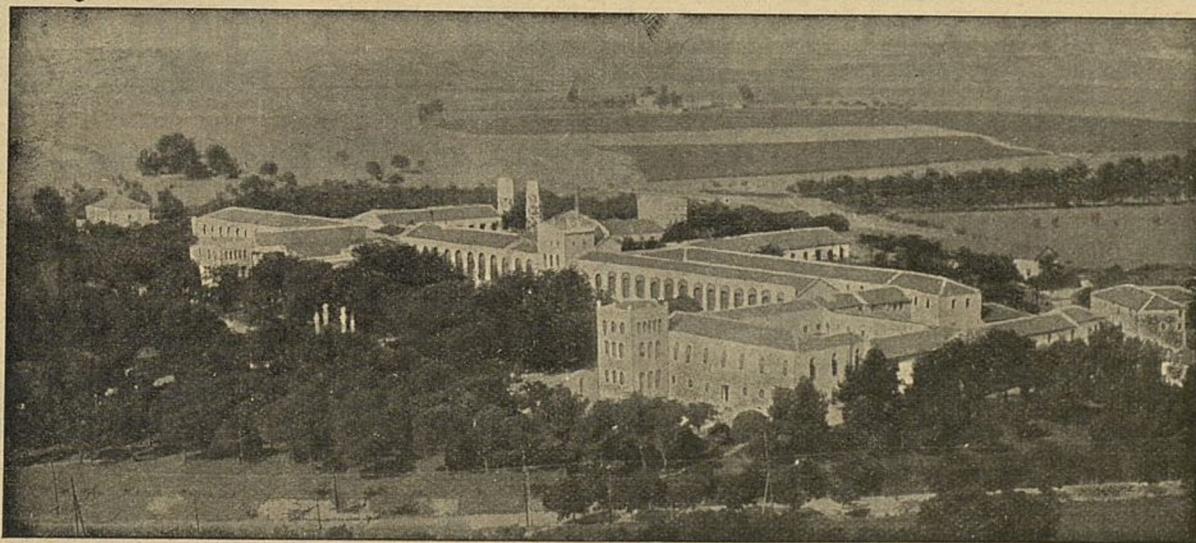
Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Aené. Forunculosis.
Antrax. Abscesos e infecciones a estáfilo.

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 PSIQUIATRICO ESQUERDO FUNDADO EN 1877

PARA AMBOS SEXOS, CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

Cuatro jardines exteriores e independientes con vistas al campo. Rodeado de pinar y terrenos propios en extensión de 300 hectáreas, con dos granjas de labor, varias huertas y hoteles independientes.

TRATAMIENTOS MODERNOS ♦ CUATRO MÉDICOS INTERNOS

Director: JAIME ESQUERDO SAEZ

INFORMES.-MADRID... { Alfonso XI, 7
Teléfono 16962

SANATORIO... { Carabanchel Alto
Teléfono 20

LA MEDICACIÓN CLÁSICA DE LA

EPILEPSIA

JARABE ANTI-EPILEPTICO URGELL

Excelentes resultados en la gran mayoría de afecciones nerviosas.
(Corea, Histerismo, Convulsiones, Neurosis, etc., etc.)

PUREZA DE COMPONENTES



TOLERANCIA MAXIMA

Fórmula p. cucharada: Jar. nar. agr. 16,48 = Br. K. 3,50. Br. Zn. 0,02.

DOS NOVEDADES EGABRO

PARALENTER: Alimento antidiarreico sin as-
tringentes. Fórmula originalísima. Alto índice
nutritivo y asimilación total. Energética en es-
tado naciente: Indicado en *dispepsias, gastro-
enteritis, enterocolitis* y en todos los trastornos
gastroentéricos de tipo emético o tipo diarrei-
co con o sin fiebre. Siempre que se quiera con-
seguir el «restitutio ad integrum» de la función
digestiva del niño, del infante o del adulto. Ca-
da caso de ensayo será un éxito clínico indudable.

FEBRIFUGOL AL PIRAMIDON: El máximo de
las probabilidades curativas en las fiebres tí-
ficas, colibacilares, etc., por los maravillosos
efectos de la *Plata coloide* y la *Urotropina*,
acentuados acusadamente con el *Piramidón*,
antitérmico definido por Krehl en sus matices
de tolerancia e inocuidad.

Indicaciones y dosis: Las mismas exactamen-
te que las del FEBRIFUGOL simple.

SERVIMO - MUESTRAS A LOS SEÑORES MÉDICOS
Indicando estación destino.

Laboratorio EGABRO
CABRA (Córdoba) España.

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de Lactocresota soluble

**ACCIÓN
RÁPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Curiel s. A. - Aragón 228 - Barcelona



BARACHOL



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

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

DULCIMIDA DULZOR DE RÉGIMEN

PASTILLAS DE 0'03 gr. :: PRODUCTO NACIONAL Muestras y Literatura: LABORATORIOS MORATÓ

la luz. Así, la mayoría de las bacterias, por la influencia de la penetrante luz del sol, experimentan primero un trastorno en algunas funciones vitales, con lo cual queda impedido su desarrollo, para sufrir finalmente la «muerte por luz». Las bacterias que viven libres en la naturaleza y que forman ciertos pigmentos que actúan quizás como filtros protectores contra la luz se muestran más fotorresistentes que las especies sin pigmentos, que se presentan como agentes patógenos en los organismos superiores y que son muy fo-

**BENZOFORMINA
PRODUCE FORMOL
Y DESINFECTA ORGANISMO**

so de las bacterias por el espectrofotómetro han mostrado inequívocamente que todos los rayos no absorbibles por la substancia celular bacteriana son también fisiológicamente inactivos, mientras que los rayos absorbibles actúan según la intensidad y el tiempo de iluminación, impidiendo el crecimiento o matando los gérmenes. Aparte de los rayos no absorbibles infrarrojos, rojos, amarillos y verdes, los rayos Röntgen, no absorbibles por las bacterias, son también fisiológicamente inactivos. Es evidente que se trata de la absorción de los rayos ultravioleta por determinadas substancias de la célula bacteriana, entre las cuales los proteidos de importancia vital, así como los ácidos nucleínicos y tímínicos y sus derivados, representan un papel importantísimo. En todo caso, han mostrado las investigaciones que las curvas de absorción que dan espectrofotográficamente estas substancias al ser atravesadas por los rayos ultravioletas, coinciden en gran medida con las de las células bacterianas mismas o con sus curvas de mortalidad. Señalaremos, por último, el que las curvas de coagulación de la albúmina, de la formación de la methemoglobina y de la muerte de las bacterias por los rayos ultravioletas tienen su máximo en longitudes de onda entre 270 y 260 μ .

CALCINHEMOL ALGUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

tóobas. Para la resistencia de las bacterias a la luz, son también decisivas, además de la especie y raza, la edad y el estado de nutrición del cultivo, así como la composición y la reacción del medio alimenticio, la intensidad del foco luminoso y la duración de la irradiación, sobre lo que existen numerosos estudios.

Investigaciones fotobiológicas sobre la naturaleza de la acción bactericida de la radiaciones han llevado, hace ya cincuenta años, a establecer que el poder bactericida de la luz está ligado a determinadas regiones del espectro. Las radiaciones luminosas de onda larga (infrarrojas, rojas, amarillas y verdes) son inactivas, mientras que las de onda corta (azules, violetas y ultravioletas), a medida que decrecen, ganan en poder bactericida. De acción especialmente enérgica son los rayos de la región ultravioleta del espectro, lo que ha llevado a la errónea concepción de que el poder bactericida de la luz radica en la formación, mediante los activísimos rayos ultravioleta, de substancias de actividad aseptizante, como el ozono y el peróxido de nitrógeno, y debe estar ligada a la presencia del oxígeno del aire.

Investigaciones posteriores, por el contrario, han mostrado, indiscutiblemente, que el poder bactericida de

OPTOBALSAN

(Optoquina y balsámicos)
● INYECTABLE ●

los rayos ultravioleta depende íntimamente de la absorción ultravioleta en la substancia celular bacteriana, lo que, naturalmente, no excluye la acción perjudicial de substancias aseptizantes, que pueden organizarse al mismo tiempo en el medio de cultivo.

Experimentos sobre la acción de los rayos ultravioleta después del pa-

agua, y por otra, con la red eléctrica, con lo cual, a los pocos minutos se alcanza la máxima irradiación ultravioleta. La corriente para la iluminación alcanza, a una tensión de 220 voltios, unos 10 amperios, y la corriente de funcionamiento a cinco amperios, así que con un gasto relativamente pequeño de corriente se logra una emisión eficazísima de rayos ultravioletas. La fuerza germicida de este aparato de irradiación ultravioleta es tan grande, que, pasando 2.000 litros por hora, es decir, que con una irradiación de cada partícula de agua duran-

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

(Véase anuncio, página III)

te un segundo y medio, se alcanza prácticamente una esterilización. Con esto no aparecen cambios perjudiciales de color, olor ni sabor del agua esterilizada por la irradiación.

POLONIA

Proyecto de ley para auxiliar a los sanos que deseen casarse

El Parlamento polaco tiene en la actualidad cuatro proyectos de ley acerca de eugenesia, matrimonio y esterilización. De ellos, el más original es de auxilio a los que desean casarse y no tienen medios económicos para ello.

Según este proyecto, cuando dos individuos sanos física y psíquicamente y pertenecientes a familias que se dedican a trabajos útiles para la sociedad y para la nación, deseen casarse y no puedan hacerlo por falta de medios, podrán solicitar el auxilio del Estado y del Municipio. Serán preferidos aquellos individuos que en la escuela dieron muestra de aptitudes sobresalientes, los reconocidos como trabajadores hábiles en su oficio y los que tengan especiales aptitudes científicas o artísticas, todo ello junto con un excelente desarrollo corporal. El auxilio que se les

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

preste consistirá en dispensarles de los gastos legales que el matrimonio ocasiona, en auxilio pecuniario por el Municipio, en dispensar a los casados pobres de los impuestos diversos del Estado y del Ayuntamiento durante un tiempo de cinco años; en donativos de instrumentos de trabajo y para la instalación de la casa, y en el pago por el Municipio de los

TERTULIA MEDICA

diversos seguros de hijos, de los gastos de educación de éstos, etc. También podrán facilitárseles tierras que trabajar. Los impuestos para pago de tales auxilios se recaudarán en los solteros de más de treinta años y en los matrimonios sin hijos de buena posición, a no ser que carezcan de hijos por haber sido esterilizados uno de los cónyuges por razones de eugenesia.

Educación de los niños sordos

No hace mucho tiempo que se descubrió que la sordera es, a menudo, la causa del retraso sufrido en sus estudios por muchos niños considerados como atrasados mentales. Este defecto presenta, como es natural, grados diferentes, desde las formas benignas, que pasan con frecuencia desapercibidas hasta la sordera más o menos total. Hoy día se trata de diagnosticar y de clasificar las diferentes clases de sordera y de cuidar al niño que la padece.

En un reciente artículo publicado

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico
BALDACCI-PISA

en la revista de la Cruz Roja danesa, el Dr. Aage Plum explica la forma en que están tratados en Copenhague los escolares sordos que siguen sus estudios en la Escuela especial creada con este objeto en 1916. Esta institución, que comenzó modestamente, se ha desarrollado con arreglo a sus necesidades, elevándose hoy día a casi un millar el número de niños de que se ocupa. Como esta escuela es un modelo en su género, y como sus actividades y principios son, en conjunto, análogos a los de las instituciones que persiguen fines similares, una reseña detallada de los resultados obtenidos nos parece indicadísima para informar útilmente a las familias sobre lo que se puede llegar a conseguir de los niños que padecen una sordera más o menos aguda.

El examen médico escolar comprende, en general, «tests» destinados a revelar los defectos posibles del sistema auditivo del niño; se anota cuidadosamente la distancia en que oye palabras pronunciadas en voz ba-

ja; normalmente, esta distancia varía entre 15 y 20 metros, cuando el interlocutor no está de frente. En

ARTE GRAFICO

Fotografado. Hortaleza, 21. Tel. 14623

Especialidad en trabajos para Laboratorios

Copenhague, la distancia elegida para esta prueba por las autoridades escolares es de seis metros. Los niños que no pueden oír un cuchicheo emitido a esta distancia, repiten la prueba a tres metros de distancia. Si el resultado sigue siendo negativo, se vuelve a repetir la prueba a 50 centímetros. Los alumnos que pasan con éxito esta última prueba continúan los estudios con sus compañeros, pero se les coloca lo más cerca posible del maestro. Los casos crónicos son enviados a una escuela especial. No obstante, esta medida no puede ser general, pues hay a veces algunos niños tan bien dotados, que pueden continuar sus estudios con los otros escolares.

El programa de las escuelas para niños sordos es el mismo que el de los otros establecimientos de enseñanza; la única diferencia está en que hay menos alumnos en clase y que los pupitres están colocados en semicírculo alrededor del maestro, cuyo semblante está siempre iluminado. Además, éste habla despacio, articulando muy distintamente, y se esfuerza en acostumbrar a su alumnos a que lean en voz alta. Dicta los textos sin hacer uso de la voz, articulando la spalabras con los labios solamente.

La articulación de los sordos es, generalmente, defectuosa, porque no

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio

Frasco e inyectables

se oyen. Con ayuda de un espejo, aprenden a dirigir los movimientos de los labios. Estos ejercicios requieren mucha paciencia de parte del maestro, que debe prepararse metódicamente a esta enseñanza.

La sordera se debe a diferentes

causas: una supuración crónica, por ejemplo, puede provocarla. Los niños que sufren esta afección están cuidados en la escuela. La enfermera o, bien el maestro, proceden todas las mañanas a la limpieza del conducto auditivo, con objeto de quitar las secreciones, cuyo olor puede ser desagradable. Gracias a este examen diario, cada caso es observado detenidamente, interviniendo el médico escolar en cuanto se impone un nuevo tratamiento. Ciertos casos de otitis se tratan por medio de insuflaciones de Politzer. Este tratamiento suele ser tan eficaz, que, al cabo de algún tiempo, los niños pueden reanudar sus estudios con los niños normales.

En la escuela para niños sordos se vigila también atentamente el estado general de los alumnos, que, en gran parte, suelen ser de constitución débil y contraen catarros que pueden agravar su enfermedad. Por consiguiente, se cuida de que tengan siempre los pies bien secos y se les da una comida caliente.

No hay que olvidar que el niño sordo no puede ejercer cualquier ofi-

Fábrica especializada en Productos Dietéticos
y de Régimen Vegetariano

CASA SANTIVERI, S. A.

Call, 22. — BARCELONA

cio a la salida de la escuela; la escuela especial prepara, por tanto, para que gane su vida aprovechando las aptitudes que se hayan observado en él. Lo más conveniente es enseñar a los chicos un oficio manual, y a las niñas, la costura, trabajos de lencería, a hacer sombreros, etc. El aprendizaje suele ser largo, y exige muchos recursos. Los jóvenes sordos de Copenhague están bien, desde este punto de vista, pues se benefician de un fondo especial que les está destinado.

Con frecuencia, sucede que, por ignorancia o por prejuicio, ciertos padres se niegan a enviar a sus hijos sordos a una escuela especializada. Esta actitud no tiene el menor fundamento, pues las familias que han sabido sacar partido de la enseñanza dada en los establecimientos de este género consideran que dichas escuelas especiales constituyen uno de los mayores beneficios, pues ponen a los niños en situación de vivir una existencia casi normal.

○ PAN INTEGRAL INSOJA ○

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

El empleo de la Soja en la Panificación, acontecimiento científico inapreciable, es una patente nacional de la

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40
Teléfono 74548 - MADRID

¡DIABÉTICOS! ¡NATURISTAS! Pedido en Panaderías y establecimientos de régimen.

DEPÓSITOS CENTRALES: Mantequerías Rodríguez. La Suiza, Cruz, 26; Tintoreros, 4.

depresión y parálisis completa, que acaba por parálisis de la respiración.

Para eliminarse como ácido hipúrico, necesita el benzoico combinarse con nitrógeno, el cual toma de la glicocola. De este modo, esta substancia queda incapacitada para constituir el ácido úrico. Igualmente sustrae nitrógeno de la urea, de modo que, en resumen, la cantidad de urea y ácido úrico eliminados disminuyen, a la vez que el nitrógeno total aumenta. En los tíficos, la cantidad de urea y de materias sólidas resulta aumentada. En cuanto a la cantidad de orina eliminada, en el organismo sano aumenta unas veces y disminuye otras; en el tífico resulta casi siempre aumentada, y en cantidad a veces considerable. Las dosis muy altas hacen bajar la temperatura escasamente.

Se halla indicado el ácido benzoico en todos aquellos casos en que conviene hacer ácidas orinas alcalinas, y principalmente cuando éstas sufren la fermentación amoniacal, que sostiene pielitis y cistitis purulentas, así como, cuando por esta misma causa, se producen cálculos fosfáticos secundarios. Robin aconseja el ácido benzoico o el benzoato de sosa en la fiebre tifoidea, con objeto de aumentar la eliminación de los materiales incompletamente oxidados. De todas formas, no es conveniente dar más de dos a cuatro gramos, pues el ácido hipúrico eliminado ya no aumenta con dosis mayores; el exceso pasa a la orina sin alterarse o se elimina por las heces.

El ácido benzoico y el benzoato sódico se emplean con frecuencia como expectorantes. El benzoato sódico se ha recomendado mucho en el reumatismo articular agudo, pero es muy inferior al salicilato sódico. No conviene recetar el ácido benzoico a los dispépsicos, sino que habrá que atenerse exclusivamente al benzoto sódico.

El primero se receta en dosis de 50 centigramos a dos gramos, en sellos, papeles o píldoras; el segundo, de

sometidos á esta indicación, y uno solo de ellos bastará para hacerla sospechar, pues los enfermos reaccionan cada uno de un modo diferente.

El tratamiento consistirá, naturalmente, en evacuar la parte de tóxico que sea posible por medio de lavados gástricos e intestinales, y, a falta de ellos, con vomitivos y purgantes; pero en los primeros no hay que tener confianza, porque, debido á la misma belladona, tienen poco efecto. Aparte de esto, el tratamiento será sintomático, es decir, que cuando el enfermo esté deprimido, se le dará café fuerte, alcohol, éter, afusiones frías en la cabeza, y si está exaltado, se le inyectará morfina (a dosis muy pequeñas y repetidas, sin llegar jamás a dosis masivas), o se le darán otros hipnóticos o calmantes. Durante el estado comatoso se practicará la respiración artificial. No se conocen antídotos directos para la atropina; se han utilizado la fisostigmina y la pilocarpina, más ésta que aquélla, y se ha observado que sólo es útil en casos de intoxicación no muy intensa. Obra produciendo miosis, excitando el funcionamiento de las glándulas que la atropina paralizó y excitando también las terminaciones cardíacas del vago; de esta manera evita la muerte por parada del corazón en diástole, que se produce por agotamiento de los nervios impulsores cardíacos; mas, como la muerte no sólo se produce por este mecanismo, sino también, y las más de las veces, por parálisis de la respiración o depresión del sistema nervioso, resulta la pilocarpina un medicamento que deberá emplearse, desde luego, en todos los casos a dosis de uno a tres centigramos en inyección subcutánea, pero de la cual no se deben esperar grandes resultados.

BENCINA

Es un líquido incoloro, muy refringente, muy móvil, de olor fuerte y aromático, insoluble en agua, soluble en alcohol y éter. Sus vapores son muy inflamables. La bencina disuelve el azufre, el fósforo, las grasas, el caucho, la gutapercha, la cera y las resinas.

Es muy poco tóxica en ingestión: se pueden tomar hasta ocho gramos sin que sobrevenga intoxicación alguna; en inhalación es mucho más tóxica.

Puesta en contacto con la piel determina una sensación de quemadura y llega a producir eritema. Esta acción es mucho más intensa sobre las mucosas, y cuando se ingiere se percibe una sensación de quemadura intensa en el epigastrio.

Se emplea en la triquinosis, aunque sólo actúa sobre las triquinas que aún se encuentran en el intestino. Al exterior se usa contra la sarna.

Se receta en dosis de medio a dos gramos, en cápsulas.

Envenenamiento por la bencina.—Se caracteriza por vértigos, embriaguez con pérdida de conocimiento, anestesia que, cuando termina, deja sensación de hormigueo en los dedos, y en los casos graves, alucinaciones, delirios, confusión de ideas, ataques epilépticos y coma de larga duración.

Cuando el envenenamiento se haya producido por ingestión, se tratará por el lavado gástrico y los vómitos, y cuando se deba a inhalación, separando al enfermo de la atmósfera peligrosa. Por lo demás, el tratamiento será sintomático. Si hay dificultades respiratorias muy manifiestas se practicará la respiración artificial. Aunque sobrevenga el coma y dure algún tiempo, no hay que ser pródigo en fármacos, pues casi todos los casos terminan por la curación. Como profilaxia ha de procurarse la buena ventilación de los recintos donde se des-

utilan la brea de haya y los petróleos, que es de donde procede.

BENZOICO (ÁCIDO) Y BENZOATOS

El ácido benzoico existe en la mirra, en el bálsamo del Perú y en casi todos los vegetales que contienen esencias, pero el uso en Medicina debe proceder tan sólo de la sublimación del benjuí. Se presenta en agujas incoloras o amarillentas, de olor ligero a benjuí y sabor acre. Es soluble en alcohol y éter, pero muy poco soluble en agua.

El más empleado de los benzoatos es el de sodio, que cristaliza también en agujas incoloras algo eflorescentes, solubles en dos partes de agua.

El benzoato amónico es una sal neutra que, en contacto con el aire, se vuelve ácida, poco soluble en agua fría y mucho en agua caliente.

El ácido benzoico es un antiséptico débil, pero no pierde esta propiedad, tal vez la aumenta, al combinarse con el sodio.

La absorción del ácido benzoico es muy fácil. En el organismo se combina con una molécula de glicocola, dando origen al ácido hipúrico. Estas combinaciones tienen lugar en los riñones. También se elimina algo por la saliva y el sudor.

La toxicidad no está bien determinada, pero no se ha apreciado, salvo casos muy excepcionales, con dosis menores de 10 a 15 gramos, a las que nunca se llega.

En las mucosas del aparato digestivo produce sensación de acritud y quemadura, incluso de náuseas y vómitos.

Fluidifica las secreciones bronquiales y favorece la expectoración.

Las dosis elevadas producen pesadez de cabeza, taquicardia, sensación de calor y excitación, a la cual sucede

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con
DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO
de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

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

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.

Baños de Alange

En ALANGE, provincia de Badajoz

Los más antiguos de España. Datan de la época romana, como lo acreditan las dos piscinas de dicha fecha que se conservan intactas y utilizan en la actualidad.

Especiales para todas las enfermedades del sistema nervioso, neurastenia, histerismo, enfermedades propias de la mujer, epilepsia, etc.; proporcionan gran alivio en las enfermedades mentales.

Temporada oficial: 1.º de Junio a 30 de Septiembre

Para más detalles dirigirse al Administrador del Establecimiento D. Agustín de Rueda, en ALANGE.



"LUXTAL"

EXIJA LA MARCA



GRABADA EN CADA CRISTAL

PARA PROTEGER SUS OJOS DE LA LUZ INTENSA, CRISTALES DE COLOR CIENTÍFICO

TODAS LAS RECETAS O GRADUACIONES PUEDEN SER EJECUTADAS CON ESTOS CRISTALES.
DE VENTA EN TODOS LOS ÓPTICOS

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. León Rodríguez Mora, pagado fin diciembre 1936.

D. Felipe Serrano Torres, ídem id.

D. E. Tello, ídem id.

D. José Tasande, ídem id.

D. Alberto Díaz Borrás, ídem id.

D. Andrés Hervias, ídem id.

D. Emiliano Agudo, ídem id.

D. Francisco Gutiérrez, ídem id.

D. Andrés Martínez, ídem id.

D. Rafael Cuervo, ídem id.

D. Antonio Hueso, ídem id.

D. Valeriano Cid, ídem id.

D. Arsenio Martín, ídem id.

D. José Megias, ídem id.

D. José Conde, ídem id.



LA ORTOPEDIA MODERNA

GRAN CASA CONSTRUCTORA

ALONSO y ALFONSO

APARATOS ORTOPÉDICOS

ORTOPÉDICO DEL HOSPITAL MILITAR Y DE OTROS CENTROS

Fuencarral, 98 - MADRID Tel.º 15.724

SEVILLA-PARIS-MILAN

ROMA

FAJAS BRASQUEROS

VENDAJES

GASAS Y ALGODONES

PIERNAS Y BRAZOS

ARTIFICIALES

UNICA EN CORSES

DE CELULOIDE

MULETAS

MADRID-ZARAGOZA-MADRID

GRAN PREMIO

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON

Carmen, 12.-Madrid

FUNDADO EN 1866

TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

Ovariofono

COMPOSICION:

Substancia ovárica, 0,10; Substancia tiroi-
des, 0,03; Viburnum prunif extr., 0,06; Pis-
cidia erythrina extr., 0,06; Hyoscyamus ni-
ger extr., 0,01.

Amenorrea, Oligomenorrea, Pubertad retrasada,
Trastornos de la Menopausia, Reglas dolorosas,
_____ Psicosis sexuales. _____

DE DOS A OCHO GRAGEAS AL DIA (DOS CADA VEZ)

Hemostono

COMPOSICION:

Substancia mamaria, 0,10; Substancia pla-
centaria, 0,05; Secale cornutum extr., 0,06;
Hamamelis virg. extr., 0,04; Hidrastis ca-
nad extr., 0,02.

Menorragias, Metrorragias, Fibromas uterinos,
Congestiones utero-ováricas, Hemorragias de la
_____ pubertad y menopausia. _____

DE DOS A OCHO GRAGEAS AL DIA (DOS CADA VEZ)

Laboratorio Biológico LOPÉZ-BRE A

León XIII, 7 Barcelona (S. G.)