

# EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.258. — Tomo 96

AÑO OCHENTA Y DOS

ENTRADA  
22 JUL. 1935  
20 Julio 1935

## MORRHUËTINE

### JUNGKEN

#### CARACTERES ESENCIALES

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

#### SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el  
tratamiento de las *Adenopatías*  
*Linfatismo*  
*Escrofulismo*  
*Raquitismo*  
*Diabetes*  
*Heredosifilis*  
*Ameno y Dismenorrea*  
*Convalecencias*  
*Estados llamados Pretuberculosos*



**LABORATORIO MIRABENT BARCELONA**

ESPECIALIDAD NACIONAL



## DOCTORES:

NO COMPRAD AUTO-  
MOVILES SINO EN

# AUTOTODO

Marqués de Cubas, 12  
MADRID - Teléfono 12389



Coches nuevos y de ocasión.  
Estado perfecto. Facilidades

## Nuevos libros del Dr. Valdés Lambea

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

### Percusión y auscultación del aparato respiratorio

(Seis lecciones elementales)

8 PESETAS

### Terapéutica fundamental de la Tuberculosis

(Lecciones para médicos generales y estudiantes)

10 PESETAS

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

## 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.

## ALMORRANAS



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

## CATARROS BIFOSFOTIOL TOSSES

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

Se obtienen resultados positivos y rápidos con este preparado en las afecciones pulmonares, catarrros bronquiales y gripales, desgaste orgánico, escrofulismo e inapetencias

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS

## Elixir Clorhidro Pépsico Amargós DIGESTIL

(Nombre registrado)

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

## 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



Sección segunda.—*Administrativa y de Contabilidad*: Con los asuntos correspondientes.

Sección tercera.—*Personal*: Esta Sección, además de todo lo concerniente a personal técnico y administrativo de la Dirección general de Sanidad, tendrá a su cargo lo referente a Profesiones sanitarias, Médicos de baños y Cuerpo de Inspectores municipales de Asistencia domiciliaria.

Artículo 3.º La Jefatura de Enseñanza e Investigación comprenderá cuantos asuntos y servicios tengan como finalidad la formación de los funcionarios sanitarios, divulgación de preceptos profilácticos, normas de especialización, labor experimental y contrastación de métodos y productos de carácter médico o sanitario, para garantizar su eficiencia.

Esta Jefatura constará de las siguientes Secciones:

Sección primera.—*Enseñanza sanitaria*: Abarcará lo referente a Biblioteca, planes de estudios, horarios, régimen interior y didáctico en general de los siguientes Centros de enseñanza sanitaria, dependientes de la Dirección general de Sanidad:

Escuela Nacional de Sanidad u organismo que haga sus veces, Escuela de Puericultura, Escuela de Instrucciones sanitarias y Centro secundario de Vallecas.

Sección segunda.—*Investigación y comprobación*: Provisionalmente se incluirán en esta Sección el Instituto Nacional de Higiene, Instituto técnico de Farmacobiología, Hospital Nacional de Infecciosos y Tuberculosos, Instituto antipalúdico de Navalmoral e Instituto del Cáncer.

Sección tercera.—*Propaganda sanitaria*: Estarán incluidos en esta Sección los Servicios de divulgación, propaganda gráfica y de publicaciones de la Dirección general de Sanidad.

Artículo 4.º Para redactar los Reglamentos correspondientes a los Servicios enunciados en el Decreto de este Ministerio de 24 del actual se designan las siguientes Comisiones, que presentarán, en el plazo de un mes, a partir de la publicación de esta Orden, los proyectos de los citados Reglamentos.

Servicios de la Subdirección general de Sanidad.—Ilus-

## ORGANIZACIÓN DEL CUERPO DE MÉDICOS FORENSES

(Conclusión.)

director de la Escuela de Medicina legal o el profesor de la misma que él designe y por dos forenses de Madrid (capital), designados por la Junta de su Corporación.

Art. 15. Las vacantes que hayan de proveerse por los turnos de traslación, antigüedad y méritos, se anunciarán por la Subsecretaría del ministerio de Justicia en la *Gaceta de Madrid*, por un plazo que no podrá exceder de un mes, a contar desde que el Ministerio tenga conocimiento oficial de la vacante. El anuncio se hará por treinta días naturales, y las solicitudes se dirigirán, dentro de ese plazo, al Ministerio.

Art. 16. La toma de posesión del médico forense nombrado deberá efectuarse dentro de los treinta días siguientes, a contar desde la fecha de la publicación del nombramiento en la *Gaceta de Madrid*, plazo que podrá prorrogarse otros treinta días por enfermedad justificada.

Art. 17. Si quedase desierta la vacante anunciada, se considerará que ha cubierto turno, y volverá a anunciarse en el que le corresponda.

Art. 18 (Decreto del 24 de enero 1935). Los médicos forenses de la misma categoría que deseen permutar sus cargos lo solicitarán del ministerio de Justicia en doble instancia, que deberá venir informada por sus jueces respectivos, expresando en este informe que no se hallan sujetos a expediente los solicitantes.

Art. 19. También podrán, a sus instancia, ser declarados excedentes y volver al servicio activo si lo solicitaran transcurrido un año de excedencia, ocupando la primera vacante que ocurra de su categoría con posterioridad a su solicitud. El tiempo que permanezcan en



esta situación no se les contará como de servicios en la carrera.

Art. 20. Los jueces de Instrucción, cuando los médicos forenses cometieran alguna falta que requiera sanción superior a la amonestación, deberán someter los hechos a la Sala de gobierno de la Audiencia provincial respectiva, a fin de que ésta instruya expediente, bien por sí o delegando en el juez de Instrucción. En el expediente habrá de oírse, necesariamente, al interesado.

Art. 21. Las sanciones consistirán, según la gravedad de la falta, en postergación en el Escalafón, suspensión de empleo y sueldo y separación del Cuerpo. Las dos primeras serán impuestas por la Sala de gobierno de la Audiencia, con recurso ante el Ministro; la última se impondrá directamente por el Ministro.

Art. 22. Los médicos forenses tendrán su residencia obligada en la capital del distrito a que pertenezcan, y no podrán ausentarse sino a virtud de licencia otorgada en la forma que las disposiciones legales determinen para los demás funcionarios de la Administración de Justicia. Los que después de concluidas las licencias concedidas o los que después de nombrados no se posesionaran en tiempo hábil del cargo, se los considerará como renunciantes al mismo y serán separados del Cuerpo.

Art. 23. Los médicos forenses y de población donde exista Facultad de Medicina se designará anualmente uno de ellos, que estará obligado a practicar las autopsias, de acuerdo con el catedrático de Medicina legal, para que los alumnos respectivos adquieran prácticos conocimientos de tan importante operación, según lo determinado en el Decreto de 10 de mayo de 1931 por este Ministerio. Por este servicio percibirán, cada uno de dichos médicos forenses, gratificación de 1.000 pesetas anuales.

Art. 24 (Decreto del 24 de enero 1935). Se declaran a extinguir los médicos substitutos de forenses y forenses interinos, no pudiendo hacerse en lo sucesivo por el Ministerio nombramientos ni de unos ni de otros, y cuando, por enfermedad del médico propietario, ausencia justificada o acumulación de trabajo, el juez lo estime necesario, designará a un facultativo de la localidad don-

ción, y, en general, fiscalización de los Servicios sanitarios del país, en sus aspectos técnico y administrativo, y sea cualquiera la jurisdicción a que pertenezcan, y así como cuanto se refiera a personal, créditos y cuentas de los distintos organismos y dependencias de la Dirección general de Sanidad.

La Inspección general de Sanidad constará de las siguientes Secciones:

Sección primera.—*Inspección de Servicios sanitarios*: La misión fiscalizadora de esta Sección estará distribuida en cinco zonas de Inspección, con residencia en Madrid, que abarcarán las demarcaciones que figuran a continuación:

Jefatura de la Sección y primera Inspección de Servicios sanitarios.—Comprenderá las provincias de Madrid, Guadalajara, Segovia, Valladolid, Avila, Cáceres, Badajoz, Toledo, Ciudad Real y Salamanca.

Segunda Inspección de Servicios.—Provincias de León, Oviedo, Coruña, Lugo, Orense, Pontevedra, Burgos, Palencia, Santander y Zamora.

Tercera Inspección de Servicios.—Provincias de Zaragoza, Huesca, Soria, Navarra, Logroño, Alava, Vizcaya y Guipúzcoa.

Cuarta Inspección de Servicios.—Provincias de Córdoba, Jaén, Sevilla, Cádiz, Huelva, Granada, Málaga y Almería.

De esta Inspección dependerá una Subinspección, destinada a los Servicios de las plazas de Africa y Canarias.

Quinta Inspección de Servicios.—Provincias de Albacete, Murcia, Alicante, Valencia, Castellón, Cuenca, Tírruel y Baleares.

Dependerán también de esta Sección una Inspección de Servicios farmacéuticos y estupefacientes y la actual Comisaría sanitaria.

Al frente de cada una de las Inspecciones de Servicios sanitarios figurará un funcionario del Cuerpo de Sanidad Nacional con la asimilación de Inspector general y las consideraciones y derechos de Jefe superior de Administración.



# TERTULIA MEDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

20-VII-1935

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

### Sobre un supuesto predescubrimiento danogermanoportugués de América

Por EGMONT ZECHLIN  
Profesor de la Universidad de Marburg

Entre los problemas del descubrimiento precolombino de América figura desde hace tiempo el de si, en los años 1470 a 1480, desembarcaron los europeos en las costas del Labrador o en Terranova. El danés Sofus Larsen expuso, en 1924, una opinión nueva sobre este punto. Según ella, el noruego John Skolp y los "skipper" Diderik, Pining y Hans Pothorst, que estaban al servicio de los daneses, en 1372 ó en 1473, en un viaje en unión del portugués João Vaz Corte-Real (padre de los hermanos Corte-Real, que navegaron la costa del Labrador en 1500), habrían descubierto tierras en la región del río San Lorenzo.

Con las noticias que han llegado hasta nosotros, se pueden formar tres grupos de tradición, que deben ser discutidos separadamente.

1. En los relatos, sobre todo en los de los siglos XVI y XVII, se menciona un viaje de descubrimiento de un Johannes Scolvus. Este Scolvus es designado a veces como danés, a veces como noruego, pero generalmente—y así lo hace A. von Humboldt, siguiendo a Lelewel—como polaco, por lo que este viaje ha sido repetidamente estudiado como problema de un predescubrimiento polaco de América. Adquirió gran importancia este viaje desde que se llamó la atención sobre un globo terrestre de Gemma Frisius, existente en el Museo del Castillo de Zerbst, grabado por Gerhard Mercator, en 1537. Al Noroeste de Groenlandia, Mercator

dosa, aunque no del todo imposible, la tesis del origen polaco de Scolvus; pero ha desechado la suposición de que la expedición en que Scolvus tomó parte hubiese llegado más allá de la costa groenlandesa.

2. Desde que el Padre Antonio Cordeyro, en 1717, publicó su *Historia Insulmana*, se trata en Historiografía del problema de un predescubrimiento portugués de la "Tierra del bacalhao". Un documento por el cual se confiere a João Vaz Corte-Real la lugartenencia en el distrito de Angra, en la Terceira (Azores), indica que se le recompensa por un viaje de descubrimiento. Por un error de lectura, un Cordeyro se indica el documento como de 2 de abril de 1464, en vez de 2 de abril de 1474 ("sessenta" en vez de "setenta"), por lo que los escritores antiguos fechan antes de 1464 el predescubrimiento portugués. La mayor parte de los historiadores no lo admiten, pero hoy existen suficientes indicios que llevan a tomar más en serio el viaje de Corte-Real.

3. Por el hallazgo de nuevas fuentes históricas, se ha avivado la cuestión de

puede sacar de las fuentes más antiguas, ninguna de ellas contemporánea, excepto el documento de concesión a Corte-Real, padre.

G. Storm (1886) y Fridjof Nansen (1911) se habían declarado en favor de la opinión de que el viaje de Scolvus y

**Acidol-Pepsina**  
Gastritis-Dispepsias  
Diarreas gastrogenas

el de Pining y Pothorst eran uno mismo. También Olszewicz sostiene esto. Por lo que se refiere a Sofus Larsen, éste tiene por sumamente probable que los tres viajes sean uno mismo; refiere las fuentes relativas a Scolvus, a Pining y a Corte-Real a una fuente portuguesa común, y para salvar la diferencia de fechas, llega al extremo de explicar la indicación "hacia 1476", de Scolvus, suponiendo que este sea el año en que João Vaz Corte-Real escribió su relación de viaje. I. Gebauer, archivero municipal de Hildesheim, a quien se debe el haber demostrado que Pining era oriundo de aquella ciudad, acepta la hipótesis de Larsen como el hecho real del descubrimiento de América. Otro trabajo alemán de Dietrich Kohl, que parte igualmente de Larsen, en vez de comprobar lo que este último admite, se auxilia suponiendo que la expedición hasta Groenlandia había sido en común, y que luego, una vez que se hubo alcanzado el objeto que se proponían los daneses, Pining y Pothorst habrían que-

### 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

si los "skipper" Diderik Pining y Hans Pothorst, al servicio de los daneses, llegaron a América en el octavo decenio del siglo XV. Una carta, encontrada por Louis Bobé en el Archivo de Copenhague, del alcalde de Kiel, Carsten Grip, fecha 3 de marzo de 1451, informa, basándose en mapas publicados poco antes y, al parecer, también con otros fundamentos, que Pining y Pothorst, a ruego del rey de Portugal, fueron enviados por cristian I (muerto en 1481) a buscar en el Norte nuevas islas y tierras, y que hubieron de instalar una brújula en el escollo Hvitsærk, entre Groenlandia y el Anæfellsjökul, en Islandia. La noticia más antigua que se conserva sobre este acontecimiento se encuentra en un mapa y en las noticias correspondientes del obispo sueco Olaus Magnus, de 1539, que fué reimpreso en París en 1548.

Esto es lo que sobre los tres viajes se

### BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

dado allí y enviado a Corte-Real a que prosiguiese la navegación.

En una investigación del problema del descubrimiento precolombiano de América, publicada en la "Historische Zeitschrift" (abril de 1935), expongo por qué no considero sólida esta argumentación

### ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio  
Frasco e inyectables

señaló un lugar con la indicación de que el danés Scolvus había llegado allí hacia 1476. Después que ya G. Storm consideró la denominación "polonus" como lección errónea de "pilotus", el historiador polaco Bolesaw Olszewicz, recientemente (1934), ha juzgado como muy du-



de Larsen. Las causas de error, que creo ver, se pueden resumir así:

1. El viaje de Scolvus aparece como un viaje al Labrador en la historiografía bastante posterior a su época, porque con este nombre, en la primera mi-

## SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIOCOL,  
BENZOATO SODICO Y DIO-  
NINA

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

tad del siglo XVI, se entendía Groenlandia o una isla al Este de Groenlandia. Un hombre de las Azores, el "labrador" João Fernández, que en la primera mitad del último decenio del siglo XV había estado o había oído hablar de Groenlandia, y que después tomó parte en el segundo viaje de Juan Cabot, dió aquel nombre a Groenlandia. El estudio de los mapas de la primera mitad del siglo XVI no admite ya dudas. Desde 1502, Groenlandia es llamada, bajo la influencia de los portugueses, "terra de laboratoris"; el nombre se corre después por el extremo Nordeste de América, más hacia el Sur. Pero también justamente la fuente literaria en que se apoyan las demás relaciones sobre Scolvus (la *Historia de las Indias*, de Francisco López de Gomara, publicada en 1552), indican claramente que por "Labrador" se entendía Groenlandia y que el autor habla de un viaje de Scolvus a este "Labrador" = Groenlandia. La confusión ha nacido porque relatos posteriores repiten el nombre "Labrador" en una época en que ya se entendía por tal la tierra firme que actualmente llamamos Labrador.

2. Todas las fuentes primitivas sobre el viaje de Pining y Pothorst mencionan tan sólo que fueron a Hvitsark. La isla Hvitsark, a que llegaron y que constituye el punto central de estas fuentes históricas, era conocida ya desde los viajes de los normandos, y se ve en muchos mapas del siglo XVI entre Groenlandia e Islandia; pero, como allí no existe ninguna isla, se trata de un lugar de la costa groenlandica misma, a menos que se quiera admitir una noticia cartográfica según la cual aquella isla se habría sumergido por un fenómeno volcánico. Probablemente, con el nombre de Hvitsark se indicó un farallón en el actual

Fábrica especializada en Productos Dietéticos  
y de Régimen Vegetariano

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

cabo Farewell, en el extremo sur de Groenlandia.

3. Aún está por dilucidar qué fué el viaje por el que João Vaz Corte-Real recibió una recompensa, en el documen-

to de 2 de abril de 1474. Forma esto parte de la cuestión predescubrimiento portugués de América, que— según he indicado en otro lugar—lo tomo más en serio que los investigadores anteriores, aunque no lo identifico con el viaje de Pining y Pothorst, y no considero admisible sostener éste, como lo ha hecho Larsen, con datos que pueden ser válidos para un viaje del portugués João Vaz de Corte-Real a la "Terra de balhao".

4. Debemos a los historiadores alemanes de viajes de descubrimiento, desde A. von Humboldt, el haber puesto en duda, como viaje a Islandia, el de Colón a "Tile" o a "Friesland", como pretenden Las Casas y la *Historia* atribuida a Fernando Colón; en este punto, incluso H. Vignaud estaba de acuerdo con los alemanes. Recientemente, la investigación sobre las "notas marginales" colombinas (1) ha destruido el último fundamento de un viaje de Colón a Islan-



dia. Con esto cae la hipótesis de que Colón hubiese oído hablar, en 1477, en Islandia, del descubrimiento de América por Pining.

Así, resulta que no se puede hablar de un descubrimiento de América veinte años antes de Colón, ni por polacos, ni por daneses, ni por alemanes, ni por una expedición común danogermanoportuguesa. Respecto al problema de un predescubrimiento portugués, hablaremos más adelante.

(De Investigación y Progreso.)

## La muerte es un acto vital, siendo la «muerte patológica» una ignominia médica

Por el Dr. JOSÉ M. FONTELA

Expensionado por el Gobierno de España (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes) para estudios bacteriológicos en la Universidad Nacional de La Plata, Argentina

Los estudios científicos que se vienen divulgando a los alumnos de los centros universitarios oficiales, tanto de España como del extranjero, destinados a capacitar al escolar que desea obtener un diploma profesional, especialmente médi-

(1) Véase: F. Streicher, *Las notas marginales colombinas y Las Casas y Las notas marginales de Colón en los libros de Pedro Alíaco, Eneas Silvio y Marco Polo, estudiadas a la luz de las investigaciones paleográficas*. (Investigación y Progreso, año III, págs. 44, 45 y 49-52; Madrid, 1929.)

co, veterinario e ingeniero agrónomo, están siendo objeto de nuestra crítica, porque el profesorado mantiene, en forma casi inexpugnable, principios erróneos que le fueron transmitidos, a su vez, por los profesores que actuaron de maestros y los

## Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22.—Jaén

precedieron en la cátedra, sin que tales preceptistas hayan experimentado el deseo, muy justificado, de "controlar" los conocimientos diseminados por las aulas en provecho de los estudiantes, a fin de reconocer si se ajustaban a la realidad de la vida. Ciertamente, si el cuerpo de profesores se molestase en pensar por propia cuenta, sin dictados extraños, sometiendo al rigor de la experimentación el juicio formado sobre un hecho de la naturaleza, no acontecería la irregularidad que es muy fácil registrar cuando la ciencia médica, verbigracia, fundamenta, sin base cierta, esta concepción errónea: *los microbios son causa de enfermedad*. Nosotros, al cursar los estudios correspondientes para la obtención del título profesional, hemos sido víctimas de tal concepto microbiano, que estuvo a punto de producir en nuestro organismo una verdadera hecatombe fisiológica: originar la muerte patológica, conduciéndonos a la "vida mineral" prematuramente. Efectivamente, en nuestras indagaciones científicas tuvimos la suerte de informarnos de la existencia de la nueva ciencia denominada Plasmogenia, al leer *Generación consciente y hoy Estudios*, de Valencia, y al saber que "el mineral es el todo en Biología" (*Una nueva ciencia. La Plasmogenia*, por el profesor Alfonso L. Herrera), la clínica se hubo de inspirar en nuevas concepciones que, al exonerar la causa microbiana como entidad morbosa, nos están conduciendo a proclamar, definitivamente, esta interpretación: *los microbios son efecto de la enfermedad*.

En el estado actual de los conocimientos técnicos relativos al proceso de la fer-

## "JUSTO", FAJISTA

Fajas médicas y de vestir

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

mentación, se suscitan dos opiniones acerca del fenómeno fermentativo, en lo que afecta a su origen, tildándose, por unos autores, de procedencia microbiana,

(Continúa en la página XVIII)



## Balneario CALDAS DE OVIEDO

Especializado en la curación de **Reumas - Catarros - Consecuencias gripales**

### GRAN HOTEL DEL BALNEARIO

(En el mismo edificio de los baños, estufas, inhalaciones etc.)

Todo confort - Cocina de primer orden a cargo de acreditado jefe de Madrid.  
Automóvil del GRAN HOTEL a las estaciones de Oviedo

**15 de JUNIO a 30 de SEPTIEMBRE**

### MEDINA DEL CAMPO (VALLADOLID)

Cloruradosódicas sulfurosas, variedad yodobromurada 15°

ESCROFULISMO, GINECOPATIAS,  
REUMATISMO, ANEMIA, NEUROSIS

Temporada: 15 de Junio a 15 Septiembre

### SOLUCION DE FERMENTOS POLIVALENTES GENOVÉ

DE ACCION LEUCOPOVÉTICA E INMUNIZANTE

DE INDICACION PRECISA EN TODAS  
LAS INFECCIONES DE ORIGEN  
ESTREPTO Y ESTAFILOCÓCICAS:

Sarampión, Escarlatina, Neumonías,  
Anthrax, Flemones, Anginas pultáceas  
o flemonosas, Otitis supurada,  
Septicemia diversas, etcétera.



MUESTRAS Y LITERATURA:

*Laboratorio de la Farmacia  
Viuda Dr. GENOVÉ*

*Rambla de las Flores, 5  
BARCELONA*

### TERMAS ORION

Santa Coloma de Farnés (GERONA)

AGUAS ACRATOTERMAS RADIOACTIVAS  
LAS MÁS FLUORURADAS DE EUROPA,  
CONTIENEN EMANACIÓN DE TORIUM

ENFERMEDADES NERVIOSAS  
AFECCIONES CIRCULATORIAS  
REUMATISMOS  
PROCESOS QUIRÚRGICOS

Temporada: Del 15 de Mayo al 31 de Octubre

### Balneario de Carlos III TRILLO

Temporada de 1.º de Julio  
— a 15 de Septiembre —

Médico-director en propiedad: Excelentísimo señor D.  
VICTOR M.ª CORTEZ

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel  
Deliciosa estación de verano. - Gran parque y monte

Clima de montaña, 780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid

Indicaciones del FORCEPS  
y técnica operatoria del mismo

por el Dr. A. PONS

4 PESETAS EJEMPLAR

PEDIDOS AL APARTADO 121-MADRID

## CONTESTACIONES

al Programa oficial vigente para OPOSITAR a las vacantes  
de Médicos titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

**4 TOMOS, 1.600 páginas, 35 pesetas**

CUALQUIER TOMO SUELTO, 10 PESETAS

Ayuntamiento de Madrid

PEDIDOS A EL SIGLO MÉDICO



GASTRITIS DOLOROSAS  
HYPERCLORHIDRIA  
ULCERAS

# KAOLINASE

KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

## CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO  
— TÍO —  
Torrente de las Flores, 73  
BARCELONA

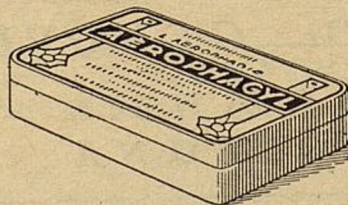
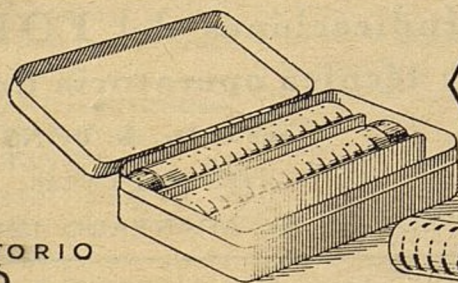


La caja de  
20 dosis  
de 10 gramos  
6 PESETAS

TRATAMIENTO DE LA **AEROFAGIA** Y SUS CONSECUENCIAS

INSOMNIOS  
TRASTORNOS CARDÍACOS  
TRASTORNOS NERVIOSOS  
TRASTORNOS PULMONARES

# AÉROPHAGYL



LABORATORIO  
— TÍO —  
Torrente de las Flores, 73  
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: PESETAS

MODO DE EMPLEO

1 ó 2 comprimidos  
disueltos en el agua  
en medio de las comidas

Ayuntamiento de Madrid



# 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.<sup>a</sup> 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 DOS 1935

## CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

Presidente: Excmo. Sr. Prot. D. Amalio Gimeno y Cabañas

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Vicepresidente: Excmo. Sr. Dr. Víctor M.<sup>a</sup> Cortezo

Inspector general de Instituciones Sanitarias. Académico de número de la Nacional de Medicina. Profesor del Instituto Nacional de Sanidad.

## VOCALES

Dr. MARIANO ACEÑA  
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

Dr. VITAL AZA Y DIAZ  
Director del Sanatorio quirúrgico de Santa Alicia. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Prof. J. BLANC Y FORTACIN  
Agregado de la Facultad de Madrid. Jefe de Clínica del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. JULIO BRAVO  
Jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección general de Sanidad. Médico de los Dispensarios Antivenéreos nacionales.

Dr. SANTIAGO CARRO  
Profesor del Instituto Rubio. Académico de número de la Nacional de Medicina.

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

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

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

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

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

Dr. MARIANO GOMEZ ULLA  
Inspector general de Cirugía del Ejército.

Dr. F. GONZALEZ DELEITO  
Teniente Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos.

Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA  
Decano de la Beneficencia provincial. Académico de número y Bibliotecario de la Nacional de Medicina.

Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ  
De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. J. DE ISASA Y ADARO  
Pediatra.

Dr. SANTIAGO LARREGLA  
Jefe del Laboratorio del Hospital de San Francisco de Paula y del de Pediatría de la Facultad de Medicina.

Dr. E. LUENGO Y ARROYO  
Del Instituto Nacional de Higiene.

Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO  
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. MANUEL MARIN AMAT  
Jefe del servicio de Oftalmología de la Beneficencia provincial de Madrid. Académico C. 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. A. MORANA Y JIMENEZ  
Análisis clínicos.

Dr. F. MURILLO Y PALACIO  
Ex Director general de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Prof. J. A. PALANCA Y MARTINEZ FORTUN

Ex Director general de Sanidad. Profesor del Instituto Nacional. Académico de la Nacional de Medicina.

Prof. ANTONIO PIGA Y PAS-CUAL

Médico forense de Madrid. Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.

Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI

De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. A. PULIDO Y MARTIN  
Urólogo. De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA

Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. J. MARTIN RENEDO  
Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel.

Prof. R. ROYO-VILLANOVA  
De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina.

Dr. J. SARABIA Y PARDO  
Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Prof. ANTONIO SIMONENA Y ZABALEGUI  
De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina.

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.

Dr. J. M.<sup>a</sup> TOME Y BONA  
Dermatólogo. Bibliotecario de la Academia de Dermatología y Si-filografía.

Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE  
De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina.

Dr. J. VALDES LAMBEA  
Jefe de los Servicios de Tuberculosis del Hospital Militar y Profesor de Fimatology del Ejército. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. J. M.<sup>a</sup> DE VILLAVARDE  
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neurosiquiátra de la Beneficencia Provincial de Madrid.

Vocal consultor jurídico: Dr. José M.<sup>a</sup> Cordero y Torres, oficial letrado del Consejo de Estado.

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

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

## PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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



## PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: Superioridad de la Hemoterapia sobre la Sueroterapia, por el Dr. M. Martín Salazar.—Infiltraciones e infiltrados tuberculosos, por la Dra. Luisa Trigo.—Hemofilia y vitaminas, por el Dr. F. González Deleito.—La ruta de Esculapio, por el Dr. Albiñana.—BIBLIOGRAFÍA.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

## Superioridad de la Hemoterapia sobre la Sueroterapia

POR EL

Dr. M. MARTÍN SALAZAR

Académico

Uno de los más importantes progresos que ha hecho la doctrina de la inmunidad en estos últimos tiempos ha sido la demostración de que la hemoterapia es superior a la sueroterapia en la prevención y cura de las enfermedades infecciosas. Es muy de extrañar que este progreso tan trascendente no haya tenido en el mundo científico una más sonada resonancia. La razón de ello es que en la esfera del pensamiento, como en el mundo de la mecánica, existe un movimiento inercial que hace que las ideas que han dominado mucho tiempo sobre un punto dado tengan una gran tendencia a persistir en él, aun después de haber sido substituída la doctrina en que se basaran, por otra más progresiva y novísima. Esta es, seguramente, la causa de la falta de divulgación y de reconocimiento universal, de una verdad que tanto importa a la profilaxis y terapéutica de las infecciones. La persistencia en tal error depende de que, hasta hace poco, se ha creído, equivocadamente, que la inmunidad en las infecciones era sólo originada por los anticuerpos específicos disueltos en el suero de la sangre; siendo así que en el fenómeno de inmunidad intervienen, además de los anticuerpos específicos, toda una serie de sustancias existentes en la sangre normal, que ejercen una acción microbicida determinada, y que ayudan y refuerzan la acción de los anticuerpos inmunes, propiamente dichos. La exacta significación de estos factores, y sus relaciones con la defensa general del organismo, son, hasta ahora, bien poco conocidas.

Entre esos elementos inmunizantes de la sangre normal se hallan ciertas bacteriolisinas termoestables, llamadas *lisinas*, B., cuya acción bactericida es limitada a ciertas especies de bacterias. Estas lisinas no aumentan en cantidad bajo la influencia de la inmunización artificial, ni de la infección natural, como ocurre con los anticuerpos. A más de estas lisinas hay otras sustancias bactericidas en la sangre, que pueden ser extraídas de los leucocitos, llama-

das *leucinas*, las cuales tienen una acción inmunizadora superior a las lisinas. También, por último, pueden extraerse de las plaquetas de la sangre unas sustancias inmunizantes, denominadas *plaquinas*, que obran como las lisinas, pero que son más termoestables. Todas estas sustancias no específicas toman parte en la inmunidad de las infecciones, si bien esta participación no está aún bien esclarecida.

Es interesante saber que la acción fagocitaria de los leucocitos aumenta notablemente después de las infecciones espontáneas y de las inmunizaciones artificiales; y como ese poder fagocítico de los leucocitos tiene tanta importancia en la defensa del organismo contra las infecciones, hay que dar un valor positivo a la sangre íntegra en el fenómeno de inmunidad, superior al del suero de la misma.

En los casos de inmunización local se hallan aumentadas esas sustancias inmunizantes, no específicas, las cuales son estimuladas en su génesis por el proceso inflamatorio; lo cual hace que la inmunidad local se extienda en un área más o menos honda y extensa.

El carácter unitario de los organismos vivos, y la participación que en esa unidad toma la sangre sobre todos los otros órganos, hace que a la sangre converjan todos los elementos defensivos del organismo, y que en casos de inmunidad, sea en ella donde se encuentre más poder inmunizador. La sangre suma, reúne, a los anticuerpos específicos, engendrados por reacción viva, bajo la influencia de los antígenos respectivos, aquellas otras sustancias no específicas, existentes en la misma sangre, como son las lisinas, las leucinas y las plaquinas, de que hemos hecho mérito, y cuyo papel en la función general inmunizadora resulta indiscutible. De todo lo expuesto se desprende que la sangre íntegra, con todos sus elementos inmunizadores específicos y no específicos, tiene más valor preventivo y curativo para las enfermedades infecciosas que el suero solo, y, por con-



# Hemostasia

El equipo hemostático del médico no  
está completo si falta el

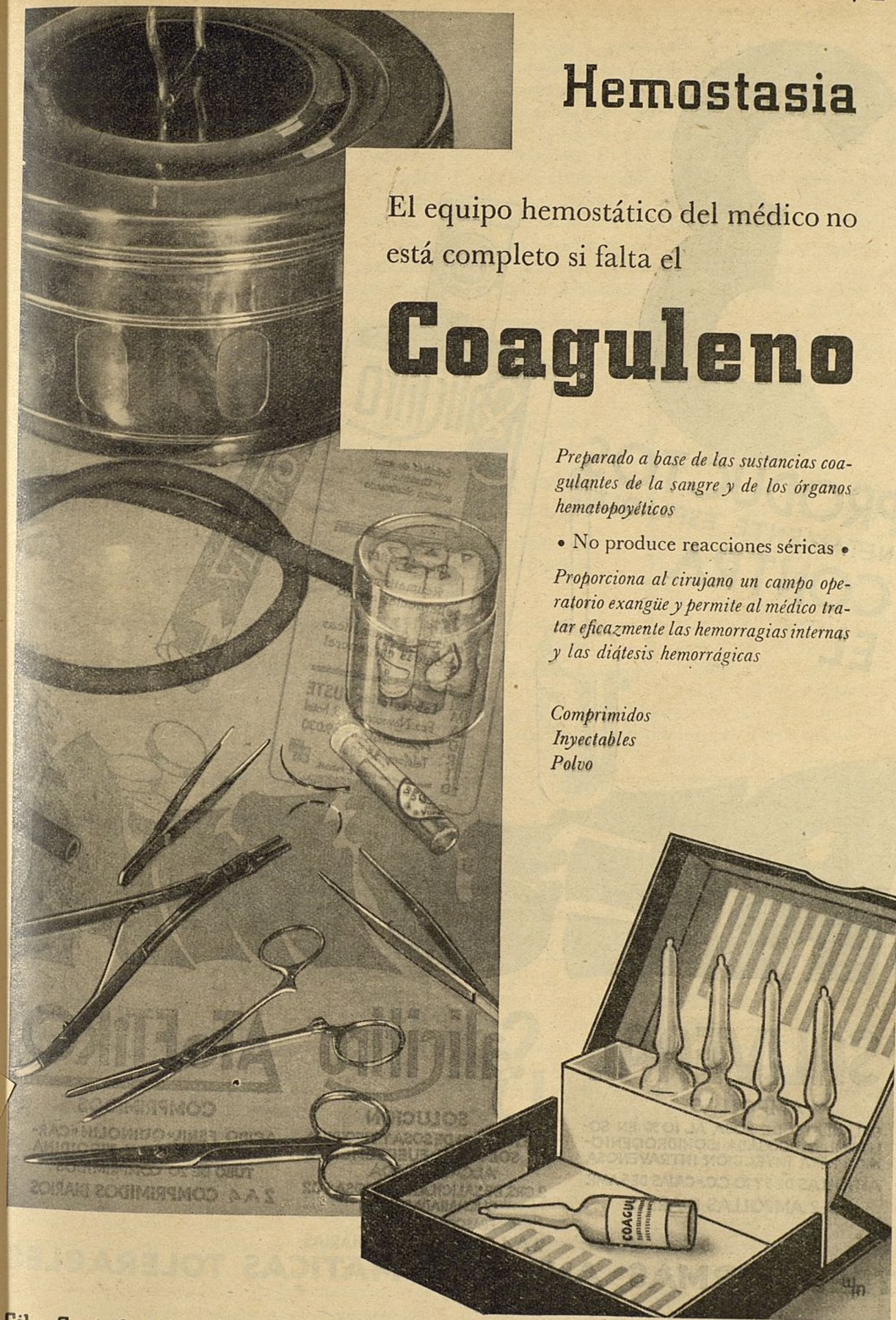
## Coaguleno

*Preparado a base de las sustancias coagulantes de la sangre y de los órganos hematopoyéticos*

- No produce reacciones séricas •

*Proporciona al cirujano un campo operatorio exangüe y permite al médico tratar eficazmente las hemorragias internas y las diátesis hemorrágicas*

*Comprimidos  
Inyectables  
Polvo*



**Ciba Sociedad Anónima de Productos Químicos**

Barcelona, Aragón, 285

Madrid, Marqués de Cubas, 5

Ayuntamiento de Madrid





LABORATORIOS JUSTE • MADRID  
APARTADO DE CORREOS 9030

# 3

PRODUCTOS  
NETAMENTE ESPAÑOLES  
CONTRA  
EL



# REUMATISMO

## SALIVENAL

AMPOLLAS

SALICILATO DE SOSA AL 10% EN SOLUCIÓN GLUCOSADA ISOHIDROGENIÓICA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA  
AMPOLLAS DE 5 Y 10 C.C. • CAJAS DE 5 AMP.  
1 A 2 AMPOLLAS DIARIAS

## Salicitiro

SOLUCIÓN

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCIÓN FUERTEMENTE ALCALINIZADA  
2 GRs. DE SALICILATO DE SOSA POR CUCHARADA SOPERA  
FRASCOS DE 250 GRs.  
2 A 4 CUCHARADAS DIARIAS

## AToFTiRO

COMPRIMIDOS

ACIDO FENIL • QUINOLIN • CARBÓNICO Y TIROIDINA  
TUBO DE 20 COMPRIMIDOS  
2 A 4 COMPRIMIDOS DIARIOS

### TRES FORMAS ANTIRREUMATICAS TOLERABLES



siguiente, que la hemoterapia es superior a la sueroterapia.

Todo esto, que parece puramente doctrinal y teórico, está hartamente comprobado por la observación y la experiencia, y resulta una realidad positiva.

El ideal de la hemoterapia sería poder usar siempre en las infecciones la sangre del hombre inmunizado, natural o artificialmente, contra la enfermedad de que se trate. Caso elocuentísimo de esto es el efecto maravilloso que se obtiene del uso de la sangre de los individuos convalecientes de sarampión, en la prevención y cura de esta enfermedad eruptiva. Mas, como tal cosa no es posible más que en casos excepcionales, hay necesidad de utilizar la sangre de los animales inmunizados artificialmente, luego de estar plenamente convencidos que se trata de animales sanos, incapaces de transmitir ninguna enfermedad al hombre, y cuya sangre normal sea perfectamente inocua.

En la sueroterapia se administran los anticuerpos específicos disueltos en el suero, mientras en la hemoterapia se inyectan, además de esos anticuerpos, los elementos inmunizadores contenidos en los elementos mórficos de la sangre: glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas y esas otras sustancias inmunizantes, no específicas, llamadas lisinas, leucocinas, plaquínas y, acaso, otros fermentos aún desconocidos.

En cuanto al complemento o la alexina, que, como es sabido, es precisa su presencia para determinar la acción eficaz de los anticuerpos específicos, no hay duda alguna que en la sangre íntegra ha de hallarse en mayor cantidad que en el suero solo; de donde se deduce otra superioridad de la hemoterapia sobre la sueroterapia.

Hay que tratar, por último, del riesgo de provocarse los fenómenos de anafilaxia por la hemoterapia, en comparación con la sueroterapia. A juzgar por la doctrina reinante sobre el fenómeno anafiláctico, éste depende de la combinación del antígeno con el anticuerpo en el interior mismo de los elementos celulares. El más dramático accidente que se produce en esta combinación es el *shock* anafiláctico, el cual se cree sea debido a la liberación de *histamina* por las células injuriadas, y a la respuesta secundaria que dan las células sensibles a la histamina en todo el organismo.

El tema de la superioridad de la hemoterapia sobre la sueroterapia se ofrece a mayores desarrollos; comenzando por el procedimiento que sea más eficaz

para impedir la coagulación de la sangre sin alterar su composición en lo más mínimo, y siguiendo con la elección del método que sea más apropiado para su aplicación a los enfermos. Tratándose de un orden nuevo del uso de la sangre en el tratamiento de las infecciones, no hay duda alguna que han de surgir de la observación y la experiencia nuevos horizontes que vendrán a fijar sus límites utilizables.

Como colmo de las ventajas de la hemoterapia, hemos de hacer breve referencia de la autohemoterapia. El empleo de la sangre del propio enfermo como medio terapéutico ha llamado poderosamente la

atención, y se ha demostrado que, no sólo tiene acción curativa en el tratamiento de varias afecciones de la piel y de las mucosas, sino que resulta útil como vehículo de varios medicamentos usados en inyecciones. El profesor E. Adritonv ha publicado (*Presse Médica*, 15 de diciembre de 1934), una relación de las afecciones que ha tratado con éxito mediante inyecciones de sangre del propio enfermo, y señala, a más de varias enfermedades cutáneas,

otras muchas de las mucosas, en las cuales ha obtenido beneficiosos resultados. Asimismo, señala las ventajas del uso de la propia sangre, utilizada como vehículo de otros medicamentos, y hace mención del caso del uso de un 5 por 100 de sangre mezclada con la insulina en inyecciones, mediante lo cual se elimina todo riesgo de hipoglucemia, y permite seguir usando las dosis de insulina que sean precisas.

Ultimamente hay que recordar la acción extraña y curiosa que la autohemoterapia ejerce contra las hemorragias de todas clases. Los profesores austriacos, Dres. R. Cotella y G. Pizzillo han publicado recientemente (*Wiener. Med. Woch.*, núm. 13, 1935), un estudio interesante sobre el tratamiento de la hemorragia cerebral por la hemoterapia. La inyección intramuscular de sangre del propio enfermo, dicen dichos señores, produce un efecto sorprendente en la hemorragia cerebral, y es útil en toda clase de hemorragias, cualquiera que sea su causa, la edad del paciente y el momento en que se inyecta.

La técnica que se usa consiste en tomar de la vena de la flexura del brazo, o del pie, 25 a 30 centímetros cúbicos de sangre del enfermo, e inyectarle inmediatamente en la región glútea del lado sano. Conviene que en la jeringuilla en que se tome la sangre haya algunos centímetros cúbicos de una solución de citrato sódico al 25 por 100, a fin de evitar la formación de coágulos.

La causa de que disminuyan las hemorragias pue-

### Avance de sumario para el número siguiente

(27 de julio de 1935)

NÚMERO ESPECIAL  
dedicado a propaganda del

### X Congreso Internacional de Historia de la Medicina

que se celebrará en MADRID los  
días 23 al 29 de septiembre próximo

Recomendamos a su especial atención la lectura de este número interesantísimo!



de, acaso, ser la baja de tensión sanguínea que se produce rápidamente por la inyección de sangre del propio enfermo. Por esa propia razón puede utilizarse en la prevención de las graves hipertensiones de los arterioscleróticos, que se hallan tan predispuestos a la apoplejía cerebral. Sin embargo, no parece bastante la baja de la tensión arterial para explicar la cohibición de las hemorragias. Debe haber alguna otra razón oculta.

Hospital Militar de Madrid. - Servicios de Fimatología.  
Jefe de los Servicios: Dr. Valdés Lambea.

## Infiltraciones e infiltrados tuberculosos

### ESTUDIO CLÍNICO

POR LA

DOCTORA LUISA TRIGO

asistente a los Servicios

#### CONCEPTOS FUNDAMENTALES

El distinguo entre infiltrado precoz e infiltración secundaria es más especulativo que real, al menos desde el punto de vista práctico. Son puntos de vista fundamentales, de los cuales debemos partir, que unos y otros procesos son, sencillamente, complejos de reinfección, lesiones que evolucionan en organismos sensibilizados y en sujetos en el período de alergia secundaria. Ambas lesiones, la infiltración secundaria y el infiltrado precoz o el de tipo lobulitis, están integradas por un complejo de flegmasia perifocal alrededor de una lesión preexistente, semiapagada, en la infiltración, y en torno a una lesión nueva en el infiltrado.

Los clínicos, radiólogos y patólogos no tenían, dice REDEKER, un concepto unicista sobre la tuberculosis hiliopulmonar. Fué WEIGERT el primero que habló de la *tuberculosis hilar*, entendiendo por tal la tuberculosis de los ganglios tráqueobronquiales, que por continuidad pasaba al tejido pulmonar, dando lugar a las características alteraciones tisulares tuberculosas. KLEINSCHNIDT creía que la tuberculosis hilar era una enfermedad del tejido pulmonar mismo, y no de los ganglios del hilio. Entre estas opiniones dispares oscilaban los clínicos, hasta que en 1913, RIBADEAU-DUMAS abandonó el concepto de tuberculosis hilar porque lo creía muy confuso, y en el año 1924, REDEKER, luego de pesar y medir las opiniones de GHON, ELSTER, MUCH, RANKE, TENDELOO, SLUKA y otros, definió la infiltración secundaria—reuniendo todas las formas infiltrativas perifocales bajo este concepto—*como una infiltración perifocal inflamatoria alrededor de un ganglio tuberculoso*, y estableció cuál era su situación en el proceso inmunobiológico de la tuberculosis.

El *infiltrado, tipo precoz o tipo lobulitis*, es, según REDEKER, ASSMANN y WALTHER, una lesión tuberculosa de caracteres especiales, tales como su origen exógeno ser, si no privativa, al menos, fre-

cuenta en adolescentes y jóvenes, y estar localizada bajo la clavícula, en la llamada por LEÓN BERNARD zona intercleidohiliar. Está integrado, desde el punto de vista anatomopatológico, por una lesión nueva bronconeumónica sófoa; más la flegmasia perifocal, o sea que un infiltrado, precoz o lobulitis, consta de la lesión nueva, lo que podemos llamar el núcleo, y de la infiltración perifocal, la flegmasia perifocal.

Establecida la definición de infiltraciones y de infiltrados, vemos que el diagnóstico clínico entre infiltración secundaria e infiltrado precoz es pocas veces posible, a veces imposible, y calificar una lesión determinada como infiltración secundaria o como infiltrado precoz es voluntario muchas veces y queda a juicio del práctico.

Para que se constituyan el infiltrado o la infiltración hacen falta condiciones alérgicas, es decir, inmunológicas, determinadas, ya que es una respuesta fuertemente flegmática, eminentemente alérgica. Ni el infiltrado ni la infiltración se constituirán en un sujeto *anérgico*. El estado reaccional del individuo, su capacidad de responder a una nueva invasión bacilar estarán a su vez condicionados por la constitución, hasta por lo que llama MARTIUS la constitución total del momento, variable para el mismo sujeto de una época a otra. Sabemos que la alergia es, para KLINKERD, una disposición especial a la flogosis, a la inflamación, un estado particular de reactividad, en parte congénito y en parte adquirido para determinados cuerpos llamados alérgenos. Hay sujetos que nacen con una *constitución alérgica*. Tienen "alergia paraespecífica", que se manifiesta cuando actúa sobre el individuo, no el antígeno sensibilizante, sino otros antígenos distintos, lo que en la práctica nos explicaría que la gripe, según ha descrito SIMON, la tos ferina o el sarampión, con sus antígenos propios, sean capaces de provocar reacciones perifocales realmente violentas, casi monstruosas en los individuos que se hallan sensibilizados por un complejo tóxico tuberculoso, sujetos cuyos organismos están en *inminencia de descarga* (VALDÉS LAMBEA), repletos de anticuerpos, y por ello, capaces de tan bruscas reacciones. Estos sujetos tienen *alergia universal*, como la denomina mi maestro, VALDÉS LAMBEA, o *alergia facilitada*, como dice JIMÉNEZ DÍAZ. En virtud de ella, por estar en inminencia de descarga, se nos presentan con ataques de asma, con anginas de repetición, con coriza, con blefaritis, con complejos de bronquioalveolitis muy exudativas, y por ser el segundo período alérgico el adecuado para tales choques antígenoanticuerpo, en él vemos a las serosas (pleura, peritoneo, meninges, la vaginal del testículo) reaccionar con la violencia con que lo hacen, dando lugar a complejos exudativos tumultuosos: tal el síndrome hipertensivo, fulminante y mortal, de la gran meningitis tuberculosa, por ejemplo, en que la causa de la muerte no es



la lesión en sí, sino la respuesta de la serosa hipersensibilizada, la hipersecreción con que muestra su irritabilidad por el estado alérgico. Pues bien, la anatomía patológica de los infiltrados y de las infiltraciones está regida por los caracteres dichos de constitución y alergia, al punto, de que si fuera posible tener dos lesiones iguales, dos focos idénticos con el mismo número y calidad de bacilos de Koch, el perifoco, el infiltrado sería diferente, según las características constitucionales del sujeto, que determinarían mucha flegmasia en los de diátesis exudativa y poca en los individuos de *constitución seca*. Tiene, a su vez, importancia la masa infectante y la virulencia de los gérmenes. El infiltrado precoz, con su núcleo de lesión nueva, necesita de infecciones masivas, y se observa en enfermeros, monjas, etcétera, expuestos al aflujo de microbios desde fuera y en cantidad, según ASSMANN, REDEKER y otros. Es frecuente en gente joven. Depende lo dicho de que el período de alergia secundaria es propio de esta edad; pero si un adulto o un viejo tienen alergia retrasada o un niño apresura sus períodos alérgicos, uno y otro estarán en condiciones de presentar infiltrados típicos. Las infiltraciones secundarias por superinfección son muy frecuentes, por lo que en los niños tendrán gran importancia las relaciones entre éstos y las personas contagiantes, aunque en la etiología de las infiltraciones secundarias la autotuberculización por apertura de un foco caseoso en un vaso venoso de la pequeña circulación o en un bronquio, la difusión de tóxicos focales y el estímulo causado por las más diversas noxas (infecciosas o tóxicas) juegan importantes papeles.

ASSMANN, REDEKER y WALTHER afirman que el infiltrado, en Alemania, se da bajo vértices limpios, lo que indicaría que no era una lesión propagada de arriba abajo, a lo LOESCHKE. El profesor VALDÉS LAMBEA no encuentra casi nunca tal limpieza apicular en nuestro país, sino que halla el infiltrado en sujetos con viejos nódulos de PUHL o siembras de SIMON, y se inclina a creer que su origen es frecuentemente hematógeno, coincidiendo con brotes de granulia parcelaria, de miliar discreta. ROMBER cita el caso de un infiltrado precoz coincidiendo con una metástasis testicular. LEÓN BERNARD y ALEXANDER creen en un origen linfático, y LOESCHKE opina que viejas lesiones apicales, reavivadas en un momento dado, se diseminan por vía bronquial canalicular, de arriba abajo, dando lugar a una dispersión fina que originaría el infiltrado. Todas las teorías patogénicas pueden admitirse, aunque las siembras hematógenas cuentan en la actualidad con el mayor número de partidarios. Anatomopatológicamente, el infiltrado precoz no es una bronconeumonía masiva compacta, sino que las lesiones están repartidas, como la semilla por la mano de un hábil sembrador, según el símil de VALDÉS LAMBEA: están próximamente equidistan-

tes, dejando espacios libres. El infiltrado precoz no tiene límites precisos.

El *infiltrado precoz, tipo lobulitis*, es más compacto; sus límites son precisos y, aceptando el símil anterior, se diría que el sembrador cargó la mano de semillas, dando lugar a una siembra compacta; el *infiltrado precoz, tipo lobulitis*, es una neumonía aguda curable en que lo tuberculoso *in sensu stricto* y lo flegmático se han mezclado estrechamente, pero no dando lugar a la neumonía caseosa maligna, cuyos caracteres inmunológicos son distintos, y cuya tendencia hacia la caseificación y ulceración la hacen particularmente grave.

Es el momento de decir con VALDÉS LAMBEA que el infiltrado precoz es una lesión rara en nuestro país. Es notable que pasando por el Servicio de mi maestro numerosos enfermos tuberculosos, precisamente en la edad en que el infiltrado precoz se encuentra habitualmente, la estadística de la clínica de Fimatología de este hospital nos revela una sorprendente rareza de infiltrados precoces, en contraste con el número de las demás formas patológicas a que da lugar en España el bacilo de Koch.

La infiltración secundaria, que presupone la existencia de una tuberculosis ganglionar, caseosa o no, intumesciente o no, hasta calcificada, como en el caso de ENGEL, ha suscitado discusiones acerca de la naturaleza del perifoco. RANKE sostiene que la inflamación perifocal sería debida a las endotoxinas tuberculosas, igual que TENDELOO. El perifoco de la infiltración secundaria es una invasión serolinfocitaria del tejido pulmonar que reconoce una etiología tóxicotuberculosa.

Autores antiguos, como LAENNEC, GRANCHER, ORTH, BAUMGARTEN, y luego TENDELOO y RANKE han creído que esta congestión inflamatoria era específicamente tuberculosa. ORTNER afirma que es inespecífica. En un caso—por falso diagnóstico de RUBINSTEIN—se logró examinar microscópicamente una infiltración perihiliar típica. En ella se encontraron las alteraciones infiltrativas de la inflamación perifocal, y también formaciones típicas tuberculoides con células gigantes y epitelioides en el tejido pulmonar infiltrado. Es posible que tales focos puedan proliferar, reblandecerse y caseificarse, dando lugar a una tisis intrapulmonar. En la práctica es una rareza tal evolución.

#### ENTRADA EN MATERIA

La constitución individual y el estado alérgico determinarán la forma de entrar en materia los enfermos de infiltrados y los de infiltraciones tuberculosas. ¿Cómo va a tener la misma sintomatología un muchacho de reacciones violentas, desde el punto de vista tisular, con alergia local intensísima, con diátesis exudativa o alérgica, que un individuo de constitución seca? En este sujeto empezará la enfermedad de manera poco ostensible, y toda la



sintomatología será tan pequeña, que la lesión podrá instalarse y evolucionar a la sordina, sin casi sintomatología torácica. Ciertamente que la masa infectante, la cuantía de la masa y la virulencia del germen tuberculoso serán muy dignos de tenerse en cuenta, observándose que la superinfección, producida, por ejemplo, porque un miembro de la familia vuelve del sanatorio u hospital a morir entre los suyos, lleva una marcha paralela con los brotes de infiltraciones en los miembros de la familia, que, de acuerdo con su constitución, podrán unos sentirse muy enfermos, mientras otros apenas experimentan sensación de enfermedad. El profesor VALDÉS LAMBEA hace dos grupos de enfermos: los que no entran en materia, por decirlo así, los que buscamos nosotros, cazadores de la tuberculosis, como médicos de la lucha antituberculosa. Estos individuos no se han creído enfermos, y tienen una sintomatología tan exigua, que en ciertas clases sociales ni siquiera se apereiben de ella, no concediendo la menor importancia al trastorno. En una agrupación de gente joven, en un colegio o cuartel, en la Guardia civil, etc., etc., un médico orientado por investigaciones tuberculínicas y por radiografías seriadas sorprende varios casos de infiltrados precoces. Tales enfermos no venían a nosotros. Los hemos buscado.

En el segundo grupo tenemos los enfermos que vienen a nosotros, pues se sienten enfermos. De este grupo haremos una subdivisión clínica: sujetos que se sienten muy enfermos y otros que apenas se sienten enfermos. Se puede un individuo sentir muy mal y, en realidad, estar poco enfermo, como puede otro no sentirse enfermo, a pesar de estarlo muy grave. Tenemos, pues, enfermos que acuden a nosotros por sensación de gran enfermedad o porque han reflexionado sobre determinados trastornos. Unos acuden con sintomatología general, con síndromes tóxicos de naturaleza tuberculosa, con sintomatología torácica funcional: disnea, tos, expectoración, hemoptisis, dolores torácicos, etc., etc. Pues bien, la violencia de estos síntomas es cuestión de constitución. Cada individuo hace la tuberculosis como hace todas las infecciones, según es él, según lo que hemos hablado de la constitución total del momento; el temperamento, el sistema neurovegetativo (según que en el organismo predomine el tiroideo o las suprarrenales), etc. La localización de la lesión cerca de la pleura, por ejemplo, y otros factores darán lugar a una sintomatología topográfica máxima o mínima. En un sujeto lábil, desde el punto de vista térmico, la fiebre alta o la febrícula serán el síntoma de aviso; en otro de constitución alérgica y muy exudativo, un complejo catarral con repercusiones en las vías altas, coriza, angina, etc., serán los síntomas primeros, y hemos de señalar en este caso el peligro del diagnóstico de gripe. Esto pasa muchas veces. En ocasiones, la tos, la disnea, la expectoración hemoptoi-

ca, la fiebre, etc., nos harán creer que estamos en presencia de una neumonía. Ante fenómenos tan agudos no se piensa lo debido en un proceso de naturaleza tuberculosa. Por razones especiales de localización o reacción tisular, el enfermo se nos presenta con una pleuritis exudativa que oculta una lesión de tanta enjundia como una infiltración secundaria. El pronóstico de este enfermo depende de la orientación del médico práctico, que piense que una pleuritis exudativa puede ocultar una bronquioalveolitis tuberculosa o una infiltración tuberculosa, pues si el médico coge el trócar y saca el derrame, la lesión seguirá una marcha desastrosa. Hecha la descompresión del pulmón, el proceso, que puede estar ulcerado, se difunde, teniendo lugar una infección canalicular, y entrando en tisis el paciente a causa de este error diagnóstico. Ante la tumultuosa sintomatología torácica a que puede dar lugar una infiltración o un infiltrado se habla, repito, de pleuresía o pulmonía. Los franceses y los italianos hace ya mucho tiempo llamaron la atención sobre estas formas sobreagudas, que evolucionan bien, curando por resolución antes de lo que se pensaba.

La entrada en materia por hemoptisis es frecuente. Hay que decir dos palabras sobre la hemoptisis del infiltrado precoz. Salvo en raros casos, las hemoptisis son pequeñas y no muy repetidas, hasta el punto de que, a veces, no impiden que sigan los enfermos en sus ocupaciones. Es un síntoma que en ocasiones parece de comienzo, aunque interrogando bien a los enfermos vemos que ya habían tenido otros síntomas. Es un síntoma inicial aparente, pero no real.

Las grandes formas de infiltración que atacan a uno o dos lóbulos pulmonares, o quizá a todo un pulmón, pueden presentarse, tanto de una manera rápida como lentamente, igual que las formas medianas. ELIASBERG y NEULAN no creen que el tamaño de la infiltración indique nada respecto a su malignidad, así como la excitación que provoca su formación no hace falta que sea muy grande. La desaparición espontánea, rapidísima, de estos complejos es cosa sorprendente en ocasiones.

#### SINTOMATOLOGÍA DE LAS INFILTRACIONES Y DE LOS INFILTRADOS

El estado general (fiebre, apetito, etc.), así como la sintomatología local, dependen de la constitución y del estado alérgico. En las formas graves no son raras las perturbaciones intensas, mientras que en las medianas y en las ligeras, después de los primeros días de enfermedad, el estado general puede estar muy poco afectado. La reabsorción de las lesiones puede ser tan rápida como he dicho, hasta el punto de que nuestros medios de investigación llegan tarde para diagnosticarlas. El hallazgo clínico será muy marcado en los grandes infiltrados y en



las grandes infiltraciones, y aunque algunas lesiones se ha dicho que son mudas, si sistemáticamente percutimos y auscultamos la proporción de tales casos disminuirá considerablemente. Lo que pasa es que, en general, no se percute ni se ausculta a los enfermos detenidamente. Se acude con demasiada frecuencia a la radioscopia y a la radiografía, con exclusión de otro examen, y es preciso advertir que hacer un diagnóstico sólo a base de éstas es una falta grave. Los infiltrados y las infiltraciones no deben ser hallazgos radiográficos. Cuando el tamaño de ellos es adecuado encontraremos macidez masiva, respiración relativamente sopla, quizá casi pronquial (*respiración bronquial bufante de Engel*), estertores burbujosos, a veces con consonancia, y es preciso estar advertidos de que el resultado del reconocimiento puede estar en perfecto desacuerdo con el relativamente buen estado general, con la falta de fiebre, con la falta de modificaciones leucocitarias y con una velocidad de sedimentación normal. Es curiosa la auscultación que podríamos llamar *paradójica*, puesto que a consecuencia de la hiperemia reactiva en el pulmón opuesto a la lesión será en éste donde percibamos los síntomas auscultatorios más aparatosos y expresivos. Inmunológicamente, si no interviene en el complejo clínico un factor anergizante ocasional (una infección aguda, la diabetes, una ictericia catarral aguda, etc.), los enfermos son tuberculino-positivos. Si por uno de estos factores intercurrentes la intradermoreacción se hace negativa el pronóstico se ensombrece, pues o el individuo padece un proceso tuberculoso generalizado o las lesiones empiezan a caseificarse. Se debe tantear, pues, la inmunología del enfermo con el Manteaux, y la idea de que la intradermoreacción sirva solamente para hacer el diagnóstico es errónea, pues asimismo orienta sobre la marcha general del paciente. Datos de gran importancia nos proporciona la hematología. La fórmula leucocitaria es muy expresiva. En los primeros días de padecer un sujeto una infiltración, la desviación hacia la izquierda es la regla, igual si el proceso es tuberculoso que si no lo es, es decir, si se trata de una neumonía no específica. En el caso de neumonías o bronconeumonías no específicas, la desviación a la izquierda sigue mientras dura el proceso. En los infiltrados y en las infiltraciones tuberculosas, al cabo de una o dos semanas, la desviación hacia la izquierda desaparece, en tanto que la infiltración continúa en el mismo estado. Un estado general malo, una leucocitosis de más de 12.000 y la desviación hacia la izquierda sostenida nos harán pensar en una neumonía no específica o en una forma de tuberculosis grave. El estudio del cuadro hemático nos servirá para seguir la marcha de la lesión, así como para hacer el diagnóstico diferencial con bronconeumonías inespecíficas, y además para reconocer tempranamente la existencia de complicaciones y el re-

blandecimiento del infiltrado. La velocidad de sedimentación completará los resultados deducidos de la fórmula leucocitaria. Hemos de hacer constar que, en ocasiones, la velocidad de sedimentación será casi normal, pese al tamaño del infiltrado o de la infiltración; mas, de todos modos, una velocidad de sedimentación moderadamente acelerada que de pronto sube a 40 ó 50 mm., a la hora indica que el enfermo se está entregando desde el punto de vista metabólico, o que la lesión se está fundiendo. El estudio del cuadro hemático debe seguirse durante toda la marcha de la enfermedad, pues con la hematología y la tuberculina vamos viendo, por decirlo así, la anatomía patológica y la evolución de la lesión. La lucha contra la tuberculosis es la lucha contra la caverna, que es el enemigo del tuberculoso. El peligro de la caverna temprana se conjura mediante estos estudios, que son imprescindibles en todo enfermo de infiltrado o infiltración.

La temperatura suele ser moderada, y en los casos graves en que atraen la atención por su elevación, en general la hiperpirexia se reduce a los primeros días. Las temperaturas subfebriles son la regla. La tos en las infiltraciones puede ser pertinaz, sobre todo cuando el foco es un ganglio caseificado, y a veces da lugar a jadeo respiratorio. Cualquier lesión de infiltrado o infiltración que excite una zona túsígena de bronquios, tráquea o pleura puede dar lugar a tos violenta y sostenida. La tos catarral húmeda no es la regla; pero RANKE cree que, si la lesión altera la pared bronquial, ésta se cubre de moco y puede dar lugar a una expectoración abundante. Hemos de decir que todos los síntomas son susceptibles de desaparecer muy rápidamente, pues las infiltraciones e infiltrados son procesos capaces de resolverse en su totalidad, como comprobamos a diario por la radiografía y los síntomas físicos y clínicos generales. No es infrecuente que un infiltrado alto dé lugar a un complejo transitorio de atelectasia apical por obstrucción pasajera de los bronquios del vértice.

**Diagnóstico.**—El diagnóstico de las infiltraciones y de los infiltrados entre sí ya hemos dicho que queda a juicio del médico práctico. Con respecto a otros procesos, tales como las bronconeumonías y las neumonías gripales, el cuadro clínico general, con graves alteraciones generales, que de ninguna manera cesan antes de la terminación de la enfermedad, abonan el diagnóstico hacia estos procesos, eliminando los de causa tuberculosa. No obstante, eliminando los de causa tuberculosa.

No obstante, clínicos muy expertos, como ZADERK, afirman la gran dificultad del mismo. Las neumonías crónicas postsarampionosas o postgripales, o las consecutivas a la tos ferina, realmente no se han encontrado sino en niños con labilidad tuberculosa. Estos niños son intensamente tuberculino-positivos; presentan fiebre de vez en cuando y el cua-



dro hemático no es claro. Además, mientras que los Pirquet positivos en los niños de cuatro o seis años son normalmente el 15 ó 20 por 100, en los niños de la misma edad, pero con procesos neumónicos inespecíficos crónicos, son el 97 por 100. Por lo tanto, tales procesos se pueden incluir entre las infiltraciones perifocales tuberculosas. El hallazgo de cocos o de otros gérmenes en el esputo no indica mucho para hacer diagnóstico, como dice TENDELOO. El hallazgo de bacilos de Koch aclarará definitivamente la cuestión. La aparición de tuberculides, la coexistencia con otros focos diseminativos tuberculosos y el perfecto conocimiento de las condiciones epidemiológicas familiares desde el punto de vista fímico nos asegurarán también el diagnóstico. Por otra parte, toda infiltración secundaria presupone la existencia de un foco tuberculoso ganglionar activo, aunque las condiciones de vitalidad del foco no indiquen nada sobre la gravedad del infiltrado.

**Pronóstico.**—El pronóstico de los infiltrados no es malo en general, y el de las infiltraciones es bueno frecuentemente; mejor si el médico hace un diagnóstico correcto y no emplea tratamientos perjudiciales: factores externos perturbadores, la continuidad de las reinfecciones, el nivel inmunológico del paciente, todos estos factores intervendrán en el pronóstico, así como las actuaciones sucesivas del clínico. Ahora insistiremos sobre este asunto al hablar del tratamiento. La investigación de los alrededores del enfermo haciendo radiografía a los parientes del mismo, alejándole de los que sean bacilíferos o, si esto no es posible, elevando el índice inmunobiológico del enfermo por la higiene y la dietética bien orientadas, actuarán sobre el pronóstico de la lesión. Las enfermedades intercurrentes, la aparición de brotes hematógenos discretos o generalizados ensombrecen el pronóstico, así como la evolución del infiltrado hacia el reblandecimiento y la ulceración, constituyéndose una caverna temprana que, si bien REDEKER dice son fácilmente curables, y es lo cierto que pueden evolucionar hacia la tisis, todo esto ensombrece el pronóstico.

El accidente de la perforación ganglionar, con todas sus graves consecuencias de siembra masiva hematógena, es de temer, aunque en la práctica se registra rara vez. El pronóstico, pues, es bueno, en general, repetimos, si la conducta terapéutica va orientada por el conocimiento del proceso.

**Los modos evolutivos.**—Las infiltraciones y los infiltrados pueden curar por resolución completa sin dejar huellas, ni clínicas ni radiográficas. Pero pueden evolucionar hacia la ulceración y la caseosis, constituyéndose la caverna temprana y la tisis precoz. En las infiltraciones, el tejido pulmonar queda estigmatizado, sensibilizado para el futuro, con campos indurativos constituidos por las estrias de STÜRTZ y las manchas de RIEDER, que se encuentran preenglobadas entre los cordones. Algunas son neo-

formaciones focales, otras son cruzamiento de vasos, y las formas blandas e indeterminadas, pequeñas bronquiectasias. Esto explica que no sean las recidivas infrecuentes. Los campos indurativos, que son los vestigios radiográficos y anatomoclínicos de las infiltraciones, están constituidos por pequeñas bronquiectasias, por focos de atelectasia que, a la percusión y a la auscultación, dan síntomas tales como ligera submatidez en ocasiones y pequeños estertores burbujosos, por complejos de esclerosis bronquial, vascular y del mismo parénquima. Clínicamente se manifiestan por un catarro crónico con expectoración escasa o abundante, según las características del sujeto.

**Tratamiento.**—Los enfermos de infiltrado y de infiltraciones tuberculosas, y especialmente estos últimos, suelen evolucionar bien, y más cuando no les sometemos a tratamientos agresivos, es decir, no haciéndoles cosas que los perjudican, como, por ejemplo, dejarles sin comer, cosa frecuentísima, por desgracia, si el diagnóstico primero fué de infección intestinal; someterlos a una operación quirúrgica por falso diagnóstico de apendicitis, caso muy frecuente, y evitar que los jóvenes se entreguen a deportes inconvenientes, a los baños de sol sin reglamentación alguna y otros excesos, en los cuales la intervención del médico es decisiva, pues se anticipa a la evolución del infiltrado hacia la caverna o al estado cavernular en panal de abejas. Debe dejar sencillamente actuar los mecanismos naturales de curación. Muchas veces se da la puntilla al enfermo con mandarle a la sierra a que tome baños de sol, pues entonces la lesión se corre como la pólvora y la helioterapia supone su incurabilidad. La conducta terapéutica adecuada será dejar al enfermo quieto, alimentarlo bien con vitaminas y alimentos sanos y de alto valor nutritivo, no abusar del clima de altura, huir de toda terapéutica de estímulo, pues ésa viene después. Sólo cuando el proceso sea tórpido puede intervenir con ella especialmente a base de tiosulfato de oro y de sodio. En el momento en que se perciban los menores síntomas de caseificación o sospechemos la formación de una cavidad, la colapso-terapia está indicada. Hacer un neumotórax a un enfermo en cuanto diagnostiquemos un infiltrado o una infiltración secundaria es reprochable. El neumotórax es innecesario la mayoría de las veces. Tiene sus indicaciones precisas. Al principio basta para obtener una gran mejoría con el reposo general, la terapéutica calmante y, si ésta no bastara, más tarde el neumotórax o la frenicectomía, si la lesión se extiende y la velocidad de sedimentación aumenta, si la expectoración se hace bacilosa y la desnutrición se acentúa. Entonces es el momento de forzar el reposo por medio del neumotórax o de la frenicectomía. El tratamiento del infiltrado precoz y de la infiltración secundaria es el mismo, fundamentalmente. Con respecto a la calcioterapia, está indicada en los procesos fuertemente exudativos asocia-



# EUPNINE VERNADE

AL YODURO DE CAFEINA ESTABLE



ASMA · ENFISEMA  
OPRESIONES  
BRONQUITIS CRÓNICA  
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN  
Y DE LOS VASOS  
ARTERIOESCLEROSIS  
HIDROPESIAS  
ANGINA DE PECHO  
INTOXICACIONES · UREMIA  
RESULTAS DE GRIPE



## DOSIS MEDIA

UNA CUCHARADA DE LAS DE CAFÉ POR LA MAÑANA  
Y POR LA TARDE, AL PRINCIPIO DE LAS COMIDAS.



## MUESTRAS Y LITERATURA:

LABORATORIO DARRASSE, 13, RUE SAINT MAURICE  
NANTERRE (SEINE)

O.V.P.



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

**GERMOSE**  
Gotas del Dr.  
**BAYRAC**  
(NO TOXICO)

Específico  
contra la Coqueluche  
(Tos ferina)

A base de Fluoroformo  
estabilizado en extractos vegetales.

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

Agentes generales: **Giménez-Salinas y C.<sup>a</sup>**, Sagüés, 2 y 4. BARCELONA (S. G.)  
Avda. Eduardo Dato, 10. MADRID

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

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

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

Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.

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

2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA  
ESTABILIZADO EN LOS  
EXTRACTOS VEGETALES

**GERMOSE**  
No Tóxico

SABOR  
AGRADABLE

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

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

**Venosina**

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS



da a las vitaminas. Las condiciones higiénicas que rodearán al enfermo y la separación de los focos bacilíferos se dejarán sentir como medidas muy beneficiosas. Con respecto al neumotórax aplicado a las lesiones de tipo infiltrado precoz, diremos que su duración es menor que en otros tipos de lesiones. En general, el porvenir de estos enfermos está en manos de los médicos no especialistas, de los pediatras. El diagnóstico oportuno depende del médico general, al cual llegan los enfermos en el período verdaderamente inicial, y el médico general que conozca la tuberculosis igual que otra infección cualquiera, ése es el que está en condiciones de orientar al enfermo.

Los tuberculosos que llegan a los especialistas son tuberculosos en final de proceso, cavitarios, sobre la, consumidos, con procesos bilaterales. Con tales sujetos, la lucha antituberculosa es de poca eficacia. Esta se hará eficiente cuando cada médico general conozca a fondo la tuberculosis y sea un especialista en tuberculosis.

## HEMOFILIA Y VITAMINAS

POR EL

Dr. F. GONZALEZ DELEITO  
Teniente Coronel Médico

La rareza de la hemofilia hace que se haya descuidado un tanto su estudio y que no apasionen demasiado los múltiples problemas que tal enfermedad plantea. Problema de herencia, problema de preponderancia y predilección manifiesta por los varones, siquiera no pueda decirse que las hembras son refractarias al padecimiento; problema de patogenia y de tratamiento. Alguna vez, el que se encuentren atacados personajes históricos o que parece van camino de serlo—el caso del heredero al trono de Rusia—hace que se intensifiquen los estudios.

Recientemente se ha puesto sobre el tapete la hipótesis de la hemofilia, enfermedad por carencia y su posible tratamiento por vitaminas, especialmente por la vitamina C. Sobre todo para combatir las hemorragias se ha echado mano, entre otras cosas, de los diversos preparados de ácido ascórbico (cebión Merck), dados por vía oral o por vía parenteral y en dosis elevadas. No hablo del muy reciente tratamiento por la aplicación tópica de leche de mujer en compresas, pues aquí puede hablarse de vitaminas y puede hablarse de otras cosas, por ejemplo, de suministro directo de agentes coagulantes, en los que tan pobre es la sangre de los hemofílicos.

En realidad, el primero que pensó en una enfermedad por carencia y en la eficacia del aporte de vitaminas fué un español, el Dr. Llopis. Hacia el año 1928 afirmaba en un folleto publicado sobre esta materia que la hemofilia debiera considerarse como una alteración funcional, ocasionada, bien por una elevación de lo que él llama "índice vitamínico", como consecuencia del excesivo consumo de vitaminas, o por no utilizarlas en debida forma, o tal vez por un proceso de "disvitaminación". La hemofilia sería el tipo de este último trastorno. Ciertamente que no aporta pruebas experimentales para defender su tesis, pues se trata simplemente de una concepción teórica; pero aun así tiene su valor, y hay que reconocerle la prioridad de la idea.

Su producto "nateína", cuya utilidad ha sido reconocida por clínicos de todos los países y empleada en todas las clínicas, actuaría—según afirma en dicho folleto—por una mezcla de las diversas vitaminas A, B, C y D. Sostener hoy día eso, como hace en un reciente trabajo sobre "Vitaminas y hemofilia" el Dr. Elósegui, es ya algo más aventurado, pues para la fecha en que se escribió había descritas por lo menos seis vitaminas B, y hay que precisar ya cuál o cuáles de éstas existen en la nateína y cuáles faltan.

Tampoco parece muy claro lo de las grandes dosis de vitamina D. Sobre esto han llamado la atención todos los clínicos que se han ocupado seriamente del mecanismo de acción de la nateína. El año 28 podía hablarse impunemente de dar elevadas dosis de una vitamina para alabar un preñado. Hoy día, que conocemos los peligros de algunas hipervitaminizaciones, y más especialmente de la vitamina D, hay que ser un poco más prudente y hablar de dosis precisas. Ciertamente que el autor de la nateína afirma que la vitamina D, que su medicamento contiene no se ha obtenido por la radiación de cuerpos primitivamente inactivos, y que en estas vitaminas es donde aparece con más facilidad el factor de la calcinosis. De todos modos, convendría un poco más de claridad en el asunto.

Lo que sí parece exacto es que en la nateína deben existir grandes cantidades de vitamina C, que es también la que se administra en dosis enormes comparadas con las anteriores, y es muy probable que a ello se deba buena parte del indiscutible éxito del medicamento.

En resumen: la idea de que la hemofilia pudiera ser enfermedad de carencia fué lanzada por primera vez por un español, el Dr. Llopis; pero para poder sostener esta primacía de un modo más perfecto sería muy conveniente que el autor, en vez de hablar de un modo algo vago y poco preciso de que basándose en ello dió varias vitaminas en altas dosis en forma de medicamento, especificara claramente qué vitaminas dió, cómo las aisló y en qué dosis las suministra. De este modo podría cortar con más eficacia la campaña para defender el origen extranjero de la hipótesis de la "hemofilia, debida a carencia de vitaminas precisamente C", y del origen también extranjero de su tratamiento con el ácido ascórbico. No sólo por su interés, sino por españolismo, está obligado a poner en práctica todos los medios y a utilizar todos los recursos, incluso el de definir claramente la composición de la nateína, a fin de reivindicar para España la primacía de un descubrimiento científico.

## 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

VIII

DE ODONTOLOGÍA PRETÉRITA

A pocos metros de la plaza de la Opera, en pleno bulevar de los Italianos, tropiezo con un grupo de hombres y mujeres que, estacionado delante de un sacamuelas, escucha atento las pintorescas explicaciones del tauraturgo, expendedor de los más variados artículos contra el dolor de las afecciones dentarias; muestra en una



mano un frasco y en la otra un sólido extractor; agita una campanilla y gesticula nerviosamente, invitando a *monsieurs et madames* a subir a su tribuna para demostrar en sus bocas doloridas la eficacia del remedio milagroso.

Es el espectáculo de siempre y de todos los pueblos; mil veces he oído lamentarse a la gente culta de España del atraso que supone permitir en nuestras calles y plazas la continuación de esta farsa ancestral. "En el Extranjero no ocurre eso"—suelen decir de buena fe los que todavía creen que todos los ejemplos culturales deben proceder de allende el Pirineo; y, sin embargo, aquí, en lo más céntrico de lo que han dado en llamar *cerebro de Europa*, y que más bien puede titularse *estómago del mundo*, triunfa el mismo proceder indocto que atrae a las incultas gentes del más ignorado villorrio español.

Falta de experiencia. Los que hablan de extranjerismo y de europeización pueden tomar nota de este hecho. Lo mismo ocurre con otra porción de prácticas anti-higiénicas que creemos propias del pretendido atraso español: el reparto de carnes para el consumo de la ciudad, por ejemplo. Protestamos diariamente contra *el carro de la carne* que circula por nuestro Madrid, condenando la falta de higiene que se observa en este medio de transporte, y delante de mí, también en dirección de la Opera, va un carro tirado por cuatro percherones distribuyendo la carne que luego han de comer estómagos selectos en lujosos restaurantes; las piezas de ternera y los cerdos chorreando sangre por el morro, tambaleándose colgados en las tablas del carro. ¡Lo mismo que en Madrid! París no nos ofrece en esto, como en muchas otras prácticas, nada superior a lo que ya tenemos: al fin y al cabo, población latina.

Todo esto iba pensando, en tanto caminaba hacia la Biblioteca Nacional (tampoco superior a la nuestra), para realizar mi diaria visita de ratón bibliófilo. El espectáculo del sacamuelas me refrescó el deseo de realizar un curioso estudio relacionado con la Odontología pretérita; días antes había contemplado en la sala de antigüedades asiáticas del Museo del Louvre una pieza dental que data del siglo V antes de Jesucristo, y desde entonces me propuse hacer dicho estudio, muy oportuno e interesante, dada la preponderancia que en todo el mundo ha alcanzado actualmente la especialidad odontológica.

Prescindiré de consignar cuanto acerca de la materia se desprende de la Mitología de todos los pueblos orientales, para dar a este estudio un carácter práctico; dejaré a un lado las primeras investigaciones prehistóricas referentes a la distinción de los dientes de las extinguidas especies animales con los del hombre, para no prolongar demasiado este trabajo, y me atenderé tan sólo a la historia positiva de la Odontología.

Es indudable, en el estado actual de la ciencia histórica, que de Egipto procede el documento más antiguo, interesante y precioso que hace referencia a los medios de curación. Las noticias que acerca de la primitiva Medicina egipcia facilitaron las obras de Herodoto, Strabón y Diódoro de Sicilia, tan clásicas en todos los tratados de Historia de la Medicina, han perdido mucho de su valor con el descubrimiento de *papiros* importantísimos, que han ampliado y, en muchos puntos rectificado, las narraciones anteriores.

Tengo a la vista una traducción alemana del famoso *papiro de Ebers*, hallado en Louqsor en 1873, cuya an-

tigüedad data aproximadamente del año 3700 antes de nuestra Era, y en esta fuente tan pura voy a beber las primeras noticias que aquí ofrezco a los lectores.

Encuéntrense en este documento variados remedios contra la inflamación. Uno de los más comunes para combatir la odontología casuística es introducir en la carie polvo o incienso amasado con mastic; colocábase la pasta en la parte superior del diente, y se repetían por tres veces misteriosas palabras de encantamiento. Para fortificar los dientes oscilantes preparábase una pasta, compuesta de polvos de dátiles, plomo terroso y miel, con lo cual frotábanse fuertemente las encías; cuando éstas se hallaban inflamadas y sangrantes, aplicábase sobre ellas un compuesto hecho de grasa de pato y miel.

Algunos autores antiguos niegan que los egipcios conocieran la extracción y la prótesis dental; respecto del primer extremo, afirman que aquella sólo se practicaba como pena impuesta a algunos criminales, y respecto del segundo, modernamente se ha rectificado, pues en algunas momias antiquísimas han podido observarse molares que en su cara anterior presentaban un puente de oro, tan fuertemente adaptados y sujetos, que la acción del tiempo no ha podido separar el metal del marfil.

Ahora bien: la presencia de este oro, ¿obedecía a una práctica del arte dental o se trata simplemente de una refinada y lujosa ornamentación, a la que tan aficionados fueron los egipcios?

También hay opiniones contradictorias referentes a estos puntos, pero todo hace sospechar que se trata de un recurso protésico, pues por muy aficionados que fueran a la ostentación, es de suponer que no elegirían un sitio tan poco apropiado como una muela para esa exhibición suntuaria. Además, la frecuencia con que se condenaba a la pérdida de dientes a determinados reos hacía que éstos, para no pregonar su desprestigio con las muelas, procurasen disimular su defecto, arbitrándose, entre otros recursos, el de llenar los huecos de sus maxilares con dientes de sicomoro, fijados a los dientes verinos con hilos de oro. Belzoni, experto egiptólogo italiano, y Perrine, de Nueva York, han descrito algunas piezas protésicas halladas en las bocas de momias. No cabe dudar, por tanto, que Egipto debe considerarse como cuna del arte protésicodental.

En la primitiva China tampoco fué desconocida la Odontología; en el *Nuei-King*, libro que recopila los conocimientos médicos de remotísima fecha (26-27 antes de Jesucristo), hay dos capítulos, el XIII y XIV, dedicados a las enfermedades de los dientes y de las encías; considérase al frío como la causa más frecuente de la odontalgia; si ésta es muy tenaz, se recomienda combatirla con unas píldoras compuestas de polvo de ajo, envueltas en algodón; si el dolor del diente es en el lado izquierdo, se introducirá la píldora en la oreja derecha, y viceversa; la caries se combate con *polvo de excremento de rata*; y cuando las encías están dolorosas y sangrantes, se recomienda sean frotadas con orina de niño. Este extraño remedio gozaba de gran predicamento entre los chinos, como más tarde entre los pueblos celtíberos y los romanos.

Las fracturas simples del maxilar inferior tratábanlas de este modo extravagante: con las manos aproximaban las dos partes, que quedaban sujetas por un aparato de bambú; cogíase un pollo, se desplumaba y, mezclándolo con cebollas, quemábase hasta obtener un pol-



vo que se aplicaba sobre la parte enferma; los niños curaban en quince días, y los adultos, en un mes (¡!).

Como polvo dentífrico empleaban una composición a base de musgo y jengibre.

La cauterización era una práctica terapéutica muy corriente, realizándola con agujas de oro y plata, precisando escrupulosamente los puntos de elección de las picaduras y la profundidad a que debía penetrar la aguja. Para los dientes señalaban 26 puntos distintos, y seis para las encías.

La prótesis no se cita en ningún documento de la Medicina china, lo cual hace suponer que este pueblo, atrasadísimo y estacionario, la desconocía.

Hay que llegar a los griegos para encontrar, como en muchas ramas de la Medicina, un concepto más científ-



Odontagogo de los griegos. (Colección Scultet.)

fico de la Odontología. Solón, el gran legislador ateniense (640-558 antes de Jesucristo), observó la substitución de los dientes de leche por los permanentes.

Hipócrates estudió los dientes en sus aspectos anatómico, patológico y terapéutico.

Afirmó que los dientes aparecen en el feto hacia el séptimo mes. Explicó la caída de los dientes de leche por el cambio de alimentación y de bebidas; conoció la existencia de los vasos dentarios, habiendo reconocido en el maxilar inferior el agujero que da entrada a los vasos nutricios.

La patología dental ocupa un lugar preferente en las obras de Hipócrates, deteniéndose sobre todo en los accidentes de la dentición, estudiando las molestias de las encías, fiebre, convulsiones, diarreas y demás trastornos que durante dicho período infantil se producen, singularmente por la salida de los dientes caninos; determinó que el tercer diente superior es el que preferentemente se encuentra cariado, y explicó la formación de la caries, diciendo que es debida a la corrosión que sobre las raíces dentarias ejerce la inflamación de las encías, la supuración y el roce de algunos residuos alimenticios. Esta explicación fué adoptada por los médicos griegos que le sucedieron.

La terapéutica hipocrática asignaba a la Odontología un tratamiento consistente en gargarismos de castoreo y pimienta. Contra los abscesos bucales preconizaba la papilla de lentejas. Las inflamaciones flegmonosas de las encías tratábalas con una sangría general y aplicaciones de áloes.

La extracción de los dientes ha sido considerada en la Antigüedad como una operación en extremo peligrosa, a causa de algunos casos desgraciados seguidos de defunción. Por eso no es de extrañar que Hipócrates no se mostrase muy partidario de ella, recomendándola tan sólo cuando el diente se hallaba cariado y oscilante.

Los discípulos de Hipócrates conservaron para la extracción el mismo temor de su maestro; y de la Escuela de Alejandría, Erasistrato hizo depositar en el templo de Delphos una tenaza de arrancar dientes, construida de

plomo, esto es, que no pudiera hacer fuerza ni violencia alguna: tal ofrenda fué depositada como emblema de prudencia.

A pesar de este horror a la extracción, como muchas veces se hacía necesaria, empleábanse para practicarla dos instrumentos que los griegos denominaban *odontagogo* y *rizagra*; el primero se aplicaba a los dientes, y el segundo a raíces; las figuras que se acompañan dan exacta idea de su forma, muy análoga a los aparatos que actualmente se emplean para la misma intervención.

En el período grecorromano continuó esta abstención; Galeno, a pesar de sus observaciones anatómicas, tampoco se atrevió a recomendar la extirpación dental: admite, como Hipócrates y Aristóteles, y, en general, como todos los médicos y naturalistas antiguos, que el frío es la causa principal de las enfermedades de los dientes, sobre todo de los dolores, y llegó a precisar que la sensibilidad para el dolor reside en el pequeño nervio que contiene la raíz. Su terapéutica es un poco extraña; contra la odontalgia recomienda los baños de vapor y los preparados de beleño; en caso de persistencia del dolor aconseja perforar el diente con un trépano, introduciendo en el orificio resultante los remedios apropiados por medio de una sonda. Si, a pesar de este proceder, no sobreviene el alivio, entonces juzga llegado el momento de extirpar el diente, aplicando sobre él polvo de pelitre mezclado con vinagre fuerte, teniendo cuidado de preservar del cáustico los dientes vecinos, cubriéndolos con una capa de cera; al cabo de una hora el diente se encuentra movable y se puede extraer fácilmente con los dedos o con unas pinzas ligeras.

En el período de la dentición, y para facilitarla, Galeno recomienda un colutorio compuesto de *leche de perra* y *sesos de liebre*; también aconseja para lograr este efecto supender del cuello del niño el *cuerno desecado de un caracol viejo* (¡!).

Los principales compiladores del Bajo Imperio carecen de originalidad en lo tocante a la Odontología. Ya que



Rizagra de los griegos. (Colección Scultet.)

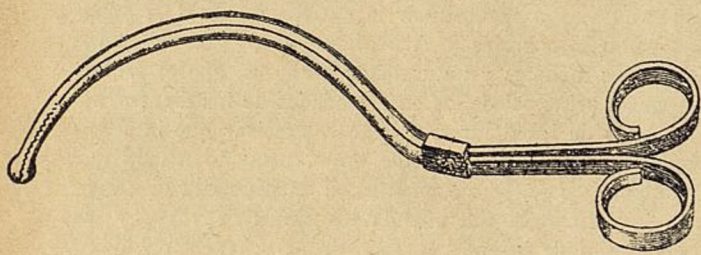
de la boca se trata, es oportuno recordar que Oribasio descubrió y describió las glándulas salivales; Aecio, en su *Tetrabiblos*, o resumen de los conocimientos médicos de la época, dedica el libro VIII al estudio de los dientes, copiando a Galeno. Lo mismo puede decirse de Alejandro de Tralles.

No sucede así con Pablo de Egina, cirujano y tocólogo del siglo VII de Nuestra Era, que, en punto al arte dentario, se apartó de las doctrinas hipocráticas y galénicas, reemplazándolas con las enseñanzas obtenidas por su experiencia personal; mostróse más atrevido que sus antecesores para la extracción, empleando para practicarla un gatillo con el que así fuertemente el diente, tirando luego de abajo arriba; cuando el diente estaba cariado, rellenaba la cavidad con unas hilas, a fin de que no se destrozara con el instrumentos. Utilizó la lima para nivelar los dientes salientes y destruir los ángulos



agudos de los que habían sufrido rotura. El absceso de la encía lo trataba este autor incindiéndolo con un instrumento cortante; de ordinario, quedaba curado con este proceder; después de la operación, el enfermo debía enjuagarse la boca con vino, y si sobrevenía otro absceso lo hacía cauterizar.

La prótesis estaba en plena práctica durante el período griego; existen testimonios abundantes: Tischbein, pintor de historia, alemán, en su obra *Pintura de vasos*, habla con admiración del hallazgo hecho en un sepulcro griego antiquísimo de una pieza compuesta de siete dien-



Acanthobolos de Pablo de Egipto. (Período bizantino)

tes, reunidos por hilo de oro. Otro aparato, hallado también en un sepulcro, en Tanagra, presenta una pequeña banda de oro, muy maleable, de cinco milímetros de altura aproximadamente, que se repliega sobre sí misma, formando un anillo elíptico, en el que iban sujetos los dientes; se supone que este aparato se remonta al siglo IV antes de nuestra Era.

En 1861, el Dr. Gaillardot encontró en una necrópolis de Saida (Fenicia) otra pieza, que Renán, en su *Misión de Fenicia*, describe así: "Es una porción de maxilar superior de mujer, presentando los dos caninos y los cuatro incisivos. Dos de estos incisivos parecen haber sido colocados para reemplazar los que faltaban." Esta pieza, que data del siglo V antes de Jesucristo, es la que se encuentra en el Museo del Louvre, según referencia al comienzo de este trabajo; el maxilar ha desaparecido completamente, quedando sólo el armazón dental con el hilo de oro.

El pueblo romano, si bien recibió el influjo de los griegos, tanto en Medicina como en todas las manifestaciones culturales, es evidente que en época muy anterior a la influencia griega poseía conocimientos médicos, según se desprende del estudio de su legislación. La ley de las Doce Tablas, que es la síntesis de la historia política, civil y religiosa de Roma desde el año 451 al 304 antes de Jesucristo, proporciona el más antiguo documento relativo a la práctica dentaria del pueblo romano.

En el artículo XV de la tabla X (*De Jure sacro*), se prohíbe enterrar oro en compañía de un cadáver; pero si los dientes del muerto están ligados con oro, se podrá sepultar o quemar sin separarlo. Se advierte por esta excepción que existían dientes destinados a reemplazar los que faltaban y que estaban unidos con oro.

El artículo X de la tabla V (*De delictis*), castiga el atentado contra los dientes, según el siguiente precepto: *Si quis detem ex gingiva excusserit libero homine, trecentis; servo centum et quinquaginta assibus multatur.* "El que por cualquier golpe violento haga saltar un diente fuera de la encía, pagará una multa de 300 ases si el ofendido es un hombre libre, o de 150 si fuese esclavo."

Dos causas principales influyeron entre los romanos para el cuidado y protección de los dientes: la primera,

el carácter glotón de este pueblo, muy aficionado a los placeres de la mesa, según se desprende del refinamiento que ponían en sus festines; la segunda, el prestigio de la oratoria, de la cual estaba pendiente el pueblo; y como en la brillante emisión de la palabra juegan un papel importantísimo los dientes, sin los cuales no pueden producirse los sonidos llamados dentales y sibilantes, de ahí que la dentadura fuese objeto de un cuidado especial, recomendado repetidamente por el mismo Cicerón. Catón, que escribió para la instrucción de su hijo menor una especie de enciclopedia, en la cual incluía la Medicina, dejó una colección de recetas para todas las enfermedades, entre ellas las de los dientes, recomendando contra la odontalgia una mixtura hecha de col rizada.

En la *Revue Clinique d'Andrologie* (1898), ha publicado el erudito Dr. Hamonic una interesante colección de vasos de farmacia de la época romana descubiertos en Lenta (Africa) y destinados verosimilmente a contener un elixir odontálgico. Son siete tarros, pequeños, fabricados de arcilla rojiza, defectuosamente torneada; su abertura superior permite la introducción del índice, con el que se debía tomar la porción de pomada o elixir necesarios para aplicarlos sobre la parte enferma.

De estos siete frascos, el del centro presenta una notable particularidad, y es la de ofrecer en su estructura una alusión al contenido del vaso. Se trata de una figulina en relieve, que viene a ser como *etiqueta parlante* del remedio, semejante a las viñetas que ilustran en la época actual ciertas especialidades farmacéuticas y que están destinadas a evocar las propiedades terapéuticas acerca de las cuales se quiere atraer la atención. La figura se observa que ha sido hecha a mano, y recuerda las groseras esculturas hechas por los salvajes del Africa Occidental. Representa un individuo que aplica su mano derecha sobre el maxilar superior correspondiente, mientras que la izquierda sostiene su cabeza en la actitud bien conocida y característica que se adopta cuando se padece un in-



Pieza dentaria con hilo de oro. Siglo V antes de Jesucristo. (Museo del Louvre.)

tenso dolor de muelas. A pesar del aspecto informe de la escultura, pueden observarse las pupilas dilatadas, las ventanas nasales distendidas y la boca entreabierta, hábito exterior característico de la odontalgia.

La altura de este tarro es de 10 centímetros, y su cabida, de 30 gramos de agua aproximadamente. Su antigüedad la estima Hamonic como correspondiente a los siglos III o IV de nuestra Era.

Antonio Musa, el famoso médico de Augusto, practicó la terapéutica dental, prescribiendo escarificaciones en las encías en caso de dolores periósticos, y contra las ulceraciones de la boca preconizaba la dieta, los evacuantes y depurativos.

Celso, en su gran obra *De re medica*, dedica varios capítulos a la práctica dentaria; en el VI y VII estudia la odontalgia, aconsejando la supresión del vino; si el dolor es muy vivo, débese aplicar cataplasmas calientes sobre el maxilar o contener en la boca líquidos calientes, con frecuencia renovados. Si no fuera posible conservar el diente, hay que introducir en su agujero, además del polvo de pimienta, hojas de hiedra, a las que asigna la



propiedad de hacer caer el diente en esquirlas. Recomienda la cauterización.

La técnica de la extracción descríbela detalladamente en el capítulo XII del libro VII. Si el diente causa del dolor se juzga conveniente extraerlo, porque los medicamentos no producen el alivio deseado, hay que descarnarlo y conmoerlo hasta lograr ponerlo vacilante, pues es muy peligroso arrancar un diente cuando está cerrado en su alvéolo, porque puede resentirse a la vez todo el maxilar; el peligro es mayor si se trata del maxilar superior, pues puede ocurrir que la conmoción alcance hasta los ojos. Cuando no sea posible arrancar el diente con los dedos se aplica el *gatillo* (fórceps), tirando perpendicularmente, para evitar que las raíces, curvándose, arrastren alguna esquirla del hueso esponjoso como es el maxilar en el que está implantado el diente. Este accidente se produce sobre todo en los dientes cortos, cuyas raíces son ordinariamente más largas que las otras. Cuando la raíz ha quedado en el alvéolo, hay que extirparla con el gatillo que los griegos llaman *rizagra*, y al que ya he aludido anteriormente.

Celso empleó pinzas dentarias que han sido estudiadas y reproducidas por Miligran.

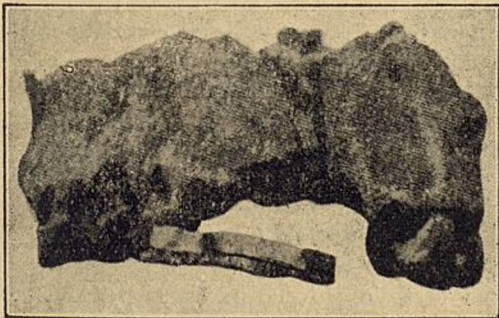
Seribonio, Andrómaco, Plinio el Antiguo, Archígenes, Apolonio, Celio Aureliano y Marco Empírico ocupáronse de Odontología, siguiendo la mayor parte las doctrinas y prácticas de Celso.

Citaré en esta época el nombre de un tal *Casellius*, dentista afamado que floreció bajo el reinado de Domiciano; obturaba los dientes con oro y practicaba la extracción. Tenía establecida su consulta en el Monte Aventino.

Conociase en Roma el arte de fabricar ciertas piezas dentarias artificiales. Los autores clásicos proporcionan a este respecto informes que no se encuentran en las obras de Medicina de la época. Horacio, contemporáneo de Celso, refiere el desfile de las brujas Canidia y Sagana a través de las calles de la ciudad, perdiendo, una sus dientes y otra sus cabellos, ambos postizos:

*"At illae currere in urbem;  
Canidia dentes, alium saganae callendrium Excidere..."*

El poeta Marcial, que, de todos los autores latinos, es, sin duda alguna, el que mejor nos ha dado a conocer la sociedad romana de su tiempo, refiere los artificios de



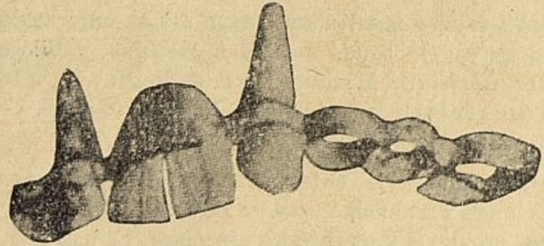
Dentadura etrusca con puente de oro. 600 años antes de Jesucristo (Necrópolis de Orvieto)

las damas para reponer sus perdidos encantos, y cita a la vieja cortesana Lelia, calva, mellada y tuerta, que un día reapareció restaurada, gracias, entre otros recursos, a los servicios del dentista *Casellius*, diciéndola el poeta: "Tú has comprado tus dientes y tus cabellos y no te son-

rojas. ¿Qué harás para tu ojo, Lelia, si no se venden?"

A otra dama, Galla, satirizábala diciendo que mientras estaba pelada en casa, sus cabellos se rizaban en la tienda del peluquero, y que "se quitaba los dientes como la ropa".

En el pasaje de Thais y Leconia, Marcial observa que esta última dió en la indiscreción de reír descompasadamente, con el solo objeto de mostrar sus dientes, de una



Dentadura etrusca, con un diente de caballo partido por la mitad, para obtener dos incisivos. (Museo conunal de Corveto.)

blancura deslumbrante. "Thais—dice Marcial—tiene negros los dientes, y Leconia, blancos como la nieve. ¿Por qué esta diferencia? Porque Thais lleva los suyos, y Leconia los compra."

Estos ejemplos de la literatura clásica bastan para demostrar la importancia de la prótesis dental entre los romanos; los dientes artificiales procedían de Toscana, y eran fabricados de hueso o de marfil, llamado *cuerno de Indias*, siendo estos últimos los que gozaban de mayor estimación.

Los hallazgos hechos en sepulcros etruscos confirman los datos proporcionados por los autores clásicos. En una necrópolis situada cerca de Orvieto, a 95 kilómetros de Roma, se ha encontrado un maxilar superior provisto de un aparato dentario en oro; esta dentadura, antiquísima, parece remontar a seiscientos años antes de Jesucristo. Es un ejemplar magnífico, en el que se demuestra la inmovilización de los dientes sujetos por láminas de oro; la lámina se fija en un canino, un poco por debajo de su tercio superior, rebasando en dos milímetros la parte inferior del diente; los dientes sanos están destinados solamente a servir de punto de apoyo al aparato protésico.

En el museo del Papa Julio II, en Roma, consérvase un cráneo, en el que el maxilar inferior lleva una soberbia dentadura en oro. Fué descubierta en un sepulcro de Valsariosa, y pertenece a época muy remota.

En los sepulcros etruscos de Corveto-Tarquini se han encontrado cinco dentaduras protésicas que remontan a muchos siglos antes de la Era Cristiana; se les puede ver en el Museo Comunal de Corveto, villa situada cerca de Marta, a cinco kilómetros del mar Tirreno.

Una de estas dentaduras, también de época anterior a nuestra Era, es interesantísima y original: se compone de láminas de oro envolviendo siete dientes; mide seis centímetros de longitud por cinco de altura; el autor de este aparato se propuso reemplazar tres dientes que habían desaparecido: los dos incisivos medianos y el segundo molar izquierdo. Para reemplazar los dos incisivos medianos se valió de un diente de caballo, partiéndolo con una ranura media para simular el espacio interdental. El diente artificial que substituía al segundo molar izquierdo ha desaparecido.

Causa asombro contemplar estas remotas manifestacio-



nes de la prótesis dentaria. Y como este estudio, aunque interesante, va resultando un tanto extenso, habré de suspenderlo en este punto, para continuarlo en el capítulo siguiente.

(Continuará.)

## BIBLIOGRAFIA

DIE ANSTECKENDEN KRANKHEITEN ("Las enfermedades contagiosas"), por el doctor en Medicina y Filosofía *Max Gundel* (del Instituto Koch, de Berlín).—Un tomo de 642 páginas, con 25 figuras. Leipzig, 1935. G. Thieme, editor. 35 marcos.

Este trazado de las enfermedades infecciosas, más que a su clínica y sintomatología, se dedica al estudio de sus causas, profilaxia y terapéutica específica. Es más bien un libro para sanitarios, y en tal concepto, muy recomendable y de gran utilidad para todos los que ocupan puestos en la administración sanitaria. Es una de las obras más completas en este sentido: comienza por una parte general dedicada a todo lo legislado en Alemania respecto a declaración, profilaxia y medidas para combatir el desarrollo de todas las epidemias. Este primer capítulo está redactado por el profesor Otto Lentz, de Berlín. Sigue un segundo capítulo sobre generalidades de patogenia e inmunidad en las enfermedades infecciosas, cuya redacción ha estado a cargo del profesor Hans Schmidt, de Marburgo, y, por último, comienza el autor Gundel el estudio de cada una de las enfermedades infecciosas en particular, comenzando por las estreptococias del hombre y siguiendo con las de los animales y demás enfermedades infecciosas, que divide en cinco grupos: las bacterianas, las debidas a protozoos, las de gérmenes desconocidos, las provocadas por hongos y las debidas a vermes. Los últimos capítulos se dedican a la preparación y empleo de sueros y vacunas, a la anafilaxia y enfermedad del suero, a la toma de material para la investigación bacteriológica y a la desinfección, esterilización y demás medidas profilácticas utilizadas en las enfermedades infecciosas, con un juicio crítico sobre su eficacia.

Con el Dr. Gundel han colaborado, además de los autores ya mencionados, los Dres. Boecker, Bormann, Gins, Engelhardt, Gotschlich, Gross, Gutschmidt y otros varios.

El libro, muy bien editado, como sabe hacerlo cuando quiere G. Thieme.—F. G. D.

LA TUBERCULOSIS PULMONAR.—INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE SU NACIMIENTO, DESARROLLO Y EVOLUCIÓN.—Por el Prof. *Hans Dietlen*, Director del Departamento de Medicina Interna del Hospital Provincial del Saar, en Homburg.—Traducción del alemán por el Dr. *José Zapatero*, ex pensionado de la Institución alemana "Alexander von Humboldt", médico residente del Sanatorio Lago (Madrid).—Espasa-Calpe, S. A., Editor.—Madrid, 1935.—Precio, 10 pesetas; 236 páginas.

Todos los problemas relacionados con el nacimiento y evolución de la tuberculosis son objeto de discusión. Considerar la tuberculosis como plaga social y las modificaciones habidas en nuestros conocimientos sobre la misma, con valoración de los medios de diagnóstico en la lucha, lleva a una necesidad: al conocimiento de los diferentes factores que integran esta labor. Urge aclarar muchos puntos, aún muy oscuros, pues se trata de fe-

nómenos y hechos de interés extraordinario para la Humanidad.

El Prof. Dietlen revisa el estado actual de nuestros conocimientos sobre tuberculosis pulmonar; hace estudio práctico del modo cómo pueden ordenarse y relacionarse fenómenos tan proteiformes como los que aparecen en el curso de la tuberculosis pulmonar, sin pasar a discusión detallada de las técnicas seguidas en la exploración física de estos enfermos, por creerlas bien conocidas, por lo menos en sus puntos esenciales, de la mayoría de los médicos.

Uno de los mayores valores de esta obra es que su autor hace una llamada a los médicos generales para, en posesión de las actuales concepciones sobre tuberculosis, nuevamente presten su ayuda valiosa, para lo que les dispone estos conocimientos en forma tal, que rápidamente lleguen a su dominio.

En el capítulo dedicado al estudio clínico de la tuberculosis pulmonar del adulto y del niño sigue los caracteres marcados por Redecker, no de modo regular, y sin olvidar que nadie mejor que Neumann, en la literatura alemana, discute las formas clínicas de la tuberculosis del adulto, al mismo tiempo que adopta en la clasificación los estadios de Ranke, con algunas modificaciones.

Obra dividida en los siguientes capítulos: "Nacimiento y desarrollo de la tuberculosis pulmonar"; "Clínica de la tuberculosis pulmonar"; "Distintas formas y secuelas a que da lugar el infecto primario"; "Período de reinfección"; "Formas evolutivas que no pueden incluirse en ninguno de los grupos del período de reinfección"; "Participación de la pleura en la tuberculosis pulmonar", y "Tratamiento de la tuberculosis pulmonar".

Dada nuestra manera de defensa contra la tuberculosis pulmonar, la obra del Prof. Dietlen es merecedora de conocimiento por parte de todos los médicos generales, ya que les pone al alcance datos difíciles de adquirir en otras publicaciones de mayor extensión, sin por ello perder el provecho.

Finalmente, merece felicitación la Editora Espasa-Calpe, S. A., por el acierto al elegir esta obra, de gran utilidad para estudiantes y médicos prácticos.—M. ACEÑA

EL VENTRICULOGAMA, por el Dr. *Erik Lysholm*.—Tercera parte.—Tercero y cuarto ventrículo.—Acta radiológica, suplemento XXVI.—Estocolmo, 1935.

Trabajo de 124 páginas, ilustrado con hermosas radiografías, correspondientes a cada una de las secciones en que, para su mejor estudio, está dividido, constituyendo el más acabado trabajo que de este asunto se haya hecho.

En estas secciones se hallan citadas la parte anterior del tercer ventrículo y agujero de Monro, la parte posterior del tercer ventrículo, la región de las cuatro colinas, el acueducto de Silvio (para el estudio de la apendicitis estenosante), la región del puente, el ángulo del puente del cerebelo, el techo del cuarto ventrículo y vermis, el hemisferio cerebeloso, el suelo del cuarto ventrículo y la médula oblonga y el espacio subaracnoideo de la fosa cerebral posterior (para el estudio de la aracnoiditis).

El estudio de los tumores ha sido hecho escrupulosamente, tanto por exploración clínica como por ventriculografía y comprobados por operación, poniendo de manifiesto el estudio anatomopatológico y sus diversas estructuras.



# PRODUCTOS *Recondo* alimenticios y dietéticos *¡ buen pan !*

## CLASES Y APLICACIONES

Dispepsia. . . . .	}	GRESSINS LONGUETS BISCOTTES	Reconstituyentes, muy nutritivos y digestivos.		
Gastritis . . . . .					
Enteritis . . . . .					
Obesidad. . . . .					
Entero-Colitis. . . . .					
Afecciones intestinales. . . . .					
Convalecencia . . . . .					
Niños . . . . .					
Albúmina. . . . .	}	GRESSINS LONGUETS BISCOTTES	Sin sal.		
Artritis . . . . .					
Cardíacos. . . . .					
Arterio-esclerosis. . . . .	}	GRESSINS	Hiponitrogenados sin sal.		
Cardio-Renales. . . . .					
Diabetes . . . . .	}	GRESSINS FLAUTAS BISCOTTES PANES DE GLUTEN	Sin azúcar al 20 % de gluten.		
Glucosuria . . . . .					
Afecciones del hígado e intestino .		FLAUTAS DIASTASADAS	Sin azúcar, 50 % de gluten (régimen severo).		
Anemia . . . . .		FLAUTAS AL GLICERO			
Crecimiento. . . . .		FOSFATO DE CAL			
Tuberculosis. . . . .					

Se hacen envíos desde 6 cajitas de unos 500 gramos : Fabricante: L. RECONDO.-IRÚN (España)

Colerético y desinfectante de las vías hepatobiliares e intestinales

# FELAMINA

## SANDOZ

(Asociación de ácido cólico y hexametileno-tetramina)

Frasco de 50 comprimidos grageados, dosificados a 0,3 gramos

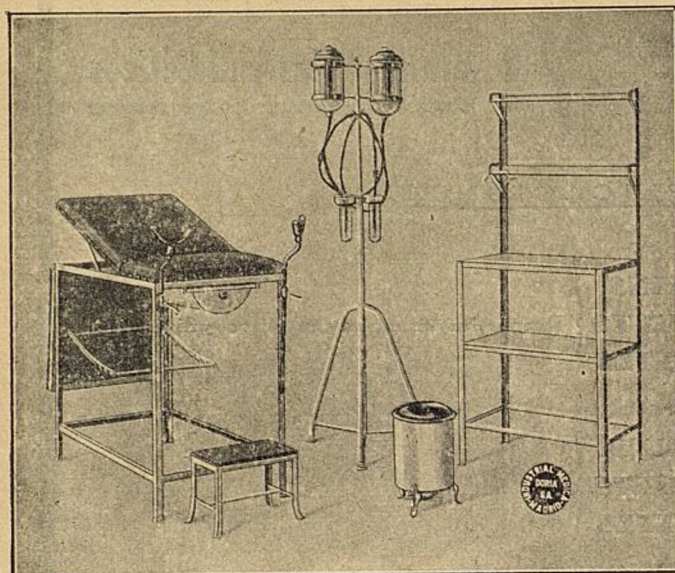
Insuficiencia hepática.— Litiasis biliar.— Angiocolitis.— Colecistitis. —  
Ictericias.—Enterocolitis crónicas.—Constipación por acolia.—Trastor-  
nos debidos al pequeño hepatismo.—Trastornos digestivos por insufi-  
ciencia hepática.—Hepatotoxemia gravídica, etc.

PARA LITERATURA Y MUESTRAS DIRIGIRSE A LA

OFICINA CIENTIFICA SANDOZ

NICETO ALCALA ZAMORA, 18 — MADRID — APARTADO 1036

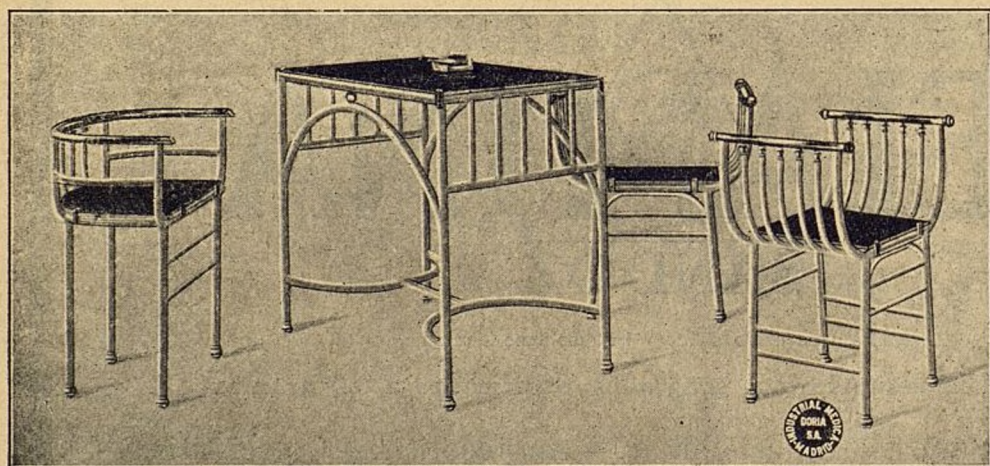




**CLINICA GENERAL núm. 259**

Número		Pesetas
688.	1 Mesa de reconocimiento.....	100,—
836.	1 Mesa auxiliar con estantes.....	60,—
882.	1 Cubo de pedal, pequeño.....	29,—
878.	1 Portairrigador .....	62,—

AL CONTADO..... Ptas. 251,—  
 EN 5 PLAZOS MENSUALES DE — 52.60  
 EN 10 — — — 27.10



**GRUPO DESPACHO núm. 278**

Número		Pesetas
1.096	1 Mesa con tablero de luna.....	210,—
1.090	1 Sillón con asiento de luna.....	125,—
1.078	2 Góndolas .....	180,—

AL CONTADO..... Ptas. 500,—  
 EN 5 PLAZOS MENSUALES DE — 108,—  
 EN 10 — — — 55.50

SOLICITEN  
 NUESTROS  
 CATÁLOGOS  
 GENERALES

de Mobiliario  
 e Instrumental



# INDUSTRIAL MEDICA DORIA

S. A.

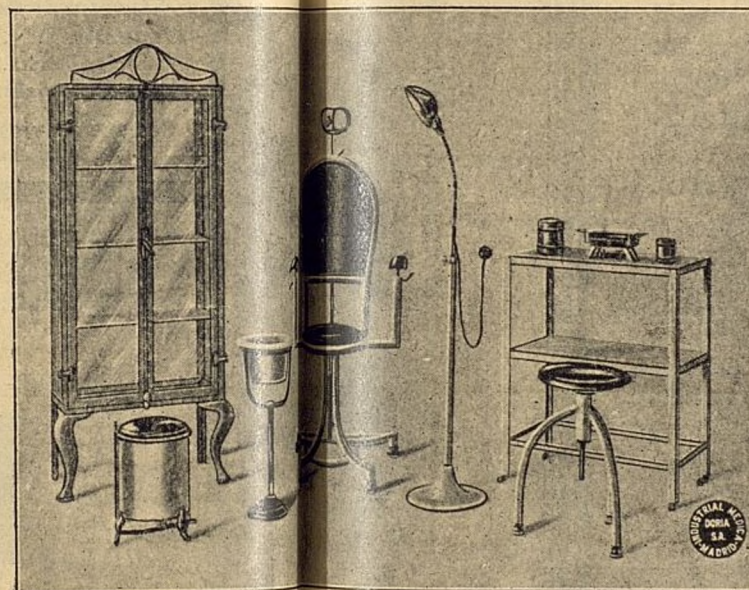
APARTADO 3031

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

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

MADRID

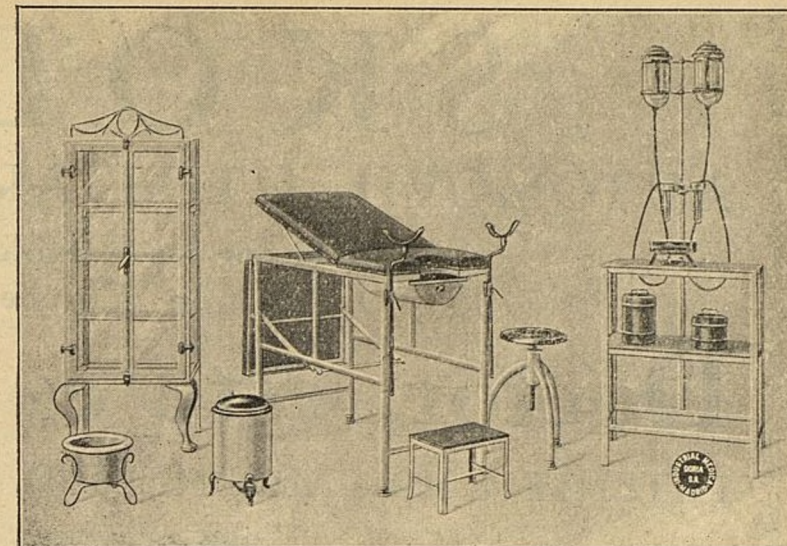
## Instrumental de Cirugía



**CLINICA OTORRINOLARINGOLOGIA núm. 263**

Número		Pesetas
768.	1 Sillón .....	300,—
793.	1 Vitrina de 100 X 30 cm.....	160,—
798.	1 Taburete giratorio.....	38,—
960.	1 Escupidera de pie.....	15,—
830.	1 Mesita auxiliar.....	31,—
930.	1 Portaluz, graduable.....	45,—
882	1 Cubo de pedal, pequeño.....	29,—
357.	1 Esterilizador de 21 X 12 X 5 cm.....	41,—
555.	1 Bote de metal de 14 X 12 cm.....	12,—
554.	1 Bote de metal de 18 X 12 cm.....	10,—

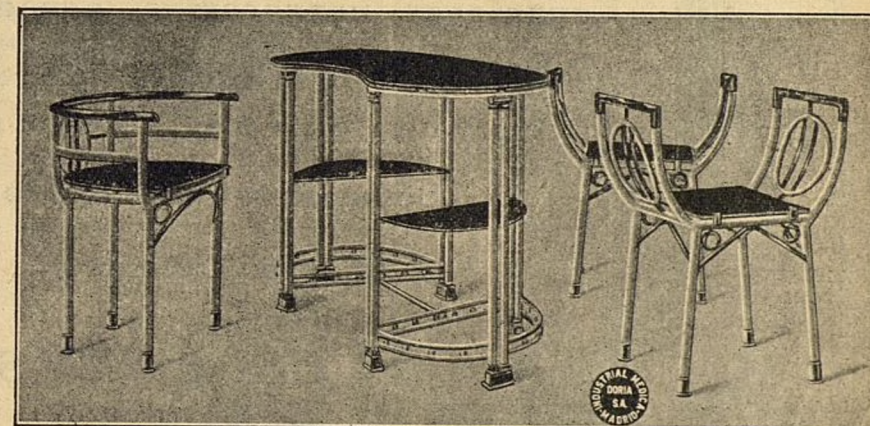
AL CONTADO..... Ptas. 681,—  
 EN 5 PLAZOS MENSUALES DE — 143,—  
 EN 10 — — — 73.50



**CLINICA GENERAL núm. 257**

Número		Pesetas
691.	1 Mesa de reconocimiento, con escotadura.....	155,—
793.	1 Vitrina de 100 X 30 cm.....	160,—
689.	1 Mesita con irrigador.....	72,—
882.	1 Cubo de pedal, pequeño.....	29,—
958.	1 Escupidera pie bajo.....	9,—
898.	1 Taburete giratorio.....	38,—
555.	1 Bote de metal de 14 X 12 cm.....	12,—
556.	1 Bote de metal de 14 X 18 cm.....	15,—
536.	1 Esterilizador de 18 X 8 X 4 cm.....	35,—

AL CONTADO..... Ptas. 525,—  
 EN 5 PLAZOS MENSUALES DE — 110.20  
 EN 10 — — — 56.70



**GRUPO DESPACHO núm. 276**

Número		Pesetas
1.099.	1 Mesa forma riñón, con lunas.....	575,—
1.090.	1 Sillón con asiento de luna.....	150,—
1.080.	2 Góndolas .....	220,—

AL CONTADO..... Ptas. 700,—  
 EN 5 PLAZOS MENSUALES DE — 156.40  
 EN 10 — — — 80.40



Pero el medio más sencillo es colocar un gran apósito, que se empapa cada dos horas, para que esté constantemente húmedo. A las veinticuatro horas se retira el apósito; se encuentra la parte quemada recubierta de piel negra, dura y seca. Entonces es inútil el apósito. El miembro debe quedar al aire libre; se puede palpar la superficie quemada sin despertar dolor; nada hay más impresionante que el aspecto de estos miembros cubiertos de un guante suave, negro e indoloro.

En un período variable, de quince a treinta días, la piel impregnada de tanino cae, después de quedar arrugada, en relación a la reabsorción del edema.

Si las quemaduras no han pasado el dermis, la curación es completa, sin cicatriz.

Si la lesión fué más profunda, interesando todos los elementos epiteliales, queda una superficie granulosa en condiciones excelentes para injerto. Estos encuentran medio favorable y es sorprendente verlos "prender" en menos de cuarenta y ocho horas, reunidos entre sí por un barniz epidérmico.

Si la quemadura se infecta, las costras se levantan formando depósitos purulentos; hay que separar estas costras y hacer apósito húmedo al suero o al aceite; aplicar tanino es una gran falta que será seguida de linfangitis y fiebre.—(*Bull. et Mem. de la Soc. des Chirg. de Paris*, núm. 3, 1935).—M. A. C.

HAYATA.—*El régimen declorurado en los leprosos.*

Ya es de antiguo conocida la buena influencia del régimen que da título a esta nota en diversas afecciones; citemos, entre otras, la enfermedad de Bright y el lupus tuberculoso, razón por la cual el autor se ha apoyado para emplear este régimen en 21 leprosos de la Jinkyoleproserie, de Hukuoka. La cura fué practicada durante cuatro meses, sin que hubiese agravación alguna en ninguno de los casos, y, por el contrario, los síntomas leproso: eritemas, leucodermia, alopecia, anestesia, nódulos y úlceras mejoraron, sobre todo estos últimos, que llegaron a curar. Dice el autor que el escaso tiempo transcurrido no permite obtener conclusiones de este método, si bien cree poder decir que el régimen declorurado constituye un medio terapéutico muy importante, y que sin pérdida de tiempo debe asociarse a la quimioterapia. (*La Leprosy*, Osaka, 1934).—J. H.

ORLOWSKI.—*Tratamiento de la impotencia.*

Recomienda la administración de ligeros tónicos cardíacos y de adrenalina, continuada durante meses, en casos de impotencia hipotónica. Entre los tónicos cardíacos ligeros menciona el cactus y la convallaria. La adrenalina se administra en gotas (de cinco a 20, de una disolución al 1 por 1.000) cada día. Es una equivocación suponer que la adrenalina sólo es eficaz administrada en inyección hipodérmica. La tintura de estrofantó es un estimulante cardíaco más poderoso, que eleva la presión arterial. Cuando no hay para ello contraindicación, se darán cinco a 10 gotas de una vez poco antes del esperado contacto. Cafeína en forma de una taza de café es de menos eficacia, y lo mismo puede decirse del alcohol. Estas medicinas tienen un efecto psíquico que puede ser útil, pero que no puede ser medido por el médico. Por eso, es mejor para el médico no emplearlo. La estricnina es de gran valor, pero debe ser empleada una sal del alcaloide. La tintura de nuez vómica no puede substituirse.

En los casos de presión sanguínea elevada, el cloruro de yohimetina es un remedio útil. Este produce una dilatación de todos los vasos periféricos y aumenta la irritabilidad refleja de los centros genitales de la medula. Esta medicina no será de valor en individuos grandemente deprimidos, con una presión sanguínea baja. Una medicina que nunca debemos olvidar es la tintura de damiana, 20 gotas tres veces al día. Esta sustancia causa un aumento de la secreción de la próstata y de las vesículas seminales, lo que ejerce un efecto fisicodinámico y psíquico. Esta medicina, recomendada por Krafft Ebins y Orlons Vri, la he encontrado muy útil. Entre otras medicinas mencionadas, figuran dos de origen oriental, el ginseng y la efedrina. El ginseng no es fácil de conseguir en Europa, pero los ejemplos que Orlowski ha estudiado no produjeron el menor efecto afrodisíaco. La efedrina se administra mejor en combinación con la yohimbina, porque cada una tiende a neutralizar los efectos de la otra. Las hormonas del testículo son acaso útiles si se administran de una vez para un efecto inmediato estimulativo psíquico. No debe recomendarse su uso continuado. Finalmente, en los casos extremos puede ser útil la sugestión bajo hipnosis. El autor descubre un método de hipnosis que él ha empleado, y que es universalmente eficaz en cuanto al efecto hipnótico. El paciente es tranquilizado y se le dice que se le hará un poco de hipnotismo después de administrarle un sedante. Diez minutos después se le inyectan por vía intravenosa dos centímetros cúbicos de una disolución de evipán. Se deja la aguja en la vena, y después de tres minutos se ensaya el grado de reactividad. Si es necesario, el enfermo recibe de nuevo uno o dos centímetros cúbicos de disolución de evipán. Dos o tres minutos después se le hace la sugestión verbal. Se dice al enfermo clara y enfáticamente que desde aquel momento será completamente potente. Se repite esta afirmación y se examina el día y la hora del primer contacto eficaz. Es evidente que el médico debe ser informado previamente sobre las condiciones de vida y oportunidad del contacto sexual del enfermo.

La ventaja de esta sugestión dan al enfermo un estado de hipnosis en que la sugestión es olvidada por completo. Por eso, si el tratamiento no es eficaz, no seguirá una depresión grande a un posible fracaso, lo que, de ocurrir en estado de vigilia, haría la situación del enfermo mucho peor.—(*De Medizinische Weet*, 30 diciembre 1934).—Dr. P. M.

JOSÉ LUIS CARRERA.—*Nueva contribución al estudio de la etiopatogenia del eritematoso.*

Completa el autor en este trabajo sus impresiones acerca de la etiología del lupus eritematoso, publicadas en 1932, y sin pretender llegar a conclusiones definitivas, afirma que es en extremo dudosa la etiología luética de la aortitis observada en los enfermos con lupus eritematoso, sugiriendo la idea de que el lupus eritematoso sea una entidad patológica que si bien pudiera ir asociada a sífilis o tuberculosis, en un terreno por ellas preparado, no es una sicciada a sífilis o a tuberculosis, ni es en ningún caso ni una sífilide ni una tuberculide, como algunos pretenden, dando a estos dos términos una acepción amplísima. Los estudios experimentales de Lowestein y los necrópsicos no son lo suficientemente explícitos para permitir una afirmación etiológica definida. (*El Hosp. Español*, año IV, núm. 9).—T. B.



SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

*La función sanitaria es función del Estado, y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.—Garantía inmediata del pago en los titulares por el Estado.—Independencia y retribución de la función forense.—Dignificación profesional.—Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.*

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL.: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—ACADEMIAS y SOCIEDADES.—Mártires titulares: Compensación a la inversa, por Angel F. Domínguez.—Remitido: Carta abierta, por A. Navarro Blasco.—Jornadas Médicas de Bruselas.—Reglamentos para la aplicación de la Ley de Coordinación Sanitaria. (conclusión).—SECCIÓN OFICIAL.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

¡Se acabó la siesta!

¡Cualquiera duerme en estos momentos, precursores de algo catastrófico, que teníamos por seguro llegase, pero que, según parece, va a adelantarse a nuestros cálculos!

Cuando, en la semana última, hablábamos de ses-teo y moscardones, ya se advertía que el sueño no era profundo, y entre duermes y velas advertíamos el run-rún que se cernía sobre una placidez y un contento escenográfico.

Sinceramente decimos a nuestros compañeros Titulares que no nos asusta la situación que se está produciendo por las protestas de Ayuntamientos y Diputaciones frente a la aplicación de la ley llamada de Coordinación Sanitaria.

Siempre la tuvimos, y lo hemos dicho repetidas veces, por la más descoordinadora de las leyes, y como no nos han dolido prendas para anunciar lo que venía, no tenemos por qué mostrarnos asombrados. ¡Pero no hay que alarmarse! Si la ley en sí y la situación que está creando, y que va a ser peliaguda entre los Municipios y Diputaciones y los sanitarios, es una obra de la inconsciencia y de la ignorancia, soberbia y retadora de un conflicto; en que las partes que han de luchar son desmesuradamente desiguales en sus fuerzas, y, desde luego, ha de quedar vencida la parte más débil; si la obra del Sr. Pérez-Mateos no puede de ningún modo aplaudirse ni elogiarse, va a tener una virtud, una sola, pero que la hará redimirse de todas las culpas que tiene y va a tener en lo sucesivo.

Esta virtud es que va a poner frente a los Poderes públicos la única solución posible: ¡la única, la que figura al frente de nuestro programa profesional desde hace tantísimos años!: "la función sanitaria es función del Estado, y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal, con garantía del pago de los titulares por el Estado".

Esto, que podía ya estar hecho si el Sr. Pérez-Mateos no hubiera perdido lamentablemente el tiempo, o, mejor dicho, si la gestión para conseguir esta única solución del problema no hubiera estado sometida a un cacicato ridículo de política de bajo vuelo y se hubiese aprovechado el ambiente parlamentario y nacional, no para hacer carrera política, sino para conseguir lo que hubiera sido verdaderamente una honra que todos saludáramos con a cabeza descubierta. Pero para estas cosas, lo primero que hace falta es talla, porque a nadie se le ocurre poner al frente de la escuadra de gastadores del regimiento de Zapadores Minadores al Enano de la Venta.

Todo lo que está ocurriendo, y lo muchísimo que va a ocurrir en breve plazo, lo mismo que lo veíamos venir nosotros, estaban obligados a verlo venir quienes se las daban de tan solucionadores del problema y conocedores de sus premisas y sus incógnitas.

Pero, lo repetimos: no hay que temer nada; mejor dicho, no hay que asustarse, sino proceder con discreción y lógica. No hay que perder la razón y las energías con un empeño vano en defender lo indefendible. Hay que presentar a los Gobiernos una actitud noble y sincera; hay que hacerles saber el deseo de las clases sanitarias de no vivir enuchas mezquinas ni cantar trágicas absurdos a los Municipios, y hay que ofrecer la solución a los Gobiernos para marchar armónicamente con la vida municipal y provincial, no como enemigos, sino como colaboradores, y para esto dar las mayores facilidades posibles para que en la Cámara se pueda resolver el problema, pasando los sanitarios rurales a depender directamente del Estado.

Esto puede ser, debe ser y será en plazo breve. Dijimos no hace muchos meses que nosotros lo haríamos. ¿Por qué no han de poder hacerlo quienes valen mucho más y suponen más que nosotros en la vida pública?

Digan lo que digan los Gobiernos, ya tienen el

23 al 29 de septiembre de 1935.

X Congreso Internacional de Historia de la Medicina

Cuotas de inscripción....

Congresista, ptas. 90.  
Familiars, ptas. 40.

Pida detalles a la Secretaría general  
Arrieta, 12. MADRID

Ayuntamiento de Madrid



23 al 29 de septiembre de 1935.

Cuotas de inscripción....

Congresista, ptas. 90.  
Familiars, ptas. 40.

Arrieta, 12. MADRID

74

EL SIGLO MEDICO

problema planteado en forma tal, que fatalmente tendrán que buscar la única solución.

Por eso, aunque parezca un poco paradójico, estamos de enhorabuena.

¡Ojalá no perdamos esta ocasión como la anterior!

DECIO CARLÁN.

## ACADEMIAS Y SOCIEDADES

### ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Presidencia: Dr. Cospedal

(Sesión 1.º junio 1935.)

*Dr. Enrique Slocker.*—Anuncia para el curso próximo, y sólo a título de prioridad, una comunicación acerca de la "Dactiloscopia en relación con la patología".

LA MORAL PROFESIONAL EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE LOS HEBREOS A TRAVÉS DEL TIEMPO, por el *Dr. A. Fernández de Alcalde*.

Comienza por hacer una sentida nota necrológica del profesor Jeanselme, dermatólogo e historiador de la Medicina, recientemente fallecido, y pasa a felicitar a la Academia por su acuerdo de tomar parte en las fiestas del sabio Maimónides, ya celebradas, así como por las conferencias pronunciadas en la misma por los doctores García del Real y Goyanes.

Recuerda ampliamente sus primeros trabajos de historia de la Medicina, los cuales fueron benévolamente acogidos por la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina, y expresa su júbilo por el éxito que va a tener el próximo Congreso que en septiembre próximo se celebrará en Madrid, bajo la presidencia del eminente Prof. Gregorio Marañón.

Hoy viene tan sólo a esta Academia para decir lo poco que sabe de la diferenciación del hebreo y del israelita, ya que desea que esto conste para general conocimiento en los Anales de esta Corporación.

Expone cómo en todo el mundo, al decir Medicina, se entiende que se dice bondad, y esto, por tanto, lo era también entre los hebreos, y a este respecto se extiende en muy amplias consideraciones acerca de la religión y las costumbres médicas y sociales de los mismos.

Recuerda el célebre decreto de Ramsés de arrojar a los hijos primogénitos al río y la aparición de Moisés, así como el papel de gran caudillo que éste había de desempeñar en la historia de aquel pueblo.

Detalla las numerosas luchas del pueblo hebreo y de su éxodo, así como de su estancia de once meses al pie del Monte Sinaí. Trata de la época de los jueces, y recuerda la muerte del juez Ellis en el ejercicio de su cargo, a consecuencia de un ictus apoplético al enterarse de numerosas desgracias familiares. Pasa a poner de manifiesto un gran número de palabras españolas que son de origen hebreo, tales, entre otras, como la de "acabar", y relata con el detalle en el orador característico algunas de las hazañas de Nabucodonosor, y también de la quema de Jerusalén.

Pasa a hablar de la gran pureza de Jesús Nazareno en todos sus momentos, y recuerda el episodio de la mujer adúltera y del centurión. Trata de las Academias

de Sora y de Tardea, y recuerda sus trabajos, así como también las prácticas del Talmud y de algunos talmudistas célebres, a los cuales cita y elogia, así, entre otros, al creador de la estirpe de la familia Maimónides.

Termina diciendo que ha traído todo esto llevado de su interés a Maimónides, y que éste no fué autor de su célebre plegaria, ya que ésta la hizo, según ha podido averiguar, en el siglo XVIII un discípulo del filósofo Kant.

ENSEÑANZAS DE UN PARTO DISTÓCICO SEGUIDO RADIOGRÁFICAMENTE, por el *Dr. Vital Aza y Díaz*.

Comienza por recordar unas frases suyas pronunciadas este curso en la Academia Médicoquirúrgica, en las cuales decía que la mayor diferencia de la obstetricia de hoy con la de hace veinte años no se halla en las técnicas ni en la cirugía, sino en la manera de asistir en ese ayer cercano y en el presente actual a los partos no difíciles, pero sí llenos de un largo tedio que, a veces, nos lleva a pensar en el peligro.

Para que esta diferenciación sea a todos manifiesta es por lo que hoy viene a la Academia a exponer un parto seguido por radiografías en unión de su colaborador y radiólogo, el Dr. Gálvez Armengaud.

La importancia de este parto seguido radiográficamente tiene una mayor importancia, ya que, al igual de todos mis casos, pertenece a clientela privada, y así como lo hago yo con ésta en algunos casos—mi archivo radiográfico es mayor que el de algunas maternidades oficiales—debiera hacerse siempre en las maternidades pertenecientes al Estado, la Provincia o el Municipio.

Las radiografías nos dice que en este caso las realiza en posición vertical, si bien, a pesar de las molestias, prefiere el método clásico. Y tras esto, dice que, más que un envanecimiento por la labor obtenida con las radiografías obstétricas, lo que se debe tener es una veneración por los viejos maestros, que sin estos métodos también trabajaron, y a más, esta radiografía ha venido a hacer disculpables algunos errores, y a este respecto relata algunos casos de éstos, los cuales vieron la luz en estas columnas al hacer el extracto de su comunicación de este invierno a la Academia Médicoquirúrgica, intitulada "Algunos datos de radiología obstétrica".

Se trata en el presente caso de una señora de veintinueve años, primípara, de excelente estado de salud, y que, vigilada de lejos, la vemos al salir de cuenta, como se dice vulgarmente. Se rompe la bolsa de las aguas espontáneamente, y entonces practicamos la primera radiografía. Vemos se trata de una presentación de vértice, pasan doce horas y da comienzo el trabajo del parto; entonces hacemos la segunda radiografía: la columna vertebral del feto se ve va rotando y la cabeza se halla casi encajada, y ve claramente es una "oiiá".

Durante este tiempo se ausculta el corazón del feto, que se ve va bien, y se pone espalmalgina y un tónico cardíaco a las veinticuatro horas, y cuando ya el sol se había puesto dos veces sobre la parturiente, lo que los médicos de la antigüedad consideraban funestísimo, todo seguía igual. Y cuando ya iban desde el comienzo del parto cincuenta horas de dolores, hacemos una tercera radiografía, y se ve que la cabeza ha rotado la derecha y hay un encajamiento total. Y al ver esta radiografía empezamos a temer si habrá que terminar este



parto por vía quirúrgica; ponemos suero glucosado y pituitrina y hacemos radiografía, que es exacta a la anterior, razón por la cual no la proyecta. Entonces ya se decide y practica una episiotomía previa, y obtiene un feto vivo de 3.759 gramos de peso y de gran normalidad.

Al dar a la enferma de alta la hace, como siempre tiene por costumbre, una radiografía, con objeto de poder ver bien la pelvis, lo cual antes impedía el feto, y ve de qué modo el diámetro transversal y el anteroposterior no se hallan en consonancia con sus medidas clásicas, ya que es mayor el que debiera ser más pequeño.

Termina diciendo que toda esta técnica de filigrana es la que en la actualidad permite poner a prueba una mujer en el trabajo del parto, sin miedo a realizar una cesárea de Kronig, y no la alta que antes había que realizar en estos casos, y a la cual tanta resonancia se le daba.

*Dr. Francisco Haro.*—Estima que en el caso expuesto por el Dr. Vital Aza no hay nada que objetar, y tan sólo quiere recoger lo referente a lo dicho por éste a la sistematización de las radiografías y a la disculpabilidad de los errores diagnósticos. Con respecto a lo primero, se lamenta de ello, y dice que, en parte, es debido a lo hogareño que en nuestra patria es el parto, lo cual comprende, y habla de la influencia de la familia, que no permite la labor que en un sanatorio, donde no está presente, y se puede llevar a cabo, al menos, en cuanto a la espera.

Abunda en la opinión del Dr. Vital Aza respecto a lo mal que le parece no se hagan radiografías sistemáticas en las Maternidades y Facultades a todas las mujeres que en ellas paren.

Recuerda dos casos de errores de su casuística, y dice que al oír esto se inclina a creer que no lo fueran.

*Dr. E. Slocker.*—Felicita al comunicante, y dice tiene el deber de divulgar estos trabajos para conocimiento de todos los médicos, y más que nadie para esos 22.000 médicos rurales, que a veces no tienen ni guantes para asistir a un parto.

Le pregunta qué hay sobre la radioscopia en las embarazadas, lo cual facilitaría el trabajo y la economía para poderla realizar en los centros oficiales.—J. H. S.

\*\*\*

## ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia: Dres. M. Arredondo y Vital Aza

(Sesión 20 mayo 1935.)

### UN SÍNDROME MEDULAR DE DIAGNÓSTICO DIFÍCIL, por el Dr. Guijosa.

Expone su opinión, ya hace tiempo sustentada, de que no son siempre los enfermos difíciles los más interesantes, sino que lo son los fáciles, cuando verdaderamente se hace de los mismos un amplio y detenido estudio desde el punto de vista clínico y analítico.

El enfermo que le mueve a traer esta comunicación a la Academia era un muchacho de veinte años, con lesiones cutáneas de índole tuberculosa en rodilla y la axila, ambas muy extendidas; manifestaba asimismo una gran atrofia muscular de pierna izquierda. Era natural de Las Palmas y de profesión estudiante. Como antecedentes hereditarios, no hay ninguno de interés, ya que los padres viven y han tenido nueve hijos, de los cuales tan sólo falleció uno; no son ninguno propensos a catarros.

Como antecedente personal, sólo tenemos que tener en cuenta el sarampión.

A continuación nos dice el Dr. Guijosa que este enfermo hace doce años tuvo una intensa inflamación de la región maleolar izquierda, la cual a poco descendió mucho, volviendo a reaparecer hace cosa de un año, si bien no le ocasiona en el momento actual grandes molestias. De apetito se encuentra perfectamente. El corazón marcha bien y no hay lesión alguna de otro aparato. Las pupilas reaccionan perfectamente a la luz y a la acomodación. Expone la orientación dermatológica de las lesiones, la cual ha sido llevada a cabo por un dermatólogo, y pasa a realizar el diagnóstico diferencial desde un punto de vista neurológico. Los análisis, tanto del líquido cefalorraquídeo como los serológicos, son todos negativos. Termina la exposición de su trabajo diciendo que se trata de un caso de enfermo claramente tuberculoso con lesiones de índole nerviosa, bien que unas sean de carácter positivo hacia un diagnóstico y otras lo sean negativas hacia el mismo, y haciendo ligeras consideraciones acerca de cada uno de ellos, termina estimando se trata de una arteritis tuberculosa, bien que sólo por atisbos haya podido ser diagnosticada.

### FACTORES DE ÉXITO Y DE FRACASO EN LAS TRASPLANTACIONES TENDINOSAS, por el Dr. Manuel Bastos Ansart.

Después de un largo introito dedicado a la exposición del tema, el cual es para el cirujano, según el comunicante, de gran tentación, nos dice que gran número de veces, en la práctica las cosas no suceden conforme a las prescripciones hechas por el operador con carácter de tono muy simplista.

Dice cómo los fracasos pueden deberse en un buen número de casos a no tomar en consideración sino el problema de orden teórico y dejar de lado a los factores puramente biológicos. Estima como primera condición a exigir a toda trasplantación tendinosa que no cambien intensamente la resultante de la contracción del músculo correspondiente.

Además, es necesario considerar en la acción de cada uno de los músculos varios factores, que no son los que le concede la Anatomía.

Y a continuación expresa cómo queda por saber si un músculo que se cambie su función puede o no tener éxito.

Explica esto con gran acopio de datos anatómicos, y dice que su colaborador, el Dr. D'Harcourt, ha realizado diversos experimentos acerca del particular en animales de laboratorio; de los casos practicados en personas parece deducirse que los resultados mejores son los obtenidos en los miembros superiores.

Termina diciendo que la trasplantación crea fuerza, no por dar ayuda a un músculo muerto, sino muy decaído, trazo de la reacción de la misma.

A continuación proyectó una película realizada en sus servicios hospitalarios, demostrativa de lo expuesto en su amplia comunicación.

### INSULINOTERAPIA Y MORFINOMANÍA, por el Dr. César Juarros.

Después de hacer una amplia definición de la morfinomanía y de hablar de los numerosos métodos que existen para desmorfínizar, el Dr. Juarros expone el de la insulina, con el cual ha tratado algunos enfermos, y acerca

Cuotas de inscripción....

Congresista, ptas. 90.  
Familiars, ptas. 40.

Pida detalles a la Secretaría general  
Arrieta, 12. MADRID

Ayuntamiento de Madrid



de cuyo trabajo creemos oportuno copiar sus breves conclusiones:

"De mis casos y de los publicados por autores germanos, creo poder deducir las conclusiones siguientes: la insulino-terapia, en gran número de casos facilita la desmorfización, amortiguando los signos de privación y mejorando el estado general del paciente. Comoquiera que la intensidad de estos síntomas guarda relación con la rapidez del método de deshabitación, fácil es deducir que su mayor utilidad corresponderá a los métodos bruscos."

En los métodos lentos, los síntomas de carencia estiman ser tan soportables, que excepcionalmente resultará necesario acudir a la insulina. Este hecho merma considerablemente la importancia terapéutica del procedimiento.

*Dr. Vallejo Nájera.*—Se muestra muy partidario del método brusco, salvo en aquellos casos en que se halle totalmente contraindicado.

Expresa su temor a las narcosis permanentes, ya que al despertar, a más del peligro que supone la falta de tóxico, existe el creado por la necesidad del hipnótico.

*Dr. Valenciano.*—Recuerda algunos de sus casos, que ya datan de bastante tiempo, y se publicaron en diversas revistas, y estima la gran valía que la insulina tiene en la cura de desmorfización.

No cree que la insulina actúe a modo psicoterápico, como dice haber entendido a Vallejo Nájera. (*Este interrumpe y aclara que no ha querido decir tal.*) Se muestra de acuerdo con los Dres. Juarros y Vallejo Nájera respecto a los peligros de la cura por el sueño permanente.

*Dr. Arredondo.*—Pregunta si la insulina podría emplearse en aquellos enfermos a los cuales por un proceso cualesquiera hay que darles morfina, y así, al administrar la insulina, se lograría, no sólo disminuir los efectos desagradables a que la morfina da lugar, sino también ver si así se necesitaría una cantidad menor de la misma. El ha podido observar, sin conocer estas propiedades de la insulina, que a tres enfermos que se la administraba y los cuales también tomaban morfina por otras razones, toleraban ésta mucho mejor.—J. H.

\* \* \*

## SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

### PROGRAMA DE PREMIOS PARA EL AÑO 1935.

#### PREMIO DEL MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD Y PREVISIÓN

(Dirección general de Sanidad.)

*Tema: "La Sanidad en España a través de sus Cuerpos legales".*

Habrà para este tema un premio de mil pesetas, con diploma de socio corresponsal, un accésit y las menciones honoríficas que acuerde el Jurado.

Los trabajos que aspiren al premio no deberán exceder de cinco pliegos de impresión (140-160 cuartillas mecanografiadas de 14-16 líneas).

Esta podrá llevarse a cabo por cuenta del Estado, si la Dirección general de Sanidad lo estima así oportuno, y de los 500 ejemplares de que constaría, en su caso, la tirada, se entregarán 150 al autor.

#### PREMIO ROEL

*Primer tema: "El ruido en los medios urbanos".*

*Segundo tema: "Estudio general y crítico de los frutos comestibles de mayor consumo en España y más recomendables desde el punto de vista higiénico".*

Habrà para cada uno de estos temas un premio de quinientas pesetas, con diploma de socio corresponsal, un accésit y las menciones honoríficas que acuerde el Jurado.

Los trabajos que aspiren a recompensa en estos premios ROEL no deberán exceder de tres pliegos de impresión, ni componer menos de dos. Los premiados serán impresos por cuenta de la Sociedad, y se entregarán 50 ejemplares al autor. El exceso de texto sobre tres pliegos y las ilustraciones, si las hubiere, le será deducido al autor, mediante factura de la imprenta, del importe del premio. Se llama la atención sobre este extremo, que será rigurosamente cumplido, sin que contra él puedan invocarse razones de cualquier índole que fueren.

#### REGLAS GENERALES

Todos los trabajos que se presenten al Concurso se remitirán al secretario general de la Sociedad, *Sr. don José Luis Yagüe, San Bernardo, 10*, hasta el día 31 de octubre próximo inclusive, no debiendo sus autores firmarlos, ni rubricarlos, ni escribirlos con su propia letra, distinguiéndolos con un lema igual al sobre de un pliego cerrado, lacrado y sellado que acompañarán, y dentro del cual consignarán su nombre y residencia.

No se admitirá a Concurso ninguna Memoria que no se halle escrita con letra muy clara y perfectamente legible, siendo preferible el *mecanografiado en negro*.

Podrán aspirar a los premios todos los españoles o extranjeros que cumplan las condiciones arriba expresadas; pero el idioma empleado en la redacción no podrá ser sino el español, el portugués, el francés, el inglés o el italiano.

Los diplomas se entregarán en la solemne sesión de apertura de curso de 1935-1936.

Siendo uno de los principales móviles de estos Concursos fomentar el amor al estudio en la mayor extensión posible, no podrán aspirar a nuevo premio los que hayan obtenido tres seguidos en Concursos anteriores, hasta que hayan transcurrido dos años desde el último recibido.

Los sobres correspondientes a las Memorias no premiadas se quemarán en la primera sesión que la Junta directiva celebre después de la inaugural. Los trabajos no premiados se conservarán hasta fin del año 1936, a disposición de sus autores, quienes acreditarán serlo con el resguardo que la Secretaría habrá expedido al recibir cada uno de los trabajos presentados, y en el que se consignará el lema que le distingue. A partir de 1.º de enero de 1937 carecerá de validez toda reclamación sobre los mismos.

Las Memorias que hubieren obtenido recompensa, *cualquiera que ésta fuere*, se considerarán como propiedad de la Sociedad, y no podrán ser publicadas por sus autores sin permiso de la misma.

Ningún trabajo presentado al Concurso podrá retirarse.

Madrid, 2 de julio de 1935.—Por acuerdo de la Junta directiva: el Presidente, *Nicasio Mariscal*; el Secretario general, *José Luis Yagüe*.





# AGAROL

Emulsión original de aceite mineral  
y agar-agar con fenoltaleína.

## REGULADOR FISIOLÓGICO DEL INTESTINO

Se incorpora íntimamente al contenido intestinal. Da al bolo fecal la consistencia y la plasticidad normales. Estimula suavemente la peristalsis sin provocar espasmos.

**INDICACIONES:** Todas las formas de estreñimiento en todas las edades. Pereza intestinal en el curso del embarazo y durante el período de la lactancia. Atonía intestinal de los ancianos.

Tolerancia perfecta sin ninguna acción secundaria. No crea hábito ni produce escurrimiento rectal.

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

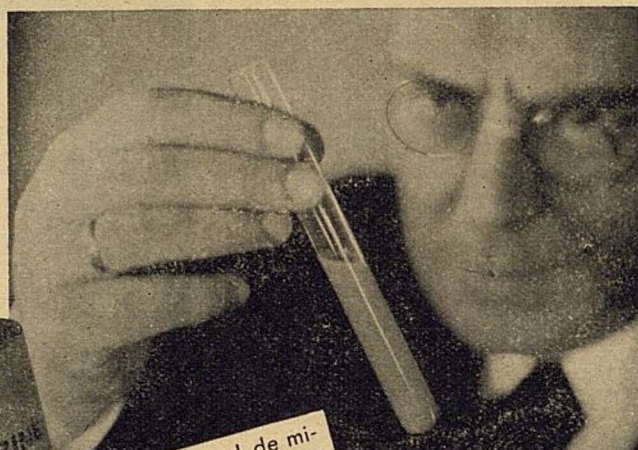
**LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.**

Apartado 410 - Barcelona



## LA UNICA GARANTIA CIENTIFICA

La verdadera garantía de un antiséptico depende del número y la severidad de las comprobaciones a que se le somete. LISTERINE ha tenido, en este aspecto, el más riguroso control, quedando siempre confirmada su eficacia bactericida. Lo acreditan infinidad de certificados de bacteriólogos y médicos ilustres. Entre estos dictámenes destaca el de la revista médica inglesa "The Lancet" que afirma lo siguiente:



"El número real de microorganismos muertos por el Antiséptico Listerine supera los 200.000.000 indicados por los fabricantes."  
("The Lancet" 21 Sep. 1929)

Concesionario:  
FEDERICO BONET  
Apartado 501  
M A D R I D

# ANTISEPTICO LISTERINE



## CANSANCIO DEBILIDAD... AGOTAMIENTO.

Todos estos síntomas denuncian la pérdida, natural o forzada, de los elementos bioquímicos del tejido nervioso: fósforo, sosa, potasa, magnesio. Para restablecer el equilibrio funcional de los nervios parece indispensable, por tanto, compensar la escasez de minerales orgánicos con la administración de sus compuestos alcalinos asociados al fósforo. Es decir, en forma de glicerosfosfatos, con exclusión total del calcio, contraindicado en adultos y ancianos; sin azúcar, nociva para los diabéticos; sin alcohol, perjudicial para dispepsicos y arterioesclerosos. La NEVROSTHENINE, por reunir esas características de eficacia y tolerancia terapéuticas, es considerada, según frase feliz de un ilustre doctor, «como un verdadero alimento de los nervios».

### INDICACIONES PRINCIPALES

Neurastenia, exceso de trabajo, vértigos, anemia cerebral, convalecencias, neuralgias rebeldes, debilidad genérica, fosfaturia y demás estados hiponerviosos.

Concesionario: FEDERICO BONET • Apartado de Correos 501 • MADRID

# NEVROSTHENINE

PRIMUM NON NOCERE



*formula del  
Dr. Freyssinge*



## MÁRTIRES TITULARES

### Compensación a la inversa

Quince años después de aquel en que Juan Sánchez terminaba airoosamente los estudios de Medicina, y en el hogar de los padres de Pedro estallaba la bomba de la indignación paternal, volvieron a saber unos de otros los cinco amigos: Juan era médico titular en un pueblecito, donde (¡cómo no!), había *un incrustado* "al servicio del grupo enemigo del otro, que anunció la vacante". Emilio Ruiz, mediante anticipo de hijuela, pudo adquirir la farmacia de una aldea. De los tres restantes, veamos lo que fué.

\*\*\*

A Luis Valdés lo halló, en uno de esos encuentros que depara la casualidad, Emilio Ruiz. El farmacéutico titular acudía a una entidad bancaria en solicitud de un crédito con garantía de su farmacia; la consignación de titular y el importe de las recetas de la Beneficencia no las percibía, año tras año, hacía cuatro; las letras vencían, tenía que abonar su importe, necesitaba reponer productos que había proporcionado y aun no cobrado, y como último recurso acudía al préstamo sobre crédito. En la ventanilla del Banco, donde un letrado señalaba "Caja", se encontró con un rostro conocido, levemente desfigurado por la acción del tiempo, que reconoció: era el de Luis Valdés. Este hizo pasar a Emilio hasta un lujoso recibidor y, poco después, llegada la hora de cerrar, le llevó a comer con él. Luis Valdés, el inepto intelectual, que no pudo lograr el mediano aprobado, era a la sazón cajero del Banco. Vivía en uno de los mejores hoteles que había en la capital, con un tren de lujo y comodidades que ningún vecino del medio rural disfrutaba y hasta algunos desconocían. Pasados los postres, encendido aromático habano, surgieron las confidencias. Valdés habló:

—Convencido de la inutilidad de mi esfuerzo en la carrera ya cumplidos los dieciocho años, edad exigida, hice oposiciones a ingreso en el Banco; ingresé con 3.000 pesetas anuales; fui ascendiendo, recibiendo poco a poco comisiones de confianza, hasta llegar a ser auxiliar y substituto del cajero, enfermo ahora. Hoy cobro mensualmente el día 1.º de mes 700 pesetas, que, unidas a las 2.000 anuales del dinero que tengo en títulos, me permiten vivir con holgura.

"Al morir mis padres vendí cuanto heredé; reuní 10.000 duros, que empleé en títulos de la Deuda, depositados en este mismo Banco; al 4 por 100 me producen algo más de las 2.000 pesetas anuales. En el Banco tenemos semana inglesa; así que los sábados por la tarde no hay trabajo, y un mes de permiso al año; diariamente son seis horas de oficina de trabajo; vivo, si no feliz en la acepción completa de la palabra, si todo lo feliz que puede sentirse un hombre."

Cuando aquella tarde regresaba al pueblecito en que tenía la botica, Emilio, con los billetes entregados mediante crédito, que gestionó su amigo el estudiante perdidón, se sentía alucinado, deslumbrado por lo que vio en Luis. Comparaba con su situación y... una amargura honda, infinita, le embargaba. Volvieron a su mente las letras vencidas, los pedidos pendientes, y el cajero auxi-

liar del Banco esfumóse entre las nebulosas grises de sus preocupaciones.

\*\*\*

Cuando Juan Sánchez acudía a la capital por algún asunto que le obligaba a salir del pueblo en que de médico titular estaba (más bien se enterraba), acudía al mismo café e igual turno que frecuentó de estudiante. Pepe, el mismo camarero, al verle dejaba la copa que limpiaba, secábase las manos, le abrazaba, y en unos minutos era confidente de aquel médico titular a quien quería con el afecto que se establece en siete años de vida conllevada entre estudiantes y camareros; Juan desahogaba su opresión moral por aquella válvula de escape que hallaba en el amigo Pepe, hado bienhechor en tantas ocasiones como necesitó algún dinero, que en el estudiante suelen ser muchas.

En una de estas ocasiones, Pepe le dijo:

—¿Sabes quién está aquí?

Un gesto de Juan bastó para que el camarero agregase:

—¡Reparaz, hombre, Antonio Reparaz, que ha venido trasladado!

Juan preguntó:

—¿Trasladado?

—Es no sé qué de Hacienda y hace poco pidió el traslado a esta Delegación—repuso el camarero.

Dos horas más tarde, terminados sus asuntos, fué Juan a la Delegación de Hacienda, preguntó a un portero por D. Antonio Reparaz; el portero le pidió su nombre. Juan le entregó una tarjeta y fué invitado a sentarse y esperar en tanto el portero se dirigía a una de las puertas y, con gran respeto, pedía permiso para entrar. Dos minutos después salía un hombre alto, fuerte, con los brazos extendidos hacia él, diciendo:

—¡Juan, pero Juan, venga un abrazo!

Era Reparaz, jovial, humorístico, alegre como siempre. Cogidos del brazo entraron en el suntuoso despacho de Reparaz.

Sentados en cómodos butacones, encendido un pitillo, entre las nubecillas blanquecinas del humo hilvanaron un diálogo, en el que Antonio narró a Juan cuanto éste no sabía de su vida:

—Cuando dejé de estudiar, me hallaba próximo a cumplir los veinte años, edad que precisaba tener para opositar, pedí programas y libros y traté de estudiar, pero apenas conseguía nada de provecho; entonces convencí a mis padres sobre la conveniencia de prepararme en alguna academia de Madrid, y allá fui, donde estuve cerca de dos años, casi sin interrupción, hasta que fueron las oposiciones; ingresé y empecé a correr de una en otra casi todas las Delegaciones de Hacienda. He ascendido lo bastante para hoy ser subdelegado en esta provincia; cobro unas ochocientas y pico de pesetas mensuales, y, en fin, no debo quejarme, y no me quejo. Veo mi porvenir tranquilo, mi vejez protegida por la jubilación que alcanzaré. Tengo mi capitalillo regularmente colocado, lo cual me produce unas 3.000 pesetas al año. ¿Y tú?

—Yo—dijo Juan Sánchez—me tuve que gastar casi todo mi caudal en libros, material, casa (en renta me perjudicaba más), instrumental, y lo poco que me quedó he tenido que irlo *comiendo* poco a poco. El pueblo donde estoy de médico titular tiene unos 300 vecinos, y cuando fui a tomar posesión ya había otro no titular.

X Congreso Internacional de Historia de la Medicina  
23 al 29 de septiembre de 1935.

Cuotas de inscripción.... { Congresista, ptas. 90. Pída detalles a la Secretaría general.  
Familiares, ptas. 40. Arrieta, 12. MADRID



Así que de iguales, que debería dar unas 6.000 pesetas, no da más que 5.000, de las cuales cobraré yo unas 2.000; las 3.000 restantes es lo que gana el otro.

—Pero tú tienes la titular—le dijo Reparaz.

—Que tampoco cobro. Es ingreso nominal, que no se ha hecho efectivo desde hace más de tres años. Une a esto que de las iguales queda bastante sin cobrar, además de estar muy bajas y de exigir gollerías; todo ello, claro es, aprovechándose de la situación: el que antes de ir yo pagaba seis duros al año (ya ves qué capitalazo), le presenté el esquirol el dilema: o le cobraba 20 pesetas o se igualaba conmigo; accedió *el intruso*, y tras de uno fué otro y otro, y a todos hubo que rebajar la iguala, y aun así hay algunos que ni tienen ni pagan médico. Para esto hice yo mi carrera, estudié, trabajé, todo para caer en esto. Créeme que algunas veces cogiera un arma, haría lo que esas veces entiendo mi deber, y se acabaría todo, cayera quien cayese.

—¿Pero no tenéis esa ley que os redime?—preguntó Antonio.

—Esa ley, que después de votarse con sobrado "quorum", tras refrendarla el jefe del Estado y, por último, ser promulgada, no se ha puesto en vigor al año de votada en las Cortes. Los extremismos atraen a los desamparados, a los tratados como mujerzuelas, y... nos contememos, pero, ¡ay del día que se agote la continencia! ¿Qué valor podemos conceder a las leyes cuando esto vemos con una atiborrada de legalidad para ser aplicada y de ilegalidades para huir de su aplicación. Yo, iluso de mí, trataba de cumplir, y cumplía, mis deberes de ciudadano que respeta las leyes; pero, visto esto, no reconozco apenas ley más que en el Código, y no todas.

Esto dijo Juan Sánchez, desconcertado, pálido, temblantes sus dedos, agarrotados en el brazo del cómodo butacón, cual si el dedo índice de la mano derecha buscara ansioso y apremiante un imaginario gatillo en que apretar, confiando al juego de sus muelles la justa venganza por tanto escarnio recibido.

Cuando Juan abandonó el despacho del ex estudiante bailarín, chocarrero y semibruto, iba ebrio de un vino sin alcohol, pero de gran toxicidad: el vino de la vergüenza, de la indignación, del asco, de la repugnancia para cuantos sostenían el desamparo en que se hallaba. El, estudioso, triunfador en las pruebas de competencia o exámenes, era vilmente despreciado para todo lo que significase apoyo oficial. En cambio, aquel elemento incapacitado para llegar donde él; aquel que desertara de esa labor intelectual, superior a sus cualidades, ganaba más que él, con puntualidad en el percibo, en tanto él hacía cuatro años no cobraba; tenía sus horas de trabajo, y él, médico titular, carecía de "no trabajo" de día o de noche, en invierno y en verano; el *perdigón* de la Facultad tenía ascensos, quinquenios, permiso anual, y él, médico titular, ni ascendía, ni cobraba quinquenios, ni podía disfrutar de permiso. Ahondando en estas consideraciones, en los pensamientos que giraban en su mente en torno a estas comparaciones, comprendió la heroicidad desesperada del ahorrado, del proscrito sin culpa alguna, y en la simbólica tea revolucionaria su rebelión cifró la salvación, que no había llegado ni llegaría por la senda de la justicia.

(Continuará.)

ANGEL F. DOMÍNGUEZ.

Villanueva del Campo, julio 1935.

## REMITIDO

## CARTA ABIERTA

Sr. D. Julio Blanco Sánchez, director del Sanatorio Lago.—Madrid.

«Ballesterero malo, a los suyos tira.»

Distinguido colega y antiguo amigo: Ha sido para mí motivo de especial complacencia ver el ilustre nombre de usted en sitio predilecto, para dar tono, sin duda, entre los firmantes de un escrito, difundido por varias revistas profesionales en forma de encarte, que contiene una serie de *terribles* imputaciones contra los médicos de la Lucha Antituberculosa no ingresados en ella, para mayor honor suyo, como consecuencia de esos concursos-oposiciones que ya se han hecho celeberrimos, acerca de los cuales podrían ilustrar a la opinión médica, con gran acopio de valiosos datos, los Dres. Valdés Lambea, Ruigómez, Benito Landa, Sousa y otros muchos. En momento oportuno se analizarán una por una tan *tremendas* imputaciones, y le anticipo mi total convencimiento de que nada absolutamente restará de ellas que no hubiera sido objeto, hace muchos años, de crítica severa. Es más: pudiera suceder que quienes han pretendido ir por lana salieran al final bien trasquilados.

Por las particularísimas circunstancias que en usted concurren, y que no se dan en sus compañeros de firma, quiero hoy distinguirle con un trato especial, aprovechando la oportunidad que me brinda el aludido escrito, trayendo a su recuerdo hechos acaecidos en tiempos no muy remotos, pero que, al parecer, ha llevado usted al desván del olvido. No me sorprende. ¡Un ilustre director de Sanatorio antituberculoso del Estado tiene tantas preocupaciones, gravita sobre él tal cúmulo de responsabilidades, está agobiado por un trabajo tan penoso que, ¿cómo ha de recordar todas sus actuaciones, más o menos lejanas en el tiempo? Refrescar la memoria es siempre tarea saludable y provechosa. Le brindo, pues, algunos interesantísimos recuerdos, y si cree en la certeza de que cualquier época pasada fué mejor, le alegrará el momentáneo rejuvenecimiento.

Cuando llegó el instante, considerado por algunos propicio, para designar la persona que habría de dirigir el Sanatorio Lago, perteneciente al Estado, sustentábase en determinados sectores sanitarios el singular criterio de que tal cargo debía recaer en quien fuera ya director de Dispensario antituberculoso. A la sazón, el Dr. Verdes Montenegro dirigía el Dispensario María Cristina y el Sanatorio de Húmera. El Dr. Codina Castellví tenía entonces a su cargo la dirección del Dispensario Príncipe Alfonso y del Sanatorio de Valdelatas. El Dr. Palacios Olmedo únicamente dirigía en aquella época el Dispensario Victoria Eugenia: estaba libre de responsabilidad directiva de ningún Sanatorio ni establecimiento análogo. A la sordina se entabló una fuerte pelea—¿hace usted memoria?—entre varias personas, por conseguir la plaza de director de dicho Sanatorio. Enteradas algunas revistas profesionales, seguramente con retraso—tal era el sigilo—de lo que se tramaba, trataron en varios artículos de cuestión tan trascendental, y aunque usted, Sr. Blanco Sánchez, fué repetidamente aludido en ellos, observó un significativo silencio, no diciendo ni *pío*.



Por fin, la balanza se inclinó en un sentido, siendo designada, por nombramiento directo, la persona que habría de dirigir el citado Sanatorio. Resultó usted, señor Blanco Sánchez, el mortal afortunado con el obsequio. Era ya norma entonces que las plazas técnicas de los establecimientos sanitarios del Estado se cubriesen por oposición, más o menos restringida. No pertenecía usted a la rama clínica de la Sanidad oficial, y en materia de Tisiología sólo había usted realizado, por aquella fecha, meritisimos trabajos de tintoteria bacilar. ¡Poco bagaje para pechar con la seria responsabilidad de dirigir un centro de esa clase y categoría! ¿No lo cree usted así?

Ocupó usted la plaza, tan bien trabajada, en cuyo logro no fué poco lo que influyeron los Dres. Martín Salazar y Codina Castellví, y desde entonces ha venido figurando su nombre en todos los organismos encargados de orientar la campaña antituberculosa. Sólo recordaré la época en que fué director de Sanidad el Dr. Murillo. A la Sección técnica, cuya misión era trazar un plan de lucha contra la tuberculosis, definir y fijar las funciones de los diversos establecimientos, pertenecía usted por nombramiento directo, no como yo, que en ella llevaba la expresa delegación de los médicos de los Dispensarios antituberculosos. Tengo en mi poder copia de todas las actas de las reuniones celebradas por quienes integraban aquel organismo, y las tres ponencias que se me encargaron, tuve la satisfacción de que fuesen aprobadas en toda su integridad, también con el beneplácito de usted; por cierto, una de ellas tratando del funcionamiento dispensarial, fichas individuales, familiares, visita domiciliaria, fijación de zonas para cada centro, etc., etc. En cambio, la ponencia que usted desarrolló no corrió la misma suerte.

Proclamada la República sufrió usted la destitución del cargo de director del Sanatorio Lago, pero le duró poco el sufrimiento. Sin duda, estimó que no se cometía, al destituirlo, atropello ni injusticia, pues públicamente se refugió en el más absoluto silencio. Convocado concurso-oposición, en condiciones de gran dureza, como ha ocurrido en todos los de esta clase, para proveer la plaza que usted ocupaba, se presentó a él con manifiesta gallardía. La lucha podía ser enconada, pero... —los motivos se desconocen—, se quedó usted solo en la arena, como los buenos lidiadores, y..., ¡claro!..., le adjudicaron la plaza. ¿Qué correctamente se comportó el Tribunal! ¿No lo cree usted así, Sr. Blanco Sánchez?

Digna de recuerdo es también una de sus más famosas publicaciones, seguramente la que habrá contribuido en mayor grado a cimentar el prestigio de usted, trabajo que representa muchos desvelos y profundas meditaciones, valiosa aportación al estudio de la exéresis del nervio frénico. En dicho artículo dejó usted a las disputas de los médicos el término de su invención FRENICEPTOMÍA, con su correspondiente verbo, FRENICEPTOMIZAR. Tantas veces repitió usted esta palabra en el curso del famoso artículo, que quedaba totalmente descartada la hipótesis de que se tratara de un error del cajista, y hubo algunos médicos ingenuos en cuyo cerebro comenzó a germinar la duda de si debía decirse FRENICEPTOMÍA o FRENICEPTOMÍA. Entre nosotros, Sr. Blanco Sánchez: ¡menudo compromiso para el Tribunal que a usted le juzgó si por casualidad tiene que hablarle de exéresis del nervio frénico y le suelta usted el terminillo FRENICEPTOMÍA, con su verbo, FRENICEPTOMIZAR! Porque, no lo dude, tiene asegu-

rado el cate el alumno que en unos exámenes diga FRENICEPTOMÍA, LARINGEPTOMÍA o HISTEREPTOMÍA.

Además, en esa publicación tampoco fué usted el que trajo las gallinas, pues las intervenciones quirúrgicas las practicó otro compañero, y con esa técnica para confeccionar trabajos científicos me comprometo yo a escribir sobre LOBEPTOMÍA, digo LOBECTOMÍA. Ciertamente que algunos escritos vienen con suerte y se olvidan enseguida.

Procede, asimismo, traer al recuerdo lo sucedido cuando se renovó la Directiva de la Sociedad Española de Tisiología, presidida por el Dr. Codina Castellví, de grata memoria. Las mismas personas que firman el artículo inculpador a que hice referencia antes, al abandonar en masa esta Sociedad, cuando se dieron cuenta de que iba al más rotundo fracaso la maniobra desarrollada para adueñarse de los cargos directivos, publicaron en la Prensa diaria un escrito en el que también figuraba el nombre de usted. En aquella nota, Sr. Blanco Sánchez, a semejanza de lo que San Pedro hizo con Cristo, negó usted al maestro, con la diferencia de que la negación del Apóstol fué antes de cantar el gallo, y la de usted, después de cantar la gallina.

Como esta carta se alarga más de lo que me propuse al comenzarla, le relevo de traer a su recuerdo otras cosas de subido interés. Pero como es usted tan excelente cultivador del silencio, no quiero terminar estas líneas sin transcribir lo que acerca de él dice Toritomo Tasio: "Escuchar el propio silencio es poner el oído al murmullo de la propia conciencia." ¿Verdad que parece escrito para un tisiólogo lo que dice el filósofo? ¡Escuchar, oír, murmullo, silencio!... ¡Ausculte, ausculte su propio silencio, Sr. Blanco Sánchez, a ver en qué sentido le habla la propia conciencia en cuestiones de lucha antituberculosa!

Con los respetos y consideración personal que merece, queda de usted atentamente,

A. NAVARRO BLASCO.

Madrid, 12 julio 1935.

## Jornadas Médicas de Bruselas

En la primera semana del presente mes han tenido lugar éstas en la ciudad de Bruselas, presididas por Sus Majestades el Rey Leopoldo III y la Reina Astrid.

A las mismas concurren un gran número de profesores de todos los países, que pronunciaron interesantes conferencias, algunas de las cuales daremos extractadas en la sesión de revistas de nuestro periódico.

De todos aquellos actos oficiales, así como discursos de los Reyes, del Prof. Looper, etc., nos ocuparemos cuando vea la luz el número especial que de las Jornadas publicará de aquí a un mes nuestra compañera en la Prensa médica de Bélgica *Bruxelles Médical*, organizadora de estas magníficas jornadas.

A la par que las mismas se celebró una exposición de Prensa médica, a la cual, gentilmente invitado, ha concurrido nuestro SIGLO MEDICO, y también el Congreso de Medicina y Farmacia Militar.

En las Jornadas Médicas representó a nuestro país el eminente Prof. Marañón, a cargo de quien corrió una conferencia de endocrinología, ya que éste era el tema de las mismas, y en el Congreso Médico Militar, el coronel Fernández Martos.

Cuotas de inscripción.... } Congresista, ptas. 90. Pida detalles a la Secretaría general  
Familiars, ptas. 40. Arrieta, 12. MADRID



## Reglamentos para la aplicación de la Ley de Coordinación Sanitaria

(Conclusión.)

### Reglamento del Cuerpo de practicantes de Asistencia pública domiciliaria

Artículo 1.º Con todos los practicantes de Medicina y Cirugía que en la fecha de promulgación de este Reglamento desempeñen en propiedad plazas de practicantes titulares auxiliares de los médicos de Asistencia pública domiciliaria queda constituido el Cuerpo de practicantes de la Asistencia pública domiciliaria, conservando cada uno la plaza que en la actualidad desempeñe.

Para figurar en el nuevo Escalafón de practicantes de Asistencia pública domiciliaria los actuales practicantes titulares auxiliares de los inspectores municipales de Sanidad habrán de solicitarlo de la Subsecretaría de Sanidad por mediación de su Colegio Oficial respectivo, quien a su vez se dirigirá a la Federación Nacional de Colegios Oficiales de practicantes, que será quien directamente remitirá la solicitud a la Subsecretaría de Sanidad.

A fin de confeccionar el Escalafón de antigüedad, con la solicitud remitirá cada practicante una certificación suscrita por el alcalde del Ayuntamiento correspondiente en la que conste la fecha de toma de posesión de la plaza de practicante titular, copia certificada del título expedida por el presidente y secretario del Colegio Oficial a que pertenezca y partida de nacimiento legalizada.

En el caso de que dentro de una misma categoría existiera más de un practicante con la misma fecha de antigüedad en el desempeño de una titular, le será concedida la mayor al que lleve más años en el ejercicio profesional, y ante una igualdad en este caso se le otorgará al de más edad.

Art. 2.º Todos los Ayuntamientos o Mancomunidades de los mismos constituirán plazas de practicantes de Asistencia pública domiciliaria, habiendo en cada entidad municipal, cuyo censo de población no exceda de 4.000 habitantes de derecho (Ayuntamiento aislado o grupo de Ayuntamientos reunidos en Mancomunidad), un practicante, cualquiera que sea el número de médicos de Asistencia pública domiciliaria y de familias pobres incluidas en la Beneficencia municipal.

En los Ayuntamientos mayores de 4.000 habitantes habrá un practicante por cada dos plazas de médicos, como mínimo.

Art. 3.º Los practicantes que pertenezcan a este Cuerpo serán considerados como funcionarios técnicos auxiliares del Estado, y tendrán las siguientes obligaciones:

A) La asistencia auxiliar médicoquirúrgica gratuita de las familias pobres que se les asignen.

B) Las prácticas auxiliares profilácticas, sanitarias, bacteriológicas y epidemiológicas que dispongan los médicos del Cuerpo.

C) La asistencia a los partos normales en aquellos partidos en que la plaza o plazas de matrona no se hallen cubiertas, cualquiera que sea el número de ha-

bitantes que integren la población, y auxiliaría del médico tocólogo en las intervenciones quirúrgicas de éste, como embriomías, pelvitomías, operaciones cesáreas, etc.

D) El ejercicio de la auxiliaría médicoquirúrgica-sanitaria en cuantos casos el médico tiene como tal señalada su función superior en los distintos apartados del artículo 2.º del Reglamento de médicos de Asistencia pública domiciliaria, con idéntico derecho al percibo de gratificaciones pagadas por la Dirección general de Sanidad.

Art. 4.º El servicio de los practicantes a los vecinos incluidos en las listas de la Beneficencia se dividirá en servicio de zona o distrito y servicio de consulta, que serán los efectuados en consultas municipales previa prescripción médica.

Los servicios de zona o distrito se solicitarán en el domicilio del practicante, previa presentación de un volante del médico que ordene la asistencia, detallando en qué debe consistir ésta.

Los servicios de consulta se efectuarán a una hora determinada y en local adecuado, a excepción de los domingos y días festivos, para la recepción de aquellos enfermos a los que la índole de su dolencia, a juicio del médico del Cuerpo, no les impida salir de su domicilio.

Por ningún concepto estarán obligados los practicantes de Asistencia pública domiciliaria a cumplir otras prescripciones que las que provengan de los médicos de este Cuerpo correspondientes al Municipio respectivo.

Art. 5.º Las categorías de las plazas de practicantes de Asistencia pública domiciliaria corresponderán a las que en todo momento se halle vigente para las de los médicos.

Art. 6.º La retribución mínima de las plazas de practicantes de Asistencia pública domiciliaria seguirá siendo el 30 por 100 de la asignación que tengan las plazas de médicos titulares en el Municipio respectivo.

Donde se hallare vacante la plaza de matrona municipal el derecho preferente al desempeño de los servicios auxiliares de esta profesión y la asistencia a los partos normales corresponderá al practicante, percibiéndose por ellos la consignación señalada en presupuesto para la plaza de matrona.

Estos sueldos serán abonados por las Juntas de Mancomunidades creadas con arreglo a la base 18 de la ley de Coordinación sanitaria.

Las gratificaciones, aumento de retribución, etcétera, serán igualmente abonadas por estas Juntas.

Por cuantos servicios presten los médicos de Asistencia pública domiciliaria por los cuales devenguen honorarios especiales y en los que como auxiliar intervenga el practicante, éste percibirá un 50 por 100 del importe de aquéllos.

Art. 7.º A partir de la publicación de este Reglamento, todos los funcionarios del Cuerpo de practicantes de Asistencia pública domiciliaria tendrán derecho a la percepción de quinquenios, cuya cuantía será regulada por las Juntas de Mancomunidad, en armonía con la capacidad económica de los Ayuntamientos respectivos.



Art. 8.º Se respetarán escrupulosamente todos los derechos adquiridos por aquellos practicantes titulares que son mejor remunerados o tengan alcanzadas en sus Ayuntamientos mejoras de cualquier orden no especificadas en este Reglamento.

Art. 9.º Las plazas de practicantes de Asistencia pública domiciliaria quedarán vacantes:

- A) Por fallecimiento del funcionario.
- B) Por renuncia.
- C) Por excedencia.
- D) Por jubilación.

E) Por haber tomado posesión de otra plaza de practicante de Asistencia pública domiciliaria.

F) Por separación, previa formación de expediente, ordenada por la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia pública.

G) Por haber tomado posesión de un cargo incompatible con el desempeño de su plaza.

Se considerarán igualmente plazas vacantes, a los efectos de su provisión, las de nueva creación.

Art. 10. Ocurrida una vacante, la Inspección provincial de Sanidad lo comunicará directamente, en el plazo máximo de diez días, a la Subsecretaría de Sanidad.

A fin de que no quede interrumpido el servicio, la Subsecretaría de Sanidad nombrará un practicante interino, teniendo derecho preferente para desempeñar la interinidad los que pertenezcan al Cuerpo, y entre éstos, el más antiguo en el escalafón correspondiente. Con este fin, los individuos que deseen desempeñar interinidades lo solicitarán de la Subsecretaría, llevándose en el Negociado correspondiente un registro en el que figuran los solicitantes y número que ocupan en el escalafón.

En el caso de no haber solicitantes de interinidades, la Subsecretaría podrá delegar la facultad del nombramiento de interino en el inspector provincial de Sanidad, y éste hará que recaiga el nombramiento en un practicante de Medicina, pertenezca o no al Cuerpo.

Art. 11. El ingreso en el Cuerpo de Practicantes de Asistencia pública domiciliaria se hará en la siguiente forma:

- a) Por concurso de méritos.
- b) Por oposición.

Cuando se trate de vacantes de 3.ª, 4.ª y 5.ª categoría, el ingreso se realizará por concurso de méritos, más un ejercicio de oposición, consistente en la ejecución de las prácticas auxiliares médicosanitarias que determine el Tribunal.

Cuando las vacantes a cubrir sean de primera y segunda categoría, la provisión se hará por oposición, que consistirá en el desarrollo de tres ejercicios: uno escrito, otro oral y otro práctico.

Estos ejercicios habrán de sujetarse al programa que la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia pública redactará y publicará en la "Gaceta", al anunciarse las primeras oposiciones a vacantes de estas categorías.

Art. 12. De cada cinco vacantes de primera y segunda categoría que se produzcan, una se cubrirá por turno de antigüedad entre practicantes de las categorías inferiores por orden de categorías; dos, por turno de oposición restringida entre practicantes del Cuerpo, cualquiera que sea su categoría en el

mismo, y otras dos, por oposición libre entre practicantes de medicina y cirugía que reúnan los requisitos que la convocatoria determine.

Cuando al turno de antigüedad no acuda ningún solicitante, la vacante se proveerá por el de oposición libre. Lo mismo se hará con las vacantes sacadas a oposición restringida.

Art. 13. Tanto las vacantes de las categorías tercera, cuarta y quinta, como las de primera y segunda podrán cubrirse por concurso de traslado entre practicantes de la misma categoría.

Las vacantes que en definitiva queden después de los concursos de traslado serán sacadas a concurso u oposición, según las categorías a que correspondan.

Art. 14. Las oposiciones y concursos a vacantes pertenecientes a pueblos de las provincias de Madrid, Avila, Segovia, Toledo, Guadalajara, Cuenca, Ciudad Real y Albacete se verificarán en Madrid.

Las pertenecientes a Valladolid, Salamanca, Cáceres, León, Palencia, Burgos y Santander, en Valladolid.

Las pertenecientes a Valencia, Alicante, Castellón y Murcia, en Valencia.

Las de Zaragoza, Huesca, Teruel, Logroño y Soria, en Zaragoza.

Las de La Coruña, Pontevedra, Orense, Lugo y Asturias, en La Coruña.

Las de Sevilla, Huelva, Granada y Badajoz, en Sevilla.

Las de Málaga, Jaén, Cádiz, Almería y Córdoba, en Málaga.

Las de Baleares, en Palma de Mallorca, y las de Canarias, en Las Palmas.

Art. 15. Los Tribunales que han de juzgar en cada caso los concursos y oposiciones para el ingreso en el Cuerpo de Practicantes de Asistencia pública domiciliaria se constituirán de la siguiente forma:

Presidente: El Inspector provincial de Sanidad de la provincia en cuya capital el concurso u oposición vaya a verificarse.

Vocales: Un médico de Asistencia pública domiciliaria y un practicante de este mismo Cuerpo, que será designado por el Inspector de Sanidad y que actuará de Secretario.

Todos los miembros de estos Tribunales tendrán voz y voto en las deliberaciones de los mismos.

Art. 16. Los tres ejercicios de oposición se verificarán en la siguiente forma:

a) Ejercicio escrito: desarrollo de un tema del programa, sacado a la suerte por el Tribunal para todos los opositores, en un espacio máximo de tiempo de una hora.

b) Ejercicio oral: desarrollo de tres temas del mismo programa, sacados a la suerte por el opositor, en un espacio de tiempo no menor de quince minutos ni mayor de cuarenta y cinco.

c) Ejercicio práctico: desarrollo práctico de dos temas quirúrgicosanitarios, designados por el Tribunal, sin limitación de tiempo.

Art. 17. Las oposiciones o concursos para cubrir plazas de practicantes de Asistencia pública domiciliaria se convocarán anualmente y siempre que en cada región de las indicadas en el artículo 14 de este



Reglamento existan quince vacantes cubiertas interinamente o sin cubrir.

Las oposiciones o concursos se anunciarán en la "Gaceta de Madrid", dándose un plazo mínimo de treinta días para la admisión de instancias.

Las instancias deberán dirigirse a la Inspección provincial de Sanidad de la capital donde haya de verificarse el concurso o la oposición, acompañadas de la siguiente documentación:

- a) Certificación de nacimiento, expedida por el Registro civil, legalizada.
- b) Testimonio del título de practicante de Medicina y Cirugía, o certificado, en su defecto, de haber hecho el pago para obtenerlo.
- c) Certificación de no hallarse impedido físicamente para el desempeño del cargo.
- d) Certificación de Penales, expedida por el Negociado correspondiente.
- e) Cuantos documentos crea el interesado pertinente presentar en demostración de su capacidad técnica y profesional.

Art. 18. Terminado el plazo de convocatoria, se reunirá el Tribunal para examinar los expedientes de los aspirantes, publicando en la "Gaceta de Madrid", dentro de los veinte días siguientes, las listas de los que hayan sido admitidos, convocándolos para el día en que tengan que ser sorteados, fecha que no podrá ser anterior a más de cuarenta y ocho horas a la en que hayan de empezar los ejercicios de oposición.

Dentro de los diez días siguientes a la publicación de la lista, consignará cada opositor a las plazas de primera y segunda categoría en la Habilitación del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión la cantidad de 30 pesetas por derechos de examen.

La consignación correspondiente a los concursantes a las plazas de tercera, cuarta y quinta categoría, por los mismos derechos y en la misma dependencia, será de 15 pesetas.

Art. 19. La puntuación de los opositores y concursantes, como la elección de plazas por los aprobados, se efectuarán en la misma forma que para los médicos determinan los párrafos 8.º y 9.º del artículo 13 del Reglamento de aquéllos.

Art. 20. Con objeto de hacer las inscripciones correspondientes en los Escalafones de categorías, una vez efectuados los ejercicios de oposición y calificados los opositores, los Tribunales enviarán a la Subsecretaría de Sanidad relación de los aprobados, con expresión de puntuación obtenida, edad de cada uno de ellos y fecha de expedición del título profesional respectivo.

Cuando haya varios opositores aprobados con la misma puntuación, se concederá el número más alto al de más edad, y ante paridad en este caso, al más antiguo en el ejercicio profesional.

Art. 21. Los practicantes de Asistencia pública domiciliaria podrán permutar sus plazas en la misma forma y bajo idénticas condiciones que determina para los médicos el artículo 14 de su Reglamento.

Art. 22. Igualmente, todo cuanto se refiera a excedencias, sanciones y licencias será regido por iguales normas que las dictadas para los médicos en los artículos 15, 16, 17 y 18 del mencionado Reglamento.

Art. 23. Los practicantes de Asistencia pública do-

miciliaria tendrán su residencia obligada en el distrito o zona correspondiente, siempre que en él haya vivienda decorosa.

Cuando se trate de partidos médicos formados por dos o más Ayuntamientos, la Junta de Mancomunidad fijará su residencia atendiendo a la mayor facilidad del servicio, pero dando preferencia al pueblo que proporcione casa decorosa y gratuita al practicante.

En las poblaciones donde haya más de un practicante titular se asignará a cada uno un sector o zona, denominándose distrito primero, segundo, etc.

Art. 24. Los practicantes del Cuerpo de Asistencia pública domiciliaria no podrán ausentarse de los puntos de su residencia habitual sino en virtud de licencia otorgada en la forma siguiente:

Por menos de quince días, por el Inspector provincial de Sanidad; por más tiempo y con arreglo a las disposiciones que rigen para los demás funcionarios de la Administración, por la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia pública.

No se considerará precisa la licencia para las ausencias de menos de cuarenta y ocho horas, siempre que el servicio quede debidamente atendido.

Art. 25. Los practicantes de Asistencia pública domiciliaria que después de concluidas las licencias, o los que después de nombrados no se posesionen en tiempo hábil del cargo (a menos de causa debidamente justificada, que apreciará el Inspector provincial de Sanidad), ni soliciten la excedencia, se les considerará como renunciantes y quedarán separados del Cuerpo.

Art. 26. La jubilación de los practicantes del Cuerpo de Asistencia pública domiciliaria se reglamentará al mismo tiempo y en la misma forma que la de los médicos del mismo Cuerpo.

Para los que fallezcan o se inutilicen para el ejercicio de la profesión en época de epidemia declarada oficialmente regirá la ley de Pensiones de 11 de junio de 1912.

Art. 27. Los practicantes del Cuerpo de Asistencia pública domiciliaria que desempeñen sus cargos en Ayuntamientos provistos de Reglamentos especiales conservarán íntegramente los derechos de jubilaciones y haberes pasivos que en los mismos se señalen.

Art. 28. Los practicantes del Cuerpo de Asistencia pública domiciliaria podrán hacer iguales y contratar libremente con los vecinos del pueblo de su residencia el ejercicio de los servicios auxiliares y complementarios médicoquirúrgicos propios de su profesión a que les autorizan el artículo 40 de la vigente ley de Instrucción pública y el Reglamento que determina sus funciones de 16 de noviembre de 1888, funciones y servicios que han de estar siempre prescritos por un doctor o licenciado en Medicina.

#### Reglamento de matronas titulares municipales

Artículo 1.º Con todas las matronas que en la actualidad prestan servicio en la Beneficencia municipal de todos los Ayuntamientos de España se formará un Escalafón de matronas titulares, a cuyo fin, por los Inspectores municipales de Sanidad de cada localidad y los Inspectores provinciales de las capi-



# SPASMOSÉDINE

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

Laboratorios DEGLAUDE  
Medicamentos cardíacos especializados  
PARIS

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

LABORATORIOS  
CAMPOS FILLOL  
VALENCIA

**LACTOBULGARINA**  
El mejor desinfectante intestinal

Simbiosis 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 Generales  
para la Exportación:

Laboratoires

ANDRE GUERBET  
& Cie

22, rue du Landy  
Sy Ouen PARIS

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

**LIPIODOL  
LAFAY**

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



## BARACHOL



Antiséptico 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 — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)



# LOS AMPHO-VACCINS DE RONCHESE

Lisado  
bacteriano



bacterias tratadas  
por el bromo

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

## LISTA DE LOS AMPHO-VACCINS:

### INYECTABLES

Antiinfeccioso  
Antiestafilocócico  
Intestinal  
Pulmonar  
Urinario

### A INGERIR

Antiinfeccioso  
Antiestafilocócico  
Antitífico T. A. B.  
Intestinal  
Pulmonar  
Urinario  
Ampho-Quintivaccin

### TOPICOS

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

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

REPRESENTANTES: **PAGÉS & SARRIAS**

ARGENSOLA, 7.-Teléf. 41934.-MADRID

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

## LABORATORIO FARMACEUTICO

**PONS, MORENO Y C.<sup>A</sup>**

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.<sup>a</sup>, S. A.—Barcelona.**

**Tetradinamo**

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

**Septicemiol**

(INYECTABLE)

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

**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



tales se remitirá a la Dirección general de Sanidad una relación de todas las matronas titulares existentes, así como las vacantes que existan, incluso de aquellos Ayuntamientos en que, por causas diversas, no se haya cumplimentado la provisión de dichas titulares, constituyéndose con todas ellas el Cuerpo mencionado.

Art. 2.º Por la Dirección general de Sanidad se procederá a formar el Escalafón por orden de antigüedad, para lo que servirá de base la fecha de nombramiento de cada una.

Art. 3.º Las titulares que pertenezcan a dicho Cuerpo serán consideradas como funcionarios del Estado, y tendrán las obligaciones siguientes:

A) La asistencia a los partos normales de todas las mujeres que por su pobreza se les designe por el Ayuntamiento respectivo.

B) Cuando el parto sea distócico, tendrá obligación de prestar el servicio auxiliar que le reclame el tocólogo médico encargado.

C) La asistencia la verificará en los domicilios de las puerperas o en los centros o establecimientos municipales o del Estado donde se encuentren, siempre que les corresponda asistencia de la Beneficencia.

D) Si la asistencia al parto obliga a la matrona a separarse de su oficial residencia más de tres kilómetros, y menos de seis, deberá ser indemnizada con dietas, que regulará el Ayuntamiento a que corresponda la puerpera, y si es a mayor distancia, el Ayuntamiento respectivo determinará la conveniencia o no de la asistencia o de las dietas que hayan de facilitársela.

E) Deberá expedir, si hubiese asistido sólo al parto, un certificado de asistencia, para la presentación por la familia en el acto de inscripción del recién nacido en el Registro civil, cuyo documento deberá expedir el médico cuando sea asistido el parto por él mismo.

Art. 4.º Se establecerán categorías con arreglo a la importancia del censo de población en donde presen sus servicios.

Art. 5.º El sueldo asignado a las matronas titulares ha de ser el del 30 por 100, como minimum, del que tenga señalado el médico titular de la localidad.

Art. 6.º Los sueldos a que hace referencia el artículo anterior serán abonados por las Juntas de Mancomunidades creadas con arreglo a la base 18 de la ley de Coordinación sanitaria, respetándose los derechos adquiridos por las que disfrutasen en la actualidad mayor remuneración que la que se dispone en este Reglamento; también disfrutarán de quinquenios en proporción a la cuantía de los que disfruten los médicos de Asistencia pública, y que serán regulados por las Juntas de Mancomunidades, en armonía con la capacidad económica de los Ayuntamientos respectivos.

Art. 7.º Las plazas de matronas titulares quedarán vacantes por las siguientes causas:

- Por fallecimiento.
- Por renuncia.
- Por excedencia.
- Por jubilación.
- Por haber tomado posesión de otra plaza en distinta población.

f) Por separación, previa formación de expediente ordenada por la Subsecretaría de Sanidad.

Asimismo se considerarán como plazas vacantes, a los efectos de provisión, las de nueva creación.

Art. 8.º Al ocurrir una vacante, el Inspector provincial de Sanidad, o quien haga sus veces, lo comunicará directamente, y en el plazo máximo de quince días, a la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia pública.

A fin de que no quede interrumpido el servicio, la Subsecretaría de Sanidad nombrará un interino, teniendo derecho a ocupar la interinidad todas las matronas que pertenezcan al Cuerpo y lo tengan solicitado, y dentro de ellas, las más antiguas en el Escalafón, a cuyo fin las que deseen ocupar interinidades lo solicitarán de la Subsecretaría, llevándose en el Negociado correspondiente un registro de las solicitantes, con el número que ocupan en el Escalafón.

Cuando no haya solicitantes, la Subsecretaría delegará en el Inspector provincial de Sanidad correspondiente o en quien haga sus veces, que designará una matrona del Cuerpo y colegiada, y con preferencia la que lo esté en el Colegio de la provincia de la vacante.

Art. 9.º Ocurrida una vacante, se proveerá por la matrona supernumeraria más antigua que lo tuviera solicitado, o bien por la más moderna en concepto de forzosa, si hubiese personal sobrante en el Escalafón, y únicamente en caso de no existir supernumerarias se proveerá por concurso libre entre matronas no pertenecientes al Cuerpo.

Art. 10. Las vacantes existentes, antes de sacarlas a concurso libre, serán anunciadas en la "Gaceta de Madrid", para que puedan ser solicitadas dentro del plazo que se señale, por cualquiera de las matronas titulares que les conviniera el traslado, teniendo preferencia la antigüedad.

Art. 11. La toma de posesión de la matrona nombrada se efectuará dentro del plazo de treinta días, a partir de la aparición del nombramiento en la "Gaceta de Madrid", sin más ampliación del plazo que el que por enfermedad pueda justificar legalmente, y no excediendo éste de dos meses.

Si quedase desierta la vacante anunciada, se considerará consumido el turno y volverá a anunciarse en el que corresponda.

Art. 12. Los concursos serán juzgados y resueltos en las capitales de provincias a que corresponda la localidad, constituyéndose a este fin como Tribunal juzgador el Inspector provincial de Sanidad, el presidente del Colegio de Médicos de la capital, un tocólogo municipal, la presidente del Colegio provincial de Matronas y la secretaria del mismo Colegio, que actuará en igual forma como secretaria del Tribunal, elevándose después la propuesta a la Subsecretaría para que hagan el nombramiento.

Art. 13. Las matronas aspirantes a concurso presentarán los siguientes documentos:

- Certificación de nacimiento legalizada, si procede, que acredite ser mayor de veintitrés años.
- Testimonio del título de matrona.
- Certificado de no hallarse impedida físicamente para ejercer el cargo.

Cuotas de inscripción... { Congresista, ptas. 90. Pida detalles a la Secretaría general  
Familiares, ptas. 40. Arrieta, 12. MADRID

Ayuntamiento de Madrid



d) Certificado de Penales, expedido por el Negociado correspondiente.

e) Cuantos documentos estime oportunos acompañar justificativos de sus méritos y servicios.

f) Certificado del Colegio oficial a que corresponda que acredite pertenece al mismo.

Art. 14. Las matronas titulares podrán permutar sus cargos, siempre que sean de la misma categoría, lleven más de un año en él y previo informe de la Inspección provincial de Sanidad, y siempre que sea aprobado por la Subsecretaría.

Art. 15. Podrán ser declaradas excedentes a su instancia, por más de un año y menos de diez, y volver al servicio activo, si lo solicitan, después de terminado el primer año de excedencia. El tiempo que permanezcan excedentes no es válido como servicio en la carrera.

Art. 16. Cuando cometan faltas que merezcan corrección superior a la amonestación, los Inspectores provinciales darán cuenta a la Subsecretaría, a fin de que se disponga la instrucción del correspondiente expediente, oyendo siempre a la interesada.

Art. 17. Las sanciones serán según la gravedad de la falta: postergación en el Escalafón el tiempo que se determine, suspensión de empleo y sueldo de diez a sesenta días y separación del Cuerpo. Esta última será impuesta por el Ministro, pudiendo recurrir la interesada, enalzada, ante el Tribunal Supremo.

Art. 18. La matrona titular tendrá su residencia obligada dentro del distrito o zona correspondiente, respetándose los derechos de residencia adquiridos con anterioridad, dentro de los límites prudentes que el mejor servicio requiera, a juicio del tocólogo municipal o, en su defecto, del médico titular del distrito. En las poblaciones donde haya más de una matrona se asignará a cada una el sector que por antigüedad le corresponda.

Art. 19. No podrá ausentarse de su residencia oficial sino en virtud de licencia otorgada por menos de quince días por el Inspector provincial de Sanidad correspondiente, y para más tiempo, por la Subsecretaría de Sanidad, dejando en todo caso suficientemente atendido el servicio.

No se considerará precisa licencia para ausentarse menos de cuarenta y ocho horas, siempre que se deje atendido el servicio.

Las que en uso de licencia no se posesionen de sus cargos en tiempo hábil sin causa justificada, ni pidan la excedencia, se considerará que renuncian al cargo, y quedarán como excedentes voluntarias si llevan en él más de un año, y separadas del Cuerpo en caso contrario.

Las que una vez designadas para ocupar vacante dejen de tomar posesión de su cargo, se considerará que renuncian, y quedarán separadas del Cuerpo.

Art. 20. La jubilación de las matronas titulares se hará de acuerdo con el Reglamento.

Para las inutilizadas en actos del servicio profesional o contagiadas en épocas epidémicas, regirá la ley de Pensiones de 11 de julio de 1912 y el Reglamento para su ejecución de 5 de enero de 1915.

Las que desempeñen cargo en Ayuntamientos provistos de Reglamentos especiales conservarán íntegramente los derechos de jubilación y pasivos que

en los mismos se señalen, siempre que se ajusten a las disposiciones vigentes.

Art. 21. Las plazas vacantes en la fecha de la publicación de este Reglamento serán anunciadas en el término de un mes, para su provisión.

Art. 22. Las matronas que presten servicio en las Beneficencias municipales percibirán sus haberes por las Juntas de Mancomunidades provinciales.

Madrid, 14 de junio de 1935.—Aprobados por S. E.—El Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, Federico Salmón Amorin.

## SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 3 DE JULIO:

Ministerio de Justicia.—Plazas de médicos forenses que se hallan vacantes en los Juzgados de primera instancia que se indican: tres de Bilbao, de categoría de término; Alcira, de categoría de término; Antequera, de categoría de término; número 4 de Bilbao, de categoría de término; Distrito de Occidente, de Gijón, de categoría de término; Albuñol, de categoría de ascenso; Motril, de categoría de ascenso. Las instancias se dirigirán a este Ministerio. Las de categoría de término, antes de las catorce horas del plazo de quince días naturales, a contar desde hoy, y las de categoría de ascenso, antes de las catorce horas del plazo de treinta días naturales, también a contar desde hoy.

## GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710; ídem mínima, 703,9; temperatura máxima, 32,4°; ídem mínima, 17,8°; vientos dominantes, NE. y SO.

Persistieron en esta semana los trastornos intestinales con fiebre alta, de breve duración y bastantes dolores, pero que solamente impidieron a los enfermos dedicarse a sus ocupaciones durante veinticuatro o cuarenta y ocho horas.

En los niños, aparte los trastornos digestivos naturales, fueron frecuentes los casos de parotiditis.

## CRONICAS

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

Oposiciones a médicos forenses.—Para abonar los derechos de oposición, obtener las contestaciones al programa oficial y cuantos datos desee tener sobre éste u otros asuntos, diríjase a D. Manuel Blázquez, Sección Consultas y Servicios anejos de EL SIGLO MEDICO.—MADRID.—Apartado 121.

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

Medicación por la quinina. Fiebres palúdicas, gripales, etc.

**NIÑOS** *Quinintantina*  
DELGADO RONCO

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

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

Como médico culto adhiéras al

Ayuntamiento de Madrid



## Cardioetil y Cardioetil Estrícnico

Injectables a base de alcanfor natural del Laurus, Canfora y Oxido de Etilo (Eter sulfúrico puro) y el Cardioetil Estrícnico con adición de Estricnina.

Preparados que ofrecen grandes ventajas sobre el aceite alcanforado, en los colapsos cardíacos, en la hipotensión arterial, en el edema pulmonar, en las pneumonías con pulso frecuente y pequeño y en las bronconeumonías, especialmente en los ancianos.

## Tratamiento curativo del estreñimiento Petrosina

No es producto laxante ni purgante; es un hidrocarburo líquido no asimilable que obra mecánicamente como lubricante intestinal, facilitando los movimientos peristálticos.

Eficaz en todos los casos. Insustituible en los estreñimientos de las embarazadas, en los niños de poca edad y en toda persona de estómago delicado.

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

## Neurotónico

Elixir para vía gástrica. Injectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estrienina.

Es un reconstituyente eficacísimo en las neurastenias, clorosis, anemias, convalecencias y tuberculosis incipientes o pretuberculosos.

## Ciaticarina

Preparado en forma líquida con salicilatos de litina, colchicina y yoduros alcalinos.

Con estos datos, no es de dudar que en REUMATISMO, ya sea de forma articular o muscular, en la ciática y en el artritis, tiene que ser la medicación predilecta.

---

**LABORATORIO García Suárez**  
**Calle de Recoletos, 6 moderno. - MADRID**

Ayuntamiento de Madrid





## 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 inter-  
na.

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION



## MAYOLINA

LAXANTE Y LUBRIFICANTE INTESTINAL, PREPARADO A BASE DE ACEITE DE PARAFINA PURISIMO : : AROMATIZADO Y DE GRAN DENSIDAD : :

**EVITA Y CURA EL ESTREÑIMIENTO**

*Muestras y literatura:*

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

# HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

## NEUMO

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

## GONO

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

## ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

## ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. 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.**



y, por otros investigadores, se procura imponer como generadora la acción diastásica. El criterio mantenido por Pasteur, y divulgado por todo el orbe cientí-

## CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico.

ALCÁLA, 88. — MADRID

fico, hasta el extremo de imperar actualmente en los círculos universitarios y oficiales, atribuye la fermentación a la vida microbiana, dando cimiento tal suposición al reinado de la Bacteriología al predominar la idea de que los microbios son agentes de los procesos morbosos denominados infecciosos y contagiosos, y cuyas designaciones han de ser extirpadas de la concepción médica una vez que la ósmosis sea incorporada al origen de los procesos patobiológicos, sentándose así que la "osmonocividad" es la verdadera infección-contagio, y de conformidad con la isotonia, isoionia, etc. Investigadores varios, que se registran en las obras científicas, no aceptaron el criterio pasteuriano de las fermentaciones, naciendo de ese modo una nueva vía de orientación para descubrir la causa única de todo fenómeno fermentativo, y la cual reside en las diastasas, enzimas o fermentos solubles, anulándose así los fermentos vivos o figurados (microbios, hongos) como entidad fermentativa. He aquí, pues, el lugar de discusión para esclarecer la fermentación y no seguir imponiendo la doctrina vitalista de las fermentaciones, que engendra el "horror al microbio" al titularse injustamente la vida microbiana como vida morbosa, cuando resulta una vida útil. La ciencia plasmogénica nos fundamenta, con sus experimentos de laboratorio, creando la vida artificial (formación del protoplasma, de la célula), que la Diastasología es la ciencia del porvenir, que ha de substituir a la Bacteriología en la prevención-curación de las enfermedades dentro de las ciencias médicas comparadas (medicina humana, veterinaria y agronómica), y así lo vemos demostrando en estudios varios publicados en revistas y diarios.

De lo expuesto, brevemente, se infiere que la Plasmogénica debe ser incorpora-

## IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico  
BALDACCÍ - PISA

da al estudio de la Histología en la Universidad, para luego formar una disciplina independiente, que ha de ilustrar a todas las ciencias naturales, máxime

al demostrar que el mineral es el todo en Biología. Esta concepción resulta de capital importancia dentro de la ciencia biocósmica, que proclama la vida universal y eterna, siendo la muerte un acto vital; en tal sentido, el conocimiento biocósmico nos ilustra sobre la universalidad y eternidad de la vida orgánica en el infinito sideral, imponiéndose así a la consideración científica las leyes panfisiológicas, panbiológicas y panbiofisiológicas, al igual que las condiciones panbioquímicas y panbiofísicas. Evidentemente, al manifestarse la vida en el mineral, en el vegetal y en el animal, incluyendo al hombre, la vida orgánica hay que interpretarla como una prolongación de la vida mineral, deduciéndose así que esa vida orgánica es una de las formas proteicas de la vida universal. Estas investigaciones nos conducirán a que la ciencia evite la "muerte patológica", que es un desdoro médico, y el estudio de la quimiofísica de la nutrición servirá de base a tal fin.

(De *Investigación y Progreso*).

## La responsabilidad de la segunda guerra púnica

Por el Dr. WALTER KOLBE

Profesor de la Universidad de Freiburg (Baden)

El que intente averiguar quién tuvo la culpa en el conflicto entre Roma y Cartago no debe ver como en primer término los hechos históricos que precedieron a aquella contienda. El trabajo consiste más bien en mostrar, por fenómenos aislados muy significativos, la

**SIL-AL**  
ABSORBE ACIDEZ

disposición espiritual de los dos adversarios.

La Roma del siglo III antes de J. C. ya no es la nación de agricultores, contenta, del tiempo antiguo; poderosamente fortalecida por la victoria sobre los griegos de la Italia inferior y sobre Cartago, se convirtió en una potencia de imponente fuerza. La paz del año 241, el llamado tratado de Lutacio, puso el sello a este desarrollo, adjudicando a Roma la soberanía sobre Sicilia. Pocos años después, los vencedores aprovecharon la situación precaria del Estado cartaginés, agitado hasta lo más profundo por la gue-

rra de los mercenarios, para obligarle a la retirada de Cerdeña y Córcega. Es la primera vez que Roma muestra una faceta nueva por completo; su política

## JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL  
GELATINOSO. EL MAS ASIMILABLE

no se arredra ante la injusticia y la violencia. El despojo de Cerdeña y Córcega es un hecho innegable y destruye la idea de que la política romana estuvo siempre bajo el signo de la "honra y seguridad del Estado".

En la evolución que entonces se inicia, empieza Roma a desarrollar, tanto en el Este como en el Oeste, una política ultramarina. En el Este guerreó dos veces con Iliria, estado pirata sin importancia en sí mismo, y ambas veces la guerra fué preventiva. En esta lucha, Roma sentó su planta en la costa de los Balcanes. No desarrolló, ciertamente, una política de conquista; le bastaba la unión de los Estados marítimos griegos de la costa albanesa, en forma de una confederación. Hasta entonces, en todos los negocios de Grecia, había sido Roma un observador pasivo; pero en el momento en que una potencia extraña amenazó establecerse en Albania, se produjo un cambio fundamental en la actitud de Roma. Reconoció lo que la experiencia de la última generación ha comprobado de nuevo: que una Italia fuerte, en su propio interés, no debe tolerar una potencia extraña en Albania. Roma salió del retraimiento en que hasta entonces había vivido, como potencia puramente terrestre, e intervino en una esfera extraña. Pasó a ser un poder decisivo en el mar Jónico, y al erigirse en protectora de la libertad griega dió el primer paso en el camino que la había de convertir en enemiga irreconciliable de Macedonia.

También en el Oeste utilizó Roma la unión con el mundo griego para desarrollar su política de dominio. En esto le sirvió de guía Massalia. La ciudad comercial griega—que no estaba en condiciones de poner, por sus propias fuerzas, un límite a la expansión colonial

Jarabe Bebé.-Telradinamo.-Septicemol.-Purgantil Jarabe de Frutas

(Véase anuncio, página XVI.)

cartaginesa en España—había encontrado en Roma apoyo y protección, y le mostró el camino del Oeste. Para Roma, España caía completamente fuera del



círculo de sus intereses. Cuando, a pesar de ello, bajo la influencia de su aliada griega, se dispuso a entrar en alianza con Sagunto, ciudad ibérica por naturaleza, en esta decisión se manifiesta la trans-

## CARABAÑA: el mejor purgante

formación de la potencia terrestre italiana en Estado marítimo dominador.

En Oriente y en Occidente, el cuadro fué igual: la política romana alcanzó un mayor desarrollo. Los estadistas saben abarcar con certera mirada las posibilidades del porvenir y aprovechar lo favorable de la situación del momento, en el sentido de tendencia a un fuerte poderío. Seríamos injustos si llamásemos "imperialismo" a esta política. Roma estaba muy distante de planes de conquista; pero en su política en los Balcanes y en España existió un elemento ofensivo.

Pero Cartago ¿no estaba mucho más animada, por el espíritu de agresión? ¿No había alimentado desde los días de Amílcer la idea de la guerra de venganza? Esto nos enseña Plinio; en sus palabras ha tomado forma la tesis del vencedor, de cuya justificación no existe más prueba que el juramento que se supone que Amílcer hizo hacer a Aníbal en España cuando éste tenía nueve años. Pero este episodio no resiste a la crítica histórica: los contemporáneos no tuvieron noticia de este juramento; prueba de ello es que el historiador romano más antiguo, Fabio Pictor, es ajeno a la idea de guerra de venganza; y por lo que se refiere a la actuación cartaginesa en España, debe decirse que la fundación de su dominio colonial en ningún modo se debe interpretar como expresión de un firme deseo de guerra; representa precisamente el despedirse de la antigua tradición, tenida en honor durante siglos, del prestigioso cartaginés en el mar. El dirigirse hacia el Oeste fué, por consiguiente, propicio a eliminar del mundo las superficies de rozamiento con Roma y a hacer posible una pacífica vecindad de ambas potencias. De la pacífica actitud de los cartagineses en España se han dado dos pruebas. Amílcer mismo, y también sus sucesores, habían descuidado el armamento naval de un modo casi imperdonable, de modo que en el momento de estallar la guerra disponían sólo de 50 unidades frente a 220 quinquerremes romanos. Estos números hablan muy claramente y debieran bastar para poner término a la afirmación de una guerra cartaginesa de desquite. Como segunda prueba, viene la estipulación del tratado del Ebro, en tiem-

po de Asdrúbal. Si ha existido alguna vez una ocasión propicia para hacer una guerra ofensiva a Roma, fué en el año 226, por la guerra inminente con los celtas; pero Asdrúbal, con aquel tratado, concedió a los romanos el tener las espaldas guardadas: no podía poner a prueba de modo más claro su amor a la paz.

¿Y Aníbal? Livio nos presenta la situación como si Aníbal, ya en los primeros años de su mando, hubiese empezado la guerra; pero esto es un invento tendencioso del historiógrafo analista. Polibio atestigua que Aníbal, en los dos primeros años de su actividad, se limitó exclusivamente a su labor en España, y el impulso conquistador cartaginés no fué hacia el Norte, en dirección a las fronteras establecidas, y Sagunto no fué amenazada, sino que el avance se dirigió hacia el Centro y el Noroeste de España hasta las alturas de León. Un

**Agente Comercial Colegiado,** bien relacionado con la clase médica, aceptaría representación científica para la visita médica de Laboratorio muy serio para Sevilla y su provincia **Escribir Comercial Chisty S. L. Salmerón, 26 Alcalá de Guadaira. (Sevilla)**

caudillo que planea una guerra ofensiva fuera del país no se lanza a una empresa tan peligrosa. Sobre este punto, la marcha de la lucha enseña que los iberos ofrecieron una heroica resistencia, de suerte que el dominio colonial hubo de necesitar un desarrollo de años, en paz y tranquilidad, antes de que se pudiese hablar de una verdadera penetración en las regiones centrales. Fué una fatalidad para Cartago el que ya en este momento se viese obligado a volver sus armas contra Roma. No fué difícil para ésta el inducir a los iberos subyugados a levantarse contra sus dominadores, destruyendo así la base de operaciones de Aníbal.

Precisamente por ser tan sinceros los

pacíficos propósitos de Cartago, hubo de causar sorpresa e intranquilidad tanto mayores la presentación de una embajada romana a Aníbal en otoño del año 220. La advertencia al caudillo, que estaba a más de 100 kilómetros del Ebro,

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

de que no incurriese en alguna violación de fronteras y de que no atacase a Sagunto, prueban un peligroso espíritu de desconfianza. De un golpe se reveló la amenazadora situación: el que perduraba la oposición romanocartaginesa. Retoñó en España, no porque los partidarios de Amílcer Barca hubiesen preparado la guerra de venganza, sino porque Roma pasó a ser potencia interesada también por el Occidente. Esta embajada hizo ver más claramente, tanto al caudillo cartaginés como a su Gobierno, que surgía un nuevo peligro de guerra. La cuestión de Sagunto planteaba a Cartago el difícil problema de decidir si quería allanarse al deseo de Roma o seguir los requerimientos de su propio estado; y esta cuestión fué la que encendió la guerra.

No hay que negar que Cartago, en la última etapa de las negociaciones, se colocó, desde el punto de vista jurídico, fuera del derecho; pero moralmente no tuvo la culpa: no había querido la guerra. El espíritu de ofensiva estaba en Roma; ésta creó las condiciones previas que hicieron estallar la guerra y colocó a Cartago en una situación forzada, de la que sólo tenía una salida: el recurrir a las armas. Todo lo que se puede reprochar al Gobierno cartaginés es que no supo evitar la guerra que veía venir. Pero esto no es una culpa en sentido riguroso. Cartago no hizo sino lo que pedían el honor y el interés del Estado.

## BANCO GERMÁNICO

DE LA AMÉRICA DEL SUR, S. A.

MADRID. CARRERA DE SAN JERÓNIMO, 26  
APARTADO 380

Visita la bella Alemania, utilizando  
**REGISTERMARK**

que vendemos con descuento considerable sobre la cotización normal. Pidan informes y cheques que son pagaderos en todas las sucursales del DRESNER BANK, de Berlín y de la DEUTSCHEN VERKEHRS KREDITBANK.



Ilmo. Sr.: En cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, fecha 24 del actual, que reorganiza y regula los servicios dependientes de la Dirección general de Sanidad,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer, en atención a los preceptos de la disposición citada, que los Servicios centrales de la Dirección mencionada queden agrupados y con dependencia de los organismos técnicoadministrativos correspondientes, como sigue:

Artículo 1.º La Subdirección general de Sanidad abarcará cuanto corresponda a la función ejecutiva de los Servicios de profilaxis pública, y constará de las Secciones siguientes, con los asuntos que a cada una se le asigna:

Sección primera.—*Sanidad internacional*: Pandemias, Oficina Internacional de Higiene, Policía sanitaria de puertos y fronteras, Marina civil y Emigración.

Sección segunda.—*Relaciones sanitarias*: Enlace con el Ministerio de Agricultura, enlace con Beneficencia y relaciones con los Servicios médicos de los Ministerios de Justicia, Presidencia, Instrucción pública, Guerra, Marina y, por último, con la Cruz Roja Española.

Sección tercera.—*Sanidad provincial y comarcal*: Sanidad provincial y Regiones autónomas, Institutos de Higiene y Centros comarcales de Higiene.

Sección cuarta.—*Sanidad municipal*: Abastecimientos urbanos, cementerios y Policía mortuoria, depuración y excretas e Ingeniería sanitaria.

Sección quinta.—*Tuberculosis e Infancia*: Dispensarios y Sanatorios e Higiene infantil.

Sección sexta.—*Epidemiología*: Epidemias, Policía de transportes y Estadística sanitaria.

Sección séptima.—*Profilaxis especiales*: Antivenéreas, antitracomatosa, antipalúdica, antileprosa e higiene mental.

Sección octava.—*Alimentación*: Higiene alimenticia y registro de alimentos preparados.

Sección novena.—*Farmacia*: Servicios farmacéuticos y registro de especialidades.

Artículo 2.º La Inspección general de Sanidad tendrá como función cuanto signifique intervención, inspec-

de haya de prestarse el servicio, para que, en cada caso, y sin el carácter de continuidad, lo cumplimente, sin que por ello se adquiriera nunca derecho alguno.

Art. 25 (Decreto del 24 de enero 1935). Al vacar las forensías, el ministro de Justicia designará para que las sirvan, en tanto sean provistas por el turno correspondientes, al individuo del Cuerpo de Aspirantes con mayor puntuación de las oposiciones de los que lo tengan solicitado, el que percibirá mientras la desempeña el sueldo correspondiente.

Art. 26 (Decreto del 24 de enero 1935). Para dar cumplimiento al anterior artículo, los que forman el Cuerpo de Aspirante solicitarán del Ministerio su habilitación para desempeñar las forensías que vagen de todas las categorías, pidiéndolo con anterioridad a la producción de las mismas y expresando las de las provincias que deseen servir.

Si no hubiese Cuerpo de Aspirantes o ninguno de ellos lo tuviera solicitado, el Juzgado designará para el servicio de la vacante quién haya de desempeñarla en la forma y condiciones expresadas en el artículo 24.

Art. 27. Los médicos forenses de cada provincia podrán organizarse en Corporación consultiva, de forma idéntica a la que establece el Reglamento de 13 de diciembre de 1893, para los de Madrid, siendo decano el de la capital respectiva, y, de haber varios en ésta, el más antiguo en la categoría.

Art. 28. Quedan derogadas todas las disposiciones que se opongan a los preceptuado en este Decreto.

*Única disposición transitoria* (Decreto del 24 de enero 1935).

La forma de pago establecido en el artículo cuarto, para que sea hecho directamente por el Estado, no tendrá efectividad hasta tanto que en próximos Presupuestos se consigne la partida o partidas necesarias a este fin.



## DISPOSICIONES OFICIALES

### MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD Y PREVISION

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º A partir de la publicación de este Decreto en la *Gaceta de Madrid*, el servicio de suministro de medicamentos a los asociados de entidades de Seguro de Enfermedad y Asistencia a enfermos o beneficiarios de cuantas Asociaciones benéficas o entidades concedan estos servicios, podrá ser realizado por los farmacéuticos de la localidad que lo soliciten, enviando las entidades interesadas una relación comprensiva de los mismos y emplazamiento de la farmacia a la Dirección general de Sanidad.

Artículo 2.º Queda prohibido a las Asociaciones o entidades aludidas, así como al personal afecto a sus servicios, obligar, recomendar ni aun indicar a sus socios o beneficiarios determinada farmacia para el despacho de medicamentos con preferencia a las demás facultadas para ello.

Será potestativo de los asociados o beneficiarios acudir a la farmacia que libremente quieran o les convenga elegir entre las que figuren inscritas para realizar este servicio. Las Asociaciones, Mutualidades o Empresas mencionadas proveerán a sus asociados de listas impresas indicadoras de las farmacias y domicilio donde están instaladas, las que voluntariamente se encarguen de realizarlo.

Artículo 3.º Estas entidades solamente se podrán comunicar con los farmacéuticos proveedores por mediación de la Junta a que se refiere el artículo siguiente,

bien entendido que el importe de los medicamentos se relacionarán en una sola factura, justipreciándolos con arreglo a las normas establecidas en una tarifa previamente concertada, siendo de aplicación provisional la vigente para el suministro de medicamentos a la Beneficencia municipal.

La tarifa, salvo acuerdos especiales, se referirá exclusivamente a los medicamentos que figuren en la Farmacopea española.

Artículo 4.º Aquella tarifa será revisada trimestralmente, introduciendo las modificaciones oportunas, con arreglo a las oscilaciones, en el precio de los productos. Transitoriamente se encargará de este cometido, que incumbe a la Comisión Central de Asistencia Pública, el Consejo de Sanidad, una Junta integrada por un representante del Colegio Oficial de Farmacéuticos, otro de cada una de las Asociaciones farmacéuticas legalmente constituidas y de un número igual de representantes de las Sociedades benéficas de Asistencia, presidida por el Director general de Sanidad o persona en quien delegue.

Artículo 5.º Esta Junta será la encargada de percibir el importe total de los medicamentos suministrados, a cuyo fin, durante la primera decena de cada mes, los farmacéuticos que hayan atendido demandas de esta clase acompañarán los justificantes por duplicado, quedando una de las copias en poder de los interesados.

Artículo 6.º Con el fin de facilitar comprobación de la calidad y cantidad de los medicamentos destinados a las entidades a que se refiere el artículo primero, los envases que los contengan estarán precintados, aplicándose multas por valor hasta de 500 pesetas a los farmacéuticos que falseen las prescripciones facultativas.

Artículo 7.º Por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión se dictarán las Ordenes aclaratorias que se estimen precisas, si hubiere lugar, para la mayor eficacia de la presente disposición.

*Gaceta del 17 de mayo.*



# Vías respiratorias

**VARABE FAMEL**  
de base de lactosuero soluble

**ACCION  
RAPIDA  
Y  
SEGURA**

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

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

## Iodocuprin BELLOT

Iodo-Metil cupreina, Alcanfor con aceites volátiles en solución oleosa inyectable indolora

Para el tratamiento eficaz de la  
**GRIPE EN TODAS SUS FORMAS**  
y en especial en las complicaciones  
**broncopulmonares; bronquitis aguda,  
y crónica, bronquitis fétida, bronco-  
neumonía, neumonía, pleuresía,  
abscesos y gangrena pulmonar.**

En ampollas de 2 cc. para inyecciones  
intramuscular o subcutánea.  
Absolutamente indolora.

**DOSIS:**

De 1 cc. a 6 cc. al día, según caso y edad.

Muestras F. BELLOT, Antonio López, 163  
**MADRID**

## Médicos Madrileños Famosos

BIOGRAFIA Y BIBLIOGRAFIA DE  
MEDICOS ILUSTRES NACIDOS  
EN MADRID Y SU PROVINCIA

Prólogo de don PEDRO DE REPIDE  
Cronista de la Muy Noble, Muy Heroica  
y Excelentísima Villa de Madrid.

EL SIGLO MEDICO acaba de editar  
cuidadosamente esta obra del Dr. Alva-  
rez Sierra. Es un tomo de 300 páginas,  
con numerosos grabados estampados  
en magnífico papel cuché, y elegante-  
mente encuadernado.

**Precio del ejemplar: 14 pesetas**

Para los suscriptores de EL SIGLO MEDICO  
20 por 100 de descuento.

## ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS (STOMALIX)

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

**ESTÓMAGO .  
INTESTINOS**

Venta en Farmacias.-Pérez Rábago a Labo-  
ratorio Saiz de Carlos, Serrano, 38-MADRID

## ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

## CINCO LECCIONES DE HEMATOLOGÍA GENERAL CLÍNICA

por el

**Dr. F. Mas y Magro**

Explicadas en la Facultad de Medi-  
cina de Valencia, Cátedra del Pro-  
fesor Dr. Manuel Beltrán Báguena.

**Precio: 3 pesetas.**

## SARNA

◀ (ROÑA) ▶

cura rápida y  
cómoda con el

**Sultureto Caballero**

Destructor tan seguro del *Sarcoptes Scabiei*, que una sola  
fricción, sin baño previo, lo hace desaparecer por completo.  
siendo aplicable en todas las circunstancias y edades por su  
perfecta inocuidad.

**J. CABALLERO ROIG**

Farmacia-Laboratorio: Rocafort, 135, Barcelona



*Remite May  
P Mayo 3*

Productos Nacionales

# Laboratorios Abello

*Choa*

OROSANIL

SANOCAL INTRAVENOSO

SANOCAL INTRAMUSCULAR

SANOCAL GRANULADO

OVULOS VAGINALES

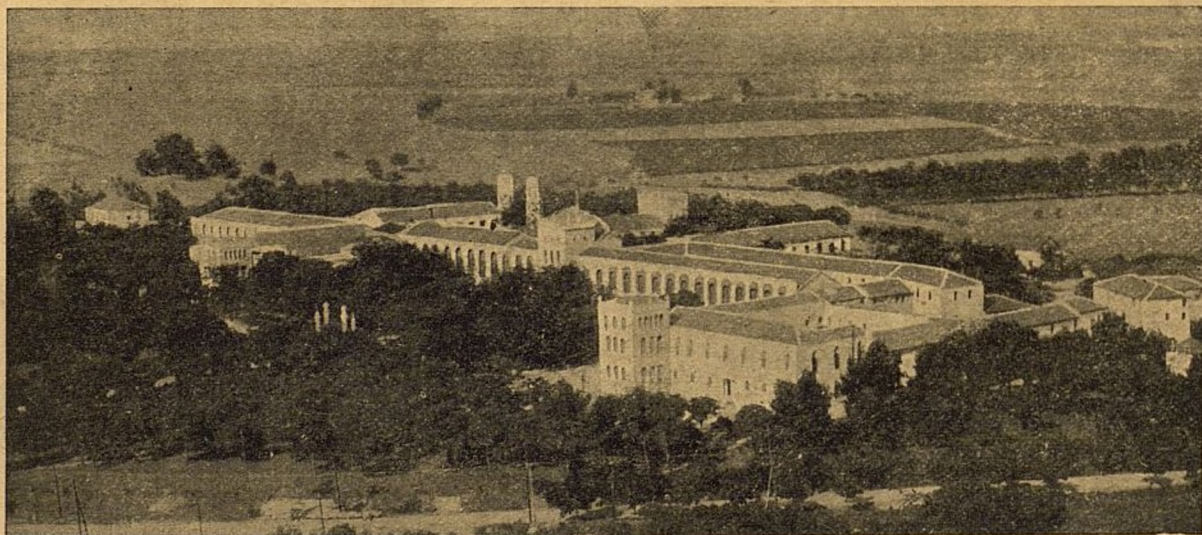
SANOTION

LUMCALCIO

EXCLUSIVISTA

MADRID Vinaroz 5

HIJOS DE HONORIO NIEGO  
Flor Alta 10



## 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