

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

Fundadores: Sres. Delgrás, Escobar, Méndez Alvaro, Nieto-Serrano y Serret.

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

Boletín de Medicina, Gaceta Médica, Genio Médico-Quirúrgico, Fundador: Tejada y España.
Correspondencia Médica, Fundador: Cuesta y Ckerner.— La Sanidad Civil, Fundador: D. J. Albiñana.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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 contrario. — Pago adelantado. — Número atrasado 2 pesetas.

La correspondencia administrativa y giros al administrador.

La científica y profesional al Director.

Apartado de Correos, núm. 121.

Biblioteca de EL SIGLO MEDICO—MONOGRAFIAS

- I. **Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas**, por el Dr. Valdés Lambea.
- II. **La demencia precoz**, por el Dr. Vallejo Nágera.
- III. **Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes**, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.
- IV. **Los problemas clínicos de la úlcera del estómago**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- V. **La blenorragia aguda y su tratamiento**, por el Dr. Angel Pulido Martín.
- VI. **El médico rural ante las distocias más frecuentes**, por el Dr. Vital Aza.
- VII. **Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- VIII. **La Epilepsia**, por el Dr. José M.^a de Villaverde.
- IX. **El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea**, por el Dr. García Vicente, y **Alteraciones de la voz, laringitis y ronquera**, por el Dr. Huarte Mendicoa.
- X. **El tratamiento del reumatismo**, por Federico Peco y Manuel M. Sellés.

Los envíos a reembolso llevan un aumento de 0,75 pesetas, por lo cual conviene el previo pago de 1,50 pesetas en sellos de correo o giro postal.

Un nuevo producto Schering

NEOTROPINA

Indicado especialmente en el tratamiento de la blenorragia.

Proporciona buenos resultados en los casos de pielitis y cistitis rebeldes a otros tratamientos.

Preparado colorante para el tratamiento de las infecciones del aparato genitourinario

- 1 *Intensa acción bactericida*
- 2 *Alto poder de penetración*
- 3 *Efecto sedante en las inflamaciones*

Envase original: Frascos con 30 grageas de 0,1gr.



SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING, S. A.

Apartado 479 - Madrid

Apartado 1030 - Barcelona



Kola granulada Astier

Antineurasténica

REGULADOR DEL CORAZÓN



Depresión nerviosa
Convalecencia de las enfermedades infecciosas
Deportes, Surmenage físico e intelectual

Laboratorios P. ASTIER, 41-47, rue du Docteur-Blanche, Paris (16^e)
Sucursal en ESPAÑA : 129, Bruch, BARCELONA.

NUEVOS PROGRESOS EN ELECTROLOGIA

Entre los grandes inventos se nos presenta uno en **ELECTROMEDICINA** de trascendental importancia.
Uno de los más poderosos auxiliares por su eficacia en terapéutica y productor positivo.

15 DISTINTAS MODALIDADES ELECTROMEDICAS

ENTRE LOS MAS NOTABLES ofrece este nuevo invento el

ELEKTRA U. V. UNIVERSAL MODELO NUM. 2 A, del DR. STEIN

Tamaño pequeño. **Peso** reducido. **EFICACIA** LA MAS PODEROSA.
SUPERA A TODOS LOS EQUIPOS CONOCIDOS. COSTO INSIGNIFICANTE
LA EXCELENCIA DE UN PRODUCTO se prueba **CON SU USO**

Por detallada y perfecta que sea la descripción de un artículo en folletos, no se podrá comprobar prácticamente su valor real, el alcance de sus características, su eficacia en terapéutica, su solidez de construcción o indestructibilidad, si no se somete al uso profesional.

OFRECEMOS LA MAS SOLIDA GARANTIA CON EL ENVIO A PRUEBA

Enviamos el referido ELEKTRA U. V. UNIVERSAL MODELO NUM. 2 A, que produce 15 MODALIDADES ELECTROMEDICAS DISTINTAS, SIN NINGUN COMPROMISO DE COMPRA, al señor médico que desee probarlo en su clínica para comprobar prácticamente las excelencias de su construcción y efectos clínicos.

Precio: El precio de este aparato ELEKTRA UNIVERSAL es de 800 pesetas, puesto aquí fletes y derechos pagados. A los señores COLABORADORES CIENTIFICOS, que nombramos, tenemos autorización especial de la CENTRAL LABORATORIOS ELECTRICOS del DR. STEIN para otorgarles el derecho de adquisición por la mitad del precio oficial.

GRANDES FACILIDADES DE PAGO concedemos a los señores médicos que las soliciten, permitiendo el pago en pequeñas cuotas mensuales al alcance de todos.

MILES DE REFERENCIAS MEDICAS

Dirigir cartas, pedidos y remesas a la Central ELECTROMEDICA

LABORATORIOS. — Apartado de Correos 331, Sevilla.

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director-Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, 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 estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

SUMARIO: Sección científica: Clínica fimatológica: Hematología práctica, por el Dr. Valdés Lambea.—Sobre un caso de parálisis del hemidiafragma izquierdo, por C. Schneider San Román.—Los estudios experimentales sobre el cáncer, por el Dr. Víctor Moet y Arranz.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

CLINICA FIMATOLOGICA

HEMATOLOGIA PRACTICA

POR EL

DR. VALDÉS LAMBEA

I

No se debe dar por terminada la exploración de un presunto tuberculoso sino después de haber llevado a cabo determinadas investigaciones hematológicas que deben entrar de lleno en la práctica corriente y que debe realizar el mismo clínico o una persona que trabaje en íntima colaboración con él. Cuando menos se espera, el resultado insólito de una determinada investigación hematológica nos plantea un nuevo problema o nos da una rectificación diagnóstica o pronóstica definitivas. A todo enfermo, después del interrogatorio, de la percusión y de la auscultación detenidos, de la radioscopia y de la radiografía metódicas, se le deben hacer ciertas investigaciones en la sangre, de un modo rutinario y sistemático. Tales son: la velocidad de sedimentación globular, la fórmula leucocitaria, el número de leucocitos, y en muchísimos casos la dosificación de la hemoglobina, la determinación del tiempo de coagulación, del tiempo de la hemorragia y la numeración de las plaquetas.

Sistemáticamente, lo repito, debe investigarse la velocidad de sedimentación. Basta con hacer la lectura transcurrida la primera hora. Ciertos detalles deben tenerse en cuenta: Tomar siempre la misma cantidad de la solución citratada y la misma cantidad de sangre; procurar que la concentración del soluto de citrato sea la misma y valerse de la misma jeringa o de jeringas exactamente iguales; mezclar íntimamente la sangre con la solución de citrato sódico. El no tener en cuenta estos detalles, realmente groseros, da lugar con frecuencia a errores de importancia. Recordemos que se hace la investigación

tomando con la jeringa dos décimas de centímetro cúbico de citrato sódico al 5 por 100 y 8 c. c. de sangre. Una velocidad de sedimentación anormalmente acelerada señala la existencia de una anomalía química en el suero, de un trastorno en su composición, por lo que se refiere a los proteicos. Este desequilibrio hemático puede ser debido a la intensificación de los procesos autolíticos, como sucede en los estados caquéticos (caquexias cancerosa, tuberculosa, diabética, etc., velocidades de sedimentación muy elevadas); a un proceso supuratorio en cualquier parte del cuerpo que radique, a un proceso de caseosis, de disgregación celular, como ocurre en las lesiones tuberculosas en determinados estadios evolutivos. Los procesos palúdicos (investigaciones de Valdés Lambea y Castro Hernando), las hidatidosis, determinan a menudo velocidades de sedimentación muy elevadas. Sucede, pues, que en ciertos casos de determinados síndromes clínicos una velocidad de sedimentación exageradamente grande debe hacer-nos pensar en la posibilidad de un quiste hidatídico, poniéndonos en camino del diagnóstico, señalándonos una posibilidad clínica frente a la cual me he encontrado frecuentemente:

a) Muchacho de dieciocho años. Entra en materia por decaimiento, tos seca y pequeñas hemoptisis. No hay signos de percusión ni de auscultación claros, no hay fiebre, no hay taquicardia, fórmula leucocitaria normal y velocidad de sedimentación de 50 milímetros a la hora. En la radiografía, una sombra redondeada, a compás, en la base derecha. Reacción de Casoni precoz e intensamente positiva. El enfermo tenía un quiste hidatídico del pulmón.

b) Soldado de veintidós años. Sujeto torpe, de interrogatorio imposible; está pálido y desnutrido, algo taquicárdico; poco apetito; lengua saburrosa; náuseas; estreñimiento; auscultación borrosa; febrícula caprichosa y rara; a días, apirético; a días, pequeñas elevaciones térmicas, hasta 38°5 cuando más; poca tos y escasa expectoración, sin bacilos. En la radiografía nada concluyente. Sin embargo, el enfermo parece un fímico. Fórmula leucocitaria normal, con ligero predominio de linfocitos. Velocidad de sedimentación exageradamente crecida (45 milímetros a

la hora). Busca tenaz del hematozoario, que por fin se encuentra en una extensión de sangre.

El desequilibrio químico del suero puede depender de una infección rastrera mal caracterizada, distinta de la tuberculosis. En efecto, el enfermo nos parece un tuberculoso; pero la velocidad de sedimentación va en desacuerdo con el síndrome clínico, pues no encontramos fundamentos para diagnosticar un proceso de caseosis:

Sujeto de cincuenta y seis años, pálido, bastante desnutrido, muy asténico y taquicárdico; tos seca, dolores torácicos, febrícula, esputos sin bacilos. En la base derecha, murmullo muy disminuido y algunos rones secos. En la pantalla, desaparición del seno costodiafrágico correspondiente. No hay más síntomas torácicos. Lleva dos meses mal. Empezó el proceso insidiosamente, con malestar, decaimiento, hipotonía afectiva, fiebre de poca altura, sudores, dolores articulares y musculares. El enfermo mejoró con un tratamiento de reposo; pero a los pocos días empezó a sentirse peor. El conjunto del síndrome hace pensar en un proceso tuberculoso, con pleuritis basal indudable. Fórmula leucocitaria borrosa. No hay eosinófilos y están ligeramente aumentados los linfocitos. Velocidad de sedimentación de 56 milímetros a la hora. Punción pleural negativa. Aglutinación frente al melitensis con el suero del enfermo positiva al 1 por 400.

Otras veces la causa del notable aumento de la velocidad de sedimentación está en un proceso hematológico propiamente dicho, y también entonces, como en los casos anteriores, el enfermo se presenta como un tuberculoso. Véase el siguiente caso, interesante e instructivo. Se hubiese diagnosticado tardíamente de no hacer por rutina el examen de la sangre:

Sujeto de treinta y dos años. Está sometido en El Plantío a un tratamiento de reposo por supuesta tuberculosis pulmonar. Se había hecho este diagnóstico tres o cuatro meses antes con motivo de un proceso vago ligeramente febril que tuvo el enfermo. Entra en materia hablando de disnea al andar de prisa y al subir, vómitos que dice son producidos por tos seca; temperaturas inestables de 36°,1 a 36°,6. El enfermo tiene muy mal color, pero no está muy desnutrido; escasa expectoración (que no tiene, por supuesto, elementos ácidosresistentes); auscultación negativa salvo algunos estertores de desplegamiento en la base; mucha taquicardia. Hace año y medio, golpe en el testículo trotando a caballo y orquitis consecutiva que se diagnostica de fímica y que se resuelve rápidamente. Radiografía que no permite hacer deducciones trascendentales. Velocidad de sedimentación de 120 milímetros a la hora. Número de hematíes, 1.750.000, y valor globular muy cerca de uno, 3.400 leucocitos. El enfermo tenía un síndrome anémico tipo Biermer y murió a los tres meses de explorarle (1).

En otros casos la velocidad de sedimentación se acelera notablemente por la existencia de un proceso supurado de pulmón. Por ejemplo, un sujeto con velocidad de sedimentación de 75 milímetros, tiene una

bronquiectasia en forma de saco que el lipiodol pone de manifiesto. En otro individuo se obtiene una radiografía que parece de quiste hidatídico del lóbulo superior derecho. La velocidad de sedimentación pasa de 100 milímetros a la hora. Tiene 19.000 leucocitos y 85 polimorfonucleares neutrófilos. Se trata de un absceso pulmonar.

En los tuberculosos las velocidades de sedimentación elevadas indican un trastorno metabólico grande, y es el caso de los fímicos caquécticos, de los fímicos hipertiroideos, muy desnutridos, el de los fímicos con síndrome pancreático consecutivo fuerte. Pero téngase en cuenta que cuando un presunto tuberculoso sin estertores, sin aparatosos síntomas torácicos (poca tos, expectoración escasa o nula, con poca o ninguna fiebre) tiene una velocidad de sedimentación exageradamente elevada, de 40, de 50 o más milímetros a la hora, o se trata de una delgadez tóxica por movilización de factores endocrinos (pequeños fímicos hipertiroideos) o no se trata de tuberculosis pulmonar, sino de un proceso supurado de pulmón (absceso, bronquiectasia, etc.), o de un quiste hidatídico, como acabo de decir hace un momento. Si se trata de una broncoalveolitis supurada, encontramos generalmente leucocitosis mayor o menor, con predominio de los elementos polimorfonucleares neutrófilos. Si se trata de un quiste hidatídico, el elemento diagnóstico trascendental radica en la reacción de Casoni, cuya práctica aconsejo que se intensifique en clínica fimatológica. No olvidemos en este momento que los enfermos con quiste hidatídico tienen a veces hiperleucocitosis y que en ellos falta frecuentemente la eosinofilia. Tengamos en cuenta también que muchos individuos con quistes hidatídicos pulmonares parecen tuberculosos, pues presentan un síndrome general de astenia grande, desnutrición, falta de apetito, a veces febrícula, tos poco intensa, expectoración por los fenómenos de reacción broncoalveolar determinados por el quiste.

Tuberculosos pulmonares con lesiones extensas y anatomopatológicamente gravísimos, por ejemplo, con procesos granúlicos generalizados, tienen en ocasiones velocidades de sedimentación sorprendentemente pequeñas. Hay una erupción intensa de tubérculos, pero se encuentran estos elementos en los primeros estadios evolutivos. No hay fenómenos de reblandecimiento, de destrucción celular, no hay caseosis y la velocidad de sedimentación permanece poco acelerada. A partir de un momento evolutivo, las lesiones se caseifican, se inicia la fusión celular y la velocidad de sedimentación se va acelerando progresivamente. En las grandes lesiones tuberculosas caseificadas encuéntrase a veces velocidades de sedimentación exageradamente grandes.

Sujeto de veinticinco años. Entra en materia hablando de cansancio, de poca aptitud para el trabajo, de anorexia y de adelgazamiento. Tiene febrícula, y ha tenido también cuatro o cinco hemoptisis. Apenas tose y no expectora. Está muy pálido y muy taquicárdico. Auscultación borrosa. Murmullo turbio; algunos finos estertores

(1) En los síndromes anémicos tipo Biermer hay frecuentemente febrícula, según mi experiencia, que desconcierta y confunde a los no enterados y que intervienen a veces en los diagnósticos erróneos.

burbujosos sin consonancia. A trechos murmullo muy débil. En la pantalla ambos campos uniformemente turbios, como vistos a través de un tul. Radiográficamente proceso granulicogeneralizado, bilateral y una antigua lesión cirrosa de vértice izquierdo. Velocidad de sedimentación solamente de 8 milímetros a la hora. Fórmula leucocitaria borrosa. Dos meses después las lesiones se re blandecen; hay estertores abundantes de medianas y de gruesas burbujas, tos, bastante expectoración. La radiodiografía indica la confluencia y la caseificación de las lesiones. Velocidad de sedimentación, 65 milímetros a la hora.

Las consideraciones anteriores y la historia citada del enfermo granulico, señalan claramente las deducciones interesantes que permite hacer la investigación de la velocidad de sedimentación globular.

Tuberculosos pulmonares antiguos, viejos tuberculosos, pueden tener velocidades bajas si no hay lesiones de caseosis. Es el caso de los fímicos cirrosos con buen estado general. En estos casos y en otros semejantes, las investigaciones repetidas de la velocidad de sedimentación nos permiten sacar deducciones trascendentales por lo que se refiere a la evolución del proceso.

En trabajos próximos me ocuparé de otros detalles prácticos referentes a las demás investigaciones hematológicas en la clínica de la tuberculosis.

Sobre un caso de parálisis del hemidiafragma izquierdo

POR

C. SCHNEIDER SAN ROMÁN, de Alicante.

¿Es realmente un caso de parálisis del hemidiafragma izquierdo el que tenemos el honor de presentar a nuestros compañeros de Congreso? Nosotros creemos que sí. Mas para llegar a esta conclusión no nos conformamos con ver una vez al enfermo ni, la verdad sea dicha, fué éste nuestro primer diagnóstico. El caso se presentó preñado de dificultades, posiblemente atribuibles más a incompetencia nuestra que a dificultades reales.

El enfermo nos es enviado por nuestro compañero doctor Regino Arenas, de Villena, el cual, con muy buen criterio clínico, nos pide que le hagamos una radiografía del tórax, ya que dado el dolor en garra que el enfermo acusa, le inclina a pensar en aortitis.

Se trata de un hombre de más de cincuenta años, grueso, de cuello corto, pálido y con cierta lividez de los labios. Respira con dificultad y su hablar es entrecortado. No cesa un momento de eructar, aun cuando realmente no hace más que expulsar el aire que termina de tragar. Este aire que

SUMARIO CIENTÍFICO DEL NUMERO PRÓXIMO

DR PEDRO A. NOUVILAS.—Casuística de la herencia en la esquizofrenia.

DR VÍCTOR MOET Y ARRANZ.—Los estudios experimentales sobre el cáncer (II).

Sesiones clínicas.—Hospital de la Beneficencia general (Princesa).

Bibliografías.

Prensa extractada.

cree expulsar del estómago posiblemente no llega a él, ya que más tarde y durante los exámenes radiocópicos no conseguimos ver aumentar de tamaño la ampolla de gases gástricos.

Según cuenta, desde hace algún tiempo tiene un dolor constrictivo, en garra en la región precordial y en la espalda entre los omoplatos, el cual le impide respirar normalmente. Este dolor y esta disnea se acentúan por la noche hasta el punto de no poder acostarse, pasando las noches sentado en la cama o

en una silla. El atribuye todo esto a haber soplado mucho en un instrumento de viento, puesto que es músico.

Exploración.—Tórax en tonel; en la inspiración apenas oímos entrar el aire, y en la espiración, en cambio, apreciamos pitos y estertores de diversas tonalidades. Es decir, que de momento parece un asmático enfisematoso. Al percutir en el plano posterior nos llama la atención una intensa matidez en la base izquierda con abolición de las vibraciones bucales. Esta matidez se extiende al plano anterior, si bien no es tan pronunciada. Pulso, 70 al minuto. La pulsación es dura e irregular. Nada de particular en el vientre.

Le colocamos acto seguido tras de la pantalla, y vemos el curioso aspecto representado en la radiografía núm. 1.

En ella vemos lo siguiente: 1.º En el lado izquierdo un arco de círculo de convexidad superior que indudablemente es el diafragma rechazado hacia arriba y que alcanza en su punto más alto al cuarto espacio intercostal. 2.º Por debajo, y dentro de la zona oscura de la base, dos ampollas de gases. 3.º Por debajo de estas dos bolsas gaseosas vemos claramente (en el negativo) un casquete esférico de base interior y perfectamente redondeado en su parte alta. 4.º El corazón está francamente desviado hacia el lado derecho, siendo muy pronunciado tanto el arco correspondiente a la aorta ascendente como la vuelta del cayado. 5.º Hay grandes masas ganglionares en ambos hilos, las cuales borran la línea del contorno aórtico. De hilo izquierdo, y en su parte alta, parten gruesas arborizaciones hacia el vértice.

En este cuadro lo que más nos desorientó fué ese casquete circular que hemos hecho resaltar en el esquema. ¿Sería un quiste hidatídico? ¿Un absceso pulmonar? Y en este último caso, los gases situados más arriba, ¿podrían haber sido ocasionados por bacterias anaerobias del absceso? El enfermo se fué aquella tarde y escribimos al médico de cabecera exponiéndole nuestras dudas y rogándole que nos lo enviara nuevamente para seguir explorando, ya que teníamos verdadero interés en hacer el diagnóstico. Queríamos hacer la reacción de Kassoni, recuento de glóbulos, fórmula leucocitaria y demás investigaciones pertinentes al caso.

Y en efecto; a los quince días vuelve el enfermo y apenas llegó lo pusimos nuevamente a la pantalla deseosos de ver si conservaba el mismo aspecto. Todo estaba igual, excepto que había más cantidad de gases y que no divisábamos esa imagen semicircular que había dado lugar a nuestras dudas. Le hicimos la radiografía núm. 2, y con gran sorpresa vimos que los gases habían desaparecido casi en su totalidad coincidiendo con un borborismo que oímos perfectamente cuando

estábamos colocando la placa. Esto, unido a la desaparición de la imagen semicircular, nos hizo descartar la posibilidad de que se tratara de un absceso, derrame en pleura, quiste

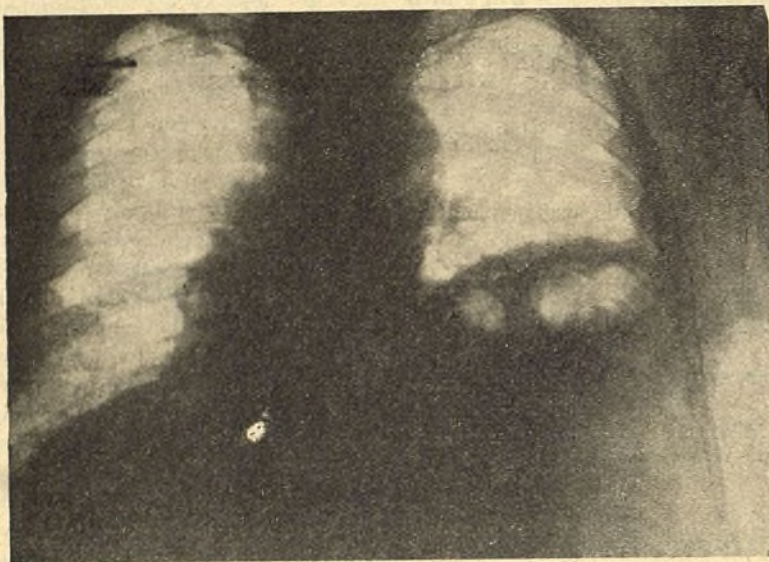


Fig 1.ª

hidatídico, etc., y nos orientamos acto seguido hacia una eventración por parálisis del hemidiafragma.

Para sentar este diagnóstico deberíamos hacer diagnóstico diferencial con la hernia diafragmática, y todos sabemos las grandes dificultades que esto encierra, hasta el punto que Ottosen, en un trabajo publicado en Acta Radiológica, dice que este diagnóstico diferencial no es sólo difícil y hasta imposible desde el punto de vista radiológico, sino también muchas veces desde el anatómico, ya que en las grandes eventraciones el diafragma se atrofia, y al fundirse el peritoneo con la pleura simula un grueso saco herniario.

Por otra parte, se da como típica de la hernia diafragmática la respiración paradójica, y sin embargo, en nuestro caso al hacer una fuerte inspiración el enfermo bajaba el hemidiafragma derecho, en tanto que ascendía algún centímetro la cúpula del hemidiafragma izquierdo. Ahora bien; si nos fijamos en las dos radiografías veremos que cada vez es distinto el aspecto de la región situada por debajo de la cúpula, carácter éste que suelen dar los autores como típico de eventración, ya que según Gianturco los órganos contenidos dentro de un saco herniario no pueden gozar, en buena lógica, de movimientos tan amplios como los que pueden verificar, sin obstáculo, los que forman la eventración.

Este último dato, unido a lo rápido de la aparición del proceso y a la presencia de esos paquetes ganglionares que aparecen en ambos hilos (y que en buena lógica creemos se continúan por el mediastino), son los que nos han guiado hacia el diagnóstico antes dicho. Es lo que hemos encontrado más lógico suponiendo que el frénico izquierdo haya sido comprimido entre esas masas de ganglios calcificales.

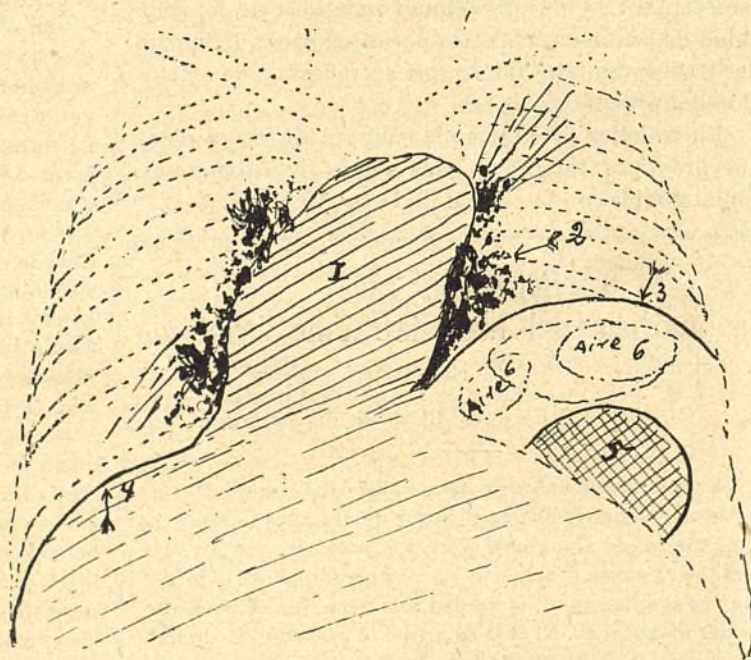
Lo que no se nos hubiera ocurrido nunca es pensar que una aerofagia pudiera ser capaz de producir esa enorme desviación hacia arriba del hemidiafragma izquierdo. A pesar de lo cual nos vemos obligados a hacer el diagnóstico diferencial con este síndrome, ya que algún tiempo después de ver nosotros al enfermo fué a Valencia a que le viera un conocidísimo catedrático y renombrado clínico, el cual, después de un único examen radioscópico, diagnosticó sencillamente *aerofagia*.

Ante todo, ¿es corriente la aerofagia tal como la encontramos descrita en los tratados clásicos? Es indudable que ciertas personas de temperamento neurótico consiguen llenar su estómago de aire, que expulsan momentos después en forma de eructos. Asimismo podemos certificar, por haber sido testigo de ello, que ciertos individuos, a modo de gracia, y tras de largo entrenamiento, consiguen no sólo tragar aire, sino expulsarlo momentos después en forma de ventosidades...

Estos últimos no nos ha sido posible verlos a la pantalla por ocurrir el hecho cuando aún no habíamos terminado la carrera; pero lo primero lo hemos visto repetidas veces en la pantalla, tanto en esos enfermos neuróticos

de que antes hablábamos como en individuos normales en el momento de estar tomando la papilla opaca.

Pero lo mismo los unos que los otros no retienen ese



Esquema correspondiente a la figura 1.ª

1. Corazón y grandes vasos.—2. Grupos de ganglios del hilio.—3. Hemidiafragma izquierdo.—4. Hemidiafragma derecho.—5. Imagen semicircular que dió lugar a nuestras dudas (no se ve en la otra radiografía hecha quince días después).
6. Cámaras de aire que varían de aspecto en los diversos exámenes.

aire más que contadísimos instantes, ya que al momento sienten deseos de eructar y lo expulsan.

Pues bien; aun cuando en algunos casos hayamos visto la ampolla de gases llena de aire, jamás hemos visto producirse la más ligera desviación del diafragma hacia arriba, ni

tampoco hemos comprobado nunca que el corazón se desvíe lo más mínimo por esta causa, y mucho menos en la proporción que puede verse en nuestro caso.

¿Es que por ventura no cuenta el diafragma con la toni-

nuestras dos radiografías, no ocurre, ni aun siendo poquísi-
ma la cantidad de gases que hay en ambos receptáculos.

Pudo muy bien suceder (dado el hábito del enfermo de estar eructando continuamente) que en el momento de examinarlo nuestro colega estuviese muy llena de aire la ampolla gástrica. Mas en este supuesto no creo que hubiese sido muy difícil sacar ese aire, sea invitando al enfermo a eructar, o más sencillamente con la sonda gástrica o duodenal. Y de esta forma hubiera visto en seguida que el diafragma seguía desviado hacia arriba independiente de si había o no aire en el estómago.

Y para terminar incluímos otras tres radiografías que tienden a demostrar lo que decimos. Las números 3 y 4 pertenecen a enfermos nuestros con gran timpanismo en el ángulo esplénico del colon, sin que por eso se haya desplazado lo más mínimo el diafragma. Y la núm. 5, que es del profesor Cesare Gianturco y perteneciente a un caso análogo al nuestro publicado en «Archivos de Radiología», fascículo V, número Septiembre-Octubre 1929. Este hermoso e interesante clisé nos muestra un caso de parálisis del hemidiafragma izquierdo por lesión del frénico. Es digno de tener en cuenta que aun habiendo una enorme cantidad de gases llenando la

ampolla gástrica no se le ocurre a tan eminente clínico pensar que puedan ser éstos los que dan lugar a la desviación diafragmática.

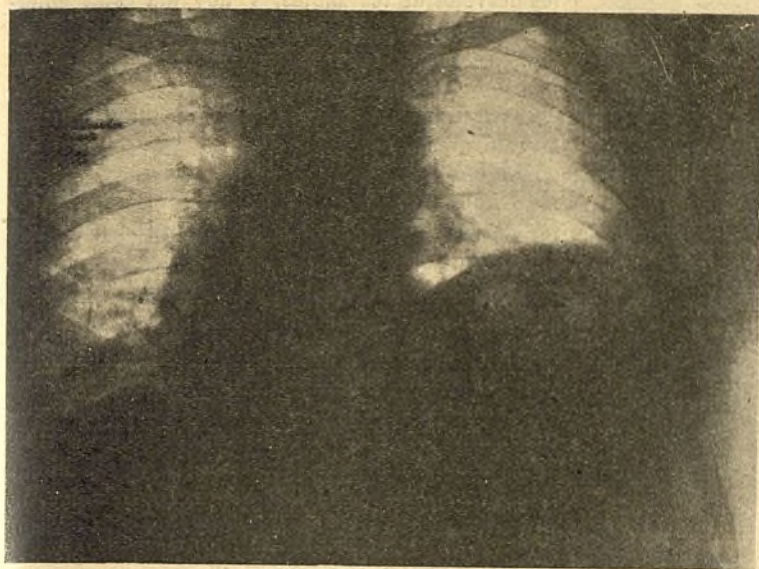


Fig. 2.*

cidad suficiente para oponerse a la tensión que pueda sobrevenir en un momento dado por el acúmulo de gases en la ampolla gástrica o en el ángulo esplénico del colon? Y



Fig. 3.*

aun suponiendo lo contrario, apenas cediese dicha tensión por expulsión de los gases debería volver el diafragma a ocupar su puesto; cosa que, como claramente puede verse en



Fig. 4.*

En resumen:

1.º Creemos que nuestro enfermo padece una parálisis del hemidiafragma izquierdo por lesión del frénico.

2.º Posiblemente la lesión del frénico es producida, bien por compresión de los gruesos paquetes ganglionares del mediastino o de los hilios, o también por compresión de la

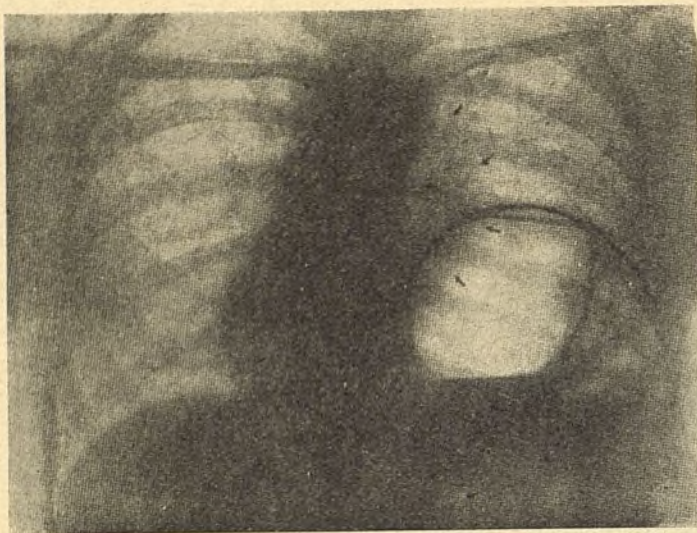


Fig. 5.*

aorta, que, como claramente se aprecia en las radiografías, está afectada de aortitis crónica.

3.º No creemos que el acúmulo de gases en la ampolla gástrica o en el ángulo esplénico del colon sea causa suficiente para producir desviaciones permanentes del diafragma.

Bibliografía.

1. Un caso de parálisis del diafragma sinistro. Dott. Cesare Gianturco. Archivos di Radiología. Anno V, fasc. 5, 1929. Nápoli.
2. Tandoja: Atti del Primo Congreso di Radiología Médica. Giugno, 1929.
3. Manfredi: Tre casi de ernia diafragmática. Radiología Médica, 1928.
4. Palmieri: Sul valore del respiro paradossoso, della diagnosi differenziale tra ernia ed eventracio diafragmática. Atti II Congreso Radiología. Ottobre 1928. Génova.
5. Ottosen: Acta Radiológica. Aprile 1928.
6. Piccinino: Eventracio diafragmática. Arch., Radiología. 1925.
7. Freund un Horner: Forth. a. d. G. der Rontgenstrahlen. Band. XXXIX. Heft, 2.

NOTA.—Como nuestros dos clisés están muy duros no hemos logrado hacer bien visibles los grupos ganglionares a que hacemos referencia, dada la dificultad del positivado en papel. Por este motivo llevamos al Congreso los negativos y dispositivos para proyección.

Los estudios experimentales sobre el cáncer

POR EL

DR. VÍCTOR MOET Y ARRANZ

I

No por más repetido es menos cierto, que el cáncer con la tuberculosis y la sífilis constituyen los más graves y dolorosos azotes que sufre la humanidad. Por ello el es-

fuerzo de los hombres de ciencia ha venido desde tiempo inmemorial dedicándose por cuantos medios ofrece la técnica y la hipótesis, al estudio de las cuestiones que con estos trascendentales problemas se relacionan. En sífilis y en tuberculosis el éxito ha acompañado los desvelos de los sabios, y hoy día estas enfermedades se encuentran teñidas de tonos menos densos y oscuros que hace unos años. En el momento actual pueden de un modo científico considerarse ambas como curables en determinadas circunstancias.

En el terreno de la ciencia oncológica, aunque los esfuerzos han sido igualmente considerables y los descubrimientos en extremo útiles y brillantes, no ha podido llegarse en el momento actual a conclusiones tan optimistas como las que antes citábamos. El cáncer hoy por hoy continúa siendo una de las más importantes causas de mortalidad inevitable. Los progresos de la cirugía y los descubrimientos del radium y de los rayos X, es cierto que han permitido librar gran número de vidas de la muerte horrible por el cáncer; pero, sin embargo, por muy optimistas que queramos ser, no permiten por el momento forjarse grandes ilusiones.

La causa de estos resultados dispares en enfermedades en las que el esfuerzo de los sabios ha sido por lo menos igual, depende en nuestro criterio, única y exclusivamente, de la falta de fundamentos etiológicos ciertos con que luchamos en el campo de Oncología. Multitud de teorías sobre el origen del cáncer se encuentran publicadas en todos los idiomas y en todos los países, prueba evidente de que ninguna de ellas tiene fuerza suficiente para imponerse sobre las demás y servir de fundamento cierto para el establecimiento de un tratamiento curativo o cuando menos de una profilaxis segura.

En Oncología, de igual modo que en los distintos apartados de la Medicina, la experimentación ha sido la fuente de donde han nacido los más trascendentales descubrimientos y las más preciosas adquisiciones. Por este motivo nos ha parecido oportuno iniciar estas series de informaciones científicas sobre el cáncer, haciendo un resumen práctico sobre las investigaciones y métodos experimentales más importantes que se han efectuado en este sentido a través de los años.

Desde luego queremos indicar que no pretendemos en esta breve nota divulgadora agotar un tema sobre el que hay escritos volúmenes copiosos. Nuestro propósito, mucho más modesto, consiste únicamente en trazar una visión de conjunto.

Inicialmente los injertos han sido el procedimiento empleado para el estudio experimental del cáncer. Bernard Peyrilhe, en una memoria publicada en el año 1775 y premiada por la Academia de Ciencias de Lyon, dió cuenta de sus trabajos, en virtud de los cuales había podido transmitir por injerto un tumor del hombre al perro. En esta experiencia, repetida gran número de veces, se había logrado hacer prender en los animales los tumores procedentes del hombre, evolucionando en estos últimos de un modo lento, ulcerándose y produciendo al cabo de un cierto tiempo la muerte. Estas deducciones experimentales han sido fácilmente discutidas a la luz de los tiempos, considerándose actualmente que lo que Peyrilhe con-

seguía en los finales del siglo XVIII no era otra cosa que la producción de un granuloma infeccioso y no la producción cierta de un cáncer por injerto.

Los verdaderos cánceres obtenidos por este procedimiento no fueron logrados hasta las postrimerías del pasado siglo, por Hansen, de Copenhague; Murray, de Inglaterra; Ehrlich, en Alemania, y Hanau y Moreau, en Francia. Todas estas experiencias demostraron que los injertos tumorales entre las diversas especies animales prenden con alguna frecuencia, mientras que del hombre al animal fracasan con absoluta constancia.

Las causas en virtud de las cuales unos injertos prenden y otros no, han sido igualmente objeto de numerosas investigaciones que llevaban en su esencia el propósito de determinar las condiciones patogénicas en virtud de las cuales podía producirse esta enfermedad. Pearce y Brown han demostrado en una interesante publicación que los trastornos de variado origen de las glándulas endocrinas crean un terreno favorable para que el injerto prenda y se desarrolle con una creciente malignidad. Este hecho, con otros muchos publicados con base experimental en multitud de ocasiones, obligan a pensar por lo menos en la importancia que tiene el estado humoral en el determinismo de las neoplasias malignas. De tal modo que para nosotros como para un gran número de autores, el cáncer es la consecuencia de una acción exógena actuando sobre un terreno de especiales y determinadas condiciones. La determinación de estas cualidades del terreno es a nuestro modo de ver uno de los factores más importantes para poder establecer debidamente la profilaxis del cáncer y también su adecuado y justo tratamiento causal, ya que hemos de confesar que los tratamientos físicos, quirúrgicos y radioactivos que actualmente se emplean, en su mayor parte por lo menos, actúan únicamente de un modo circunscrito sobre la lesión y sus proximidades. No queremos insistir en este lugar más sobre estas cuestiones, que sin darnos cuenta nos alejarían de masiado del fin puramente objetivo que nos proponemos. Por lo tanto, queden las cuestiones ligeramente bosquejadas para un próximo artículo de esta serie que nos proponemos publicar sobre diversas cuestiones relacionadas con el cáncer.

A pesar de que los resultados obtenidos con los injertos son inseguros y limitados, de ellos, sin embargo, se han deducido un considerable número de hechos interesantes que han arrojado bastante luz sobre el oscuro problema del cáncer.

Como muy bien dice recientemente Paoli, el estudio de los injertos permite conocer ante todo las reacciones de defensa generales y locales que el organismo sano opone al elemento tumoral extraño, así como también permite deducir la extraordinaria vitalidad de la célula cancerosa, a la que vemos adaptarse perfectamente a las más variadas y dispares condiciones físicas y químicas. Igualmente afirma el mencionado autor, que a esta resistencia deben achacarse sobre todo los numerosos fracasos de que van seguidas las más intensas y activas terapéuticas.

Otros procedimientos, sin embargo, han proporcionado resultados mucho más interesantes y prácticos en lo referente a la producción experimental del cáncer. Entre ellos citaremos en este lugar los agentes químicos y físicos, los elementos vivos (bacterias, virus filtrantes y parásitos), las inoculaciones de tejidos embrionarios y las causas modificadoras del equilibrio humoral.

De todos los procedimientos experimentales empleados

para la producción del cáncer los más conocidos son los medios y físicos, y de ellos, en primera línea, el alquitrán. Desde finales del siglo XVIII se conoce perfectamente la responsabilidad de este elemento en la producción del cáncer. Es un hecho perfectamente conocido por todos que en el año 1775, Percival Pott, en Inglaterra, pensaba ya en que este elemento debía ser el agente causal de los frequentísimos casos de cáncer observados en los deshollinadores. La medicina del trabajo posteriormente ha podido comprobar perfectamente la acción cancerígena de este elemento y de sus derivados.

Este hecho, como decimos, perfectamente comprobado en el transcurso del tiempo, llamó la atención de los investigadores, que no tardaron en llevarlo al laboratorio con fines experimentales.

Tautsui, Yamasiva e Ichikawa fueron los primeros autores que emplearon este elemento con objeto de provocar experimentalmente el cáncer. Estos trabajos efectuados en los primeros años del siglo que corre, y publicados en el año 1913, tenían como fin inicial la comprobación de la teoría de la «irritación repetida» de Virchow. De todas las sustancias químicas empleadas por estos autores, ninguna ofreció las cualidades de seguridad y comodidad que el alquitrán. Para su empleo ensayaron igualmente estos autores gran número de medios de administración. Pincelaciones sobre la oreja depilada del conejo, introducción en incisiones practicadas en la piel, absorción al interior por vía gástrica o por inyecciones, etc., fueron los procedimientos inicialmente empleados, de los cuales pronto se vió que el más útil, seguro y sencillo, era la simple pincelación de la superficie interna de la oreja del conejo.

Empleando este procedimiento, y de un modo casi constante, se observa, según los casos, entre los treinta y sesenta días de su iniciación, la aparición de una minúscula lesión de aspecto hiperqueratósico y papilomatoso, a la cual los autores han dado el nombre de «foliculo epitelioma», porque en su criterio está formada a expensas de las células epiteliales del foliculo piloso. Al cabo de cinco meses, y aunque hayan sido interrumpidas las pincelaciones con bastante anterioridad, se observa perfectamente el foliculo epitelioma descrito por los autores japoneses, presentando en muchas ocasiones para esta fecha el aspecto de un verdadero cuerno cutáneo. Continuando la experiencia después de la aparición de los «foliculo epiteliomas», poco tiempo después se observa la aparición de una ulceración tumoral, de gruesos bordes, que en poco tiempo se convierte en un verdadero epitelioma.

Este método, una vez precisada perfectamente su técnica, proporciona resultados de una extraordinaria constancia. Desde la época en que Ichikawa, Yamasiva y Tautsui publicaron los resultados de sus brillantes y trascendentales experiencias, se han repetido en todo el mundo las comprobaciones de este método, lográndose perfeccionamientos sucesivos y llegando a ser considerado por la mayoría de los investigadores como el más importante y seguro de los medios empleados para la obtención experimental del cáncer.

Fibiger, Bang y otros autores de la escuela oncológica alemana han sido en Europa los que con mayores éxitos y mayor interés han investigado con el alquitrán en el campo de la Oncología. De estos trabajos se han deducido gran número de conclusiones extraordinariamente interesantes desde los puntos de vista científico y práctico.

El ya mencionado Ichikawa, en colaboración con Baum, publicó en el año 1924 en el *Bulletin de la Associa-*

tion Française pour le Etude du Cancer, un estudio fundamental sobre la reacción local y la histogénesis del cáncer experimental, el cual puede considerarse como clásico en lo que se refiere a la histopatología del cáncer del alquitrán.

La acción de las pincelaciones repetidas de alquitrán se traduce inicialmente por una hipergénesis de elementos epiteliales a partir principalmente del núcleo epitelial, también del folículo piloso. Objetivamente, como ya decimos más arriba, este hecho histológico se traduce por una hiperqueratosis, ligera al comienzo, verdaderamente exuberante y con apariencia clínica de cuerno cutáneo más tarde. El folículo epiteloma de Yamasiva se forma por la reproducción abundante de los elementos epiteliales, dentro de un espacio limitado, llegando un momento, como decíamos ahora mismo, en que la textura histológica del folículo epiteloma es idéntica a la del cuerno cutáneo humano. Llegado a este estadio, se inicia la evolución maligna de la neoplasia, o sea la verdadera producción del epiteloma genuino. Pronto la hilera basal del dermis se rompe y el tejido conjuntivo de las proximidades sufre una degeneración mucosa más o menos acentuada. Más adelante, las prolongaciones interpapilares se hacen irregulares, los núcleos celulares se dirigen hacia la profundidad y los elementos histológicos comienzan su invasión por los capilares sanguíneos, las vénulas y los linfáticos. De toda esta evolución histológica, subraya especialmente Itchikawa la emancipación de las células individuales de la epidermis, ensanchándose al propio tiempo los espacios intercelulares. De este punto pasa el cáncer experimental del alquitrán a adquirir idénticas cualidades que el cáncer espontáneo del hombre. La penetración de las células neoplásicas en la circulación general, como ya hemos mencionado anteriormente, determinan la producción de las metástasis y califica la malignidad de la neoplasia.

En el estudio experimental del cáncer del alquitrán se ha podido comprobar la diversa afinidad que tienen las diversas especies animales para la cancerización experimental. De todos los animales de laboratorio es el ratón el que con mayor facilidad adquiere el cáncer del alquitrán. Siguele el conejo común, y en mucha menor escala el cobaya y la rata, que, inaccesibles a la cancerización por pincelaciones, requieren el empleo del alquitrán por vía intramamaria. En los ratones debe efectuarse las pincelaciones en la región interescapular, que es donde se han visto aparecer con mayor facilidad los tumores. El empleo del alquitrán electrolítico o simplemente calentado, según lo han empleado respectivamente Kotzareff y Raposo y Samos, disminuye el período de producción del cáncer experimental.

En este caso particular, y viuiendo en apoyo de lo que decíamos al comienzo, Maizin ha demostrado la influencia que tienen las modificaciones del estado general en la producción de esta clase de cáncer experimental.

Igualmente, el cáncer del alquitrán ha servido, como ya insistiremos en otra ocasión, para el estudio de una cuestión de singular trascendencia en Oncología, como es el precáncer. Del estudio detallado de estas lesiones previas del cáncer se ha deducido ya mucha luz, especialmente en la profilaxis del cáncer de estas neoplasias, pero creemos que aún el porvenir nos reserva en este sentido descubrimientos de una mayor trascendencia.

(Continuará.)

Sociedad Oftalmológica de Madrid.

SESIÓN DEL DÍA 11 DE JUNIO

Dr. Manuel Marín Amat: *Caso raro de cuerpo extraño intraocular.* (Con presentación del enfermo.)

Se trata de un obrero del campo, J. L. P., de veintiocho años de edad, natural de Orgaz (Toledo), que estando cavando en una viña el día 29 de Mayo último le saltó un cuerpo extraño al ojo izquierdo, sintiendo en el momento un fuerte dolor a la vez que perdió la visión de este ojo.

Reconocido por el médico, nada de particular encontró, excepción hecha de una herida penetrante (cutánea) en el párpado inferior izquierdo, estando aparentemente normal el globo ocular. Le prescribió un colirio calmante, a base de cocaína, para aplacar el dolor, y le recomendó la conveniencia de venir a Madrid a ponerse en tratamiento.

Fué enviado a nosotros por la Compañía de Accidentes del Trabajo, a que pertenece, el día 2 de Junio actual.

Explorado prolijamente, encontramos: ojo derecho normal. Ojo izquierdo: violenta conjuntivitis de exudación purulenta; el párpado inferior está hinchado en el tercio interno y presenta una pequeña herida cutánea, haciendo la impresión de contener un cuerpo extraño; la conjuntiva bulbar y la esclerótica no presentan la menor traza de haber penetrado a través de ellas un cuerpo extraño por diminuto que fuera; la córnea y cámara anterior normales; la pupila medianamente dilatada y reaccionando poco a la acción de la atropina; los medios oculares turbios y la visión nula.

Ante este cuadro clínico, y no debiendo realizar la exploración con el electroimán por la supuración conjuntival, por si precisara tener que abrir la cámara anterior para efectuar la extracción en caso positivo, nos pareció lo más acertado hacer un análisis microbiano de la secreción conjuntival, hacer dos radiografías y tratar lo más urgentemente posible la mencionada conjuntivitis.

Las radiografías indicaban la presencia de un cuerpo extraño en el interior del globo ocular (véanse ambas). Las laminillas de la exudación conjuntival no tenían gérmenes y la conjuntivitis, con curas bicotidianas, mejoró bastante en cuatro días, para poder pensar, si bien con el máximo de garantías, en la extracción.

Esta se realizó el día 6 del actual con el electroimán gigante, llegando el cuerpo extraño a la cámara anterior por la parte superior (radio de las doce horas) y extrayéndolo, previa una queratotomía superior practicada con el cuchillo lanceolar. No hicimos iridectomía por estar el iris inflamado y además no ser necesaria; dejamos el ojo sin apósito y pusimos una inyección subcutánea de caseal cálcico.

El curso postoperatorio, hasta ahora, ha sido normal. El tratamiento ha consistido en aplicaciones calientes, pomada de atropina e inyecciones de proteínas. Sin embargo, el ojo sigue muy blando, los medios del ojo siguen opacos, aunque no hay catarata traumática, y hacemos un mal pronóstico respecto al porvenir de este ojo.

Además, el párpado inferior se ha deshinchado, se ha curado la herida cutánea y no existe en su espesor ningún cuerpo extraño. Este lo que ha hecho ha sido atravesarle, así como la esclerótica, por detrás del fondo de saco

conjuntival inferior, y, por tanto, en sitio invisible, para ir a alojarse en la parte superior del vítreo. Ahora bien; y esta abundante supuración amicrobiana de la conjuntiva, qué significación tiene? Hemos hecho siembras y esperamos el resultado.

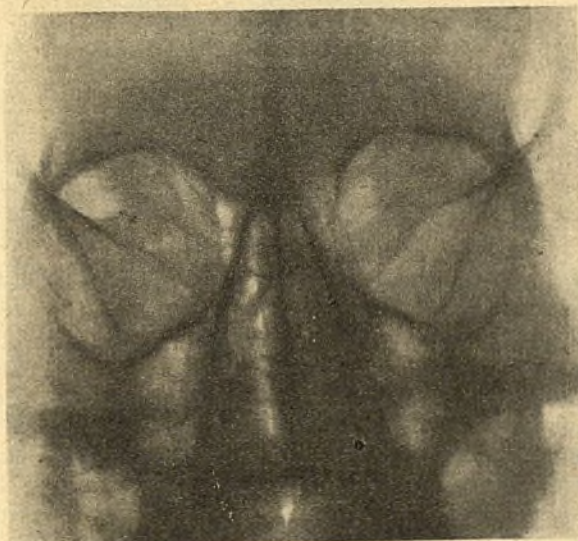
Con respecto a otros interesantes detalles relacionados con los cuerpos extraños intraoculares, los pasamos por alto, para ocuparnos de ellos en seguida con motivo de la siguiente comunicación del Dr. Márquez sobre cinco casos de cuerpos extraños oculares:

Dr. Márquez: *Con motivo de cinco casos de cuerpos extraños del aparato de la visión.*

Ya en otras ocasiones me he ocupado de este asunto (1), y si hoy lo suscito de nuevo en la Sociedad Oftalmológica de Madrid es por aportar todavía algunas pequeñas modificaciones, aunque no fundamentales, a mi anterior modo de proceder. La circunstancia de haber observado en estos últimos meses otros cinco cuerpos extraños me proporciona el motivo para ello.

Veamos primero sucintamente cuáles han sido dichos casos, que mencionaré, no en orden cronológico, sino por el de situación de profundidad en la cavidad orbitaria.

El primero, que es también el más reciente, es el de un hombre que en los últimos días de Mayo asistió a la con-



sulta de la Facultad con un cuerpo extraño en la córnea izquierda sobre cuya superficie hacía relieve y que no pudo ser desplazado ni extraído por el procedimiento corriente de la aguja de cuerpos extraños. Como sobresalía del nivel corneal como de $\frac{1}{2}$ a 1 milímetro, intenté también cogerle (todo ello previa anestesia local, por supuesto) con la pinza de pestañas, siendo la tentativa también infructuosa, pues la superficie corneal se hundía al contacto de los extremos de la pinza al querer con ésta coger el cuerpo extraño. Se nos ocurrió entonces, puesto que era de hierro (había saltado al labrar una piedra de molino y era pardo negruzco), emplear el electroimán gigante. Para ello pusimos al enfermo en la mesa de operaciones y se aplicó al extremo cónico del electroimán en la proximidad del ojo. Habiendo establecido varias veces la corriente, el

cuerpo extraño no se movía a pesar de la gran proximidad al extremo del imán. Se nos ocurrió además emplear una pinza cerrada cuya parte gruesa estuviese en contacto con el imán y la extremidad de ambas ramas juntas tocando al cuerpo extraño... y el resultado fué también nulo. Entonces se nos ocurrió que no sólo el ex-



tremo de la pinza debía tocar el cuerpo extraño, sino que además debíamos *movilizar* ésta con aquélla como cuando empleamos la aguja de cuerpos extraños, y al fin, después de unas cuantas tentativas, salió adherido a la pinza el cuerpo extraño. Cuando éste estuvo fuera nos explicamos la dificultad que tenía en salir, pues el extremo profundo que llegaba hasta la cámara anterior (ya que ésta se vació al extraer aquél) estaba encorvado en forma de arpón, lo que dificultaba la salida, tanto por la movilización mecánica como por la acción magnética aisladamente empleadas, y sólo por la combinación de ambas pudo lograrse el resultado.

El segundo era un hombre que fué enviado por nuestro distinguido colega de Albacete Dr. Belmonte. Tratábase también de un obrero al que trabajando con un azadón le saltó un trozo al ojo derecho. Dicho trozo, de hierro a juzgar por el aspecto, era de 3 a 4 milímetros de largo por 1 o 2 de ancho; estaba colocado en la parte infero-externa de la cámara anterior del ojo derecho. Se hizo una *incisión previa* en el borde de la córnea en dicho sitio inferointerno y el cuerpo extraño salió fácilmente por la herida al aproximar el electroimán su extremo cónico colocado al nivel de la herida. El ojo se repuso y la visión fué conservada como en el anterior.

El tercer caso corresponde a un gran cuerpo extraño (que aquí presento) de más de 1 centímetro de largo por unos 2 o 3 milímetros de ancho, dimensiones que de antemano no podíamos sospechar, y que había entrado en el ojo izquierdo de un enfermo al nivel de la parte interna

(1) Márquez: «A propósito de cinco cuerpos extraños extraídos por el electroimán gigante». Segundo Congreso Nacional de Medicina de Sevilla 1924. «Sobre la técnica de extracción de cuerpos intraoculares por medio del electroimán gigante». *Arch. de Oft. Hép.-Amer.* 1927, página 462.

de su diámetro horizontal a unos 2 milímetros del borde corneal en plena zona ciliar. El accidente había ocurrido unos catorce o quince días antes, y el ojo, que presentaba intensa iridociclitis con atresia y exudados pupilares, no percibía sensación luminosa, por lo que la enucleación no hubiera sido una decisión inoportuna. Sin embargo, nos decidimos a llevarle al electroimán, con fines exploratorios y de tratamiento. La urgencia del caso no permitió hacer radiografía. Lo que primero se manifestó al hacer pasar la corriente fué una elevación del iris en su parte superointerna, enfrente de la cual hicimos una incisión esclerocorneal en el límite de la cámara anterior al nivel de dicha parte superointerna. Con gran sorpresa salió este largo cuerpo extraño, cuyas dimensiones antes dije, y que aquí presento. Se le trató al enfermo con inyecciones de lactoproteína e intravenosa de cianuro de Hg. (1 centígramo en 1 c. c. de agua), y el resultado fué el desinflamarse gradualmente el ojo hasta quedar casi blanco el polo anterior, que antes, no sólo estaba inyectado, sino quemótico, y el irse poniendo en condiciones para una intervención que aún no se le ha practicado, que consistirá en una iridectomía óptica, si el ojo, que ya ha recobrado la percepción luminosa, llegase a adquirir una buena proyección.

El cuarto caso (núm. 18.693 de mi consulta particular) estaba ya más profundamente situado, como demostró la radiografía (que presento), hecha por los Dres. Arce, por la cual se ve que el cuerpo extraño se hallaba en el polo posterior y parte externa del ojo izquierdo y atravesando el iris por la periferia, a consecuencia de lo cual existía iritis, y además la córnea y el humor acuoso se hallaban turbios y existía hipema.

La conducta que en este caso seguimos, aleccionados por otras anteriores, fué la que, ya conociendo por la radiografía el sitio aproximado del cuerpo extraño, hacer una punción al nivel de la parte más posterior y externa del globo e introducir por la herida el extremo de la pinza de iridectomía, cerrada, en comunicación con el electroimán. El resultado fué nulo, por lo que decidimos poner el extremo cónico del electroimán delante de la córnea, estando el sujeto acostado, y pudimos lograr después de algún tiempo que el cuerpo extraño levantase el iris y llegase a la cámara anterior por la parte superior y externa; hicimos luego en ésta una incisión al nivel del limbo enfrente de donde se veía el cuerpo extraño y logramos así que éste saliese y se adhiriese al electroimán. El ojo, que ya estaba bastante desorganizado, se desinflamó, pero no del todo, merced también al tratamiento con las inyecciones de proteína e intravenosas de cianuro de Hg; mas tratándose de un obrero que quería resolver pronto su situación legal de accidente de trabajo, y ante la posible amenaza de una oftalmia simpática, prefirió no aguardar, decidiéndose por la enucleación, que le practicamos.

El quinto caso (núm. 18.740 de mi consulta particular), en fin, fué el de un cuerpo extraño retroocular, habiendo atravesado totalmente el ojo derecho de arriba abajo y de delante atrás, como lo demostró la radiografía que presento (véase la figura), hecha por el Dr. Arce, en la cual se impresionó la placa mirando el ojo en dos posiciones extremas y el cuerpo extraño no se movió. El enfermo, un obrero alemán que se produjo el accidente machacando piedra con un martillo, tenía una gran exoftalmia y quemosis del ojo izquierdo, cuyos movimientos estaban algo dificultados y eran también algo dolorosos. El enfermo no veía con dicho ojo y en el fondo era iniluminable. Le hice una inyección intravenosa de 1 centígramo de

cianuro de Hg. en 1 c. c. de agua y otra en la espalda de 5 c. c. de lactoproteína Ibis Tírf. El enfermo, que había acudido a nuestra observación al día siguiente de su accidente, nos decía que el primer día el ojo no estaba saliente ni inyectado, mientras que a nuestra observación existía exoftalmia citada, con equimosis en el párpado superior del ojo afecto al nivel de su porción orbitaria. Al día siguiente de nuestro tratamiento el quemosis y la exoftalmia habían remitido considerablemente, continuando el enfermo su viaje hacia Alemania, adonde se dirigía.

Tales son los casos. Veamos ahora las reflexiones que nos sugieren. Se refieren a los siguientes extremos:

La gravedad de los cuerpos extraños depende, en pri-



mer lugar, de su naturaleza química, como se sabe, siendo los más graves los de cobre, que producen rápidamente una supuración química, y los más tolerados los de plomo, mientras que los de hierro (metal que era el de todos nuestros cinco casos) son un término medio, conduciendo también con más o menos rapidez a la *siderosis bulbi* o infiltración férrica de los tejidos del ojo y preferentemente al nivel de los epitelios, motivo por el cual se impone la extracción del cuerpo extraño antes de que tal transformación se produzca o la enucleación en ojos ya sin vista y desorganizados, y en los que es de temer que se conviertan en simpatizantes.

El segundo factor de que depende la gravedad es la mayor o menor profundidad a que han penetrado, siendo los más graves los intraoculares retroirideos, luego los intraoculares preirideos y los retrooculares, los cuales llegan a ser perfectamente tolerados en muchas ocasiones.

El empleo de la radiografía es convenientísimo siempre que se pueda, y ya es sabido cómo con ella sabemos si el cuerpo es intra o extraocular, según se mueva o no con el ojo. Sin embargo, hemos visto algún caso en el que existía movimiento del cuerpo extraño al hacer dos radiografías sobre la misma placa, o sea mirando el ojo en dos posiciones extremas, y el cuerpo extraño, perdigón en un caso, era extraocular, pero situado muy cerca del polo posterior, y en otro estaba pegado a la misma esclerótica por fuera del globo (después de haber perforado éste). En otros casos la radiografía da resultado negativo, y, sin embargo, los síntomas clínicos, y a veces la autopsia del ojo enucleado, demostraron la existencia de un cuerpo extraño de dimensiones pequeñísimas que en la

radiografía puede estar disimulado por no destacar su sombra sobre la de los huesos orbitarios. En los casos de cuerpos extraños superficiales y visibles, directamente la radiografía es innecesaria, como se comprende.

El electroimán gigante encuentra su empleo como medio de diagnóstico cuando se sospecha la existencia de un cuerpo extraño. Cuando se aplica en la proximidad de uno de éstos, metálico y magnético, provoca un movimiento seguido de dolor si el cuerpo extraño está en una región sensible, faltando, por el contrario, si se halla en el cristalino o en el vítreo. Si el resultado es positivo, tiene, pues, valor como tal; pero si es negativo puede, sin embargo, existir un cuerpo extraño. Recuerdo hace algunos años, cuando el actual profesor Soria estaba a mi servicio de la Facultad, que se nos presentó un enfermo asturiano con síntomas de penetración de cuerpo extraño en un ojo con cristalino opacificado, en el que la aplicación del electroimán dió un resultado por el momento negativo, pero en el cual pudimos observar a los pocos días un túnel hecho a través de la catarata, pudiendo el enfermo contar los dedos. Indudablemente la pequeña partícula se había movilizado dentro del cristalino opacificado, provocando la reabsorción parcial de las masas a su nivel.

Hoy con la radiografía el electroimán ha pasado a segundo término como medio de diagnóstico; mas tiene en cambio una gran importancia como medio de tratamiento en la extracción de los cuerpos extraños magnéticos. Poco útiles en general los pequeños electroimanes, es preferible el uso de los grandes (Haab, Volkman Mellinger, etc.), y de ellos nos valemos nosotros orientándonos antes, a ser posible, con la radiografía, salvo en casos de gran urgencia o de imposibilidad de obtenerla. Nada de particular hemos de añadir respecto a la manera de hacer la extracción, que está en todos los tratados; mas insistiremos únicamente sobre dos puntos: la necesidad de una incisión previa del globo y el empleo de la pinza como prolongación del electroimán.

La incisión previa del globo es preferible y en la gran mayoría de los casos indispensable. Sólo en algunos casos de cuerpo extraño muy cortante o muy puntiagudo puede éste salir por sólo la fuerza atractiva del electroimán, perforando la cámara ocular; pero en la generalidad de los casos el cuerpo, más o menos obtuso o romo, sólo logra producir una elevación, al nivel de la cual hay que incidir, saliendo entonces atraído por el imán o en otros casos pegado a la pinza del modo que en seguida diré. Mas en otros no se logra esto último; tal me ocurrió en el caso cuarto antes descrito, a pesar del dato radiográfico, mientras que fué más fácil que el que atravesara la esclerótica, dura y espesa, en el polo posterior, el atraerle al polo anterior, en donde levantaba el iris de un modo visible, pudiendo entonces hacer la incisión en el sitio correspondiente y extraerle. En general será, pues, preferible llevar los cuerpos extraños a la cámara anterior en un primer tiempo, y así, hechos previamente visibles, se procede a incidir la córnea, ya bien con el imán solo o con la pinza además, como ahora diré hacer la extracción. Inútil es decir que es a veces también necesario el hacer la iridectomía para extirpar el trozo de iris enclavado en la herida, mejor que reintroducir éste con peligro de infección.

El empleo de la pinza, no como tal, sino cerrada y como si fuera una prolongación del electroimán, ha sido por mí propuesto y varias veces empleada con éxito, lo cual lo creo preferible al empleo intraocular de los pequeños elec-

troimanes, menos eficaces, más traumatizantes y exponiendo más a la infección por la dificultad de esterilizarlos. Esta no existe para la pinza, manejada tal como nosotros lo hemos indicado en varios trabajos, *aprovechando sus propiedades magnéticas* en vez de buscar instrumentos no magnéticos para poder trabajar a la vez que con el imán. Para ello la pinza de iridectomía u otra pinza fina puesta en contacto con el electroimán, *cogida con fuerza* para evitar que se nos escape e introducida en el ojo la extremidad de sus ramas *cerrada* y en la dirección del cuerpo extraño, da como resultado muchas veces que éste salga adherido a la misma como varias veces hemos hecho. Recuerdo un caso de un cuerpo extraño colocado cerca de la ora serrata, en la parte superior, que no salía en diversas tentativas, y sólo después de haber hecho iridectomía y una incisión escleral como de un centímetro, en sentido anteroposterior y perpendicular a la incisión corneal, se pudo introducir la pinza lo más atrás posible y extraer dicho cuerpo extraño pegado a la pinza. Recuerdo también el interesantísimo caso del Dr. Catalina, del cual poseemos fotografías del fondo del ojo hechas por el doctor Rivas, antes y después de la operación, en el cual se trataba de un cuerpo extraño del fondo del ojo visible por el oftalmoscopio en la proximidad de la papila, en el que habiendo resultado ineficaz el empleo del electroimán a la manera ordinaria, sólo resultó posible la extracción, y con el mayor éxito, haciendo una incisión en la parte superointerna de la esclerótica cerca del ecuador del globo e introduciendo la pinza en la dirección del cuerpo extraño, lográndose así la extracción de éste adherido a ella.

A pesar de todo puede observarse algún caso de cuerpo extraño magnético en el que por estar rodeado de tejido fibroso denso no pueda salir por ningún procedimiento y hemos de dejarle dentro del ojo bien conservado éste, si los fenómenos inflamatorios cesan, o en caso contrario procediendo a la enucleación.

Antes de recurrir a esta última pondremos en juego todos los recursos para evitarla, y a este respecto yo he de recomendar una vez más calurosamente, por haber obtenido resultados sorprendentes, logrando conservar, hasta con visión a veces, excelentes ojos fuertemente traumatizados, el empleo de las inyecciones intravenosas de cloruro de Hg (1 centigramo en 1 c. c. de agua) en días seguidos o alternados, según la tolerancia, y el de la proteínoterapia simultánea (lactoproteína de Ibis-Tirf).

Si todo esto fracasa, si el ojo está perdido y es doloroso, pudiendo ser un peligro para el otro ojo, es preferible, como se comprende, a la extracción del cuerpo extraño, aun siendo esta posible, la enucleación. Sin embargo, ni aun en esto hay que ser absoluto, pues en el caso tercero de los antes citados sin visión y con inflamación intensa a pesar de la extracción del cuerpo extraño, la inflamación no desaparecía, aunque disminuía, si bien lentamente, lo que a causa de la necesidad práctica para el enfermo de resolver rápidamente su problema dió lugar a la enucleación, que tal vez en otras circunstancias económicas del enfermo hubiera podido ser evitada.

No he pretendido, desde luego, agotar el tema, sino insistir acerca de algunos puntos en relación con mi modesta experiencia a propósito de los casos de cuerpos extraños oculares.

Discusión.—Dr. Marín Amat: Quiero hacer algunas aclaraciones a la comunicación del Dr. Márquez, a la vez que indicar la conducta que yo sigo en los casos de cuerpos extraños intraoculares, y que he dejado de exponer al presentar mi caso.

Con relación al diagnóstico.—Entiendo que deben hacerse siempre radiografías, por lo menos las dos clásicas, de frente y lateral; sin embargo, en los casos en que son negativas y si los antecedentes son positivos y disponemos de un electroimán gigante, debemos hacer la exploración con este aparato, por si existiera alguna pequeña partícula que la radiografía no pudiera denunciar.

Técnica de la extracción.—Hacemos la exploración con el electroimán gigante hasta conseguir llevar el cuerpo extraño a la cámara anterior, valiéndonos solamente de la anestesia superficial que nos proporciona la instilación de unas cuantas gotas de adrenalina cocaína. De este modo la sensibilidad profunda ocular conservada nos servirá de poderoso auxiliar en la orientación que hayamos de tomar. Una vez el cuerpo extraño en la cámara anterior ponemos una inyección retroocular de novocaina al 4 por 100, en la cantidad de 2 c. c., al objeto de obtener una anestesia completa y profunda y poder practicar con perfecta tranquilidad la incisión corneal, la extracción del cuerpo extraño y la excisión de algún trozo de iris, si fuere preciso. A mi juicio, conviene respetar en lo posible la membrana iridiana.

Los midriásicos o cualquiera otra medicación ocular los empleamos únicamente cuando hay indicación. En caso de necesidad tampoco empleamos apósito. Ahora bien: ponemos siempre una inyección subcutánea de leche o de cualquier otra proteína, como preventivo en lo posible de infección.

Yo jamás empleo la pinza imantada, ni cualquier otro instrumento dentro del ojo, incluso el pequeño electroimán. Todas las maniobras las realizo con el grande y exteriormente. Cuando el cuerpo extraño está enquistado y adherido a la coroides, por ser antigua la fecha de su penetración e incrustado en aquella membrana, entonces también fracasa el electroimán gigante.

Prefiere siempre la vía anterior (la de la cámara anterior) para extraer los cuerpos extraños magnéticos intraoculares, y únicamente cuando no se dispone de un electroimán gigante, y siempre orientados por la radiografía, podrá emplearse la vía posterior (la escleral) para utilizar entonces uno de tantos pequeños electroimanes que circulan en el comercio. Antes de disponer del electroimán gigante de Wolman seguíamos esta conducta en nuestro Servicio de la Compañía de Ferrocarriles del Norte, y con buen resultado: son algunos los obreros operados por este procedimiento que siguen prestando sus servicios a la Compañía.

Pronóstico.—Se refiere en los libros y en todos los trabajos sobre el particular que el pronóstico de los cuerpos extraños intraoculares asépticos depende en primer lugar de la naturaleza química del cuerpo, y así se señala una escala de los más a los menos tolerados, por este orden: cristal, porcelana, oro, plata, plomo, hierro y cobre. Esto es verdaderamente cierto; pero además, mi experiencia personal me ha enseñado que, a medida que aumenta el volumen de los cuerpos extraños de acero, su intolerancia se acrecienta, como ha ocurrido con algunos de los que aquí presento, que a pesar de haber sido extraídos en seguida del accidente han determinado una inflamación tan extraordinariamente violenta que ha terminado por la iridociclitis atrófica y ha habido que enuclearlo. Eso de que la siderosis es mayor en las partículas pequeñas que en las grandes, puede admitirse con la reserva de que la siderosis es una intoxicación compatible con la vida del ojo, mientras que la intoxicación masiva, brutal, de una gran cantidad de productos férricos, es incompatible,

no sólo con la función, como de ordinario lo es la siderosis, sino con el mismo órgano.

Además de esta violenta inflamación química, hay que tener en cuenta los enormes destrozos que un grueso cuerpo extraño produce, tanto al entrar como al salir, en los delicados tejidos oculares.

El caso que presenté a esta Sociedad, en la sesión del día 9 de Abril último, que presidió el Dr. Morax, y al que pertenece uno de estos trocitos de hierro, fué seguido de una violentísima iridociclitis; a pesar de haber extraído el cuerpo extraño a las tres horas de su penetración y ya bastante marcada la atrofia del ojo, hubo que enuclearlo, encontrando en el sitio de su implantación un grueso nódulo inflamatorio en vías de organización.

Abrijo el temor de que el caso que acabo de presentar va a terminar desgraciadamente de la misma manera, a pesar de haber verificado la extracción relativamente pronto. La poca profundidad de la cámara anterior y la considerable hipotonía son de muy mal pronóstico. Se trataba también de un grueso trocito de hierro, como han visto los señores académicos.

Claro está que cuando se trata de trozos de hierro un tanto voluminosos como uno de éstos, perteneciente a un caso del Dr. Mansilla y mío, entonces hay que ir sin pérdida de tiempo a la enucleación del ojo, así como cuando existan heridas a colgajo con verdadero arrugamiento de la esclerótica, por pérdidas considerables del vítreo.

RECTIFICACIÓN DEL DR. MÁRQUEZ

Contestando al Dr. Marín respecto a que el tamaño del cuerpo extraño tenga una gran importancia en la aparición de la siderosis, y sin negar dicha importancia, le haré notar la opinión completamente opuesta del Dr. J. A. Sena, que en su reciente tesis sobre los «Cuerpos extraños endoculares», Buenos Aires, 1930, en su página 48, y de acuerdo también con la opinión de Hertel, señala el hecho de que «el volumen del cuerpo extraño no tiene importancia para la provocación más o menos intensa del fenómeno que nos ocupa». Citando el caso de «un pequeño cuerpo extraño que trajo trastornos considerables después de una permanencia de varios años». (Caso núm. 28, lámina 4, figuras 25 y 26.) Para mí es más importante que el tamaño el que la superficie sea más o menos rugosa, y por tanto que el cuerpo extraño sea más fácilmente atacable transformándose en hidrato férrico (1), que es algo soluble en los líquidos alcalinos, como lo son los intraoculares, y puede así ser difundido en los tejidos del ojo.

Contestando también a la opinión del Dr. Marín de que no es partidario del empleo de la pinza tal como yo lo he propuesto, «porque se introduce un cuerpo extraño», lo cual es indudable, pero es, desde luego preferible a la introducción del pequeño electroimán de Hirschberg, y desde luego, sin que crea que sea el procedimiento único, merece, sin embargo, ser empleado, y de todos modos los que nos escuchan juzgarán sobre si deben o no emplearlo, y en caso de usarlo nos dirán después sobre los resultados con él obtenidos; pero como yo en general los he obtenido buenos, me he creído obligado a recomendarlo.

(1) Al corregir estas pruebas veo que el profesor D'Amico, en su trabajo sobre «La siderosis del globo», Roma, 1925, página 190, es de esta misma opinión al decir: «Sull'esplicarsi della siderosi del globo non ha particolar influenza la grandezza dei frammenti di ferro... ma la presenza de ruggine sulla loro superficie».

BIBLIOGRAFIA (1)

LA SALUD DEL NIÑO. *Puericultura fundamental*, por el Dr. Enrique Suñer.

Si en todas las especializaciones médicas se precisa poseer un concepto previo del funcionalismo global orgánico, para que ante cualquier alteración parcial se tengan presentes los múltiples pros y contras, con cuya complementación armónica se equilibra la salud, en Pediatría tal conocimiento es tan indispensable que puede decirse constituye el telón de fondo de esta ciencia integrada por la Patología total, más el aditamento de las enfermedades propias del infante, más el estudio de este estado reaccional particularísimo que caracteriza al período de la lactancia.

El ilustre catedrático de la Facultad de Medicina doctor Suñer hizo sus primeras armas médicas en estudios fisiológicos, inició su ocupación docente consagrándose a la Patología general, y así, con esta excelente puesta en marcha, ha podido después caminar por los vericuetos de la Pediatría con una facilidad que en todo se parece a aquella que por difícil elogian los retóricos.

El libro que publica ahora es un manual dedicado a las madres, en el que de una manera perfectamente inteligible da aquellos consejos que por haber sido tamizados a través de su experiencia personal son de utilidad indudable para resolver los problemas cotidianos que plantea el cuidado del niño. La obra, rica en grabados y exuberante en gráficas para demostrar la riqueza en principios inmediatos de los diversos menús (propuestos para cada edad), para comprobar su valor energético y hasta su precio, puede ser considerada, no como un libro de buenas máximas para la Puericultura doméstica, sino como el libro aconsejable para tal menester.

En medio de la serie de publicaciones científicas, de conferencias sobre trabajo personal y de magistrales lecciones de cátedra del autor, es el libro éste como un paréntesis de labor estrictamente práctica, que tiene el mérito de estar concebido de un modo perfectamente sintonizado con la receptividad del público al que se destina, quien no hay que dudar lo acogerá con entusiasmo, así como el médico, que hará bien en conocerlo, y que al prescribir su lectura se ahorrará el oír una cantidad de preguntas, sobre todo de asuntos dietético-cuantitativos, a las que no siempre es fácil dar una inmediata y precisa contestación.

L. N.

RECIENTES INNOVACIONES EN TERAPÉUTICA EXPERIMENTAL, SUERO Y QUIMIOTERAPIA, por el profesor A. Wolff-Eisner.

Un libro que es como un examen de conciencia científico, hecho con el ánimo de rectificar errores y de dar a conocer novedades, por un autor tan conocido de todos los públicos médicos, que su presentación huelga por inoportuna. Bajo su dirección y comentario previo, en los distintos capítulos del texto, van fijando los conceptos biológicos en su exacta postura actual, autores de renombrada notoriedad, que ya anteriormente han producido trabajos completísimos, de los cuales es éste como una complementación, que, el lector, ávido de situar sus conocimientos en el plano del día, ha de leer con el deseo curioso con que se leen en la prensa diaria los telegramas de última hora.

(1) Sólo haremos el estudio crítico de las obras de que nos sean remitidos dos ejemplares.

Todas las recientes adquisiciones en sueroterapia experimental, en materia de vitaminas, en estudios sobre grupos sanguíneos, en inmunoterapia antibacilar, en las últimas aportaciones sobre opoterapia pancreática, prehipofisaria y hepática, en malarioterapia, en tratamientos oncológicos y en estudios sobre inmunización local quirúrgica, van recopiladas en forma cuya sinteticidad no excluye una razonada documentación histórica.

Bastan para definir el libro tres ejemplos: Primero: El capítulo sobre los grupos sanguíneos en relación con la hemotransfusión lo ha descrito Landsteiner, el descubridor de dichos grupos. Segundo. El tratamiento de la parálisis general por la paludización, también lo describe el inventor de tan importante remedio, Wagner, Jauregg; y tercero: Los estudios sobre hormonas hipofisarias y ováricas, van descritos por Aschheim, el genial descubridor con Zonder de los modernísimos procedimientos de diagnóstico del embarazo por la demostración de la secreción prehipofisaria en la orina de las gestantes.

Estos tres nombres sólo, son ya garantía sobrada para que nos ahorremos mayores encomios y para que deduzca el lector la categoría de los otros que colaboran en el libro, quienes, por lo demás, aunque hubieran sido neófitos, tendrían, cuando menos, el título de máxima suficiencia que les otorgaría el haber sido seleccionados para esta empresa por el ilustre catador científico que figura al frente de la obra.

SANTIAGO LARREGLA

ENFERMEDADES NO VENÉREAS DE LOS GENITALES, por el Dr. Fritz Callomon. Traducción directa del alemán por el Dr. J. Gay Prieto. Prólogo del profesor José S. Covisa. Un tomo de 250 páginas, con 62 figuras fuera del texto, en negro y en color. Javier Morata, editor. Madrid, 1931.

La obra del Dr. Callomon, traducida por nuestro querido amigo y compañero el Dr. Gay, es un libro de verdadero interés práctico en el que se exponen la totalidad de las enfermedades cutáneas y mucosas no venéreas de los genitales.

Es un hecho muy frecuente en los médicos poco expertos considerar como sinónimos localización genital y etiología venérea, lo que da lugar, como muy bien subraya en el prólogo nuestro maestro el profesor Covisa, unas veces al diagnóstico equivocado de las venéreas extragenitales y otras a la interpretación errónea de las no venéreas de los genitales. En esta obra se estudia de un modo completo el segundo de estos problemas, haciendo una detallada exposición de la dermatología topográfica de esta región, quedando con ello perfectamente realizado el diagnóstico diferencial de cada caso.

La obra, por lo que puede colegirse de las palabras antedichas, resulta de una gran importancia para la bibliografía nacional. Trátase de la única obra publicada hasta la fecha en que de un modo monográfico se estudian estas cuestiones. En este lugar, sin entrar en disquisiciones de índole crítica, a las que no se presta una obra de pura exposición clínica, hemos de hacer resaltar los méritos que esta obra añade a las brillantes historias de los Dres. Callomon y Gay, autor y traductor de la obra, respectivamente.

DR. TOMÉ BONA

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

B. Kohler. TRATAMIENTO DIETÉTICO DE LA TUBERCULOSIS.—Actualmente no están aún claramente establecidos los fundamentos teóricos de la dieta de Gerson y Hermannsdorfer. Sin embargo, ciertas prescripciones de este régimen han sido comprobadas debidamente, y se ha podido ver que ejercen una acción favorable indiscutible sobre la evolución de la tuberculosis.

Sin embargo, la apreciación verdadera del valor de este tratamiento no será verdaderamente convincente hasta que no se funde en numerosas observaciones clínicas perfectamente estudiadas y seguidas durante largo tiempo.

El autor ha seguido desde hace dos años en su clínica de Munich unos 200 casos, de los que cree poder deducir las conclusiones siguientes:

La eficacia del régimen sobre el lupus y las tuberculosis cutáneas se ha mostrado constante. En el pequeño número de casos de este género tratados por el autor no ha observado ningún proceso.

Las tuberculosis óseas, articulares y ganglionares son influenciadas favorablemente, cuando se trata de formas ligeras o medianas. Por el contrario, las formas graves supuradas, con infección e inflamación marcadas, no reaccionan sino muy débilmente, y sólo en algunos casos, a la dieta terapéutica.

No puede emitirse actualmente ninguna conclusión con motivo de las tuberculosis pulmonares, ya que la duración de las observaciones es todavía insuficiente para poder formar juicio.

En la práctica, para que este régimen proporcione los resultados apetecidos, es necesario que se respeten estrictamente algunas condiciones:

- 1.ª Cocina dietética preparada de manera satisfactoria, aplicando estrictamente los principios del régimen.
- 2.ª Cuando se trata de tuberculosis quirúrgicas, debe efectuarse el tratamiento quirúrgico adecuado por un especialista y vigilado por él durante toda la evolución de la enfermedad.

El desconocimiento de estas condiciones esenciales es la causa de gran número de fracasos que se han querido oponer al método. (*Mun. Med. Wochen.*, tomo 71, núm. 43, 24 de Octubre de 1930).—Dr. T. B.

Benoit Dujardin. LAS BASES DE ADMISIÓN DE LOS SIFILÍTICOS AL MATRIMONIO.—El certificado prematrimonial es, en opinión del autor, una medida social que debería ser legalizada. Desgraciadamente la expedición de estos documentos, que es bastante sencilla para el tuberculoso, resulta muy complicada para el sifilítico, desde el punto de vista social.

La sífilis es una enfermedad fácilmente disimulable maliciosamente en el acto de un reconocimiento, sin contar el número considerable de sífilis ignoradas en las que no existe engaño por parte del enfermo. El chancro puede ser erróneamente interpretado. Los accidentes secundarios pueden igualmente pasar inadvertidos por mala interpretación o por ser muy atenuados. Posteriormente, en «el desierto clínico» de los períodos de latencia es donde más difícil resulta toda afirmación.

En la mujer el accidente primario pasa casi constantemente inadvertido en la mayoría de los casos, perdido entre los repliegues de la vagina.

Si existen dificultades de diagnóstico en la sífilis adquirida, estas dificultades aumentan considerablemente en la congénita, por la escasez y discreción de síntomas que presentan gran número de casos.

Este problema presenta, por lo tanto, dificultades considerables desde el punto de vista social. Pueden presentarse muchos casos diferentes.

El candidato al matrimonio ha sido contaminado. Si sabe que ha contraído esta enfermedad, procurará en la mayoría de los casos sorprender nuestra buena fe y por medio de un adecuado tratamiento logrará en muchos casos que su sífilis pase inadvertida.

Puede también presentarse el caso de que el enfermo no haya contraído su sífilis y que se trata de una infección congénita. En este caso, únicamente un estudio detenido de los antecedentes familiares será, en muchas ocasiones, capaz de ponernos sobre la pista.

Admitimos, sin embargo, que el candidato al matrimonio ha sido contaminado y reconociendo su enfermedad pregunta cuándo puede casarse.

Parece ser, después de la inquisición efectuada por Friedman a todos los sifiliógrafos más distinguidos del mundo, que se ha llegado al acuerdo, en una proporción del 80 por 100 de las consultas, de admitir que se puede hacer abortar la sífilis tratándola enérgicamente antes del sexto día de existencia del chancro. Para los tratados más tardíamente, será preciso un tratamiento que comprenda cuatro series de 6 gramos de neosalvarsán, seguido de una vigilancia durante dos años en la cual la enfermedad no dará muestra alguna de su existencia y terminada por un examen del líquido cefalorraquídeo.

Estas conclusiones no tienen para el autor, sin embargo, un valor absoluto, debiendo el enfermo, a pesar de todo, someterse cada dos años a un examen médico.

En la mujer, a pesar de esto, será norma prudente efectuar un nuevo tratamiento en el curso de cada gestación. (*Bruxelles Medical*, Agosto 1931).—T. B.

Gebele. LA REPLECIÓN DE LOS VASOS EN EL TIROIDES AFECTO DE BASEDOW, SEGÚN SE HAYA UTILIZADO O NO EL TRATAMIENTO POR EL YODO.—Los autores americanos han visto que el tratamiento por el yodo trae consigo una remisión clínica de Basedow, remisión que se refleja en alteraciones involutivas del tiroides enfermo. Los cirujanos de ben, según ellos, esforzarse en obtener esta remisión antes de intervenir, pues la operación resulta en estos casos más sencilla y menos expuesta a complicaciones desagradables.

El autor ha estudiado la repleción vascular en los bocios basedowianos según se hayan sometido o no al tratamiento previo por el yodo, y ha visto que cuando no se dió yodo el tiroides tiene apariencia más carnosa, está muy irrigado y es más friable. Los tiroides previamente yodados tienen un color gris brillante, son más pálidos y relativamente más consistentes. Al microscopio se comprueba que los bocios no tratados por el yodo están más vascularizados y los vasos —arteriolas, capilares y venas—están más repletos de sangre, sobre todo en los tabiques interlobulares, mientras que los bocios tratados previamente por el yodo están peor irrigados, los vasos abundan menos y están más vacíos, y esto tanto más cuanto más intenso fué el tratamiento yódico. Cuando se llegaron a dar 150 a 290 gotas de lugol sólo los grandes vasos estaban repletos, mientras que gran parte de capilares y venas aparecían vacíos.

Por lo tanto, hay que achacar la remisión clínica obtenida a la anemia; el yodo obraría lo mismo que la ligadura de las arterias tiroideas, aunque con mayor rapidez. No hay

pues, acción específica. El yodo hace que la substancia coloidal se acumule bruscamente en las celdillas de la glándula, con lo que se comprimen los tabiques interlobulares, los de dichas celdillas, y los capilares y venas pequeñas que por ellos discurren. A causa de esto se restringe la secreción y absorción de la tiroxina. Es dudoso que además modere el yodo el tono elevado del simpático como acepta Breitner.

Fundándose en esto, el autor recomienda el tratamiento previo por el yodo en los bocios que vayan a operarse, a condición de que el tratamiento sea corto e intenso. (*Münchener med. Woch.*, 1931, núm. 6).—F. G. D.

G. Winthrop Fish y L. A. Hallock. CALCIFICACIÓN DE LAS ARTERIAS INTRARENALES SIMULANDO CÁLCULOS A LA EXPLORACIÓN ROENTNOGRÁFICA.—El enfermo objeto de este trabajo ingresó en la clínica en Marzo del año 29; tenía cincuenta y dos años y padecía una hipertrofia benigna de la próstata. Al explorar su aparato genitourinario con los rayos Roentgen se apreciaron unas sombras que parecían debidas a cálculos o a un proceso tuberculoso del riñón. Se tomó orina en condiciones adecuadas y en 42 muestras de la misma no pudo encontrarse nunca el germen de la tuberculosis. El paciente fué dado de alta curado, después de haber sido sometido a una prostatectomía suprapúbica. Dos meses más tarde reingresó para tratarse un hidrocele y volvieron a observarse las mismas sombras en los riñones, y como el resultado de la busca del bacilo siguiera siendo negativa se pensó en unos cálculos. En la orina de cada uno de los riñones se encontraron células de pus, algunos hemátides y cilindros hialinos y granulados. Curado el hidrocele volvió a ser alta el enfermo, que reingresó de nuevo en Marzo de 1930, esta vez con síntomas torácicos, dolores vivos que partiendo de la espina dorsal se irradiaban a la parte anterior de tórax y abdomen, opacidades torácicas y gran pérdida de peso. Repetido el examen de los riñones por los rayos Roentgen, siguieron observándose las sombras más un notable aumento del tamaño de éstos que hacía presumir la existencia de una neoplasia; asimismo había sombras torácicas. A poco murió el enfermo y en la autopsia se encontró un cáncer de origen bronquial con metástasis mediastínicas y periportales; nódulos cancerosos en el hígado, páncreas, suprarrenal izquierda y pleura derecha; en estenosis de tráquea y de conducto colédoco y cirrosis biliar. Además había esclerosis y calcificación de las arterias renales, calcificación de la aorta, neumonía del lóbulo superior derecho y de todo el pulmón izquierdo y focos de necrosis en el bazo. Las ramificaciones de la arteria renal eran amplias y sus paredes contenían placas calcáreas visibles y palpables. Este caso es interesante por prestarse a errores la coincidencia de sombras renales con piuria; de ordinario se diagnostica en estos casos cálculos del riñón y no se piensa en una posible esclerosis con calcificación intensa de las ramas de la arteria renal, que es la lesión que verdaderamente existía aquí desde el comienzo. De no haber existido otras molestias motivo de intervenciones, tal vez se hubiera operado en busca de cálculos imaginarios con perjuicio evidente para el enfermo. (*The Journal of the American Medical Association*, 1931, núm. 23).—F. G. D.

A. Turco. SOBRE UN CASO DE EMBOLECTOMÍA ARTERIAL. Con motivo de la observación personal de un caso efectúa el autor en este trabajo un estudio de conjunto sobre las embolias arteriales y su tratamiento quirúrgico.

Su diagnóstico es, por lo general, evidente, aunque en los casos de pequeñas embolias la sintomatología se establece por grados y hace posible la confusión con una trombosis o

una artritis. El diagnóstico de localización es a veces difícil y es necesario recordar que el émbolo está, por lo general, más alto que lo que podría deducirse de los síntomas clínicos y que se detiene de preferencia en una bifurcación. Las embolias escalonadas no son excepcionales.

La mejor técnica operatoria es la de Carrel, en la que es necesario emplear un material muy fino enlucido con sustancias anticoagulantes. Es necesario tener un gran cuidado, en no fragmentar el émbolo en el momento de su extracción. El pronóstico depende del estado general, siendo mucho más grave en los cardíacos descompensados, y de la precocidad de la intervención. Después quince a veinte horas el restablecimiento de la circulación es raro, a causa de la trombosis secundaria que oblitera las colaterales y de las alteraciones de la endarteria.

El autor ha intervenido en una embolia de la humeral en una mujer de veintisiete años afecta de una endocarditis séptica. La intervención fué hecha al cabo de dos horas con anestesia local y resultó muy sencilla. La mejoría fué inmediata, pero el pulso radial no volvió a percibirse hasta al cabo de cuatro horas. Este retardo es atribuido por el autor a la paresia de los vasos motores y no a la presencia de un endoémbolo como podría pensarse. (*Minerva Médica*, año 22, núm. 4, 1931).—TOMÉ.

Pautrier. CATARATA BILATERAL DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO PARA UNA TIÑA.—El autor ha dado cuenta de un interesante caso de un niño de siete años que por padecer una tiña del cuero cabelludo fué tratado con radioterapia. Indudablemente la dosis empleada pasó de 5 H, pues se produjo una alopecia definitiva aunque sin radiodermatitis. Tres años más tarde, cuando el niño tenía diez años, presentó catarata bilateral que el oculista achacó a la acción de los rayos X. El autor estima, por el contrario, que la radioterapia de las tiñas no utilizando más que rayos blandos, no puede nunca determinar lesiones oculares.

Sabouraud, que lleva treinta y dos años tratando las tiñas por la radioterapia, no ha observado ni un solo caso de cataratas consecutivas. (*Bull. de Soc. Fran. de Der. et Syph.*, 14 de Enero de 1932).—TOMÉ BONA.

Langeron. EL TRATAMIENTO DE LAS OBLITERACIONES ARTERIALES DE LOS MIEMBROS INFERIORES. ENSAYO DE PRECISIÓN DE SUS INDICACIONES MÉDICAS, QUIRÚRGICAS Y FISIOTERÁPICAS.—Distingue el autor las obliteraciones arteriales en dos grupos, las obliteraciones limitadas o monoarteritis y las generalizadas o poliarteritis.

La embolia, el traumatismo local, las trombosis arteriales consecutivas a congelaciones y a heridas infectadas, ciertas trombosis de naturaleza indeterminada, algunas veces sífilíticas, representan el primer grupo. En estas obliteraciones localizadas, la arteriotomía es en el momento actual el tratamiento de elección.

Entre las obliteraciones arteriales generalizadas, pueden distinguirse las obliarteritis agudas de las infecciones y de las intoxicaciones y las poliarteritis crónicas. Pueden incluirse entre éstas las juveniles, diabéticas y seniles.

Para las arteritis juveniles se ha empleado con buenos resultados el tratamiento por la insulina. Puede intentarse también una vasodilatación extensa por medio de la simpatectomía periarterial o preferentemente por la ramicectomía del simpático lumbar. La supresión de la causa de la enfermedad ha sido intentada con la suprarrenalectomía, con la cual se han obtenido hasta ahora resultados dignos de la más decidida atención, siempre superiores a los de las diversas operaciones sobre el simpático. La fisioterapia mere-

ce igualmente en esta cuestión una atención cuidadosa. La diatermia es un auxiliar poderoso, aunque por sí sola no es capaz de lograr la curación.

En las arteritis diabéticas, se empleará el régimen y la insulina en primer lugar. Dada la naturaleza del terreno y la gravedad de las intervenciones efectuadas sobre él, se efectuará la radioterapia suprarrenal para conseguir la vasodilatación.

En las arteritis seniles, la insulina continúa siendo el mejor tratamiento. La radioterapia suprarrenal, a condición de ser aplicada suficientemente, proporciona buenos resultados.

Por último, en algunos casos, el tratamiento antisifilítico, las aguas minerales y las amputaciones tienen sus indicaciones.

En resumen, por lo tanto, el tratamiento rara vez puede ser etiológico, habiendo que conformarse frecuentemente con efectuar únicamente un tratamiento patogénico. (*Ques. Méd. d'Actua*, tomo I, núm. 9, 1931).—T. B.

L. F. Rodríguez Molina. FÍSTULA VESÍCULOVAGINAL TRATADA POR ELECTROCOAGULACIÓN POR VÍA ENDOVESICAL.—Conclusión: En los casos de fístula vesicovaginal de mediano o pequeño calibre, originadas por traumatismos quirúrgicos o a consecuencia de partos distócicos, aplicaciones de fórceps, debe intentarse como tratamiento conservador la fulguración o la electrocoagulación por vía endovesical. (*Rev. Méd. Cubana*, 31 de Julio de 1931.)

T. Padilla y P. Cossío (H.). BLOQUEO DE RAMA DERECHA DEL HAZ DE HIS EN AFECIONES DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO (SÍNDROME DE KAUF MAHAIM).—Después de revistar las objeciones a la interpretación clásica, de las curvas de bloqueo de ramas del haz de His, y en base de los hallazgos clínicos, eléctricos y anatomohistológicos de Kauf y Mahaim, se propone la designación de «síndrome de Kauf-Mahaim» para esos casos, donde la sintomatología clínica es de afección del ventrículo izquierdo, y las curvas eléctricas muestran las características del bloqueo de la rama derecha del haz de His. Relátase una observación propia de síndrome de Kauf-Mahaim. (*La Sem Méd. de Buenos Aires*, 4 de Junio de 1931.)

S. S. Jareño. LA RAQUIANESTESIA EN LA CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIA.—Es posible emplear la raqui-anestesia lumbar en la cirugía abdominal de urgencia, sea cual sea la lesión a tratar.

La hipotensión arterial no contraindica su empleo.

Es imposible obtener una anestesia tan completa y extendida con un mínimo de otro medio anestésico.

La reputación chocante de la raquianestesia no está justificada.

Su efecto tóxico es mínimo, sobre el hígado, pulmones, riñones, metabolismo general y otros parénquimas.

De un silencio abdominal absoluto, permitiendo las maniobras operatorias con el mínimo de traumatismo y manoseo. (*Bol de la Soc. de Cir.*, Buenos Aires, Diciembre de 1930.)

Briffard y Llinas. HISTOLOGÍA PATOLÓGICA DEL RINOSCLEROMA.—Podemos considerar histológicamente el rinoscleroma como un granuloma localizado en las zonas hipodérmicas, caracterizado por una infiltración polimorfa en la cual predominan: células plasmáticas medianas, células de Russel y células plasmáticas con granulaciones oxífilas. El todo sostenido por una trama abundante de colágeno,

irrigado por vasos de mediano y pequeño calibre; los primeros con sus ténicas externa y media infiltradas y aumentadas de espesor; los segundos, constituidos solamente por un endotelio embrionario. (*Rev. Méd. de Colombia*, Diciembre 1930.)

P. Claisse. TRATAMIENTO DE LAS PARÓTIDAS.—En realidad, muchos casos de parotiditis lo son simplemente de hidroparótidas; es decir, que se trata solamente de una obstrucción orificial con retención salivar, y no de una inflamación supurativa de la glándula.

Esta distinción es sumamente útil para el tratamiento y evita errores terapéuticos desagradables.

En presencia de una hidroparótida, es decir, de una fase preparatoria de parotiditis, es conveniente recordar, en primer término, que la llegada microbiana a la entrada de las vías salivares, aun preparadas por una irritación artificial, no produce jamás parotiditis. El flujo salivar es la condición suficiente y necesaria de protección de la glándula. Por el contrario, toda causa que dificulte o detenga la expulsión de la saliva (ligadura experimental, litiasis), y con mucha mayor razón, toda disminución de la secreción permite la marcha ascendente de la infección, de donde la posibilidad de parotiditis en todos los estados patológicos en los que la boca está seca (diarrea infantil, neumonía, fiebre tifoidea, apendicitis, infección urinaria y estados postoperatorios). Las alteraciones bucales y en particular el tártaro dentario, no tienen más que un papel de preparación por irritación mecánica del orificio del canal.

Estas nociones patogénicas tan corrientes, son, sin embargo, las que determinan la conducta del tratamiento y señalan las medidas preventivas, que consisten, sobre todo, en hidratación del sujeto, bebidas abundantes, gota a gota rectal, lavativas y amplias inyecciones de suero a los sujetos a los que no se les puede hacer beber (apendicitis en particular).

Si la retención se ha constituido recientemente, se llega, en general, a impedir la infección de la glándula, practicando, desde luego el masaje bidigital del canal, de atrás a delante, y después, presiones dulces y prolongadas sobre la parótida, con lo que se consigue descargar la glándula de saliva, turbia y rosada al principio y perfectamente clara después. Una vez movilizada la descarga se debe hacer todo lo posible para rehidratar al paciente. No son aconsejables las tentativas de desobstrucción del canal por medio del cateterismo, y en caso de practicarse éste se llevará a cabo con la mayor prudencia, y se limitará al ensanchamiento del orificio, sin penetración profunda, que expondría a regolfar el pus hacia arriba.

Si el obstáculo canalicular no ha podido ser vencido y la glándula ha sido invadida, la piel, que hasta entonces conservaba su color normal y su movilidad, se hace roja y adherente. Entonces el problema se hace ya quirúrgico y llega a ser necesaria la incisión con las precauciones habituales. Algunas veces podrá contenerse por medio de pequeñas inyecciones, combinándolas con inyecciones de bacteriófago, que tan excelentes resultados han producido en algunos casos de absceso de la mama.

En resumen, debe procurarse evitar en todo momento la infección salivar en los enfermos de boca seca, tomando las medidas para rehidratarlos, y después se intentará desobstruir el canal de Stenon en la fase de hidroparótida para adoptar el tratamiento quirúrgico solamente cuando exista una verdadera parotiditis. (*Bulletin et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, núm. 6, 22 de Febrero de 1932).—T. R. Y

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 Carlan.—Antecedentes: ¡Dejad que los niños se acerquen a mí!, por el Dr. Albiñana.—La Medicina, el Estatuto y la enseñanza, por Juan José Díaz.—Un caso más, por Santiago Fernández de Velasco.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Remitido: Ante el Estatuto.—Tribuna de los practicantes, por Jesús Ballesteros.—Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Madrid.—Asociación de Médicos Coloniales.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Grandeza y servidumbre de la muerte.

¡Carlos Picabea, primero, luego José Sanchís y Banús! La muerte nos ha separado estos días de dos compañeros representativos como pocos de la juventud médica actual. Dos hombres que eran ya, más que dos esperanzas, dos realidades a la cabeza de la juventud profesional en sus dos aspectos más interesantes: el ejercicio médico-rural y el ejercicio médico capital.

La clase es sincera al mostrar su duelo por estas dos juventudes, no cortadas en flor, sino despojadas de su fruto por un huracán del destino. Junto del tronco vencido, descuajado cruelmente, yacen, prendidos de las aún verdes quimas, los bulbos dorados que prometieron ser rica sazón de las flores alegres y brillantes, brotadas tras los hielos del esfuerzo, de la constancia, del estudio y de la ambición, por el sol de la popularidad, tempero forjador del encumbramiento de los hombres.

Carlos Picabea tenía entre los médicos titulares una autoridad y una simpatía por pocos alcanzada. Inteligente y estudioso, amante de su profesión y decidido paladín de su clase irredenta, nunca buscó detrás de sus vivísimas y bien documentadas actuaciones el logro de un puesto de relumbrón. Era de tal sinceridad, que ni sus ataques ofendían ni sus argumentaciones emboscaban nunca trabucos *dolosos*. Por eso fué Picabea oído siempre con la máxima atención y simpatía en las Asambleas de titulares donde actuó.

Picabea ostentaba un diploma médico bien logrado y figura entre los laureados de la Academia Nacional de Medicina, que le premió una admirable Topografía Médica de Torrelodones, parte de la Geografía Médica de España que se constituye gracias a la fundación del Dr. Roel.

El ejercicio médico rural de Carlos Picabea ha sido un modelo, y así lo testimonia el acuerdo del Ayuntamiento de Torrelodones que le rinde tributo de homenaje, que costea los gastos del duelo, y encabeza con 500 pesetas una suscripción popular con destino a los huérfanos del malogrado compañero.

De la actuación societal de Picabea tienen mu-

chos testimonios sus compañeros titulares. Su postrera intervención la escuchamos hace unos meses en la Asamblea del Senado. En tal ocasión conocimos personalmente a este hombre apasionado y recto a quien arrebató el verbo y el gesto fiscal de sus discursos, la ofendida sensibilidad de su espíritu repudiador de actuaciones arbitrarias, injustas, iletradas, contumaces, sectarias, y, más que ciegas, bizcas, huidoras del franco y noble mirar de Picabea, que no negaba su mano para cruzar la plaza de la opinión a quien no viera claro, pero que enérgico tronaba contra quien no miró nunca de frente.

¡En fin! La muerte tiende sobre el infortunado compañero la bandera que se destina a los héroes y la simpatía que aureola a los que mueren jóvenes, como elegidos de los dioses.

¡Bello sudario, bien distinto del andrajo repulsivo que ostentan los muertos morales que habitan la vida, enseñando sus carnes podridas por las malas zurciduras con que se remedian miserablemente!

Sanchís y Banús ha muerto cuando aún no contaba cuarenta años. Hijo del Dr. Sanchís y Bergón, vino a Madrid resuelto a formarse una personalidad científica y profesional, poniendo al servicio de su noble ambición cuantos elementos temperamentales fueran capaces de rendirle ayuda. Fué fundamentalmente un estudioso. Acaso su espíritu científico pecaba de un excesivo crédito abierto a la lectura copiosa.

Leyó mucho en poco tiempo y tuvo que leer y meditar con demasiada prisa. Su inteligencia clara y su palabra fácil y resuelta le hicieron un expositor y un conferenciante de alta consideración. Los discursos de Sanchís y Banús, tanto sobre temas científicos, como sobre temas profesionales, siempre fueron brillantes, aunque sobradas veces pecaran de excesiva centrifugación de sus lecturas.

Fuó un trabajador activísimo: la clínica, el ejercicio periódico, la consulta particular, la tribuna literaria, el periódico científico, la actuación política... eran para Sanchís y Banús huerta, más que dehesa, cultivada por un esfuerzo vertido en aras de la cosecha varia y gaya mejor que en busca del rendimiento extensivo y candeal... Era el

espíritu del levantino valenciano trabajando en los campos de Castilla.

Fué un excelente psiquiatra, conocedor como pocos del movimiento revolucionario de esta especialidad médico-filosófica, la más difícil y la más ingrata de las disciplinas del arte clínico, pero también la más sugestiva y la de más amplio cauce para el discurso franco de las popularidades y de los alardes de doctrina.

En las oposiciones que hizo venció siempre con valor reconocido, y cuando actuó al frente del Colegio de Médicos de Madrid, trabajó como en todo, sin escatimar un esfuerzo, sujeto a lo que eran sus convencimientos, sincero con sus ideas y arrojando la impopularidad por mantenerlas. Creó un premio que lleva su nombre y se adjudicaba anualmente por el Colegio de Madrid.

Como periodista médico su actuación es también valiosa. Un tiempo figuró en la Redacción de *EL SIGLO MEDICO*, luego dirigió *Los Archivos* y colaboró en diarios y revistas numerosas.

Como político su vida es más corta, pero no menos acusada. Ingresó hace pocos años en el partido socialista y supo lograr en él un puesto eminente. Elegido diputado por Madrid en las Cortes Constituyentes actuales, tomó parte *técnica* en el debate sobre el divorcio, pronunciando un brillante discurso con más carácter de conferencia que de polémica política. En la labor de las Comisiones parlamentarias actuaba con celo, y el Congreso le ha rendido homenaje a su labor silenciosa por boca del presidente de la Cámara.

Es lástima grande que su muerte inesperada ponga a Sanchís y Banús una interrogante en su historia cuando todo parecía ser afirmación en su porvenir.

Nosotros como médicos lamentamos cordialmente la pérdida de este valor indudable de nuestra clase y, como nunca sentimos el peso de las injusticias ni de las ignorancias que nos atacan, libres de todo rencor lloramos al compañero y al amigo.

DECIO CARLAN

ANTECEDENTES

La noticia que en el número anterior dimos relativa a la visita hecha al Sr. Cortezo por el que ya es nuestro compañero médico D. Francisco Sánchez Mata, quien ha cursado en el Colegio de Huérfanos toda su carrera, desde Julio de 1917 a la actualidad, ha traído a nuestra memoria el precioso artículo que en la primera de estas fechas publicó el hoy desterrado y siempre nuestro amigo doctor en tres Facultades, D. José María Albiñana, y creemos que aquellos de nuestros suscriptores que no conocieran el precioso trabajo, nos agradecerán su reproducción y la juzgarán oportuna, así como los que hace quince años pudieron quizás considerarle como un sueño profético.

También ha recibido *el abuelo* (como hoy lo siguen llamando sus antiguos protegidos) la visita del joven Cirino Domínguez, ingresado en el Colegio con la misma fecha que Mata y procedente en sus estudios de mecánico del Colegio de Sarriá, donde los Hermanos Salesianos tienen instalados sus magníficas escuelas y talleres. El joven Domínguez, con su certificado de aptitud como mecánico, ha seguido a reunirse con su familia en Asturias, donde ésta reside.

El presidente del Colegio de Médicos de Córdoba en cariñosa y espontánea carta particular al Sr. Cortezo, le participa también que las mil pesetas por aquel Colegio impuestas como sanción a uno de sus colegiados han sido dedicadas a la adquisición del título del joven Sánchez Mata, cuyos apuntes biográficos y retrato publicará en el Boletín de dicha ciudad andaluza.

Se continuará.

¡DEJAD QUE LOS NIÑOS SE ACERQUEN A MÍ! (1)

I

Acabo de visitar el Colegio del Príncipe de Asturias. Aún vibra mi espíritu, tocado por la más tierna emoción, aún no han desaparecido de mis ojos las lágrimas.

Ocho huerfanitos, hijos de compañeros pobres y honrados, que partieron de este mundo sin que su penoso trabajo pudiera asegurar un trozo de pan a estos amados trozos de su alma, son los primeros que reciben asilo y consuelo en esta piadosísima mansión. Llevan en sus rostros cándidos la huella terrible del dolor que les asaltó en sus primeros pasos; su infancia, enlutada y sombría, no ríe como las demás infancias; en sus pupilas adormecidas por el infortunio parece que se refleja toda la amargura de su orfandad.

La tarde es serena y calurosa; los árboles, sedientos, ofrecen sus hojas quietas, inmóviles, sin un hálito que las anime; más que seres vivientes, semejan ilustraciones en el lienzo de una decoración teatral; nada se mueve, a no ser estos rapazuelos que corretean por el patio al cuidado de una hermana de la Caridad.

De cuando en cuando los niños detienen su marcha y se ponen formalitos; ¿pensarán acaso en las caricias que perdieron al perder el hogar? Mas de pronto, como animados por alentadora visión, corren gozosos hacia un sillón de mimbre emplazado en medio del patio, donde acaba de sentarse un anciano. Es el Dr. Cortezo, su amigo de todos los días, que les lleva juguetes y golosinas y besos. Rodéanle con estrépito, como una bandada de palomas; sus saludos son arrullos de amor y gratitud. Cada uno ve en el abuelito amable y sonriente el recuerdo de su padre, el cariño que pareció extinguirse con el hogar, pero que no se ha extinguido, porque encarna de nuevo en este viejecito admirable que tiene una palmadita cariñosa para cada mejilla y una palabrita dulce para cada corazón.

En el grupo hay un rapaz que parece más serio que sus compañeros. ¡Pobre hijo! Ha poco tiempo murió su padre; meses antes había muerto su madre; y hoy no tiene más padres que los sostenedores del Colegio, ni más hermanos que sus compañeros colegiales. El pequeño mira al anciano con candoroso temor, y de súbito, cual si una fuerza secreta le impulsara, salta al regazo del abuelito, y abrazándose a su cuello, le besa en la frente...

Hay un momento de emoción; realmente esa fuerza secreta existe en el alma del niño; ella es la que instintivamente le ha lanzado sobre el viejecito, mientras una voz interior le gritaba: ¡Acércate a él! Si perdiste un padre, ahí tienes otro: ¡abrázale!

(1) Publicado en *EL SIGLO MEDICO* del 28 de Julio de 1919.

II

El capellán del Colegio y una religiosa, sierva de San José, me acompañan en mi visita a todas las dependencias de la Casa; son éstas amplias, ventiladas, llenas de sol y de alegría, con dilatadas vistas a Oriente. Los dormitorios, limpios, de claros tonos, no tienen nada que envidiar a los instalados en los mejores establecimientos de esta índole. Nada de lujos. Nada superfluo. Mucha sencillez y mucho aprovechamiento. Las camas, de hierro y esmaltadas de blanco, con excelentes muelles y colchón de pura lana; las mesitas de noche, fuertes y cómodas; los lavabos, duchas y baño, todo bueno y confortable.

Los comedores, en el piso bajo, están dotados de excelente menaje, y siempre la nota de limpieza dominando en todos los departamentos. En el sótano una hermosa cocina, despensa y lavaderos.

El edificio es simétrico, destinándose por mitad a niños y niñas, con amplios patios a cada lado.

Asombra el caudal de paciencia que se necesita para atender una sola persona a los innumerables detalles, de instalación y gobierno. Aunque los servicios están dotados convenientemente, el Dr. Cortezo, con una escrupulosidad administrativa de que no hay ejemplo, interviene en todos ellos, y junto a la alta preocupación de procurar la prosperidad económica del Colegio, se le ve regatear el precio del tocino, contrastar la calidad de los garbanzos, pesar a los niños, estimular a los proveedores de ropas para que cumplan con puntualidad los encargos que se les hacen y hasta dotar a la Capilla.

En esto de la Capilla, como el buen Cortezo no está muy fuerte, encomendó a las Siervas de San José que le hicieran una lista de todos los objetos necesarios para el culto; las monjitas cumplieron el encargo, que dió por resultado un inventario copioso que, sin duda, a D. Carlos debió parecerle bastante para dotar a la Catedral de Toledo. Y como no es hombre que repara en pequeñeces cuando se trata de salvar los fondos del Colegio, antes que gravar a la Institución, creyó más acertado dirigirse a dos docenas de amigas devotísimas, ofreciéndoles ocasión de salvar sus respectivas ánimas por medio de donativos para este culto. Y, como no podía menos de suceder, las piadosas devotas han respondido generosamente, brindando casullas, estolas, roquetes, candelabros, vasos sagrados y demás objetos preciosos para los oficios divinos. De este modo la Capilla estará bien surtida sin gravamen alguno para los fondos del Colegio, y las señoras donantes habrán avanzado un pasito en el camino de la Bienaventuranza...

¡Es mucho hacendista este Sr. D. Carlos!

III

—¿Cómo te llamas?—pregunté a un muchachito listo y avispado que correteaba por el patio.

—Ovidio.

—¿Tienes muchos hermanos?

—No, señor; uno que se llama Virgilio y que también está conmigo en este Colegio.

—¿Y no tienes más familia?

—Tengo otra hermanita que se llama Helena.

—Hace mucho tiempo que murió tu papá?

—El año pasado.

—¿De qué pueblo eres?

—De Condado de Castelnovo, provincia de Segovia.

El chicuelo, despierto y simpático, contestaba rápido a cuantas preguntas se le hacían. Su malogrado padre, a juzgar por la descendencia, debió ser un espíritu selecto; bautizar a sus tres hijos con nombres de la literatura clásica,

no está al alcance de un hombre vulgar: ¡Ovidio, Virgilio! Las *Metamorfosis* y la *Eneida*: ¡Helena! La heroína de la guerra de Troya...

Estas consideraciones no son caprichosas; son el homenaje póstumo a un compañero ignorado, que en la soledad del rincón castellano donde ejercía la profesión, era como el símbolo del infortunio que envuelve a la colectividad médica. Todos, como el compañero del Condado, son cultos, han estudiado; todos cifran su ambición y su esperanza en el natural deseo de procurar a sus hijos mayor cultura para que brillen y engrandezcan su nombre; y cuando después de innúmeros sacrificios y penalidades consiguen encauzar sus primeros pasos en la vida, mueren en la pobreza, dejando a esos hijos cual plantas sin guías; a los sueños de grandeza, sucede una realidad de miseria; a las ambiciones de nombre, una obscuridad estéril; al proyectado porvenir espléndido, un presente de abandono y de inopia.

Y menos mal, si esos pobres hijos, encumbrados un día por la pródiga imaginación paterna, encuentran, al verse solos, un techo como este, que los albergue, y un medio cultural que eduque y vigorice sus almas.

IV

Ocho son, como ya he dicho, los primeros huérfanos del grupo de diez de ambos sexos, que han reanudado su hogar en el Colegio; antes de quince días serán veinte; para Octubre, cuando comiencen las clases, serán sesenta, y no acabará el año sin que lleguen a ciento. Luego vendrán doscientos, trescientos, los que LA CLASE QUIERA: el Colegio se multiplicará y retoñará en varias regiones de España.

Contemplando de cerca el consuelo inmenso que esta obra proporciona a los seres más inocentes y desvalidos de nuestra clase, se siente como en ningún otro momento la indignación que produce la conducta inicua de quienes, desorientados o poseídos de mala fe, se dedican—¡suicidas!—a dificultar esta santa función de amor y caridad... ¿Será posible que las luchas partidistas, siempre enojosas, obsequen a determinados elementos profesionales hasta el punto inconcebible de emprender una cruzada contra nuestro Colegio de Huérfanos?

¿Qué es lo que pretenden? ¿Acaso no reparan en que esta Institución no es obra de un solo médico, sino que pertenece a todos los médicos?

Jamás se ha dado en ninguna obra de tal índole una escrupulosidad administrativa como la que rige en ésta; ninguno de los señores que forman su Patronato cobra sueldo, ni lo cobrará; todos los cargos son impersonales; es decir, allí no hay don fulano ni don mengano, sino el presidente o representante de tal o cual Corporación.

¿Es que se pretende que la administración del Colegio de Huérfanos corra a cargo de los Colegios Médicos de España? Sea en buen hora. Pero téngase en cuenta que las personas designadas tendrán que venir a Madrid, residir aquí y cobrar dietas o sueldos, que importarán muchos miles de pesetas, las mismas que se restarían a los pobrecitos huérfanos. ¿Qué necesidad tiene la clase de pagar un servicio administrativo que personas honorables y de garantía le prestan de balde?

Indigna, subleva el ánimo la lectura de algún periódico—titulado *defensor* de la clase!—en el que dando rienda suelta a estúpidas pasiones personales, se trata de establecer discordias entre la colectividad médica en cuanto al funcionamiento del Colegio de Huérfanos se refiere. La malicia asoma en dicha prosa, juntamente con la más ridícula ignorancia; se habla de *caciquismo centralista profesional*, de la necesidad de una *autonomía administrativa médica*, y

de otras entrapelias y otros camelos insensatos, sin otro fin que mantener odios partidistas y halagar los oídos de algún infeliz que crea en esas palabras faltas de todo significado serio.

Afortunadamente, a la clase no se la puede engañar; los médicos rurales saben de sobra que no existe ningún cacicato central, porque ellos son bastante libres para no acatarlo ni tolerarlo. La lucha no es contra los médicos de Madrid, que al fin y al cabo no es más que una provincia como cualquiera otra; sino que si alguna lucha hay es entre los médicos rurales y los de las capitales, que quieren preponderar siempre en las directivas de los Colegios Médicos. En este caso, el supuesto cacicato de Madrid es el mismo que se produce en todas las capitales de provincia. También allí hay señores a quienes no les asiste la simpatía del resto de sus compañeros; y, sin embargo, consideran un deber seguir influyendo en la vida colectiva.

La caridad no es centralista ni regionalista; es práctica sentimental de los espíritus superiores, y lo mismo puede y debe ejercitarse en el centro que en la periferia.

El Arma de Infantería tiene un Colegio de Huérfanos en Toledo, sostenido por todos los infantes de España; y, sin embargo, a ninguno de los sostenedores se le ocurre hablar de *caciquismo toledano*. Los huérfanos de la Marina tienen también un Colegio en Madrid; y ningún marino español habla de *caciquismo madrileño*. En Guadalajara, Valladolid y otras capitales existen fundaciones análogas, y nadie habla de caciquismo, aplicando el vocablo a la localidad respectiva. Esto es lo razonable.

Solamente a la clase médica, desorientada por lecturas tendenciosas, se le ocurre hablar extemporáneamente de caciques en esta obra de amor. Estamos al comienzo de ella. No hay recursos más que para un Colegio, y ya funciona; cuando estos recursos prosperen, podrán establecerse otros centros; y se emplazarán en Pamplona, en Cádiz, en Oriente o en Occidente; el sitio es lo de menos, con tal de que el consuelo pueda alcanzar a mayor número de huérfanos.

¡Esta es la noble emulación que debemos sentir todos los médicos, y no emplear el tiempo en enojosas discordias que en último caso vendrán a pagar seres inocentes y desgraciados que nada deben!

V

La visita toca a su fin, y en tanto contemplo las blancas camitas de los huérfanos, han acudido a mi mente las anteriores reflexiones.

Al bajar de nuevo al patio, veo que continúa el viejecito rodeado de la infantil asamblea; los párvulos, muy modistos y correctos, me despiden besando la mano; luego se disuelven por el patio; véolos alejarse, tocando sus espaldas los últimos resplandores del sol poniente; en torno de cada uno paréceme ver la sombra de su padre, vigilante y consejera. Y después, ese conjunto de sombras, parece como que avanzan hacia el anciano, acariciador de sus hijos, dándole las gracias. Hay una comunicación espiritual con la Eternidad. Las almas se saludan en la paz del crepúsculo. Y al abandonar aquella mansión de piedad y de ternura, quiero envolver en una mirada a todos los compañeros de España para indicarles que aquél debe ser el santuario de sus más acendrados afectos, porque ha de albergar a sus hijos, cuando la Muerte disuelva sus hogares.

Y me ausento del Colegio, pensando en que si Cervantes no hubiera encontrado para su obra inmortal el tipo generoso de Alonso Quijano, podía hallarlo en este patio al ver en su sillón de mimbre, rodeado de sus minúsculos amiguitos, a Alonso Cortezo, el Bueno...

Las entusiastas y calurosas frases que al Sr. Albiñana han inspirado su visita al Colegio de Huérfanos, son muy de agradecer y de todo corazón se le agradecen, pero no son completamente justas, pues que la labor de que es producto la benéfica Institución no ha sido tan personal como el señor Albiñana supone, impresionado por lo que en una tarde vió; los señores todos, y muy particularmente las señoras que componen el Patronato, merecen bien de la clase médica española, por su colaboración en la obra, que en algunos de los cargos por ellos desempeñados como el de secretario y especialmente el de tesorero, desempeñado por el decano de la Beneficencia provincial Sr. Isla Boromburo, representan un trabajo y una responsabilidad de que no es fácil formarse idea.

DR. ALBIÑANA

La Medicina, el Estatuto y la enseñanza.

Pese al optimismo que reina en algunos sectores, por encima de las frases encomiásticas a Castilla que la prenea incondicional del Gobierno pone en boca de los catalanes, la cuestión Estatuto, sea cual sea su definitiva redacción y aprobación, ha de traducirse en hondas inquietudes y tropiezos para la causa médica española. Hemos hecho hincapié en la dependencia que puede tener la organización del mínimo sanitario interior de Cataluña y la redacción en un próximo futuro de la ley de Sanidad.

Y los hechos comienzan a darnos la razón de nuestras aseveraciones en esta materia: asegurábamos que el separatismo catalán, fuere como fuere, había de ser tea de la discordia en la cuestión organizante de la futura Sanidad nacional. Y la prueba ya comienza a verse: los titulares médicos de Cataluña, a pesar de las fórmulas que la Asociación de Médicos titulares en su afán de conciliación puso sobre el tapete, se han separado de esta Asociación dando así un paso al frente en el sendero de su independencia sanitaria.

Y a esta disociación real ha seguido el otorgamiento en la Cámara de la organización de la Sanidad interior en el territorio catalán.

En esta cuestión es donde se marca cada día más la tendencia separatista de Cataluña en cuestiones sanitarias y la desidia de los gobernantes actuales al conceder a las fauces de la fiera estatutaria la carnada de la Sanidad.

Y de nuevo se ha deshecho el ambiente comprensivo que parecía haber nacido en el Gobierno con respecto a la materia sanitaria. De nuevo el socialismo, por boca de su director general de Sanidad, se ha apuntado un nuevo triunfo y la Sanidad ha perdido otros tantos puntos.

Ni que decir tiene que si las regiones autonomistas o que pretenden serlo se sienten con fuerzas para reclamar su parte federal, han de seguir la ruta catalana exigiendo su porción de botín, y en él, su trozo de Sanidad.

Y así el proyecto cumbre de las clases sanitarias, de una sola Sanidad bajo el guión del Estado, una sola casta de médicos titulares bajo la dependencia del Estado, será substituída por varias regiones que tendrán sus servicios sanitarios organizados a su manera: bien o mal, no nos interesa; lo esencial es que de la tabla lisa nacional se habrán hecho varios cuadros con distintas características, y por mucho que quiera el Estado reclamar su inspección, habrá de encontrarse con la horma del zapato.

Otras veces lo hemos dicho: la cuestión Estatuto catalán es materia prima, de vida o muerte para el porvenir de una ley sanitaria que eleve la organización de la Higiene nacional bajo el control del Estado. Y el camino seguido es la muerte. No estuvo a nuestro juicio bien planteado el debate

sobre esta materia en la Cámara: allí sólo se debatió si Cataluña estaba o no capacitada para organizar su Sanidad, y ésta no era la cuestión. Capacitada o no, España nación, que debe velar por su prestigio internacional, mayor hoy en las naciones más salubres, que más hacen por organizar sus servicios sanitarios, no puede ni debe ceder ese supremo derecho y obligación a la par que posee de velar por la salud de sus ciudadanos, y en este concepto de ciudadanía no hay casta, regiones, provincias ni pueblos.

Pero aún sería poco esto si la marcha del Estatuto que habrá de aprobarse mientras el Gobierno actual empuje las riendas del Poder, no hubiese llegado a un punto que está asimismo íntimamente ligado con la futura Sanidad y, en general, con la orientación médica.

Me refiero al tema de la enseñanza.

Se está debatiendo a la hora de escribir estas cuartillas la forma de otorgar a Cataluña su enseñanza. Debate que sólo el mentido patriotismo de los catalanes puede agriar hasta hacer de la Cámara española un mercado en que se regatea una mercancía, tasando usurariamente el precio.

La mercancía, la enseñanza; compradores, los catalanes.

Y este debate sobre la enseñanza está completamente bastardeado por las pasiones y compromisos de unos pocos; y decimos crudamente bastardeado, por cuanto si no lo estuviera, la solución sería sencilla y lógica; como que no cabe otra.

Cataluña va a ser región independiente, con autonomismo, pero sin soberanía; por lo tanto, si ni siquiera se pretende dar soberanía a Cataluña, ¿a qué pretender ceder España ni un ápice de sus derechos soberanos en la cuestión enseñanza, que es en donde más patente puede verse el derecho del soberano nación y del sirviente región?

La cuestión universitaria—de la enseñanza en general—no tiene más que una solución: donde el Estado es soberano, debe mantener íntegra su soberanía; por lo tanto, la enseñanza en Cataluña debe ser un feudo del Estado español. Por su parte, la región puede organizar sus centros de enseñanza, particularísimos, costeados por ella, pero sin querer pretender el derecho de colación de títulos: este derecho es el más clásico de la soberanía.

Por lo tanto, la solución ésta, que es la única, sería la que levantara un poco la bandera patriótica en la presente cuestión. Cualquiera otra, bilingüismo o no, ha de inferir un grave daño a la Universidad española y a sus universitarios.

Quiere decirse que cualquier otra solución, en lo que atañe particularísimamente a la carrera de Medicina, ha de privar el acceso a la Facultad de Barcelona de los estudiantes castellanos, hijos de padres castellanos, que por una u otra causa tengan su medio de vida en Cataluña. Y aparte de esto, la Medicina elaborada en distinta forma a la soberana del Estado, sin pasar por el tamiz de éste, ha de ser un hervidero de favoritismo, de cargos y títulos a los que sólo puedan llegar los hijos de Cataluña. Y así podía darse el caso que ya se vislumbra con el cacareado patriotismo de los catalanes:

Que éstos podrán desempeñar todas sus carreras y profesiones en toda España castellana, y en cambio, los restantes españoles tendremos que huir de pensar en ejercer nuestro oficio, carrera o profesión—por liberal que fuere—en Cataluña. Y en el sector médico lo mismo.

Ya podemos despedirnos los hijos de Castilla de pensar en puestos médicos que caigan dentro del territorio de Cataluña.

Esto en el caso menor; que en el mayor, podía ocurrir que hasta la Universidad española pudiera peligrar, y dentro de algunos años no conocer en la Generalitat más ense-

fianzas que las catalanas, ni más estudiantes que los de Cataluña.

JUAN JOSÉ DÍAZ

UN CASO MAS

(A los compañeros diputados con el respeto a su investidura.)

Aun cuando la historia objeto de estas líneas sea repetición de lo que a diario ocurre y, por lo tanto, del dominio de los rurales, creo, sin embargo, conveniente insistir sobre ello, a fin de que los gobernantes actuales, que parece están animados a ello, legislen con conocimiento de causa acerca de la materia, teniendo a la vista la realidad, para subsanar, lo, de la situación en que se encuentra y desenvuelve la profesión médico rural y asesorarles convenientemente, no vayan a caer en los mismos defectos que, con la mejor intención, incurrieron los gobernantes anteriores. Voy a poner de manifiesto la carta que días atrás he recibido, y que por sí sola revela la situación a que aludimos más arriba, para que los médicos diputados, a la hora de votar lo que el ministro presente, tengan en cuenta cuál es el malestar de sus compañeros de profesión y el origen de ello.

Las normas de previsión de vacantes no se cumplen, o si se cumplen, en la práctica resultan completamente inútiles, por cuanto, como ya he manifestado en otros artículos, las igualas, base de la estabilidad de un médico, constituyen el 80 por 100 del total de la dotación, quedando reservado el 20 por 100 para la titular, que es el sueldo oficial, y es lo que el Gobierno tiende a garantizar con sus disposiciones, y que, como digo, a mi juicio, no se puede corregir por los cauces hoy en práctica por ser cuestión de dinero, y todos sabemos que el que paga manda.

En un pueblo de una provincia castellana se anuncia vacante la plaza de médico titular por concurso de antigüedad, a la que acuden varios compañeros, entre los que se encuentra uno con la de veinte años, probados por la correspondiente hoja de méritos, el cual, en el deseo de saber algo de cómo se ha de resolver el concurso, escribe a una persona para él respetable, que le contesta lo siguiente:

«Sr. D. N.

Muy señor mío: Recibí su atenta, en la que me pide le informe acerca de la plaza de médico de ésta, y le contesto para decirle que la plaza ya está adjudicada, por la sencilla razón de que ya está en posesión de las igualas el médico a quien piensan darle la titular, puesto que la titular sin las igualas no es nada.»

Como se puede fácilmente apreciar, la plaza se adjudicará al que ya contrató las igualas, por cuanto hay que suponer que ningún médico entre ya.

La dotación total es la de 8,000 pesetas, y la titular de 1.550 pesetas.

¿Comentarios?... ¡Ninguno!... ¡Para qué!... ¡Ah..., sí! Que el médico nombrado está recomendado por un directivo del Colegio Médico de la provincia, y tiene bastante menos antigüedad que otros compañeros que también han solicitado la plaza.

Para terminar solamente diré que, como el problema médico, más que otra cosa, es de compañerismo y educación profesional, resulta que dicho problema, lejos de resolverse, estará en pie todo el tiempo que los médicos quieran, puesto que si bien la limitación de títulos lo puede resolver, también es verdad que se resuelve por haber dejado de ser problema.

SANTIAGO FERNÁNDEZ DE VELASCO

Academias, Sociedades y Conferencias

INSTITUTO DE MEDICINA PRACTICA

Sesión del 7 de Abril de 1932.

TIERRAS RARAS

Lección VII del IV Curso de Farmacología
por el Dr. F. Bascompte Lakanal

Tierras raras son óxidos metálicos difundidos por la Naturaleza asociados entre sí.

El primero que se conoció fué el *cerio*, descubierto en 1864 por Berzelius Gresinger. Actualmente llegan a 19 los metales de este grupo (lantano, neodimio, praseodimio y samario).

Químicamente tienen dos grandes caracteres: Dan en presencia de los hidratos de sodio y amonio un precipitado blanco lechoso de hidróxido, insoluble en exceso de ácido. Esta propiedad la comparte el aluminio.

De un precipitado blanco, denso, de oxalato metálico, en presencia del ácido oxálico en solución neutra o ácida, carácter compartido por el calcio, el bario, el estroncio y el magnesio.

La materia prima para la extracción de estos metales se halla en sustancias del tipo de la monacita, la gadolinita, la cerita, la samarsquita.

Las más importantes investigaciones sobre las tierras raras han sido las practicadas por la Escuela Italiana, de Florencia, destacando los trabajos de los discípulos del profesor Coronedi, Ajazzi, Mancini de Manzini sobre el lantano, Nicolini, sobre el praseodimio y Guidi sobre el neodimio.

El praseodimio es el mejor estudiado de todos estos cuerpos. Posee una acción sobre las oxidazas que es: excitante a pequeña dosis, inhibente a alta dosis, como se ve estudiando la coloración azul que toma la sangre a la que se ha agregado esencia de trementina ozonizada y tintura de guayaco.

El cloruro de praseodimio posee la propiedad de retardar los movimientos e incluso llegar a inmovilizar a los paramecios puestos en contacto de ella. Igual sucede con los blatomicetos (levadura de cerveza).

Micelini, sometiendo cultivos de estreptococos y estafilococos y bacilos tíficos a la acción de este metal, observó que tales gérmenes disminuían su actividad y cesaban en su reproducción; dependería esta propiedad de los iones de praseodimio y de que si este metal las albúminas se hallan en cierta proporción, precipita ésta última cesando así las actividades bacterianas.

En seres pluricelulares y en animales superiores posee el praseodimio la propiedad de disminuir la coagulabilidad sanguínea. Además es deprimente a la contracción cardíaca, produce dilatación vascular y baja la tensión sanguínea.

Aumenta el tono muscular por inhibición de la fiebre muscular, aumenta la cantidad de hemoglobina de los hematíes, produce una leucocitosis con linfocitosis y polinucleosis. Las soluciones de sales de praseodimio dan un sabor estíptico y dulzaino en la mucosa bucal. Su inyección es muy dolorosa y determina fenómenos necrobióticos y terebrantes. No posee acción neurotrópica y, por tanto, el sistema nervioso de un organismo asiste sin conmoverse en lo más mínimo al hecho de la intoxicación de dicho ser por la acción del praseodimio. El neodimio presenta como caracteres más típicos el de ser paralizante de la respiración, va-

sodilatador y productor de una parálisis vascular generalizada. Además es anémico.

Grenet y Dronin, en el año 1902, hablaron ya de los efectos de las tierras raras en la tuberculosis experimental de cobayo y conejo. Se observó que poniendo 0,10 gramos de solución de tierras raras en 100 gramos de cultivo de bacilo de Koch perdía éste su actividad. Además, los cobayos inyectados por vía intraperitoneal con bacilos humanos de la tuberculosis y los conejos inyectados con bacilos bovinos por vía intravenosa que habían sido sometidos a la acción de las tierras raras, mostraron en sus lesiones una manifiesta tendencia a la esclerosis, a lo cual se asociaba una mononucleosis que, como es sabido, se presenta en los cuadros; tuberculosis que tienden a la curación.

Se apreció asimismo la mejoría que con el empleo de las tierras raras experimentaban los síntomas de la tuberculosis. El enfermo recobraba el apetito que había perdido, dormía mejor, recobraba su peso y un estado de euforia.

Los signos locales, tales como los ruidos adventicios, desaparecían. Las tierras raras deben emplearse como coadyuvantes en la terapéutica de la tuberculosis.

Están contraindicadas las tierras raras en la fiebre hética, en la granulía, en las formas agudas de tuberculosis y en las hemoptisis. La posología es la siguiente: Cloruros o sulfatos en solución al 2 por 100, para inyectar 2 c. c. intravenosos en días alternos, hasta haber administrado de 15 a 20 inyecciones, y luego descansar durante quince días. Pueden darse a veces fenómenos de intolerancia.

Otras indicaciones de las tierras raras las constituyen la pretuberculosis de Landouzy, la tuberculosis con enfisema, las fimias ganglionares, genitales, osteoarticulares, cutáneas (lupus eritematoso, tuberculosis verrugosa de Rihel y Paltaufi y acnitis de Barthelemy). El primer período o período catarral de la fimia laríngea constituye, como ha hecho notar Portmann, una indicación de las tierras raras.

MERCURIO

Por el Dr. Bascompte Lakanal.

La absorción del mercurio se verifica por todas las vías. La absorción por vía tegumentaria había sido negada por los clásicos, por ser el mercurio un metal volátil, y, por tanto, inhalado por vía respiratoria. El mercurio no atraviesa la epidermis, pero penetra a través de los orificios de las glándulas sudoríparas y sebáceas y de los folículos pilosos.

Posee el mercurio una cierta capacidad de fijación en ciertos órganos: hígado, bazo y riñón, verificándose allí mediante los proteidos que integran los referidos órganos.

Al cabo de largo tiempo de haber ingresado el mercurio en el organismo, se elimina con lentitud por la saliva, jugo gástrico, tramo intestinal, leche, sudor, lágrimas y orina. Penetra en el seno de los leucocitos merced a la capacidad que poseen los fagocitos de englobar este metal y combinarlo con sus globulinas; no obstante, es posible la intoxicación mercurial, aguda, subaguda o crónica.

De su acción hepática (terapéutica) se da gran divergencia entre lo que el laboratorio y la clínica nos enseñan. Afirman los farmacólogos que el mercurio no es colagogo, sino un anticolérico, y ve en él la clínica un modificador precioso del funcionalismo hepático (por mecanismo igualado) en las diversas hepatopatías: colecistitis rebeldes, litiasis e ictericias infecciosas.

No es el mercurio el antiséptico ideal. Lento en sus efectos, es incapaz de mostrar su acción *in vivo* en los medios albuminosos. Las glavinas le aventajan. Pick ha observado experimentalmente las diversas fases que sigue la acción antiséptica del mercurio: son la de absorción del mercurio



en la periferia celular y la de penetración en la célula. El mecanismo de la diuresis provocada por el mercurio no es una diuresis genuinamente renal, ya que al factor renal se agrega el factor nervioso y el tisular. El factor nervioso se comprueba seccionando los nervios renales, con lo cual el mercurio no actúa diuréticamente. El factor tisular desarrolla dos fases: de turgencia y de desingurgitación celular.

La acción antiflogística.—Ya se admitía en Medicina clásica. El mercurio es capaz de evitar que lleguemos a las pústulas variolosas y está indicado en panadizos, flebitis puerperales, hidrosadenitis, carbunco, fiebre tifoidea, fiebre de Malta, colibacilosis y paratífus. En ello está basado el empleo del febroxil y el termil, a base de lactato y cloruro de mercurio.

Por acción nutricia.—El mercurio influye poderosamente la escrofulosis. Modernamente se preconiza en Alemania el tratamiento de la obesidad con inyecciones de novasurol y salirán.

Esta falta de base, la pretendida incompatibilidad entre el mercurio (en calomelanos) y los cloruros (clásica recomendación de no dar caldo cuando se han administrado calomelanos). La pretendida formación del temido cloruro de mercurio no se verifica siempre.

Otra incompatibilidad que se ha hecho tradicional en los formularios es la del mercurio y los ioduros. No deberemos temerla, incluso deberemos buscarla, ya que la formación del temido (?) ioduro mercúrico no tiene otro efecto sino el de reforzar los efectos del mercurio.

REMITIDO

ANTE EL ESTATUTO

Un grupo de médicos pertenecientes al Colegio de Barcelona ha remitido al Excmo. Sr. Presidente del Consejo de Ministros un mensaje, que copiado literalmente dice así:

«Excmo. Sr.:

Los que suscriben, médicos pertenecientes al Colegio de la provincia de Barcelona, nacidos todos fuera de Cataluña, consideran que con la descentralización sanitaria solicitada no se ataca ni merma la soberanía del Estado, cuyos intangibles derechos y básicos fundamentos son respetados, y que con dicha descentralización se permite que Cataluña pueda desarrollar libremente sus iniciativas en materia de sanidad, en la que tiene capacidad universalmente demostrada, lo cual no puede por menos de redundar en pro de la consecución de la España grande y progresiva que todos anhelamos ver florecer bajo la égida de la segunda República, cuyo Gobierno tan acertada y dignamente preside V. E.

Por las razones expuestas, por ser de justicia y en obligada y justa correspondencia al espíritu de verdadera fraternidad y compañerismo con que siempre hemos sido favorecidos y tratados por nuestros compañeros catalanes, trato cordial y equitativo que han recibido y recibirán cuantos compañeros de otras tierras han venido y vengán a ejercer a ésta por demás noble y hospitalaria, a V. E.

Suplicamos apoye con la máxima autoridad de su elevado cargo y con toda la fuerza de su valioso prestigio personal, la petición, formulada por la clase médica catalana, de que se conceda a la Generalidad todo lo concerniente a la organización sanitaria interior de Cataluña.

Viva V. E. muchos años para bien de la República,

Barcelona, 23 de Mayo de 1932.—*M. Parrizas, E. Rivas y Ribas, M. Corachán, V. Compañ.* Y siguen las firmas hasta 179.

Excmo. Sr. Presidente del Consejo de Ministros, Madrid.»

Tribuna de los practicantes.

EN DEFENSA DE LA CLASE

Recientemente acabamos de leer en el *Boletín de Practicantes de la provincia de Madrid*, del mes actual, una serie de artículos encaminados a combatir duramente a quienes nos tratan con desdén y nos aplican calificativos tales, que, por estar tan fuera de la verdad, creo obedecen más a contrariedades pasionales que a causas reales.

Me refiero a ciertos artículos que el Dr. De Dios Ayuso ha publicado en una revista de Medicina, bajo el epígrafe «Intrusismo en Medicina».

Nada nos molesta más que el tener que censurar la actuación con respecto a nuestra clase de quien profesionalmente está superior a nosotros; pero nunca podremos tolerar se nos dirijan impropiedades mortificantes, por lo que tienen de arbitrarios y por el ambiente erróneo que de nuestra profesión se forma en su consecuencia.

Si bien es verdad (y somos nosotros los primeros en reconocerlo y condolernos de ello) que existen colegas que de una manera abusiva se exceden en el desarrollo de sus funciones, no por eso vamos a ser motejados la totalidad de la clase. No, señores; no es esa la manera de combatir esos excesos.

Si el Dr. Ayuso es conocedor de algún caso de esta índole, no debe permanecer en silencio, debe denunciarlo, hacerlo público, para que estos que tienen por norma el vivir tan al margen de la ley se vean sancionados por ella; pero no creemos manera recta de portarse el dirigirnos impropiedades y vernos constantemente censurados en nuestro deseo de elevación cultural. «Pues el médico—según dice acertadamente el Dr. Morales—debe de estar por encima de estas perversidades, como lo están la masa de practicantes. Es el légamo, el tamo pardo y sucio que sedimenta toda agua y toda estancia, por pura y cuidada que esté; sólo hay que preocuparse de afinar la limpieza e higiene, pero contando que es inevitable eliminar totalmente los posos».

El calificativo de *intrusos y parásitos* que el Dr. Ayuso otorga tan pródigamente a la clase de practicantes en general, sin citar un solo caso de intrusismo, con lo cual demostraría de manera convincente una parte de la verdad de su aserto, se derrumba por completo al conocer, como tan razonablemente dice en su artículo el Dr. Morales: «los conocimientos del practicante constan en un programa y en unos estudios que han sido confeccionados por los propios médicos, y hay que suponer que no arbitrariamente, sino obedeciendo a una necesidad mediata». Y con esto creo queda demostrado de una manera rotunda la falsedad de nuestro intrusismo y parasitismo en Medicina.

Nada más me resta, haciéndome portador del sentimiento de la clase, el dar las gracias al Dr. D. José Morales Díaz, jefe del Servicio de Medicina del Hospital-Asilo de San Rafael, por su noble comportamiento hacia los practicantes, y en el que hemos podido apreciar su atinada manera de pensar y su exquisita cultura.

**

Como no queremos vernos nuevamente tratados de intrusos en Medicina, a pesar de haber cursado un bachillerato

rato consistente en seis o tres años de estudios, según el plan, y dos años facultativos, vamos a hacer pública la vacante que el *Boletín Oficial* de la provincia de Guadalajara del día 13 de Julio del año actual publica. Dice así:

«*Baños de Tajo*.—Desde el día 1.º de Octubre próximo se halla vacante la plaza de *practicante barbero y peluquero* de este pueblo, con la dotación anual de una fanega de trigo puro y una carga de leña por vecino de los 70 que tiene este pueblo. También percibirá 50 pesetas para pago de la casa habitación, y estará libre de cargas vecinales. El cobro de la fanega de trigo lo hará en la recolección de cereales.

Los que hallándose provistos del correspondiente título profesional deseen solicitarla, dirigirán sus instancias a esta Alcaldía dentro del plazo de treinta días; advirtiéndole que el agraciado ejercerá la cirugía bajo la dirección del médico titular de este pueblo, D. Angel Nieves Villar.—El alcalde, *Felipe Escalera*.»

Después de enterarnos de los emolumentos y ocupaciones con que se verá favorecido el practicante que sea agraciado con tan lucida plaza, creemos indispensable que se introduzca en nuestra carrera una asignatura referente a las distintas maneras y procedimientos de *cortes de pelo*, ahora tan en moda; o de lo contrario, que el Colegio de Practicantes llame la atención a dicha Alcaldía, indicándole la función encomendada al practicante, puesto que estamos expuestos que llegue a oídos del Dr. Ayuso esta proposición y encuentre propicio (en este caso con sobrada razón) el llamarnos intrusos, no de la Medicina, sino de la peluquería.

Por si el señor alcalde de Baños de Tajo desconoce la verdadera acepción de la palabra practicante, le diremos que es aquel que posee el título para el ejercicio de la Medicina menor, y que mediante una determinada práctica de Medicina y Cirugía puede, siempre bajo la dirección del facultativo, desarrollar su actividad; pero nunca servir como barbero y peluquero.

JESÚS BALLESTEROS

Practicante. Ex alumno del Colegio de Huérfanos de Médicos.

Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Madrid.

La Junta de gobierno de este Colegio ha tomado el acuerdo de nombrar las siguientes Comisiones:

Colegio de Huérfanos: Protección y Previsión Médica: D. Antonio Piga Pascual, D. Juan Fernán Pérez, D. Araceli Carrasco y Alarcón, D. Eduardo Sánchez Vega y D. Gustavo Núñez Juarros.

Médicos titulares: D. Nicolás Martín Cirajas, D. José María Lejárraga, D. Luis Menor Claramunt, D. Francisco Manzano Godino y D. Julio González.

Biblioteca y Cultura: D. Enrique Gómez Merino, D. Valentín Rodríguez Zúñiga, D. Mariano Gómez Ulla, D. José Olavide y Torres y D. Alfredo Piquer Martín.

Asuntos profesionales: D. José Unzaga Rodríguez, don Juan Castells de Santiago, D. Dionisio Herrero García y D. Enrique Álvarez Sáinz de Aja.

Hacienda: D. Valentín Rodríguez Zúñiga, D. Angel Castresana Guinea, D. Calixto González Quevedo y D. Nicolás Martín Cirajas.

Sociedades: D. Francisco Guerrero, D. Víctor Herrero y Díez de Ulzurrun y D. Juan Fernán Pérez.

Régimen interior: D. Antonio Piga Pascual, D. Juan Fernán Pérez, D. José Olavide Torres, D. Eduardo Sánchez Vega y D. Nicolás M. Cirajas.

En la última Junta de gobierno celebrada se tomaron por unanimidad los siguientes acuerdos:

Hacer constar en acta el sentimiento de la Junta por el fallecimiento del vocal de la misma D. Carlos Picabea; que una Comisión de dicha Junta se traslade a Torrelodones para expresar a sus familiares la viva parte que toman en su sentimiento y oficiar al alcalde de dicho pueblo expresándole la extraordinaria satisfacción que siente el Colegio ante las atenciones que aquel Ayuntamiento ha guardado a la memoria del que fué su médico titular, sufragando los gastos de entierro, abriendo una suscripción encabezada con 500 pesetas en favor de los hijos del compañero fallecido y suspeniendo los festejos que el pueblo celebraba.

Considerar inscrito como colegiado a D. Alberto Zamora Sáez.

Convocar Junta general extraordinaria para dar cuenta de los problemas que plantea al Colegio la puesta en marcha de la Oficina de las Consultas Públicas Gratuitas.

Conceder a los señores abogado y procurador de la Asesoría el permiso veraniego en la forma de años anteriores.

Darse por enterados del informe emitido por el Juzgado designado para entender en el expediente de D. Domingo Grande, oficial 2.º de Secretaría; felicitar al Juzgado constituido por los Sres. Gómez Merino y Guerrero por su diligencia y competencia en la resolución de su cometido y dar traslado del mismo a la Asesoría para que informe.

Considerar justa la minuta de honorarios presentada por D. Frutos Donis.

Oficiar al Banco de España, a la Escuela de Comercio y al Instituto Nacional de Previsión solicitando que tengan la atención de designar un técnico que forme parte del Tribunal examinador de los expedientes y de los concursantes a la plaza de contable de este Colegio.

Conceder las licencias solicitadas a los vocales D. Calixto González Quevedo, D. Mariano Gómez Ulla y D. Juan Castells.

Expresar el pésame de la Junta de gobierno a la señora viuda de D. Carlos Negrete y convocar reglamentariamente elecciones para proveer la vacante de D. Carlos Picabea.

Asociación de Médicos Coloniales.

La gravedad de la actual situación sanitaria en los territorios españoles del Golfo de Guinea, especialmente por lo que se refiere a la enfermedad del sueño, que causa cada año millares de víctimas, evitables con una organización eficiente, obliga a esta Asociación a someter a la consideración del Gobierno de la República los siguientes hechos:

Primero. Desde el mes de Mayo de 1930, en que quedó vacante la dirección del servicio sanitario colonial, se halla regida ésta interinamente por un médico nombrado por la segunda dictadura.

Segundo. Que el referido médico había desempeñado con anterioridad el citado cargo, fracasando de modo tan definitivo como la Dirección de Marruecos y Colonias proclamó en nota oficiosa publicada en la Prensa diaria del 2 de Junio de 1927, y en la que textualmente se decía: «Como primera providencia y estimando que el jefe de Sanidad de la colonia, aunque lleno de buen deseo, no reunía todas las condiciones que las circunstancias requieren, ha admitido su dimisión.»

Tercero. Que sobre la actuación del referido director interino y con motivo de la visita de inspección de servicios girada por el comisario de la República en Septiembre del

pasado año, se formularon acusaciones de tal importancia, que la citada autoridad decretó se intruyese el correspondiente sumario por el Juzgado de primera instancia de Santa Isabel.

Cuarto. Que la falta de dirección eficaz ha motivado repetidas quejas de las Cámaras Agrícolas de la colonia.

Quinto. Que, como resumen de la labor sanitaria desarrollada en nuestra colonia, debemos consignar que respecto a la población de Bata (única de la Guinea en la que se lleva debidamente el Registro civil desde hace años), la mortalidad por enfermedad del sueño, que era hace pocos años insignificante, llegó en 1930 al 12 por 100, y en 1931 a la inquietante cifra del 42 por 100, dentro de la mortalidad general. Estos datos, cuya significación e importancia no creemos necesario recalcar, se publicaron en la Prensa diaria y no fueron rectificadas.

Sexto. Que a pesar de la ineficacia de nuestro servicio sanitario, que los anteriores datos ponen de manifiesto, resulta elevadísimo su coste, tal como lo demuestran las siguientes cifras:

Colonias españolas, 70 pesetas por kilómetro cuadrado y 11 pesetas por habitante.

Colonias francesas (Gabón y Camerón), 9,40 francos por kilómetro cuadrado y 3,10 francos por habitante.

Estos datos fueron asimismo publicados por la Prensa diaria, sin rectificación oficial.

Séptimo. Denuncia del Tratado con la República de Liberia y supresión total del envío de braceros a Fernando Poo desde 1930, agravando considerablemente la situación de la agricultura colonial.

Octavo. Amenaza de las colonias vecinas de suprimir el movimiento migratorio con las nuestras del Golfo de Guinea, de no mejorar la actual situación sanitaria.

Esta Asociación, deseando evitar la responsabilidad en que pudiera incurrir al silenciar hechos de tal gravedad, solicita del Gobierno la adopción de las medidas adecuadas para resolver esta lamentable situación sanitaria, impidiendo así la ruina definitiva de nuestra última colonia.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD (1)

Reglamento por el que habrán de regirse los servicios de prevención antituberculosa en niños menores de dos años.

OBLIGACIONES DE LAS FAMILIAS ENCARGADAS DE CUIDAR A LOS NIÑOS

1.ª Las personas que viviendo en Guadarrama o sus proximidades deseen encargarse del cuidado de niños, lo solicitarán, por escrito, de la Dirección del Preventorio Infantil del Guadarrama,

2.ª La Dirección del Preventorio designará en cada caso las personas aptas para ello, después de un informe detenido en que conste el estado de salud, moralidad de dichas personas, condiciones higiénicas de la vivienda y cuantas circunstancias se crean precisas para la máxima garantía de la función que se les va a encomendar.

3.ª El número de niños que podrá tener a su cuidado

(1) Véase el número anterior.

cada familia, será de uno o de dos, con arreglo a lo señalado por la Dirección del Preventorio en cada caso particular.

4.ª Por cada niño a su cuidado percibirá la cantidad de dos pesetas diarias, que le serán abonadas por la Administración del Preventorio, por mensualidades vencidas, en los cinco días primeros de cada mes.

5.ª Las personas encargadas de los niños tendrán como obligaciones:

a) Seguir puntualmente las órdenes dadas por el director del Preventorio y las enfermeras visitadoras del Servicio, los cuales podrán, en cualquier momento, comprobar, mediante visita domiciliaria, el cumplimiento de dichas órdenes.

b) Recoger diariamente del Dispensario la leche y otros alimentos destinados a los niños bajo su custodia.

c) Llevar regularmente, y en los días que se les señale, los niños al Dispensario para su peso y reconocimiento.

d) Asistir a las conferencias que se den en el Dispensario sobre manera de cuidar a los niños.

e) Avisar lo más rápidamente posible al Preventorio, cuando un niño se encuentra enfermo.

f) Avisar igualmente cuando cualquiera de los miembros de su familia se encuentre enfermo.

g) Dar conocimiento al director del Preventorio de las visitas que efectúen los familiares del niño a su cuidado, los cuales no podrán, bajo ningún pretexto, comer ni dormir en la casa. Dichas visitas irán provistas de una autorización firmada por el director del Preventorio.

h) Tendrán a su cuidado el aseo del niño, lavado y arreglo de su ropa, limpieza de los biberones y preparación de sus comidas, con arreglo a las instrucciones dadas por el servicio médico del Preventorio.

En todo momento y cuando lo estime conveniente la Dirección del Preventorio, podrá retirar los niños bajo su custodia.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 7 de Mayo de 1932.—Casares Quiroga.—Señor director general de Sanidad. (Gaceta del 12 de Mayo.)

Asistencia de enfermos mentales.

Disponiendo queden redactados en la forma que se indica los artículos que se insertan del Decreto de 3 de Julio de 1931.

DECRETO

Para evitar ciertas confusiones en la interpretación de algunos artículos del Decreto sobre asistencia de enfermos mentales de 3 de Junio de 1931 y fijar el sentido de dicho Decreto, de acuerdo con mi Consejo de Ministros y a propuesta del de la Gobernación vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Quedan redactados en la forma que a continuación se expresa los siguientes artículos:

«Art. 9.º El ingreso voluntario de todo enfermo psíquico exige:

a) Un certificado firmado por un médico colegiado, cuya firma sea legalizada por el subdelegado de Medicina de su distrito, o en ausencia de éste, por el alcalde o por el juez municipal. En dicho certificado se hará constar la indicación de la asistencia de un Establecimiento psiquiátrico o Casa de salud. Podrá igualmente servir para el ingreso, un certificado del médico del Establecimiento donde es admitido el enfermo, caso en el cual la legalización de la firma no será precisa.

b) Una declaración firmada por el propio paciente, en la que se indique su deseo de ser tratado en el Establecimiento elegido.

c) La admisión del enfermo por el director-médico del Establecimiento.

En los Establecimientos públicos deberá ser justificada por un certificado médico, cuya firma sea legalizada por el subdelegado de Medicina del distrito y por los documentos de identidad (cédula, huellas dactilares, carnet, etc.) que se consideren necesarios por la Dirección facultativa.

Art. 10. La admisión de un enfermo psíquico por indicación médica (admisión involuntaria), sólo podrá tener carácter de «medio de tratamiento» y en ningún caso de privación correccional de la libertad. Exige las siguientes formalidades:

a) Un certificado firmado por un médico colegiado, cuya firma sea legalizada por el subdelegado de Medicina de su distrito, o en ausencia de éste, por el alcalde o por el juez municipal; en este certificado se hará constar la existencia de la enfermedad y la necesidad del internamiento, y expone brevemente la sintomatología y el resultado de la exploración somática y psíquica del paciente, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico. Se hará con arreglo a un formulario sencillo y especial para enfermos mentales, publicado por la Dirección general de Sanidad, y que será adicionado al documento oficial de certificación.

b) Una declaración firmada por el pariente más cercano del paciente o su representante legal o por las personas que convivan con el enfermo, si no tiene parientes próximos, en la que se indique expresamente su conformidad y solicitando su ingreso directamente del director-médico del Establecimiento, que si pertenece a Establecimientos provinciales lo participará después al presidente de la Diputación.

En dicha declaración familiar se harán constar también las permanencias anteriores del enfermo psíquico en Establecimientos psiquiátricos, en Sanatorios o en aislamientos privados.

Las razones para certificar la admisión de una persona en un Establecimiento psiquiátrico serán:

- a) La enfermedad psíquica que aconseje su aislamiento.
- b) La peligrosidad de origen psíquico.
- c) La incompatibilidad con la vida social; y
- d) Las toxicomanías incorregibles, que pongan en peligro la salud del enfermo o la vida y los bienes de los demás.

Los médicos ajenos al Establecimiento psiquiátrico donde es admitido el enfermo, que expidan la certificación de enfermedad psíquica, no podrán ser parientes, dentro del cuarto grado civil, de la persona que formula la petición; de ninguno de los médicos del Establecimiento donde deba efectuarse la observación y tratamiento, ni del propietario o administrador.

La admisión del enfermo deberá efectuarse en un período de tiempo que no pase de diez días, contados a partir de la fecha del certificado médico.

Antes de transcurridas las veinticuatro horas de la admisión del enfermo en el Establecimiento, el médico-director está obligado a comunicar al gobernador de la provincia la admisión del enfermo, remitiendo una nota-resumen de todos los documentos indicados en los párrafos anteriores y motivos del ingreso. Dicha autoridad dispondrá el reconocimiento del enfermo y remisión del informe correspondiente en el plazo máximo de ocho días, oficiando para ello al inspector provincial de Sanidad, el cual designará al subdelegado de Medicina del término en que está emplazado el Establecimiento o, en su ausencia, a uno de los funcionarios médicos de la Administración pública central, provincial o municipal, con residencia, igualmente, en el Municipio donde radique el Establecimiento, y en casos espe-

ciales a un facultativo que reúna las condiciones técnicas que exijan las circunstancias.

Dentro también de las veinticuatro horas que siguen al ingreso del enfermo, remitirá el médico-director al juez de primera instancia de la última residencia del enfermo, y si ésta fuera desconocida, al juez de primera instancia del distrito del Manicomio, un parte duplicado en el que se hagan constar la filiación del enfermo y el nombre y el domicilio del médico que certificó el ingreso, siendo de obligación del Juzgado devolver sellado al Establecimiento el ejemplar duplicado al día siguiente de su recepción.

Art. 12. En casos de urgencia, el enfermo podrá ser admitido inmediatamente, bajo la responsabilidad del médico director del Establecimiento, el cual, en el término de veinticuatro horas, comunicará al gobernador de la provincia el ingreso del enfermo, acompañando un certificado en el cual se hagan constar las razones de la urgencia del caso. Este certificado podrá ser extendido por uno de los médicos del Establecimiento o por otro ajeno a éste, debidamente legalizado. En el primer caso deberá, dentro de los tres días siguientes al del ingreso, ser ampliado por otro firmado por un psiquiatra ajeno al Establecimiento o, en su defecto, por un médico general. En los casos en los cuales el servicio psiquiátrico constituya un departamento anejo a un Establecimiento hospitalario, podrá el certificado ser firmado por un médico cualquiera de dicho Establecimiento hospitalario. Siempre deba completarse con los demás requisitos legales mencionados en el art. 10, referentes a ingreso involuntario. El gobernador, en este caso, procederá también a tenor de lo dispuesto en el expresado art. 10.

Art. 13. En el caso de que el gobernador de la provincia lo considere oportuno podrá, sin previo aviso, comprobar, mediante el inspector provincial de Sanidad o la persona que él designe, la situación de cada uno de los pacientes dentro del Establecimiento, atendiendo a las posibles denuncias sobre internamiento indebido y transmitiéndolas al Juzgado correspondiente para que exija las responsabilidades que señala el Código penal.

Art. 22. En el plazo máximo de seis meses de observación, el médico-director de todo Establecimiento psiquiátrico está obligado a remitir al Juzgado de primera instancia correspondiente (apartado final del art. 10) un informe en el que consten los resultados del estudio del enfermo ingresado por indicación médica u orden gubernativa o judicial.

Este informe no implica que dicha autoridad judicial deba decidir de la continuación o no del enfermo en el Establecimiento, ya que el llamado expediente de reclusión definitiva de la legislación anterior queda derogado por el presente Decreto.

La finalidad de este informe es dar cuenta al Juzgado de primera instancia correspondiente de los síntomas psíquicos que justifiquen la permanencia del enfermo en el Establecimiento con objeto de que puedan ser comprobados, en caso de denuncia por reclusión ilegal o por orden gubernativa.

Art. 23. El reingreso de todo enfermo psíquico, dado de alta, se efectuará mediante los mismos requisitos que el ingreso (véase el art. 10), salvo en los casos de enfermos que tuviesen su antiguo expediente de reclusión definitiva terminado antes de la publicación de la legislación vigente. Dichos enfermos se sobrentiende que no precisan nuevo certificado para su ingreso.

Art. 2.º Quedan derogadas todas las disposiciones anteriores que se opongan a lo legislado en los referidos artículos.

Dado en Madrid a 27 de Mayo de 1832.—*Niceto Alcalá Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Santiago Casares Quiroga*. (Gaceta del 1 de Junio.)

Instituto Nacional del Cáncer.

DECRETO

Adscrito el Instituto Nacional del Cáncer a la Dirección general de Sanidad, era necesario, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto de 15 de Abril del corriente año, dictar las normas generales por las que ha de regirse en su funcionamiento.

En su virtud, a propuesta del ministro de la Gobernación, y de acuerdo con el Consejo de Ministros,

Vengo en decretar:

1.º El Instituto Nacional del Cáncer está destinado al estudio de la biología de los tumores malignos, abarcando los siguientes aspectos: a) Investigaciones experimentales conducentes a determinar los factores que intervienen en la génesis del cáncer, y los medios de detener su desarrollo y lograr su curación; b) Investigaciones clínicas encaminadas al conocimiento de la evolución de las lesiones cancerosas, a su propagación en el organismo y a su tratamiento más adecuado; c) Investigaciones relacionadas con el descubrimiento de las lesiones precancerosas y diagnóstico precoz del cáncer, con el fin de que su tratamiento tenga oportunidad y eficacia.

2.º Para el cumplimiento de estos fines el Instituto consta de los edificios construídos y en construcción destinados a Laboratorios y Clínicas por el Estado y la Liga Española contra el Cáncer, más los que en lo sucesivo se consideren necesarios para el cumplimiento de la misión científica y social que le está encomendada.

3.º Al sostenimiento del Instituto contribuirán: el Estado, con las dotaciones que figuren en sus presupuestos; la Liga Española contra el Cáncer y otros organismos oficiales, con las cantidades que destinen a tratamiento de los enfermos pobres o a otros fines; los particulares, con sus donativos, y los enfermos pudientes, con las cuotas por estancia y tratamiento que señale la Superioridad.

4.º Constará el Instituto de dos departamentos: Primero. De investigación experimental; Segundo. De investigación clínica y control de tratamientos.

El primero desarrollará los trabajos siguientes: a) Investigaciones biológicas; b) Investigaciones químicas.

El segundo desplegará las siguientes actividades: a) Tratamiento de los cancerosos por los procedimientos más modernos y eficaces; b) Investigación diagnóstico terapéutica; c) Profilaxis del cáncer.

5.º El departamento de Investigación experimental tendrá dos Secciones, una de investigaciones biológicas y otra de investigaciones químicas. Cada Sección constará de un jefe, con los ayudantes y becarios que sean precisos.

6.º El Departamento de Investigación clínica estará dividido en tres Secciones: Médica, Roengen curieterápica y Quirúrgica.

Las Secciones de Medicina y Cirugía constarán cada una de un jefe, con los ayudantes y becarios precisos. A estos servicios estará adscrito un ayudante dermatólogo.

La Sección de Roengen-curieterápica constará de un jefe y los ayudantes necesarios especializados en Roengenterapia, Radiografía y Curieterapia. A estos servicios estará adscrito un ayudante físico y un odontólogo.

7.º El personal auxiliar del Departamento de Investigación experimental estará constituido por preparadores y mozos, un número proporcionado a las necesidades del servicio, más los auxiliares para trabajos iconográficos que se consideren indispensables.

8.º El personal auxiliar del Departamento de Investigación clínica estará formado por los practicantes y subalter-

nos que se determine, con arreglo a las necesidades del servicio. Habrá, además, un portero para cada pabellón, y los sirvientes precisos.

9.º La Dirección del Instituto estará a cargo de un jefe de Sección, y se proveerá por concurso entre ellos, en el que se tendrá especialmente en cuenta haberse dedicado exclusivamente a la investigación y haber hecho publicaciones cancerológicas de reconocida importancia científica.

10. Los jefes de Sección ingresarán por concurso-oposición libre, en el que serán méritos preferentes haberse dedicado a la investigación en las disciplinas correspondientes, tener hechas publicaciones de mérito científico y haber desempeñado con eficacia el cargo de ayudante.

Los ejercicios de oposición serán acordados por el Tribunal que se designe, dentro de las siguientes normas:

a) Exposición de los trabajos científicos originales y discusión de ellos por los concursantes.

b) Redacción de un trabajo en el que, con libertad absoluta para la documentación bibliográfica, se exponga el estado actual de un problema relacionado con la clínica o la biología del cáncer.

c) Exposición por escrito de la orientación que habría de darse a la investigación cancerológica en la Sección objeto de concurso.

d) Resolución de un problema técnico.

11. La provisión de las plazas de ayudante se efectuará por concurso oposición, en el que serán méritos preferentes la publicación de trabajos científicos, el conocimiento de idiomas y el haber desempeñado con rendimiento científico el cargo de becario en la Sección correspondiente.

Los ejercicios de oposición consistirán en la resolución de uno o más problemas técnicos y exposición escrita del estado actual de un problema relacionado con los trabajos que hayan de efectuarse.

12. Los becarios ingresarán solicitándolo del director general de Sanidad, indicando la Sección a que desean pertenecer, los idiomas que poseen y los conocimientos doctrinales y técnicos que hayan adquirido. Los aspirantes se someterán a las pruebas de suficiencia que acuerde la Dirección de Sanidad, asesorada por la Dirección del Instituto.

13. El número de becarios podrá aumentar por necesidades del servicio y por méritos excepcionales de algún aspirante, si el presupuesto lo permite.

14. Todas las plazas de practicante, enfermero y auxiliar técnico de laboratorio serán cubiertas por concurso, en el que será mérito especial el haber efectuado anteriormente trabajos semejantes. Los jefes de la Sección correspondiente podrán exigir a los aspirantes las pruebas de escritura, matemáticas elementales y conocimientos técnicos, en relación con los trabajos que hayan de efectuar.

15. El director, los jefes y ayudantes, así como sus auxiliares de plantilla, sólo podrán ser objeto de destitución mediante expediente, motivado por incumplimiento de los deberes correspondientes a sus respectivos cargos.

16. Los becarios tienen carácter temporal. Al finalizar cada año presentarán una Memoria, en la que conste el trabajo realizado, y si éste es meritorio, a juicio del director y jefes de Sección del Instituto, sus becas serán prorrogadas de año en año. Después de seis años de becario se tendrá derecho a ocupar las vacantes de ayudantes que ocurran en la Sección correspondiente, teniendo derecho preferente quien haya hecho labor científica más meritoria.

17. Todo personal técnico estará obligado a permanecer en sus servicios durante cinco horas diarias como mínimo, de las cuales tres, al menos, serán por la mañana, comunes

a todo el personal y acordadas por el director. La jornada del personal auxiliar será de seis a ocho horas.

18. Anejos a la Dirección habrá una Secretaría y una Administración, con el personal auxiliar necesario.

El secretario será nombrado por el director entre los ayudantes. El administrador ingresará por concurso, en el que se estimará especialmente la prestación anterior de trabajo análogo. El personal auxiliar ingresará también por concurso, pudiendo exigírsele conocimientos de Taquí y Mecanografía y Matemáticas elementales.

19. En atención a los fines de investigación científica, el Instituto podrá organizar Secciones en Centros oficiales de provincias que cuenten con técnicos especializados en Cancerología, subvencionando la continuación de trabajos de mérito realizados en ellas y contribuyendo, en lo que consienta el presupuesto, a la remuneración del personal.

20. Para los mismos fines, el Instituto podrá mantener relaciones con los organismos oficiales especialmente dedicados a la investigación.

21. Teniendo en cuenta la importancia médica y social de los estudios cancerológicos y la necesidad de especialización en algunos aspectos técnicos, el material y servicios del Instituto Nacional del Cáncer podrán ser utilizados con fines docentes, organizándose cursos de carácter doctrinal y técnico, independientemente o en relación con los de la Facultad de Medicina, previo acuerdo con su decano.

22. El Reglamento interior del Instituto será redactado por el director y jefes de Sección, con la aprobación del director general de Sanidad.

Artículo adicional. En consideración a la urgencia de que el Instituto Nacional del Cáncer cuente con un director propietario que intervenga en la reorganización de los servicios, queda facultada la Dirección general de Sanidad para que, mediante concurso oposición entre médicos españoles, proceda a la provisión de dicho cargo, que en lo sucesivo habrá de hacerse con sujeción al art. 9.º de este Reglamento. La persona que resulte nombrada asumirá, además, la Jefatura de la Sección que corresponda a la especialidad que profese.

Dado en Madrid a 31 de Mayo de 1932.—*Niceto Alcalá Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Santiago Casares Quiroga*. (Gaceta del 9 de Junio.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708; ídem mínima, 702,5; temperatura máxima, 29º,8; ídem mínima, 9º,9; vientos dominantes, NE.

En la presente semana se han dado frecuentes casos de intoxicación alimenticia, en su mayoría producidos por el pescado en malas condiciones. A título de información recogemos la manifestación hecha por algunos enfermos, que atribuían sus brotes de urticaria al pescado suministrado por los Comedores de Asistencia Social de la calle del Rosario.

Por ser escaso el número de enfermos en una barriada que consume abundantes raciones, no parece probable que así sea.

En los tuberculosos se ha observado alguna frecuencia en las hemoptisis en estos días.

En los niños se han recrudecido de manera importante el sarampión y la tos ferina, especialmente el primero.

CRONICAS

El Dr. Ricardo Royo Villanova.—Restablecido de su enfermedad, y cumplida la sanción que le fué impuesta por el Gobierno, el Dr. D. Ricardo Royo Villanova se ha reintegrado al ejercicio profesional y reanudado su consulta de Medicina interna en Zaragoza.

La VI Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y la V Asamblea de la Liga Española de Higiene Mental.—Por los Comités directivos de la Liga Española de Higiene Mental y de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, se ha acordado celebrar definitivamente en Granada, en el próximo mes de Octubre, la V Asamblea de Higiene Mental y la VI Reunión de Neuropsiquiatras, que estaban convocadas para el pasado mes de Abril y que por circunstancias especiales hubieron de ser aplazadas.

Oportunamente iremos dando cuenta a nuestros lectores de cuanto se relacione con tales asambleas, cuya fecha de celebración probablemente coincidirá con las del cuarto centenario de la gloriosa Universidad de Granada.

Vacantes.—Hasta el 23 de Agosto pueden solicitarse las siguientes de inspectores municipales de Sanidad, por concurso de méritos:

Los Balbases (Burgos). 2.750 pesetas.
Pontons (Barcelona). 1.375 pesetas.
Lopera (Jaén). 2.750 pesetas.
Santa Cruz del Retamar (Toledo). 2.200 pesetas.
San Pedro de la Nave (Zamora). 2.200 pesetas.
Cretas (Teruel). 1.650 pesetas.
Abarán (Murcia). 2.200 pesetas.
Callosa de Segura (Alicante). 2.200 pesetas.
Rocafort de Queralt (Tarragona). 2.250 pesetas.

—Y por concurso de antigüedad:

Peñascosa (Albacete). 2.200 pesetas.
Elciego (Alava). 2.200 pesetas.
Pobla de Montornés (Tarragona). 1.650 pesetas.
Huecas (Toledo). 1.650 pesetas.
Higuera (Albacete). 2.200 pesetas.
Tibi (Alicante). 1.990 pesetas.

—Solicitudes hasta el 26 de Agosto, por antigüedad:

Paterna del Río (Almería). 2.200 pesetas.
Morales del Rey (Zamora). 2.750 pesetas.

—Méritos:

Hoz de la Vieja (Teruel). 2.200 pesetas.
Illora (Granada), dos plazas. 3.300 pesetas.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL
Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 10.028.—Madrid.

Forma emulsionable en frío: 2,90 ptas. caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,40 ptas. frasco de 250 gramos.

Ambas formas: A granel por kilos.—**Muestras gratuitas.**

SIL - AL Silicato de aluminio, fisiológicamente puro
Laboratorio Gámir, Valencia. — J. Gayoso, Madrid.

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

NIÑOS Quininfantina
Delgado Ronco.

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

IMPRESA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TRODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70435.

más los sentidos eróticos que otras y los que quedan más grabados en la imaginación y en la sensibilidad. Pueden ser fetiches personales partes del cuerpo, funciones y emanaciones corporales y objetos relacionados de un modo u otro con el cuerpo.

Es inútil querer enumerar qué partes del cuerpo pueden ser fetiches porque lo son todas. También en cuanto a las funciones se pueden enumerar todas, como los movimientos, la manera de andar, la voz, el olor del pelo, etc. En cuanto a los objetos, lo son desde luego todos los de uso y vestido, pero también el color o la forma de los mismos. El efecto de los fetiches resulta mayor por la tendencia característica del amor humano a idealizar y embellecer esas partes que más sensación nos causan.

Esa idealización se extiende siempre desde el cuerpo de la amada a sus vestidos y a los objetos de su uso, pero relacionándolos siempre con ella. Pero por la importancia que se da a una parte determinada se la hace destacar del conjunto, y así se prepara a ser idealizada y a convertirse en un fetiche. Acentuando e idealizando la parte que interesa se la hace resaltar como imagen aislada y completamente separada del conjunto, y el fetiche, sin darse cuenta de ello se encuentra con que esa parte aislada atrae sus pensamientos hasta el punto de que puede substituir temporal o permanentemente al encanto de toda la personalidad. Se ha llamado pequeño fetiche, no hay que decir que por un autor francés y a imitación de clasificaciones parecidas de otros procesos como la epilepsia, al proceso en que el enamorado no pierde de vista la totalidad de la persona amada, pero dirige su atención con preferencia a una parte de la misma que fué la que primeramente cautivó su atención (forma de la mano, brillo en los ojos, color del rostro, metal de voz); o sea: el recuerdo o la vista de una parte constituye un factor muy importante de la imagen total, pero nunca borra ésta del todo. En cambio, en el gran feticheismo una parte determinada del cuerpo, una de sus funciones o cualidades, una prenda de vestir o un objeto de uso de la persona amada, aislado de ella adquiere el carácter de un ser

que se puede decir que en los casos más ligeros se encuentra en casi todas las personas. La palabra algolagnia significa voluptuosidad del dolor y comprende dos formas principales, que son el sadismo y el masoquismo, que consisten, el primero, en provocar el dolor, y el segundo, en sufrirlo por el placer voluptuoso.

El dolor en cuestión puede ser físico o puede ser moral. La algolagnia explica a veces actos y procedimientos que parecen ser los más absurdos e inexplicables de algunas personas y enlaza de una manera asombrosa los instintos animales más primitivos con los actos más sublimes de una cultura superior. La voluptuosidad dolorosa se dice que es sencillamente un caso particular del dolor o de la pena de que suelen ir acompañados todos los placeres.

Uno de los primeros en tratar en serio de estos temas fué el marqués de Sade, del que se ha derivado el nombre de sadismo. El dolor activo y pasivo se manifiesta en casi todos los actos sexuales desde el coito, que siempre va unido a la producción de algún dolor, hasta el simple abrazo.

Para comprender la algolagnia basta tener presente que se trata de un proceso biológico que es en su esencia normal, puesto que el coito presenta una conexión íntima del placer y del dolor. No se ha podido analizar la naturaleza de la sensación de voluptuosidad, pero lo que sí se sabe es que a la misma acompañan sensaciones dolorosas. Hasta en el abrazo amoroso se reflejan manifestaciones de dolor, convulsiones, rechinar de dientes, gritos y mordiscos, tanto en los hombres como en las mujeres.

Predomina en estos fenómenos el sadismo, pero no es rigurosamente peculiar del hombre, como tampoco es el masoquismo rigurosamente peculiar de la mujer. Hay pueblos donde contribuye poderosamente a los placeres del hombre el mordisco y otras formas de producción de dolor, que recibe de la mujer durante el acto sexual. Lo esencial de estas manifestaciones algolagnicas no es el dolor físico, sino la figuración del mismo, el dolor moral que se sufre o que se hace sufrir, y a veces es necesario el dolor físico solamente porque la imaginación se convierte en dolor moral. Veamos

ahora brevemente cuáles son las formas principales de sadismo y de masoquismo que se conocen. Ante todo merece citarse la flagelación, o sea el castigo por medio del látigo, la correa, etc.

Parece ser la flagelación la repetición de un fenómeno que se observa en algunos animales en su forma más pura. Así la salamandra y el tritón se someten antes del coito a una verdadera flagelación con la cola. El efecto voluptuoso de la flagelación pasiva consiste en que provoca una serie de sensaciones evocadoras de las del acto sexual y en que provoca una congestión de los órganos genitales. Por eso, para ser verdaderamente eficaz, ha de ocurrir en las nalgas. Con frecuencia bastan el amasamiento y la fricción de las nalgas para producir estos efectos, especialmente si se hacen después de los baños calientes, como se solía hacer en los baños turcos.

Por medio de esta frotación se provoca una excitación de los centros espinales y simpáticos de la eyaculación. Las impresiones dolorosas se transforman luego en voluptuosas, pero para ello tiene que intervenir la imaginación. La afluencia de sangre a las nalgas y a la pelvis hace que la erección del pene se haga inmediatamente y de ahí que Petronio aconseje en «El Satiricón» la flagelación como medio de curar la impotencia.

De la importancia de la imaginación en este acto da idea lo referido por Rousseau en sus «Confesiones», en las que dice que una maestra suya, que tenía por él gran cariño, le amenazaba algunas veces con pegarle, y mientras se atuvo a la amenaza consiguió, en efecto, infundirle miedo, pero cuando un día llegó a hacerlo, sintió en lugar de mortificación un verdadero placer, y desde entonces no rehuyó la ocasión en que le pudiera volver a aplicar el castigo, pero apercibiéndose claramente, no obstante su corta edad, de que no se trataba de un efecto del castigo en sí, sino de la persona que le aplicaba.

Y dice también que cuando, en efecto, le aplicaron el castigo por segunda vez, algo debió notar en él la aludida maestra, puesto que no volvió a hacerlo y le retiró algunas

Fetichismo.—La palabra fetichismo procede del portugués *fetico*, del español *fetiche* y del italiano *fetisso*, y no hemos citado la palabra española en primer lugar por ser aquí poco corriente en dicho sentido, sino que se ha transformado en «hechizo». Según la definición oficial, es *fetiche* el nombre de los ídolos que adoran los negros y los salvajes. En el sentido que empleamos aquí esa palabra sólo se usa por transmisión extranjera. Se entiende en este sentido por fetichismo la aplicación y limitación del amor a una persona, a una parte de dicha persona o a un objeto inanimado perteneciente a la misma y que la recuerda. La parte de una persona que crea este estado de fascinación o el objeto perteneciente a la persona aludida que provoca el mismo efecto son lo que se llama el *fetiche sexual*. Este fenómeno es fisiológico, es decir, que casi no existe caso alguno en el que la satisfacción que produce una persona del sexo opuesto no vaya especialmente enlazada con una parte de la misma, por ejemplo, las manos, la boca, la voz, etc., pero mientras este fenómeno se mantiene en los límites fisiológicos actúa simplemente recordando la persona en cuestión en su conjunto o en relación con toda la personalidad a quien pertenece.

Lo mismo puede suceder con las prendas u objetos que a la persona amada pertenecen; y el hecho de entregarse tales objetos en señal de recuerdo, que no puede ser más normal, no tiene otra razón de ser que esta idea que evocan. Pero cuando esta figuración parcial se separa del conjunto de la persona, cuando se ama precisamente un mechón de pelo, un pañuelo, etc., separados de la persona a quien han pertenecido, que pudiera ser de cualquier otra y que en cambio no provocarían el mismo efecto si en vez de tratarse de tal objeto se tratase de otro de la misma persona, entonces el sentimiento aludido se hace totalmente patológico. El desarrollo de ese amor se puede atribuir a figuraciones fetichistas o idolátricas, porque después de la primera impresión general que produce la persona amada sobre el amante son siempre determinadas partes, tales o cuales funciones o algún objeto los que producen mayor impresión o excitan

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

30 VII-1932

La correspondencia y la publicidad de esta sección deberá dirigirse con advertencia expresa de su destino TERTULIA MÉDICA, a D. José G.^a Sicilia, Apartado 121, Madrid.

DE LA ENVIDIA

REMEDIOS CONTRA LA INVIDIA

Invidia es tristeza del bien ajeno, y pesar de la felicidad de los otros. Conviene saber, de los mayores, por ver el invidioso que no se puede igualar con ellos; y de los menores, porque se iguala con él, y de los iguales, porque compite con él. De esta manera tuvieron invidia Saúl a David, y los fariseos a Cristo, por lo cual le procuraron la muerte; porque tal es esta bestia fiera que a tales personas no perdona.

Este pecado de su género es mortal, porque milita derechamente contra la caridad, así como el odio. Pero muchas veces no lo será cuando no fuere la invidia consumada, como acaesce en todas las otras materias de pecado. Porque así como hay odio, y también rencor, que no es odio formado, aunque camina para él, así hay una invidia perfecta, y otra imperfecta que camina para ella.

Este es uno de los pecados más poderosos y más perjudiciales que hay, y que más extendido tiene su imperio por el mundo, especialmente por las cortes, y palacios, y casas de señores y príncipes; aunque ni deja Universidades, ni edificios, ni religiones por do no corra. Pues, ¿quién se podrá defender de este monstruo? ¿Quién será tan dichoso que se escape, o de tener invidia o de padecerla? Porque cuando el hombre considera la invidia que hubo, no digo ya entre los primeros dos hermanos que fundaron a Roma, sino entre los dos primeros hermanos que poblaron el mundo, la cual fué tan grande, que bas-

destruida. Porque su propio efecto es perseguir a los buenos, y a los que por sus virtudes y habilidades son preciados, porque aquí señaladamente tira ella sus saetas. Por lo cual dijo Salomón que todos los trabajos e industrias de los hombres estaban sujetos a la invidia de sus prójimos. Pues por esto, por todo

El complejo fósforo vitamínico

Vitophos

polvo - tabletas - jarabe

CHIENTROSA IBÉRICA, S. A.

estudio y diligencia que conviene armar contra este enemigo, pidiendo siempre a Dios ayuda contra él, y sacudiéndole de ti con todo cuidado.

Y si todavía él perseverare solicitando tu corazón, persevera tú siempre peleando contra él: porque no consintiendo con la voluntad, no hace al caso que la carne maliciosa sienta en sí el pellizco de este feo y desabrido movimiento. Y cuando vieres a tu vecino o amigo más próspero y aventajado que a ti, da gracias al Señor por ello, y piensa que tú, o no mereciste otro tanto, o a lo menos que no te convino tenerlo. Acordándote siempre que no socorres a tu pobreza teniendo invidia de la felicidad ajena, sino que antes la acrescientas.

Y si quisieras saber con qué género de armas podrás pelear con este vicio, dígame que con las consideraciones siguientes. Primeramente, considera que todos los envidiosos son semejantes a los demonios, que en gran manera tienen pesar de sus buenas obras que hacemos y de los bienes eternos que alcanzamos; no porque ellos los puedan haber, aunque los hombres los perdiesen (porque ya ellos los perdieron irrevocablemente), sino porque los hombres levantados del polvo de la tierra no gocen de lo que ellos perdieron. Por lo cual dice Saint Augustin en el libro de la Disciplina Cristiana: aparte Dios este vicio, no sólo de los corazones de todos los cristianos, más también de todos los hombres, pues éste es vicio diabólico, de que señaladamente se hace cargo al demonio, y por el cual sin remedio para siempre padecerá.

No es reprehendido el demonio por que cayó en adulterio, o porque hizo algún hurto, o porque robó en la hacienda del prójimo, sino porque estando caído tuvo envidia del hombre que estuvo en pie. Pues de esta manera los invidiosos, a manera de demonios, suelen haber invidia de los hombres, pues éste

es vicio diabólico de que señaladamente se hace cargo al demonio y por el cual sin remedio para siempre padecerá. Porque no es reprehendido porque cayó en adulterio, o porque hizo algún hurto o porque robó en la hacienda del prójimo, sino porque estando caído, tuvo invidia del hombre que estaba en pie.

Pues de esta manera los invidiosos, a manera de demonios, suelen haber invidia de los hombres, no tanto porque pretenden alcanzar la prosperidad de ellos, cuanto porque querrían alcanzar la prosperidad de Dios, cuanto porque querrían que todos fuesen miserables como ellos. Mira, pues, oh invidiosol, que dado caso que el otro no tuviera los bienes de que tú tienes invidia tú tampoco los tuvieras; y pues él los tiene sin tu daño no hay porque a ti te pese por ello. Y si por ventura tienes invidia de la virtud ajena, mira que en eso eres enemigo de ti mismo; porque de todas las buenas obras de tu prójimo tú eres participante si estuvieres en gracia con Dios. Y cuanto más se la aproveche y merezca, tanto más aprovechas tú a ti mismo. Por donde sin razón tienes invidia a su virtud. Antes debías holgar con ella por su provecho y por el tuyo, pues participas de sus bienes. Mira, pues, cuánta miseria sea que donde tu prójimo se mejora tú te hagas peor; como quier que si amases en el prójimo los bienes que tú no puedes saber, los mismos bienes serían tuyos por razón de la caridad; y así gozarías de los trabajos ajenos sin trabajo tuyo.

Considera también que la invidia abrasa el corazón, seca las carnes, fatiga el entendimiento, roba la paz de la conciencia, hace tristes los días de la vida y destierra del alma todo conten-

STROPHANTUM

PALLARÉS

XV gotas contienen $\frac{1}{2}$ miligramo de Estrofantina.

tamiento y alegría. Porque ella es como el gusano que nasce en el madero, que lo primero que roe es el mismo madero donde nasce. Y así la envidia (que nasce del corazón) lo primero que atormenta es el mismo corazón. Y después de éste corrompido, corrompe también el color del rostro; porque la marillez que padece por de fuera declara bien cuán gravemente aflige por de dentro. Ca ningún juez hay más riguroso que la misma envidia contra sí misma, la cual continuamente aflige y castiga a su propio autor. Por lo cual no sin causa llaman algunos autores a este vicio justo, no porque él lo sea (pues es gravísimo

Acidol-Pepsina

Gastritis - Dispepsias
Diarreas gastrogenas

tó para matar el uno al otro; y la que hubo entre sus hermanos y José, la cual les hizo venderle por esclavos; y la que hubo entre los mismos discípulos de Cristo antes que sobre ellos viniese el Espíritu Santo; y sobre todo esto la que tuvieron Aarón y María, hermanos y escogidos de Dios, a su hermano Moisés; cuando el hombre todo esto lee, ¿qué podrá imaginar de los otros hombres del mundo, donde ni hay esta sanción, ni este vínculo de parentesco?

Verdaderamente éste es un vicio de los que de callada tienen grandísimo señorío sobre la tierra, y el que la tiene

pecado), sino porque él mismo castiga con su propio tormento al que lo tiene y hace justicia de él.

Mira otro si cuán contraria cosa sea a la caridad (que es Dios), y al bien común (que él tanto procura), tener invidia de los bienes ajenos, y aborrescer aquellos a quien Dios crió y redimió, y a quien está siempre haciendo bien; porque esto es estar condenando y des haciendo lo que Dios hace a lo menos con la voluntad.

Y si quieres una muy cierta medicina

Estreñimiento: Supositorios Evacuatil Ribalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis. Preparación de óvulos y supositorios. Rambla Cataluña, 44, Barcelona

contra este veneno, ama la humildad y aborresce la soberbia, que ésta es la madre de esta pestilencia. Porque como el soberbio ni puede sufrir superior ni tener igual, fácilmente tiene invidia de aquellos que en alguna cosa le hacen ventaja, por parecerle que queda él más bajo si ve a otros en más alto lugar. Lo cual entendió muy bien el Apóstol cuando dijo: «No seamos cobdiciosos de la gloria mundana, compitiendo unos con otros y habiendo invidia unos a otros.» En las cuales palabras, pretendiendo cortar las ramas de la invidia, cortó primero la mala raíz de la ambición, de donde ella procedió. Y por la misma razón debes apartar tu corazón del amor desordenado de los bienes del mundo, y solamente ama la heredad celestial y los bienes espirituales, los cuales no se hacen menores por ser muchos los poseedores, antes tan más se dilatan cuanto más cresce el número de los que los poseen. Mas, por el contrario, los bienes temporales tanto más se disminuyen cuanto entre más poseedores se reparten. Y por esto la invidia atermenta el ánimo de quien los desea; porque recibiendo otro lo que él cobdicia, o del todo se lo quita, o a lo menos se lo disminuye; porque con dificultad puede éste tal dejar de tener pena si otro tiene lo que él desea.

Y no te debes contentar con no tener pesar de los bienes del prójimo, sino trabaja por hacerle todo el bien que pudieres y pide a nuestro Señor le haga lo que tú no pudieres. A ningún hombre del mundo aborrezcas: tus amigos ama en Dios, y tus enemigos por amor de Dios, lo cual siendo tú primero su enemigo te amó tanto, que por rescatarte del poder de tus enemigos puso su vida por ti. Y aunque el prójimo sea malo, no por eso debe ser aborrecido: antes en este caso debes imitar al médico, el cual aborresce la enfermedad y ama la persona; porque es

des mercedes, por lo cual te pide que en pago de esto uses de liberalidad no con él, pues no tiene necesidad de tus bienes, sino con el prójimo que él te encomendó.

F. LUIS DE GRANADA.

BIBLIOTECA

Compañeros de toda mi vida,
en mis horas de angustia invocados,
que mi negra amargura endulzasteis,
¡oh libros queridos!,
¡oh libros amados!

Sois vosotros los solos que nunca
soportar me habéis hecho una ofensa,
y jamás una frase importuna
me habéis dirigido,
injusta o grosera.

Sois vosotros los solos que siempre
me brindasteis consuelo y delicias,
y si a veces llorar me habéis hecho
¡qué llanto más dulce
surgió mis mejillas!

Mis trabajos habéis presidido,
mis pesares habéis endulzado
y mis lágrimas siempre enjugasteis,
la dulce esperanza
risueña evocando.

Nobles libros, ¡mis tiernos amigos!
más que amigos aún, más que hermanos,
pues que éstos, al cabo, son hombres.
¡Qué tema más bello
hallar a mis cantos!

CONDESA DE LEBRIJA.

(Agua Pasada. Poesías originales.)

Contra las neuralgias aconseja el CEREBRINO MANDRI

EL ARROYO

POESÍA SUECA

Sentada a la orilla, baña la hermosa
joven sus pies menudos en el agua cristalina del arroyo.

Pasa volando un pajarillo y le dice:
— Si enturbias el arroyo, no podrá mirarse en sus aguas el cielo azul.

Levanta la joven hacia el pajarillo sus ojos bañados en lágrimas y contesta: — No te importe el ver turbias estas aguas un instante, pues muy pronto se tornarán cristalinas y puras. Pero cuando un día me viste sentada junto a un joven, bien le podías haber dicho: «No enturbies el alma de esa niña, que ya jamás se aclarará, no volverá a reflejar el cielo azul.»

Las grandes figuras de la Cruz Roja.

HENRI DUNANT

Henri Dunant, el fundador de la Cruz Roja, nació en Ginebra el 8 de Mayo de 1828.

Muy joven lo pusieron en contacto sus padres con la pobreza y el sufrimiento, inculcándole ese espíritu de conmiseración que tan profunda y eficazmente debía manifestarse en la batalla de Solferino (24 de Junio de 1859).

En Noviembre de 1862 publicó el

«Recuerdo de Solferino» que conmovió al mundo entero por su realismo desgarador. Después ha sido traducido en los idiomas de todos los países civilizados.

En 1865, un grupo de ginebrinos de alma generosa, formaba una comisión de cinco miembros, de la que fué secretario Dunant, para estudiar el medio de incorporar a los ejércitos beligerantes un cuerpo de auxiliares voluntarios. De este grupo surgió el Comité Internacional de la Cruz Roja, cuya Secretaría

ANTIPHLOGISTINE

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

ocupó Dunant durante muchos años. Dunant viajó por toda Europa en busca de influencias. En el otoño de 1863, no sólo había conseguido que se reuniera una Conferencia internacional, sino algo más importante todavía que tuvo éxito, gracias a los poderosos apoyos obtenidos.

Esta Conferencia, celebrada del 26 al 29 de Octubre, recomendó la creación en todos los países de Comités privados o Asociaciones de socorros a los heridos. Un año después, el 22 de Agosto de 1869, se firmaba el primer Convenio de Ginebra. Fué la mayor victoria de Dunant.

El año 1870 vió a Dunant en París, durante el sitio, recorriendo a las mujeres, a los niños, a los enfermos y a los inválidos. Haciendo de intermediario entre franceses y alemanes, en favor de los prisioneros de guerra y de los heridos, corrió varias veces el riesgo de ser fusilado por espía. En 1899, seguía trabajando para mejorar la condición de los prisioneros de guerra y obtuvo algunos privilegios para ellos en el Convenio firmado el mismo año en La Haya.

En 1901 se le concedió, al mismo tiempo que a Federico Passy, el Premio Nobel.

Ya viejo se retiró a un pueblecito situado a orillas del lago Constanza y allí olvidado, inválido y pobre le descubrieron sus amigos haciendo al mundo entero un llamamiento coronado por una generosa respuesta que permitió al anciano una relativa comodidad en los últimos años de su existencia.

El 30 de Octubre de 1910, Dunant, que tantos honores y distinciones había recibido de la mayoría de los países civilizados, moría casi ignorado en la sala de un hospicio.

(Comunicado por el Secretariado de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 2, Avenue Velázquez, París.)

Para las Estafilococlas de todas clases forúnculos, ántrax, erupciones de primavera y verano **BARDANOL.**

¿QUIERE ADQUIRIR un aparato de radio económico, útil y elegante que recoge todas las emisoras españolas y europeas? Compre un Stewart Warner, Paseo de Recoletos, 16, Madrid. Señores Vivó Vidal y Balach.

Al escribir, indique nuestra Revista.

SIGUE A LA PÁGINA XIV

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

amar lo que Dios hizo y aborrescer lo que el hombre hizo. Nunca digas en tu corazón: ¿Qué tengo yo que ver con éste o en qué le soy obligado? No le conozco, ni es mi pariente; nunca me aprovechó, y alguna vez me dañó. Mas acuérdate solamente que sin ningún merecimiento suyo te hizo Dios gran-

Tratamiento curativo del

ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON

PETROSINA

García Suárez

NO ES PURGANTE

Es un hidrocarburo líquido, insípido, no asimilable, que lubrica las mucosas de los intestinos, facilitando la defecación.



CON SU EMPLEO PROLONGADO
SE CURA SIEMPRE EL ESTREÑIMIENTO



ANTICATARRAL

García Suárez

¡Gracias a él!

Curaré a mis enfermos
Bronconeumónicos,
Catarrosos crónicos
presuntos tuberculo-
sos, inmunizándolos
contra la

Gripe y Pulmonía

Antiséptico enérgico de las vías respiratorias y reconstituyente eficaz.

Solución Creosotada
de Glicero - Clorhidrofosfato
de Cal con Thiocol y Gomenol

No contiene calmantes.

LABORATORIO J. GARCIA SUAREZ. - MADRID

Calle Recoletos, 2, triplicado. — Teléfono 52.221. —

Salicitiro

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCION FUERTEMENTE ALCALINIZADA
2 gramos de salicilato de sosa por cucharada

PERFECTAMENTE TOLERADO POR VIA BUCAL

Evita los trastornos gástricos.
Aumenta la eficacia salicilica.
Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

**EN EL REUMATISMO
POLIARTICULAR AGUDO, CRONICO, etc.**

MUESTRAS Y LITERATURA-DEPARTAMENTO MEDICO DEL
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel
Teléfono 55.386-Apartado de Correos 9030-MADRID



LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

Ayuntamiento de Madrid

Prokliman "Ciba"

Sofocos
Palpitaciones
Agitación
Insomnio
Cefalalgias
Estreñimiento
Obesidad
Menorragias

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

Menopausia

FRASCO DE 40 COMPRIMIDOS

MUESTRAS Y LITERATURA:

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285 : BARCELONA : Apartado 745



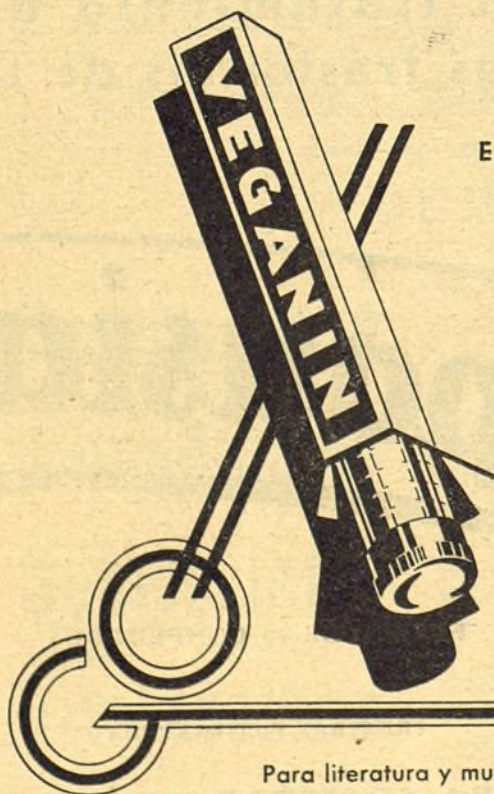
Gardénal
FENIL-ETIL-MALONILUREA

**EPILEPSIA
CONVULSIONES
ESTADOS ANSIOSOS
INSOMNIOS REBELDES**

EN TUBOS DE COMPRIMIDOS A 0^{GR}10, 0^{GR}05 Y 0^{GR}01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE...86, RUE VIEILLE DU TEMPLE...PARIS...3^E

Agentes para España:
Madrid: D. Julio García Coll. Calle de Caracas, 13.— Barcelona: D. Javier Coll. Córcega, 269.



VEGANIN

EL REMEDIO ANALGÉSICO DE EFECTOS MÁXIMOS

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

INDICACIONES:

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

GOEDECKE & Co. BERLIN, ALEMANIA

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

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

**Rompa el
circulo vicioso**



Insuficiencia de los minerales indispensables—Sodio, Potasio, Calcio, Hierro y Manganeso—inevitablemente conduce al agotamiento de la vitalidad.

En los casos de Neurastenia, Debilidad, Anemia, Caquexia, falta de resistencia y otros estados de agotamiento, el Jarabe de Fellows suple esas sales tan indispensables en forma asimilable, además de fósforo, quinina y estricnina que son estimulantes de primera necesidad.

Dosis: Una cucharadita tres veces al día.

Fellows Medical Manufacturing Co., Inc.
26 Christopher Street, Nueva York, N. Y.

Jarabe de FELLOWS

DE HIPOFOSFITOS

SUMINISTRA LOS MINERALES INDISPENSABLES

MUESTRAS
A
PETICION

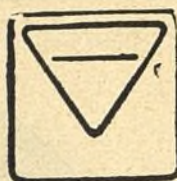
ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

Lactéol del Dr BOUCARD



Lactéol del Dr BOUCARD
Comprimidos de bacilos lácticos



Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD
Ampollas de bacilos lácticos

El Lactéol del Dr BOUCARD
(Comprimidos de bacilos lácticos) realiza una desinfección intestinal rápida. Enteritis. Diarreas. Infección y autointoxicación intestinal.

Modo de emplearlo:

9 a 12 comprimidos al día, desleídos en un poco de agua azucarada antes de las comidas.

El Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD (Ampollas de bacilos lácticos) se emplea para el tratamiento intensivo, Enteritis, Colitis y todos los trastornos de intoxicación y de infección intestinal.

Modo de usarlo:

2 a 4 ampollas por día, en un poco de agua azucarada.

Muestras: R. SALA, París, 174 - Barcelona

ION - CALCINA **PALLARÉS**

Hemostático-reconstituyente
a base de **cloruro de calcio**.

Frasco. — Para uso interno.

Ampollas. — Inyección intravenosa.

Laboratorio M. PALLARES

Plaza Mosén Sorell, 6.

VALENCIA

STROPHANTIVM **PALLARES**

Tintura de estrofantus, especialmente preparada y exactamente dosificada.

ESTREÑIMIENTO

Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE
FERMENTOS LÁCTICOS
LAXANTES

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

*1 a 3 Comprimidos
por día.*

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS - FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

SAEVI

UNA INTERESANTE NOVEDAD EN EL CAMPO DE LOS FERMENTOS LACTICOS



La LATTOVITAMINA es un cultivo en leche estéril de bacilo bulgárico; la sola forma que garantiza su vitalidad y eficacia, asociada a un medio que confiere a la preparación un elevado valor vitamínico; dicho medio es: Zumo de uva rico en Vitaminas C, al que se ha añadido una solución al 10 por 100 de hinosifosfato de calcio y magnesio, que contiene la esperma de cereales, rico en Vitaminas D.

La LATTOVITAMINA se prescribe en las autointoxicaciones intestinales; toses, infecciones del estómago o del intestino (estados dispépticos, gástricos, enteritis aguda, subagudas y crónicas, enterocolitis, gastroenteritis infantiles); ictericias infecciosas y tóxicas, estados de insuficiencia hepática; afecciones cutáneas de origen discrásico (eczema, acné; forunculosis, etc.); algunas enteropatías microbicas (tifus, paratifoidea, disentería bacilar); algunas diátesis (uricemia, diabetes, arterioesclerosis), intolerancia de la leche por la deficiencia de los fermentos que le aseguran la digestión.

La LATTOVITAMINA es el fermento láctico líquido ideal para los niños.

"INSTITUTO TERAPEUTICO ROMANO" ROMA

Literatura científica se remite solicitándola al Representante en España y Colonias
E. PISTOLESI.— Apartado de Correos 9.026.— MADRID

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación :
LECZINSKI & Co
67, Rue de la Victoire
Paris

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

**SANTAL
MIDY**

Inofensivo y de una Pureza absoluta
**CURACION
RADICAL
Y RÁPIDA**

(Sin Copaiba — ni Inyecciones)

de los Flujos Recientes ó persistentes

PARIS, 8, Rue Vivienne y en todas las Farmacias

Exigir la Firma

Santal Midy

Sobre el rótulo

Exigir el Nombre

MIDY

Sobre cada cápsula



MORRHUËTINE JUNGKEN

EL TÓNICO DE LA INFANCIA Y DE LA PUBERTAD
MEDICACIÓN YODADA POR EXCELENCIA. SE USA TODO EL AÑO SABOR GRATÍSIMO

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIA Y ATONÍAS GÁSTRICAS

Asociación
Digitalina-Uabaina

DIGIBAÏNE

reemplaza con ventaja
Digital y Digitalina.

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

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

Muestras y
literaturas:

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

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS
GRATIS

AMPOLLAS de 5 Cent. cúbicos para
ADULTOS
AMPOLLAS de 2 Cent. cúbicos para
NIÑOS

LA EXCITACIÓN DEL
NEUMOGÁSTRICO ESPASMA LOS
BRONQUIOS Y CAUSA LA CRISIS DE ASMA.
SI POR MEDIO DEL SUERO DE HECKEL, SE EXCITA EL GRAN SIMPÁTICO,
LA ACCIÓN DEL NEUMOGÁSTRICO QUEDA ANIQUILADA Y EL ESPASMO CESA

FERNAND BEJAR, Agente G^{al} para ESPAÑA, 20, Ruiz Perello, MADRID (9)

— BARACHOL —

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

LABORATORIOS HISPANIA.—VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

POR LAS CLINICAS DE EUROPA FORMULARIO CRÍTICO

TOMOS PUBLICADOS

- I **A** 7 pesetas (segunda edición)
- II **BC** (agotado y en reimpresión).
- III **DE** 8 pesetas (segunda edición).
- IV **FGH** 7,50 pesetas.
- V **IJKL** 7,50 pesetas.

- VI **MN** 7,50 pesetas.
- VII **O** 7,50 pesetas.
- VIII **P** (hasta **Parto**) 8,50 pesetas.
- IX En impresión.

El número de páginas de cada tomo es variable entre 400 y 900.

Nuestro Formulario Crítico tiene cada día mayor reputación entre los médicos, considerándose como el mejor de los hasta ahora publicados.

Los tomos sucesivos, en cuya confección trabajan varios redactores que conocen y hablan todos los idiomas y disponen de libros de todas las naciones para llevar a la perfección nuestro FORMULARIO, se publica por entregas de ocho páginas encuadernables en nuestra importante Revista **EL SIGLO MEDICO**.



SANATORIO NEUROPÁTICO

Calle de Pablo Iglesias, 52.—CARABANCHEL BAJO (Madrid).— Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8. — MADRID.—Teléfono 11680

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

Pídanse reglamentos a la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

CARABANCHEL BAJO.—Calle de Pablo Iglesias, núm. 12.— Teléfono 71 C.

Escuela, talleres, gimnasio y granja para niños retrasados de inteligencia o con anomalías de carácter y psicopatías.—Tres profesores especializados.

Dirección médica: Dr. Gonzalo R. Lafora.

Las enfermedades del Estómago e Intestinos

dolor de estómago, dispepsia, acedías y vómitos, inapetencia, diarrea, úlcera del estómago, etc., se curan positivamente con el

**ELIXIR ESTOMACAL
SAIZ DE CARLOS**
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo
que triunfa siempre.

Ventas Principales farmacias
del mundo.

CALDAS DE OVIEDO

Aguas oligometálicas, muy radioactivas.— Temperatura, 43 grados.

Enfermedades del aparato respiratorio.—Reumatismos crónicos dolorosos.

Notables resultados de las estufas en la hipertensión arterial.

Agua en bebida.—Baños.—Duchas.—Inhalaciones.—Pulverizaciones.—Hay médico en el Establecimiento.

GRAN HOTEL DEL BALNEARIO

Todo confort.—Cocina selecta.— Varias fondas.— Casas de huéspedes.

15 de Junio a 30 de Septiembre.

FOSFOTIOCOL

TOSSES Y CATARROS

Ayuntamiento de Madrid

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

Frasco de 250 gramos, 3,65 ptas. en toda España.

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA



EXTRACTO DE MALTA

"EUMALT"

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

SIMPLE
CON HIPOFOSFITOS
CON HEMOGLOBINA
CON PEPSINA Y PANCREATINA
CON YODURO FERROSO
CON ACEITE MIG BACALAO
CON ACEITE MIG BACALAO E HIP

DIPLOMA DE MÉRITO
2º Congreso de médicos de la lengua catalana — Julio 1917 —



Dr. P. Andreu Lloberes
Esplugas (BARCELONA)

Establecimiento Balneario de Arnedillo (LOGROÑO)

Aguas termales (52° 5 c) clorurado-sódicas (5 gramos en litro), sulfatado-bromuradas, con litio y rubidio, notablemente radioactivas (1.142 voltios hora litro).

ESPECIALISIMAS para la curación del artrismo y reumatismo en todas sus formas, principalmente en la ciática, gota, escrofulismo, contracturas, luxaciones, fracturas, heridas, úlceras, gripe mal curada, etc., etc.

Aplicaciones completas de Lodos vegetominerales, únicos en España.

HOTEL DEL BALNEARIO. precios moderados, excelente trato, todo confort.

Estancia tranquila; clima muy saludable; altura sobre el nivel del mar, 851 metros.

Viaje estación de CALAHORRA 15 de Junio a 30 de Septiembre
Detalles, folletos, etc., etc. Administrador del Balneario.

VACANTES

Hasta el 18 de Agosto se pueden solicitar las siguientes por concurso de antigüedad:

—Por excedencia, la de Irijoa (La Coruña), p. judicial de Betanzos; dotación, 2.750 pesetas por 300 familias de la Beneficencia. Población, 3.949; categoría 2.ª

Datos.—Ayunt. a 13 km. de la c. de p., cuya est. es la más próx. Carr.

—Por renuncia, la de Ojos (Murcia), p. judicial de Cieza; dotación, 2.200 pesetas por 38 familias de la Beneficencia. Población, 1.228; categoría 3.ª

Datos.—V. a 25 km. de la c. y a 14 de la c. de p. La est. más próx., Archena, a 10 km. Río Segura.

Por concurso de méritos, también hasta el 18 de Agosto, las que siguen:

—Por renuncia, la de Valsequillo (Las Palmas), p. judicial de Telde; dotación, 2.750 pesetas por 80 familias de la Beneficencia. Población, 3.793; categoría 2.ª

Datos.—L. a 94 km. de la c. de p. Carr. a la c.

—Por renuncia, la de Valtiendas (Segovia), p. judicial de Cuéllar; dotación, 2.200 pesetas por 13 familias de la Beneficencia. Población, 595; categoría 3.ª

Datos.—L. a 66 km. de la c. y a 38 de la c. de p. La est. más próx., Peñafiel, a 22 km. Carr.

—Por defunción, la de Bardallur (Zaragoza), p. judicial de La Almunia; dotación, 1.075 pesetas por 18 familias de la Beneficencia. Población, 780; categoría 5.ª

Datos.—L. a 38 kms. de la c. y 30 de c. de p. La est. más próxima a 3 km. Río.

(Continúa en la página siguiente.)

Balneario de Carlos III TRILLO

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

Médico-director en propiedad: Excmo. Sr. D. Víctor M.ª Cortezo.

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.

De mucho interés para los titulares.

Documentos y gastos precisos para obtener el título y la certificación de Inspector municipal de Sanidad.

Se presentarán en la Dirección general de Sanidad:

Instancia dirigida al Sr. Director con arreglo al siguiente modelo:

Póliza de 1,50 pesetas.

«Excmo. Sr.:

El que suscribe (nombre y dos apellidos), natural de, provincia de, de años de edad, domiliado actualmente en, con Título de Licenciado en Medicina expedido con fecha a V. E. expone:

Que teniendo derecho a ingresar en el Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad envía los siguientes documentos acreditativos de ese derecho:

a) Certificado de haber realizado el cursillo en (población) (1).

b) Certificación de estudios expedida por la Universidad de

Suplica a V. E. se sirva dar las órdenes oportunas para la expedición del título y certificación.

.... de de 19

Sr. Director general de Sanidad, Madrid.»

Gastos:

Instancia reintegrada con..... 1,50

En metálico por expedición de título y certificado..... 13,15

El certificado se entregará en la Asociación de Inspectores municipales. El título quedará en propiedad del interesado.

Documentos y gastos precisos para el ingreso en el Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

Se presentarán en la Secretaría de la Asociación de Inspectores:

1.º Instancia pidiendo ingreso en el Cuerpo, según el siguiente modelo:

«Expediente núm.

Póliza de 1,50 pesetas.

Ilmo. Sr.:

Don, natural de, provincia de Fecha de nacimiento, de de Fecha de expedición del Título de Licenciado, con residencia en, provincia de, a V. I. con el debido respeto expone:

Que creyéndose con derecho a figurar en el Escalafón del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad,

Suplica a V. I. se digne disponer la inclusión en el citado Escalafón.

.... de de 193

(Firma.)

(Documentos indispensables: Partida de nacimiento (legalizada si procede), certificación de ingreso en el Cuerpo y declaración jurada del Título de Licenciado en Medicina.)

Ilmo. Sr. Presidente de la Comisión

(1) Los que sean médicos titulares con anterioridad a los cursillos, han de consultar en la Dirección general de Sanidad si tienen derecho a ser Inspectores municipales de Sanidad.

del Escalafón del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.»

2.º Copia del título de licenciado, según el siguiente modelo:

«Escalafón del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

Mi título de Licenciado en Medicina, copiado a la letra, dice así:

.....

.... de de 193

(Firma.)

Como Presidente de la Junta provincial de de la Asociación de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad, certifico que esta copia literal concuerda con el título original que me ha sido exhibido.

.... de de 193

(Firma.)

Sello.»

3.º Certificación de la Dirección de Sanidad en la que consta ser Inspector municipal el solicitante.

4.º Partida de nacimiento legalizada.

Gastos:

Los que ocasionan los reintegros de las documentaciones indicadas:

Instancia reintegrada con..... 1,50

Documentos y gastos precisos para obtener la ficha de méritos:

1.º Presentarse en la Asociación de Inspectores municipales de Sanidad (o escribir una carta haciendo la petición, enviando al mismo tiempo 5 pesetas —y no olvidando poner las señas del remitente bien claras—) solicitando una hoja de servicios. Al siguiente día se puede recoger (o por carta se indicó a la Asociación lo realizara) para entregar dicha hoja en la Dirección general de Sanidad.

Gastos:

Por expedición de la hoja de servicios. 5 pesetas.

2.º La hoja de servicios se entrega en la Dirección general de Sanidad donde hay que presentar una instancia con arreglo al siguiente modelo:

Póliza de 1,50 pesetas.

«Ilmo. Sr.:

Don, con Título de Licenciado en Medicina expedido con fecha y residencia en, provincia de, a V. I. con el debido respeto expone:

Que perteneciendo al Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad como acredita por la hoja de servicios que acompaña,

Suplica a V. I. dé las órdenes para que le sea expedida la ficha de méritos y copias de la misma.

En cumplimiento de las disposiciones legales vigentes.

Madrid de 19

Sr. Inspector general de Sanidad Interior.»

Gastos:

Reintegro de la instancia..... 1,50

Derechos por expedición de ficha.. 5,15

Por cada copia de dicha ficha... 1,00

Una vez obtenida la ficha se pueden solicitar sin instancia las copias que

precisen sin abonar más que una peseta por cada copia.

La Asociación de Inspectores municipales de Sanidad, instalada en Madrid, calle de Postas, núm. 80, facilita datos e interviene en la consecución de los referidos documentos cuando son de competencia.

Certificado de Penales.

He aquí los requisitos y gastos precisos para obtener un certificado de antecedentes penales:

Instancia en la que ha de hacerse constar nombre y dos apellidos del solicitante; pueblo y provincia de su nacimiento; edad; nombre del padre y nombre de la madre; uso que ha de tener el certificado.

GASTOS

Pesetas.

Instancia.....	1,50
Sello de urgencia (para poder recoger el certificado al siguiente día).....	0,50
Póliza para el certificado.....	3 00
Sello del Colegio de Huérfanos de Justicia.....	0 50
TOTAL.....	5 50

SARNA
Cúrase con SULFURETO CABALLERO

NOTICIA NECROLOGICA

Don Gustavo Gratia ha pasado al eterno descanso el 3 de Mayo del presente año, en Cureghen (Bélgica). Hijo de un profesional de la Veterinaria, había nacido en Virton el año de 1855.

Desde muy temprano se distinguió por sus aficiones en el estudio de humanidades y en 1874 entró en la entonces Escuela de Cureghem. Después de terminada su licenciatura en Medicina, se doctoró y se hizo en ella auxiliar de Anatomía.

No era el Dr. Gratia persona de escasas capacidades, como lo demostró sacando adelante a su vez la hereditaria carrera de veterinario y la de humanidades, por la cual sentía verdadera vocación. Sin descanso en sus estudios consiguió pasar de auxiliar a catedrático de la asignatura de Anatomía patológica y Patología general, llegando en muy poco tiempo a dirigir la escuela en que había entrado como simple auxiliar. Más tarde dicha escuela fué elevada a Facultad, cubriéndole la honra de ser nombrado su decano.

A pesar de la enorme tarea que re

CATARROS. TOS
JARABE MADARIAGA.
benzocinámico.

presenta la atención de las enseñanzas a su cargo y de la enorme clientela que había de atender, el Dr. Gratia dotó a las investigaciones médicas de varios y

muy interesantes trabajos sobre los estudios de la tuberculosis, particularmente en lo que se relaciona a las infecciones producidas por las aves domésticas y por la virulencia de las carnes de los animales infectados.

En 1903 combatió vivamente las ideas de Koch, cuando éste estimaba que la tuberculosis humana era muy diferente de la bovina y que por consecuencia no

CARABAÑA: el mejor purgante.

había necesidad de preocuparse por tomar medidas preventivas; aconsejando el humanitario doctor las más exquisitas precauciones para evitar la transmisión posible de la tremenda enfermedad y en múltiples ocasiones por las leches y por las carnes.

También le cupo al Dr. Gratia la siempre estimable honra de ser muy querido y amado por sus discípulos y clientes, a quienes sus simpatías sin límites y sus dones serviciales supieron conquistar en los grados de naturalidad y sencillez. El Gobierno belga, reconociendo los méritos de que era alabado y queriendo por su parte honrar los servicios rendidos a la higiene pública, le nombró gran oficial de la Orden de la Corona y comendador de la Orden de Leopoldo. La Academia de Medicina de Bélgica le distinguió, eligiéndole para su presidencia, y numerosas Sociedades le contaban en su seno, siendo además miembro de la Sociedad Biológica y de la Academia de Veterinaria de Francia.

M. P. B.



MAL GENIO

Si le gustan a usted el ruido, la animación y la alegría, le aconsejo que cuando pase por Gonfle Bouffigne no entre en el café de Bourthoumien.

Se trata de un establecimiento tranquilo, cuya clientela se compone de funcionarios jubilados, comerciantes retirados de los negocios y antiguos gen-

Borolumyl (sin bromuro), medicamento racional y muy activo contra la epilepsia, vómitos del embarazo. Tolerancia absoluta. Sedante del sistema nervioso.

darmes, que matan el tiempo jugando a las cartas o al dominó, o dormitando con una revista ilustrada entre las manos. En invierno, la vieja clientela se agrupa para calentarse los pies alrededor de una estufa vetusta, pues allí se desconocen los modernos sistemas de calefacción.

La otra tarde ardía en la estufa un buen fuego, junto al cual, y vuelto de espaldas, recalentaba sus viejos reumatismos el señor Roumegne, que ha pasado treinta años detrás de una ventanilla de Correos antes de retirarse a su país

natal, cuando entró Cagoufiot, el vecino más bromista de Gonfle-Bouffigne.

—¿Qué cuenta, señor Roumegne?—dijo, acercándose al fuego para reanimar sus miembros, entumecidos de frío—. ¡Vaya un tiempico para darse una vuelta en mangas de camisa! Y usted, ¿cómo está?

—Estoy... estoy... como los asuntos del pueblo—gruñó el señor Roumegne, que pasa por el peor genio de la localidad—. No siento los pies de frío. Tengo un catarro que no me deja respirar. Mi ciática se ha despertado, y temo que mi lumbago me juegue una de las suyas. Y usted, querido Cagoufiot, ¿qué cuenta usted de nuevo?

—Algo diría bastante nuevo—respondió Cagoufiot—; pero, conociéndole como le conozco, temo que se enfade usted.

—¿Y por qué voy a enfadarme?—exclamó el señor Roumegne en un tono

Más de once mil médicos recetan y
compran ellos o sus familias el
ELIXIR CALLOL

que hizo volver la cabeza a todos los clientes.

—Porque siempre está usted malhumorado dijo Cagoufiot—y se pasa la vida gruñendo por todo a cada momento. Si hace calor, pide usted frío, y si no llueve, desearía que lloviese a cántaros. En fin, tiene usted un genio imposible, dicho sea con todos los respetos que usted me merece. Por eso prefiero callarme, antes de verle a usted echando venablos por esa boca.

—Y usted será siempre el mismo tipo que se las echa de gracioso sin tener maldita la gracia. Vamos a ver, ¿qué tenía usted que decirme?

—Pues... quería decirle... Pero, no..., no me atrevo. Repito que se va usted a enfadar.

—Le digo que no me enfado.

—¿De verdad?

—Cuando yo se lo aseguro!

—¿No perderá usted su tranquilidad?

—Pero ¿es que yo no puedo oír nada sin alterarme?

—¿Lo jura usted?

—¡Mil bombas! ¡Hable usted de una vez!

—Pues bien; cuando entré en el café oí a chamusquina y..., en efecto... Mírese la americana. Se ha acercado usted demasiado al fuego y tiene ya quemada media chaqueta.

—¡Imbécil!—rugió el señor Roumegne al comprobar el daño—. ¡Idiota! ¡Cien veces idiota! ¿No podía habérmelo dicho antes?

Y Cagoufiot, tranquilo y tomando todo el café por testigo, respondió:

—¿No le decía yo a usted que se iba a enfadar?

RODOLPHE BRINGER.

Jarabe Bebé. - Tetradínamo. - Senti-cemilol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)

Véase anuncio, página IV.

JAMAS el amor ha pretendido una cosa en vano.

MILLON.

Lo que se come en Madrid.

Como muestra de lo que se consume en Madrid publicamos los siguientes

"MALTOPOL"

Extracto de malta en polvo; contiene diastasa y vitaminas en forma concentrada. M. F. Berlowitz.—Alameda, 14, Madrid.

datos estadísticos oficiales, correspondientes al año 1931:

Conceptos.	Unidades.	Kilogramos.
Frutas.....	»	37.714.680
Melones.....	»	3.658.800
Fresa.....	»	2.480
Verduras.....	»	91.736.160
Patatas.....	»	5.428.400
Gallinas, gallinas, etcétera.....	1.166.020	»
Patos.....	2.973	»
Pavos.....	22.123	»
Conejos.....	636.166	»
Liebres.....	6.511	»
Perdices.....	11.733	»
Pichones.....	11.910	»
Pescados.....	»	28.738.560
Huevos.....	35.264.000	»

Además de las cantidades consignadas se han introducido sin ir al mercado 61.043.300 kilogramos de patatas; 111.420.600 huevos; 6.893 pavos; 58.770

EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

por su pureza y poder nutritivo constituye una eficaz ayuda en los enfermos y convalecientes, y por su exquisita elaboración, es una deliciosa golosina para los sanos.

De venta en Madrid: Mantecuerías Leonesas y principales establecimientos, provincias, y Zaragoza: Despacho, Coso, 58.

perdices; 278.568 gallos y gallinas; palomas y pichones, 7.368; 8.061 liebres, y 363.739 conejos.

A estos datos hay que añadir los que se refieren al número de reses sacrificadas, que se eleva a 697.809, con un peso total de 30.065.795 kilos.

En cuanto al pan, la cantidad total de kilogramos consumidos, entre el que se elaboró en Madrid y el procedente de los pueblos limítrofes, se eleva a 73.984.079.

JARABE ALMERA

a base de fosfato de cal gelatinoso, el más asimilable.

Materias de que se compone el cuerpo humano.

En el Museo Zoológico de Wáshington se expusieron hace tiempo todos los productos que se obtuvieron de un cadáver humano después de sometido al análisis químico.

El cadáver, que pesaba 77 kilogramos, dió el siguiente resultado:

18 litros de agua potable; 1.500 gramos de albúmina; cinco kilogramos de gelatina pura; 17.250 gramos de grasa humana; 500 gramos de carbonato de cal; 4.250 gramos de fosfato de cal; 500 gramos de sal; 500 gramos de azúcar, y 400 gramos de almidón.

importaban, hizo fijar sobre aquélla el medallón y lo llevó con las púas aplicadas sobre la piel. Cada vez que se movía se le clavaban en la carne las púas, produciéndole una sensación de dolor tan voluptuosa que, a veces, apretaba la plaza para que se incrustara más. Confiesa que lo que le pasaba era una locura, pero son tantas las que hace cometer el amor.

Las mujeres que atienden a los deseos de la clientela masoquista disponen de los instrumentos de tortura más variados, porque también son variados los caprichos que tienen a este respecto los masoquistas. Algunos llegan a extremos que ponen en peligro su vida. Una variedad del masoquismo es también el pajismo, que consiste en el deseo que tiene el hombre de ser tratado, no realmente como un paje, sino como un esclavo o como un perro. Estos individuos disfrutan como de un placer supremo de prestarse a los ser-vicios más denigrantes. No se crea que tales sujetos son de una índole ateminada y enfermiza, sino que, por el contrario, tienen muchas veces un aspecto claramente varonil y hasta muy robusto.

Hércules, hilando la rueca como una mujer a los pies de Ónfalo, es una muestra bien clara de ello, siquiera la tradición haya suprimido al hecho todo carácter violento. El masoquismo es mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres, porque éstas dominan mejor sus instintos sexuales y no se someten o se dejan esclavizar con tanta facilidad como aquéllos. El masoquismo fisiológico de la mujer es más bien de carácter moral, pero en las mujeres muy sexuales se puede presentar una subordinación sexual análoga a la del hombre. Tienen también carácter de masoquismo ideal los individuos que requieren de las prostitutas les dejen tocar sus prendas íntimas sucias, etc., y sufren el placer sexual sin llegar a tocar a la mujer, así como los que hallándose en una situación económica elevada y poseyendo gran cultura mantienen trato con las prostitutas de más baja estofa, lo mismo que las mujeres de gran posición social que se prostituyen con individuos de los oficios más toscos y de menos educación.

confianzas que por su corta edad le venía concediendo. La misma que en este caso, se produce en todos la afición a la flagelación por causas ocasionales como verla hacer en otros muchachos o sufrirla durante la edad escolar, especialmente si el dolor no es muy violento, como sucede a veces, sea porque efectivamente los golpes no sean enérgicos o porque el hábito a ellos cuando se reproducen con frecuencia hace que no se sientan con tanta intensidad.

En cuanto a la afición a la flagelación activa, es corriente que se desarrolle en los maestros cuando usan y abusan de las correcciones corporales. Otras veces se trata de personas que se valen de los más diversos recursos para lograr que muchachos se dejen azotar y guarden silencio sobre ello, por ejemplo, un individuo que haciéndose pasar por policía procuraba con cualquier pretexto hacer ir muchachos a su casa y allí les advertía de que por cualquier travesura de ellos tenía que poner una multa a sus padres, y cuando los chicos pedían perdón por ello, accedía a substituir el castigo por la pena de azotes.

En Inglaterra es la flagelomanía una perversión muy corriente, sin duda porque es el país en donde la pena de azotes se encuentra reconocida por la ley y autorizada tanto en las escuelas como en los presidios y cárceles, y hasta en el ejército y en la marinería. En los lupanares ingleses suele haber una verdadera selección de medios para llevar a cabo la flagelación, que realizan corrientemente las mujeres, pero como quiera que también hay algunas de éstas aficionadas a la flagelación pasiva, no faltan los flagelantes masculinos.

Relacionada con esta flagelomanía se encuentra la de atar o dejar imposibilitados a los que sufren la flagelación, que suelen mostrar los que practican este procedimiento y que a veces cuesta caro a las aludidas víctimas, porque la mujer sádica o el hombre sádico no se conforman con la flagelación y acuden a las demás formas de sadismo. Descuellan entre éstas las lesiones sádicas y los asesinatos idénticos. Las primeras son las que los asesinos infieren con todo género de instrumentos mortíferos. En la mayoría de los casos no existe la intención de producir la muerte, pero

ésta sobreviene, sea por la índole misma de las lesiones inferidas, sea porque el sádico, asustado por la gravedad de las lesiones producidas quiera hacer desaparecer a su víctima.

El asesinato lúbrico, del que se conocen varios casos recientes en la literatura folletinesca, que están en la memoria de todos, es, por fortuna, poco frecuente. Cuando son mujeres las que practican el asesinato, no es raro que lo hagan por envenenamiento, y, en efecto, las envenenadoras más conocidas en la Historia fueron mujeres de costumbres muy licenciosas. Otras veces, tanto hombres como mujeres inferen a sus víctimas verdaderas heridas ligeras para ver fluir la sangre o para chuparla, lo que constituyen casos de vampirismo sexual.

Existe una tercera forma de sadismo, que consiste en crear daños a la propiedad ajena por motivos sádicos. En este caso se encuentran los sujetos que se dedican a destruir los vestidos o a incendiar haciendas por motivos sádicos y los que cometen robos, que en muchos casos son francamente inexplicables por la inutilidad o por el escaso valor del objeto robado (pieza descabada de unas prendas o de un servicio que requiere juego completo).

Además de estas dos formas de sadismo, aparte de la flagelación, existen otras formas del mismo que son más ideales que reales, pues lo que sucede es que el que lo ejecuta siente la voluptuosidad al figurarse el padecimiento, muchas veces moral, de su víctima. Así, la vista de una mujer que padece contradicciones amorosas y por este motivo sufre al ver a otras más felices, estimula en algunos el placer sexual, y se cita el caso de un sujeto que acusaba a mujeres de hurtos que no habían cometido para gozarse en el sufrimiento moral que semejante calumnia les producía.

El llamado sadismo de palabra no es sino una exageración hasta lo ridículo de los gritos y sonidos fisiológicos en el coito. En el sadismo de palabra estos gritos se exaltan por lo animal y brutal, por lo ordinario y lo obscuro, que evidentemente exagera la sensación voluptuosa. Esta forma de sadismo está muy extendida y lo ha estado desde la más

remota antigüedad. En el lenguaje popular de todos los países se encuentran unidas las maldiciones y los insultos o las blasfemias con la sexualidad.

Algunos sujetos necesitan pronunciar las peores obscenidades o escucharlas durante el coito para que éste se realice de una manera perfecta, o bien necesitan que esto se haga por carta. Hay casos en los que estas obscenidades constituyen por sí mismas toda la satisfacción del deseo sexual, pues los individuos afectos no se permiten ni la menor licencia durante este tiempo con la mujer con quien hablan.

Hay una forma rara del sadismo que consiste en embardunar el cuerpo de la persona con quien se trata de aceite o de jabón, el enjabonamiento acompañado de fricciones. Por último, citaremos la blasfemia sádica o satanismo, que consiste en la necesidad de atacar a la religión con fines sádicos. Esta forma de sadismo ha culminado en las misas negras, que consistían en parodias obscenas y sacrilegas de la misa religiosa. Hace algunos años se pusieron en boga las noticias de determinadas sectas amaricanas que practicaban el culto al diablo, y aunque en las noticias hubiera sin duda mucho de fantástico, es evidente que existe un fundamento cierto para estas descripciones.

Más extendido que el sadismo se encuentra en la actualidad el masoquismo o algolagnia pasiva, que es el deseo de sufrir toda suerte de dolores y de humillaciones para lograr la excitación sexual. La afinidad entre el amor, la voluptuosidad y la instigación al sufrimiento son bastante frecuentes. En el masoquismo existe también la condición de la humillación y de la entrega absoluta, en cuerpo y alma. Alfredo de Musset ha dejado un testimonio curiosísimo de la coincidencia de estos sentimientos.

Para definir el recuerdo que le dejó en la vida su adorada, recuerda que un día le dió un medallón con su retrato en miniatura, que él llevaba sobre el corazón, como es corriente en esos casos. Un día halló en casa de un anticuario unas disciplinas que tenían al extremo de una de las correas una plaquita con afiladas puntas de acero y las compró, separó la plaquita, y desechando las disciplinas que nada le

— Por defunción, la de Cortes de la Frontera (Málaga), partido judicial de Gaucín; dotación, 3.300 pesetas por 175 familias de la Beneficencia. Población, 6.714; categoría 1.ª

Observaciones. — Gratificación de 300 pesetas por la visita semanal a las barriadas Cañada del Tesoro y a Colmenar, distantes 10 y 15 kms. respectivamente.

Datos. — V. a 80 km. de la c. y a 10 de la c. de p. Ferr.

— Por excedencia, la de Siruela (Badajoz), p. judicial de Herrera del Duque; dotación, 2.750 pesetas por 183 familias de la Beneficencia. Población, 5.162; categoría 2.ª

Datos. — V. a 210 km. de la c. y a 26 de la c. de p. La est. más próx., Cabeza del Brey, a 34 km. Río.

— Por renuncia, la de Lanzahita (Ávila), p. judicial de Arenas de San Pedro; dotación, 1.850 pesetas por 50 familias de la Beneficencia. Población, 1.070; categoría 4.ª

Observaciones. — Iguales, 4.500 pesetas.

Datos. — V. a 71,5 km. de la c. y a 16,5 de la c. de p., Talavera, a 33 km., la est. más prox. Carr. Río.

Y por oposición, también hasta el 18 de Agosto.

— Por jubilación, la de El Molar (Madrid), p. judicial de Colmenar Viejo; dotación, 1.750 pesetas por 90 familias de la Beneficencia. Población, 1.796; categoría 4.ª; provisión, oposición.

Observaciones. — Tribunal especial; presidente, D. Enrique Bardají López.

Datos. — V. a 43 km. de la c. y a 23 de la c. de p., que es la est. más próx. Carr.

— Por renuncia, la de Serrejón (Cáceres), p. judicial de Navalmoral; dotación, 2.200 pesetas por 150 familias de la Beneficencia. Categoría 3.ª; provisión, oposición.

Observaciones. — Renunciada. Tribunal especial; presidente, D. Francisco Ruiz Morote.

Datos. — V. a 100 km. de la c. y a 22 de la c. de p. La est. más próx., Casatejada, a 11 km. Río Tajo.

— Por renuncia, la de Chozas de Abajo (León); dotación, 2.750 pesetas por 280 familias de la Beneficencia. Población, 3.080; categoría 2.ª; provisión, oposición. Solicitudes hasta el 21 de Agosto.

Observaciones. — Tribunal especial; presidente, D. José Vega Villalonga.

Datos. — L. a 13 km. de la c., que es la c. de p. La est. más próx., a 5 km., Villadangos.

— Vacantes en el Cuerpo de Sanidad Provincial dos plazas, una de médico tercero con sueldo de 6.500 pesetas y otra de cuarto con entrada de 5.000 pesetas, ambas con destino en el Hospital Provincial, las cuales se han de proveer por oposición libre, cuyo programa se ha publicado en el *Boletín* correspondiente al día 30 de Junio próximo pasado, y con arreglo a las condiciones siguientes: Los aspirantes deberán acreditar ser españoles, menores de cuarenta y cinco años, de buena conducta, haber cumplido sus deberes militares y ser doctores o licenciados en Medicina. Instancias dirigidas al señor presidente de la Diputación provincial de Valladolid, en papel de clase octava, con sello provincial de 1 peseta, en el plazo de treinta días. (*Boletín Oficial* del 13 de Julio.)

Practicantes y comadronas.

Aranda de Moncayo (Zaragoza). Practicante y comadrón. 450 pesetas cada plaza. 12 de Agosto.

Plenas (Zaragoza). Practicante. 151 pesetas. Idem.

San Vicente del Palacio (Valladolid). Practicante y matrona. 375 pesetas cada plaza. 11 de Agosto.

Castillonuevo (Navarra). 35 por 100 del haber del médico. 1 de Agosto.

Cazorla (Jaén). Matrona. 1.000 pesetas. 14 de Agosto.

Castillo de Locubín (Jaén). Practicante. 700 pesetas. 14 de Agosto.

Baños de Tajo (Guadalajara). Practicante-barbero peluquero. 70 fanegas de trigo, 70 cargas de leña y 50 pesetas. 13 de Agosto.

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, Difteria y los Catarros crónicos, haciendo cesar la fatiga y produciendo una suave expectoración.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

Depósito central: Sr. Medina, Serrano, 36, Madrid, y al por menor en las principales farmacias de España y América.

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg. *Æculus 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.

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

FILOBIOL: Elixir dinamógeno en cuya esencial composición entra verdadera Nucleína específica, Fósforo y Arsénico orgánicos, Thioocol, Pepsina y extractos estabilizados de Kola y de Nuez Vómica. (Cuando le hayan fracasado todos los reconstituyentes, ensaye el **FILOBIOL**, que ponemos a su disposición.)

YODASEPTOL: Medicamento de uso tópico para la terapéutica de las mucosas.

Yodo, ácido tímico, Láudano, Yodhidrato potásico, en solución glicérica.

Utilísimo en otorrinolaringología y ginecología (toques, tapones, gargarismos.)

Muestras a disposición de los señores médicos, previa demanda, indicando con toda claridad la dirección y estación del ferrocarril, al

Laboratorio LUNA PEREZ

LUCENA (CÓRDOBA)

ANALISIS

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

Laboratorio del DR E. ORTEGA sucesor del Dr. Calderón.

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866

DULCIMIDA

Tabletas de 0,03 gramos del derivado sódico del sulfimido benzoico de la F. E.
En las prescripciones, cuando deba prescindir de hidratos de carbono, formule **DULCIMIDA**.

Cinco centigramos equivalen a la dulzor de 30 gramos de jarabe.

Dos tabletas de 0,03 gramos equivalen a la dulzor de 40 gramos de jarabe.

Sabor agradable, tolerada perfectamente, inocua por completo.

Prescribese en: **Diabetes, Obesidad, Diarreas infantiles**; para todos los colutorios, gargarismos y dentífricos, **Artritis**, etc.

Frascos de 100 y 250 tabletas. **Dosis: una o dos tabletas** para sabor agradable.

Laboratorio Farmacéutico J. B. MORATO FONT.—Paseo San Juan, 87.—Tel. 70261.—BARCELONA

Recuerde siempre

DULCIMIDA

Es 450 veces más dulce que el azúcar :: No es hidrato de carbono :: Es inocua ::

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

TÓNICO INFANTIL
a base de glicerofosfato de cal,
ácido arsenioso, glicerina
y muira puama.

•••••

FIMONAL

MEDICAMENTO
especial para el tratamiento de las
enfermedades del aparato
respiratorio.

Fórmula: Gomenol, arrhenal,
benzoato sód. benjuí y dionina.