

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

Fundadores: Sres. Delgrás, Escalar, 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.

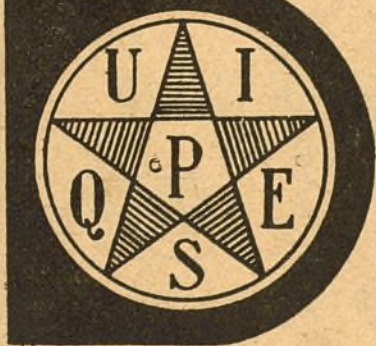
Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contrario. — Pago adelantado. — Número atrasado 2 pesetas.

La correspondencia administrativa y giros al administrador.

La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121.

DIABÉTICOS



VINO URANADO PESQUI

Que elimina el azúcar del organismo a razón de un gramo por día, fortifica, calma la sed, evita y cura las complicaciones DIABÉTICAS

OTROS PREPARADOS:

SIMIL AZÚCAR PESQUI, para el uso de los diabéticos.

DELGADOSE. Contra la obesidad, completamente inofensivo.

Alcohol de MENTA PESQUI. Antiséptico, para la higiene de la boca.

RINONASOL PESQUI. Contra el catarro nasal.

LABORATORIO PESQUI

Alameda, 17, San Sebastián (ESPAÑA)

Arhéol

$C^{15}H^{24}O$

Principio activo de la Esencia de Sándalo
Superior a las Esencias de Cedro y de Sándalo

Gonorrea - Cistitis

Catarro vesical

Pielonefritis - Pielitis

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



Productos Nacionales

Laboratorios Abello

OROSANIL

SANOCAL INTRAVENOSO

SANOCAL INTRAMUSCULAR

SANOCAL GRANULADO

OVULOS VAGINALES

SANOTION

LUMCALCIO

EXCLUSIVISTA

MADRID Vinaroz 5 HIJOS DE HONORIO RIESGO
Flor Alta 10

VALENCIA

Clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad,
correspondiente a la provincia de Valencia.

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Ademuz y Puebla de San Miguel.....	2	2. ^a	Canals.....	2	3. ^a
Adzaneta y Carrieda.....	1	3. ^a	Canet de Berenguer.....	1	4. ^a
Agullent.....	1	4. ^a	Carcagente.....	4	2. ^a
Alacuas.....	2	3. ^a	Carcer y Cotes.....	1	3. ^a
Albaida y Benisoda.....	2	3. ^a	Carlet.....	2	2. ^a
Albal y Benipanel.....	2	3. ^a	Casas Bajas, Casas Altas y Ballanca...	1	3. ^a
Albalat de la Ribera.....	2	3. ^a	Casinos.....	1	3. ^a
Albalat de la Sorrells.....	1	4. ^a	Castellón de Rugat y Rogat.....	1	3. ^a
Albalat de Segart y Segart de Albalat..	1	5. ^a	Castilfabib.....	1	2. ^a
Alberique y Benimuslen.....	3	2. ^a	Catadau.....	1	4. ^a
Alborache.....	1	4. ^a	Catarroja.....	3	2. ^a
Alboraya.....	2	3. ^a	Caudete de las Fuentes.....	1	4. ^a
Albuixech.....	1	3. ^a	Cofrentes.....	1	3. ^a
Alcacer.....	2	3. ^a	Corbera de Alcira.....	2	3. ^a
Alcántara de Júcar, Benégida y Sellent.	1	3. ^a	Cortes de Pallás.....	1	5. ^a
Alcira.....	7	1. ^a	Cuart de les Valls.....	1	4. ^a
Alcublas.....	1	3. ^a	Cuart de Poblet.....	1	3. ^a
Alcudia de Carlet.....	2	2. ^a	Cuartell y Benavites.....	1	3. ^a
Alcudia de Orenspins.....	1	4. ^a	Cuatredonda.....	1	3. ^a
Aldaya.....	1	3. ^a	Cullera.....	4	2. ^a
Alfajar y Lugar Nuevo de la Corona...	2	3. ^a	Chelva.....	2	2. ^a
Alfara de Algimia.....	1	5. ^a	Chella.....	1	3. ^a
Alfara del Patriarca.....	1	3. ^a	Chera.....	1	4. ^a
Alfaró.....	1	4. ^a	Cheste.....	3	3. ^a
Alfarrasi, Benisuera, Guadasequies y Sempere.....	1	4. ^a	Chirivella.....	1	4. ^a
Algar de Palencia.....	1	5. ^a	Chiva.....	2	2. ^a
Algemesi.....	4	2. ^a	Chulilla.....	1	4. ^a
Algimia de Alfara y Torres-Torres.....	1	4. ^a	Daimuz y Guardamar.....	1	3. ^a
Alginet.....	2	2. ^a	Domeño y Loriguilla.....	1	4. ^a
Almácer y Bourepós.....	1	2. ^a	Dos Aguas.....	1	4. ^a
Almoines.....	1	3. ^a	Enguera.....	2	2. ^a
Almusafes.....	1	2. ^a	Enova.....	1	4. ^a
Alpuente.....	1	2. ^a	Estivella.....	1	4. ^a
Alquería de la Condesa y Palmera.....	1	4. ^a	Faura.....	1	4. ^a
Andilla.....	1	3. ^a	Favareta.....	1	4. ^a
Anna y Estubeny.....	1	2. ^a	Fontanares.....	1	3. ^a
Antella.....	1	3. ^a	Fortaleny.....	1	4. ^a
Aras de Alpuente.....	1	3. ^a	Foyos.....	1	4. ^a
Ayelo de Malferit.....	2	3. ^a	Fuente Encaroz.....	1	3. ^a
Ayora.....	2	2. ^a	Fuente La Higuera.....	2	3. ^a
Barcheta y Lugar Nuevo de Fenollet...	1	3. ^a	Fuenterrobles.....	1	4. ^a
Baring.....	1	4. ^a	Gabarda.....	1	4. ^a
Bélgida.....	1	4. ^a	Gandía.....	4	2. ^a
Bellreguard.....	1	3. ^a	Genovés.....	1	4. ^a
Benaguacil.....	3	3. ^a	Gestalgar.....	1	4. ^a
Benetuser.....	1	4. ^a	Gilet.....	1	4. ^a
Beniarjó y Beniflá.....	1	4. ^a	Godella.....	1	3. ^a
Benifairo de les Valls.....	1	4. ^a	Godolleta.....	1	4. ^a
Benifairo de Valdigna.....	1	4. ^a	Guadasuar.....	2	3. ^a
Benifayó.....	2	2. ^a	Jalance.....	1	3. ^a
Beniganim y Bellús.....	2	3. ^a	Jaraco.....	1	3. ^a
Benimodo.....	1	4. ^a	Jarafuel.....	1	3. ^a
Beniopa.....	1	4. ^a	Játiba.....	5	1. ^a
Benipeixcar y Benirredrá.....	1	4. ^a	Jeresa.....	1	3. ^a
Benisanó.....	1	4. ^a	Liria.....	3	2. ^a
Bétera.....	2	3. ^a	Losa del Obispo.....	1	4. ^a
Bicorp.....	1	4. ^a	Luchente, Benicolet y Pinet.....	2	3. ^a
Bocairente.....	2	3. ^a	Llanera de Ranes, Torrella y Cerdá...	1	4. ^a
Balbate.....	1	4. ^a	Llauri.....	1	4. ^a
Bugarra.....	1	4. ^a	Llombay.....	1	3. ^a
Buñol.....	3	3. ^a	Llosa de Ranes.....	2	3. ^a
Burjasot.....	3	3. ^a	Macastre.....	1	4. ^a
Calles.....	1	3. ^a	Manises.....	2	3. ^a
Camporrobles.....	1	3. ^a	Manuel y Señera.....	1	3. ^a
			Marines.....	1	5. ^a

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Masalaves.....	1	4. ^a	Real de Montroig.....	1	4. ^a
Masalfasar.....	1	4. ^a	Requena.....	4	2. ^a
Masamagrell.....	1	3. ^a	Ribarroyo.....	2	3. ^a
Masanasa.....	1	3. ^a	Riola.....	1	3. ^a
Meliana.....	1	3. ^a	Rocafort.....	1	4. ^a
Millares.....	1	5. ^a	Rotglá, Corberá, La Granja y Vallés ...	1	3. ^a
Miramar.....	1	3. ^a	Rotová, Alfahuir, Castellonet, Lugar Nuevo de San Jerónimo y Almiserat..	1	2. ^a
Mislata.....	1	3. ^a	Sagunto.....	3	1. ^a
Mogente.....	2	2. ^a	Salem y Rafol de Salem.....	1	3. ^a
Moncada.....	2	3. ^a	Sedavi.....	1	3. ^a
Monseerrat.....	1	3. ^a	Serra.....	1	3. ^a
Montaverner.....	1	4. ^a	Siete Aguas.....	1	4. ^a
Montesa.....	1	4. ^a	Silla.....	3	3. ^a
Montichelvo, Ayelo de Rugat y Te rrateig.....	1	3. ^a	Simat de Valldigna.....	1	3. ^a
Montroy.....	1	4. ^a	Sinarcas y Benageber.....	1	3. ^a
Museros y Emperador.....	1	3. ^a	Sollana.....	2	3. ^a
Náquera.....	1	4. ^a	Sol de Chera.....	1	5. ^a
Navarrés.....	1	3. ^a	Sueca.....	4	1. ^a
Noveló.....	1	5. ^a	Sumacárcel.....	1	4. ^a
Oliya.....	3	2. ^a	Tabernes Blanques.....	1	4. ^a
Olocán.....	1	3. ^a	Tabernes de Valldigna.....	3	2. ^a
Ollería.....	2	3. ^a	Teresa de Cofrentes.....	1	4. ^a
Onteniente.....	3	2. ^a	Titaguas.....	1	4. ^a
Otos y Beniatjar.....	1	2. ^a	Torre Baja.....	1	4. ^a
Paiporta.....	1	3. ^a	Torrente.....	3	2. ^a
Palma de Gandía y Ador.....	1	3. ^a	Tous.....	1	2. ^a
Palomar y Bufalut.....	1	4. ^a	Tuéjar.....	1	3. ^a
Paterna.....	2	2. ^a	Turis.....	2	3. ^a
Pedralva.....	1	3. ^a	Utiel.....	3	2. ^a
Petrés.....	1	5. ^a			
Picaña.....	1	3. ^a	VALENCIA.— Se rige por el art. 2.º de l. Real orden de 5 de Diciembre de 1925, por tener más de 30.000 almas.		
Picasent.....	2	3. ^a			
Piles.....	1	4. ^a	Vallada.....	1	3. ^a
Polifá de Júcar.....	1	3. ^a	Venta del Moro.....	1	3. ^a
Potries.....	1	4. ^a	Villalonga.....	2	3. ^a
Puebla Farnals.....	1	4. ^a	Villamarchante.....	2	3. ^a
Puebla del Duc.....	1	3. ^a	Villanueva de Castellón y San Juan de Enova.....	3	3. ^a
Puebla Balbana.....	2	3. ^a	Villar del Arzobispo e Higueruelas....	2	3. ^a
Puebla Larga.....	2	3. ^a	Villagordo del Cabriel.....	1	4. ^a
Puig.....	2	3. ^a	Vinalesa.....	1	4. ^a
Puzol.....	2	3. ^a	Yátova.....	1	3. ^a
Quesa.....	1	4. ^a	Yesa (La) y Abejuela (Cuenca).....	1	3. ^a
Rafelbuñol.....	1	3. ^a	Zarra.....	1	4. ^a
Rafelcofer.....	1	4. ^a			
Rafelguarat.....	1	4. ^a			
Real de Gandía.....	1	4. ^a			

Habiendo sido desestimadas las reclamaciones formuladas por los Ayuntamientos de Gandía y Mogente.

Madrid, 18 de Agosto de 1932. — El jefe del Negociado, U. Trujillano. — V.º B.º: El director general, P. D., S. Ruesta.
(Gaceta del 23 de Agosto de 1932.)

..

En cumplimiento de lo dispuesto en la Orden de 29 de Octubre último, los Ayuntamientos de la provincia de Valencia a los cuales se refiere la clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, publicada en el presente número de la *Gaceta de Madrid*, consignarán en sus presupuestos respectivos, que habrán de regir durante el próximo ejercicio económico, las dotaciones correspondientes a las categorías asignadas en la citada clasificación.

Madrid, 18 de Agosto de 1932.—El director general, P. D., S. Ruesta. (Gaceta del 23 de Agosto de 1932.)

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

22-X-1932

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

LA VIDA EN RUSIA

Con el título de «El Paraíso de los Soviets; la vida en Rusia vista por un ingeniero que ha servido durante varios años al Estado soviético», publica el diario *El Sol* la información siguiente:

I

El p'an quinquenal de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas es un producto de la inteligencia humana, sin que intervenga, claro es, la sabiduría divina. Es, por ello, una obra imperfecta. Así ocurre que muchas cosas no fueron previstas en el plan o fueron consideradas de forma y volumen insuficiente. A remediar estos defectos de concepción se han aplicado, justo es

concertar importaciones del Extranjero. Por este procedimiento se dió resolución a la falta de clavos, de herramientas, de cuero para el calzado y de artículos textiles diversos.

Uno de los conflictos más graves que se plantearon en el año anterior fué el

nos, a lo que en Rusia significan las distancias. Es fenómeno que escapa a nuestra comprensión.

La cuenca carbonífera de Kuznietz se halla, desde el punto de vista de la producción, íntimamente ligada con las minas de hierro situadas en el territorio de los Urales. Pues bien: la distancia entre ambos puntos es de 2.000 kilómetros. Las instalaciones modernas construidas en las estepas ucranianas—altos hornos, fábricas químicas, de aluminio, etcétera— se hallan a 400 kilómetros de las minas de carbón del bajo Don y a 100 de las de hierro más próximas. Consecuencia: cuanto más se intensifica la producción, más necesarios son los ferrocarriles, más abundante material hace falta.

Los rusos poseen, junto a un material antiguo y deteriorado, vagones modernos que se descargan automáticamente en pocos segundos. Los trenes

El complejo fósforo vitamínico

Vitophos

polvo - tabletas - jarabe

CHEMIROSA IBÉRICA, S. A.

de la penuria de material de transporte, singularmente de locomotoras. Conflicto que tuvo, como es de suponer, consecuencias desastrosas para la economía de los Soviets.

Supóngase en España, para tener clara idea del problema, la distancia entre Bilbao y cualquier otro centro nacional de industria metalúrgica. De Bilbao a Madrid, a Sevilla o a Barcelona. O de Asturias a cualquier población española, a la más distante que utilice sus carbones. No se aproximará, ni mucho me-

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

de descarga son formados por vagones de todas clases y edades; en los muelles de descarga se observa igual variedad. El resultado de esta mezcla es que el

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

reconocerlo, las autoridades soviéticas. El remedio consistió principalmente en

gérmenes del bienestar. Favoreciendo en lo posible la plantación de mimbreras y la fabricación de canastos, a la vez que construyendo el camino, continuaba insensiblemente mi hermosa obra. Tenía yo entonces dos caballos; el comerciante en maderas y teniente alcalde tenía tres; ninguno podíamos herrarlos si no íbamos a Grenoble de intento o de paso para otros negocios; entonces comprometí a un herrador, que conocía algo de veterinaria, para que se instalase y viviese con nosotros, asegurándole que no había de faltarle trabajo. Encontré uno el mismo día que me lo propuse; se trataba de un viejo soldado bastante orgulloso de su saber, pero que no poseía otra fortuna que cien francos de retiro, aunque sabía leer y escribir; por este hecho le ofrecí el puesto de secretario de la alcaldía; por un azar le encontré una mujer que completó los sueños de sus felicidades. Fué preciso también la construcción de casas para estos nuevos matrimonios que, con el del cesterero y otras veintidós familias que abandonaron el poblacho de los cretinos, habíamos formado. Además vinieron a establecerse otras doce familias, cuyos jefes eran simplemente trabajadores, productores y consumidores: albañiles, carpinteros, pizarros, ebanistas, aserradores y vidrieros, que encontraron trabajo para buena temporada. ¿No debían construirse sus casas después de haber acabado las de los otros? ¿No eran también obreros ellos? Durante el segundo año de mi administración se levantaron sesenta casas en todo el pue-

blo. Una producción exigía que se estableciese otra. Poblado el burgo se creaban nuevas necesidades, desconocidas hasta entonces para estas pobres gentes. La necesidad engrandecía la industria; la industria, el comercio; el comercio, la ganancia; la ganancia, el bienestar, y el bienestar, útiles ideas. Estos diferentes obreros pidieron que se les proporcionase pan blanco, y tuvimos necesidad de un panadero, pues el trigo negro no podía ser ya el alimento de esta población, sacada de su degradante inercia y convertida esencialmente en una actividad; yo la había encontrado comiendo pan negro; deseaba, en primer lugar, pasarla a un régimen de centeno o de comuña para poder llevar, por último, a los más pobres un trozo de pan blanco. Por mi parte, los progresos intelectuales los consideraba únicamente en los progresos sanitarios. Un carnicero anuncia en un país tanta inteligencia como riqueza. Quien trabaja come y quien come piensa. Previendo el día en que la producción del queso fuese necesaria, cuidadosamente examiné la cantidad de las tierras; estaba seguro de lanzar el burgo a una gran prosperidad agrícola y doblar su población en cuanto ella se encontrase puesta en marcha. El momento había llegado. El señor Gravier, de Grenoble, poseía en este municipio tierras de las que no sacaba ningún provecho, pero que con buenas labores podían convertirse fácilmente en tierras a propósito para el trigo. Como usted sabe, es el jefe de la división de Prefectura. Tanto por el cariño a su país

material moderno pierde así toda su eficacia, ya que tiene que esperar a que el antiguo sea descargado.

SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIICOL,
BENZOATO SODICO Y DIONINA
J. DOMINGO CHURTÓ
C. Libertad, 14, BARCELONA

Una fábrica de coque, con sujeción al plan, ha de ser inaugurada en una fecha determinada. Corrientemente se encarga de ello a una Empresa alemana. Después de trabajos penosos, de tener que resolver infinidad de conflictos, la Empresa entrega la fábrica en el día prefijado. Cada veinte minutos, por ejemplo, fabrica diez toneladas de coque. Pero como los vagones escasean y los altos hornos reclaman el combustible con insistencia, se descarga en las estaciones gran número de vagones, sin tener en cuenta las mercancías que transportaban, que frecuentemente eran géneros alimenticios. Estos terminan por descomponerse en los muelles. ¡No se sabe, ni se puede calcular, la cantidad de substancias alimenticias que se

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, 56.

echan a perder en las estaciones del tránsito, mientras la masa rusa padece hambre! Yo he visto cómo se transportaban el pan y las galletas en vagones descubiertos, mientras la lluvia torrencial lo destruía. Como contraste, tam-

bién he visto vagones cerrados cargados de arena o leña. ¡Tal es el desconcierto, la desorganización ferroviaria en la Rusia soviética!

Y de nada sirve, como no sea de exponente de la crueldad bolchevique, que se castigue este estado de cosas con el fusilamiento de los pretendidos responsables, como incurso en delito de sabotaje.

(Continuará.)

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

Véase anuncio, página IV.

LAS PALOMAS

—¿No entiendes, bella Frifi,
los recaditos
que se dan las palomas
con sus piquitos,
tejiendo entre sus cuellos
amantes lazos,
anudados de arrullos,
besos y abrazos?
Fíjate en su lenguaje,
que amor palpita,
y en éxtasis volcánico
las precipita.
Tantos besos que embriagan
y que seducen,
a pasión amorosa
sólo conducen.
Los besos son heraldos
que a grandes voces
anuncian el futuro
de tiernos goces.
Sonoros palpitando
tejen el nido
que abriga con sus alas
el dios Cupido.
Y entonces, sin recelo,
dolor ni susto,

suenan en el silencio
más a su gusto.
Y ellas, charla que charla
se dicen cosas...

Contra las neuralgias aconsejamos CEREBRINO MANDRI

¿No entiendes tú sus frases
tan cariñosas?
De igual modo presagian
dulces placeres
los besos de los hombres
y las mujeres.
De promesas repletos,
de amor henchidos,
resuenan seductores
en sus oídos.
Las palomas enseñan
canto meloso,
en lenguaje halagüeño
de amor celoso.
Su charla sugestiva
me vuelve loco.
—¿No entiendes lo que dicen?...
¡Ni yo tampoco!

WENCESLAO BORRACHERO.

Illescas, 1932.



DURANTE el tiempo que tardó en construirse la iglesia de San Pedro en Roma, nada menos que 43 papas ocuparon el solio pontificio.

SIGUE A LA PÁGINA XVI

como vencido por mis importunidades, nos prestó su apoyo, complaciendo a cada momento todas mis exigencias; logré hacerle comprender que había trabajado, a su pesar, para él mismo. Después de varios días de solicitudes, de conferencias y de paliques; después de haber comprometido mi fortuna para garantizarle contra las riquezas de una empresa de la cual su mujer, de cacumen estrecho, procuraba apartarle, consintió en la construcción de cuatro granjas de cien áreas cada una, y prometió adelantar las sumas necesarias para los diferentes gastos: la compra de semillas, de instrumentos de labor, de ganados y la confección de caminos de explotación. Por mi parte, construí también dos granjas, tanto para hacer cultivables mis tierras vanas y vagas, como para enseñar por medio del ejemplo los métodos más útiles de la agricultura moderna. En seis semanas, el burgo aumentó en trescientos habitantes. Seis granjas donde debían alojarse varias familias con enormes trabajos que efectuar y labores que hacer, eran el apetito de los obreros. Los transportadores de tierra por medio de carros, los cargadores y los que trabajaban manualmente afluyeron con rapidez y entusiasmo. El camino de Grenoble se veía constantemente cubierto por carreteros y viandantes en una y otra dirección. Puede decirse que fué un movimiento general en este pobre país. La circulación del dinero daba origen en todo el mundo al deseo natural de ganar algo; la apatía había cesado; el pueblo

se despertaba. En dos palabras, acabé la historia del señor Gravier, uno de los bienhechores de este cantón. A pesar de la desconfianza, por otra parte tan natural en un ciudadano de provincia, en un hombre de oficina, tuvo que, sobre la fe de mis promesas, adelantar más de cuarenta mil francos, exponiéndose a no poderlos recuperar. Cada una de sus granjas está valuada hoy en mil francos; sus granjeros han hecho también sus negocios, ya que cada uno de ellos posee al menos cien áreas de terreno, trescientos carneros, veinte vacas, diez bueyes, cinco caballos y empleo para más de veinte personas. En el curso del cuarto año nuestras granjas estuvieron completamente terminadas. Aquel año tuvimos una recolección de trigo que pareció milagrosa a las gentes del país, tan abundante como era preciso que resultase en un terreno hasta entonces virgen. ¡Cuántas veces me hizo estremecer la cosecha durante aquel año! La lluvia o las sequías excesivas podían arruinar mi obra, o al menos, aminorar la confianza que yo inspiraba en estos lugareños. El cultivo del trigo hizo necesario la construcción del molino que usted ha visto y que me reporta alrededor de quinientos francos anuales. De este modo los aldeanos dicen en su lenguaje natural y espontáneo, que yo tengo todas las probabilidades y creen en mí como en sus reliquias. Estas construcciones nuevas: las granjas, el molino, las plantaciones y los caminos formados, han dado trabajo a todas las gentes de los distintos

OPOSICIONES

a las vacantes de
INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD

Una obra de la mayor utilidad práctica

CONTESTACIONES

al PROGRAMA
OFICIAL VIGENTE
para opositar las
vacantes de ins-
pectores municipales de Sanidad.

MEDICINA, CIRUGÍA, HIGIENE
Y LEGISLACIÓN

Obra nueva y original de los Dres. D. Carlos M.^a Cortezo, director de EL SIGLO MÉDICO; D. Federico González Deleito, teniente coronel médico; D. Antonio Fernández Martín, profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid; D. Francisco Javier Cortezo, oficial facultativo de la Academia Nacional de Medicina.

Publicada por **EL SIGLO MEDICO** en celebración
del **80 aniversario** de esta gran Revista profesional.

GRATIS para los suscriptores del año 1933 que tengan pagada la sus-
cripción total de dicho año, antes del 15 de enero de 1933.

Precio de venta al público, 15 pesetas.



Suscribase usted sin pérdida de tiempo al año 1933 de **EL SIGLO MEDICO**

Dirigirse a la Administración, Serrano, 58, MADRID

Precio de suscripción: 25 pesetas

PARA EL AÑO 1933

52 números del periódico y una obra fundamental para los médicos titulares
inspectores municipales de Sanidad.

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

METARSILE MENARINI

FOSFO-METILARSENIATO DE HIERRO

En forma elixir para uso interno y en inyectables para vía hipodérmica.

Contiene, además del hierro, fósforo (lecitina) y arsénico (ácido metilarsenioso) en estado orgánico.

El fosfo-metilarseniato de hierro da excelentes resultados en las **fiebres palúdicas** y en sus consecuencias; en la **neurastenia** y el **agotamiento nervioso**; corrige la deficiente cantidad y defectuosa calidad de las fuerzas nerviosas; en la **anemia** y en la **clorosis** despierta la función digestiva y aumenta el apetito. En las **enfermedades de los niños** es el reconstituyente más indicado á causa del mínimo poder tóxico del arsénico y del fósforo orgánicos.

DE VENTA EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS

Muestras gratis á los señores Médicos que las soliciten á los señores:

J. URIACH y C.^a, S. A. — Apartado 632.—BARCELONA

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

A black and white illustration of a man's head and shoulders. He is wearing a dark hat and a thick, striped scarf. He is looking towards the right, towards the text of the advertisement. The illustration is framed within a rectangular border.

Antiséptico enérgico de las
vías respiratorias y recons-
tituyente eficaz.

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

No contiene calmantes.

LABORATORIO J. GARCIA SUAREZ. - MADRID

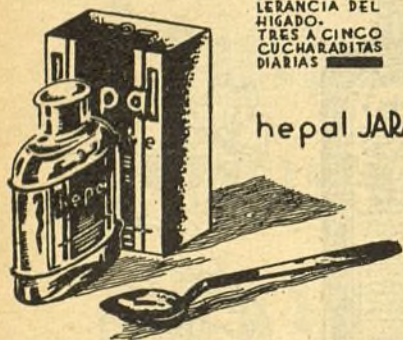
— Calle Recoletos, 2, triplicado. — Teléfono 52 221. —

PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANÉMIA

hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA
PERFECTA
DEL
MÉTODO DE MINOT-MURPHY

FRASCO DE 100cc
EQUIVALENTE A
1kg DE HIGADO
FRESCO.
ELIMINA EL SA-
BOR Y LA INTO-
LERANCIA DEL
HIGADO.
TRES A CINCO
CUCHARADITAS
DIARIAS



hepal JARABE

principio
aislado
con hierro

antianémico
del hígado
y cobre

PRODUCTO NACIONAL

Laboratorio Juste
APARTADO DE CORREOS 9030



MADRID

hepal PROPORCIONA LAS SUSTANCIAS ORGÁNICAS QUE FORMAN EL GLOBULO ROJO Y LOS ELEMENTOS INORGÁNICOS QUE PRODUCEN LA HEMOGLOBINA

LA EFICACIA DE
300 gr DE HIGADO
EN UNA AMPOLLA DE 2cc

EN AMPOLLAS DE 2cc
CONTENIENDO EL PRIN-
CIPIO ANTIANÉMICO DE
20gr DE HIGADO Y
CORRESPONDIENDO
EN EFICACIA A 300gr
DE HIGADO FRESCO
UNA A TRES AMPO-
LLAS POR VÍA SUB-
CUTÁNEA INTRAMUS-
CULAR O INTRAVE-
NOSA DIARIAMENTE

hepal
INYECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA



eficaz e inocuo tratamiento



se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ÚLCERAS Y HERIDAS INFECCIOSAS DE LA CórNEA, ÚLCERACIONES Y QUEMADURAS PALPEBRALES.

La ANTIBLEFARINA KIRCHNER es la primera pomada oftálmica a base de **Loretinato de Bismuto** que se divulgó a los señores oftalmiatras de España y América latina, según fórmula del Profesor don Tomás Blanco, de Valencia, que fué quien dió a conocer en España la gran eficacia terapéutica, en oculística, del **Loretinato de Bismuto** y el que pudo precisar, por su dilatada experiencia clínica, las varias indicaciones que posee por su intensa acción bactericida y poder astringente o secativo.

La expresión del crédito alcanzado por la ANTIBLEFARINA KIRCHNER, está en el hecho de la aparición, posteriormente, de preparaciones similares, como ocurre siempre que una determinada especialidad farmacéutica adquiere, por su eficacia, un auge considerable entre los señores facultativos.

Dada su absoluta inocuidad, puede aplicarse inclusive al ir a acostarse

ANTIBLEFARINA

LITERATURA
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA:

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)



RESYL

"CIBA"

Eter glicero - guayacólico soluble

**Expectorante
Antiséptico
pulmonar
de un gusto agradable**

Formas farmacéuticas:

Jarabe Resyl

Frascos de 150 y de 300 grs.

Comprimidos Resyl

Tubos de 20 comprimidos

Pastillas Resyl

Cajas de 24 pastillas

Inyectables Resyl

Cajas de 12 ampollas

Giba Sociedad Anónima de Productos Químicos Barcelona



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

ESTAFILO-YATRÉN

S. Behring

Yatreno-vacuna antiestafilocócica
polivalente, para el tratamiento de
las estafilomicosis agudas y crónicas

Sobre las vacunas corrientes
ofrecen las Yatreno-vacunas
la importante ventaja de la
integridad absoluta de las
proteínas bacterianas con-
seguida por el empleo del
Yatrén 105 para la desvitali-
zación de las bacterias.

La acción específica de la
vacuna queda además refor-
zada por la acción inmu-
nizante no específica del
Yatrén 105.



MUESTRAS Y LITERATURA:

LA QUÍMICA COMERCIAL Y FARMACÉUTICA, S. A.

Bayer-Meister-Lucius

Apartado 280

BARCELONA

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

ION - CALCINA PALLARÉS

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

Frasco. — Para uso interno.

Ampollas. — Inyección intravenosa.

Laboratorio M. PALLARES

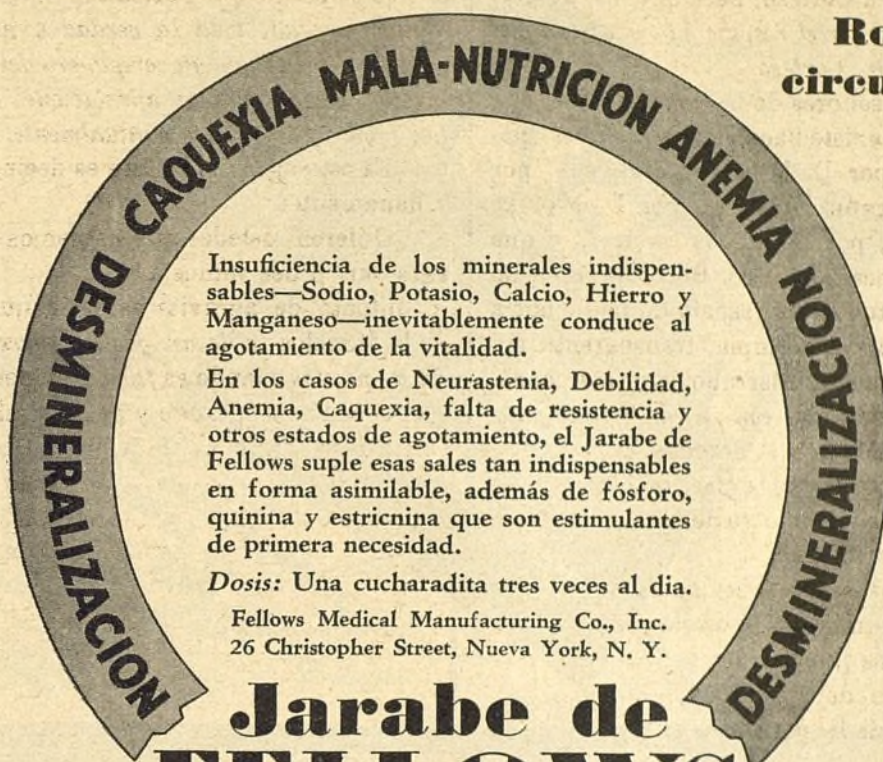
Plaza Mosén Sorell, 6.

VALENCIA

STROPHANTIUM PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada.

**Rompa el
circulo vicioso**



Jarabe de FELLOWS

DE HIPOFOSFITOS

MUESTRAS
A
PETICION

SUMINISTRA LOS MINERALES INDISPENSABLES



GOTAS: en dosis de 10 a 25.
COMPRIMIDOS: de 2 a 6 por día.
AMPOLLAS: 5 cc. intravenosas cada dos días.

Silicyl

Medicación
de *BASE* y de *RÉGIMEN*
Estados Arterioesclerosos
y *Carencias Silíceas*

Agente: PLANS-SINTAS Hijos, 136, Provenza, Barcelona. — Laboratorios CAMUSET, 18, rue Ernest Rousselle, Paris.

PYRÉTHANE

GOTAS

25 a 50 por dosis - 300 por día (agua bicarbonatada)
AMPOLLAS A: 2 cc. Antitérmicas.
AMPOLLAS B: 5 cc. Antineurálgicas.
1 a 2 al día
con o sin medicación intercalar por las gotas.

Poderoso Antineurálgico



Neptal
es poderoso,
seguro y
probado
DIURÉTICO

en inyecciones intramusculares

INDICACIONES de los **CARDÍACOS**
ASCITIS
DERRAMES de toda **ESPECIE**
CONTRAINDICACIONES
HIPERTERMIA
GRANDES CAQUEXIAS
INSUFICIENCIAS
HEPÁTICAS

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
MARQUES **POULENC FRÈRES & USINES du RHONE**
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.



Alimento fisiológico completo
Vino de Vial.
Quina, carne,
lacto-fosfato de cal.

Rigurosamente dosificado
y asimilable, reúne todos los
principios activos
del **fosfato de cal**, de la **quina**
y de la **carne**.

Es el reconstituyente más
enérgico en los casos de
desnutrición y de disminución
de los fosfatos cálcicos.

De venta en todas las farmacias.
Depositorio general para España:
D. ANTONIO SERRA
Apartado 26, Reus (Tarragona).

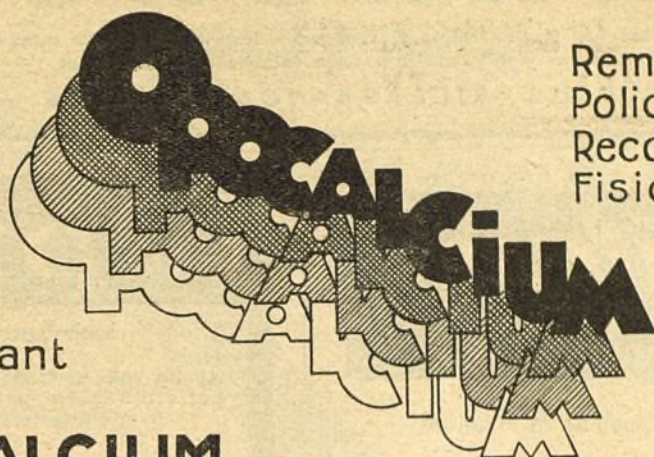


Inofensivo y de una Pureza absoluta
**CURACION
RADICAL
Y RÁPIDA**
(Sin Copaiba — ni Inyecciones)
de los **Flujos Recientes ó persistentes**

PARIS, 8, Rue Vivienne y en todas las Farmacias

Exigir la Firma  Exigir el Nombre 

Sobre el rótulo Sobre cada cápsula



Remineralización
Poliopoterapia
Reconstituyente
Fisiológico....

del Dr. Guersant

1º OPOCALCIUM

Sellos, Comprimidos, Granulados

2º OPOCALCIUM IRRADIADO

Sellos, Comprimidos, Granulados

3º OPOCALCIUM

arseniado — Sellos

4º OPOCALCIUM

guayacolado — Sellos

LABORATORIOS A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, AV. GAMBETTA. PARIS

Depósito general en ESPAÑA: MIGUEL SOLER ELIAS. — Muntaner, 191. — BARCELONA

ANTIANAFILAXIA

CITOFILAXIA

PROFILAXIS ANTICANCEROSA

anacласine
RANSON
(ἀνά- CONTRA, κλάσις=SHOCK)
Asociación antianafiláctica polivalente



**Restablece el equilibrio
humoral y simpático.**

Anafilaxia alimenticia, Intolerancia digestiva, Deficiencia hepática, Intoxicación alimenticia, Jaquecas, Insomnios, Vértigos, Eczemas, Urticaria, Enfermedades de Quinke, Asma, Disnea, Reuma de los henos, Corizas espasmódicas, Taquicardias, Arritmias, Artritis, Tumores benignos, Cáncer.

Dosis para la fórmula granulada:

ADULTOS: 4 a 6 cucharadas de las de café por día.

NIÑOS: 1 a 2 cucharadas de las de café por día.

Dosis para la de comprimidos:

ADULTOS: a 5 por día.

NIÑOS: 1 a 3 por día.

LABORATOIRES A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, Avenue Gambetta, PARIS

Depósito general en ESPAÑA: MIGUEL SOLER ELIAS. — Muntaner, 191. — BARCELONA

— BARACHOL —

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

LABORATORIOS FAUS.—VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

Bactilose

OLIVER
RODES

PRODUCTO
DEL PAIS

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

INDICACIONES

*Forunculosis, Septicemias
Antrax, Escarlatina, Gripe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES
USO: Casos agudos: Una cucharada grande, diluido en agua, cada dos horas.

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

DEPÓSITO GENERAL

VENTA EN
FARMACIAS

LABORATORIO
QUÍMICO - FARMACEUTICO
DEL DR. B. OLIVER Y RODÉS

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

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, CIÁTICA, 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 & C^o
67, Rue de la Victoire
Paris

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

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)

JARABE

Cloofosfato
cálcico gelatinoso

ALMERA

es el preparado de fosfato de cal de más fácil **ABSORCION** y el más **ASIMILABLE**

Superior a todos sus similares, siendo el
más activo de todos los reconstituyentes.



Más de 37 años de éxito creciente.

De venta en: Xucá, 21, Barcelona, en la Farmacia Almira y Laboratorio, Plaza de Guimerá, 14, Vilassar de Mar y en las principales Farmacias y Droguerías.



DESPUES de los

RESFRIADOS

y la **GRIPE**

en la **convalecencia**

el **mejor** hipnótico y sedativo

el

QUADRO-NOX

Aplicación: 1/4-1/2-1/1 tableta.

En tabletas de 0,6 gramos.

Cajitas de 1 y tubos de 10 y 20 tabletas.

A S T A Aktiengesellschaft,

Fábrica Química, BRACKWEDE, 128 (Alemania)

SECCIÓN CIENTÍFICA:

Enrique Wernick. — Corcega, 382, 3.º — BARCELONA

Representante y depositario en España:

J. ALEJANDRO RIERA, Ingeniero.

Nápoles, 166. — BARCELONA

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

Frasco de 250 gramos, 3,85 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. de 2 Abril 1913 en los Hospitales Militares

SIMPLE	BLANCO y POLVO	
C/ HIPOFOSFITOS	»	»
C/ HEMOGLOBINA	»	»
C/ PEPSINA Y PANCREATINA	»	»
C/ YODURO FERROSO	»	»
C/ ACEITE HIG. BACALAO	»	»
C/ ACEITE HIG. BACALAO E HIP	»	»

DIPLOMA DE MÉRITO
2º CONGRESO DE MÉDICOS DE
LA LENGUA CATALANA JULIO 1913
GRAN PREMIO EXPOSICIÓN DE
MEDICINA E HIGIENE
2º CONGRESO DE C.M. SEVILLA 1924
DIPLOMA DE HONOR
VIº CONGRESO DE MÉDICOS DE
LA LENGUA CATALANA JULIO 1930

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

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

Jugo de carne Valentine's.

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Cuando por cualquier causa el estómago devuelve los alimentos ó las medicinas, el JUGO VALENTINE'S demuestra su facilidad de asimilación y el gran poder que tiene para restaurar las fuerzas.

TUBERCULOSIS

ROBERT ALFRED BINDLEY M. D., último jefe médico en el Hospital del Norte de Londres para consuntivos: «He empleado considerables cantidades de **Jugo Valentine's** cuando fui jefe médico residente en el Hospital del Norte de Londres para tísicos, y lo considero de excelente valor como alimento para todos los que padecen de extenuación ó sufren perturbaciones graves en el aparato digestivo.»

PIETRO BORROMEO, médico cirujano del Hospital de Roma (Italia): «He ensayado el **Jugo Valentine's** en la sección de tuberculosos del Hospital del Espíritu Santo, y he podido comprobar las grandes ventajas que proporciona en la nutrición de los tísicos. Es agradable al paladar de los enfermos aun al de los que lo tengan más estragado; no irrita el estómago; estimula las funciones peptogástricas y aumenta notablemente el apetito, aun en los casos de sufrir fiebres altas ó de extrema extenuación de fuerzas.»

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América.

VALENTINE'S MEAT - JUICE Co.
Richmond, Virginia, U. S. A.

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos.

Agentes generales para España y sus colonias.

E. DURAN, S. en C.

Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID



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.

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de Lactococcus soluble

**ACCION
RÁPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Cortés y Morán-Aragón 228 - Barcelona

VACANTES

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—La Junta de Mancomunidades, formada por los Ayuntamientos de Salvatierra e Irurraz (Alava), partido judicial de Vitoria, ha acordado proveer por oposición, juzgada por Tribunal especial, la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad, de tercera categoría, vacante por renuncia; dotación de 2.200 pesetas, 100 familias de Beneficencia y censo 2 028 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Pedro González Rodríguez, inspector provincial de Sanidad.

Los vocales serán nombrados por el Ayuntamiento.

(Continúa en la página siguiente.)

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

CANFORETIL B. MARTÍN

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)

En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y 1 gramo de alcanfor puro.

CESTONA

AGUAS Y BALNEARIO DE GESTONA

(S. A.)

(GUIPÚZCOA) cerca de San Sebastián.

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Médico-director: Excmo. Sr. D. Amallo Gimeno.

Únicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del

HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, etc., etc.

Se exportan en botellas de 4 litro. — De venta en todas las farmacias y droguerías.

Temporada oficial de 15 de Junio á 30 de Septiembre.

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

Pídanse noticias directamente á Cestona (Guipúzcoa).

Secretario, el del Ayuntamiento de Salvatierra, D. Fortunato Grandes Garrido.

Los aspirantes a las citadas plazas acreditarán en debida forma el conocimiento de la lengua vascongada, según acuerdo de la Corporación municipal, en armonía con lo dispuesto en el párrafo 2.º, apartado e) del art. 1.º del Decreto de este Ministerio de 21 de Octubre de 1924.

Las instancias serán remitidas al señor alcalde presidente de la Junta de Mancomunidad de los Ayuntamientos de Salvatierra e Iruñaz, hasta el 10 de Noviembre.

Los suscriptores del año 1933 tendrán GRATIS

la obra de mayor utilidad práctica:
CONTESTACIONES al PROGRAMA
oficial vigente para opositar las vacantes
de Inspectores Municipales de Sanidad.

—La de Motril (Granada), partido judicial, por oposición, Tribunal especial, la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad de primera categoría, vacante por concursillo de traslado; dotación, 3 300 pesetas anuales y 300 familias de Beneficencia municipal; censo, 16 809 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. César Sebastián González, inspector provincial de Sanidad.

Los vocales serán nombrados por el Ayuntamiento.

Secretario, D. Francisco González Anguiano, secretario del Ayuntamiento de Motril.

La plaza corresponde a los agregados de Torrenueva, Calahonda, Garnatilla y Tablones.

Instancias hasta el 11 de Noviembre.

Para el año 1933 aparecerá la obra **CONTESTACIONES al PROGRAMA** a las vacantes de Inspectores — Municipales de Sanidad. —

Precio:

Para los suscriptores de EL SIGLO MEDICO	
del año 1933.....	GRATIS
Para la venta al público.....	15 ptas.

—La de Mora la Nueva (Tarragona), partido judicial de Falset, por oposición, Tribunal especial, la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad, de cuarta categoría, vacante por nueva creación; dotación de 1.650 pesetas y 8 familias de Beneficencia; censo de 2.250 habitantes, correspondientes al segundo distrito.

Tribunal: Presidente, D. Antonio Mallou Vicario, inspector provincial de Sanidad.

Los vocales serán nombrados por el Ayuntamiento.

Solicitudes hasta el 11 de Noviembre.

(Continúa en la página siguiente.)

MEDICOS TITULARES LA OBRA DE MAYOR UTILIDAD PRACTICA = **MEDICINA, CIRUGÍA** = **HIGIENE Y LEGISLACIÓN**

Contesta al **PROGRAMA VIGENTE** para opositar
las vacantes de **TITULARES**

ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina

de Quebracho.

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: *EL SIGLO MEDICO*, la *Revista de Medicina y Cirugía práctica*, *El Genio Médico*, *El Diario Médico Farmacéutico*, *El Jurado Médico Farmacéutico*, la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona* y la *Revista Médico-Farmacéutica de Aragón*, recomiendan en largos y encomiásticos artículos el **Jarabe-Medina de Quebracho** como el último remedio de la Medicina moderna para combatir el Asma, Disnea y los Catarros 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.

Balneario de Carlos III

TRILLO

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte.
Olima de montaña, 780 metros.

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

ALMORRANAS



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

DR. VALDÉS LAMBEA

Lecciones sobre tuberculosis.

252 páginas. Precio: 15 pesetas.

Van en este volumen las lecciones dadas por el doctor Valdés Lambea en el Curso de tuberculosis del Hospital Militar de Carabanchel, 1930. Es un libro indispensable a los especialistas en tuberculosis y que deben conocer todos los médicos, pues en él se exponen los conocimientos fundamentales de la Fimatology general y clínica.

Pedidos, remitiendo su importe, a la Administración de **EL SIGLO MEDICO** o a **REVISTA ESPAÑOLA DE TUBERCULOSIS**, Almagro, 25, Madrid.

La cartera de «Decio Carlan»

El color azul en los adornos es el color de las mujeres rubias.

Balzac.

El afeite es un procedimiento de su-

"MALTOPOL"

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

ciudad artificial que pasa de la piel al alma.

Ich.

El hombre ocioso pierde este mundo y el otro.

San Francisco de Asís.

Cuando un hombre quiere obrar mal, pocas o ninguna vez pide a los hombres consejo; para obrar bien, muchos piden consejo y hablan harto prolijamente.

San Francisco de Asís.

Siempre ha habido dos maneras de ejercer la Medicina: la de los que tienen

ANTIPHLOGISTINE

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

por ideal conservar, salvar y prolongar la vida de sus semejantes, y la de los que tienen por único objeto ganarse y pasar bien la propia. El progreso histó-

rico parece que aumenta la proporción de los últimos a expensas de los primeros.

Ich

No pongas al fuego tu olla vacía confiando en tu vecino.

San Francisco de Asís.

Más le dura al hombre la tela de la mortaja debajo de la tierra que el recuerdo de sus amigos fuera.

Balardo.

Es raro el muchacho que alabado por ingenioso cuando joven, no degenera en malvado al llegar a la edad madura.

Ich.

STROPHANTUM

PALLARÉS

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

La enfermera visitadora y la asistencia a los tuberculosos (1)

La enfermera enseña cómo se limpia sin levantar polvo, cómo se destruyen los esputos, cómo se desinfecta la ropa de la cama y la vajilla; explica a la familia que la enfermedad no es muy contagiosa y que basta tomar ciertas precauciones y seguir una buena higiene general para evitar la contaminación. Sería deplorable exagerar el peligro del

(1) Véase el número anterior.

contagio, pues sería condenar al enfermo al aislamiento.

Cuando las condiciones de habitación son malas, será necesario alejar al enfermo durante largo tiempo o obtener que sean separados los miembros más jóvenes de la familia. Este medio resulta caro, pero a veces es absolutamente preciso.

A menudo es necesaria mucha per-

Más de once mil médicos recetan y
curan ellos a sus familias el
ELIXIR CALLOL

suasión. Pero los magníficos resultados obtenidos por medio del colocamiento familiar según el sistema Grancher, en Francia, prueban de modo elocuente lo que pueden obtener las enfermeras visitadoras de tuberculosis.

La enfermera continúa en el sanatorio la enseñanza de la higiene individual, estimulando y aconsejando al enfermo, tratando de preservar a su familia y a la colectividad.

La limpieza de la habitación del enfermo es tanto más importante cuanto más avanzada sea la fase de la enfermedad y su estado necesite más cuidados a domicilio.

Se procurará que el sol entre en su cuarto y que esté bien aireado. El suelo será de materia dura y lavable, por

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

ejemplo de linoleum. No habrá cortinas; el enfermo necesita todo el aire y la luz que entran por la ventana. Los vestidos serán guardados en su armario personal;

oficios, a quien yo había hecho venir aquí. Aunque nuestras construcciones representasen con creces los sesenta mil francos que habíamos echado sobre el país, este dinero nos es suficientemente devuelto por la riqueza que reportan los consumidores. Mis esfuerzos necesitaban animar esta naciente industria. Por mis consejos se estableció también un hortelano, y por su ejemplo, prediqué a los pobres el cultivo de los árboles frutales con el fin de poder conquistar en Grenoble el monopolio de la venta de frutas. «Lleváis a ese pueblo vuestros quesos, les decía yo, ¿por qué no habéis de llevar a él también animales domésticos, huevos, legumbres, corderos, hierba, paja, etc.?» Cada uno de mis consejos era el origen de una fortuna para quien le seguía. De este modo se formó una multitud de pequeños establecimientos cuyo progreso, lento al principio, fué cada día mayor. Todos los lunes se prepara ahora en el pueblo para ir a Grenoble una caravana de más de sesenta carros llenos de nuestros diversos productos y se recolecta más trigo negro para criar pollos o palomas que el que se consumía otras veces para nutrir a los hombres. El comercio de maderas, por llegar a ser tan considerable, ha tenido que dividirse. Desde el cuarto año de nuestra era industrial tuvimos ya mercaderes de maderas para estufa, de maderas cuadradas, de tablas, de ripias y hasta carboneros. Por último, se establecieron cuatro fábricas de aserrar tablas y maderas. Adquiriendo algunas ideas comerciales, el anti

guo alcalde ha experimentado la necesidad de saber leer y escribir. Comparó los precios de las maderas en las diversas localidades y observó en las diferencias de venta las ventajas de su explotación; se ha procurado de plaza en plaza nuevas prácticas y suministra hoy el consumo para un tercio del Departamento. Nuestros transportes han aumentado tan súbitamente que ocupamos tres carros a diario, dos reatas de burros, y cada uno de ellos no tiene menos de treinta mozos. En fin, consumíamos tanto hierro que fué necesario establecer en el pueblo un cerrajero, el cual se encuentra divinamente. El deseo de ganancia desenvuelve una ambición que desde entonces ha impulsado a mis industriales a obrar recíprocamente desde el burgo al cantón y desde el Departamento a la cabeza de partido, con el fin de aumentar sus productos aumentando su venta. En adelante no tenía más que decir una palabra para indicar nuevos derroteros; el buen sentido de esas gentes hacía todo lo demás. Cuatro años fueron suficientes para cambiar la faz del pueblo. Cuando yo me paseaba antes por él no oía jamás el menor grito; pero al comenzar el quinto año, por todas partes se adivinaba actividad y alegría. Cantos alegres, ruidos de talleres y los sonidos graves o agudos de las herramientas armonizaban mis oídos; por todas partes iba y venía una población aglomerada en un barrio nuevo, limpio, sano y cubierto de árboles. Cada habitante tenía conciencia de su bienestar y todas las fisonomías res-

su vajilla y su ropa serán desinfectados antes de que los utilicen otras personas. Se barrerá y se quitará el polvo con un trapo húmedo, los detritus o el polvo serán quemados. Después del falleci-

JARABE ALMERA

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

miento o la marcha del enfermo, la habitación y todo lo que contenía será cepillado y enjabonado, expuesto al aire y al sol. La ropa de la cama será desinfectada, si es posible, por medio de la estufa. Es preferible que la enfermera se ocupe ella misma de la desinfección, pues todos los detalles tienen su importancia.

II

EL ENFERMO

El estado moral del enfermo desempeña un papel importante. En este dominio, el médico y la enfermera pueden prestarle más asistencia que nadie. Es necesario que conozca su enfermedad y que comprenda el fin perseguido por el tratamiento porque es esencial que

CATARROS. TOS JARABE MADARIAGA. benzocinámico.

coopere con el médico y la enfermera. Por eso conviene que le comuniquen lo más pronto posible — generalmente lo hará su médico — la naturaleza de su enfermedad y lo que significa. Necesita que lo ayuden y lo animen, y la enfermera tendrá sin duda que explicarle su caso e interpretar con él el sentido del diagnóstico. El tratamiento es largo, a menudo el enfermo tiene recaídas y se precisa mucha fuerza de voluntad para llegar a un buen resultado. Incumbe a

la enfermera mantener esa fuerza de voluntad, no por medio de un optimismo confiado y a veces erróneo, sino, a menudo, por medios indirectos, por ejemplo, ayudando al enfermo a crearse intereses fuera de su enfermedad, procurándole un trabajo que le plazca, enseñándole un nuevo oficio; la lectura, los trabajos manuales y la jardinería sacan al enfermo de ese egoísmo moribundo.

Generalmente el enfermo necesita una buena alimentación suministrada a intervalos regulares, más descanso que un adulto normal, un ambiente favorable, un trabajo fácil. Todo ello incom-

CARABANA: el mejor purgante.

patible con la escasez de recursos. De donde se deduce que la ayuda a los tuberculosos es menos asistencia médica que material. Hace falta, pues, que la enfermera obtenga subsidios de las obras sociales y que ayude al enfermo y a su familia a sacar el mejor partido de sus modestos haberes.

La enfermera visitadora tiene que preservarse ella misma del contagio. Aplicando las reglas de higiene que enseña a los demás podrá permanecer en buena salud. Se someterá regularmente a exámenes médicos y todos los pequeños defectos serán tratados cuidadosamente. Necesita una alimentación sana,

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

a horas regulares, y un descanso suficiente. Por eso no conviene que viva sola y que haga ella misma su cocina, debiéndose tomar todas las medidas

útiles para procurarle el bienestar necesario.

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

SARNA Cúrase con SULFURETO CABALLERO

El embajador imberbe.

Cuando Sixto V fué exaltado al solio papal, el rey de España, Felipe II, envió a Roma, para felicitar a aquél por su nombramiento, a un grande de Castilla de extremada juventud.

El pontífice, desagradablemente sorprendido por ver ante sí a un embajador casi mancebo, dijo a éste:

—¿No hay hombres en la Corte de vuestro rey, cuando éste me envía a un embajador sin barba?

Y el español contestó:

—Si mi rey hubiese creído que el mérito estaba en la barba, os habría enviado como embajador un macho cabrío y no un grande de Castilla.

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

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En Palas del Rey (Lago) ha fallecido el 29 de Septiembre nuestro querido compañero D. José García Santos. Aun cuando joven, contaba con lustros como suscriptor a nuestra Revista.

A sus padres y familia enviamos nuestro sentido pésame.

piraban el contento que da una vida útilmente ocupada.

Estos cinco años forman a mi parecer la primera edad de la vida próspera de nuestro municipio — dijo el médico después de una breve pausa—. Durante este tiempo todo habían sido gastos; todo era germinar en las cabezas y en las tierras. El movimiento progresivo de la población y de las industrias no podía detenerse ya. Una segunda edad comenzaba. Estas buenas gentes sintieron en seguida la necesidad de vestirse mejor. Pronto se nos estableció un comerciante, un zapatero, un sastre y un sombrerero. Este principio de lujo hizo que se estableciese un carpintero y un tendero de ultramarinos; después, una partera se hizo necesaria, puesto que yo perdía un tiempo precioso y considerable atendiendo a los partos. Los primeros cultivos dieron excelentes recolecciones. Además, la cualidad superior de nuestros productos agrícolas fué mantenida por los abonos y basuras, debidos al crecimiento de la población. Desde entonces mi empresa pudo desenvolverse con todas sus consecuencias. Después de haber saneado las casas y gradualmente conducido los habitantes a mantenerse y vestirse mejor, quise que los animales gozasen también de este principio de civilización. De los cuidados prestados a los animales depende la belleza de las razas y de los individuos, y por consecuencia, sus corrupciones; impulsé decididamente el saneamiento de las cuadras o establos. Para la comparación del provecho que rinde una bestia bien cui-

dada y bien atendida con una abandonada, hice cambiar insensiblemente el sistema de los establos, y desde entonces no se ve ningún animal que sufra. Las vacas y los bueyes fueron atendidos como lo son en Suiza y en Auvernia. Los rediles, las cuadras, las vaquerías, las lecherías y las granjas se construyeron conforme al modelo de mis construcciones y de las del señor Gravier, que tienen por base una gran extensión de terreno, una excelente ventilación y una inmejorable salubridad. Nuestros granjeros se hicieron los mejores apóstoles de la obra y convirtieron con rapidez a los más incrédulos, demostrándoles la belleza de mis preceptos con los excelentes resultados que daba. En cuanto a las gentes que no disponían de dinero, tuve que prestárselo, favoreciendo en primer lugar a los pobres industriales. Ellos me servían del mejor ejemplo que pudiese dar. Atendiendo a mis consejos, las bestias enfermas o mediocres fueron vendidas y reemplazadas por buenos ejemplares. De este modo, nuestros productos, en tiempo determinado, se apoderaron de los de los otros municipios en el mercado. Tuvimos magníficos rebaños y estupendas vacadas. Este progreso era de una importancia considerable. Nada es inútil en economía rural. Otras veces nuestros animales domésticos se vendían a precio vil, y sus pieles no tenían gran valor; pero una vez bonificados, el río nos permitió la construcción de molinos y batanes y nos hicimos tejedores, cuyo comercio creció rápidamente. El vino, desconocido

CACERES

Ilmo. Sr.: Visto el expediente instruido a instancia del Ayuntamiento de Arroyomolinos de Montánchez (Cáceres), solicitando la creación de una plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad:

Resultando que, según la clasificación vigente de estas plazas, aprobada por Orden de este Ministerio de fecha 29 de Octubre de 1931, y publicada en la *Gaceta de Madrid* del mismo año, corresponde al Ayuntamiento de Arroyomolinos de Montánchez una plaza de tercera categoría:

Considerando que el citado Ayuntamiento cuenta con un censo de población de 2.081 habitantes, y un número considerable de familias sin los recursos necesarios para el sostenimiento del servicio de asistencia médica, teniendo que sufrir, por consiguiente gran aumento el número de familias incluidas en el padrón de Beneficencia municipal, dada la gran extensión de su término, en el que existen numerosas casas de campo, y teniendo en cuenta que todos los informes que figuran en el expediente se hallan conformes con la creación de la plaza de referencia; y

Considerando que en la tramitación de este expediente se han observado los preceptos del artículo 104 del Reglamento de Empleados municipales de 23 de Agosto de 1924.

Este Ministerio, de acuerdo con lo informado por las Direcciones generales de Administración y Sanidad, ha tenido a bien disponer la creación de una plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad en el Ayuntamiento de Arroyomolinos de Montánchez, quedando, por tanto, clasificado con dos plazas de tercera categoría, y que por el citado Ayuntamiento se proceda a la declaración de vacante de la citada plaza, remitiendo a la Dirección general de Sanidad certificación del oportuno acuerdo, en unión del anuncio correspondiente, con expresión de la forma en que ha de ser provista y demás datos referentes a la misma, a fin de ordenar su publicación en la *Gaceta de Madrid* para su provisión en propiedad y efectos consiguientes.

De Orden ministerial lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos oportunos. Madrid, 2 de Septiembre de 1932.—*Casares Quiroga*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 8 de Septiembre de 1932.)

ALICANTE

RECTIFICACIÓN

Habiendo aparecido un error en la clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de la provincia de Alicante, publicada en la *Gaceta de Madrid* de 22 de Mayo último, en la que figura el Ayuntamiento de Monóvar con cuatro plazas de tercera categoría, en virtud de reclamación del citado Ayuntamiento de fecha 11 de Junio de 1931, y visto el escrito del mismo de 1.º de Julio último,

Esta Dirección general ha tenido a bien disponer se rectifique dicha clasificación en el sentido de que sean cuatro plazas de segunda categoría las asignadas al citado Ayuntamiento de Monóvar.

Madrid, 5 de Septiembre de 1932.—El director general, P. D., *P. Blanco*. (*Gaceta* del 8 de Septiembre de 1932.)

TERUEL

RECTIFICACIÓN

Habiéndose padecido un error de copia en la clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de la provincia de Teruel, publicada en la *Gaceta de Madrid* de fecha 7 de Agosto último, en la que figura el Ayuntamiento de Calamocha con una plaza de tercera categoría, y el de Caminreal con una de segunda,

Esta Dirección general ha tenido a bien disponer se rectifique dicha clasificación en la forma siguiente:

Calamocha, una plaza de segunda categoría.

Caminreal, una plaza de tercera categoría.

Madrid, 6 de Septiembre de 1932.—El director general, P. D., *P. Blanco*. (*Gaceta* del 8 de Septiembre de 1932.)

MELILLA

Clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, correspondiente al Ayuntamiento de Melilla.

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO	Número de plazas.	Categoría.	Número de habitantes.	Familias incluidas en Beneficencia municipal.	Presupuesto. — Pesetas.
Melilla.....	9	1. ^a	60.897	2.400	3.674.993,46

Madrid, 1 de Septiembre de 1932.—El jefe del Negociado, *Ubaldo Trujillano*.—V.º B.º, El director general, por delegación, *P. Blanco*. (*Gaceta* del 8 de Septiembre de 1932.)

SORIA

RECTIFICACIÓN

Habiéndose observado un error de copia en la clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de la provincia de Soria, publicada en la *Gaceta de Madrid* de 8 de Julio último, en lo que se refiere a los Ayuntamientos de Arcos de Jalón y Somaén, que figuran con una plaza de tercera categoría; Medinaceli y Fuencaliente, con una de tercera; Molinos de Duero, Salduero y La Muedra, con una de cuarta; Morcuera y Torremocha, con una de segunda, y Osma y Alcubilla del Marqués, con una plaza de tercera categoría,

Esta Dirección general ha tenido a bien disponer se rectifique dicha clasificación en la forma siguiente:

Arcos de Jalón y Somaén, dos plazas de tercera categoría.

Medinaceli y Fuencaliente, una plaza de segunda categoría.

Molinos de Duero, Salduero y La Muedra, una plaza de tercera categoría.

Morcuera y Torremocha, una plaza de tercera categoría.

Osma y Alcubilla del Marqués, dos plazas de tercera categoría.

Madrid, 21 de Septiembre de 1932.—El director general, *P. D., S. Ruesta*. (*Gaceta* del 25 de Septiembre de 1932.)

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: *Progressi sumus, progredimus, progrediemur.*

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

SUMARIO: Sección científica: Tumores malignos del aparato de la visión, por el Dr. Manuel Marín Amat.—Información científica del II Congreso Internacional de Otorrinolaringología: Otosclerosis. Comunicación sobre la anatomía patológica y la patogenia de la otosclerosis, por Otto Mayer.—Colaboración de Sudamérica: Consideraciones sobre la patogenia y tratamiento de las enfermedades óseas, por Lugo Rodríguez Riel y Alfredo G. Da Silveira.—Periódicos médicos.

TUMORES MALIGNOS DEL APARATO DE LA VISIÓN ⁽¹⁾

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

Oculista del Instituto Nacional de Oncología (Madrid).

El cáncer constituye actualmente uno de los principales motivos de mortalidad en todos los países.

Por lo que se refiere a España, la estadística de mortalidad de la Dirección General de Sanidad, referente al año 1930, arroja un total de 394.355 defunciones, de las cuales el 4,17 por 100, es decir, unas 20.000, en números redondos han sido motivadas por cáncer.

Y dentro de esta cifra tan aterradora los tumores malignos del aparato de la visión ocupan un lugar tan no despreciable, que basta citar cualquier estadística, por ejemplo, la de los enfermos tratados en el año 1930 en este Pabellón provincial, dependiente del Instituto Nacional de Oncología, para darse cuenta de la realidad; así, entre 378 enfermos tratados por cáncer, 36 lo han sido del aparato visual; es decir, el 9 por 100 del total.

Véase, por tanto, la enorme importancia que tiene el conocimiento del cáncer ocular, para que el oftalmólogo sepa a qué atenerse en esta cuestión tan importante, no sólo bajo el aspecto visual, sino también vital. Ahora bien, para hacer un estudio completo del cáncer del aparato visual se necesitaría un pequeño curso de lecciones, pero como es una sola la que nos corresponde hemos de limitarnos, únicamente, a llamar la atención sobre aquellos puntos de clínica y de terapéutica más interesantes y que deben quedar grabados en la memoria; sin hacer mención para nada de aquellos asuntos de índole general, como

son la etiología y la patogenia, que nos llevarían lejos de nuestro propósito.

Todos los órganos y tejidos que constituyen el aparato de la visión no sólo son susceptibles de padecer el cáncer, sino que existe una cierta predisposición, en especial en aquellos lugares en que el tegumento externo (piel) se transforma en tegumento interno (mucosa), como es ley general en todos los territorios orgánicos; así como en aquellos otros de cualquier variedad de tegumentos, en los que el epitelio que los recubre varía la morfología: tal ocurre en los bordes y comisuras palpebrales y en el limbo esclerocorneal, respectivamente. Por excepción, el cristalino y el vítreo no son interesados primitivamente por el cáncer, pero pueden serlo, y especialmente el segundo, de una manera secundaria.

I

CÁNCER DE LOS PÁRPADOS

Es el más frecuente de todos los cánceres del aparato de la visión. Casi siempre se trata del *epitelioma*; rara vez del *sarcoma*.

EPITELIOMA PALPEBRAL

El punto de arranque del epitelioma palpebral es de ordinario la piel: *epitelioma cutáneo*; y excepcionalmente el epitelio que recubre las glándulas anejas a los mismos: *epitelioma glandular*.

EPITELIOMA CUTÁNEO PALPEBRAL

Es afección principalmente de la edad madura y de la vejez. De ordinario es primitivo, aunque puede ser también propagado de la piel de las regiones vecinas.

Síntomas.—Aparece bajo la forma de una pequeña elevación cutánea circunscrita, que muy lentamente va creciendo, si no se le irrita por maniobras intempestivas; que se ulcera y se recubre de una costra, a menudo sanguinolenta; que no produce molestias subjetivas, o muy pocas, en estos primeros periodos, y que no se acompaña de infartos ganglionares, a menos de que se infecte.

(1) Lección explicada en el Instituto Nacional del Cáncer el día 24 de Mayo de 1932, en el curso de conferencias de los médicos oftalmólogos, con exposición de fotografías y de enfermos. Escrita expresamente para EL SIGLO MÉDICO.

El asiento del epiteloma palpebral puede ser la piel del párpado, el borde ciliar y las comisuras externa e interna. Según nuestra experiencia personal, los de la comisura palpebral interna son los más frecuentes y también los más graves de todos. Se comprende que además de los síntomas propios del epiteloma en sí, y que hemos descrito, se han de encontrar algunos otros en relación con el sitio que ocupan en los párpados: lagrimeo, en especial los de la comisura interna, irritación ocular los del borde palpebral, etc., etc.

Según las formas clínicas que el epiteloma acepte se les ha clasificado: en *epiteloma plano no ulcerado*; *epiteloma plano ulcerado* y *epiteloma vegetante*. El más frecuente es el epiteloma plano ulcerado.

Los caracteres de la ulceración epiteliomatosa son: ser superficial en los primeros tiempos, de fondo y de contornos irregulares y el estar separada de los tejidos sanos por bordes elevados y un tanto indurados y resistentes a la palpación.

Evolución.—Según la tendencia más o menos invasora del epiteloma se le ha denominado: *epiteloma esclerosante*, que son aquéllos, por fortuna muy poco frecuentes, en que a medida que la ulceración cancerosa avanza en un sentido, se va estableciendo la cicatrización por el opuesto; y *epiteloma fagedénico o terebrante*, los dotados de una extraordinaria malignidad que avanzan en todas direcciones y destruyen cuanto encuentran en su camino.

En tesis general, se puede decir que el epiteloma cutáneo en los párpados, si bien tiene una evolución muy lenta, en cambio, es *fatalmente progresivo, tanto en extensión como en profundidad*, llegando a invadir y destruir todos los tejidos de los párpados y contenidos en la cavidad orbitaria, las paredes de la órbita, los senos accesorios de las fosas nasales y hasta la base del cráneo, hasta llegar a producir la muerte por caquexia, pero principalmente por fenómenos infecciosos, casi siempre estreptocócicos, originados en las extensas ulceraciones cancerosas y que se extienden a las meninges. El único órgano que resiste a esta devastadora destrucción es el globo ocular, que llega en ocasiones a encontrarse completamente aislado y sostenido de las paredes orbitarias por algunos tractus conjuntivos, en el enorme antro orbitario donde no quedan vestigios de párpados, de músculos, de vasos, de nervios, etc. Claro está que esto ocurre en enfermos totalmente abandonados, porque en los restantes, en cuanto el globo ocular queda sin la protección palpebral y de los tejidos contenidos en la órbita hay que proceder a su enucleación por los enormes dolores que ocasiona.

A pesar de la propagación del epiteloma por el sistema linfático, de ordinario en el de los párpados no se observan (a menos de que se infecten, como hemos dicho anteriormente) metástasis ni en los ganglios próximos ni en los órganos alejados.

Anatomía patológica.—Existen dos variedades del epiteloma cutáneo palpebral: el *espinocelular*, o de globos epidérmicos, y el *basocelular*, o de células

basales. En algunas ocasiones se observan tipos *intermediarios*.

El *espinocelular* está constituido por células diferenciadas que ofrecen diversos tipos evolutivos, desde la célula con núcleo voluminoso y cuyo protoplasma contiene las fibrillas que van de unas a otras, como las del cuerpo de Malpighio, pasando por las células granuladas cargadas de eleidina, hasta llegar a las células córneas, planas y desprovistas de núcleo; al igual que en la piel sana, pero dispuestas las células córneas concéntricamente imbricadas como las capas de una cebolla (perlas córneas), fácil de distinguir al primer golpe de vista.

La variedad *basocelular* está constituida por células epiteliales no diferenciadas, con poco protoplasma, *sin fibras unitivas, sin células córneas*, que se disponen en forma de cordones epiteliales macizos, en los que las células al llegar al final de su vida se desintegran y en su lugar quedan lagunas o huecos que cuando ocupan el centro del cordón epitelial pueden originar una cavidad en forma de tubo.

Diagnóstico.—De ordinario, los síntomas clínicos y la evolución hacen el diagnóstico de la naturaleza probable de la afección; sin embargo, el diagnóstico cierto sólo puede hacerlo la biopsia, la cual no lleva peligros si se practica con el cuidado que es de suponer.

Pronóstico.—Fatal si no se acude a tiempo. Hay que recordar a este propósito la inusitada gravedad del epiteloma de la comisura palpebral interna, aun desde sus comienzos, por la marcada tendencia de infiltrar los tejidos profundos, adhiriéndose al periostio y propagándose por la pared interna de la órbita a todo el contenido orbitario, a las células etmoidales y seno esfenoidal, como hemos observado en multitud de casos. Hay que tener presente este síntoma del epiteloma de la comisura interna, si está o no adherido al hueso, para obrar en consecuencia.

Se cree, generalmente, que el epiteloma basocelular es de evolución más lenta y menos invasor que el espinocelular. En el terreno de la clínica no puede admitirse esta manera de pensar de un modo absoluto. Es cierto que la evolución parece menos rápida que la del espinocelular y que es más sensible a la acción del radio, pero uno y otro son, igualmente, invasores y destructores, tanto en superficie como en profundidad y conducen fatalmente a la muerte.

Tratamiento.—Puede ser: quirúrgico por el radio y por los rayos X. La indicación de cada uno de ellos depende de la extensión y profundidad que haya adquirido la neoplasia. Ningún otro tratamiento puede admitirse en el estado actual de la ciencia.

Cirugía.—Los epitelomas cutáneos, ya radiquen en el borde ciliar, en la piel del párpado o en las comisuras, cuando están circunscritos deben ser tratados por la cirugía, a condición de practicar una buena resección de tejidos sanos alrededor de la neoplasia y hacerla seguir de la reparación plástica correspondiente: *Cancer fecit Chirurgram. Chirurgia magna*

pro cancer facta est. Obrando de este modo, en un solo acto operatorio se obtiene la curación, sin el temor de las complicaciones por parte del globo ocular que las aplicaciones del radio y rayos X suelen llevar consigo, así como las secuelas de iadole cicatricial, principalmente el ectropión, y que tienen que ser motivo después de una operación plástica.

El único inconveniente que tenía la Cirugía, en estos casos, era el de quedarse corto en la resección palpebral, por la dificultad muchas muchas veces, y sobre todo por el resultado, un tanto antiestético, de las blefaroplastias. Pero ya este temor ha desaparecido desde el momento en que contamos con un medio de reparación *pálpebro palpebral integral*, que nos permite practicar incluso la extirpación total del párpado, dejando tras sí casi una perfecta integridad anatómica, funcional y estética. Nosotros desde hace cuatro años obramos de este modo (1).

En los casos avanzados se podrá utilizar, si son superficiales, el radio, y si muy profundos, los rayos X. Desgraciadamente entonces suele ser tarde para toda terapéutica, especialmente cuando el contenido y continente orbitarios está destruido. Convendría a este propósito hacer una campaña sanitaria adecuada para llevar el convencimiento a los enfermos de la necesidad de ser tratados del cáncer en sus primeros períodos.

Epitelioma glandular de los párpados.

Los epiteliomas desarrollados a expensas del epitelio de las glándulas anejas de los párpados (de Meibomio, de Zeiss, de Moll y Krause) presentan una individualidad completamente distinta que permite separarlos del epitelioma cutáneo. El más importante de todos ellos es el epitelioma meibomiano.

Epitelioma de las glándulas de Meibomio.—Es muy poco frecuente y es afección de la edad adulta y de la vejez.

Comienza por un abultamiento circunscrito del párpado, que le da apariencia de chalación, y en ocasiones hasta son operados como tales, con la sorpresa consecutiva de su reproducción y crecimiento.

Al principio es indoloro, no adherente a la piel, pero a medida que va creciendo aparecen complicaciones, incluso la propagación al globo ocular (2), al otro párpado, al tejido de la órbita y a los ganglios linfáticos preauricular y submaxilares.

La evolución es más rápida que la del epitelioma

de la piel de los párpados y, por tanto, de peor pronóstico.

Tratamiento.—Igual norma de conducta debemos seguir en este epitelioma como en el cutáneo palpebral; si está limitado lo mejor es la cirugía, extirpando el párpado en totalidad, si fuera preciso, y con el bisturí eléctrico. En caso contrario se acudirá al radio o los rayos X.

SARCOMA DE LOS PÁRPADOS

El sarcoma de los párpados es extraordinariamente menos frecuente que el epitelioma.

Pueden presentarse las dos variedades: el leucosarcoma o sarcoma apigmentado, y el sarcoma melánico. Este último se presenta en menor número de casos, si bien es más maligno y más aparente, por lo que solamente nos ocuparemos de él.

Sarcoma melánico de los párpados.—Puederadicar en la piel, en el tejido subcutáneo o en el tarso. Cuando aparece en la piel, ésta ofrece una mancha negra, en relieve, de superficie mamelonada, y si está localiza-

zada en el espesor del párpado el color negrozco se llega a percibir por transparencia.

El crecimiento del sarcoma es mucho más rápido que el del epitelioma, especialmente cutáneo, y también mucho mayor su malignidad.

Muchas veces el punto de partida del sarcoma melánico de los párpados es un *noevus pigmentario*.

El diagnóstico debe hacerse atendiendo a

los síntomas clínicos, no siendo de recomendar la biopsia por poder excitar el crecimiento de la neoplasia.

Tratamiento.—Existe hoy el criterio cerrado en Cancerología de no emplear la cirugía en los sarcomas, especialmente de tipo melánico, por su gran malignidad, debiendo, por tanto, acudir al radio o a los rayos X.

II

CÁNCER DE LA CONJUNTIVA Y DE LA CÓRNEA

Los tumores malignos de la conjuntiva y de la córnea pueden ser *primitivos* y *secundarios*, debidos en este último caso a la propagación de los cánceres de los párpados o del aparato lagrimal. Los tumores primitivos son el epitelioma y el sarcoma.

Epitelioma primitivo de la conjuntiva.—Puede asentar en el limbo esclerocorneal, en la conjuntiva bulbar y en la palpebral. El de los fondos de saco ha sido mencionado entre los glandulares de los párpados.

SUMARIO CIENTÍFICO DEL NUMERO PRÓXIMO

ALVAREZ NOUVILLAS.—La V Asamblea de la Liga Española de Higiene Mental y la VI Reunión de la Asociación de Neurólogos y Psiquiatras.

J. S. FRASER.—Aspecto clínico de la otosclerosis.

J. GORDON WILSON.—Revisión de algunas investigaciones que se han realizado en América sobre otosclerosis.

P. CAZENEUVE, A. MOREL Y H. DE LEEUW.—La higiene y la industria de las sedas artificiales.

Bibliografía.

Prensa extractada.

(1) Dr. Marín Amat: «Reparación pálpebro-parpebral integral». *Gaceta Médica Española*, mes de Marzo de 1932.

(2) Muchas veces por el simple contacto: *epitelioma por contacto*.

dos y formados a expensas de las glándulas de Krause, principalmente.

El epitelio primitivo de la córnea no existe. El que se describe como tal es el que toma origen en el epitelio del limbo esclerocorneal, sitio muy a propósito para la aparición de esta neoplasia, como anteriormente hemos indicado, y debido a la transformación del epitelio cilíndrico de la conjuntiva bulbar en el pavimentoso de la córnea. El que se designa epitelio ma corneal es el que ha comenzado en la zona limbica y secundariamente ha invadido esta membrana.

Epitelioma del limbo esclerocorneal. — Aparece bajo la forma de una pequeña elevación circunscrita del epitelio del limbo rodeada por vasos más aparentes que los de la conjuntiva normal, de coloración rojiza y de superficie formada por multitud de pequeños lóbulos, de aspecto típicamente muriforme y un tanto consistente.

Al principio no ocasiona molestias, pero a medida que avanza en volumen produce la sensación de roce, de cuerpo extraño y hasta en ocasiones impide el cierre hermético de los párpados, como en una de nuestras observaciones (1), en la que alcanzó el volumen de un garbanzo.

El epitelio del limbo crece tanto en dirección de la conjuntiva como de la córnea, y en esta última membrana produce su opacificación. También tienen tendencia, aunque en menor grado, a penetrar en el interior del globo ocular, siguiendo los pequeños orificios que dan paso a los vasos ciliares anteriores.

Los trastornos visuales son escasos, porque de ordinario se suele intervenir antes de que la neoplasia alcance el centro de la córnea.

La evolución es muy lenta y no suelen producir metástasis a distancia, si bien tienen una marcada tendencia a la reproducción *in situ*, cuando la extirpación no es absoluta.

El análisis histopatológico demuestra casi siempre la naturaleza basocelular del tumor. Algunas veces se trata de la variedad espinocelular, como en nuestra observación.

Tratamiento. — Si no ha penetrado en el interior del ojo, la excisión muy meticulosa de la neoplasia comprendiendo una buena porción de conjuntiva y de láminas de córnea sanas, seguida de la cauterización con el galvanocauterio y de un buen recubrimiento conjuntival, suele bastar (2). En caso de recidiva o si se sospecha su invasión intraocular, habrá que proceder a la enucleación del ojo, con excisión amplia de la conjuntiva limítrofe.

Ultimamente los Dres. Terrien y Cousin (3) han utilizado en un caso de recidiva la diatermocoagulación, con resultados un tanto satisfactorios.

(1) Dr. María Amat: «Voluminoso epitelio del limbo esclerocorneal». Comunicación a la Academia Médico-Quirúrgica Española, 25 de Mayo de 1931. *El Siglo Médico*, 12 de Septiembre del mismo año, pág. 249.

(2) En nuestra observación fué bastante, no habiéndose presentado hasta ahora la recidiva.

(3) Terrien y Cousin: «Traitement d'une neoplasie du limbe». Libro de Actas de la Sociedad Francesa de Oftalmología, 1931, pág. 279.

El radio y los rayos X, a nuestro juicio, tendrán su indicación para la esterilización de la región en los casos que con la enucleación y resección conjuntival no se tenga la seguridad de haber extirpado totalmente la neoplasia.

El epitelio de las conjuntivas bulbar y tarsal difiere sólo por el sitio del de limbo esclerocorneal, siendo muy parecidos los distintos caracteres.

Sarcoma primitivo de la conjuntiva. — Asienta de preferencia en el limbo esclerocorneal y en el tejido episcleral, y presenta dos variedades: la melánica y la blanca.

Sarcoma del limbo esclerocorneal. — Con frecuencia tiene su punto de partida en manchas pigmentadas, verdaderos *noevus*, de la región.

Ofrece el aspecto de una pequeña tumoración más o menos redondeada y de un color rojizo oscuro o negruzco, según la variedad melánica o blanca, progresando tanto en el sentido de la conjuntiva como en el espesor de la córnea. Excepcionalmente lo hace hacia el interior del ojo, siguiendo, como el epitelio, los pequeños orificios de la región.

La evolución y crecimiento de la neoplasia son más rápidos que en el epitelio y la gravedad también mucho mayor, siéndolo aún más todavía la variedad melánica.

El diagnóstico se hará teniendo en cuenta los caracteres del tumor y la evolución, pero evitando las biopsias.

La sintomatología está en relación con el tamaño y con las complicaciones a que puede dar origen.

Tratamiento. — Contraíndicada la excisión de la neoplasia, por la agravación que suele ocasionar, se practicará bien la enucleación del ojo con amplia excisión de la conjuntiva y mejor los rayos X o el radio.

El sitio de implantación del sarcoma en el tejido episcleral es mucho más raro que en el limbo esclerocorneal, si bien es aplicable a aquéllos lo indicado para éstos.

CÁNCER DE LA CARÚNCULA LAGRIMAL Y DEGENERACIÓN CÁNCEROSA DEL PTERIGION

El cáncer de la carúncula lagrimal pertenece a los tipos del *epitelioma* y del *sarcoma*, éste último especialmente del melánico; sin embargo, ambos son muy raros y mucho más raro todavía su localización primitiva, siendo lo corriente que sean propagados de las regiones limítrofes.

Los *epiteliomas* de la carúncula lagrimal tienen una marcada predilección a invadir el repliegue semilunar, los bordes y comisura palpebral interna, como hemos podido apreciar en una observación personal (1).

El tratamiento debe ser la excisión amplia y precoz de la carúncula y repliegue semilunar, y en caso de duda, de la comisura palpebral interna, seguida

(1) Dr. María Amat: «Epitelioma de la carúncula lagrimal». Comunicación a la Sociedad Oftalmológica de Madrid, 7 de Enero de 1932.

para mayor seguridad de alguna aplicación de radio, al igual que en nuestra observación.

Degeneración cancerosa del pterigion.—En casos excepcionales se ha podido observar la degeneración cancerosa del pterigion del tipo del epiteloma. Nosotros tenemos actualmente en tratamiento el enfermo que presentamos, cuyo pterigion ha sufrido en su parte central la degeneración sarcomatosa y del tipo melánico. Es un caso de los más raros de la literatura y que será motivo de una comunicación a la próxima reunión de la Sociedad Francesa de Oftalmología.

III

CÁNCER DEL APARATO LAGRIMAL

La glándula lagrimal y las vías lagrimales pueden ser atacadas de un modo primitivo o secundariamente por el cáncer, pero especialmente la primera, sobre la que nos detendremos.

Cáncer de la glándula lagrimal.—Tanto la porción orbitaria como la palpebral de la glándula lagrimal pueden ser asiento de tumores malignos, que, por otra parte, presentan cierta independencia dentro de la cápsula fibrosa que rodea a la glándula.

A pesar de ser los cánceres de la glándula lagrimal muchísimo más frecuentes que los de las vías excretoras, sin embargo son bastante raros, hasta el punto de que muchos oculistas de dilatada práctica no han tenido ocasión de observar ninguno. El doctor Morax hace referencia en su excelente tratado de «Cáncer del Aparato de la Visión», de no pasar de 80 los casos publicados.

Síntomas.—Presencia de un abultamiento más o menos marcado de la región superoexterna de la órbita, extendido o no al párpado superior, según estén atacadas ambas porciones de la glándula, la orbitaria y la palpebral, o solamente la primera. De consistencia dura, por estar enquistada durante gran parte de su evolución y que propulsa el globo ocular en dirección contraria, hacia abajo y adentro, determinando la diplopia correspondiente. De ordinario, es tumor indoloro.

Es afección propia de la juventud y de la edad media de la vida, de curso muy lento y con poca tendencia a invadir los tejidos de los párpados y de la órbita, como no sea en fases muy avanzadas de su evolución.

La estructura de estos tumores malignos tiene mucha semejanza con los de las glándulas lagrimales, especialmente de la parótida, y como los de éstas se han englobado en la denominación general de *tumores mixtos*, por lo variado de su composición. De la cápsula fibrosa arrancan tabiques de tejido conjuntivo, entre los que se encuentran disposiciones celulares de lo más diverso, según los distintos lóbulos que lo integran; así, unas veces se disponen en formaciones adenomatosas; otras, en estructura de carcinoma; en ocasiones se encuentran elementos mixomatosos y hasta células cartilaginosas. Las denominaciones de epitelomas, sarcomas, fibrosarcoma y mi-

xosarcoma, endotelioma y encondroma, responden a estructuras particulares de los mismos.

El pronóstico es relativamente benigno, por estar englobados en la cápsula fibrosa, por su tendencia poco invasora, por no tender a producir metástasis y por no recidivar si se extirpan a su debido tiempo. Sin embargo, todo esto no es sino dentro de ciertos límites, sobrepasados los cuales se convierte en invasor y mortal.

Tratamiento.—El de elección debe ser la enucleación y extirpación total de la glándula y lo más precoz posible, pudiendo en caso de duda hacer seguir el tratamiento quirúrgico por algunas aplicaciones de radio o de rayos X.

Los cánceres de las vías lagrimales son rarísimos y casi siempre secundarios.

IV

TUMORES MALIGNOS INTRAOCULARES

De un modo primitivo, la úvea y la retina pueden ser asiento de tumores malignos, y por cierto de la máxima gravedad. Estos cánceres primitivos son el sarcoma para el tractus uveal y el glioma para la retina.

La membrana uveal puede a su vez presentar tumores malignos, especialmente el epiteloma, debido a la metástasis de cánceres de otros territorios orgánicos.

Cánceres primitivos del tractus uveal.—Una sola variedad de cáncer se desarrolla de un modo primitivo sobre la membrana uveal: es el sarcoma, en sus dos variedades: *leucosarcoma o sin pigmento y sarcoma melánico*. Este último es, con mucho, el más frecuente. La descripción clínica que vamos a hacer corresponde por igual a ambas variedades, pues la sola diferencia estriba en el distinto aspecto histopatológico, que, por otra parte, tampoco es absoluto, puesto que en un mismo sarcoma se pueden encontrar porciones muy pigmentadas, otras con menos pigmentación y, por fin, algunas sin trazas de pigmento, como hemos podido apreciar en una de nuestras observaciones (1). Conocemos también otra preparación del profesor Fuchs que presentaba los mismos caracteres. Y con respecto al factor pigmento en los sarcomas, este sabio profesor lo cree accidental, puesto que los leucosarcomas en contacto del aire se vuelven oscuros, pigmentados (2).

Los sarcomas del tractus uveal ofrecen multitud de puntos interesantes, aparte de éste del pigmento, que no lo es poco. Así ocurre que sarcomas relativamente pequeños conduzcan más pronto al período glaucomatoide, doloroso, que otros de mayor volumen, aun localizados en regiones simétricas o casi idénticas; y la explicación no puede ser otra que la

(1) Dr. Marín Amat: «Sarcoma melanoideo de la coroides». Comunicación a la Sociedad Oftalmológica de Madrid. 22 de Mayo de 1925. *Anales de Oftalmología*, Septiembre de 1925.

(2) Dr. Marín Amat: Curso de Anatomía patológica ocular, explicado por el profesor Fuchs. *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, Junio 1920.

desintegración y emigración de células cancerosas al ángulo iridocorneal, o bien la propagación y proliferación de la neoplasia alrededor de las venas corticosas, que las obstruyen total o parcialmente, como nosotros hemos podido observar.

Otro punto interesante de los sarcomas de la región ciliar y de la coroides es que tienden a crecer no sólo hacia la retina y el cuerpo vítreo, sino también hacia la esclerótica, invadiendo el espesor de esta membrana a partir de sus capas profundas, como nosotros hemos podido apreciar en una observación, así como en dirección del nervio óptico, pero especialmente siguiendo el trayecto y de un modo directo de los vasos sanguíneos.

Es además de esta propagación por vía directa, tumor esencialmente metastásico, y, por tanto, de una extraordinaria gravedad. La vía de esta propagación a distancia es la sanguínea, y las siembras tienen lugar de preferencia en aquellos órganos muy vasculares, como el hígado, el bazo, el estómago, etc. A decir verdad nunca sabemos a ciencia cierta cuándo enucleamos un ojo, aun en el primer período evolutivo de la afección, si ya existieran siembras en órganos lejanos que en breve plazo acabarán con la vida del enfermo.

Es también neoplasia que tiende a recidivar *in situ*, si al enuclear el ojo ya existían propagaciones en el tejido orbitario, no ya macroscópicas por perforación de la esclerótica, sino coincidiendo con ojos sin la menor perforación, y solamente por propagación microscópica, siguiendo el curso de los vasos sanguíneos.

No menos digno de mención es el hecho de que contrastando con la gran vascularización del sarcoma de la coroides, se encuentren casos en que la neoplasia ha evolucionado hacia el *reblandecimiento y la necrosis* parcial o total, y en este último caso ofrezca la apariencia de una *curación espontánea* dentro del ojo, aunque esto no es óbice para que con anterioridad existiesen siembras y, por tanto, metástasis en órganos diferentes que produzcan la muerte.

También se ha podido comprobar la *calcificación* de porciones necrosadas de sarcomas y hasta ser el motivo de la *oftalmía simpática* en el otro ojo.

Sintomatología.—El sarcoma puede desarrollarse en las tres porciones del tractus uveal: iris, cuerpo ciliar y coroides.

Sea cualquiera su localización, el sarcoma intraocular (como también el glioma de la retina) pasa indefectiblemente por cuatro períodos evolutivos, que se denominan: 1.º, de latencia; 2.º, de hipertensión o glaucomatoide; 3.º, de perforación de la cáscara ocular, y 4.º, de generalización y de muerte. Los síntomas que corresponden a cada uno de estos períodos fácilmente los deducirá todo aquel medianamente impuesto en Oftalmología.

Además de los síntomas comunes a todos los tumores intraoculares, existen los particulares al sar-

coma de cada región, que brevemente vamos a describir.

El sarcoma de iris es de evolución muy lenta, como en general todos los del tractus uveal, pues tardan muchos años (en ocasiones diez o doce) en proporcionar síntomas ostensibles.

Se localiza en cualquier sitio de esta membrana, si bien tiene una marcada predilección por la porción inferior (63 por 100, según el Dr. Morax) (1).

Se desarrolla, con frecuencia, sobre alguna mancha (noevus) del iris. Otras veces aparece en un iris sin la menor alteración de color y bajo el aspecto de una mancha oscura o negra (por ser más frecuente la variedad melánica), que progresiva y muy lentamente va creciendo hasta ponerse en contacto con la cara posterior de la córnea. Según el profesor Fuchs, el período glaucomatoide aparece en los tumores del iris cuando éstos llegan a ocupar la tercera parte de la cámara anterior.

Por tanto, el síntoma culminante del sarcoma del iris es su fácil comprobación por la observación directa.

El sarcoma de la región ciliar es de observación difícil en los comienzos de su evolución por no acompañarse de ningún trastorno visual y estar muy oculto por detrás del iris a la exploración oftalmoscópica ordinaria. Sin embargo, nosotros hemos descubierto y publicado (2) un síntoma que permite hacer un diagnóstico bastante precoz de la neoplasia, con la correspondiente utilidad para el tratamiento. *Consiste en la anestesia del sector de la córnea correspondiente al sitio de implantación del tumor*, debido a la compresión de los filetes nerviosos que van a innervar esta membrana.

El sarcoma de la coroides es más frecuente que el del iris y del cuerpo ciliar. Según su localización en esta membrana, así tendrá sus síntomas particulares; de este modo: si asienta en la región macular, la visión central estará disminuida o abolida desde los primeros tiempos de su evolución; si se encuentra cerca del polo posterior, el sujeto percibirá un escotoma positivo paracentral en su campo visual; y si en el ecuador del ojo, los trastornos visuales serán casi nulos.

Bien pronto, y aun dentro del primer período evolutivo, la neoplasia levantará y desprenderá la retina y al oftalmoscopio se podrá observar un desprendimiento parcial de esta membrana, si bien de coloración un tanto oscura (de ordinario el sarcoma de la coroides es de tipo melánico). La presencia de una vascularización más espesa y más profunda, a la vez que completamente independiente de la retina (signo de Sichel-Becker-Brière), es muy difícil de observar.

Aun en este primer período, la transiluminación

(1) Dr. V. Morax: «Cancer de l'appareil visuel». París, 1923, página 222.

(2) Dr. Marín Amat: «Sarcoma melánico de la región ciliar. Importancia de su diagnóstico». *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, Marzo de 1919.

escleral en el sitio de la neoplasia por la lámpara de contacto (Sachs, Rochon-Duvigneau, etc.), cuando no recae en el polo posterior del ojo, o en este último caso por un fuerte fotóforo colocado en la cavidad bucal y protegida la cara del observado con una careta opaca, no dejando pasar los rayos luminosos al interior del ojo, cuando la luz coincide con la tumoración, constituye un síntoma de gran importancia.

Con el crecimiento del tumor el desprendimiento de la retina aumenta hasta haberse total, a la vez que aparece un síntoma nuevo, que es el *dolor*, y debido a la hipertensión que la neoplasia determina. Entonces el desprendimiento de la retina ya indica a las claras su origen; así: *desprendimiento con dolor, tumor*.

Tratamiento.—Esencialmente quirúrgico y radical: *la enucleación*, y cuanto antes mejor, aun tratándose de ojos con buena visión (1). De no seguir estrictamente esta conducta y esperar el período glaucomatoide, ya no se tiene la seguridad de evitar las metástasis, que es tanto como decir la muerte del sujeto en un plazo relativamente corto, de uno a dos años, con mucha frecuencia. La metástasis hepática es la que se presenta en mayor número de veces.

De estar perforada la esclerótica o existir nódulos cancerosos en el nervio óptico se procederá a la exenteración de la órbita con el bisturí eléctrico, seguida de la aplicación de rayos X.

Epitelioma metastásico de la úvea.—El epitelioma es en realidad el único cáncer que en virtud de metástasis se desarrolla en la membrana uveal, puesto que el sarcoma, que también puede hacerlo, es muy difícil de clasificar, dada la gran propensión de esta membrana a padecerlo de un modo primitivo.

El epitelioma metastásico de la úvea es un cáncer poco frecuente y se presenta de preferencia en la mujer, dado de que el cáncer de la mama es el manantial principal de estas metástasis. Los Dres. García-Mansilla (2) han dado recientemente a conocer una nueva observación de esta naturaleza.

Un hecho curioso presentan los epiteliomas metastásicos de la úvea, y es su propensión a desarrollarse en el polo posterior del ojo y en la zona ciliar, regiones de la máxima vascularización arterial corioidea.

Los síntomas del comienzo consisten en trastornos visuales en relación con el sitio de su implantación. Y por oftalmoscopia se comprueba un desprendimiento más o menos extenso de la retina, según la magnitud de la neoplasia, y de coloración menos oscura que el debido a sarcoma melánico de la coroides. Por otra parte, a la diafanoscopia esta tumoración es más permeable a los rayos luminosos que al melanosarcoma.

La evolución de esta neoplasia, si bien es más rá-

pida que la del sarcoma de la coroides, en cambio, pocas veces alcanza los períodos evolutivos posteriores, sobre todo el de perforación de la esclerótica, porque otras metástasis o la caquexia suelen matar al enfermo. Solamente llegan al período glaucomatoide y pueden ser entonces motivo de la enucleación del ojo, como en el caso de los Dres. Mansilla.

Puede ocurrir alguna vez que por desconocer el sitio de arranque de las metástasis sea tomado, erróneamente, por primitivo un epitelioma metastásico de la coroides.

Otra particularidad ofrecen estos cánceres metastásicos, y es la marcada tendencia de extenderse en superficie, afectando una disposición aplanada.

El pronóstico *quo ad vitam* es de lo más grave y a breve plazo, porque a la vez que en la coroides suelen existir injertos en otros órganos indispensables para la vida.

Tratamiento.—Sólo, y a título de paliativo, para quitar los fuertes dolores del período glaucomatoide, se pondrá en práctica la enucleación del globo ocular. La radio y la radiumterapia no tienen ningún efecto.

V

CÁNCER DE LA RETINA

El único tumor maligno de esta membrana es el *glioma de la retina*, que, por otra parte, es absolutamente típico y exclusivo.

Es una neoplasia de una malignidad extraordinaria y que se presenta en la primera infancia, hasta los cinco o seis años de la vida.

Suele ser familiar y hereditaria, citándose muchas observaciones de esta naturaleza; lo que constituye, aparte de la máxima gravedad para el presente, un verdadero problema social para el porvenir, porque se ha observado que niños a los que se les extrajeron ambos ojos por glioma de la retina, al ser hombres y contraer matrimonio han tenido hijos atacados de la enfermedad.

Muy frecuentemente se presenta en los dos ojos, al mismo tiempo o con algunos meses o años de intervalo. Y es afección que, aunque rara, es más frecuente que lo que sería de desear. A nuestro juicio, las múltiples estadísticas que conocemos pecan por defecto, porque las cifras de 10 a 17 por 100.000 enfermos de los ojos nos parecen muy cortas en relación con nuestras observaciones; si bien es verdad que nosotros nos desenvolvemos desde hace siete años en un medio tan a propósito para la observación de esta neoplasia como es el Instituto Nacional de Oncología.

Síntomas.—Los gliomas de la retina pasan (como los sarcomas del tractus uveal y todos los tumores intraoculares) por los cuatro períodos clásicos de su evolución, que son: 1.º, de latencia; 2.º, glaucomatoide; 3.º, de perforación de la esclerótica, y 4.º, de generación y de muerte.

Al comienzo, que, por otra parte, es la época que más garantías ofrece a la conservación de la vida, si

(1) Nosotros hemos tenido dos veces la valentía de enuclea el ojo con perfecta visión, encontrando en la necrosis la tumoración y demostrando el laboratorio su naturaleza.

(2) Dres. García-Mansilla: «Epitelioma metastásico de la úvea». Comunicación a la Sociedad Oftalmológica de Madrid, 7 de Abril de 1932.

dentro de él se practica la enucleación del ojo, la sintomatología es nula, dada la poca edad de los pacientes. Pero a poco que la neoplasia, en su crecimiento, invada el cuerpo vítreo, se presenta un síntoma muy aparente, al que da mayor realce la dilatación de la pupila y que además no reacciona a la luz por estar ya el ojo sin visión, y es el llamado *ojo de gato amaurotico*, que es el que impulsa a los padres a consultar sobre la afección ocular de su hijo.

Este síntoma consiste en un reflejo blanco o blanco amarillento que proyecta el fondo del ojo cuando está frente a la luz; al igual que en los animales, provisto de la especial capa celulosa o fibrosa de la coroides, llamada *tapetum*. Con el examen oftalmoscópico se comprueba la presencia en el fondo del ojo de masas globulosas, blanquecinas o amarillentas (como de algodón en rama), surcadas de vasos sanguíneos, muy aparentes. En ocasiones, como hemos observado recientemente en un caso (1), todos estos detalles se observan a simple vista, con una perfecta claridad: la pupila, dilatada al máximum, permite la entrada de gran cantidad de rayos luminosos, y el dioptrio ocular, haciendo de poderosa lente positiva, nos suministra una imagen agrandada y con todo de talla de la tumoración endocular.

En el segundo período aparece la hipertensión ocular. El ojo se pone rojo y doloroso y la inquietud del niño deciden a los padres a que se practique la enucleación del ojo, que de ordinario ya resulta tardía.

Por contraposición a otros cánceres endoculares, es el glioma de la retina neoplasia que evoluciona muy rápidamente y a los pocos meses de su aparición perfora la esclerótica en las proximidades de la córnea, de preferencia, y hace su irrupción al exterior una masa fungosa que crece velozmente, alcanzando en pocas semanas el volumen de una naranja, y hasta igualar a la cabeza del mismo niño, y cuya superficie mamelonada se ulcera, sangra fácilmente y despiden un penetrante olor nauseabundo; a la vez que el ganglio preauricular y submaxilares se abultan considerablemente, y la neoplasia ya con invasión en los huesos del cráneo y en el cerebro, y el niño con el color amarillo de paja, propio de la caquexia cancerosa, muere por infección meníngea o por alguna otra intercurrente.

El glioma de la retina a la vez que crece en dirección del cuerpo vítreo (*glioma endófito*), lo hace al mismo tiempo siguiendo el trayecto del nervio óptico (*glioma exófito*), y aun en ocasiones, este crecimiento hacia el exterior del ojo es el predominante.

Suele ocurrir, si bien por excepción, que el glioma detenga su crecimiento endocular, por la necrosis total del mismo, y origine la atrofia del ojo y una apariencia de curación espontánea; pero esto no pone a salvo de la propagación exófito del tumor y de la muerte del niño por el clásico mecanismo.

Diagnóstico diferencial. — Solamente una afección presenta al oftalmoscopio la apariencia del glioma de la retina, y es la *retinitis exudativa externa*, de Coats. Pero esta afección, aunque también se presenta en niños de corta edad, no es exclusiva de la infancia y siempre existe el antecedente de una infección general del organismo. Suele ser con frecuencia también, afección binocular, como en un caso de nuestra práctica. En la duda más vale sacrificar un ojo que comprometer la vida del niño.

Anatomía patológica. — Es hasta hoy el glioma de la retina una neoplasia de significación histológica un tanto enigmática.

La denominación de *glioma* dada por Virchow no corresponde exactamente a esta designación, puesto que es un tumor absolutamente específico de la retina y diferente del glioma de los centros nerviosos.

Los estudios histológicos posteriores siguieron sembrando la duda sobre el particular; puesto que la antigua interpretación de Virchow de que esta neoplasia dependía exclusivamente de las células de neuroglia de la retina, refutada por Greeff (de Berlín), en 1896, quien utilizando los procedimientos de tinción de Golgi y de Cajal demostró que si bien la trama fundamental de esta neoplasia estaba formada por células en forma de araña (de neuroglia, como las de la retina y las de los centros nerviosos normales), si bien más pequeñas, embrionarias, en los huecos resultantes de esta trama se encontraba otra variedad de células, aunque en bastante menor número que las de neuroglia, y que las interpretó como *verdaderas células ganglionares*. Atendiendo a su volumen las clasificó en tres tipos: gigante, mediano y pequeño.

Después, Muñoz Urra (de Talavera de la Reina, ya fallecido), en 1923, y Asuncion (de Bilbao) en 1924, pretendieron demostrar, valiéndose de los métodos de coloración de Cajal, Achúcarro y Río-Hortega, que el glioma de la retina estaba constituido por células de naturaleza eminentemente neuróglia.

De otra parte, Mawas (de París), en una serie de interesantes publicaciones (1), llega a la conclusión de que el glioma de la retina es una neoplasia especial de esta membrana, distinta del glioma de los centros nerviosos y constituida por células retinianas jóvenes que evolucionan en forma de células visuales atípicas, y propone la denominación de *neurocitoma*, término que ya se utiliza en la literatura francesa. Para este oftalmólogo, las células que constituyen las *rosetas de Wintersteiner* (de las que en seguida hablaremos) serían idénticamente comparables a las células de los conos y bastoncillos en el cuarto mes de la vida intrauterina.

Ultimamente, en este mismo año, en un magistral trabajo sobre «Estructura y sistematización de los gliomas y paragliomas», el Dr. P. del Río-Hortega

(1) Niño de tres años que a los seis meses fué enucleado el ojo derecho por glioma y ahora presenta otro en el izquierdo.

(1) Mawas: «Recherches histologiques sur les gliomes de la rétine». «Retinocytome, etc.». «Neuro-epitheliome en general et le groupe des retino-cytomes». «Retinocytome, ses deux variétés, etc.». *Annales D'Oculistique*, 1922, páginas 471 y 907, y 1923, páginas 306 y 506.

ga (1), director de este Centro, hace aportaciones personales verdaderamente geniales, y propone la designación de *neuroblastoma* (tumor formado de elementos nerviosos inmadurados), en vez de glioma.

Según las investigaciones de P. del Río-Hortega, los *neuroblastomas*, por él observados, «*aparecen con variadas estructuras, que corresponden a diversos grados de evolución celular, a la atipia con que esta se efectúa, a los fenómenos regresivos concomitantes y a la participación de estructuras conjuntivas y neuróglícas*. En lo que respecta a la evolución, se disciernen los siguientes tipos neoplásicos: a) elementos muy embrionarios con tendencia a adquirir aspectos epiteliales, en forma de roseta; b) células casi indiferentes; c) neuroblastos, que por ofrecer diferenciación nuclear tienen apariencia epitelioide; d) elementos preferentemente bipolares; y e) neuroblastos en evolución morfológica con tendencia a la multipolaridad.» (Este párrafo ha sido copiado casi íntegramente del trabajo del Dr. Río Hortega, por creerlo de un máximo interés.)

En las preparaciones histológicas de glioma de la retina se observa una disposición especial de las células que lo integran. Estas se disponen en forma de manguito, alrededor de los capilares sanguíneos y aparecen en los cortes perpendiculares a éstos en forma de *rosetas* (rosetas de Wintersteiner, por haber sido Flexner y este autor los que las descubrieron). En cambio, en los cortes, según la dirección de los vasos, las células aceptan una disposición tubulada.

Las células cercanas a la luz vascular gozan de una exuberante vitalidad, mientras el capilar no se obstruye; en cambio, las situadas en sitios más lejanos se *necrosan* (*glioma necrosado*), y en ocasiones hasta se impregnan de sales calcáreas (*glioma calcificado*).

Tratamiento.—Siendo el glioma de la retina una afección mortal, y existiendo únicamente la probabilidad de salvar la vida, cuando se extirpa el ojo, en el primer período de evolución de la neoplasia, fácilmente se comprende la necesidad de practicar la enucleación del globo ocular, con la mayor resección posible de nervio óptico y en una época lo más precoz posible.

Cuando esto no se consigue y se opera pasado algún tiempo de la aparición del síntoma «ojo de gato amaurotico», entonces, o habrá que acudir a practicar la exenteración de todo el contenido orbitario, o mejor, a nuestro juicio, a la enucleación del ojo con la resección total del nervio óptico, seguida de la aplicación de rayos X o de radio en gran cantidad, que esterilicen los tejidos orbitarios. La aplicación de las radiaciones físicas en órbitas sin partes blandas suele acarrear la *osteorradiación necrosis*.

De todos modos, jamás se utilizará la prótesis en estas órbitas anoftalmas, por la probabilidad de que la irritación mecánica que ocasionan pudiera deter-

minar la reproducción *in situ* de este cáncer tan maligno.

VI

CÁNCER ORBITARIO

Si se exceptúan los tumores de la glándula lagrimal y del nervio óptico, los cánceres primitivos de la órbita son relativamente raros. En cambio, los cánceres consecutivos a metástasis o propagados del ojo, de los párpados y de las cavidades vecinas, son mucho más frecuentes.

Los cánceres primitivos de la órbita pertenecen al tipo de *sarcoma*, con sus variedades de *mieloma* y de *cloroma*, principalmente.

Sintomatología.—Todos los tumores de la órbita se acompañan de un síntoma cardinal, cual es la exoftalmía, y directamente dependiente de él, cuando el ojo conserva visión, la diplopia. Además, suelen presentar trastornos múltiples y diversos, ya de índole sensorial (disminución, perturbación o abolición de la visión), sensitivo (dolores o anestias), motor (parálisis y paresias), trófico (anestesia y necrosis de la córnea), constituyendo los síndromes «Oftalmoplejía sensitivo-motriz o sensorio-sensitivo-motriz», según la clase de nervios (óptico, ramas del oftálmico, motooculares o ganglio ciliar) que la tumoración comprime.

La dirección y grado de la exoftalmía dependen de la localización y volumen de la neoplasia. La exoftalmía es irreductible por la presión.

Por oftalmoscopia se suelen observar lesiones del fondo del ojo: hemorragia, atrofia y edema de la papila, etc.

Además, cada tipo de neoplasia maligna presenta algunos caracteres particulares que sirven para identificarlo y de lo que nos ocuparemos en cada caso.

Sarcoma puro primitivo de la órbita.—Ofrece dos variedades clínicas: el sarcoma maligno y el sarcoma de evolución más lenta (1).

Sarcoma maligno de la órbita.—Es un cáncer de evolución muy rápida, propio de sujetos jóvenes, que se acompaña de gran exoftalmía, de dolor y demás síntomas de compresión y que tiene gran tendencia a propagarse tanto en dirección del cráneo y demás cavidades vecinas, cuanto de la piel. Con frecuencia se complica de hemorragias profusas. La muerte sobreviene en breve plazo, antes de los dos años.

Sarcoma primitivo de la órbita de evolución lenta. Más veces se trata de sarcomas puros, y otras de fibrosarcomas; pero siempre su marcha es mucho más lenta que la variedad anterior (de varios años). Es más propio de personas de edad.

Tratamiento.—El punto prácticamente interesante de los sarcomas de la órbita es el referente al tratamiento.

Ya hemos indicado en el curso de este trabajo la noción actual referente a la no intervención quirúrgica.

(1) P. del Río-Hortega: *Archivos Españoles de Oncología*, tomo 2.º, cuadernos 3.º y 4.º, de 15 de Febrero de 1932, pág. 600

(1) El sarcoma melánico de la órbita parece más bien de origen metastásico.

gica en los cánceres de tipo sarcomatoso y a la conveniencia de acudir a la terapéutica del radio o de los rayos X. Es esta una conducta que nosotros respetamos para los primitivos de la órbita, si bien para los procedentes de metástasis ni aun de las radiaciones físicas podremos echar mano, por la seguridad de una muerte próxima dado que existen siembras en otros órganos de la economía.

Mieloma orbitario.—El mieloma o mielocitoma orbitario es una neoplasia primitiva de las paredes óseas de esta cavidad y cuyo punto de partida son las células de la medula ósea. Es un cáncer rarísimo. La significación clínica de ser un cáncer de origen óseo, nos pondrá sobre la pista de su diagnóstico; a la vez que suele acompañarse de un grado bastante acentuado de anemia y de mielomas en otros huesos del organismo.

Es tumor de crecimiento rápido y dotado de máxima malignidad. La supervivencia no parece ser superior a seis u ocho meses. Es un sarcoma de los más graves.

Nosotros hemos observado un caso en el servicio del Dr. Gutiérrez, del Instituto Nacional de Oncología, perteneciente a una niña de doce años, que a la vez que el tumor orbitario presentó otro en la fosa ilíaca derecha. La muerte sobrevino antes de los seis meses, acompañada de fuertes dolores en el lado izquierdo de la porción lumbar de la columna vertebral (seguramente otra tumoración del mismo género). Como falleció fuera del establecimiento no se le pudo hacer la autopsia.

Tratamiento.—Como se comprende, toda terapéutica ha de resultar ineficaz, y así lo hemos comprobado en la observación a que hemos hecho referencia y en la que la radioterapia produjo la casi desaparición de la tumoración orbitaria, a pesar de lo cual la muerte sobrevino dos meses después de la radioterapia.

Cloroma de la órbita.—El cloroma o cáncer verde de la órbita es afección más propia de la infancia que de otras edades.

El nombre proviene de la coloración verdosa que comunica a los párpados. Es, también, una neoplasia extraordinariamente maligna.

Además de los síntomas locales, el cloroma se acompaña de síntomas generales tan marcados como es una anemia profunda con enorme disminución de los glóbulos rojos y alteraciones morfológicas (presencia en la sangre de mielocitos) y numéricas (8 por 100 de linfocitos sobre 86 por 100 de grandes mononucleares).

La anemia aguda se acompaña de hemorragias profusas y de caquexia, conduciendo a la muerte en el plazo de pocos meses.

Cánceres secundarios de la órbita.—Son el epiteloma y el sarcoma. El primero es muy frecuente. *El epiteloma secundario de la órbita*, así como el del tractus uveal, tiene como fuente principal de origen el epiteloma de la glándula mamaria (por esto es más frecuente en la mujer). Encierra la misma significación pronóstica que el del tractus uveal, porque

cuando hacen su aparición estas metástasis del aparato de la visión, seguramente ya existen en otros territorios orgánicos.

Ahora bien; el más importante del epiteloma secundario de la órbita es el propagado de los senos anejos de las fosas nasales y, principalmente, el propagado directamente de los párpados. Los dependientes de esta última causa puede decirse que son legión en este Instituto de Oncología, lo que indica el descuido e ignorancia de estos pobres enfermos. Ahora vamos a presentar tres y gran número de fotografías pertenecientes a otros tantos cancerosos. (Véase lo indicado en las complicaciones del epiteloma de los párpados.) En estos casos hay que practicar la exenteración orbitaria con el bisturí eléctrico.

El sarcoma metastásico de la órbita es, en cambio, un cáncer muy raro y de gravedad máxima, dada la casi seguridad de que existan metástasis en órganos más importantes.

VII

TUMORES DEL NERVIO ÓPTICO

Las neoplasias del nervio óptico ofrecen una individualidad de lo más típica y característica; así, son neoplasias muy pocos frecuentes (237 casos en la literatura oftalmológica hasta 1926, según el Dr. Morax). Sólo hemos podido observar un solo caso en el Instituto Nacional de Oncología. Se presentan con predilección en la época de la pubertad.

Se desarrollan, bien en las envolturas, bien en los tabiques conjuntivos que arrancan de éstas en dirección del tejido nervioso, del nervio óptico, y siempre están rodeadas por las vainas, que la aíslan de los tejidos orbitarios; de ahí su relativa benignidad, *quo ad vitam*, si no se descuida su extirpación.

Nunca crecen, ni en dirección de la órbita, como hemos dicho, ni hacia el globo ocular (la lámina cribosa le ofrece una barrera infranqueable o casi infranqueable); siendo su crecimiento, aunque muy lento, en dirección del cráneo.

Una vez extirpados no recidivan.

La forma que suelen presentar es la de un cilindro o un cono alargado (en forma de rábano), con la extremidad gruesa dirigida hacia adelante.

A medida que crecen no sólo engruesan el nervio óptico (distendiendo las envolturas, sino que también lo alargan considerablemente hasta 5 centímetros, en vez de 3, cifra normal), lo que origina que el nervio se enrolle en forma de cornetín, para adaptarse al poco espacio del embudo muscular.

La estructura de las neoplasias del nervio óptico es muy variada: sarcomas, fibromas, glioma, mixomas y asociaciones de unos y otros (fibrosarcoma, mixosarcoma, etc.).

Síntomas.—Objetivos y subjetivos. Los objetivos: exoftalmía irreductible, casi siempre directa, presencia de una pequeña tumoración apreciada por el dedo siguiendo el ángulo superointerno de la órbita, limitación de los movimientos oculares, y por oftalmosco-

pia, hemorragia, neuritis intraocular, éstasis papilar, y, por fin, atrofia de la papila.

Los síntomas subjetivos son: disminución, primero, y algunas veces diplopia y desaparición, después, de la visión y alguna vez dolor (30 o 35 por 100 de los casos).

Tratamiento.—El único eficaz es la extirpación en totalidad del nervio óptico con o sin el globo ocular, pero prefiriendo este último procedimiento, mediante la resección temporal de la pared externa de la órbita (operación de Krölein), seguida de una tarsorrafia eventual para proteger la córnea, en lo posible, contra la queratitis neuroparalítica, porque con la operación se habrá extirpado o destruido el ganglio ciliar.

INFORMACIÓN CIENTÍFICA DEL II CONGRESO INTERNACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

OTOESCLEROSIS

Comunicación sobre la anatomía patológica
y la patogenia de la otoesclerosis

POR

OTTO MAYER, de Viena.

Adaptación castellana para EL SIGLO MÉDICO por el Dr. P. M.

Después de una breve introducción en la que explica cómo la palabra otoesclerosis, que primero empleó Tröltzsch y que Politzer definió diciendo es «el substrátum anatómopatológico de la alteración auditiva que radica en una enfermedad de la cápsula ósea del laberinto», acepta Mayer la expresión otoesclerosis, aunque en realidad el nombre, según Politzer, debiera ser «capsulitis del laberinto», y según el autor, enfermedad focal de la cápsula del laberinto. Hoy se comprende como otoesclerosis una enfermedad especial de la cápsula ósea del laberinto, que se caracteriza por su localización típica y por su frecuente presentación simétrica en los dos lados.

¿EN QUÉ CONSISTE LA ENFERMEDAD DEL LABERINTO?

1.º La antigua cápsula ósea del laberinto es substituida por una nueva.

2.º Este nuevo hueso posee caracteres estructurales muy determinados, que lo diferencian de otras formaciones óseas, análogas de la cápsula del laberinto.

3.º El nuevo hueso, no sólo ocupa el lugar del antiguo, sino que es más espeso y sobresale hacia la superficie externa periosteal o hacia la interna endosteal en forma de excrecencia.

4.º Las neoformaciones óseas tienen lugar en sitios predilectos, situados simétricamente a ambos lados y forman focos perfectamente circunscritos.

¿CÓMO SE HACE LA SUBSTITUCIÓN DEL HUESO ANTIGUO POR EL NUEVO?

El hueso antiguo de la cápsula del laberinto es reabsorbido por osteoklastos, y en los espacios resultantes de esa reabsorción se forma hueso nuevo, como se demuestra; porque en muchos casos se pueden comprobar los osteoklastos; porque el nuevo hueso se limita perfectamente del antiguo; y porque el nuevo hueso tiene una estructura fibrilar completamente distinta del antiguo.

En la estructura del nuevo hueso se observan, en los focos de otoesclerosis, dos zonas óseas que pasan suavemente de una a otra, y de las cuales una se colorea en azul y otra en tono rojizo en los preparados teñidos en hematoxilina eosina.

a) El hueso teñido de azul se ha formado en los espacios formados por la reabsorción del hueso antiguo. La neoformación ósea se realiza como la que tiene lugar, de modo característico, en el tejido conjuntivo. El hueso así constituido lo es a modo de enrejado o de fibras.

b) Los sitios de los focos de otoesclerosis teñidos de rojo en los preparados de hematoxilina-eosina se constituyen por las cadenas de osteoblastos, colocados unos al lado de otros como epitelios, y tienen estructura laminar, lo que las diferencia de las fibrillas de la zona anterior. Entre éstas dos capas hay una zona intermediaria, en la cual se entrecruzan aquéllas. Las nuevas laminillas son cortas y no tienen la regularidad del sistema de Havers, del hueso normal.

De todo este estudio histológico se deduce que el hueso antiguo de la cápsula del laberinto es reabsorbido de fuera adentro por los osteoklastos, y en su lugar se forma un hueso primitivo en forma de enrejado, que tampoco queda permanente, sino que, por lo menos, en gran parte es substituido por hueso formado por laminillas; el número y amplitud de los conductillos vasculares y de los espacios medulares y la medula ósea determinan la clase de hueso que se ha de constituir.

HIPERPLASIA DE LAS NUEVAS FORMACIONES ÓSEAS

El hueso así formado no sólo ocupa la situación del antiguo, sino que forma hiperóstosis y exóstosis en sus superficies periosteales y endosteales. Tales neoformaciones óseas pueden ocluir las ventanas o estrechar las cavidades del oído interno y el laberinto. En la superficie de estos engrosamientos se ven osificaciones endocondrales, hay un crecimiento paraoxal. Una consecuencia de este proceso es la osificación de la cinta marginal del estribo, la anquilosis de la articulación del estribo y la penetración del hueso en los espacios linfático y vascular del caracol.

La neoformación ósea de la cápsula del laberinto se presenta, como hemos dicho, en focos, en determinados sitios, casi siempre en los dos lados, de modo simétrico; su punto de partida se halla en el hueso, colocado bajo el periostio en la ventana oval, en la redonda, en el oído interno...

LA ENFERMEDAD DEL LABERINTO

Con la enfermedad de la cápsula ósea del laberinto ocurre la de éste, que puede hallarse en directa relación con aquélla o no aparecer en relación alguna.

La enfermedad ósea de la cápsula del laberinto determina, secundariamente, una participación del oído interno, por obliteración de la vena del caracol y estancamiento en los vasos del laberinto, trasudación, edema, hemorragia, pigmentación. Hay osificaciones de espacios vasculares del caracol que determinan atrofia de sus membranas y epitelios y otras que no parecen depender de aquellas osificaciones por degeneración hereditaria, tal vez por irritaciones mecánicas y fisuras.

PATOGENIA DE LA OTOESCLEROSIS, GÉNESIS DE LA FORMA

De los datos anatómicos podemos afirmar con seguridad que los foquillos óseos de las esclerosis son neoformaciones, productoras de exóstosis; el Dr. Meyer, para valorizar su afirmación, estudia, con detenimiento, el proceso de la formación y neoformación ósea en los cambios que

ocurren en el hueso fisiológicamente, pues el hueso del hombre, terminado su crecimiento, se halla en proceso de constante renovación; el hueso antiguo necesita ser renovado porque en aquél ocurre una paulatina disminución de los canaliculos nutricios por depósito de nuevo hueso y destrucción de los osteocitos, lo que ocurre también en la cápsula del laberinto, pero este nuevo hueso es siempre de estructura laminar.

Hay neoformación ósea de la cápsula, además, en la osteoporosis senil, en la osteomalacia, en los procesos inflamatorios de la cápsula del laberinto, en la ostitis deformante, en el callo de fractura, en la sustitución estructural de los huesos de Looser (quien ha visto en algunos sitios en los que la mecánica exigía mayor resistencia, que el hueso laminar era substituido por el fibrilar) y, por último, en el osteoma.

GÉNESIS CAUSAL

Desde hace mucho tiempo se sabe que en la génesis de la otoesclerosis la herencia desempeña un gran papel, es decir, hay un elemento constitucional; se sabe también que deben existir causas locales, y coadyuvar a la enfermedad algún otro factor; estudiaremos los distintos elementos etiológicos:

I. Factor constitucional: Pueden los focos ser congénitos, o existir una menor resistencia congénita del órgano... Según Albrecht, el momento constitucional consiste en una hipersensibilidad del hueso para las irritaciones crónicas, por irritantes pequeños y aun pequeñísimos.

II. El factor local puede ser: a) un proceso fisiológico, b) inflamatorio, c) tumoral, d) especial y producido: a) por alteraciones locales de circulaciones arteriales; b) venosas; c) exigencias mecánicofuncionales; e) o del metabolismo local.

a) Un proceso fisiológico; según Siebensmann, sólo el cartilago de los espacios interglobulares persiste de modo anormal hasta la vejez, como tal; de modo que, según él, lo anormal es oír en la vejez; pero la estructura ósea de los focos de otoesclerosis es diferente de la del hueso en evolución fisiológica.

b) ¿Se trata en la otoesclerosis de un proceso inflamatorio? Jamás en la otoesclerosis se han podido comprobar alteraciones exudativas ni células plasmáticas. En las inflamaciones de la cápsula del laberinto la estructura histológica es completamente diferente y difusa.

c) ¿Se trata de tumores (blastoma) o de neoformaciones tumorales? Los foquillos óseos no poseen caracteres expansivos, sino el de substitutivos del hueso antiguo.

¿Son procesos irritativos por alteraciones de la circulación arterial local? Mayer creyó que podría tratarse de trastornos en el territorio de las ramificaciones finales de la arteria nutricia, y como causa supuso una alteración en la función de los vasomotores y enfermedades orgánicas de los vasos, como embolias...; pero es que el hueso recién formado es más compacto que el antiguo y tiene menos vascularización. b) ¿Por alteraciones de la circulación local venosa? Wittmaak creyó que la otoesclerosis era debida a un estancamiento circulatorio, porque las venas de los focos óseos aparecen dilatadas de manera extraordinaria, y afirma que todo espectador no prevenido hallará en esa diferencia con la normal la causa de este proceso; pero la opinión de Wittmaak no ha sido aceptada: Para poder aceptar un estancamiento falta salida de sangre y falta la pigmentación, además, que el estancamiento no se encuentra en el hueso viejo, sino en los focos recién formados... c) las exigencias mecánicofunciona-

les... Gebhardt creyó que la anquilosis de la articulación del estribo era efecto de presiones y tracciones, y la formación del tejido esponjoso en la cápsula del laberinto, resultado de alteraciones tróficas. Le pareció que la vecindad de la incisión del estribo era adecuada a las neoformaciones óseas, porque allí se inserta el tendón del tensor del tímpano en el proceso cocleariforme y el contorno de estribo sufre una constante intranquilidad por las continuas contracciones de dicho tensor. Pero sólo podría explicarse por esta hipótesis el foco en la ventana oval, pero no los otros múltiples de la cápsula del laberinto. Hay que exigir también para la génesis mecánica que una sola sea la causa verdadera para todos los focos; hay que recordar que la caja del laberinto — como un todo — se halla en el peñasco, que tiene, como parte de la base del craneo, una función mecánica definida, lo que da a la cápsula del laberinto un lugar especial entre toda la osamenta del esqueleto, por su forma y su estructura histológica, según veremos en los apartes siguientes:

1) El peñasco, como parte de la base del craneo, se encuentra enclavado entre el occipital y el esfenoides, unido a aquél detrás del foramen yugular y rodeado en la pirámide de orificios entre los cuales hay abundante tejido conjuntivo y tejido óseo, posee una movilidad relativamente grande, según comprobamos al operar en el laberinto, en la dislocación de la pirámide, lo que también se observa en temporales macerados. Desde un punto de vista arquitectónico, la pirámide representa un punto de resistencia. Si su vértice sufre un ligero desplazamiento, precisamente allí donde está engastado el caracol se presenta una gran tracción y deformación, lo que explica que todas las fracturas de la pirámide ocurren perpendiculares a su eje longitudinal.

Las características de la cápsula del laberinto tienen también la mayor importancia por

2) su forma, complicada y con oquedades de diferentes formas y resistencias;

3) su estructura histológica, Mayer afirma que en la cápsula cartilaginosa del laberinto no hay durante la vida ningún cambio, y en la cápsula se encuentran no sólo restos cartilaginosos sino hueso embrionario, y, por lo tanto, se establece muy pronto el envejecimiento del hueso, lo que se manifiesta por estrechamiento — de los vasos y espacios medulares (esclerosificación) y muerte de los osteocitos —, lo que es causa de la fragilidad de la cápsula del laberinto. Además, la cápsula cartilaginosa está rodeada de otra ósea cuyo periostio es de gran actividad metabólica y muy elástico, lo que es nuevo motivo para la primera de trastornos estáticos.

Las exigencias mecánicas para la cápsula del laberinto se manifiestan en

1) las diferencias de carga sobre la punta de la pirámide en los cambios de peso de la masa cerebral con los movimientos, etc., las presiones de la mandíbula inferior...

2) los cambios de sitios en la dislocación (elevación) de la pirámide en la osteitis deformante de la base del craneo;

3) en los fenómenos de reducción de la cápsula, acaso por envejecimiento de los coloides, lo que tal vez explique la abundancia de microfisuras que se encuentran en las pirámides de los viejos. La finalidad biológica de las fisuras en los huesos y cartilagos es el aumento de la movilidad y de la superficie, rellenas de ordinario de tejido conjuntivo y osteoide; aunque parezca un contrasentido, sirven como suturas y disminuyen la presión local.

De lo expuesto se deduce que la cápsula del laberinto, por su forma y estructura histológica, es muy sensible a las lesiones mecánicas y a las exigencias constructivas del cráneo. Además, a consecuencia de la inserción de la porción petrosa en la base del cráneo, se coloca la cápsula del laberinto en condiciones de soportar presiones que con facilidad son mayores de las que puede resistir de manera fisiológica, lo que se traduce por la aparición de fisuras. Esto es tan sorprendente, tan inesperado, que requiere tiempo para que la mente médica se adapte a estas afirmaciones.

En otros huesos, como consecuencia del conflicto entre la deficiente adaptación de la exigencia mecánica y la posibilidad funcional, hay una limitada reabsorción ósea por la medula fibrosa y neoformación de hueso fibrilar. La función del hueso consiste en una realización mecánica. Los focos de otoesclerosis se hallan precisamente en aquellos sitios donde, según la mecánica, tienen lugar las mayores presiones y tracciones, en las ventanas, en el oído interno y en la concavidad del paso del arco y su inserción en el vestíbulo. El nuevo hueso ejerce una acción de tracción sobre los lados opuestos de la fisura, constituida como efecto de la tracción grande allí aplicada, según demuestran las leyes de la construcción.

Se ha dicho por algunos se trataba de alteraciones del metabolismo local, pero esto no explica por qué tales alteraciones ocurren precisamente en sitios limitados, mucho más en la cápsula del laberinto que tiene un metabolismo lentísimo.

El factor determinante.—Casi todos los autores admiten una causa general de la otoesclerosis a la cual se une otra local, para conseguir un cambio en la estructura del hueso. Son, como es natural, muchas las causas supuestas, entre ellas, como preparadora, el embarazo con sus modificaciones de quimismo y consecutiva disminución del valor en la resistencia de los huesos. Menos clara en la influencia de la pubertad y de la senectud.

Como se ha dicho repetidas veces durante este trabajo, la causa esencial de la otoesclerosis consiste en la falta de relación entre las exigencias mecánicas y la resistencia estática de la cápsula del laberinto.

RESUMEN

Los nódulos óseos en la otoesclerosis son neoformaciones producidas por primitiva reabsorción de hueso antiguo, laminar, y constitución del hueso de estructura fibrosa que se localizan en determinados sitios de la cápsula del laberinto, preferentemente en los espacios y arcos en forma de focos o cintas que los rodean; por su tendencia a la hiperplasia pueden considerarse como neoplasias benignas, del grupo de los hamartomas (E. Albrecht) o hamartoplasias (Weber).

Como desde el punto de vista de la técnica de la construcción esas neoformaciones ocupan los lugares de la cápsula ósea del laberinto donde hace falta una mayor resistencia a las presiones, y en los mismos sitios se encuentran fisuras porque allí cede, falla la resistencia del hueso, podemos creer que este hueso nuevo es una reacción mecánica, como ocurre en otros huesos y lugares.

La nueva estructura del hueso en la otoesclerosis tiene verosíblemente una génesis mecánicofuncional. Ocurre en sitios donde a una tracción o presión intensa corresponde oponer un aumento de resistencia. La hiperplasia y la anquilosis del estribo resultan, por lo tanto, de una reparación que sobrepasa las exigencias del caso, algo como callos de fracturas exuberantes.

A este momento mecánicofuncional se unen otros constitucionales, como una disminución funcional o una hipersensibilidad ósea a las irritaciones.

La finalidad de la formación ósea en la otoesclerosis es el robustecimiento mecánico de ciertos lugares de la cápsula del laberinto, que a consecuencia de presiones se ven amenazados, esto es, en las proximidades de las ventanas, en los pasos del oído interno y en el arco. Este refuerzo se hace por la formación de un tejido óseo especialmente resistente que substituye al primitivo, menos fuerte.

COLABORACIÓN DE SUDAMÉRICA

Consideraciones sobre la patogenia y tratamiento de las enfermedades óseas ⁽¹⁾

POR

LUGO RODRÍGUEZ RIET

Y

ALFREDO G. DA SILVEIRA

(Montevideo, República Oriental del Uruguay)

EL HIPERPARATIROIDISMO DE DESCALCIFICACIÓN DE LOS HUESOS

Collazo y Rubino, en su libro «Hipervitaminosis», de 1929, dicen:

«... la hipervitaminosis, en vez de osteoporosis o usura característica de los procesos ya mencionados, da un verdadero espesamiento de las trabéculas óseas con notable reducción del área de los espacios medulares correspondientes (hueso ebúrneo).»

Según algunos trabajos la vitamina D no tendría acción en el animal paratiroidectomizado; estos hechos han sido controvertidos y varios trabajos han demostrado que el ergosterol conservaba su valor hipercalcificante.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL DESEQUILIBRIO FOSFOCÁLCICO SANGUÍNEO, MOTIVANDO ELLO LA IMPOSIBILIDAD DE OSIFICAR LOS HUESOS

Llama la atención que la forma frecuente de raquitismo es la que se caracteriza por fósforo sanguíneo bajo y calcio normal. En tanto que la tetania tiene fósforo elevado y calcio descendido. La vitamina D cura ambos cuadros; provoca el equilibrio fosfocálcico.

En cuanto al hiperparatiroidismo clínico el problema es más complicado: en la clínica tenemos calcio elevado y fósforo descendido. En la experimentación el problema es más complejo, parecen que se elevan ambos, pero no simultáneamente. En el hiperparatiroidismo clínico, la extirpación del tumor paratiroideo eleva el fósforo y descende el calcio.

Mac Collum ha demostrado también la importancia del equilibrio fosfocálcico en la actuación de la vitamina D, de tal manera que una relación óptima del calcio y del ácido fosfórico es solamente una pequeñísima cantidad de vitamina D que se necesita para preservar del raquitismo, mientras que cuando el calcio y el fósforo abundan en exceso, uno u otro, se precisan grandes cantidades de vitamina D para evitar el raquitismo.

(1) Véase el número anterior.

VITAMINA D ACTUANDO EN SÍNDROME DE REKLINGHAUSEN
Y PAGET

Trabajo de Regnier, año 1929:

«Se trata de una mujer de cuarenta y ocho años, presentando desde los cinco años un aspecto osteomaláctico. Las radiografías muestran las lesiones de osteitis fibrosa generalizada de Reklinghausen: existen quistes en el cuarto metacarpiano de la mano derecha; falanges terminales son transformadas en tejido fibroso; existen modificaciones de la bóveda craneana. Un tratamiento con vigan-tol conduce a una mejoría considerable: las radiografías sucesivas tomadas en intervalos de ocho a diez semanas, muestran que los quistes disminuyen, las falangetas recuperan su estructura de hueso normal. La bóveda craneana tórñase visible en toda su extensión. En la discusión que siguió a la presentación de este trabajo, Gold, que vió el caso en la clínica de Chvostek, declaró que él no ha hecho el diagnóstico de osteitis fibrosa, sino el de osteomalacia, que confirmó la mejoría por el vigan-tol; por lo demás, él ha tratado personalmente una osteitis fibrosa generalizada por el vigan-tol, sin resultado. Por el contrario, Kienbock piensa que se trata de una osteitis fibrosa generalizada de Reklinghausen.»

Nótese que la descripción de la enferma muestra que es tal como dice Kienbock y Regnier: un cuadro óseo de Reklinghausen; pero al Dr. Gold le ata un poco la cura por el vigan-tol, dice, y con razón; un enfermo de él con osteitis fibrosa generalizada ha fracasado el vigan-tol. Estas discusiones, según nuestra opinión, es porque estudian al enfermo desde el punto de vista óseo; y si diagnostican un Reklinghausen no conciben que unos digan que se cura con vitamina D, cuando otros han demostrado que es ineficaz.

Verger, Delmas-Marsalet y Brousetet (año 1929):

«Mujer de treinta y seis años. Dolores violentos en el muslo izquierdo y adelgazamiento. Fémur izquierdo aumentado de volumen; vacuolas irregulares aparecen en el fémur. Se producen fracturas espontáneas en el muslo izquierdo. Las radiografías del esqueleto muestran numerosas vacuolas en los huesos de los miembros. El cráneo está intacto. Se hospitaliza en Mayo de 1929: presenta lesiones en la mayor parte de los huesos (geodas en los huesos largos): geodas craneanas, separación de las tablas óseas. Existe descalcificación difusa del esqueleto: trabéculas óseas mal dibujadas. Los rayos ultravioleta, desde el mes de Mayo a Junio de 1928 provocaron una ligera mejoría. En Agosto de 1928 se le dió L gotas de irrasterina y tres inyecciones por semana de gluconato de calcio. En Febrero de 1929, después de siete meses de tratamiento, los signos radiológicos mejoran al igual que el cuadro clínico. Los autores notan que la enferma vivió en un departamento húmedo sin aire ni sol, y que ella abandona ba este alojamiento para ir a un escritorio más obscuro.»

Esta historia está bien detallada en la *Presse Medicale* del 20 de Febrero de 1932

Lievre, en su libro «Osteosis paratiroidea», aparecido en el año 1932, dice, y con razón, que en ciertas osteosis paratiroideas típicas él ha visto fracasar la vitamina D.

ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET CURADA CON VITAMINA D

Publicado en la *Presse Medicale* del 20 de Febrero de 1932.

Daremos los datos más interesantes:

«Tiene el cuadro óseo típico Paget. Hombre de sesenta años. Ha perdido casi la totalidad de los dientes. No han estudiado la calcemia, ni fosfemia, ni calciuria.

»Fenómenos paroxísticos de dedo blanco y calambres musculares dolorosos.—El sistema nervioso es netamente hiperexcitable: además de los calambres señalados, se nota la vivacidad de los reflejos (sin Babinski), una contracción muscular directa muy viva a la percusión con ligera tendencia miotónica.

»Tratado con vitamina D y gluconato de calcio. A los quince días del tratamiento se notaba una disminución de los calambres, fenómeno de dedo blanco, etc.»

¿No es esta curación del espasmo que produce el dedo blanco, razón para darle más oportunidad a la vitamina D para que triunfe en la terapéutica clínica?

ALGUNAS CRÍTICAS QUE NOS PERMITIMOS HACER
A LOS AUTORES DE ESTE TRABAJO APARECIDO EN LA «PRESSE
MEDICALE» (P. DELMAS MARSALET)

Ellos dicen hablando de la teoría unicista y dualista con respecto a las enfermedades de Paget y Reklinghausen:

«La concepción dualista de las enfermedades de Paget y Reklinghausen: En su memoria reciente J. Snapper es tablece netamente la cuestión de dualismo. Desde el punto de vista clínico, la enfermedad de Paget presentaría los caracteres siguientes: Después de los cuarenta y cinco años, aumento del cráneo, corteza espesada con estructura esponjosa, ausencia de adenoma paratiroideo, calcemia normal comprendida entre 9,7 a 11 miligramos, fosfemia normal, efectos nulos de la ablación de la paratiroides.

»En la enfermedad de Reklinghausen se encontrarían, al contrario, los caracteres siguientes: Aparición de la juventud, quistes múltiples, tumores oscuros, reabsorción de la cortical, estado terminal pseudomaláctico, presencia de adenoma paratiroideo, hipercalcemia, hipofosfatemia, eliminación de calcio en exceso por las orinas. Efectos notables de la ablación del tumor paralelo al descenso del calcio sanguíneo. Estos hechos aproximados a la hipercalcemia y descalcificación experimental por inyección de paratiroideo Callip, haría de la enfermedad de Reklinghausen la consecuencia de un estado de hiperfuncionamiento paratiroideo.

»La concepción unicista de las enfermedades de Paget y de Reklinghausen desde el punto de vista terapéutico.—La oposición entre las dos enfermedades establecidas por J. Snapper no es siempre absoluta en lo que concierne a los test químicos y los resultados terapéuticos. En dos casos de enfermedad de Paget, Barranschen y Gold (año 1928) encuentran una hipercalcemia y una hipocalcemia. Wildor (año 1929) encontró una calcemia normal en un caso de Reklinghausen, sin embargo, mejorado por la paratiroidectomía. Snapper (año 1931) cita casos de Reklinghausen curados con vitamina D sin operación. Boeve (año 1931) ve la osteofibrosis quística de Reklinghausen persistir y evolucionar después de la ablación de un adenoma paratiroideo, evolución que es impedida mediante la vitamina D, y en fin, Reklinghausen rebeldes mismo al tratamiento de la paratiroidectomía y a la vitamina D.»

Los autores dicen al comenzar el trabajo que están en favor de la teoría unicista.

En primer término hemos de decir que la enfermedad de Reklinghausen, descrita por el mismo Reklinghausen en el año 1910, estaba basada en la sintomatología ósea, como lo hicimos en la página 3.

Que lo que describe J. Snapper como característico de Reklinghausen no es tal: esos son enfermos que además del cuadro óseo de Reklinghausen se les agrega una sintomatología de hiperparatiroidismo. Que esos cuadros des-

critos por Snapper como de Recklinghausen son verdaderos casos de osteosis paratiroidea y muy poco o ningún beneficio han de sacar de la vitamina D. Que el caso presentado por los Dres. Delmas-Marsalet en la *Presse Medicale* del 20 de Febrero de 1932 es un caso de Recklinghausen tal como lo describió este autor en 1910 y no como lo describió Snapper (verdadera osteosis paratiroidea). Que el caso de Paget descrito por Delmas-Marsalet tiene un cuadro muscular y nervioso que lo hacen muy apto para intentar el tratamiento con vitamina D. Pero que no puede de ninguna manera colocar este Paget al lado del Paget descrito en el año 1928 por Gold y Barranschen con hipercalcemia. Que decimos muy poco cuando manifestamos que curamos un Paget con vitamina D o que curamos un Recklinghausen con vitamina D. Cabe preguntarse en seguida: A ese enfermo con un cuadro óseo parecido al Recklinghausen descrito por este autor en 1910, ¿qué sintomatología le acompaña? ¿Cómo estaba la excitación genital? ¿Cómo estaba la excitabilidad neuromuscular?

Delmas-Marsalet dicen en su trabajo al terminarlo: «En estas dos enfermedades nos proponemos ensayar sistemáticamente el tratamiento standar siguiente: Vitamina D y gluconato de calcio.»

Creemos y les pronosticamos algunos fracasos al intentar sistemáticamente el tratamiento de vitamina D y gluconato de calcio.

Nos parece que la teoría unicista es insostenible. Creemos que haya síndromes de Paget y de Recklinghausen que deben estar unidos y que ceden a igual terapéutica, que hay otros enfermos con síndrome de Recklinghausen (por hiperparatiroidismo) que ceden a otra terapéutica. Insistimos nuevamente: No decimos curamos un Recklinghausen con tal o cual terapéutica, sino curamos un enfermo que la sintomatología integral (estado muscular nervioso, óseo, genital) es tal o cual con tal o cual terapéutica.

Otro punto que queremos tratar es el agregado del gluconato de calcio. Delmas y Marsalet dicen: «Este compuesto se desdobra en el organismo dando un radical ácido débil, en tanto que los cloruros, los lactatos de calcio suministran radicales más ácidos, es decir, más descalcificantes.»

Nuestra opinión. Hemos dicho en la página 9.^a que los trabajos de Mac Collum muestran que la cantidad de vitamina D es tanto mayor cuanto mayor es el desequilibrio fosfocálcico, ya esté en exceso el calcio o el fósforo.

Supongamos un enfermo cuya sintomatología integral nos lleve al diagnóstico de osteosis paratiroidea (vaya o no con el síndrome óseo de Recklinghausen) con calcemia elevada y fosfemia descendida. ¿Podremos creer que en este enfermo le haga bien el gluconato de calcio? Este lo que hará será aumentar el calcio e intensificar así el desequilibrio fosfocálcico, necesitando mayor cantidad de vitamina D para compensar los perjuicios ocasionados por el gluconato de calcio. Pensemos en otro enfermo con espasmos arteriales con dedo blanco, calambres; que el estudio sanguíneo nos dé, por ejemplo, fósforo normal y calcemia ligeramente disminuida. En este enfermo tal vez le haga bien el gluconato de calcio.

Finalmente estudiaremos:

ACTIVIDAD SEXUAL Y PERTURBACIONES ÓSEAS

En la osteosis paratiroidea, en lo que se refiere a perturbaciones genitales, transcribiremos lo que dice Lievre en su libro «Osteosis paratiroidea», de 1932:

«En uno de nuestros enfermos sobrevino una meno-

pausia precoz en los comienzos de la enfermedad, acompañándose de bouffes de calor que quedaron muy intensos hasta el periodo último. Esta detención de las reglas no es un signo banal en relación con el ataque general, pues ella sobrevino precozmente en el caso que acabamos de citar. En otro de los enfermos la desaparición de las reglas fué precoz y la adenomectomía determinó la reaparición de las reglas. La menopausia precedió al comienzo de varias osteosis paratiroideas y en un caso la histerotomía por fibroma habría sido hecha seis meses antes. En el hombre las perturbaciones genitales no han sido mencionadas. En uno de nuestros enfermos las erecciones desaparecieron hacia el tercer año de la enfermedad, pero este síntoma pudo haber sido atribuido al ataque del estado general.»

Es interesante el hecho que en las osteomalacias ha tenido éxito la extirpación del ovario. Hay casos en donde indiscutiblemente ha hecho bien. En otros no. No olvidemos que el diagnóstico de estas enfermedades óseas se hacía y se hace todavía basado en el dato óseo. No tiene de extraño, pues, que haya osteomalacias que curen por extirpación del ovario y otras no. Es interesante el tratamiento inverso hecho por Ferrero y Cucco el año 1930, que trató una enfermedad ósea de Recklinghausen (nosotros diríamos un enfermo con un síndrome óseo de Recklinghausen) con un injerto homoplástico del ovario:

«Mujer de cuarenta y seis años, atacada de raquitismo en la infancia. Las reglas han cesado a los treinta y cinco años. Contitución hipogenital. Wassermann positivo. En 1922 fractura patológica del húmero derecho. A partir de ese momento generalización del conjunto del esqueleto. Formación de quistes con recrudescencia de dolores y accesos febriles. Calcemia normal, pero eliminación abundante de calcio por las orinas. Mejorías durante un cierto tiempo con el tratamiento antisifilítico. Luego calcio y opoterapia diversas sin resultado. Ergosterol irradiado sin resultado.»

»En 1929 injerto ovariano: aumento de las fuerzas generales y solidez del esqueleto. La enferma ha podido tomar rápidamente sus ocupaciones habituales. Al mismo tiempo las radiografías muestran recalcificación, reabsorción de las cavidades quísticas y consolidación de los focos de fractura.»

No es posible un buen estudio de las perturbaciones óseas sin completarle con el estudio de las perturbaciones sexuales.

Cita Falta algunas observaciones favorables recogidas por Pal en el tratamiento de la osteomalacia (nosotros diríamos perturbaciones óseas), mediante el lóbulo anterior de hipófisis (sábese que el lóbulo anterior de hipófisis actúa favorablemente sobre el aparato genital). Para Mac Collum, la administración de este preparado provoca la retención del fósforo urinario y exageración de eliminación cálcica y magnesiana por las heces.

Creemos que en las perturbaciones óseas no podemos dejar de lado el estudio de la hipófisis.

Por las siguientes razones:

- 1.^a Por las perturbaciones del fósforo por el lóbulo anterior de hipófisis.
- 2.^a Por la acción beneficiosa en algunos casos de osteomalacia.
- 3.^a Por la constatación de un tumor hipofisiario en algunas hiperplasias paratiroideas: la existencia en la literatura de varios casos de osteítis fibrosa asociada con tumor hipofisiario.
- 4.^a Por la acción de la hipófisis anterior sobre el aparato genital.

Por nuestra parte, hemos comprobado en tres casos la disminución marcadísima de la excitación genital por la ingestión de vitamina D. En uno de los enfermos, después de hacer tomado cinco cajas de vigantol (tratamiento de dos meses, con el deseo de fortificar sus dientes), notó la disminución de la excitación genital, disminución de coitos semanales: de tres coitos, se redujo a uno solo, sin completa erección y sin placer. A los dos meses más o menos de abandonar el tratamiento, comenzó a normalizarse. El otro caso es de una persona que de treinta coitos mensuales pasa a uno o dos coitos mensuales. El tercer enfermo notó la disminución de la excitación genital a la semana del tratamiento.

Estas tres observaciones y las de hiperparatiroidismo deben para el futuro obligar a los que traten enfermedad ósea ver: en los que tienen disminución evidente de la excitación genital, una contraindicación de la vitamina D y paratiroides. Nosotros, frente a una perturbación ósea con disminución genital (por ejemplo, en una osteosis paratiroidea con disminución genital evidente), no recurriremos a la vitamina D ni a la opoterapia paratiroidea; buscáramos, si, la operación del tumor paratiroideo o la excitación genital (vitamina E), ovario, testículo, lóbulo anterior de hipófisis.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

M. N. Jdan Pouchkine y W. N. Kouznetzky. Los ACEITES GRASOS VEGETALES EN EL TRATAMIENTO DE LA LEPROA.—Los autores han practicado gran número de investigaciones sobre los aceites vegetales empleados en la terapéutica antileprosa; les han llevado éstas a creer en la actividad de los aceites grasos no saturados y han practicado multitud de experiencias con el aceite perillique, derivado de las semillas del *Perrilla ocymodes*; este árbol es originario de la India, pero se cultiva también en China, Japón y en el Cáucaso. Contiene este aceite el porcentaje mayor de ácidos grasos no saturados de los aceites conocidos hasta el día.

Emiten sobre la acción de los ácidos grasos vegetales la hipótesis de que absorben ávidamente el oxígeno y modifican el medio ambiente, haciéndolo desfavorable al desenvolvimiento de los bacilos ácidosresistentes, lo que ejerce un efecto favorablemente positivo al tejido enfermo.

Exponen asimismo la preparación de su producto con el nombre comercial de «Perigrol» (éteres etílicos del aceite perillique) y su empleo en varios enfermos con resultados favorables. La técnica de uso consiste en una serie de 20 a 30 inyecciones intramusculares de 1 a 1,5 gramos, dos veces por semana; se le suele añadir a cada inyección un gramo de aceite alcanforado. Hasta la fecha no se ha producido ningún accidente mortal.

Terminan los profesores moscovitas recomendando intensamente las investigaciones con este nuevo medicamento en el campo de la lepra. (*Sovietsky Vestnik Dermatologii*, Diciembre 1931).—JUAN H. SAMPELAYO.

Davidson. EL TRATAMIENTO DE LA ERISIPELA POR LOS RAYOS ULTRAVIOLETA.—Este tratamiento de la erisipela preconizado por vez primera por Koenig en 1913, ha sido experimentado de nuevo por el autor, que ha tratado por este medio 51 casos de esta enfermedad.

Consiste el tal método en la aplicación sobre la parte enferma de una dosis de rayos una vez y media o dos veces mayor que la dosis eritema. Colocando la lámpara a 30 centímetros y encendida cinco minutos antes para llegar a una intensidad constante, la irradiación durante dos o tres minutos es suficiente para producir un eritema. En el adulto efectúa el autor aplicaciones de cinco minutos a treinta centímetros de distancia. En el niño es preciso previamente, y en otra parte del cuerpo, ensayar la cantidad de rayos precisos para producir el eritema.

La irradiación debe actuar sobre la parte enferma y una zona al margen de 3 centímetros. Es necesario, como es natural, proteger los ojos de un modo muy riguroso. Cuando la placa erisipelatosa no puede ser tratada en toda su extensión a causa de su tamaño, se efectúa la irradiación dos días más tarde sobre la parte no irradiada anteriormente.

Este tratamiento no es doloroso. En las horas siguientes a la administración de los rayos, la piel sana y la periferia de la lesión es asiento de una inflamación con edema que permite distinguir perfectamente los límites de ésta. Sobre la placa erisipelatosa brotan unas minúsculas vesículas de las que fluye una serosidad. Al cabo de cuarenta y ocho horas, el edema ha desaparecido por completo en la gran mayoría de los casos, haciéndose la placa seca y rígida y descendiendo la temperatura.

Parece ser que este método de tratamiento empleado precozmente abrevia la duración de la enfermedad y permite evitar las complicaciones. No presenta, según la experiencia del autor, peligro alguno, siendo económico y evitando la aplicación de pomadas y apósitos (*The Brit. Med. Jour.* 21 Mayo de 1932). TOMÉ BONA.

Hewer. LA PRESIÓN DEL LÍQUIDO EN LA NEUROSÍFILIS. Este autor ha medido la presión intrarraquídea en gran número de enfermos de neurosífilis, y no ha podido comprobar más que rara vez una hipertensión, contrariamente a las aserciones de los clásicos que consideraban como habitual esta hipertensión. No consideramos necesario encajear el interés de este trabajo. (*The Lancet*, 14 Mayo 1932.—T. B.

Sato, Elitchi.—ESTUDIOS SOBRE LA DESCOMPOSICIÓN DE LA GLUCOSA EN LA SANGRE.—Comparando la descomposición del azúcar en la sangre humana a 37° C. con la realizada a la temperatura ambiente, no es posible hallar diferencias apreciables.

Su velocidad es manifiesta en las tres primeras horas, realizada en suero fisiológico o en suero sanguíneo; rápidamente disminuye hasta límites bajos, si bien se mantiene cuarenta y ocho horas.

El fenómeno se realiza de diferente manera, observado en los eritrocitos nucleados. Asunto de interés, desde el punto de vista de la biología celular.

La intensidad del metabolismo glucosado de los elementos celulares de la sangre humana en suero fisiológico, es casi igual al realizado en suero sanguíneo; es más rápido cuando se emplea como medio una solución de fosfato. Ahora bien, disminuye proporcionalmente a la hemólisis, empleando como medio el agua destilada. (*The Nagoya Journal of Medical Science*, vol. V, núm. 2, Nagoya, 15 de Marzo de 1931, pág. 167).—M. A. C.

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 Dacio Carlan.—Asamblea ordinaria de representantes de la Asociación Oficial de Médicos titulares inspectores municipales de Sanidad.—El homenaje al Dr. Tapia.—Sociedad Española de Higiene.—Colegio Oficial de Médicos.—La XX Asamblea de la Unión Farmacéutica Nacional.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Clasificación de partidos médicos.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

¡Claro, claro, claro... y claro!

Desde este mismo lugar de EL SIGLO MEDICO combatimos hace dos semanas a nuestro querido colega *La Voz Médica* por haber reproducido en su sección «*Hojeando la Prensa*» las afirmaciones fantásticas del Dr. Iñigo, de Zaragoza, según las que «las obras de la Moncloa, sin fechar por lo visto, llevan costadas tres millones y medio de pesetas»; y para poner el edificio en condiciones de habitarle nuestros huérfanos, calcula que será necesario gastar hasta SEIS MILLONES DE PESETAS.

Combatimos a *Voz Médica* por reproducir y divulgar entre sus numerosos lectores unas afirmaciones falsas y dañosas a todas luces para la institución. Dimos al mismo tiempo la lista de pagos hechos por las obras y de los que aún no se han hecho por lo realizado, según los datos de *procedencia oficial* que tenemos.

La Voz Médica nos contestó en la forma plausible que conocen nuestros lectores por reproducirse íntegro en el último número de EL SIGLO MEDICO.

Nada, pues, esperábamos ya sobre este asunto si no era la confirmación o rectificación de cifras por parte del Consejo Superior de Colegios.

Pero he aquí que nos sorprende el recibo de una carta que, con membrete del Consejo de Colegios y firmada por José Durán Souza, Dacio Crespo Alvarez, Antonio Piga, Tornel, Juan de la Rosa, Cortés y dos más cuyas firmas no alcanzamos a traducir, dice a la letra:

CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS
MÉDICOS ESPAÑOLES

Madrid, 13 de Octubre de 1932.

Señor director de EL SIGLO MEDICO.
Madrid.

Muy señor nuestro: Es lamentable—nosotros al menos lo lamentamos muy doloridos—que un periódico profesional como EL SIGLO MEDICO, dirigido y amparado por el prestigio, el respeto y la gratitud que debemos a D. Carlos María Cortezo, se publique un artículo tan agresivo como lo es, sin duda, «Era una noche en Bagdá», artículo que documentalmente contestará el Consejo de Colegios con toda presteza.

Nos importa hoy rechazar por injustos los agravios que en dicho artículo se intenta inferir a nuestro presidente, D. José Pérez Mateos, que tiene en su haber, a más de otros misterios, el inconcebido de crear la Previsión Médica, y al venerable y prestigioso consejero D. Manuel Iñigo, quien comentando la Asamblea de La Coruña escribió—apartado entonces de su cargo de consejero—una serie de artículos cuya finalidad principal era—lo sabemos con certeza—amparar y proteger la vida del Colegio de Huérfanos, cuya situación económica actualmente es difícil y, más que difícil, de gran peligro.

Se sabrá la verdad, toda la verdad; la han de saber con lujo de detalles los médicos españoles.

Y entonces se sumarán, a los afectos y gratitudes rendidos por todos los Colegios Médicos de España a D. José Pérez Mateos, la rendida admiración que merece nuestro querido presidente.

De usted atentos y ss. ss. q. e. s. m., José Durán Souza — Dacio Crespo Alvarez.—Antonio Piga.—Tornel.—Juan de la Rosa.—Cortés. (Hay dos firmas ilegibles.)

Pocas cosas nos van ya asombrando, pero la verdad es que esa carta nos dejó de una pieza. Nunca hubiéramos esperado de estos señores una carta así, no; porque pensando siempre con optimismo, suponíamos mayor caudal de sindéresis en sus redactores, algunos de ellos tratados por nosotros hace ya bastante tiempo para poder tener juicio sobre sus condiciones y aptitudes.

Como habrán observado sus lectores, en esa carta no piden su publicación, no se rectifica nada de lo dicho por nosotros, no se apoya, en suma, sino en el deseo de cumplir formulariamente una defensa de dos compañeros de Consejo, defensa de injustos agravios que en nuestro artículo se intenta inferirles.

¿Debíamos nosotros callar esta carta?

¡De ningún modo! Porque los señores que la firman no tienen derecho a suponerse en EL SIGLO MEDICO como, por cuanto dicen, se colige que nos suponen.

Va, pues, la carta, y ahora nuestra contestación, pública, clara, muy clara, y que la opinión general de los médicos nos juzgue a unos y a otros.

En primer lugar, tenemos que rechazar con toda energía cuanto se dice en el párrafo primero; así pues, nosotros afirmamos que EL SIGLO MEDICO es un periódico profesional que, es cierto, ahora lo di-

rige D. Carlos María Cortezo, pero que *de ningún modo está amparado por el respeto y la gratitud que se pueda deber al Dr. Cortezo*

Sin duda, esos señores de la carta no saben que EL SIGLO MÉDICO existe hace ya *ochenta años*, que ha sido dirigido por D. MARIANO DELGRÁS, por D. FRANCISCO MÉNDEZ ALVARO, por D. MATÍAS NIETO Y SERRANO, por D. RAMÓN SERRET, y que el amparo que nunca faltó a EL SIGLO MÉDICO no ha nacido de gratitud ni de respeto de nadie hacia nadie, sino de su historia limpia, transparente, sin una mácula, sin una sola interrupción en sus ochenta años de vida, dedicada, *con un carácter de independencia total, absoluta*, a la defensa de los intereses morales y materiales de la clase médica, y a ser la tribuna de más de un siglo ya de desenvolvimiento de las ciencias médicas.

Claro que estos señores firmantes de la carta pueden estar acostumbrados a otro género de prensa profesional, a esa prensa que depende de intereses personales o de empresa, y que vive sólo para los intereses de la persona o empresa que la ampara.

¡Pero eso no es, ni ha sido, ni será nunca EL SIGLO MÉDICO!

Así pues, sepan esos señores del Consejo de Colegios que agradecemos su testimonio de respeto y gratitud a D. Carlos María Cortezo, pero que les estimaremos mucho se den cuenta de que EL SIGLO MÉDICO no necesita el amparo de esas nobles disposiciones, y que EL SIGLO MÉDICO no puede aceptar otro amparo que el de la razón, la justicia y el recto fin de sus campañas, por las que tan dispuesto se halla a morir en la soledad como a gozar de los honores del triunfo más popular.

Además, rechazamos también de este párrafo *cándido*, el que se anuncie en él que nuestro artículo se *contestará documentalmente por el Consejo de Colegios con toda presteza*, ¡y no se haga así! ¡Por ahí debían ustedes haber empezado! Si hubo algo en nuestro artículo que debe rectificarse, ustedes debían haberlo ya rectificado *documentalmente*, como siempre fué norma en las relaciones del público y las entidades con la prensa, como nosotros hemos hecho con las cifras dadas por *Voz Médica*; eso deberían haber hecho, suprimiendo esa carta, a la cual le pasa lo que a las camisas de moda: que será muy cómoda... pero que no tiene pies ni cabeza.

¿Quién ha pretendido agraviar al Sr. Pérez Mateos y al Dr. Iñigo? ¿Nosotros? ¡Hasta aquí podían llegar las cosas! ¡Nosotros agraviamos al Dr. Iñigo porque decimos que es *falso*, de *toda falsedad*, que se hayan gastado *tres millones y medio* de pesetas en las obras de la Moncloa! ¡Nosotros agraviamos al Sr. Pérez Mateos porque decimos que *es un mis-*

terioso personaje que pudiendo y viniendo obligado a decir la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad, permite que un compañero del Consejo que él preside siente tamañas afirmaciones cuando le sería tan fácil documentarle puntualmente!

¿Es esto agraviar? ¡Esto es decir la verdad, lisa y llanamente!

¿Quieren ustedes que hablemos de intentos de agraviar? ¡Pues vamos a ello!

Intento de agraviar es decir que en las obras de la Moncloa *se llevan gastados tres millones y medio de pesetas* cuando es *falso* y evidentemente *falso*, y el agravio es grande y grave si el más lerdo en construcciones ve las obras hechas, pues fácilmente comprende que *a pesar de estar hechas de modo inmejorable* no pueden valer arriba de dos millones de pesetas. ¿Dónde está el millón y medio que falta?

¡Ahí está el agravio grande y grave! Eso sí que es intento de agraviar, digno de toda censura y sanción pública.

Intento de agraviar no es llamarle a Pérez Mateos *misterioso personaje*; intento de agraviar es recibir invitaciones y cartas que brindan cordialidad y apoyo para una institución muy amada; es recibir cartas que invitan a establecer claramente las situaciones difíciles de esa institución, y seguir el sistema del *misterio*, del *silencio*, de la falta de la *más somera urbanidad* para quien nunca tuvo mayor ni mejor deseo que ayudar al Sr. Pérez Mateos en su ardua empresa; para aquel a quien tuvo el Sr. Pérez Mateos por de tanta importancia en mil ocasiones para solicitar su ayuda y su consejo. ¡Eso es intento de agraviar!

Intento de agraviar, señores firmantes de esa absurda carta, es decir, en ese tono *lleno de impertinente vibración de amenaza*: «Se sabrá la verdad, toda la verdad; la han de saber con lujo de detalles los médicos españoles.»

Pues ¿hemos pedido nosotros nunca otra cosa?

Ahora que eso no se debe decir así, sino hacerlo. Porque decirlo y no hacerlo al tiempo es un *intento de agraviar*.

Los méritos del Sr. Pérez Mateos no necesitan que los señale esa carta, aunque en ella se cometa el exceso de llamar misterio *inconcebido* a la creación de la Previsión Médica, y eso se nos diga a nosotros, que hemos tenido que llenarnos del polvo de cien años, buscando en nuestras colecciones la admirable fundación de D. Mariano Delgrás. (Léase el número de EL SIGLO MÉDICO de 14 de Junio de 1930.) ¡Vamos, señores, no más cartas absurdas y un poquito más de formalidad! Aquí nadie quiere molestar a Don Fulano, ni favorecer a Don Mengano. Aquí lo que queremos todos es que *no se ha-*

gan disparates y que se acaben las obras del Colegio de Huérfanos. Nada más.

DECIO CARLAN

Curioso antecedente en este mismo asunto.

Carta dirigida por D. Carlos María Cortezo al Sr. Pérez Mateos el día 8 de Septiembre de 1932:

8 de Septiembre de 1932.

Sr. D. José Pérez Mateos.

Estimado compañero y antiguo amigo:

Por mi familia, que ya está de regreso del Pinatar, sé que usted se halla en Murcia, y puedo, por tanto, tener alguna probabilidad de que se encuentre carta mía, teniendo la fortuna que no han alcanzado las que en diferentes ocasiones le he dirigido.

El objeto de la presente es el de expresarle la sorpresa que me ha producido saber que usted, en La Coruña, se ha quejado de que yo me negaba a recibirle en Madrid y en mi casa. Como esto es *absolutamente falso* y desprovisto de toda verosimilitud, quiero rogarle que de ser ciertas tales afirmaciones suyas, procure rectificarlas antes de que lo haga yo de un modo más público y sonoro, con poco edificantes controversias que a nada conveniente podrían conducir y de las cuales a usted más que a nadie consta que quiero permanecer alejado para el resto de mi vida.

Usted sabe, Sr. Pérez Mateos, que desde la época en que solicitaba usted a diario mi apoyo para realizar su benéfica obra de Previsión, siempre después de las visitas hechas a los Ministerios y Direcciones, y de obtener el éxito de sus laudables propósitos ha desaparecido usted, después de prometerme visitas que nunca me ha hecho. Usted sabe también que esto ha llegado a llamarme repetidamente la atención, al través de las pomposas promesas de agradecimiento a mi efectiva colaboración, y no creo que pueda usted negar que la última vez que estuvo en mi casa fué a las once de la mañana, dejándole preciso recado a mi hija Esperanza de que volvería a las cuatro de la tarde y no haciéndolo en los siete días siguientes ni molestándose en una disculpa de cortesía. No hubiera hecho caso de tal falta de atención, a las que me tenía usted acostumbrado, si no hubiesen insistido las referencias a que al principio aludo, pero como pudiera no ser inocente su abstención a hablar conmigo, he querido escribirle advirtiéndole que tengo, después de devueltos los documentos oficiales, en más de mil documentos particulares, la correspondencia con médicos, Colegios, alumnos y familiares, que podremos utilizar si a usted le place para que en su lugar queden la conducta y los propósitos de cada uno.

Sé que tiene usted un hijo enfermo, y pido a Dios que le mejore y cure, como que procure hacer que usted sea más explícito y claro para quien siempre ha sido leal con usted y con todos los médicos. Bien le consta a usted lo que veo que ya en importantes órganos de la Prensa le van haciendo notar, y me limito a rogarle que reflexione lo que puede tener de nocivo para su buena obra de hoy y para lo que resta de la mía de ayer, este sistema de viajes frecuentes y costosos en que consumen los Colegios y los individuos sumas que no serán seguramente exageradas, pero que al fin en nuestra clase producen evidente mella.

Esos programas incongruentes y embrollados en que se proponen los temas más enrevesados para sostenerlos en

discursos abstrusos e interminables, desperdiciando un tiempo precioso que debiera dedicarse al estudio ordenado y concreto de cuestiones bien determinadas, dándose el caso (como ahora en La Coruña) de que en medio de fiestas, jiras y expediciones, no se reúna la parte eficaz de nuestro Cuerpo social más que pocas veces, y eso en sesiones breves, terminadas siempre por las promesas de más substanciosas reuniones, que nunca terminan y siempre quedan indeterminadas, sirviendo de evidente pretexto para que los poderes parlamentarios y gubernativos no puedan nunca darse clara cuenta de lo que de ellos se aspira obtener; es este un sistema que no solamente yo, sino los médicos todos han de rechazar a poco que sobre ello reflexionen.

Lo que tiene usted hoy entre manos es de una importancia innegable, y su capacidad para resolverlo no es para mí dudosa. Prescinda, pues, de nebulosidades, planes confusos y abstractas divagaciones, y crea que la clase toda secundará su acción, si es que la acción aparece ordenada y precisa.

Insisto en recordarle que no quiero de cerca ni de lejos intervenir en nada que se refiera a Colegios y Previsiones, y si ahora he roto mi estudiado silencio, ha sido porque no quiero ni estaré nunca dispuesto a consentir que se falte manoseamente a la verdad cuando se aluda a mi limpia conducta profesional.

Deseándole tranquilidad y acierto, es su afmo. q. l. e. l. m.,
C. M. Cortezo.

NOTA DE LA REDACCIÓN.—A esta carta nos consta que el Dr. Cortezo no ha tenido contestación, y van ya cuarenta y dos días de su fecha!

Asamblea ordinaria de representantes de la Asociación Oficial de Médicos titulares Inspectores municipales de Sanidad.

Convocada por el Comité Ejecutivo de la Asociación Oficial de Médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, la celebración de una Asamblea ordinaria de representantes, en los días 14 y siguientes del actual, con sujeción a los preceptos del Reglamento por que se rige la citada organización, el Ministerio de la Gobernación, de conformidad con lo propuesto por la Dirección general de Sanidad, autorizó la celebración de la citada Asamblea, permitiendo a los facultativos ausentarse de sus plazas respectivas, a fin de asistir a los actos de la misma, previa comunicación a los alcaldes.

El día 12 celebró sesión plenaria el Comité ejecutivo de la Asociación para ultimar los detalles de organización de la Asamblea y discutir la ponencia de reformas del Reglamento de la Asociación.

Los señores del Comité visitaron al Sr. Azafra para invitarle al banquete en homenaje suyo y del ministro de la Gobernación, del director de Sanidad y diputados médicos que se han distinguido en la defensa de los titulares.

LISTA DE REPRESENTANTES

Alicante: Señores Bonmatí y Torres.

Almería: D. Miguel García Algarra y D. Juan Antonio Martínez Limones.

Avila: D. Manuel Sayans Sevilla, D. Isidro Cameno, don V. M. Ruano, D. Francisco Muñoz y todos los asociados que se encuentren al corriente de sus cuotas.

Badajoz: D. Antonio Ossorio Bolaños, D. José Gallego Ortiz, D. Gabriel Sanabria Fernández, D. Julio Fernández de los Ríos y D. Luis Díaz Rivero.

Baleares: D. Francisco Roselló Coll.

Óceres: D. Telesforo Merchán Martín, D. Amador Díaz Mateos, D. Emilio García Gutiérrez y D. Julio Laguna Jiménez.

Cádiz: D. Salvador Dastis Pérez.

Castellón: D. Francisco Ayuso Andreu.

Ciudad Real: D. Jaime Ors Ortega, D. Huberto Domínguez, D. Emiliano Bermejo, D. Rafael Bonardell Sánchez, D. Félix García San Martín y D. Casio Clemente.

Córdoba: D. Julián Ruiz Martín, D. Leandro González Soriano, D. Manuel Velasco López, D. José Chastang Alcón, D. Mariano González González, D. Juan J. Criado Criado, D. José Blanco Rubio, D. Enrique Herrera G. de Morales y D. Manuel Aparicio Fernández.

Cuenca: D. Luis M.^a Bris Sanz y todos los inspectores de la provincia presentados por el representante.

Guipúzcoa: D. Sabel Aranzadi Ayarzábal y D. Tomás Tellería.

Huelva: D. José Oliva García y todos los asociados de la provincia que lo solicitaron antes del 5 de Octubre.

Huesca: D. José Arribas Mayner y D. Isaac Salinero Alcubierre.

León: D. Manuel Ramos Gordón y tesorero de la Asociación.

Lugo: D. Carlos Iglesias Farifia y D. José Lomas Díaz.

Murcia: D. Francisco Ayuso, D. José Egea López, D. Miguel Ballesta y D. Eduardo Linares.

Málaga: Sr. Aguila y D. Carlos Tejada Alconchel.

Navarra: D. Cándido Ayerra.

Orense: D. Ubaldo Alvarez, facultándole para delegar en los presidentes de sección.

Palencia: D. Agustín García Miguel Cuenca, D. Adriano Gil González y D. Francisco García Tejerina.

Pontevedra: D. Alejo Diz Jurado y D. Luis F. Bernáldez.

Salamanca: D. Alfonso Fernández Sesma, D. Eduardo Fernández del Castillo y D. Lino Morales González.

Santander: D. Amando del Regato Ceballos y D. José M.^a Amieva Escandón.

Soria: D. Rafael Ortiz Rojas y D. Luis Martín Tovar.

Terni: D. Francisco Alemany, D. Luis Sanz Blanco, don Arturo Bescós, D. Paulino Molina, D. Salvador Zahera y D. Luis Monzón.

Valencia: D. Francisco Girona Chavarría y todos los presidentes distritales.

Valladolid: D. Juan Peña Vaquero, D. Isidoro Astruga Cantalapiedra y D. Lorenzo Sáenz Alvarez.

Vizcaya: D. Guillermo Gorostiza.

Zaragoza: D. Manuel de Frutos y D. Tomás Tobajas.

PRIMERA SESIÓN

(Viernes 14 de Octubre de 1932.)

En el salón de actos del Colegio se abrió la sesión a las once y media de la mañana, presidiendo el Dr. Iranzo y los miembros del Comité.

El presidente de la Asociación saludó a la Asamblea y declaró abierta sus sesiones.

El Sr. Ruiz Heras da lectura al dictamen de la Comisión de actas, que es aprobado sin la menor discusión. Después se concede al representante de Coruña, D. Ubaldo Alvarez Ruiz, que represente Orense.

El Sr. Ossorio manifiesta que ha ofrecido la presidencia de la sesión inaugural al Dr. Iranzo, creyendo interpretar el

sentir de la Asamblea y pide un aplauso para este compañero diputado, en homenaje a su labor.

El Dr. Iranzo declara que vino a la Asamblea por afición, sin tener derecho a hablar. Expone que ha dedicado lo mejor de su vida a la defensa de los intereses de la clase, agregando que estamos en los albores de un régimen que va transformando la estructura del país y es preciso que nos incorporemos a él y que seamos un valor positivo en el dinamismo político para poder sacar adelante nuestras aspiraciones. Encarece la unión, pero no contemplativa, sino activa, realizando nuestra emancipación por nuestro propio esfuerzo. Termina ofreciéndose a laborar por la clase; es médico titular y todas las mejoras que se consigan le beneficiarán a él.

Son elegidos para la Mesa: D. Francisco Roselló, representante de Baleares, para la presidencia, y los Sres. Bonmati, Oliva, Sesma y Fariño.

El Sr. Roselló da las gracias y promete llevar con orden los debates.

El secretario, Sr. Ruiz Heras, lee la Memoria reglamentaria, limitándola al corto tiempo de su interinidad, pues el Sr. Ossorio dará cuenta de lo actuado anteriormente.

En el corto tiempo que lleva desempeñando el cargo, ha visto que el secretario necesita hacer dos clases de trabajos: una de oficina, para la que cuenta con excelentes auxiliares, y la otra de despacho de consultas y de visitas y gestiones en centros oficiales, sustituyendo al presidente para realizarlas. Por esto recomienda se le busque sucesor en quien tenga dotes diplomáticas.

Habla de los servicios que debieran organizarse, anejos a la Secretaría, pidiendo benevolencia para su tarea, en la que tanto se distinguió su antecesor, y se ofrece a trabajar por el bien colectivo desde cualquier sitio. (Grandes aplausos.) (La Memoria es aprobada sin discusión.)

El Sr. Ossorio historia las gestiones del Comité desde la pasada Asamblea. Muchos actos — dice — los conocen los representantes, porque el Comité actuó a la luz del día, ansioso de cumplir los mandatos recibidos. Recuerda la frase del malogrado Sanmiguel: *Ahora o nunca*, que él apostilló con impremeditación: *ahora sí*, y le satisface que en parte se haya cumplido. Las persecuciones de los titulares habían llegado a un extremo intolerable, que hizo imprescindible aquella Asamblea, y el aceptó la presidencia porque en los momentos de peligro estos cargos son irrenunciables. Presentaron las conclusiones votadas con carácter conminatorio y las acogieron con viva simpatía. La entrevista con el Sr. Azafía fué cordial, efusiva y prometedora.

El camino parecía estar sembrado de flores, pero pronto nos convencimos de lo contrario; donde debíamos encontrar ayuda, sólo vimos frialdad. Un día nos sorprendió la devolución a los verdugos de los expedientes de destitución. Citó al pleno y el Comité censuró públicamente y sin tapujos; se hizo una intensa propaganda por provincias consiguiendo alzarlas en unánime y ardorosa protesta. Fué entonces cuando el ministro anunció que presentaría un proyecto de ley atendiéndonos, y, como es natural, detuvimos nuestra campaña, pero sin llegar al desarme de la protesta. El día 24 de Julio el proyecto tuvo estado parlamentario y luego se riñó una batalla en torno de él, y al fin vencimos gracias a las gestiones del Sr. Besteiro, al apoyo firme del Gobierno y al espíritu animoso de los diputados médicos y no médicos, con los cuales mantenemos relación continua y les debemos gratitud.

La impaciencia continúa; todos esperan el Reglamento. Ayer oí — dice — al Dr. Ruesta que se están aplicando ya las normas, su espíritu, sin aguardar al Reglamento. El Comité

ha presentado un trabajo; oficiosamente tengo referencia de lo que dirá el Reglamento, que saldrá en la *Gaceta* dentro de muy pocos días. No sale antes porque el director de Sanidad quiere que vaya bien meditado y yo puedo avalar que os satisfará.

Trata el asunto catalán. Todos saben con cuánta estimación les escuchábamos siempre y recibíamos su colaboración. Recuerda lo ocurrido en la última Asamblea. Canals, tan batallador y generoso, fué despedido con grandes ovaciones. Se les dijo que si en virtud de un Estatuto obtenían la autonomía, nosotros no se la regatearíamos; pero antes de que se aprobara el Estatuto, nos sorprendió la noticia de su separación, publicada en la prensa política y que quisimos confirmar de labios de nuestros compañeros catalanes. Hablamos con ellos por teléfono y no afirmaron ni negaron nada, limitándose con fórmulas corteses a pedir que se aplazara la dimisión de su representante Sr. Martorell. Anunciaron una nota, que no llegó; y entretanto, el malestar colectivo se exteriorizaba en una campaña de prensa. Los compañeros de Tarragona devolvieron los recibos con una disculpa inaceptable, y al cabo llegó la noticia de que se separaban de la Asociación. Reuní entonces al Comité, el cual acordó dejar el asunto a la decisión de esta Asamblea. Ayer se recibió una comunicación de la Asociación catalana dando cuenta de su constitución y ofreciéndose a colaborar en la obra redentora común.

Da cuenta de la dimisión del Sr. Arilla, fundada en el estado precario de su salud; pide un recuerdo efusivo para él.

El Sr. Ossorio habla con gran elogio de la Presa que acoge con entusiasmo y generosidad el sentir de la clase, y expresa su gratitud hacia ella.

Recoge las insinuaciones del Dr. Iranzo. Hemos de abandonar aquellas posiciones de cuquería de neutralidad, brindando nuestros planes al Gobierno que viene a reconstruir España. Tenemos que materializar nuestra gratitud en un acto público. (Grandes aplausos.)

El presidente de la Asamblea pide un voto de gracias para el Comité, que es concedido por unanimidad.

Se levanta la sesión.

SEGUNDA SESION

(14 de Octubre de 1932)

Abierta a las cuatro en punto, el Sr. Sesma da lectura al acta de la anterior, que es aprobada.

ESTADO DE TESORERÍA

El Sr. Ayuso da a conocer con minuciosidad la situación de Tesorería. Contando las cantidades recibidas de manos de los asambleístas, hay en caja 11.000 pesetas, cantidad insuficiente para pagar viajes y dietas.

Por otro lado, hay provincias que dan por liquidadas las cuotas pagando 22, y si esto lo imitan otras provincias, la Asociación morirá de anemia. El Comité, viendo la imposibilidad de cumplir el precepto reglamentario, acordó no abonar el viaje y las dietas sino a los representantes que tengan al día sus pagos o liquidado en un 80 por 100 el corriente año. Para no lesionar a los representantes se les extenderá un vale a fin de que cobren de las juntas provinciales, y éstas pueden descontarlos de sus envíos a la Tesorería central.

ESTADO DE CUENTAS

DE LAS PROVINCIAS EN EL DÍA 8 DE OCTUBRE DE 1932

Provincias que tienen liquidado el año 1932.

Lugo, Málaga, Cáceres, Huesca, Logroño, Baleares, Melilla y Guipúzcoa.

Provincias que teniendo liquidado el año 1931 han remitido fondos a cuenta del primer semestre del 1932, estando algunas casi liquidadas completamente.

Valencia, Ciudad Real, Segovia, Toledo, Alicante, Huelva, Córdoba, Badajoz, Zamora y Murcia.

Provincias liquidadas en el año 1931, pero que hasta esta fecha no han entregado nada del año 1932.

Gerona, Navarra, Lérida, Sevilla, Ourense, Tarragona, Valladolid, Castellón, Palencia y Barcelona.

Provincias que no han liquidado el 1931, habiendo sólo remitido cantidades a cuenta.

Orense, Albacete, Vizcaya, Almería, Burgos, Zaragoza, Soria, Madrid y Avila.

Provincias que sólo están liquidadas hasta el año 1930, no habiendo mandado nada del 1931.

Santander, León, Canarias (Las Palmas), Canarias (Santa Cruz) y Oviedo.

Provincias sin liquidar el 1930 y algunas ni el 1929.

Cádiz, Pontevedra, Salamanca, Granada, La Coruña, Alava, Tínel, Jaén y Guadalajara.

Considera el Sr. Ayuso necesario modificar el Reglamento, encargando a la Tesorería central del cobro de las cuotas, y ésta podría dar un margen de tiempo a las provincias que quieran recaudar por sí mismas. Con esta reforma podrá aliviarse la situación de Tesorería, que ha sido en algunos momentos angustiosa, manejándose en puro déficit.

Se entabla una larga discusión con el Sr. Regato, representante de Santander, cuya Tesorería retiene las cuotas recaudadas a espera de una rendición de cuentas, que el Sr. Ayuso considera no tiene derecho a exigir por el Reglamento, pues se rinden en todas las Asambleas; sin embargo, la mandó. Los Sres. Aranzadi y Ruiz Martín apoyan al tesorero.

Propone el Sr. Ayuso que el Sr. Regato forme parte de la Comisión dictaminadora de cuentas, y se le unen los representantes de Cáceres, Huesca, Valencia y Logroño.

LA CONFERENCIA DEL DR. PÉREZ MATEOS

Al entrar en el salón el presidente del Consejo de Colegios los asambleístas le aplauden.

El Consejo de Colegios—dice—pensó que era indispensable preparar a la clase para la transformación que se avecina, y, en consecuencia, llevó a la Asamblea de Coruña un proyecto, enfocado especialmente desde el punto de vista rural, y anteponiendo al interés personal el de la salud pública. Por esto plantean el asunto con la creación del Ministerio de Sanidad.

En España no existe ambiente sanitario por culpa nuestra, que no le creamos y pagamos esta culpa no logrando ninguna ley por convencimiento de los gobernantes.

La Sanidad tiene un aspecto técnico y otro político. Las clases culturales entienden por Sanidad la higiene y la medicina preventiva. El concepto moderno es más amplio; al que enferma hay que asistirle y con ello realizamos también una labor profiláctica.

En el concepto político—los seguros sociales afectan a la Previsión y a la Sanidad—, hasta en el que aparentemente parece más ajeno, que es el seguro de paro. Todos los seguros los realizan sanitarios y deben engranarse en el Ministerio de Sanidad, del cual presenta un esquema organizador. Le constituirán tres secciones: en la primera, la medicina preventiva y profiláctica; en la segunda, la asistencia pública, y en la tercera, los seguros sociales.

La organización de la asistencia pública está por hacer, y para que sea eficaz es preciso crear el Cuerpo nacional de asistencia pública formado por los inspectores municipales de Sanidad, el personal de dispensarios, sanatorios, Instituto del Cáncer, etc. Hay que restablecer el prestigio del médico de familia, devolverle su aureola: ello tendría grandes ventajas para el enfermo y evitaría competencias enojosas entre compañeros.

La experiencia me ha enseñado que en los hospitales se tiene la idea medieval de que son casas de asilo. Su dirección está entregada a incompetentes que desconocen el concepto moderno de estos establecimientos, por lo cual resulta impresentable su organización, mientras brilla el personal facultativo.

Con esta reforma el enfermo sería bien asistido, quedando bajo la vigilancia del médico de familia, quien podría realizar las intervenciones quirúrgicas por su mano en el hospital.

Los Ayuntamientos en su inmensa mayoría son incapaces de resolver el problema de la asistencia pública por sus propios medios; necesitan mancomunarse para establecer hospitales tipo standard, bien dotados. Nada de esto existe en España; así es que la palabra reorganizar viene grande; lo que hay que hacer es organizar.

Ha sido aspiración de médicos y farmacéuticos a través del tiempo el pasar a ser funcionarios del Estado. Era un ideal tan sencillo y seductor, que arrastraba a la masa, sin obligarle a esfuerzos de imaginación, porque todos veían asegurado su pan presente y futuro, conjuntamente con la redención de los caciques. Esta aspiración es muy respetable, pero debe hacerse ver la imposibilidad por el sacrificio que exigiría a la Hacienda de pasar al Estado. Es necesario recoger esa aspiración y realizarla por otro camino, ya que se nos cierra éste. Pero ¿qué puede realizarse por otro camino? Sí. Un hombre que tenía inmenso cariño por los rurales creó el cargo de inspector municipal de Sanidad, y es seguro que de haber continuado en el Poder hubiera llegado a convertirse en funcionarios del Estado; pero su obra era tan personal, que al marcharse él nadie la continuó.

Hay una razón para esto. La función esencial del titular es curar; y sólo en un tanto por ciento pequeño realiza función sanitaria. Los técnicos entendieron que los titulares no estaban preparados para esa función, y como de paso veían la necesidad de establecer ésta, opusieron a la aspiración de los titulares.

El Consejo de Colegios pensó que podría resolverse el problema enfocándole por el lado de asistencia pública, en vez del sanitario. Y tras maduro estudio, esbozó la siguiente organización:

En cada provincia o región se crearía una Delegación de Sanidad con tres inspectores a sus órdenes; uno de Higiene, otro de Medicina curativa y el tercero de Seguros sociales. Desintegrada la función médica del Municipio, sólo tendría engranaje con el delegado provincial, quien allegaría los fondos para el sostenimiento del personal por un procedimiento análogo al que nutre los Institutos de Higiene. Ese delegado regularía la provisión de plazas y garantizaría el sueldo y el servicio técnico, que no se presta hoy por la mala organización con la eficacia debida. Así se independizaría el médico y se elevaría su prestigio.

Esta organización no sólo resuelve el problema presente sino el futuro. Las clases médica y farmacéutica están amenazadas de un grave peligro por la implantación, poco meditada, de los seguros sociales, que se llevará a la *Gaceta* por presión de elementos no técnicos. Esta implantación debe ser aceptada en lo que tiene de beneficio para los

obreros y menesterosos: pero los que han corrido nación por nación estudiando el seguro, han visto que la colectividad médica no está satisfecha en ninguna parte. Los propagandistas del seguro son los que se llevan el botín; los burócratas que se interponen entre los beneficiarios del seguro y los que realizan el trabajo y exprimen a unos y a otros para engrasar con centenares de millones una máquina administrativa pesadísima. Estos burócratas disfrutan pingües sueldos a costa del pobre médico. (Aplausos.)

No obstante, debemos aceptar el seguro porque tiene el subsidio de alimentación y el de traslado al hospital y centros de curación, etc. ¿Cómo vamos a oponernos a que el obrero enfermo reciba estos socorros, si nosotros mismos suplimos su falta de nuestro bolsillo algunas veces? Este seguro comprende además el médico y las medicinas; y es en lo que se estruja el gasto, tan formidable en la administración parasitaria que en Alemania por cada médico al servicio del seguro hay cinco empleados que viven de su trabajo. Así se explica que quiebren las Cajas, y a la hora de explicar estas quiebras, no pudiendo echarle la culpa a los obreros, porque sería impolítico y sin valor para amputar la burocracia excesiva, le cargan el fracaso al médico y año tras año rebajan su sueldo y le cubren de oprobio acusándoles de inteligencia para el fraude con los enfermos simuladores.

La clase médica debe oponerse a esa forma de implantación, pero sin levantar bandera negativa, presentando otra forma de prestar el servicio. Hemos estudiado el tanto por ciento que llega al médico en el seguro alemán y basándonos en él podemos brindar un seguro más económico para el obrero y que impide todo fraude.

Hace ver la tragedia del proletariado médico alemán. 40.000 médicos están al servicio del seguro y viven mal; pero quedan sin colocación 8.000, noveles en su mayoría, sin reputación para atraer enfermos pudientes, que viven en la miseria o de otras ocupaciones.

Habla de la organización de la higiene pública en diferentes países. Los centros secundarios deben multiplicarse, pero circunscribiendo sus funciones al asesoramiento, al diagnóstico, al auxilio del médico. Pero si derivan a la asistencia pública y son policlínicas subvencionadas por el Estado, resultarán perjudiciales para los médicos. En Alemania, cuando las sociedades de seguros chocan con sus médicos, les reducen a la obediencia amenazándoles con crear esta clase de centros secundarios, que son de gran atracción por los medios materiales de que disponen y absorben la clientela libre mermando los ingresos del rural y royendo su prestigio. Esto se evita en nuestro proyecto con los centros prehospitales, en los cuales el médico de familia puede seguir asistiendo a sus enfermos.

Refiere la iniciativa del Colegio de Madrid de crear un carnet de identidad, que permita hacer el padrón de pobres y sirva de *guía patológico* por las indicaciones del médico para la admisión en los centros hospitalarios.

Termina diciendo que el camino del pase al Estado es un camino equivocado. Evolucionad vosotros mismos antes de que os hagan evolucionar. Pensad que el día menos pensado puede sorprendernos la *Gaceta* con una ley de seguros, elaborada a espaldas de la clase, sin que se nos haya pedido información, sin que tengamos conocimiento de lo que se va a hacer. Debemos preveniros, sin oponernos, para que el beneficio que se haga al obrero no se saque de la carne del médico. (Aplausos.)

Sigue la sesión y el Sr. Merchán se duele de que los morosos no sean sancionados, y comienza una discusión en que no sale bien parado el prestigio de algunas provincias.

El Sr. Torres Alonso dice que no hay que ir contra los asociados, sino contra las Juntas provinciales, que no son activas y su inactividad seca las fuentes de ingreso de la Asociación. Propone que al renovar las Juntas se haga con elementos más trabajadores.

El Sr. Alvarez Ruiz disculpa a las Juntas. Los que no pagan es porque ven que disfrutan de iguales derechos los que pagan que los que no pagan. Orense llamó la atención sobre ello hace años y se tomó por rebeldía lo que sólo era una advertencia.

El Dr. Pérez Brú defiende también a las Juntas. En Albacete no ha variado y antes se recandaba y ahora no. Cree que girándoles por un Banco pagarían mejor.

Al fin se aprueba la fórmula de Ayuso (abonar las dietas tan sólo a los liquidados hasta el día).

Propone el Sr. Aguila Collantes que se nombren dos representantes para la Comisión encargada de estudiar el proyecto del Sr. Pérez Mateos, y los más indicados son los autores de las ponencias del seguro de enfermedad y de centros secundarios, porque ambas materias entran en el plan de organización que acaba de oír la Asamblea.

Se acuerda dejar para la sesión inmediata la reforma del Reglamento por haberse ausentado los Sres. Ossorio y Ruiz Heras para invitar al banquete al señor Azafia. Extraoficialmente la Asamblea cambia impresiones sobre el Reglamento.

El Dr. Cirajas opina que la Asociación debe ser libre y voluntaria. Debe darse flexibilidad al Reglamento para que quepa la organización regional. A su juicio los nombramientos de vocales del Comité deben hacerse fuera de la Asamblea, en las regiones.

El Sr. Ayuso comunica a la Asamblea que el Sr. Azafia acepta la invitación al banquete.

El Sr. Diz Jurado estima imposible discutir bien la reforma del Reglamento, habiéndose de formar juicio por una simple lectura. Propone se nombre una Comisión dictaminadora.

El Sr. Torres Alonso dice que ya están para eso los votos particulares. Pero le parece bien que haya más asesoramientos y se amplíe la Comisión del Reglamento con cuantos traigan ideas de reforma.

El Sr. Ayerra se opone.

El Sr. Torres propone que la Asamblea se pronuncie en la cuestión de los centros secundarios. (De varios lados salen voces de: *en contra*). Perfectamente, conviene que se fije la opinión de la clase, porque al presupuesto se lleva cada año más dinero para la creación de centros secundarios.

El Sr. Roselló, recogiendo el sentir de todos, exclama:

La Asamblea se pronuncia en contra.

Se acuerda celebrar la próxima sesión a la diez de la mañana del sábado.

TERCERA SESIÓN

(Sábado 15 de Octubre de 1932.)

Abierta la sesión a la diez y media, es aprobada el acta de la anterior, luego de aclarar la Secretaría la razón por que no consta en acta la actitud de la Asamblea frente a los

centros secundarios, por tratarse de un acuerdo extraoficial, tomado fuera de sesión.

Se lee el dictamen de la Comisión de Cuentas, haciendo constar la escrupulosidad con que se llevan y lamentando la morosidad de algunas provincias.

EL REGLAMENTO DE PROVISIÓN DE PLAZAS

El Sr. Ruiz Heras da a conocer de modo oficioso algunos avances del fondo del Reglamento que será presentado a la aprobación del Ministerio. A grande rasgos lo dibuja en sus 70 artículos, más uno adicional que considera dentro de las bases mínimas de Sanidad nacional todo su contenido y extendiendo su vigencia a las regiones autónomas.

En los expedientes de rectificación serán oídas las Juntas provinciales.

El art. 8.º no modifica la escala de sueldos con arreglo



Asamblea de la Asociación de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad. El presidente, Sr. Ossorio, acompañado de miembros del Comité ejecutivo y asistentes a la Asamblea en el Colegio de Médicos de Madrid.

a las cinco categorías. El Comité puso en su proyecto una escala más alta, pero resulta que la Ley no lo autoriza.

Estima el Sr. Ruiz Heras que no debieran mentarse los sueldos, por quedar más fijos, más difíciles de subir, consignándolos en la Ley.

Subsiste el Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad, con ingreso por examen de suficiencia en los Institutos provinciales de Higiene. A los inspectores provinciales se les autoriza para dar cursillos, pero se prohíbe la asistencia a los que no sean licenciados. El Tribunal que juzgará la suficiencia de los que quieran ingresar en el Cuerpo, se compondrá de inspectores provinciales del distrito universitario, que turnarán, reuniéndose dos veces al año. La Dirección de Sanidad señalará las materias y derechos de examen y a ella habrá que cursar las solicitudes.

Subsistirá el escalafón y se pedirá un último plazo de tres meses, y el que no se presente perderá su puesto.

En otro artículo se deja a la Asociación el archivo y despacho de los asuntos del escalafón.

Las interinidades no podrán exceder de seis meses. Los anuncios tendrán que enviarlos los Ayuntamientos a la Inspección de su provincia que los cursará a la Dirección de Sanidad para que ordene su inserción en la *Gaceta*. Si no se ajusta a las leyes, devolverá el anuncio para su rectificación. Se prohíbe adelantarse a la *Gaceta* en el anuncio de vacantes.

Las instancias han de enviarse a la Inspección provincial y ésta hará la propuesta de nombramiento a la Dirección de Sanidad.

El art. 18 fija las características de la ficha de méritos y no mienta la hoja de servicios, que el Comité aspiraba a mantener, porque no lesionaba derechos del Negociado, y permitía al interesado retirar su documentación.

La puntuación no está de acuerdo con lo pedido.

Premio extraordinario en el doctorado, 10 puntos.

Sobresaliente, ídem ídem, 5.

Ídem en la licenciatura, 5.

Título odontólogo, 5.

Interno de hospital, 3.

Estudios sanitarios, 2.

Cargos oficiales por oposición en la rama de Sanidad interior, 25 (1).

Cargos oficiales por oposición en la rama de Sanidad exterior, 15.

Otros cargos por oposición (para catedráticos), 10.

Beneficencia provincial, 5.

Subdelegados, 2.

Años de servicio. Primer quinquenio, 5.

Cada año más, 1.

Servicios sanitarios, 5.

Epidemias de gran importancia, 5.

Ídem de menor ídem, 2.

Publicaciones con informe favorable, 5.

(Se excluyen las tesis.)

Premios o pensiones concedidas por oposición o concurso de carácter sanitario, 3.

El art. 22 establece concursos de traslado donde haya varios titulares y los supernumerarios pasarán a cubrir la vacante que en definitiva resulte.

Se dan treinta días para la toma de posesión (treinta y cinco fuera de la península) y puede pedirse prórroga por otros quince. La certificación de la toma de posesión se ha de enviar a la Inspección provincial.

El art. 26 pone trabas económicas a las oposiciones señalando 40 pesetas de dietas para el presidente del Tribunal y 25 para los vocales, a cargo del Ayuntamiento. Aparte se exige que las plazas opositables tengan la dotación mínima de 2.ª categoría y las de categoría inferior habrán de elevarse si se han de cubrir por oposición.

Las vacantes que los Ayuntamientos acuerden cubrir por concurso se sujetarán a estas normas: 1.º, concurso libre de antigüedad; 2.º, ídem de méritos (la más alta puntuación); 3.º, restringido de antigüedad; 4.º, libre de antigüedad; 5.º, restringido de traslado por méritos. Las restricciones se refieren a la situación del concursante, pues se elimina a los que no estén en activo. Por primera vez se establece el *derecho de consorte* en los traslados. Cuando el Ayuntamiento se decida por el concurso podrá optar por que éste le resuelva el inspector provincial o un Tribunal.

Las oposiciones se verificarán conjuntamente para todas las plazas vacantes del distrito universitario que hayan cedido los Ayuntamientos preveer de esta manera. Se celebrarán trimestralmente y los ejercicios consistirán en un examen escrito, otro clínico de enfermedades infectocontagiosas y epidemiología y estadística sanitaria, y otro de prácticas de laboratorio. La novedad es que los votos de cada miembro del Tribunal se harán públicos.

Los derechos que se señalan *por oposición y por plaza* son de 30 pesetas.

Los inspectores provinciales tramitarán y resolverán todas las incidencias sobre pago de haberes. El titular puede nombrar un habilitado, para proceder contra el Ayuntamiento, a cuyo servicio está.

Los secretarios tendrán que remitir mensual o trimestralmente, según sea la forma de pago establecida, al inspector provincial una certificación acreditando se han satisfecho los haberes del titular y los reconocimientos de quintos, toros, etc. En caso negativo, habrá de acompañar una certificación del alcalde, de los libramientos hechos y otra de las existencias en caja, para comprobar que no se han hecho pagos diferibles o que no se pagó habiendo dinero en caja. En cualquiera de estas dos circunstancias, de la deuda contraída con el titular, será responsable *personalmente* el alcalde, y de ser insolvente, se hará garantes subsidiarios a los concejales. Se determina también que el habilitado reclamará por el Juzgado y por vía de apremio, llegando al embargo.

Terminó el Sr. Ruiz Heras la exposición de lo que por modo oficioso le parecía oportuno adelantar respecto a las normas del nuevo Reglamento, advirtiéndole a la Asamblea que estas manifestaciones suyas no significaban en modo alguno que no estuviese sujeto a modificaciones cuanto adelantaba y que sólo era ello una prueba de la buena voluntad y recto deseo que animaba a la Dirección de Sanidad para cuanto pudiera favorecer las aspiraciones de los titulares y el máximo rendimiento que pudiera alcanzarse de la ley conseguida.

En lo que respecta a las permutas, licencias, excedencias y corrección disciplinaria, parece ser que el nuevo Reglamento conservará en gran parte el sentido y fondo del Reglamento dictado en Noviembre de 1930 por el Sr. Palanca, aunque suavizando excesos que en él se hicieron patentes.

CUARTA SESIÓN

Por la tarde del sábado volvió a reunirse la Asamblea para discurrir las modificaciones precisas al Reglamento de la Asociación Nacional de Médicos titulares inspectores municipales de Sanidad. Fué motivo de discusión principalmente el carácter de obligatoria o voluntaria que habría de seguir teniendo la Asociación, y después de intervenir, entre otros asambleístas, los Sres. Diz Jurado, Ayerra, Aguilera Collantes y Ossorio, se procedió a votar el artículo, resultando, por muy grande mayoría, acordada la obligatoriedad.

Como puntos más interesantes de la reforma reglamentaria señalamos el nombramiento de habilitado para el cobro de haberes, la organización autónoma de las regiones con dependencia federada de la Nacional, el cobro directo de las cuotas de asociados por la Tesorería central y el que las votaciones se realicen por los asociados que estén al corriente del pago únicamente.

QUINTA SESIÓN

(Domingo 16 Octubre 1932.)

El domingo 16, a las diez de la mañana, continuó la Asamblea ocupándose de la reforma reglamentaria, y fué punto de interés el acuerdo sobre las reelecciones de los cargos de la Junta permanente del Comité ejecutivo, constituida por el presidente, el tesorero y el secretario. Se acordó que no fuera posible más que una reelección, y para ir a otra nueva precisaría que el reelegido contase con el 85 por 100 de los votos. Esto es acuerdo de gran equidad y conveniencia, pues tendiendo a evitar la prolongación de los cargos de personas que no contasen con el apoyo sincero de la Asociación, permite que cuando éste así sea, pueda continuar en el desempeño del cargo con plena dignidad y acatamiento de los asociados que le voten con un 85 por 100 de los sufragios totales. Se acordó también proceder a una rectificación depuradora del escalafón actual y, por último, asignar por el voto de la Asamblea la cantidad de 750 pesetas mensuales al secretario de la Asociación.

SESIÓN DE CLAUSURA

El lunes 17 de Octubre de 1932 se reunió la Asamblea en el salón del Colegio de Médicos para celebrar la sesión de clausura. Leída el acta de la sesión anterior y luego de algunas discusiones previas, se verificó la elección de cargos de la permanente, resultando elegido presidente el Sr. Ossorio por 34 votos y dos papeletas en blanco, y secretario el Sr. Ruiz Heras por 35 votos y una papeleta en blanco. Al tesorero, Sr. Ayuso, no se le admitió la renuncia del cargo, haciéndole objeto de manifestaciones de aplauso y de agradecimiento a su gestión.

Se eligió representante de la región aragonesa a D. Tomás, como delegado en el Comité.

Suspendida la sesión para recibir al director general de Sanidad, ocupó éste la presidencia, y el Sr. Ossorio procedió a dar lectura a las conclusiones de la Asamblea, que son como sigue:

Excelentísimo Señor:

Es siempre un momento difícil y enojoso para las Cor-

de Sanidad ha llegado ese momento difícil y enojoso, que sin embargo ha pretendido salvar, poniendo en sus conclusiones la máxima abnegación y austeridad, callando muchas de sus aspiraciones y solicitando tan sólo aquellas de más fácil realización y precisamente las más ligadas al interés nacional enfocado desde estas tres posiciones: mejoramiento de los servicios sanitarios, perfeccionamiento y eficacia de la asistencia social, y aumento progresivo de la capacitación técnica de los sanitarios titulares. Tenemos la esperanza de que el señor director general de Sanidad interpretará en este sentido nuestra actitud, siempre acuciada por la preocupación preferente del mejor servicio de la Sanidad y asistencia en el medio rural.

Y en esta confianza le rogamos que examine con solicitud y cariño y tramite y apadrina cerca del Gobierno de la República las siguientes conclusiones:

1.ª Creación del Ministerio de Sanidad.

2.ª Publicación inmediata del Reglamento de la ley de 15 de Septiembre, sobre provisión de vacantes, destituciones y pago de haberes de los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad. Es aspiración unánime del Cuerpo



El jefe del Gobierno, Sr. Azaña, acompañado del director de Sanidad y del Sr. Ossorio, presidente de la Asociación de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad, en el hall del Hotel Nacional antes del banquete organizado por la Asociación.

poraciones oficiales aquel en que ha de hacerse la lectura de sus conclusiones de sus Asambleas, en la sesión protocolaria de clausura, porque, inevitablemente, cuando una colectividad organizada dialoga con los representantes del Poder público, cuando expone sus aspiraciones o su programa, por cuidadoso que sea su afán de purificar sus demandas presentándolas limpias de ambiciones clasistas, por grande que sea la voluntad de mostrar abnegación y altruismo, siempre han de filtrarse entre las promesas sinceras de colaboración, los anhelos de mejoramiento profesional, burbujas de un egoísmo que es, para las colectividades, como el instinto de conservación para los individuos; un sentimiento natural que brota de las profundidades del espíritu y constituye en definitiva la razón de ser de los organismos societarios.

Y para la VIII Asamblea de representantes de la Asociación Oficial de Médicos titulares inspectores municipales

que se mantenga la rotación de los turnos de antigüedad y méritos y que el turno de oposición se restrinja concretándose a plazas de segunda y primera categoría o a las inferiores que tengan la dotación correspondiente, cuando menos, a las de segunda; que se mantenga el Escalafón del Cuerpo ordenándose su rápida rectificación con arreglo a las normas que propondrá el Comité ejecutivo. Que se reconozca personalidad preferente a la Asociación Oficial del Cuerpo y que se aumente la gratificación que por la Inspección Municipal de Sanidad señala el Reglamento, hasta el mínimo del 25 por 100 de las dotaciones.

3.ª Que se promulgue una ley de iguala de asistencia pública que regule el servicio médico farmacéutico en el medio rural.

4.ª Que por la Dirección general de Sanidad se organicen cursillos de perfeccionamiento de práctica médica y sanitaria, para que todos los médicos titulares puedan pe-

riódicamente renovar y modernizar sus conocimientos profesionales y sus técnicas.

Y 5.ª Que se ordene a los Ayuntamientos el cumplimiento de la actual clasificación de titulares, consignando en sus presupuestos las dotaciones correspondientes a las nuevas plazas y categorías y procediendo a la provisión de las que corresponda.

Madrid, 17 de Octubre de 1932.

El señor director de Sanidad pronunció un breve discurso prometiendo estudiar las conclusiones que se le entregaban y elevarlas al ministro de la Gobernación.

EL BANQUETE HOMENAJE AL SR. AZAÑA

A la una y media se encontraban reunidos en el hall del Hotel Nacional casi la totalidad de los assembleístas y numerosas personalidades sanitarias y políticas, así como representantes de la Prensa profesional, para asistir al banquete organizado por la Asociación como homenaje al presidente del Gobierno. Cerca de las dos de la tarde se presentó el Sr. Azaña y comenzó después de las fotografías de rigor a servirse un espléndido almuerzo en medio de un ambiente en que se hizo gentilmente compatible lo respetuoso con lo cordial. La presidencia de la Mesa se ocupaba por el señor Azaña, el Sr. Ossorio, el director general de Sanidad, los diputados Sres. Covisa, Juarros e Irazo y el Sr. Ruiz Heras.

En las mesas laterales figuraban hasta cerca de 150 comensales, entre los que se contaban sanitarios, titulares, assembleístas, médicos, políticos y periodistas. El almuerzo fué ilustrado musicalmente por la orquesta del Hotel, y a los postres el Sr. Ruiz Heras hizo el ofrecimiento del homenaje, leyendo unas cuartillas de correcta prosa, en las que manifestaba el agradecimiento de los titulares a la gestión del Gobierno y su disposición de sincero apoyo a la República, al par que las esperanzas de que el régimen atienda las justas aspiraciones de los sanitarios españoles.

El presidente de la Asociación, Sr. Ossorio, leyó unas cuartillas de sentido agradecimiento y aplauso al Gobierno, por su actitud frente a los problemas sanitarios y el particular apoyo que había prestado a la Ley de provisión de vacantes últimamente votada por las Cortes.

En medio de una gran expectación se levanta a hablar el jefe del Gobierno, Sr. Azaña, quien hizo una primera manifestación dedicada a señalar su agrado personal por el matiz de cordialidad que se había dado al acto, borrándole en lo posible todo aspecto de acto oficial y político. Enalteció la labor de los titulares e hizo un fino señalamiento de sus deberes, como educadores del pueblo en la Sanidad y en la política, que propugnó debiera ser la de entusiasmo por la República, a la cual hizo un canto brillante de entusiasmo, por el presente y por el porvenir de España.

Entre grandes aplausos terminó su discurso el Sr. Azaña, dándose por terminado el acto, que puede estimarse un completo acierto de la Comisión organizadora.

EL HOMENAJE AL DR. TAPIA

Organizado por el Centro Segoviano se celebró el banquete ofrecido al ilustre Dr. D. Antonio García Tapia para celebrar el éxito del reciente Congreso Internacional de Otorrinolaringología.

Aunque el pensamiento inicial fué que el banquete se circunscribiera a los elementos de la colonia segoviana de Madrid, tantas fueron las demandas de personas deseosas

de asistir, que el banquete ha tenido carácter más general, y entre los asistentes, que pasaban de seiscientos, había representaciones de todas las actividades, comisiones de Segovia y una nutridísima del pueblo de Riaza.

Ocuparon la presidencia con el Dr. Tapia y su esposa, el presidente del Centro Segoviano, el alcalde de Segovia, el secretario general de la Presidencia, Sr. Sánchez Guerra; el presidente del Colegio de Médicos de Madrid, Dr. Piga; el médico de Riaza, Sr. Provencio; el representante del Círculo de Bellas Artes, Sr. Francés; el Dr. Recasens y el alcalde de Riaza.

Se leyeron infinitas adhesiones de todos los puntos de España, de numerosos artistas y del Colegio Médico de Segovia.

Ofreció el banquete el presidente del Centro Segoviano, Dr. Tarragato, quien después de enaltecer la figura del doc-



El Dr. Antonio García Tapia con un grupo de asistentes al banquete celebrado en su honor.

tor Tapia, terminó solicitando para él, entre grandes aplausos, la Orden de la República.

Hablaron a continuación el alcalde de Segovia, Sr. Rin, cón; el alcalde de Riaza, el Dr. Piga, quien al señalar el prestigio científico de España hizo notar que el gran mérito de Tapia era el de haber destacado, no entre pigmeos, sino entre grandes inteligencias.

El Sr. Sánchez Guerra (D. Rafael) dió cuenta de que ostentaba la representación del presidente de la República y la del Sr. Sánchez Guerra (D. José) y manifestó que presentaría a los Poderes el anhelo de todos, de que se conceda una condecoración al Dr. Tapia. D. Ricardo Provencio recordó la juventud del doctor y lo que había hecho por Riaza por Segovia y por España; D. José Francés, que pronunció un elocuente discurso, en el que expresó la satisfacción del Círculo de Bellas Artes de haber podido cobijar a la ciencia y dedicó sentidos párrafos a enaltecer la figura de la señora de Tapia, esposa ejemplar, animadora y confortadora del sabio; D. Afrodiseo Aparicio, que con extraordinario gracejo refirió varias anécdotas de la vida interesantísima de Tapia; D. Antonio Casero, y, por último, el festejado, que con palabra serena, sencilla y cordial recogió los discursos anteriores y dió las gracias efusivamente.

A la salida se colocaron pliegos donde todos los asistentes firmaron la expresión en que se solicita para el doctor Tapia la Orden de la República.



El Dr. Bardaji, inspector provincial de Sanidad de Madrid, con los médicos que asistieron al curso para inspectores de Sanidad.

Sociedad Española de Higiene.

Bajo la presidencia del Dr. Mariscal inauguró su curso de otoño esta Sociedad, en la que el Sr. Palanca desarrolló su comunicación sobre «Problemas higiénicos del obrero del campo andaluz».

Comienza diciendo que en Andalucía no ha existido la emigración del obrero del campo a las urbes. Considera la reforma agraria como absolutamente necesaria e indispensable, debiendo tener especial cuidado en su aplicación. Hace consideraciones sobre la crisis obrera y sus causas. Manifiesta que en cuanto a viviendas rurales se ha empeorado y que existe una incultura sanitaria en las clases obrera y media, y aun alta, siendo su consecuencia el gran desarrollo de enfermedades infecciosas, especialmente la tuberculosis, leyendo unas conclusiones que quedaron sobre la mesa.

El Sr. Luengo dió lectura a las suyas referentes a «Organización sanitaria de Canales de Lozoya».

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

En la última Junta de gobierno celebrada por esta Corporación han sido tomados por unanimidad los siguientes acuerdos:

Aceptar como colegiados, por reunir sus expedientes las condiciones reglamentarias, a los Sres. D. Segismundo Cabrera Machado, D. Luis Medina López, D. Tomás Ruiz Castizo y Yuste, D. Joaquín Rico Moriz, D. Faustino Oliver Rodríguez, D. Francisco Cavanillas Sánchez, D. Luis Cifuentes Delatte, D. José Lorenzo Jaraba, D. José Luis Rodríguez Candela y Manzanque, D. Antonio Alemany Selpa, D. Enrique Escardo Peinador, D. Gregorio Espejel Sánchez, don Benito García Caldevilla, D. César Gil Sastre, D. Pedro Heredia y Ruiz de Castañeda, D. Alberto Herrero Galdón, D. Manuel López Hermida y Hermida, D. José María Nazar Barriobero, D. Antonio Núñez Grimaldos, D. Sebastián Rascon López, D. Salvador Díaz Berrio y Cava y D. Pascual Manuel Velilla Calvo.

Con este motivo el presidente hizo ver la conveniencia de llevar a cabo un estudio gráfico del aumento progresivamente alarmante de las colegiaciones, debiendo establecer comparaciones con el aumento en los demás Colegios y con las Facultades de donde procedan los nuevos compañeros,

para emprender inmediatamente una intensa campaña de propaganda contra la excesiva plétora profesional.

Darse por enterados del escrito presentado por los doctores Luque, Navarro y Macau; dar al asunto carácter de urgencia; solicitar un inmediato informe del abogado asesor del Colegio, y dar traslado de la cuestión al Consejo general de Colegios Médicos de España, solicitando de su presidencia que tome parte activa en la defensa de los intereses atropellados de estos colegiados.

Aprobar la gestión llevada a cabo por los vocales rurales D. Araceli Carrasco Alarcón, D. Francisco Manzano Godino y D. Eusebio Solórzano García, respecto del problema médico profesional existente en Ajalvir.

Dirigirse respetuosamente a las autoridades sanitarias en el sentido del beneficio social que se deduciría de establecer la previa censura para los anuncios de prensa relacionados con específicos y con el tratamiento de diversas enfermedades, remitiéndoles algunos anuncios en demostración de esta necesidad.

Darse por enterados del escrito enviado por la señora del médico D. Adolfo Gómez Sanz.

Se cambiaron impresiones respecto de los asuntos que figuran en la orden del día para la próxima Junta general ordinaria.

Se encargó a la Comisión de Asuntos Profesionales contestar a la petición hecha por el Tribunal profesional

La XX Asamblea de la Unión Farmacéutica Nacional.

Se ha celebrado la sesión de clausura de esta Asamblea. He aquí las conclusiones acordadas:

1.º Ratificar la solicitud de implantación del plan de estudios aprobado en la XIX Asamblea y reiterado recientemente por la Junta permanente, con adición de la asignatura de Fisiología animal.

2.º En concomitancia con el actual reglamento de titulares y referente a su complementaria disposición, el Real decreto de 22 de Diciembre de 1908 sobre laboratorios e inspección de alimentos se entenderá modificado el art. 9.º de éste en el sentido de que el personal destinado a estos servicios, tanto en laboratorios municipales como en Institutos provinciales de higiene, será exclusivamente sanitario; esto es: doctores o licenciados en Medicina, Farmacia y profesores veterinarios.

3.º Asimismo se entenderá modificado el Real decreto de 22 de Diciembre de 1908 en su art. 10 en el sentido de que la inspección de hongos, setas, frutas y verduras corresponde al inspector químico farmacéutico y no al veterinario.

4.º Solicitar del Gobierno de la República con carácter de urgencia:

a) La inmediata creación de la Inspección general de Farmacia y Bromatología.

b) La inmediata creación de las Inspecciones provinciales de servicios farmacéuticos y estupefacientes.

c) La inmediata publicación oficial de las disposiciones complementarias que faltan para poner en vigor el actual reglamento de titulares (relación de material de laboratorio y de procedimientos analíticos oficiales).

d) La inmediata convocatoria de cursos para farmacéuticos en la Escuela de Sanidad.

5.º Que se solicite del señor ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes:

a) La ampliación del Consejo Nacional de Cultura, con

un representante de los claustros de la Facultad de Farmacia y otro farmacéutico a propuesta de la Unión Farmacéutica Nacional. E igualmente la de las Juntas provincial y municipal, respectivamente, como anteriormente.

b) Que todos los jueces que actúen en oposiciones a cátedras de Farmacia sean farmacéuticos, y que estas oposiciones se verifiquen siempre en los locales de la Facultad y en tanto que se anulen las que hayan sido convocadas sin estas condiciones.

6.º Solicitar del Gobierno de la República la publicación de nuevas tarifas de los servicios farmacéuticos, con separación de los conceptos de honorarios profesionales y valor material del medicamento, autorizado en el primer concepto descuentos escalonados para los servicios de beneficencia, sociedades, seguros de enfermedad en su día, y otros.

Que se autorice a la Unión Farmacéutica Nacional a redactar estas tarifas y se las dé carácter oficial, previos los informes técnicos que el Gobierno estime pertinentes.

7.º Solicitar del Gobierno de la República una reglamentación especial para el régimen de trabajo en las farmacias, con flexibilidad suficiente para que cada Colegio le acomode a las especiales condiciones de la respectiva provincia, y siempre respetando los fundamentales derechos reconocidos a la dependencia por las leyes de Trabajo.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712; ídem mínima, 703,5; temperatura máxima, 20°,8; ídem mínima, 8°,4; vientos dominantes, SO. y NNO.

Aunque mejoradas las condiciones meteorológicas, no lo han sido todavía en plazo que deje sentir su benévola influencia automnal; por esto, se han disminuido las afecciones reumáticas agudas; en las crónicas no se ha advertido el mismo alivio.

Los afectos infantiles agudos siguen manifestándose en forma de indisposiciones digestivas intestinales, principalmente en la de enterocolitis febriles, debidas en su mayor parte a transgresiones de régimen.

Los afectos del aparato respiratorio siguen presentándose en proporción regular y propia de la estación. No hay en las infecciones cutáneas carácter alguno que las haga considerar como epidémicas.

CRONICAS

De la «Gaceta».—13 de Octubre.—Dirección general de Sanidad.—Relación de los aspirantes al concurso-oposición convocado en 7 de Septiembre último para proveer la plaza de director del Sanatorio de Malvarrosa (Valencia), y estado en que se encuentran sus documentaciones.

—Relación de aspirantes al concurso oposición convocado en 16 de Septiembre último para proveer una plaza de médico otorrinolaringólogo, vacante en el Sanatorio de Torremolinos (Málaga), y estado en que se encuentran sus documentaciones.

14 de Octubre.—Gobernación.—Orden disponiendo que D. Antonio Martínez Cepa se haga cargo de la Jefatura del Centro secundario de Higiene rural de Coria.

—16 de Octubre.—Orden nombrando a D. Carlos González Posada vocal del Comité Nacional Ejecutivo de Lucha Antituberculosa.

Se advierte a los compañeros que piensen solicitar la titular de Salvatierra (Alava), que en dicho punto ejercen dos médicos que tienen ajustado todo el igualatorio. (2.170.)

Zaragoza. Promoción de 1907.—A todos los compañeros que terminaron sus estudios de Medicina en Zaragoza el año 1907, y deseen reunirse en fraternal banquete para celebrar las bodas de plata con la profesión, se les convoca para el día 15 del mes de Noviembre próximo, en el local del Colegio de Médicos de Zaragoza, hasta las doce horas del citado día, en donde se les indicará hora y sitio. Manuel de Frutos.—Julio Moré.—Enrique González.—Manuel Oliver.—Antonio Gota.—Guillermo Gil.—Miguel Alerudo.—Manuel Martín Borobia.

Academia Española de Dermatología y Siliologia.—Esta Academia celebrará sesión el miércoles 26, a las siete de la tarde, en el Dispensario Olavide, Sandoval, 5, con el siguiente orden del día:

Dr. Saiz de Aja: Clática bismítica. Pénfigo foliáceo. Dermatitis medicamentosa.—Dr. Montañés: Intradermoreacción al bacilo de Hanssen.—Dr. Navarro Martín: Estudio experimental y clínico de nuevas sales de talio.—Dres. Covisa y Bejarano: Síndrome de psiquilodermia atrofiante reticular consecutivo a salvarsán. Micois fungoide y sífilis. Acrodermatitis atrofiante crónica. Pénfigo vegetante.

Socorros a médicos.—La Academia Nacional de Medicina tiene anunciados cuatro socorros de la Fundación San Nicolás, de 2.000 pesetas cada uno, para los médicos que acrediten la más precaria situación por edad avanzada o por enfermedad crónica.

Los aspirantes presentarán a la Academia, antes de 1.º de Noviembre de 1932, los siguientes documentos: instancia fijando la edad y su domicilio, presentación del título, certificación facultativa en que se acredite la enfermedad que les imposibilite ejercer la profesión, certificación del alcalde de barrio y del cura de la parroquia de que carecen de recursos para vivir, y cuantos documentos consideren oportunos los interesados, como certificación de los pueblos donde han ejercido, etc. Por disposición expresa del fundador, no podrá ser adjudicado este socorro por segunda vez al mismo sujeto.

Cursillo de Obstetricia.—El día 2 del próximo mes de Noviembre dará comienzo en la Facultad de Medicina de Madrid, en la clínica de Obstetricia del profesor Recasens, un cursillo teórico-práctico, especialmente orientado para tocólogos municipales, a cargo de los profesores auxiliares Dres. Torre Blanco, Vilumara y García Orcyón.

Este cursillo durará aproximadamente un mes y el número de alumnos es limitado.

Las inscripciones pueden hacerse a partir de hoy, de diez a doce de la mañana, en las oficinas del Decanato de la Facultad de Medicina, siendo para ello preciso acreditar ser médico y abonar 175 pesetas.

Al final del curso a los alumnos que por su asiduidad se hagan merecedores se les facilitará un certificado acreditativo de la labor realizada.

Programa.—En un folleto hemos reunido el Programa de los ejercicios oral y escrito para oposiciones a plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad. Para completar los datos que pueden ser a todos los médicos de mucha utilidad hemos añadido a él el Real decreto de 2 de Agosto de 1930 y la Real orden de 11 de Noviembre de 1930. Precio de este folleto, 1,50 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.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TRODOBO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70438.



Permuta.—Se hace de partido médico de la provincia de Toledo. Informes: T. García Guerras. Ajofrín.

Practicantes.

Pineda del Gigüela (Cuenca). 165 pesetas. 5 de Noviembre.

Aravaca (Madrid). 450 pesetas. 11 de Noviembre.

Matronas.

Pineda del Gigüela (Cuenca). 165 pesetas. 5 de Noviembre.

Baños (Cáceres). 750 pesetas. 7 de Noviembre.

Acebo (Cáceres). 600 pesetas. 7 de Noviembre.

Aravaca (Madrid). 450 pesetas. 11 de Noviembre.



Correspondencia administrativa . .

La correspondencia que venga acompañada del franqueo correspondiente, será contestada por carta directa. La demás correspondencia se responderá en esta sección.

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

D. Jaime Vila Alvarez.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Salvador Vahi Castillejo.—Id.

D. Manuel Marín García.—Id.

D. Félix Núñez.—Id.

D. Ely Parra y Parra.—Id. fin Septiembre 1933.

D. Vicente Muriel Jiménez.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Isidoro Mateos y Mateos.—Id.

D. Antonio Martíoda.—Id.

D. Casto González Méndez.—Id.

D. Aurelio Amor Moreno.—Id.

D. Ursicino Sáinz Ruiz.—Id. fin Septiembre 1933.

D. Isidro Parra Reboloso.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Juan Romagós.—Id.

D. Baldomero Pérez Cubillo.—Id.

D. Juan Bautista Olarte.—Id.

D. Elías Solís Carreño.—Id.

D. Alberto Costa Martínez.—Id.

D. Manuel Serrano.—Id.

D. Constantino Ruiz.—Id.

D. José Mena.—Id. fin Agosto 1933.

D. Pedro Vidal.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Pedro Vallina.—Id. fin Marzo 1933.

D. Elías Gil Ondero.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Manuel Pinilla Sánchez.—Id.

D. Modesto Para Santa Engracia.—Id. fin Julio 1933.

D. Leopoldo Sánchez Macarro.—Id. fin Diciembre 1932.

ANALISIS

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

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

Carretas, 14, Madrid.
FUNDADO EN 1866

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 ESTOMAOAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Véanse Principales farmacias del mundo.

D. Manuel Medrano.—Id. fin Febrero 1933.

D. Enrique Martínez Espart.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Máximo Viano.—Id.

D. Antonio Villanueva.—Id.

D. Antolín R. Vecilla.—Id. fin Septiembre 1933.

D. Buenaventura Romero.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Justo Navarro Fuente.—Id. fin Junio 1933.

D. Augusto Seijas.—Id. fin Septiembre 1933.

D. Joaquín Sanz Calcedo.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Ramón García.—Id.

D. Luis García Alzáte.—Id.

D. Felipe Vázquez.—Id. fin Marzo 1933.

D. Gerardo Batanero.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Modesto Prieto Ardao.—Id. fin Marzo 1933.

D. Manuel Martínez Bravo.—Id. fin Julio 1933.

D. Felipe Miedes Ramón.—Id. fin Octubre 1932.

D. Arturo Martínez.—Id. fin Julio 1933.

D. Antonio Limia María.—Id. fin Diciembre 1933.

D. Antonio Conesa.—Id. fin Marzo 1933.

D. Ricardo Enríquez.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Ramón Díaz y Muñoz.—Id. fin Septiembre 1933.

D. Francisco Ogando.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Julián Adame.—Id. fin Julio 1933.

D. Sisinio Rodríguez Crespo.—Id. fin Diciembre 1932.

(Continuará)

— XX —

Los **DIABETICOS** ya pueden comer **DULCE**
gracias a

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, inócua 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 **MORATO**.—Paseo República, 87.—**BARCELONA**

Recuerde siempre

DULCIMIDA

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

Si desea comprobar su sabor agradable pida una muestra.

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

TÓNICO INFANTIL

a base de glicerosfato 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.