

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.162.—Tomo 93

AÑO OCHENTA Y UNO

9 Febrero 1934



El
Antiespasmódico „Potenciado”

Eupaverina compuesta —

Eupaco Merck

E. MERCK · DARMSTADT

EUPAVERINA Y EUPACO MARCAS REGISTRADAS

Indicaciones

Cólicos y tenesmos intestinales
Cólicos biliares, renales y ureterales
Píloroespasma, constipación espasmódica
Hipertonía, Asma cardíaca
Dismenorrea
Espasmos postoperatorios

Envases:

Eupaco tabletas: tubos de 10 y de 20 tabl.
Eupaco supositorios: cajas de 5 y de 10 sup.
Eupaco ampollas: cajas de 3 y 10 amp.
(Eupaverina-Atropina)

Ayuntamiento de Madrid
PRODUCTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS S. A.
Avenida 724, Barcelona



SANATORIO NEUROPATICO

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

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8.—MADRID.—Teléfono 11380

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

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

INSTITUTO MEDICO - PEDAGOGICO

CARABANCHEL BAJO.—Calle de Pablo Iglesias, núm. 12.—Télf. 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

¿Viene usted a Madrid?

Hospédese

Hotel Los Leones de Oro

(entre Puerta de Sol y Gran Vía)

Calefacción :: Baños

Precios económicos : Muchas atenciones para los médicos

Hotel Los Leones de Oro.—Carmen, 30.—Madrid

Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO. Carabanchel Alto
DIRECTOR: DR. JAIME ESQUERDO SAEZ



Informes y —
correspondencia

AL DIRECTOR

(MADRID. — Alfonso XI, 7.—Te-
léfono 16962.—Carabanchel Alto.
Sanatorio. Teléfono 20.

Aguas de MARMOLEJO

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

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

2.^a temporada de 1.^o de Septiembre a 15 de Noviembre
Estación de ferrocarril a siete horas de Madrid y cuatro de Sevilla. - Alquítranada la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Baleario.—Todo confort

Pedidos de botellas e informes al señor Gerente, en

MARMOLEJO

(Jaén)

ESTAFETA DE PARTIDOS

Próximo a anunciarse la vacante de Pantoja (Toledo), se advierte a los compañeros que piensen solicitarla, que tiene contratadas las iguales el compañero que desempeña la titular interinamente.

Pueden pedir informes al Sr. Alcalde y al titular.

Médico interno ofrécese. Dirección: Velázquez, número 40.—Madrid.

Previsión Médica Nacional

Excepcional plazo de ingreso para todas las edades.

El día 28 de febrero de 1934 terminará el plazo excepcional concedido por Orden del Ministerio de la Gobernación para el ingreso de Asociados, en el que tendrán cabida los Farmacéuticos y Odontólogos, siempre que reuman las demás condiciones que determina el Reglamento de *Previsión Médica Nacional*.

En su consecuencia, podrán ingresar hasta el citado día en los Grupos:

I. De Invalidez y Vida, todos los Médicos, Farmacéuticos y Odontólogos colegiados, sea cualquiera su edad.

En I y II. De Invalidez y Vida, los menores de cincuenta y seis años.

En I, II y III. De Invalidez y Vida, los menores de cincuenta y un años.

En I, II, III y IV. De Invalidez y Vida, los menores de cuarenta y seis años.

Previsión Médica Nacional invita a todos los Médicos no asociados recapaciten acerca del porvenir de su esposa e hijos, para evitarles posibles peligros en la viudedad y orfandad.

A los ya asociados, les recuerda que hasta el día 28 de febrero pueden ampliar su inscripción a mayores Grupos, siempre que su edad se lo permita.

Acuda hoy mismo a su Colegio, donde le facilitarán cuantos datos necesite.



BARACHOL



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

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

una manera absolutamente consciente, otras, de un modo totalmente automático, y las más, de forma semiconsciente y semiautomática, por ejemplo, rotar los pulgares en las personas sanas o pasarse la mano por el pelo y el movimiento-péndulo en los idiotas. Lo mismo que los actos visibles, puede ocurrir con el pensamiento, que en algunos casos evoluciona sin la voluntad del enfermo y aun contra la voluntad del mismo. Si una idea se les impone constantemente contra su voluntad, decimos que se trata de una idea impositiva, pero al mismo tiempo hay otra forma de pensamiento impositivo, que se presenta casi exclusivamente en los esquizofrénicos y de modo excepcional en los estados epilépticos de obnubilación, que consiste en que hay "algo" que piensa dentro de los enfermos, que unas veces coincide con lo que los enfermos pensarían de una manera espontánea y otras veces es totalmente distinto; muchas veces son pensamientos totalmente desordenados, de modo que en estos casos, lo mismo el hecho de pensar que el contenido del mismo escapa a la acción de la voluntad del enfermo.

La teoría de las acciones automáticas se explica con facilidad: falta la asociación entre el complejo consciente del "yo" y la función del acto. Los impulsos de la acción obran desde la inconsciencia directamente sobre la función motora. Cuando los enfermos son accesibles a la exploración, se pueden demostrar los complejos a que dichas acciones pertenecen. En el sueño hipnótico se pueden provocar experimentalmente acciones automáticas de las más diversas. Los "ticks" son acciones automáticas, pero accesibles en cierto grado, bien que insuficiente, a la voluntad del enfermo. Son movimientos reflejos, expresivos o mímicos, que se han hecho impositivos; resultan morbosos, porque se producen sin que haya causa aparente para ellos. Si el enfermo presta atención a esos movimientos, los puede contener por algún tiempo, pero no mucho. Son movimientos completamente estereotipados. El factor desencadenante de una acción, consciente o impositiva, puede proceder del exterior, por ejemplo, en el automatismo al mando, que consiste en que los enfermos obedecen de una ma-

flexión se encuentra inhibida, el organismo reacciona a cualquier estímulo con mayores facilidad e intensidad.

En los estados melancólicos, la capacidad de decisión se encuentra gravemente perturbada, pero además resulta rebajada de una manera secundaria, porque el enfermo tiene la sensación de que no puede reflexionar en debida forma, y sobre todo, por la escasa o nula satisfacción que producen todos los fines que el enfermo se propone. Cuando el enfermo piensa salir, se le figura que los peligros que va a encontrar son muy considerables, y si, a consecuencia de ello, decide quedarse en la habitación, también se le hace intolerable el ambiente de la misma. En la apatía no llega el enfermo a tomar una decisión, porque le falta el impulso para ello; en el embotamiento ocurre lo mismo, porque son todos los procesos psíquicos. En la intercepción están interrumpidos los procesos psíquicos en general, o, por lo menos, están interrumpidos en la dirección de la decisión, y por eso no se hace nada. En otros casos, hay un exceso de reflexión; el que se pone a pensar en todas las posibilidades de un acto, difícilmente llegará al final a una conclusión terminante. Para actuar hace falta cierta unilateralidad de criterio. Si se quiere llegar a tiempo a una conclusión y mostrar en ella la debida energía, es preciso prescindir de algunas ventajas, tanto en lo grande como en lo pequeño, y aceptar cierto riesgo.

La ambivalencia del afecto puede ser un obstáculo para la decisión. Cuando al mismo tiempo se ama y se odia algo, sin poder establecer una diferencia uniforme y final entre los afectos positivos y los negativos, hay tendencia a actuar en dos sentidos opuestos, y en la decisión tampoco se llega a una resultante. Las excitaciones y las inhibiciones llamadas psicomotoras afectan, naturalmente, a todas las funciones psíquicas, y no solamente a la motilidad, sino también a la necesidad de actuar, a la capacidad de decisión, la facilidad del tránsito de la excitación a las verdaderas vías centrifugas. La necesidad de ocupación de los maniacos se manifiesta en que los enfermos no se pueden dar un punto de reposo; siempre han de estar haciendo algo. En los casos ligeros se trata de un aumento cuantitativo de to-



dos sus quehaceres, que también puede realizar la persona normal; en los casos más graves se producen esos que se manifiestan en la falta de reflexión, en la destrucción de objetos para hacer nuevas combinaciones con el material que por esta destrucción de obtiene; los enfermos lo ensaian todo, gritan, saltan, etc. En estas circunstancias, el objeto de dicha actividad suele cambiar con suma facilidad; no acaban nada, y ya en los casos ligeros se nota en las ocupaciones profesionales del maníaco la falta de tenacidad. La necesidad de estar siempre ocupando de algo se descarga también en la palabra, y los enfermos hablan constantemente, llegan a no dejar de hablar, y cuanto más acentuado es el sintoma tanto más incoherente se va haciendo la charla (logorrea). En los estados de inhibición de la actividad, estados depresivos, los actos se encuentran todo lo reducidos que pueden estar, y hay casos en los que la acción resulta absoluta. Cuando se observan algunas acciones, son la manifestación del afecto que domina, el miedo. Los grados máximos de inhibición del movimiento se denominan de atonía; durante períodos bastante largos, los enfermos ya no hacen movimientos activos; hay que vestirlos y desnudarlos como muñecos; hay que alimentarlos poniéndoles la comida en la boca o por medio de la sonda. No tragan la saliva, de modo que fluye por las comisuras de los labios, y hasta puede faltar el parpadeo. Estos estados suelen corresponder al estupor esquizofrénico y, sobre todo, al depresivo. Hay también una aquinesia esquizofrénica, a la que en la actualidad no se le ha podido encontrar una causa inmediata, porque los síntomas que la acompañan son muy confusos. Lo contrario de ella es la hiperquinesia, en la que los enfermos parecen actuar, por lo menos se encuentran siempre en movimiento, pero sin que sus actos tengan el carácter de acciones deliberadas; golpean cuanto les rodea, sin objeto apreciable, y, según todas las probabilidades, sin saber ellos mismos por qué lo hacen; adoptan posturas o hacen ejercicios extravagantes. Tanto subjetiva como objetivamente, esta actividad tiene los caracteres de voluntaria, es una excitación psíquica de la motilidad, sin motivo alguno, un calambre psicom-

que los enfermos tengan que hacer precisamente lo que no quieren, por ejemplo, pronunciar palabras soeces. Las acciones automáticas pueden tener lugar por mecanismos variados. Puede ser que el enfermo haga lo que es oportuno hacer y lo que desea hacer, pero no perciba el impulso voluntario ni el desarrollo del mismo. Cuando llega la ocasión de comer, de dar la mano, etc., lo hace, pero sin percibir la sensación de que estas acciones ocurren de acuerdo con su voluntad. En otros casos, sus miembros realizan una acción o su boca pronuncia palabras que él no quisiera; pero no tiene poder para oponerse a ello, le parece como que sus músculos y nervios obedecen a otra voluntad, se han hecho autónomos. De aquí hasta las acciones impositivas se encuentran todas las formas transitorias. La otra voluntad no es, naturalmente, la de una persona ajena, sino una tendencia reprimida del propio enfermo. Muchas acciones automáticas permanecen también inconscientes durante su ejecución, y este es el origen de muchos movimientos estereotipados de los esquizofrénicos. Las acciones automáticas que realizamos por hábito tienen un mecanismo completamente distinto. Todo el mundo sabe que al andar, al montar a caballo o en bicicleta, y, en general, en todas nuestras ocupaciones, realizamos un sinnúmero de acciones automáticas que ni las iniciamos ni las dirigimos conscientemente; si nos vamos a inclinar al suelo hacia la derecha para recoger un objeto, desviamos la pelvis hacia la izquierda para guardar el equilibrio, y, sin embargo, no pensamos siquiera en ello ni nos llamamos cuenta de lo que hemos hecho, como no nos llamamos la atención sobre ello alguna circunstancia. Habitualmente deseamos realizar estas acciones, pero no siempre, y es sabido que el que tiene un hábito incorrecto, por ejemplo, introducir los dedos en la nariz, puede muchas veces hacerlo cuando se encuentra ante personas de respeto. Son muy semejantes a estas acciones algunas consideradas como estereotipias de enfermos orgánicos; estas acciones suelen evolucionar de una manera automática, pero representan actos que el enfermo realizaba antes de estarlo. Como complemento de estas acciones, hay que citar otras que se ejecutan unas veces de

TERTULIA MEDICA HISTORIA - ARTE - CRÍTICA AMENIDADES

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

HIGIENE RURAL

Las plantas que alejan a los mosquitos

Entre los numerosos medios que se ofrecen a la Cruz Roja para combatir el paludismo, uno de los más empleados es la educación del público. Nada más eficaz que las enseñanzas que dan la posibilidad de aplicar a la vida diaria los descubrimientos de los sabios.

Pero para que la lucha contra la terrible enfermedad sea verdaderamente eficaz, es muy importante conocer los hábitos de los mosquitos y los lugares que parecen ser objeto de su predilección. En efecto, mientras que ciertos sitios aparecen infectados por el temible insecto, otros se muestran completamente limpios. Y entre las causas que han permitido explicar esta desigualdad, es de una particular importancia la que la

explica por la presencia de ciertas plantas acuáticas hostiles al mosquito. Puede así calcularse el importante papel que están llamadas a desempeñar estas plan-

giones árticas prefieren la larga noche boreal a los meses soleados de verano, que traen consigo verdaderas nubes de mosquitos.

Desde hace largo tiempo se sabe que los mosquitos se reproducen de preferencia en ciertas superficies de agua mejor que en otras; pero las investigaciones realizadas con el fin de penetrar el misterio que presiden esta elección son muy recientes. Por otra parte, no se ha llegado a resolver completamente el problema, y la ciencia continúa sus investigaciones sobre la fauna y la flora de los lugares donde se reproducen los mosquitos.

Las plantas acuáticas que cubren la superficie de ciertos depósitos de agua matan un gran número de larvas, porque las privan del aire. Otras las retienen en las redes de sus ramas y las hacen igualmente perecer. La más común de estas plantas es la alga utricularia,



FORMULA POR 20 GRAMOS

Tihocol.... 23 cent.

Codelna... 1 —

Arrhenal. 2 —

Precio al público 4.95 ptas.

tas en el campo contra todas las especies de mosquitos, desde aquellos que transmiten el paludismo, la fiebre amarilla y otras infecciones, hasta el simple mosquito más inofensivo, pero no menos molesto para nuestra piel. Se asegura que los habitantes de ciertas re-

BARACHOL
Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

Omnadina
activa las defensas orgánicas

y subió enseguida. “Esta noche le he preparado yo a usted su té”, le dije al entrar. “Muchas gracias, Adrián”, me contestó satisfecho. Pero aquella fué su última sonrisa. Luego se quitó la corbata, como si ésta le estuviese ahogando. “Hace mucho calor aquí”, me dijo. Y a continuación se dejó caer encima del sillón. “Ha llegado en este tiempo una carta para usted”, le dije yo entonces, a la vez que se la presentaba. Cogió la carta, miró la letra y dijo: “¡Ay Dios mío, seguramente que estará ya libre!” Seguidamente inclinó la cabeza hacia atrás, y sus manos comenzaron a temblar; por último, colocó una luz sobre la mesa y abrió la carta. La exclamación que lanzó era tan aterradora que yo le estuve mirando atentamente mientras leía, viéndole de cuando en cuando sufrir y llorar. Después dejó caer la cabeza hacia adelante; corrí a levantársela, y le encontré completamente amoratado. “Estoy muerto”, me dijo balbuciendo y haciendo un esfuerzo poderoso para levantarse. “¡Sangradme, sangradme enseguida”, gritaba cogiéndome de la mano. “¡Adrián, quema enseguida esta carta!”, y me alcanzó la carta, que yo quemé en su presencia. Al punto llamé a Jacoba y a Nicolle, pero sólo éste me oyó; subió enseguida, y entre los dos pudimos echar al señor Benassis sobre mi cama de tijera. Pero ya no dijo más nuestro pobre buen amigo. Desde aquel momento, aunque abrió los ojos, no volvió a ver más. Nicolle tomó el caballo y partió velozmente en busca del Sr. Bordier, el cirujano, sembrando a la vez la alarma por todo el pueblo. Este, en pocos momentos, se encontraba en pie y corriendo, sin saber qué hacer. Los primeros en llegar

fueron el Sr. Janvier, el Sr. Durau y todos los que usted conoce ya. El Sr. Benassis se hallaba casi muerto, y no había ya remedio que le salvase. El Sr. Bordier le quemó la planta de los pies, sin que diese señales de vida. Se trataba, a la vez, de un ataque de gota y de un derrame al cerebro. Le pongo con fidelidad todos estos detalles porque me consta, padre mío, lo mucho que usted quería al Sr. Benassis. En cuanto a mí, estoy muy apenado y con un disgusto muy grande. Puedo decirlo con la mayor sinceridad que, después de usted, es la persona a quien más quería en el mundo. Aprovechaba mucho más hablando todas las tardes con este señor que estudiando todos los libros que me dieron en el colegio. Cuando a la mañana siguiente fué conocida su muerte en el pueblo, esto se convirtió en un espectáculo inenarrable. El patio y el jardín se hallaban atestados de gente. Todo se volvían llantos y lamentaciones; nadie fué al trabajo; todos se iban contando lo que el Sr. Benassis había hecho por ellos, cuando les había hablado la primera vez, lo que les había dicho en tal o cual ocasión; los menos enternecidos o los más fuertes hablaban por los demás; y la multitud crecía de minuto en minuto, desesperándose todos por llegar a verle. La triste nueva se esparció inmediatamente por todo el cantón, y tanto en él como en todos los alrededores fueron inmediatamente dominados por el mismo pensamiento; hombres, mujeres, muchachos y muchachas se han presentado en el pueblo desde diez leguas a la redonda. Cuando el convoy se formó, el ataúd fué llevado a la iglesia por los cuatro más ancianos del lugar, pero con trabajos infi-

adorno de estanques y lagos. Su tejido está provisto de ampollas, cuyas paredes se contraen en espera de la presa. Cuando ésta se presenta, las paredes se dilatan, el agua se precipita en su interior y con ella es arrastrado el insecto, que la planta devora después lentamente. En una de estas algas, que media dos

de numerosos insectos muy golosos de las larvas de mosquitos. La alga verde, que forma un espeso depósito en las

CARABAÑA: el mejor purgante

aguas, impide a los mosquitos reproducirse en ellas.

Para conocer bien estos peligrosos insectos es muy importante no ignorar el elemento donde depositan su progenitura. El agua, en todas partes tan abundante y tan necesaria a la vida, es una de las sustancias más desconcertantes. Sólo estudiando la química del agua y los problemas biológicos de la vida de los mosquitos podremos llegar un día a penetrar en los profundos misterios de la existencia de estos insectos, cuya vida hemos de conseguir hacer imposible.

N. B.—El Sr. Robert Matheson ha publicado una notable obra sobre la utilización de las plantas acuáticas para la lucha contra los mosquitos. Se titula *The Utilization of Aquatic Plants as Aids in Mosquito Control*, y ha sido publicada por Smithsonian Institution Washington, D. C. (Estados Unidos), 1931.

AFECCIONES DEL GRUPO ARTRITICO H I V E R I C A

Muestras y literatura

Labs. del Dr. PUNYED LLOBERAS
Apartado número 5. - R E U S

metros de altura, fueron encontrados más de 150.000 pequeños crustáceos y otros minúsculos habitantes acuáticos.

Un sabio norteamericano, el señor Matheson, asegura que casi todas las larvas de mosquitos, depositadas en la

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico
BALDACCI - PISA

vecindad de esta planta, son poco a poco absorbidas por ella.

Las plantas que cubren la superficie del agua son también grandes enemigas de los mosquitos. En efecto, la mayor parte de las larvas mueren asfixiadas bajo la espesa corteza que aquéllas forman. Se cree incluso que las hembras, advertidas de este peligro, evitan el depositar sus huevos en esta vecindad. Añadamos que los estanques donde abunda este género de plantas son refugio

fem.
Teligan
Henning
Desordenes de la menstruación
frigidez etc.

¿Qué es la parálisis infantil?

La parálisis infantil o poliomielitis aguda es una temible afección que llena de terror a los padres, porque, cuando no cuesta la vida del niño atacado, deja en éste, muy frecuentemente, una parálisis localizada, que

RINOGOL

Para antisepsia nasal

J. DOMINGO CHURTÓ

C. Libertad, 14.—BARCELONA

le convierte en un lisiado. Es, por tanto, muy natural que ciertas Sociedades nacionales de la Cruz Roja consagren a esta afección una particular atención y se esfuercen en dar a las víctimas de la poliomielitis un tratamiento capaz de evitar las tristes con-

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

secuencias del mal o, al menos, atenuar sus efectos.

Es conocida la admirable obra realizada a este respecto por la sección australiana de la Cruz Roja de la Juventud. Desde el mes de diciembre de 1931, una enfermera visitadora se halla encargada de visitar y hacer cuidar a los niños aquejados de esta enfermedad. Gracias a un automóvil que se ha puesto a su disposición con este

(Continúa en la página XVIII)

nitos, porque se encontraban entre la casa del Sr. Benassis y la iglesia muy cerca de cinco mil personas, y la mayor parte de ellas arrodilladas en devota oración. La iglesia no podía contener a todos, y cuando comenzó el funeral, a pesar de todos los suspiros, se formó tan profundo silencio que podían oírse la campanilla y los cánticos hasta en el final de la calle. Pero cuando hubo que transportar el cuerpo al nuevo cementerio que el señor Benassis había regalado al pueblo, sin llegarse a pensar por nadie que el pobre sería el primero que lo ocupase, se levantó un clamor general en toda la concurrencia. El Sr. Janvier decía sus oraciones llorando, y todos los que le rodeaban tenían las lágrimas en los ojos. Por último, fué enterrado. Al anochecer la multitud se dispersó, y cada uno se retiró a su casa sembrando el duelo por todo el país. A la mañana siguiente, Gondrin, Goguelat Butifer, el guarda campestre y varias otras personas se han puesto a trabajar para levantar en donde yace el Sr. Benassis una especie de pirámide de tierra, de unos veinte pies de alta, cuyo encespedado correrá a cargo de todo el pueblo. Tales son, padre mío, los acontecimientos que han pasado en estas tierras de tres días a esta parte. El testamento del Sr. Benassis ha sido abierto ya por el Sr. Dufau sobre su misma mesa de trabajo. El empleo que nuestro buen amigo ha hecho de sus bienes ha aumentado, si ello era posible, el afecto que se sentía hacia él y la pena causada por su muerte. Ahora, padre mío, espero con Butifer, que es el portador de esta carta, una respuesta que me diga qué tengo que hacer en adelante. ¿Vendrá usted a buscarme, o quiere

usted que vaya yo a Grenoble a unirme a usted? Dígame lo que usted desea que haga, y tenga la seguridad de mi obediencia más ciega.

Adiós, padre mío, con ésta os envía las más entrañables caricias por cuanto os debe vuestro hijo,

Adrián Genestas."

—Bueno—dijo el soldado—, no hay más remedio que ir allí.

Enseguida ordenó que le ensillasen su caballo, y se puso en camino en una de aquellas mañanas de diciembre en las que el cielo se halla cubierto por una capa gris y en las que el viento no es lo bastante fuerte para llevarse por delante la niebla, a través de la cual, los árboles sin hojas y las casas mojadas no conservan su fisonomía habitual. El silencio estaba justificado, porque era un brillante silencio. En el buen tiempo, el menor ruido produce alegría; pero en el tiempo malo, la naturaleza no solamente está silenciosa, sino muda por completo. La niebla, ligándose a los árboles, se condensaba en gotas que caían de las ramas como lágrimas. Todos los ruidos se apagaban en aquella atmósfera. El teniente coronel Genestas, cuyo corazón iba oprimido por las ideas de la muerte y por las profundas penas que le embargaban, simpatizaba muy bien con aquella naturaleza triste y sombría. Involuntariamente iba comparando el hermoso tiempo de la primavera pasada, que le presentó tan risueño el campo del valle en su primer viaje, y los aspectos melancólicos de un cielo gris de plomo, de las montañas, despojadas de su verde adorno, sin que se hallasen re-

TOXICOMANIA

Tratamiento racional
:: y científico ::
de la morfinomanía con

ANTIMORPHICO — MINGO —

Literatura e informes:

Laboratorio MINGO

Infantas, 26 — Teléfono 12576

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de lactosaccharato soluble

**ACCIÓN
RAPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

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

JARABE "ROCHE"

DE THIOCOL
Afecciones broncopulmonares

PANTOPON "ROCHE"

Opio total inyectable

ALLONAL "ROCHE"

Antiálgico poderoso

SPASMALGINE "ROCHE"

Antiespasmódico por excelencia

PRODUCTOS ROCHE, S. A. - Santa Engracia, 4. - Madrid

AGUAS MINERALES NATURALES

DE

CARABANÑA

«LA FAVORITA»

PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

== MADRID ==

GASTRITIS DOLOROSAS
HYPERCLORHIDRIA
ULCERAS

KAOLINASE
KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO
TÍO
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

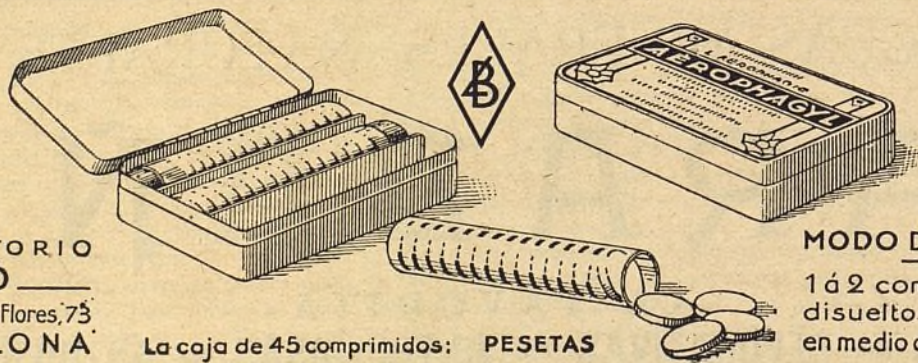


La caja de
20 dosis
de 10 gramos
6 PESETAS

TRATAMIENTO DE LA **AEROFAGIA** Y SUS CONSECUENCIAS:

INSOMNIOS
TRASTORNOS CARDÍACOS
TRASTORNOS NERVIOSOS
TRASTORNOS PULMONARES

AÉROPHAGYL



LABORATORIO
TÍO
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: PESETAS

MODO DE EMPLEO
1 á 2 comprimidos
disueltos en el agua
en medio de las comidas

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

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

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

1854 * AÑO OCHENTA Y UNO * 1934

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

Presidente de honor: Excmo. Sr. Prof. D. Santiago Ramón y Cajal.

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

Vicepresidente: Excmo. Sr. Dr. Víctor M.^a Cortezo

VOCALES

Dr. MARIANO ACEÑA De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Dr. S. GARCIA VICENTE Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid.	Dr. E. LUENGO Y ARROYO Del Instituto Nacional de Higiene.	Dr. J. MARTIN RENEDO Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel.
Dr. JOSE ALVAREZ SIERRA Del Hospital de San Rafael.	Prof. A. GARCIA Y TAPIA De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Prof. R. ROYO-VILLANOVA De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina.
Dr. VITAL AZA Y DIAZ Director del Sanatorio quirúrgico de Santa Alicia. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. F. GONZALEZ DELEITO Teniente Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos.	Dr. MANUEL MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Nacional de Medicina.	Dr. C. DE SAN ANTONIO Del Hospital del Buen Suceso.
Prof. J. BLANC Y FORTACIN Agregado de la Facultad de Madrid. Jefe de Clínica del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA De la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. M. MARTINEZ SALDISE Médico titular.	Dr. J. SARABIA Y PARDO Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de la Nacional de Medicina.
Prof. LEON CARDENAL Y PUJALS Vice-Rector de la Universidad Central. De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. BALTAZAR HERNANDEZ-BRIZ De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. JOSE MOURIZ Y RIESGO Jefe del Laboratorio Central de la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. E. SLOCKER Y LA ROSA Jefe de Clínica quirúrgica del Hospital de la Beneficencia general. Académico de número de la Nacional de Medicina.
Dr. JOSE CODINA Y CASTELLVI Decano de la Beneficencia Provincial. Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina.	Prof. TEOFILO HERNANDO Y ORTEGA De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Presidente del Consejo Nacional de Cultura. Director del Instituto Nacional de Farmacobiología.	Dr. B. NAVARRO Y CANOVAS Radiólogo. Del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Prof. J. FRANCISCO TELLC De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.
Prof. A. FERNANDEZ MARTIN Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Dr. J. DE ISASA Y ADARO Pediátra.	Dr. FEDERICO PECO Jefe de Clínica del Instituto de la Encarnación.	Dr. J. M.^a TOME Y BONA Dermatólogo. Secretario de actas de la Academia de Dermatología y Sifiliografía.
Dr. E. FERNANDEZ SANZ Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. C. JUARROS Y ORTEGA Profesor de la Escuela de Criminología. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Prof. A. VALLEJO NAGERA De la Escuela de Sanidad Militar. Director del Hospital Psiquiátrico de San José (Ciempozuelos). Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.
Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina.	Dr. JACOBO LOPEZ ELIZAGARAY De la Beneficencia Provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. A. PULIDO Y MARTIN Urologo. De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina.
		Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. J. M.^a DE VILLAVERDE Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuro-siquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

EL SIGLO MEDICO

Tomo 93

:-:

Sábado 3 de Febrero de 1934

:-:

Núm. 4182

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO: Sección científica: Valor social del Seguro obligatorio de enfermedad, por el Dr. Martín Salazar.—Hipertrofia amigdalina vicariante, por los Dres. J. de Silva y Miguel Pérez.—La instrucción práctica del médico, por el Dr. Pietro Gallengo.—Sesiones clínicas: Servicio de clínica médica y fisiológica del Prof. Codina Castellví.—Periódicos médicos.

Valor social y sanitario del Seguro obligatorio de enfermedad

POR EL

Dr. M. MARTIN SALAZAR

Ex Director general de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

La Sección de Higiene de la Academia Nacional de Medicina ha estudiado un proyecto de ley sobre el seguro obligatorio de enfermedad. Tal propósito ha respondido a la colaboración solicitada por el Instituto Nacional de Previsión, que ha sido encargado por el ministro de Trabajo de hacer un proyecto de ley de seguro contra la enfermedad, que piensa llevar al Parlamento. Dado este acuerdo, nosotros creímos desde el primer momento que la Academia Nacional de Medicina tenía sobre este punto un alto deber que cumplir, auxiliando con sus luces sanitarias el estudio que ha de hacer el Instituto de Previsión. A este fin, yo, como presidente de dicha Sección de Higiene, concebí, desde luego, la idea de iniciar este estudio, con autorización del señor presidente de la Academia, nombrando una ponencia de alta competencia profesional, que recayó en el ilustre académico, miembro de esta Sección, Sr. Palanca, el cual, desde hace tiempo, se ha señalado como versadísimo en esta clase de conocimientos. El proyecto quedará aprobado por la Academia, y será enviado al Instituto de Previsión.

Aunque las causas promovedoras del seguro social de enfermedad han existido siempre, es en nuestro tiempo, después de pasada la guerra europea y de los trastornos económicos que ha traído ésta al mundo, cuando se han promovido las circunstancias más graves, que nos obligan a instituir en España el seguro obligatorio de enfermedad con gran urgencia. No entraremos aquí a profundizar los orígenes del conflicto social, venido a los países civilizados por un aumento extraordinario de población humana. A este aumento han contribuido muchas causas, no siendo la menos importante y trascendental la disminución inusitada, en estos últimos cincuenta años, de la morbilidad y mortalidad generales, debidas al progreso prodigioso de la prevención y cura de las enfermedades infecciosas. Este es un honor que corresponde a las ciencias médicas, y una consecuencia de los maravillosos trabajos de Pasteur, Koch y demás micro-

biólogos del mundo, que han conseguido que muera mucha menos gente que moría antes, y que aumente rápidamente el género humano. Durante los primeros siglos de nuestra era, y a través de toda la Edad Media, el movimiento de población del mundo fué bastante escaso; porque la cifra abundante de natalidad era neutralizada por el exceso de mortalidad que ocasionaban aquellas graves epidemias, que se llevaban consigo media humanidad. Empero, poco a poco, el descubrimiento de los nuevos medios de lucha contra las enfermedades infecciosas, los sueros y vacunas singularmente, ha traído consigo una disminución de la mortalidad general y un aumento de la reproducción de la especie. Con este motivo solo, la total población del mundo civilizado ha llegado, según se calcula en estos últimos años, a unos 2.000 millones de habitantes; y es de esperar que, siguiendo este proporcional ascenso, llegue, al cabo de dos siglos, a 6.000 millones los que pueble el Globo, cosa que sería una *debâcle* sanitaria, por falta de medios de subsistencia. Afortunadamente, no creemos nosotros en tal cosa, y pensamos, por el contrario, que el desarrollo de la ciencia, que es de quien hay que esperarlo todo, trayendo consigo el descubrimiento de nuevos medios de trabajo y subsistencia, pueda atender a las necesidades imperiosas de la vida humana. Mientras no llega ese momento, tenemos un recurso poderoso por el cual los hombres se protegen mutuamente los unos a los otros, y que consiste en el llamado principio de asociación o de cooperación social, que tantos bienes ha proporcionado ya al hombre. Pues bien; a ese principio de cooperación social pertenece el sistema de seguros sociales, entre los cuales se halla, como uno de los más beneficiosos, el seguro de enfermedad, del cual nos vamos ligeramente a ocupar, exponiendo cuáles son sus antecedentes históricos y sus fundamentos racionales más sencillos.

La Conferencia Internacional del Trabajo es, como todo el mundo sabe, un Parlamento fundado en Gi-

Salicitiro

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

Perfectamente tolerado por vía bucal

Evita los trastornos gástricos.

Aumenta la eficacia salicílica.

Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

En el reumatismo

Poliarticular agudo, crónico, etc.

LABORATORIO JUSTE - FRANCISCO NAVACERRADA-3-HOTEL
TELÉFONO 55.388-APELADO DE CORREOS 9030-MADRID



IODONE ROBIN

Medicamento de elección contra

el **ARTRITISMO**, la **ARTERIO-ESCLEROSIS**, el **ASMA**
el **ENFISEMA**, el **REUMATISMO**, la **GOTA**, la **SÍFILIS**

Absorción fácil sin los inconvenientes de los ioduros.

GOTAS - AMPOLLAS - COMPRIMIDOS

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

"CALCIUM-SANDOZ"



SAL ORGANICA, TOTALMENTE ASIMILABLE.—INJECTABLE INDISTINTAMENTE POR VIA ENDOVENOSA E INTRAMUSCULAR.—GRAN VARIACION EN LAS FORMAS FARMACEUTICAS, FACILITANDO LA ADMINISTRACION INDIVIDUAL

GRANULADO sin azúcar Cajas de 50 y 100 gramos.	TABLETAS EFERVESCENTES bebida deliciosa Cajas de 12 tabletas.	COMPRIMIDOS DE CHOCOLATE exquisitos a saborear Cajas de 30 comprimidos.
--	---	---

Inyectables al 10 %. { Cajas de 5 y 20 ampollas de 10 c. c.
Cajas de 2 y 10 ampollas de 5 c. c.
Cajas de 3 y 10 ampollas de 2 c. c.

PRODUCTOS FARMACEUTICOS SANDOZ, BASILEA (Suiza)

OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA:

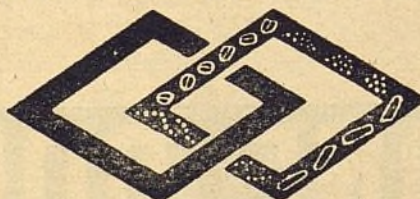
Apatado núm. 880

BARCELONA

Plaza de Cataluña, 9

LOS AMPHO-VACCINS DE RONCHESE

Lisado
bacteriano



bacterias tratadas
por el bromo

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

LISTA DE LOS AMPHO-VACCINS:

INJECTABLES

Antiinfeccioso
Antiestafilocócico
Intestinal
Pulmonar
Urinario

A INGERIR

Antiinfeccioso
Antiestafilocócico
Antitífico T. A. B.
Intestinal
Pulmonar
Urinario

TOPICOS

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

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

REPRESENTANTES: **PAGÉS & SARRIAS**

ARGENSOLA, 5 mod.-Teléf. 41934.-MADRID

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

nebra, que da leyes con fuerza de obligar a todos los Estados que la ratifican y tienen en ella su representación. Ese Parlamento dió el año 1927 dos leyes sobre el seguro de enfermedad, que se llamaron Convenios: uno, con aplicación a la industria y al comercio, y otro, para la agricultura. El Estado español, que estaba presente en Ginebra, los aceptó y ratificó después, por lo cual tales Convenios fueron ya leyes para España, sin más modificaciones que aquellas que fuesen absolutamente indispensables para su acomodación a nuestro país. En vista de esto, el ministro de Trabajo dictó una disposición para que se procediese a la rectificación de esos dos Convenios aprobados en Ginebra, a partir sólo de un punto fundamental, cual es: que, en lugar de dos leyes, una para la industria y el comercio y otra para la agricultura, sea una sola, donde estén condensadas las dos.

La institución del seguro de enfermedad es, a nuestro juicio, la más trascendental reforma sanitaria que está exigiendo España en la actualidad. El número de familias pobres que viven exclusivamente de un jornal, y que inmediatamente que enferma el padre de ella, y éste no puede trabajar, se quedan todos sin comer, a la vez que se contagian de las enfermedades entre sí, es verdaderamente asombroso. Son millones y millones los individuos que quedan en este desamparo sanitario, y ésa es la razón por la que no podemos aspirar a que nuestra mortalidad anual descienda a las cifras que han bajado en otras naciones más civilizadas. El año 1929, por ejemplo, llegó nuestra mortalidad general de un 18 a un 19 por 1.000, mientras que en Holanda alcanzó sólo el 10, y en Noruega el 11 por 1.000. Esta situación sanitaria, hemos de decirlo así, es una vergüenza para nuestra civilización, y no debemos dejar de reclamar su remedio, mientras tanto una ley de seguro obligatorio de enfermedad no sea aprobada por nuestro Parlamento.

Es cierto que la aplicación imperfecta de esta ley en otros países ha dado lugar a grandes censuras, como ha ocurrido en Alemania, donde el doctor Liek, de Danzik, escribió un libro de crítica acerba sobre la aplicación de la ley, fundándose en los abusos cometidos con ella por los asegurados y por los médicos, que hacían pasar por enfermo individuos que estaban sanos, con lo cual se consumían indebidamente los fondos de las cajas de las Sociedades de seguros. Las causas principales de los abusos cometidos en el seguro en estos últimos tiempos han sido los trastornos económicos por que atraviesa el mundo, y por su

más inmediata consecuencia, que es la falta de trabajo para los obreros. Como el obrero parado carece de subsistencia, acude al recurso de simularse enfermo, para acogerse a la ley del seguro y poder gozar de los socorros que ésta le presta. Este aumento de los gastos en las cajas trae consigo un conflicto económico, que, unido a la disminución de los ingresos, puesto que los obreros parados no pueden abonar sus cuotas correspondientes, ponen en grave crisis la vida real del seguro.

Un gran argumento en favor de la ley del seguro de enfermedad resulta de que, a pesar de todas las críticas que ha sufrido su aplicación en los distintos países, en ninguno de ellos se ha tratado por nadie de abolirla, y sí tan sólo de perfeccionarla. El propio doctor Liek, de Danzik, a pesar de la crítica cruenta que hizo de la aplicación de dicha ley en Alemania, no solamente no hizo la menor sugestión para su abandono, sino que manifestó expresamente que sería imposible prescindir de ella, no sólo por razones de política de orden general, sino porque fuera in-

digno de todo país civilizado privar a sus trabajadores de una forma tan valiosa de asistencia social. Lo cierto es, por el contrario, que cada día que pasa se trata de extender el seguro de enfermedad a mayor número de ocupaciones y a ampliar sus beneficios a las familias y dependientes de los asegurados, así como a ejercer más funciones preventivas de orden sanitario, lo que prueba la raigambre que va tomando en el mundo esta clase de seguro social.

De todo esto se deduce que, cualesquiera que sean los abusos cometidos en la práctica del seguro, hay que procurar poner coto a tales abusos e irregularidades, pero de ninguna manera pasar siquiera por el pensamiento la idea de abandonar la institución. Lo único que cabe, y que ya se ha hecho con verdadera eficacia, es castigar algún tanto a los asegurados, imponiéndoles cierto gasto de su propio bolsillo en la aplicación de cada acto injustificado, lo cual se traduce en una limitación de la voluntad, que influye en que los interesados no abusen con reclamaciones indebidas. Para evitar esto han sido adoptadas diversas medidas. En algunos países, la cuota pagada por las cajas en beneficio de los enfermos ha sido reducida. En otros, la persona asegurada hace un pago directo preestablecido. En Alemania, el sujeto asegurado está obligado siempre a pagar una parte del coste de las medicinas y su aplicación: la parte que había de pagar antes era el 10 por 100, pero las sociedades la han aumentado al 20 por 100. Por un de-

Avance de sumario para el número siguiente

(10 de febrero de 1934)

PROF. R. ROYO-VILLANOVA Y MORALES: El "numerus clausus" en Alemania.

DR. JAIME DE ONTORIA: Las variaciones cíclicas de la fecundidad femenina.

PROF. FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ: La vacuna antialfa en el tratamiento del ulcus gastroduodenal.

Información científica del Primer Congreso de Terapéutica de París.

Sesiones clínicas.

Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

creto publicado en junio de 1930, la persona asegurada debe pagar el total coste de la prescripción si no excede de 50 jofennigs, y debe pagar 50 jofennigs más cuando traspasa el coste de esa cantidad. En Francia, el individuo asegurado paga directamente al médico el importe íntegro de su trabajo, y sin embargo, él no cobra de la caja más del 80 al 85 por 100 de lo fijado por la sociedad para el pago facultativo. A la vez, paga el asegurado el 15 por 100 del importe de las medicinas. Igual sistema de pago a los médicos existe en Noruega y en otros diferentes países. Parece que, aparentemente, este régimen ha mejorado algún tanto los fondos del seguro; pero puede ser que esta ventaja sea más aparente que real, y que los enfermos pobres no acudan al médico para ser asistidos por no pagar la parte que les corresponda, y queden sin la asistencia médica necesaria, con grave perjuicio de la sanidad pública.

El seguro de enfermedad, como hemos dicho antes, afronta el problema sanitario más importante que hay en España: el de la salud de la clase obrera. En este punto, lo primero que hay que sentar es que el seguro voluntario, por la arbitrariedad caprichosa que le rige, debe ser substituído por el seguro obligatorio, que ofrece la facilidad de formar esas grandes asociaciones que permiten reunir fondos en cantidad bastante para responder a las necesidades de las sociedades aseguradoras. Prueba de esto es el éxito alcanzado por Alemania con su seguro obligatorio, el cual ha podido extender su beneficio nada menos que a las tres quintas partes de la total población alemana.

Las sociedades aseguradoras son regidas económicamente por la intervención de los obreros, los patronos y las autoridades públicas. En Chile, por ejemplo, cada sociedad es administrada por un Comité de nueve personas, tres de las cuales son elegidas por los asegurados, otras tres por los patronos y otras tres por el presidente de la República.

Los recursos financieros con que cuentan estas sociedades están representados por la contribución con que concurren los obreros, los patronos y las autoridades públicas, de ordinario el Estado. La contribución de los obreros ha sido exaltada por los sociólogos, por entender que de esa manera se dignifica el trabajador, no apareciendo que recibe una limosna, sino que paga de su trabajo el socorro recibido, lo que es un honor. Dicho pago es hecho por las personas aseguradas y los patronos en forma de una contribución conjunta semanal, en la proporción ordinaria de dos tercios de parte de las primeras y un tercio por los segundos. La cuota que deben pagar es adecuada con arreglo al jornal, variando con éste, y no soliendo exceder del 6 por 100 de lo que el obrero gana diariamente. En Inglaterra, la contribución del seguro no varía con el jornal y se mantiene fija para cada sexo, siendo de nueve peniques por semana para el hombre, y de ocho y medio para la mujer. La responsabilidad del pago de la contribución conjunta co-

rresponde al patrono, que es requerido desde el primer instante a pagar la cuota de los asegurados y la suya propia, si bien queda autorizado a deducir después del jornal del obrero la cantidad que haya abonado en su favor.

A cambio de lo que pagan los jornaleros, reciben éstos de las sociedades aseguradoras numerosos beneficios. Estos beneficios son de dos clases: unos son estatutarios, fijos, inexcusables, marcados como obligatorios en todo momento; y otros, adicionales, condicionados, en que la abundancia de fondos de las sociedades permite a éstas ciertas generosidades, pero sin que los asegurados tengan derecho a reclamar. Los beneficios adicionales se pueden otorgar en forma de dinero o en forma de servicios que tiendan a mejorar y curar los enfermos, siendo siempre preferible utilizar estos últimos, porque sólo así se pueden otorgar a veces servicios extraordinarios, como, por ejemplo, mantener los enfermos en instituciones sanitarias especiales, donde acaso únicamente pueden recobrar la salud. Por último, en el orden de los beneficios, lo más trascendente que se ha imaginado es la extensión de los cuidados médicos, no sólo a la persona asegurada, sino a todos los individuos de su familia, y hasta los dependientes de ella, con tal que vivan bajo el mismo techo. Esto se ha hecho ya en Hungría para el seguro de accidentes y enfermedades de los trabajadores húngaros, y en Alemania se ha extendido tanto este beneficio, que se calcula que el número de personas aseguradas y sus dependientes que reciben tratamiento facultativo es de cerca de 37 millones de la total población alemana. El seguro nacional, hay que advertirlo, tiende en todas partes a constituir un movimiento social poderoso en favor del desarrollo de la salud pública, y en este sentido, los beneficios en dinero están en plena decadencia.

Los médicos del seguro aspiran en todas partes a funcionar con independencia de los centros administrativos de las sociedades aseguradoras, en relación directa sólo con los enfermos, buscando la mayor semejanza a como funcionan en la práctica privada. El sistema de participación de los médicos en la práctica que más se va generalizando es que todo doctor calificado tiene el derecho de asistir a toda persona asegurada que solicite sus servicios. Este sistema fue puesto en práctica en Inglaterra desde la fundación del seguro, y más recientemente ha sido instituído en Francia. Correspondiendo a la libertad de los médicos para aceptar los enfermos, está la de éstos para elegir los médicos que los asistan. A este punto se le ha dado importancia, por entender que la confianza de los enfermos es conveniente a la cura. Séneca ha sido citado, para mostrar que esta verdad era sostenida en Roma hace más de dos mil años. En los primeros días del seguro obligatorio en Alemania, las sociedades aseguradoras elegían sus doctores y les señalaban sus distritos, a la vez que las personas aseguradas tenían su doctor y no otro. Empero, la agita-

ción popular pidiendo la libre elección de médico fué tan grande, que Alemania la aceptó. Mas después de algún tiempo de tener esto admitido, han sobrevenido graves quejas, hasta el punto de achacarle el aumento injustificado del valor de las medicinas, y acusarle de las pérdidas que sufren los fondos del seguro por imponerles gastos sin justificación. Este aumento de gastos ha sido atribuido a los médicos en combinación con los enfermos, prescribiendo muchas medicinas y extendiendo certificados injustos de incapacidad para el trabajo. Nosotros no respondemos de esta afirmación. La elección libre de doctor por los enfermos ha sido siempre practicada en Inglaterra, y recientemente instituida en Francia.

Los métodos usados para pagar los médicos han cambiado, según las costumbres, en cada región. El sistema de reembolso aceptado en Francia y en Noruega consiste en que el doctor es pagado, no por las autoridades del seguro, sino por los propios enfermos, los cuales recobran después lo pagado de los fondos del seguro, y por eso se llama sistema de reembolso. La ley del seguro en Francia consigna cinco importantes puntos para el servicio médico, que son: 1.º Todo doctor puede atender al tratamiento de cualquier persona asegurada. 2.º La persona asegurada tiene el derecho de elegir y cambiar de médico en todo tiempo. 3.º Los honorarios del doctor son pagados directamente por el enfermo. 4.º El doctor no está en relación directa con las sociedades aseguradoras. 5.º Las cuestiones de disciplina médica son decididas por un Tribunal puramente médico.

Y ahora, antes de dar por terminada esta nuestra tarea, y a modo de una extensa síntesis sociológica, queremos exponer la orientación que va teniendo en el mundo este movimiento social del seguro, y a señalar, además, la dirección en que parece ha de desenvolverse en el porvenir. Los puntos más salientes que van anotándose en esa gran agitación de ideas sociales son los siguientes:

1.º En todas las naciones hay una marcada tendencia a establecer el seguro obligatorio, por entender que el seguro voluntario está muy lejos de poder responder a las necesidades que exige la asistencia a las clases pobres. Una prueba de ello, muy elocuente, ha sido su establecimiento en Francia, antes tan opuesta a su institución, y que hoy lo ha aceptado en la forma más progresiva que ha podido concebirse.

2.º Otra característica del movimiento social del seguro es la tendencia a comprender cada vez mayor número de ocupaciones, a fin de extender sus beneficios a más cantidad de personas. Así, mientras en un principio estaba reducida su aplicación a los mineros y a otras ocupaciones peligrosas, de grave riesgo, hoy hay tendencia a extenderla a ocupaciones o empleos de todas clases, ya sean propios de las industrias, de la agricultura, de las artes, del servicio doméstico, de modestos empleados administrativos, y en general, de cuantas ocupaciones u oficios

permitan abarcar el mayor número de individuos pobres necesitados de asistencia facultativa.

3.º El campo de aplicación del seguro de enfermedad se extiende cada vez más a los individuos dependientes de las personas aseguradas, hasta tal punto, que hay tendencia a considerar la familia como el elemento social del seguro, más que al individuo, y así debe entenderse en lo sucesivo.

4.º La utilización de los servicios médicos a los asegurados tiene inclinación a superar a los beneficios en metálico, otorgados con preferencia anteriormente. En un principio, el seguro se dirigía a proporcionar a los obreros recursos económicos con los cuales pudieran atender a sus necesidades de enfermos y los de su familia; empero, desde el principio de este siglo se ha convenido que el fin principal del seguro consiste en atender a la salud de los asegurados, y que mientras más se extiendan los cuidados médicos, higiénicos y terapéuticos, más beneficios se han de proporcionar a los enfermos y, en general, a la sanidad pública. No hay, pues, que dudar en perfeccionar cada vez más y multiplicar los centros de consulta, los sanatorios, los hospitales de todas clases, llevando a ellos los últimos progresos de la ciencia, y procurando curar cuanto antes a los pobres enfermos, que es la forma más humana de salvarlos del conflicto grave en que se encuentran.

5.º El punto más saliente de la organización del seguro social de enfermedades es el referente a la intervención de los médicos en la asistencia de los asegurados. Los médicos de la mayor parte de los países se quejan de las sociedades administrativas, acusándoles de que no les pagan su trabajo profesional suficientemente. Esta queja es muy natural que ocurra, y no es de esperar que cese fácilmente. Pero, por nuestra parte, nosotros estaremos siempre dispuestos a defender los justos intereses de los médicos, de quienes depende el éxito de esta función social del seguro, pero teniendo siempre presente que el seguro de enfermedad es una reforma humanitaria, instituida en favor de las clases humildes, trabajadoras, que no tienen más que su jornal, y que, cuando enferman por cualquier causa y no pueden trabajar, quedan sin poder comer ellos y sus familias, y sin ser asistidos debidamente en sus curas, corriendo además el riesgo de contagiar de las enfermedades infecciosas a todos los individuos de la familia.

La más intensa aspiración de los médicos es la de separarse, en cuanto sea posible, de las sociedades administrativas y entenderse de un modo directo con los individuos asegurados, recibiendo directamente de éstos el pago de la asistencia profesional, como si se tratara de la de enfermos particulares. Además, como es natural, los médicos aspiran a intervenir cada más en el lado técnico y científico del seguro, absorbiendo las funciones sanitarias y aceptando sólo, estrictamente, la participación que les corresponda en el aspecto administrativo. En la ley francesa, los docto-

res no entran en contacto con las instituciones del seguro, ni reciben de ella el pago de los clientes, que son pagados directamente por los enfermos, como en la práctica privada. Esta independencia casi absoluta de la intervención técnica y administrativa del seguro está llevando a cabo una prueba práctica bien intensa que juzgará de su eficacia, y sólo podrá ser obtenido un perfecto convencimiento de ella después de una larga experiencia. Nuestra modesta opinión es que, entre la función técnica y la administrativa, debe haber cierta razonable armonía que las compagine debidamente, si bien hay que reconocer a los médicos siempre una mayor capacidad en la dirección de los servicios.

Y aquí damos término a nuestro estudio, concretándonos a reiterar nuestra opinión, muchas veces repetida, de que no hay en España actualmente un problema sanitario más trascendental que este del seguro social de enfermedad. Por nuestra parte, podemos decir, con razón, que es un estigma vergonzoso para nación civilizada como la nuestra, no tener instituida esta legislación del seguro, cuando ya la tienen en vigor la mayor parte de los países civilizados del mundo, y aun muchos que no lo son, como, por ejemplo, Turquía. Además, nosotros llegamos a creer que, sin el seguro, será estéril todo el esfuerzo que hagamos para disminuir la cifra de nuestra morbosidad y mortalidad anuales, comparada con la de las demás naciones civilizadas donde se halla esta reforma establecida. Sin el seguro no podremos rebajar la cifra enorme de nuestra estadística con la sustracción de todos aquellos individuos que enferman sin deber enfermar y mueren sin deber morir, y que sólo con el seguro de enfermedad recibirían la imprescindible asistencia facultativa para no morir.

Por último, reina por esos mundos de Dios un error de doctrina sobre el socialismo moderno, que trasciende a todas las instituciones sociales, incluso a esta del seguro de enfermedad, y que consiste en creer que se puede anular la personalidad humana, absorbida por la asociación y el colectivismo, y que es preciso ir, por tanto, andando el tiempo, al comunismo o a la anarquía para gobernar un pueblo. Este es un error filosófico, que ha engendrado el *marxismo* actual, y que nace de olvidar que el hombre, que es el elemento atómico de la sociedad, no puede, por sólo la asociación con otros hombres, perder la esencia de su personalidad fisiológica subjetiva. Aquí se trata de un error antropológico, que es sólo explicado porque, tanto Marx como los suyos, no han sido fisiólogos, ni naturalistas, ni médicos, ni han sabido penetrar bien en la esencia de la naturaleza humana. Si el socialismo actual se concretara a los términos de la asociación, de la cooperación, del sindicalismo, en el buen sentido de la palabra, pero sin querer absorber ni anular la personalidad del hombre, otra cosa sería para la civilización del progreso social en el mundo, desde todos los puntos de vista.

Servicio de Laringología y Terapéutica endobronquial del Dispensario
Antituberculoso Municipal. Jefe Dr. S. García Vicente

Hipertrofia amigdalina vicariante

POR LOS DRES.

JAVIER DE SILVA y MIGUEL PEREZ CAMINERO
Profesor auxiliar Médico alumno

CÍRCULO LINFÁTICO DE LA FARINGE O ANILLO DE WALDEYER.

A la entrada misma de la faringe, y formando un círculo completo que rodea en su totalidad la porción inicial de ésta, se hallan repartidas una serie de formaciones linfoides, llamadas amígdalas o tonsilas, unidas entre sí por franjas de tejido adenoideo.

Estas distintas formaciones o amígdalas son: la amígdala faríngea o de Luschka, que, hallándose situada en la bóveda de la faringe, entre los orificios de las trompas de Eustaquio y por detrás de las coanas, constituye la parte más superior del citado anillo; las amígdalas tubáricas o de Gerlach, de menos importancia y situadas a nivel del pabellón de las trompas; las amígdalas palatinas, engastadas en las fosas amigdalinas formadas por los pilares del velo del paladar, y que forman, por tanto, las partes laterales del gran círculo linfático, y, por último, la amígdala lingual, que, situada en la base de la lengua, completa el anillo de Waldeyer en su parte inferior.

Todas estas formaciones se hallan constituidas esencialmente de lo mismo: de una capa formada por tejido reticulado, que contiene folículos cerrados, y de un epitelio más o menos identificado con el de la región a que pertenece.

En las amígdalas palatinas, este tejido de constitución se halla replegado verticualmente, formando divertículos que son las criptas amigdalinas, que, bajo la forma de hendiduras, se extienden más o menos desde la cara interna del órgano a la externa, terminando en fondos de saco cerrados. Cada divertículo está limitado por dos láminas de tejido fibroso, procedentes de la llamada cápsula amigdalina, formándose de esta manera los llamados lóbulos de la amígdala. Estos lóbulos, que se extienden desde la cara interna de la amígdala a la cápsula amigdalina, se componen, por lo tanto, del divertículo central o cripta, cuya pared limitante, en forma de U y mucho más gruesa que la luz del tubo, está formada de dos capas: una superficial, la epitelica, constituida por epitelio pavimentoso, continuación del de la mucosa bucofaringea, y otra profunda, que es la túnica propia de Stöfer, formada por el tejido reticulado y los folículos cerrados. En pleno tejido reticulado, constituido por finas trabéculas conjuntivas que parten de los tabiques interlobulares y se entrecruzan en todas direcciones, se hallan los folículos, dispuestos en una sola hilera que rodea al divertículo. Estos folículos son formaciones linfoides, cuyas mallas, relativamente anchas, se hallan repletas de células linfáticas.

Desde los vasos sanguíneos, que se hallan en los tabiques interlobulares, parten numerosas ramificaciones, que se irradian en todos sentidos, siguiendo constantemente las trabéculas conjuntivas que les sirven de sostén. Estos capilares se hallan dispuestos irregularmente en

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el tratamiento de las

- Adenopatías
- Linfatismo
- Escrofulismo
- Raquitismo
- Diabetes
- Heredosifilis
- Ameno y Dismenorrea
- Convalecencias

Estados llamados Pretuberculosos



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

MEDICACIÓN ANTIANAFILÁCTICA POLIVALENTE

GRAGEAS

GRANULADOS



MIGRAÑAS

URTICARIAS

TRASTORNOS DIGESTIVOS por ASSIMILACIÓN DEFECTUOSA
PRURITOS — ECZEMAS — ESTROFULO

COLAGOGO

GRAGEAS

GRANULADOS



COLECISTITIS CRÓNICAS

INSUFICIENCIA HEPÁTICA
PERTURBACIONES DIGESTIVAS
DE ORIGEN HEPÁTICO

Laboratoire des Produits Scientia
Docteur E. PERRAUDIN*, Pharmacien de 1^{re} Classe, 21, rue Chaptal, Paris-9^e

el tejido reticulado, y, en cambio, en los folículos adoptan una disposición claramente radiada.

En la amígdala faríngea, el tejido de constitución también se halla formando pliegues, de forma, número y dirección variables, entre los cuales quedan surcos o criptas. Estos pliegues se hallan situados a ambos lados de un surco medio anteroposterior, que termina ensanchándose por detrás en la fosilla llamada bolsa faríngea. Aquí, el epitelio es de tipo malpighiano en la superficie y de tipo cilíndrico y ciliado en las anfractuosidades.

En la amígdala lingual, el tejido se encuentra formando una capa continua de pequeñas eminencias, cuya cavidad central está formada por una invaginación de la mucosa, que tapiza una capa siempre única de folículos cerrados, que descansan en el seno de un tejido conjuntivo laxo, cuya trama sirve a la vez de soporte a una rica red capilar.

Esta es, a grandes rasgos, la disposición anatómica de dichos órganos.

Todas estas formaciones amigdalinas, situadas estratégicamente alrededor de la entrada de la faringe y formadas de tejido adenoideo, constituido por folículos cerrados, son como puestos avanzados colocados por la naturaleza para defender esta puerta de entrada contra los agentes exógenos.

El ciclo evolutivo de cada una de estas formaciones es diferente.

Así como las amígdalas palatinas persisten durante toda la vida, aunque con tendencia a disminuir, y la amígdala lingual retrógrada en parte, la amígdala faríngea, que en la época del nacimiento sólo se halla reducida escasamente a la mitad posterior, completa su desarrollo en los años siguientes, hasta la edad de doce o catorce, época en que alcanza su mayor desarrollo, y a partir de la cual entra en regresión de tal manera, que hacia los veinte o veinticinco años, lo único que de ella queda es la bolsa faríngea del adulto.

A pesar de esto, nos encontramos muchas veces con individuos en los cuales, no obstante haber traspasado ya la edad límite de duración normal de estos órganos, no han desaparecido, sino que persisten, y a menudo no sólo persisten, sino que, además, se encuentran hipertrofiados.

Claro es que si esta persistencia o aumento de volumen es debido a un fenómeno reaccional defensivo y no produce molestias, trastorno o peligro alguno para el organismo, entonces debemos respetarla. Pero si dichas amígdalas se encuentran infectadas y son, por lo tanto, un peligro constante para el organismo (sabido es la frecuencia de las complicaciones endocardíticas, articulares, etc., a que dan lugar las infecciones crónicas de estos órganos, complicaciones debidas esencialmente a la constitución especial de los mismos, pues por tratarse de folículos cerrados, sin conexión con la red linfática, producen fácilmente descargas directas de toxinas en la sangre o por hallarse hipertrofiadas, producen trastornos mecánicos o molestias, entonces debemos suprimirlas.

Pero lo interesante es que, con relativa frecuencia, vemos coincidir en el mismo enfermo la hipertrofia, especialmente de la amígdala lingual, con rinofaringitis atróficas. Esto, que parece a primera vista un fenómeno absurdo, un fenómeno paradójico, si nos fijamos y lo analizamos detenidamente, podremos comprobar lo ló-

gico de su existencia. Basta que tengamos en cuenta que la función fisiológica primordial, tanto de una parte como de la otra, es esencialmente la misma, o sea la función defensiva, para darnos cuenta de que lo que parecía un caso absurdo de contradicción, no es otra cosa que un fenómeno de compensación, que, como todo fenómeno vicariante, tiende a suplir la falta o disminución de función de un órgano con la hipertrofia del homólogo.

Citaremos a continuación unos cuantos casos prácticos, que ratifican lo anteriormente dicho:

R. P. S.; diecisiete años, modista; 8 noviembre 1933.

Sintomatología.—Acusa la enferma escozor en faringe, y a veces esputos manchados de sangre. Dice fué operada de amígdalas hace tres años, y desde entonces, cuando habla mucho, se la toma algo la voz, aunque sin llegar a la ronquera.

Exploración.—Faringe seca, gran hipertrofia de amígdala lingual con ligero síndrome vasicoso (este último síndrome nos explica la aparición de sangre en los esputos).

Tratamiento.—Se la hizo una primera cauterización del lado derecho de la amígdala lingual, seguida a los ocho días de una segunda cauterización del lado izquierdo, y después de pasar veintidós días, se la volvió a hacer una nueva cauterización de ambos lados.

En este caso, como en todos los demás que a continuación se citan, podemos ver cómo coincide la hipertrofia de la amígdala lingual con faringitis o rinofaringitis atrófica. Pero en esta enferma podemos observar también cómo los síntomas que indican la hipertrofia de dicha amígdala hacen su aparición a raíz de una extirpación de amígdalas palatinas, hecho que va completamente de acuerdo con lo anteriormente expuesto, respecto a la significación supletoria o vicariante de la hipertrofia de la amígdala lingual en estos enfermos.

J. P. T.; cuarenta y siete años, empleado; 17 noviembre 1933.

Síntomas.—Hace doce años que viene padeciendo amigdalitis frecuentes. Algunas temporadas tiene ronqueras. Hace cuatro meses sufrió un fuerte ataque de amigdalitis, que fué tratado con suero antidiftérico.

Exploración.—Faringitis granulosa. Tapón ceruminoso en oído derecho. Hipertrofia de amígdala lingual.

Tratamiento.—Cauterización de la amígdala hipertrofica en tres sesiones.

F. R. P.; treinta y nueve años, jornalero; 22 noviembre 1933.

Sintomatología.—Desde hace dos meses viene sintiendo una molestia en el lado izquierdo de la garganta y disfagia; simultáneo al dolor en garganta, nota dolor en el oído izquierdo. Anteriormente ha padecido anginas frecuentes. Ha sido muy fumador.

Exploración.—Tapón ceruminoso en el oído derecho. Rinitis atrófica en lado derecho. Faringe seca y con granulaciones. Amígdala lingual aumentada en volumen.

Tratamiento.—Destrucción con el cauterio de la amígdala lingual.

G. V. M.; veintidós años, dependiente; 21 noviembre de 1933.

Sintomatología.—Hace cuatro años estuvo en tratamiento de la garganta; en esta época tuvo ronquera, síntoma que desapareció. En la actualidad, y desde hace una semana, siente sensación de sequedad en faringe;

escozor, disfagia, mayor para los sólidos, y ronquera. Ha padecido frecuentes ataques de amigdalitis.

Exploración.—Rinitis atrófica. Faringe muy seca, con moco de color verdoso. Hipertrofia de amígdala lingual, con síndrome varicoso de base de lengua. Cuerdas vocales se mueven bien y están ligeramente rosadas.

Tratamiento.—Aparte de adecuado tratamiento de su rinofaringitis atrófica, se le cauterizó la amígdala faríngea.

V. G. A.; dieciocho años, sirvienta; 3 enero 1934.

Sintomatología.—Hace cuatro meses empezó a notar una ronquera, que ha ido en aumento, y que es más intensa por las mañanas al levantarse. Desde hace tres meses, supuración del oído izquierdo a temporadas.

Exploración.—Faringe seca. Rinitis atrófica del lado izquierdo. Hipertrofia de amígdala lingual y amígdalas palatinas algo aumentadas de volumen.

Tratamiento.—Cauterización de la amígdala lingual.

T. G. O.; veintisiete años, comercio; 19 diciembre de 1933.

Sintomatología.—Al pasar los alimentos, y principalmente la saliva, nota sensación de estorbo en la garganta desde hace un año. Ruidos en ambos oídos.

Exploración.—Tapón ceruminoso en el oído derecho. Otitis esclerótica en lado izquierdo. *Rinitis atrófica* incipiente en lado izquierdo. *Faringe seca. Amígdala lingual hipertrofica.*

Tratamiento.—Aparte del indicado para su otitis y rinofaringitis atrófica, se le cauterizó la amígdala lingual.

V. L. B.; diecinueve años, modista; 25 noviembre 1933.

Sintomatología.—Hace un año empezó a notar, al levantarse, sensaciones de sequedad en garganta y carraspera.

Exploración.—Faringe seca, con moco y ligeras granulaciones. Amígdala lingual aumentada de volumen. Cuerdas vocales, ligeramente rosadas, que se mueven bien.

Tratamiento.—Cauterización de la amígdala lingual en cuatro sesiones.

L. R. G.; treinta años, sirvienta; 7 noviembre 1933.

Síntomas.—Hace ocho meses la empezó un escozor en la garganta y picor que la obliga a toser. *De pequeña, padeció anginas frecuentes.* Cuando está mal de la garganta siente ruidos y algunos zumbidos en el oído izquierdo. Catarros nasales frecuentes. Ronqueras anteriores.

Exploración.—Faringe seca. Hipertrofia de amígdala lingual. Cuerdas vocales normales en color y movilidad.

Tratamiento.—La amígdala lingual fué cauterizada en tres sesiones.

Obsérvese que la mayoría de estos enfermos han padecido infecciones repetidas de sus amígdalas palatinas, infecciones que han dejado el tejido de dichos órganos en condiciones precarias de funcionamiento.

Es posible que la explicación de esta coincidencia se deba a que las amígdalas palatinas, lo mismo que la mucosa rinofaríngea, por estar situadas más al descubierto, en primera línea, estarán más expuestas a los agentes nocivos externos, causa por la cual se inflaman con relativa facilidad y decaen o sucumben fisiológicamente. En cambio, la amígdala lingual más resguardada se defiende con más facilidad y puede encargarse de su-

plir en parte la función destruída a costa de su hipertrofia.

Claro es que si, como ya hemos dicho anteriormente, este medio de defensa empleado por la naturaleza, ha de ser a costa de producir trastornos o molestias al individuo, entonces nos vemos en el trance de tener que suprimirle, cauterizando el órgano hipertrofiado.

La instrucción práctica del médico

POR EL

Prof. Dr. PIETRO GALLENGA

La función del médico en la lucha contra el cáncer es de importancia fundamental; esta afirmación es obvia y natural, y, al parecer, no necesaria ni para el cáncer ni para otros grupos de enfermedades. Pero cuando se habla de cáncer, es necesario establecer los valores y la importancia de los diversos elementos que concurren a constituir el conjunto de actividades y procedimientos en la lucha contra los tumores malignos, en la que ampliamente deben participar todos los que ejercen la sanidad.

Se habla mucho de la educación del público y de la propaganda a realizar para instruir sobre qué es el cáncer y cuanto deba hacerse para evitar consecuencias desastrosas. Se insiste sobre el progreso de la cirugía y del tratamiento con agentes físicos, con sustancias químicas y con la invocada y deseada terapéutica biológica; todos son elementos importantísimos, pero subordinados a la capacidad técnica de los médicos, y, sobre todo, a su inteligencia diagnóstica y a la rápida decisión y a la resolución para asumir la inevitable y necesaria responsabilidad.

La lucha contra el cáncer se funda sobre la posibilidad presente y todavía más en el futuro, que auguramos será pronto mejor, sobre la obra de los médicos considerada desde todos sus aspectos.

Los estudios científicos y experimentales sobre el cáncer deben ser difundidos entre todos los médicos, especialmente entre aquellos que por necesidad profesional vivan alejados de los centros científicos y de alta cultura médica y no tengan fácil medio de consultar libros y revistas especializadas. No es posible negar que la base cierta de una buena medicina práctica es el número mayor posible de conocimientos científicos, que pudiendo a veces parecer abstractos y teóricos, sin embargo, son los que forman la fundamental, sólida y útil preparación del médico.

Afirmemos ante todo que una buena preparación práctica del médico para la lucha contra los tumores malignos será precedida y acompañada de una buena preparación científica.

Los estudios sobre tumores malignos, desde aquellos muy antiguos morfológicos a los del siglo pasado sobre histología y patología celular, que, ante todo, han hecho comprender "qué es el cáncer", terminan en los actuales conocimientos experimentales y biológicos, y deben formar parte del indispensable bagaje cultural del médico.

En medicina, ciencia y observación, teoría y práctica, deben ir unidas de modo indisoluble, porque la una vivifica a la otra, porque siempre de una se vuelve a la otra.

La investigación científica médica, la más elevada en la escala de los valores intelectuales, tiene por finalidad hacer posible la aplicación de sus resultados concretos en la práctica.

Esta tiene el deber de combatir los conocimientos humanos, aliviar el dolor, salvar la vida. Y para esto tiene necesidad, en cada caso, en cada enfermedad, de ser socorrida y guiada por los conocimientos que llegan al espíritu y aumenta la capacidad.

La preparación e instrucción técnica de los médicos debe ser considerada desde diversos aspectos, según la función específica que desarrollarán en el ejercicio de su profesión. Pero, ante todo, es necesario que la preparación se inicie y desarrolle con método y seriedad durante el período estudiantil.

Precisa fijar bien en la mente del estudiante que los tumores malignos, en sus diversas localizaciones, representan una de las más frecuentes enfermedades, y es indispensable a un buen médico conocer los síntomas no sólo cuando están ya en avanzado desarrollo, sino cuando se inician. Es labor del profesorado dirigir al estudiante en el diagnóstico inicial o precoz. Como bien dice el profesor Quervain, de la Liga Suiza para la Lucha contra el Cáncer, la responsabilidad del diagnóstico tardío es de aquel médico que, falto de buena preparación, no ha reparado en los síntomas iniciales de la enfermedad, y especialmente de aquel que no ha sido enseñado a pensar lógicamente y actuar con rapidez.

La enseñanza de la medicina debe ser guiada y animada por el concepto que el médico debe tener: la actitud mental para pensar diagnósticamente en manera que el diagnóstico inicial precoz sea su labor en cada caso.

En cuanto se refiere a los tumores malignos, cuyo diagnóstico precoz tiene máxima importancia, mayor que en cualquier otra enfermedad no aguda, debe llamarse la atención del estudiante sobre su importancia, en todas las ocasiones, durante todo el curso, de tal manera, que la idea y la preocupación del cáncer esté siempre presente en todas las circunstancias en las cuales exista la posibilidad, por muy lejana e incierta que sea.

En todos los momentos escolares, cada profesor dedicará un grupo de lecciones a los tumores malignos y para cada especialidad, y en las clínicas generales, cada localización será ilustrada en sus diversas manifestaciones.

En la demostración clínica es necesario que el enfermo no sea presentado en estados avanzados, sí al principio o simplemente en fases sospechosas. Cuando se trate de enfermos con tumor justificadamente sospechoso, hábituese al estudiante a considerar tal eventualidad.

En cuanto a la necesidad del diagnóstico precoz del cáncer, precisa que la sospecha y la investigación diagnóstica del posible cáncer esté siempre presente, antes que los síntomas avancen y desaparezca toda duda.

En la preparación del estudiante, además de las demostraciones clínicas con relativa discusión diagnóstica, los conocimientos científicos y lo referente a los caracteres y naturaleza del cáncer y de las lesiones precancerosas deben ser bagaje de los estudios indispensables. Igualmente las enseñanzas de Patología general, de Histología patológica, de Patología médica y quirúrgica serán ampliamente estudiadas en cuanto se refiera a los tumores malignos.

El profesor Regaud escribía en 1929: "Los médicos están, en general, muy mal preparados a su salida de la

Facultad para la lucha contra el cáncer. Las enseñanzas relativas a la enfermedad cancerosa son fragmentarias, sin aspecto práctico. Los síntomas que se obliga a conocer son los tardíos, no los iniciales, que, en verdad, son los más importantes. Se descuida la práctica de exploraciones especiales. Los progresos de los métodos de tratamiento no son ilustrados, y tampoco lo son desde el punto de vista del especialista. El joven médico sólo tiene del cáncer impresiones parciales, superficiales, no adecuadas al oficio que debe llenar. Así se explican las deficiencias en el diagnóstico precoz del cáncer."

Según Regaud, esto resulta de las afirmaciones de todo color de los que se ocupan, en los diversos países, en la lucha contra el cáncer.

El remedio a esta situación, según Regaud, es competencia de las Facultades médicas. Consiste en añadir una enseñanza práctica especial sobre el cáncer; algunas naciones, al final de los estudios, exigen un curso complementario para los licenciados.

De la misma opinión del profesor Regaud son profesores italianos que realizan, hace muchos años, labor activa no sólo sobre estudios experimentales y clínicos, sino también en los problemas de organización.

El profesor Rondoni, patólogo general de Milán, escribe: "El médico práctico estará bien preparado para el diagnóstico exacto y precoz de toda enfermedad, en especial del cáncer: tal será la labor de las instituciones teóricas y prácticas en la Universidad. Personalmente no soy partidario de la enseñanza muy especializada tanto para el cáncer como para la tuberculosis y para la sífilis. El médico dominará el método diagnóstico sin predilección, y tanto más cuanto los casos iniciales son los que reclaman la máxima tensión y cultura fundamental y general, clara y precisa."

En las conclusiones de la reunión internacional para la Lucha contra el Cáncer, celebrada en Lago Mohonk (Estados Unidos), en septiembre de 1926, se decía: "Los estudiantes de Medicina serán guiados en el estudio del cáncer con la ayuda de demostraciones prácticas sobre cancerosos, a fin de dar nociones prácticas suficientes sobre la cuestión."

Se puede afirmar que en todos los países se está convencido que unos de los obstáculos para la lucha contra el cáncer es la insuficiente preparación de los estudiantes, tanto más nociva cuanto que el estudiante deja la Facultad sin haber comprendido la importancia que tiene el cáncer en la práctica médica. Después, difícilmente podrá sentir el espíritu que anima a la lucha social contra los tumores malignos y seguirla con interés y abnegación.

La preparación del estudiante no es suficiente para mejorar la lucha contra el cáncer; es necesario que también el médico tenga conocimientos para las funciones que en este campo profesional le están encomendadas. Es como distinguiremos dos grandes grupos de médicos que más o menos ocasionalmente diagnostican y tratan el cáncer: los especialistas y los médicos generales.

Consideremos los especialistas que en el momento actual de la ciencia realizan ordinariamente la terapéutica del cáncer.

CIRUJANOS Y RADIOLOGOS

La cirugía del cáncer no representa en absoluto especialización de la cirugía general; un buen cirujano opera los tumores malignos de todos los órganos. Depend-

rá de su capacidad técnica, diferente de cirujano a cirujano, de su criterio clínico, fijar cuándo y cómo operará.

Si la cirugía es, hoy por hoy, nuestra arma más segura contra el cáncer, será adoptada con discernimiento y máxima perfección para evitar operaciones inútiles o perjudiciales. Existen localizaciones especiales del cáncer, recto y sistema nervioso central, que exigen experiencia.

Es necesario que entre los cirujanos se formen grupos dedicados a la cirugía de los tumores, para así enseñar a los cirujanos generales. Estos cirujanos especializados podrán, con seguridad y óptimo rendimiento, dirigir los departamentos de cirugía de los Institutos especializados para el tratamiento del cáncer o departamentos hospitalarios a estos enfermos destinados.

Es viva la discusión sobre si ciertos tumores se tratarán por cirugía o por radioterapia. Las opiniones están divididas; las discusiones son amplias.

Se concluirá que tanto cirujanos como radiólogos tienen parte de razón y parte de parcialidad cuando son exclusivos. Una operación o un tratamiento de radio es peligroso cuando es mal hecha. Buenas técnicas de uno u otro proceder son las que precisan si está indicado el bisturí o cuándo el radio o los rayos X. Juicio terapéutico, que será hecho con plena objetividad, independientemente de las preferencias individuales o de amor propio.

El acuerdo existente en muchos Institutos y Clínicas es lo más práctico: asociar la cirugía a la radioterapia, según las indicaciones, es dar vida a una colaboración habitual y continua. Es de mayor importancia en laringología, en vías urinarias, en ginecología, etc., etc. Los especialistas se ejercitarán en el diagnóstico y cirugía de los tumores de los órganos objeto de su especialidad.

El grupo numeroso de especialistas, como odontólogos y estomatólogos, puede ayudar mucho en la investigación precoz en los tumores de cavidad bucal. Tumores muy frecuentes, que pueden ser observados accidentalmente por el odontólogo en el momento que el enfermo se le presenta por cualquier afección dentaria. La estomatología es especialidad que contribuirá, en la lucha contra el cáncer, de manera eficazísima; sobre todo cuando los odontólogos tengan la costumbre de observar muy atentamente toda la cavidad bucal.

Los cirujanos y muchos especialistas tienen necesidad de estar ejercitados en la técnica de biopsias para todos los tumores accesibles en los cuales, sean casos sospechosos o avanzados, esté indicada la investigación anatomopatológica para establecer el diagnóstico, necesario tanto en la clínica como en el tratamiento y pronóstico.

Es el momento de hablar de la necesidad de preparar competentes histólogos capaces de enjuiciar sobre este problema de gran dificultad. La colaboración de los histólogos tiene gran importancia en la lucha contra el cáncer.

No podemos pretender que cualquier médico, y especialmente los profesionales que laboran en diversos campos de la medicina y de la cirugía, sean competentes en histología para asumir tal responsabilidad. Es necesario que los histólogos competentes sean bastante numerosos para prestar su eficaz y pronta colaboración. Los Institutos y Centros de diagnóstico y tratamiento del cáncer, clínicas y hospitales, estarán organizados para

realizar las investigaciones histológicas necesarias, tanto en biopsias como en piezas operatorias.

Entre las decisiones de este Congreso internacional tiene gran importancia la de invitar a la Liga para la Lucha contra el Cáncer y a los Gobiernos a que todos los países dispongan de suficiente número de expertos histólogos de tumores malignos. Así será posible obligar a los hospitales de determinada importancia que en su personal haya un histólogo, y mantener un laboratorio con el personal conveniente.

Ahora, consideremos la preparación técnica de otro grupo de especialistas, en ellos conexos importantes problemas técnicos, sanitarios y económicos. Son los radiólogos; ejercen funciones diagnósticas y terapéuticas de manera coetánea o independiente. La parte diagnóstica en radiología es bastante limitada en el campo de los tumores malignos.

En los tumores del aparato digestivo y de los huesos, el radiodiagnóstico es de capital importancia; en los demás tumores, del aparato genital femenino y externos, que llegan a constituir casi los dos tercios de los casos, la investigación radiológica da pocos resultados.

Soy de opinión que el radiodiagnóstico no debe pertenecer exclusivamente al radiólogo; todos los médicos, particularmente los especialistas de cada grupo de enfermedades, o dedicados a la medicina o cirugía general, dado su grado profesional y científico, se ven obligados a examinar radiológicamente a sus enfermos a igual que cuando emplean otros métodos de la semeiología física.

La difusión del radiodiagnóstico entre los médicos prácticos, cirujanos e internistas, facilitará el diagnóstico precoz de los tumores malignos. El perfeccionamiento y simplificación, el uso razonado de los modernos aparatos radiodiagnósticos, la casi completa seguridad de su empleo, el conocimiento de las leyes elementales y normas fundamentales de funcionamiento, permitirá a muchos médicos la utilización del radiodiagnóstico como complemento de su gabinete de consulta.

Es sólo con el examen sistemático de todos o casi todos los enfermos de cierto grupo de procesos como la investigación radiológica podrá contribuir al diagnóstico rápido de los tumores malignos de los órganos internos, especialmente del tubo digestivo, en los cuales la dificultad diagnóstica precoz es grandísima y única manera de que el médico haga diagnóstico cierto en algunos trastornos digestivos.

No es lo mismo cuando se trata de Roentgen y radioterapia. Todo es cuestión tecnicoeconómica. Las instalaciones de roentgenterapia, cuando están bien hechas, son muy costosas y necesitan organización compleja. El radium es también muy costoso, y para tener cantidad suficiente a aplicación especial para todos los casos, precisa sumas elevadas.

Si la investigación diagnóstica prolongada no tiene peligros para el enfermo, si un tratamiento por rayos X o por radium. Los röntgen y radioterapeutas tienen que estar bien preparados en aparatos y conocimientos técnicos.

El uso de estos medios de tratamiento deberá estar reservado a las clínicas universitarias, a institutos especializados, a hospitales y a clínicas privadas, que presenten toda garantía.

Es necesario que los médicos dedicados a esta terapia

NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO
MEDICACION BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA



LABORATORIOS-FEDE S.A.

DIRECTOR DR. A. LOPEZ CIUDAD-FARMACEUTICO
MARQUES DE CUBAS. 9. TELEFONO 19147 MADRID

Neyol n.º
Procesos crónicos del
aparato respiratorio

1

Se emplea en las bronquitis crónicas simples y en las secundarias, rápidamente modifica la secreción bronquial, facilita la expectoración, calma la tos, cede la disnea y facilita el sueño.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Para-iso-propilmetacresol, 1,50 g.; Metanol-3, 5,00 g.; Gomenol, 7,90 g.; Anhidroterpina, 10,15 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Trioleinas eterificadas, c. s.

Neyol n.º
Antifímico

2

Sin necesidad de emplear el opio ni ninguno de sus derivados, corrige la tos emetizante de los tuberculosos, curando y evitando las agudizaciones catarrales.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Guayacol, 0,10 g.; Timol, 1,00 g.; Estearopteno de menta, 1,50 g.; Esencia de Niauli, 20,00 g.; Cineol, 10,00 g.; Sulfuro de Alilo, 0,005 g.; Trioleinas eterificadas, c. s.

Neyol n.º
Niños

3

En los procesos broncopulmonares infecciosos, se consigue realizar una antisepsia rápida y enérgica, obteniendo la curación en corto plazo.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Para-iso-propilmetacresol, 1,50 g.; Anhidroterpina, 10,00 g.; Esencia de Niauli, 20,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Trioleinas eterificadas, c. s.

Neyol n.º
Procesos agudos

4

En estos procesos la remisión de los síntomas es inmediata a la aplicación del medicamento.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Lectina, 0,25 g.; Colesterina, 0,30 g.; Estriantina, 0,01 g.; Timol, 2,50 g.; Gomenol, 7,45 g.; Eucaliptol, 7,55 g.; Mentol, 5,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Guayacol, 5,00 g.; Aceite de olivas esterilizado, c. s.

Neyol n.º
Antiasmático

5

Se llena la doble indicación de yugular el acceso de asma con la adrenalina y atropina y actuar sobre los procesos catarrales por la acción antiséptica de los balsámicos, llenando ambas indicaciones con una sola inyección.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Atropina, 0,0025 g.; Adrenalina, 0,005 g.; Guayacol, 5,00 g.; Timol, 5,50 g.; Mentol, 4,50 g.; Gomenol, 10,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Aceite esterilizado, c. s.

Todos los números tienen una indicación especial en los procesos gripales del aparato respiratorio

De los números 1, 2, 4 y 5 se preparan cajas de ampollas de 5 y 10 c. c. y del número 3 cajas de ampollas de 2 y medio y 5 c. c.

SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS

TRATAMIENTO DE LAS ALGIAS Y NEOPLASIAS POR LA COBRA TOXINE

*Veneno de cobra titulado biológicamente
de los Dres. TAGUET y MONAELESSER*

CONCESIONARIA EN ESPAÑA:

Sociedad General de Farmacia, S. A.
Plaza de las Cortes, 11. - MADRID. - Apartado 116. - Teléfono 19275

*Se facilitará gratuitamente a los Sres. Médicos la obra sobre la acción del veneno de la cobra
de los Dres. TAGUET y MONAELESSER*

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPIODOL
, LAFAY**

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

Ayuntamiento de Madrid

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, diluí-
do en agua, cada dos horas.

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

DEPOSITO GENERAL

**VENTA EN
FARMACIAS**

**LABORATORIO
QUIMICO - FARMACEUTICO
DEL DR. B. OLIVER Y RODÉS**

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

tengan preparación completa y bastante larga para adquirir práctica indispensable.

Ningún médico será director de Instituto de Terapéutica Física sin haber pasado antes por los escalones necesarios a conocer todo lo referente a técnica e indicaciones del medio terapéutico que va a emplear. Estoy convencido que la röntgen y radiumterapia está, desde algunos puntos de vista, en el mismo plano de la cirugía para el tratamiento de los tumores malignos, y como no se entrega una resección gástrica, una nefrectomía o una histerectomía al primer cirujano, a cualquier cirujano, hará fisioterapia sólo el radiólogo preparado y competente, única manera de beneficiar y no perjudicar al enfermo.

Una buena preparación técnica para radio y radiumterapia no puede conseguirse de no realizarse en Institutos adecuados. No es suficiente un curso breve de estas enseñanzas para que el licenciado se encuentre en condiciones de práctica; es necesario un verdadero internado o de asistencia prolongada durante años, a igual que se hace en cirugía.

Sólo con esta garantía se podrá considerar bien preparado un radioterapeuta, y como tal, asumir la responsabilidad del tratamiento.

La compleja preparación de especialistas quirúrgico, radiólogo, histólogo y otras ramas de la medicina y cirugía, que ven, diagnostican y tratan las diversas formas de tumores malignos, no es posible fijarla en esta comunicación.

Es labor especial de las Facultades y de los Centros especializados para diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos. Si precisa que cada director tenga bien presente cómo el capítulo del cáncer tiene importancia capital y cómo su estudio será realizado coetáneamente de otros médicos y quirúrgicos.

El control de la competencia y experiencia adquiridas en estas materias no será descuidado en las pruebas de examen y concurso.

Cuando en la licenciatura se ha fijado la atención del estudiante sobre el cáncer, será fácil posteriormente mantener vivo el interés del médico mediante frecuentes ejercicios clínicos. En todo momento hay que llevarle al convencimiento de la necesidad absoluta del diagnóstico precoz. El impedir o retardar un diagnóstico, el titubeo del médico en formular el diagnóstico clínico de cáncer, es motivo de no realizar un tratamiento de eficacia.

Es la necesidad de luchar desde el principio cuando se forma la mentalidad del estudiante y del joven licenciado. Este titubeo, justificado cuando la cirugía y la radiología no habían llegado a los progresos actuales, está absolutamente injustificado en un médico moderno.

Este tendrá el valor de asumir la responsabilidad de afirmar, si no al enfermo, sí a sus familiares, la sospecha o posibilidad de un tumor maligno todavía no bien manifiesto. Es la manera cómo en muchos casos se realizará el desiderata del diagnóstico precoz, que cuando es pronto y oportuno, la intervención salvará la vida del enfermo. Parece imposible cómo todavía se ven enfermos en los que las lesiones neoplásicas, aun de órganos externos como lengua, labio, o de fácil examen, como el recto, el útero, han llegado a un grado avanzado sin diagnóstico formulado por el médico.

La preparación moral del médico será base de su pre-

paración técnica. En general, la preparación moral se desarrolla con el tiempo y la experiencia, cuando el médico ha adquirido una situación que lo defiende y lo garantiza contra posibles errores y contra críticas que pueden nacer del hecho de haber arrojado un peligro que ulteriores exámenes excluyeron.

Pero la necesidad impone que también los médicos jóvenes tengan la fuerza de ánimo para afrontar la dificultad diagnóstica y profesional a que un sospechoso de cáncer pueda obligar. Necesita educarse la juventud en la prudencia, en los juicios y en la moderación en el hablar; no hacer precozmente declaraciones optimistas o expresar conclusiones muy pesimistas. Todo sospechoso de cáncer requiere la investigación necesaria y la exactitud en los motivos que justifiquen los exámenes clínicos y de laboratorios complementarios. Cuando al sospechoso de cáncer se afirma el diagnóstico, no se le debe tergiversar; hay que marcarle claramente la conducta a seguir.

Cuando el médico esté convencido que esto es su deber, será útil para él y para el enfermo todo aquello que mejore o perfeccione el tecnicismo diagnóstico y curativo.

Después de haber conseguido la preparación genérica, psicológica y científica del médico, es necesario llegar al modo de facilitar al médico práctico la aplicación de estos principios. Entramos en los argumentos prácticos de la lucha contra los tumores malignos.

La preparación iniciada en los estudios universitarios se puede completar y perfeccionar por los médicos en clínicas y hospitales dedicados a la especialización.

Pero la mayoría de los médicos, en la generalidad de los países, después de licenciados, se dedican al ejercicio profesional, especialmente en pequeños pueblos y ciudades, por lo que la Liga para la lucha contra los tumores malignos y los centros de tratamiento y diagnóstico proveerán y mantendrán al mejor nivel científico y práctico el interés de los médicos sobre los problemas del diagnóstico precoz y del tratamiento.

Todo cuanto se coaliga a esta acción de tanta importancia social, constituyendo la propaganda, se considerará como lo principal y más urgente. La propaganda entre los médicos es tanto o más importante que la realizada entre el público profano. En todo caso, el médico bien instruido en estas materias se convierte en el más activo y útil órgano de propaganda en todo el círculo de su clientela y conocimientos personales.

En la organización de esta acción de propaganda y perfeccionamiento de la cultura del médico práctico se tendrá presente la vida real del médico general y la posibilidad de aprovecharle en esta labor.

El médico general tiene a su cargo enfermos pertenecientes a todos los campos de la medicina, de la pequeña cirugía y de las especialidades: carece de tiempo para dedicarse al estudio; ha de dedicarse a las atenciones de su vida profesional, de su vida privada y familiar. Es necesario proporcionarle todos los medios que le lleven a los mejores resultados con el mínimo esfuerzo y con el mínimo tiempo. Cosa importantísima a tener siempre presente es que los médicos están en la posibilidad material de conllevar la fatiga con resultados útiles para sus enfermos.

El hacer un diagnóstico precoz de cáncer, de mama o del recto, del útero o de la lengua, del estómago o del

intestinal, no es labor útil si después el enfermo no puede ser fácil y rápidamente alojado en clínicas u hospitales bien instalados o en institutos especializados.

De esto nace la necesidad urgente de la organización en la asistencia de los enfermos de tumores malignos.

Es labor a la que se dedican todos los Gobiernos. Igualmente la Liga proporciona bolsas de estudio y publica un *Boletín* trimestral, con distribución gratuita de 5.000 ejemplares.

La creación y mejoramiento de todos los núcleos de asistencia sanitaria constituye la mejor propaganda entre los médicos que desean, por su mentalidad práctica y científica, ver la realización concreta de los postulados científicos y sociales. Al mismo tiempo se pone a su disposición el medio fácil de comprobar personalmente la posibilidad diagnóstica y curativa con gran ventaja para su preparación práctica.

Entre las funciones principales de estos centros está la de ser instrumento de estudio para los médicos que los frecuentarán en pequeños grupos, en cursos breves, prácticos, demostrativos, con presentación de enfermos, realización de investigaciones diagnósticas, asistencia a operaciones quirúrgicas, a tratamientos de radio y de rayos X. No hay que insistir que tales cursos serán eminentemente prácticos, reservando la parte teórica y cultural a otros medios representados por la difusión de periódicos especiales, de monografías sobre capítulos especiales de cancerología, a resúmenes sobre investigaciones nuevas, métodos especiales de tratamiento, como también películas y conferencias-resumen.

Contribuye todo a llevar a las Sociedades y Academias médicas cuestiones especiales de cancerología con presentaciones de enfermos, demostraciones histológicas y discusiones sobre problemas de diagnóstico y tratamiento.

La existencia de hospitales y organizaciones especiales para los cancerosos, en los que se traten u operen casos iniciales, obliga a los médicos y cirujanos de estos centros a la enseñanza de otros colegas.

La actitud pasiva e indiferente de los médicos no es la explicación de verse muchos casos incurables y no llegados al médico cuando era momento de hacer algo útil.

No hay que hacer creer que siempre es posible extirpar totalmente un tumor. Es la necesidad de la labor crítica y de moderación educativa entre los médicos, poniéndoles, ante todo, el estudio clínico. Es la labor ante el médico de persuadirle de que la posibilidad de curación de su enfermo es mediante el diagnóstico precoz y la intervención rápida, bien con tratamiento quirúrgico o físico.

Muy práctico para los médicos que viven en partidos rurales o en centros pequeños de población son los opúsculos y artículos en periódicos médicos, muy difundidos entre la clase médica. Es mejor el opúsculo corto y repetido, con argumentos diversos, a cortas distancias de tiempo para que el médico general pueda leerlo, mejor que si fuera voluminoso.

Pero de tiempo en tiempo son utilísimas monografías para aquellos médicos que desean aumentar su cultura médica.

En todos los países la propaganda con publicaciones sobre el cáncer se realiza intensamente. Es la obra de entusiasmo, digna del grande y arduo problema, al que

estamos obligados, así como a instruir, persuadir e informar a los médicos.

Esta obra debe ser continua e insistente, varia e interesante, sin descuidar ninguno de los aspectos del problema.

Para explicar la relativa eficacia de esta campaña hemos de considerar diversos elementos.

Uno, la deficiente preparación psicológica, difícilísima de modificar, a la cual nos hemos referido, frente a la decisión diagnóstica cuando todavía hay dudas de la existencia del cáncer. Este titubeo está reforzado por el siguiente razonamiento: si en el cáncer no hay nada que hacer, el enfermo está condenado y es inútil correr el riesgo de un error diagnóstico.

La propaganda, además de ser cultural y práctica, debe especialmente tender a modificar este estado psicológico del médico, reforzándole, haciéndole conocer la diferencia de la operabilidad y curabilidad y la de resultados del tratamiento quirúrgico y radiológico, entre los casos diagnosticados al principio y los diagnosticados tardíamente. Publíquense, haciendo conocer las indicaciones y los resultados del tratamiento, muchas estadísticas exactas e insistiendo sobre la responsabilidad moral y profesional. Otra razón de la poca eficacia de la propaganda, hasta hace pocos años, especialmente por los médicos que tratan pobres o semipobres, era la dificultad de tratar estos enfermos en los hospitales y, sobre todo, la dificultad de hacerles admitir, por sencilla suposición, las investigaciones diagnósticas necesarias.

El interés despertado en la lucha contra el cáncer reduce mucho esta dificultad, y los enfermos sospechosos de cáncer, en muchas naciones, van dirigidos a la investigación de urgencia, como para las enfermedades agudas.

La mayor facilidad de tratamiento tendrá gran influencia en el interés de los médicos a investigar con atención los síntomas sospechosos iniciales de un tumor maligno, cualquiera sea su localización.

No pasamos a fijar el modo de realizar la propaganda entre los médicos: es labor de personas notoriamente competentes y profundas en la cuestión. Basta, como ya hemos citado, los diferentes tipos de estas publicaciones, entre las cuales clasificaremos las que deben servir para instrucción de los colaboradores médicos y cirujanos.

Particular importancia tiene la enseñanza técnica del personal auxiliar que por su función ha de estar en contacto con la mujer del pueblo, y que más fácilmente se confía a él que al médico. Las comadronas, para la profilaxis y el tratamiento precoz del cáncer de los órganos genitales, pueden prestar ayuda valiosa, por lo que deben ser instruidas sobre la cuestión. No es que vayamos a pretender que traten, sino sólo conozcan los síntomas que, pudiendo ser signos de tumor de los órganos genitales al principio, indican la necesidad de una visita inmediata de un cirujano o de un ginecólogo.

Este es solamente el que decidirá, después de haber establecido el diagnóstico.

Hemos de impedir enérgicamente que las comadronas hagan diagnóstico por su iniciativa, y especialmente prescriban tratamiento; pero sí obligarlas, en caso sospechoso a su opinión, a reclamar la intervención del sanitario.

Es forma especial de propaganda la que podrá ejercerse sobre enfermeros y enfermeras diplomadas, que

por su preparación técnica puedan ser coadyuvantes del médico en esta lucha, no sólo por lo que se refiere a los tumores malignos de los órganos genitales, sino para los tumores de cualquier órgano.

Tanto más eficaz será la obra de estos colaboradores para la investigación de los casos iniciales cuanto ejercen la asistencia sanitaria a domicilio de las clases obrera y pobres. Es obra de previsión. Estas personas, frecuentando la beneficencia, pueden fácilmente estar informadas de la aparición de síntomas sospechosos aun en personas que nunca consultaron al médico. Pueden difundir fácilmente entre el pueblo la noción de los primeros síntomas que deben reclamar la atención y la visita del médico.

En la obra de propaganda y de instrucción, todos estos elementos no serán olvidados, teniendo presente que, aparte de su posición científica y profesional muy humilde, nos facilita la obra y pueden actuar rápida y útilmente donde el médico general, y sobre todo, el cirujano y el especialista, llegarían tarde e inútilmente.

A este personal se le podría asignar la obligación de reparto de folletos de propaganda entre los profanos, redactados con todo cuidado y discreción, necesario para no aumentar la alarma, todavía difundida y grave, que la convicción de un aumento de la frecuencia del cáncer ha desatado en casi todas las clases sociales en los últimos años.

Como hemos dicho para los médicos, que es necesario iniciar estas enseñanzas en el período de licenciatura, lo mismo se hará en cuanto a comadronas, enfermeros y enfermeras durante su período de estudio.

Hecho con las naturales proporciones, también las comadronas, durante sus estudios, deben recibir nociones suficientes sobre tumores malignos del aparato genital femenino y aprender cómo deben comportarse cuando la mujer presente signos sospechosos; cuál sea la importancia social de los tumores malignos, y su labor será útil y necesaria en la lucha contra el cáncer.

Las enfermeras y enfermeros deben aprender los síntomas iniciales de los tumores malignos de todos los órganos, porque ellos pueden colaborar en la obra del médico y realizar la debida preparación moral y psicológica, a la que todos atribuyen valor fundamental.

Todos los dedicados a las varias ramas de la medicina deben reunir sus esfuerzos y colaborar al desarrollo de la obra en el mejor modo posible y sin pretender que su propia labor sea la mejor y la más útil.

Cada día es más útil esta labor de colaboración, que de manera completa puede realizarse en las clínicas especializadas, en los centros de diagnóstico y de tratamiento, donde el clínico médico o quirúrgico deduce la mayor o menor probabilidad de diagnóstico; el especialista realiza los exámenes clínicos especiales; el analista, las investigaciones de laboratorio; el radiólogo, el examen radiológico; el histólogo, el examen microscópico del material recogido por biopsia o con el acto operatorio, y donde las aplicaciones terapéuticas van a determinar y aplicar como conclusión todo este estudio del cirujano, del radiólogo y del biólogo.

De toda esta actividad científica y práctica, el fin es el tratamiento, en el que influye grandemente la preparación técnica del médico.

Pocas enfermedades han provocado tantas tentativas de tratamiento más o menos serias, más o menos cien-

tíficas; infinitos remedios se han sugerido y se sugerirán todavía para el tratamiento de los tumores malignos. Muchos de los llamados tratamientos específicos han tratado de imponerse con un marchamo pseudocientífico, y éstos son los más peligrosos, porque pueden destacar mayores ilusiones y desilusiones. Muchos otros pueden hacer presa sobre los ignorantes e ingenuos; pero no se puede negar que la palabra cáncer desata el mayor horror, y que los profanos están convencidos que constituye la enfermedad más grave, de la que no se curarán. Es por lo que el enfermo y los familiares intentarán cualquier tratamiento. El médico honrado, sincero, consciente, no debe favorecer de ningún modo estas ilusiones ni hacer juicios temerarios del charlatán ni del charlatanismo. Contra esta plaga social de la medicina se debe luchar enérgicamente, se deben desenmascarar los culpables. Mayor prudencia debe observarse antes de dar al público noticias sobre un tratamiento nuevo y, sobre todo, de los resultados positivos, aun cuando se trate de investigaciones científicas y serias. Pero cuando se trate de un engaño, de charlatanería, de un vergonzoso abuso de confianza, de un atrevimiento sin conciencia, se está obligado a reaccionar y hablar claramente, haciendo intervenir, cuando sea necesario, a las autoridades.

El tratamiento de los tumores malignos no debe ser dejado a tentativas inconscientes; no se debe hacer uso de medicamentos inútiles y perjudiciales.

Todo lo que la ciencia médica da, adoptémoslo para disminuir los sufrimientos de los enfermos, pero limitándose donde termine la honestidad y comience el lucro desmedido.

Esta guerra al charlatanismo en ninguna otra rama de la medicina es tan necesaria, porque muchas veces esta falsa curación con su falsa promesa puede hacer transcurrir el momento útil para un tratamiento eficaz, para un tratamiento quirúrgico o radioterápico; éstas, por el momento, son las únicas armas que pueden dar resultado cuando son aplicadas en tiempo y bien.

Otro aspecto de la labor de los médicos prácticos es la de contribuir a los estudios sobre el cáncer con datos estadísticos y clínicos, con la recogida de observaciones sobre los resultados postoperatorios y sobre los resultados de diversos tratamientos. Ya la Sociedad de Naciones ha iniciado, hace algunos años, esta encuesta para algunos tumores malignos en las diversas regiones, y tales datos serán los más fieles.

El problema del cáncer en todos sus aspectos está todavía muy lleno de dificultades, y cada uno debe sentir el deber de aportar la ayuda de todos los medios.

De todas estas consideraciones, resulta claro cómo la participación de los médicos prácticos a la lucha contra el cáncer es necesaria en múltiples aspectos: educación del público en el sentido de que los tumores malignos son enfermedad curable si el tratamiento se realiza en su principio; observación y perfeccionamiento del diagnóstico precoz; obra de persuasión sobre enfermos para inducirles al tratamiento útil, necesario; defensa contra el charlatanismo; asistencia amorosa a los incurables; colaboración activa e inteligente con toda la institución creada y por crearse para la lucha contra el cáncer; capacidad crítica para estar al corriente de los métodos de tratamiento y de diagnóstico que continuamente se propone.

SESIONES CLÍNICAS

EN EL HOSPITAL PROVINCIAL

Servicio de clínica médica y fimatológica del Profesor Codina Castellví

(Sesión del día 2 de noviembre de 1933.)

ACERCA DEL SÍNDROME MEDIASTÍNICO

Doctor Suárez Díaz.—El el mediastino se encuentran una serie de vasos, vísceras, conductos, etc., de los cuales depende su variada sintomatología, que, como sabemos, es más bien prestada que suya propia. El enunciado de esta comunicación tiene por objeto el presentar dos enfermas cuyas historias clínicas son muy curiosas, y que se puedan someter a diferentes, variadas y factibles interpretaciones, y cuyos diagnósticos, aunque quizá no suficientemente aclarados, serán motivos de algún comentario.

D. I. ingresa el 5 de noviembre de 1931 en este Servicio, de sesenta años, soltera, natural de Zaragoza. Sarampión, a los cuatro años; viruela, a los catorce; reumatismo, a los veinte años, que la hizo guardar cama tres meses; menopausia, a los cincuenta y tres años. Sirviente. Comenzó, hace tres años, con un vómito de sangre de color negro, vómitos que continuaron, pero ahora de color rojo, notando, en los días anteriores a estos vómitos, opresión en el pecho, que le desaparecía después. Hace cinco años se hinchó, empezando por las piernas y corriéndosele a todo el cuerpo; le duró mes y medio esta hinchazón. A su ingreso se quejaba de tener hinchado el vientre y mucha fatiga. Sin apetito; lo que come le sienta bien. Deposición diaria. Poca tos, sin expectoración. Exploración: lengua, muy encarnada, con toda la superficie llena de surcos. Abdomen tenso, prominente, con sensación de ola. Circulación venosa abdominal manifiesta. Macidez cardíaca aumentada. Soplo sistólico en punta, con arritmia completa. Circulación venosa muy manifiesta en parte alta del tórax, que se extiende al tercio superior del brazo izquierdo. Sin edemas en miembros inferiores. Pulsaciones, 88. Las observaciones que haya del 15 de febrero de 1932 y del 20 de mayo de 1933 indican que sigue igual, aunque orinando muy poco a pesar de todos los diuréticos que se le ponen; en esta última fecha se le prescriben las inyecciones intraperitoneales del Neptol, con lo que mejora la diuresis.

El 24 de julio del 33 tiene 120 pulsaciones; aparece más marcada la circulación colateral del tórax; fuerte latido en jugular derecha, en la que hay varicosidades. Apagados los tonos de la base con un doble soplo en punta y en tricúspide. Arritmia. Disminución del murmullo en todo el plano anterior izquierdo. Macidez hepática más bien disminuida. Siente dificultad al beber de prisa. Estertores en base izquierda. Hormigueos y pinchazos en el miembro superior derecho. Pupilas reaccionan bien a la luz y a la acomodación. En septiembre del 33 se le hizo una paracentesis, que hubo que repetir dos veces más; la última, hace dos días. El análisis de orina es normal. La reacción Wassermann, débilmente positiva. El Weimberg y Cassoni, débilmente positivos. Recuento y fórmula normal. Radioscopia del día 28 de julio de 1933: corazón globuloso, espacio retrocardíaco

ocupado. Radiografía: corazón enormemente dilatado, éxtasis en base y muy marcada la trama pulmonar; en radioscopia, posteriormente, se vió espacio retroaórtico libre, retrocardíaco ocupado por el corazón. Por la circulación colateral que aparece en parte alta del tórax, unido a los trastornos deglutorios, presentan ambos jugulares muy ingurgitadas y con varicosidades, pareciendo como un esbozo del collar de Stokes su ascitis, que se presentó desde el primer momento, creemos encontrarnos ante una posible etiología mediastínica, que, aunque se busque en sus antecedentes reumáticos, no se debe olvidar la reacción Wassermann, débilmente positiva, que nos pudiera aclarar algo en este sentido.

La enferma I. T. S. ingresó el 22 de mayo de 1933; veintinueve años, casada, de Villanueva del Arzobispo (Jaén). Sarampión a los diecinueve años, tos ferina, escarlatina. Reumatismo a los doce años. Nefropatía. Catarrhos frecuentes. Primera menstruación, a los quince años, desigual, con faltas. Embarazos, dos. Abortos, dos. Labores de su casa. Comenzó hace año y medio con palpitaciones, dolor precordial, disnea de esfuerzo y decúbito, edema maleolar. Hormigueos en extremidades. Se marea al levantarse de la cama. Siguió con el mismo y fuerte dolor en región precordial. Latido de la punta en séptimo espacio por fuera de la línea mamilar. Soplo sistólico intenso, prolongado en foco mitral; propagación axilar, arritmia, ángulo hepatocardiaco obtuso; estertores subcrepitantes en infraescapular izquierda. El 20 de julio nos dice que lleva tres meses sin periodo. Siente dolor en región cardíaca al tragar los líquidos, que es lo único que toma. Sin adenitis cervical, axilar e inguinal. Pupilas con ligera midriasis. Región hepática aumentada a la percusión. Dolor espontáneo, y a la presión, en región esplénica. Transmisión de los latidos cardíacos en infraescapular izquierda. No se transmiten al pulso los latidos cardíacos; pulso, desigual en uno y otro lado; pulso paradójico de Kussmaul. El 17 de octubre pasó un periodo de gran disnea, respiración estertorosa, casi sin pulso, con gran encharcamiento pulmonar. Siguió mejor con ouabaina. Análisis: orina, normal; Farheus, 32. Prueba de la atropina, ligeramente positiva. Radiografía: sombras cardíacas aumentadas, muy marcada la trama pulmonar, debido seguramente al éxtasis; el espacio retrocardíaco aparece ocupado por una sombra homogénea. Esta enferma, que encontramos ya en un estado de bloqueo cardíaco, como se puede ver en un electrocardiograma, que demuestra una fibrilación auricular, parece que ha tenido una mediastino pericarditis de naturaleza reumática. Su historia clínica, con dolores prandiales, fuertes y persistentes al principio; disfagia, desigualdad de pulso, tos seca, rebelde a toda medicación; su gran cianosis, con éxtasis frecuentes y repetidos en hígado; su retracción sistólica de la punta; su imagen radiográfica nos inclina a creer que nos encontramos ante un caso de mediastino pericarditis adhesiva. Claro es que no hay que olvidar que esta enferma tiene intervenido en el momento actual, por el reumatismo, su miocardio y su endocardio, y que nos encontramos ante lo que Durosier llamó "gran corazón reumático", que se nos presenta en el primer plano con su cuadro de asistolía correspondiente. Ante un enfermo de corazón no debemos pensar siempre el que sea su endocardio o su miocardio el causante de su sintomatología muy parecida, y cuyos diagnósticos diferenciales de-

bemos establecer en procesos adelantados, sean diversos los causantes de su sintomatología y más difícil su diferenciación.

Doctor Noguera Toledo.—Las mediastinitis se caracterizan por una sintomatología aparatosa, pero hay que hacer el diagnóstico de su naturaleza. He observado mediastinitis de tipo tumoral, que han dado los síntomas más diversos; de ahí que convenga separar para hacer un diagnóstico diferencial los fenómenos comunes a todos los procesos mediastínicos y los propios de cada uno de estos procesos. Es frecuente que cuando se trata de un quiste hidatídico, el enfermo esté ya sensibilizado por el Cassoni que le hubiesen practicado antes. Es necesario tener en cuenta que la radioscopia debe ser efectuada por un radiólogo experto para evitar posiciones viciosas, que pueden confundir o llevar al error. Alguna vez conviene completar la exploración radioscópica por medio de la papilla cuando se duda del verdadero estado del esófago. Cuando hay circulación colateral, hay que pensar en la atelectasia, compresión con dilatación cardíaca y pleuritis del mediastino; no se debe olvidar la radiografía en posición oblicua y lateral, y la de arriba abajo con la cabeza en extensión. El collar de Stokes no significa más que un fenómeno de compresión venosa. Cuando hay metástasis cancerosas a los pulmones, como he tenido ocasión de ver, la compresión del frénico provoca con frecuencia el hipo. Un mediastino ocupado produce una disminución de la capacidad pulmonar; pero si a esto se añade una insuficiencia circulatoria, nos viene el edema agudo de pulmón. Los tumores primitivos de mediastino dan un contingente de casos en que ningún calmante es suficiente para disminuir el exceso de dolor y de fatiga. El tratamiento Röntgen expone a cualquier desastre por exceso de dosis o por mala posición del tubo. Con las dosis pequeñas de rayos X, si el proceso es de tipo linfóide, se desarrolla una involución; pero si es de tipo inflamatorio, aumentará la sombra.

Doctor González (Crescencio).—Una brevísima sugerencia a las notas tan acertadamente expuestas por Suárez y Noguera: dada la escasa sintomatología mediastínica del proceso, sospechosa de tal, cabía pensar en una discreta tumoración leucémica, que aparentemente presenta cuadro hemático normal, pero cuya fórmula convenría investigar nuevamente tras la inyección de un miligramo de suprarenina sintética. Es indudable, por otra parte, el trémolo auricular de la enferma 14, única por mí observada. Consecuencia de este grave trastorno de ritmo es la éxtasis auricular pura resultante, con gran dilatación cardíaca, y los fenómenos de dificultad en la circulación de retorno subsiguientes, que podrían explicar el cuadro presente. Y prueba este aserto el que la ligera corrección de su asistolia mediante la prueba de la atropina ha sido suficiente para mejorar el edema de miembros superiores y el estado subjetivo de la enferma.

Doctor González Suárez.—En los dos casos clínicos expuestos, muy interesantes, predomina de tal modo el factor cardiovascular, que más nos dan la impresión de cardiopatías en su último período evolutivo que de síndrome de compresión de mediastino propiamente dicho. Los soplos valvulares, las arritmias, la ascitis, la disnea y el enorme tamaño del corazón, en sentido transversal, inducen a pensar en ese estado final de hipertrofia y dilatación de este órgano, a que arriban los cardíacos tras

la accidentada y larga trayectoria del proceso inflamatorio evolutivo de su endomiocarditis. La radiografía parece acusar pericarditis y adherencias de esta hoja a la pleura circundante. El mediastino inferior, totalmente ocupado; libre el superior. Para orientarnos en el diagnóstico de la compresión del mediastino, estimamos, como signos reveladores de la tos seca y pertinaz, que con nada se alivia, la disnea progresiva y el acceso de sofocación que el enfermo experimenta en decúbito prono. Bien entendido que esto suceda en ausencia de toda alteración cardíaca, aórtica y pulmonar. Sucesivamente se van asociando al síndrome los síntomas propios de los diferentes órganos que cruzan el mediastino, al ser alcanzados por la invasión del proceso patológico; dilataciones venosas periféricas, voz bitonal, o como con sordina; desigual de pulso, disfagia, hipo (Noguera), dolor terebrante. Orientados por la clínica, es preciso confirmar el diagnóstico por la radiografía y radioscopia. Un caso de enorme sarcome encefaloide, estudiado por nosotros en el Servicio del doctor Castañeda, presentó este síndrome completo, excepto el hipo y el dolor, que, cosa rara, era muy soportable.

Doctor Suárez.—En nuestro caso tuvimos en cuenta la posibilidad de que se le hubiese hecho antes el Cassoni, que, como dijimos, resultó débilmente positivo, lo propio que el Wassermann. La dificultad de deglución no pudimos explorarla con la papilla, porque la enferma apenas puede levantarse de la cama; lo hemos intentado en la otra enferma, y nos encontramos con que el espacio retrocardíaco estaba libre. Ninguna de las dos enfermas suministra datos para pensar en un derrame; ninguna de las dos refiere haber tenido hipo. Es de presumir que si existiera un tumor mediastínico, habría adenitis.

Doctor Codina Castellví.—Siempre resultará digno de aplauso el estudio que ha llevado a cabo el doctor Suárez para pretender demostrarnos que las dos enfermas en cuestión son principalmente mediastínicas. Pero hay que tener en cuenta que las dos, hasta este momento, no han tenido más que ligeramente esbozada la sintomatología del mediastino; lo que han tenido y tienen es un cuadro clínico cardiovascular, fundamental, primitivo, causante del esbozo sintomatológico de origen mediastinal.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

A. CALMETTE, A. SÁENZ y L. COSTIL.—*Efectos del veneno de cobra sobre los cánceres injertados y espontáneos (adenocarcinomas) del ratón.*

Prosiguiendo los trabajos iniciados por Monaelesser, de Nueva York, y Gosset, de París, los autores de este artículo han comunicado recientemente a la Academia de Ciencias de esta última capital los resultados de una larga serie de experiencias encaminadas a aportar alguna luz sobre los efectos del veneno de cobra en los cánceres espontáneos o injertados de los animales.

Como consecuencia de estos estudios, los autores sientan la afirmación de que es evidente que el veneno de cobra ejerce sobre el adenocarcinoma espontáneo o injertado del ratón un efecto curativo indudable. Inyectado en el tumor mismo, en dosis repetidas correspon-

dientes cada una a la décima parte de la mortal, provoca la fusión del tejido adenocarcinomatoso y su eliminación al exterior o su reabsorción total en unos quince a veinte días.

Tales son los hechos, rigurosamente comprobados por la experimentación. Claro es que de ellos no puede sacarse la deducción de que lo que resulta para curar el adenocarcinoma de los ratones debe servir también para curar los cánceres humanos, que son de naturaleza muy diferente e infinitamente compleja y variada; pero es muy posible que la terapéutica anticancerosa encuentre en este producto diastasífero, tan enormemente tóxico, elaborado por las glándulas salivares de ciertos reptiles, un precioso auxiliar de la cirugía, del radio, o de los rayos Roentgen.

Conviene recordar, desde luego, que, según los importantes trabajos debidos a la colaboración de Delezenne, Ledebt y Fournau, el veneno de cobra es una diastasa cuyos efectos se ejercen principalmente sobre los fosfatidos, tales como la lecitina y la clara de huevo o la de los sueros y sobre las nucleínas celulares. Actuando sobre la lecitina, por ejemplo, el veneno provoca la formación de un anhídrido del éter palmitofosfoglicérico de la colina, denominado lisocitina. Esta substancia, soluble en el agua, es instantáneamente hemolítica para todas las sangres; es una citolisina que destruye los leucocitos, las células epiteliales y las células de diversos tejidos u órganos, pues destruye *in vitro* las células del hígado, las del cerebro, las del riñón y, si la dosis es suficiente, las disuelve.

El veneno de cobra, en contacto de las células cancerosas, libera, a expensas de ciertos materiales de los humores o de los núcleos celulares, productos inmediatamente nocivos para esas células. (*L'Echo Médical du Nord*, núm. 37, 16 noviembre 1933.)—T. R. Y.

H. JAUSION, R. GIARD y G. MARTINAUD.—*La autourototerapia*.

El empleo de las orinas como medicamento data de la más remota antigüedad, y la cura de un individuo con el producto de sus propias micciones era también aplicada en diversas enfermedades. Hace pocos años se recurrió a la reinyección intradérmica de orina con fines diagnósticos y pronósticos; pero la inyección de orina del propio enfermo con fines curativos no había sido utilizada nunca hasta estos últimos tiempos.

Fueron Jausion y Paleologue los que dieron a conocer este método, como un nuevo procedimiento de desensibilización para el tratamiento del eczema, en un trabajo que hubo de publicarse en el *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Siphiliographie*, de febrero de 1929. Más tarde, uno de los autores de este trabajo se ocupó del mismo asunto con Cot y Sohier en la sesión de la Société Médicale des Hôpitaux, de 29 de noviembre de 1929, y con Carrot y Gibert, así como con Pecker y Gervais, en la Société de Dermatologie, en los meses de enero y mayo, respectivamente, de 1931. Las observaciones de G. Martinaud y de M. Tronchon, publicadas en la *Revue Médicale* del Franco Condado, en 15 de diciembre de 1930, y la Tesis de Albert Theurkauff (París, 1931) constituyen para los que se interesen por este asunto las principales fuentes de documentación.

Desde luego, la teoría en que se apoya la autourototerapia es análoga, aunque más lógica, que la de la hemato-

terapia. Por la orina se están eliminando constantemente antígenos, hormonas y microbios, por lo que a la autourototerapia se la ha considerado apta para mitridatizar contra todas las substancias antigénicas que elimina el riñón, capaz de realizar la regularización hormonal de un organismo y susceptible de vacunar contra los gérmenes urinarios. Así, pues, las indicaciones del método son las enfermedades de desensibilización, los trastornos endocrinovegetativos y la colibacilosis y supuraciones urinarias.

Las enfermedades de sensibilización tratadas por los autores con este método terapéutico han sido: jaqueca (siete casos), prurito *sine materia* (tres casos), catarro de los henos (seis casos), asma esencial (cuatro casos), urticaria (13 casos), prurigo (27 casos), estrófulo (nueve casos), dishidrosis (15 casos) eczema agudo y crónico de origen discrástico y externo: alimenticio y profesional (204 casos), paraqueratosis psoriasiforme y psoriasis (49 casos), eczema solar (12 casos), enfermedad de Duhring (dos casos), eritema polimorfo, solar o no (13 casos), estomatitis de Quinquaud (tres casos), hidróa vacuniforme (cinco casos).

Dos sujetos que padecían jaqueca, una mujer que sufría de prurito vulvar, otra de catarro de los henos, dos niños que presentaban estrófulo y 30 enfermos de paraqueratosis psoriasiformes y psoriasis, en total 36, no consiguieron ninguna mejoría con la autourototerapia; el resto, o sea 336, llegaron a obtener la curación, lenta o rápidamente, es decir, necesitando algunos hasta 10 inyecciones y no precisando otros más que tres. Parece que las indicaciones de elevación del método se hallan constituidas por los eczemas ampollosos y muy exudativos.

En tres enfermos que acababan de sufrir abundantes inyecciones de sueros antidiftérico, antitetánico y anticarbuncoso, la autourototerapia, instituida inmediatamente, impidió en absoluto la presentación de accidentes séricos.

En lo que se refiere a los efectos de la orina, hormonal y vacunante, de las afecciones urinarias, no han sido estudiados todavía de un modo tan completo, si bien se han conseguido algunos resultados satisfactorios: pielonefritis descendentes, síndrome enterorrenal de Heitz-Boyer.

La técnica se reduce a recoger la orina, previa limpieza genital con jabón líquido, en una copa graduada, a la que se añadirá por cada centímetro cúbico una gota de una solución antiséptica, de preferencia fenosanil o alcohol yodado al centésimo, fresco; se mezcla bien el antiséptico con el líquido urinario, absorbiéndolo y empujándolo varias veces con una jeringa, y se deja en reposo durante cinco minutos como regla general, o durante media hora si se sospecha que la orina tiene un tenor particularmente elevado de microbios. Al cabo de ese tiempo se procede a su inyección hipodérmica (o intramuscular y aun intradérmica) a las dosis progresivas de medio centímetro cúbico, uno, dos, tres, cuatro y cinco (sin rebasar esta dosis), con dos a cuatro días de intervalo entre inyección, hasta un total de diez generalmente, aunque el éxito de una cura suele quedar ya decidido hacia la sexta inyección.

Para los niños de pecho, y en los casos de estrófulo, de eczema o de asma infantil, está indicado recurrir a las orinas de la madre. (*La Presse Médicale*, núm. 76, 23 septiembre 1933.)—T. R. Y.

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—Sección profesional: Boletín de la semana, por *Decio Carlán*.—Crónica de guante, pipa y antejo, por *Dottore Balardo*.—El Profesor Ernesto v. Romberg.—Un notable artículo del Conde de Gimeno.—Tan histórico y cotidiano como bochornoso y lamentable.—La Medicina rural: Los atrasos de los Ayuntamientos.—Academias y Sociedades.—Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Clínica médica del Dr. Fidel Fernández.—El Dr. Teodoro Aguirre laureado.—Colegio de Médicos de Madrid.—Adjudicación de premios, recompensas y socorros en el concurso abierto para 1933 por la Academia Nacional de Medicina.—Sobre vacantes de titulares: Avisos.—Sección oficial.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.—Vacantes.

BOLETIN DE LA SEMANA

DESCONCIERTO

Desorden, desavenencia, descomposición, falta de modo y medida en las acciones y palabras, falta de gobierno y economía, descomposición de las partes de un todo... ¡Desconcierto político, universitario, social, sanitario!...

Tal es la característica más acusada en esta semana última. En realidad, a nadie puede sorprender que hayamos alcanzado semejante situación desconcertante, desconcorde, porque era lógico que a esto se llegara, y aun a mucho más en un porvenir próximo.

La alegre confianza con que en España suelen entregarse a la vida del día al día los españoles, no está del todo agotada. Aún se nota en el ambiente político y social esa característica algo estúpida que da por seguro el que nunca ocurrirá nada peor y siempre acepta lo malo de cada momento.

A nadie puede sorprender, si tiene cultura histórica y sentido de meditación, que las cuestiones de la política nacional hayan venido a crear en torno de todas las actividades españolas este ambiente de asfixia en que nos debatimos. No se ha podido hacer más ni mejor para conseguir tan deplorable resultado. Lo triste es que el engaño no pueda prolongarse y que se anuncie por unos y por otros la finalidad decidida de llevarlo a una catástrofe que, aunque fuera de duración infinitamente pequeña respecto al tiempo, heriría la vida española de modo tan cruento, que el restablecer la normalidad sería magnísimo problema. Parece fatal que ello ocurra, y parece que se acepta por todos con un fatalismo que no tiene nada de elegante ni de viril.

La cuestión universitaria es un claro ejemplo. El espectáculo de las autoridades escolares no puede ser más lamentable. Nosotros creíamos de buena fe en la imposibilidad de que parecieran mejores tiempos algunos de los pasados que los presentes; pero nunca acabamos de aprender, y los sucesos de estos últimos días y la actitud de rectores, decanos y ministro nos han dejado boquiabiertos.

Que no se culpe a los muchachos, porque sería tremenda injusticia. Cuantos enjuiciamos ahora hemos sido estudiantes antaño y sabemos muy bien las

posibilidades del espíritu juvenil frente a la incompetencia y a la debilidad, como sabemos también lo fácil de encauzar estos *crecimientos espirituales* por una autoridad prestigiosa y enérgica.

No hablemos del desconcierto sanitario, porque éste da ciento y raya a todos los desacordes del momento actual. Se ha tenido en la mano un instante precioso, acaso único durante muchos años, para lograr una organización completa, moderna y útil de la Sanidad española, y ya vemos cómo se está tirando, precisamente por el desconcierto.

No queremos discutir nosotros la capacidad o incapacidad de las personalidades a quienes se entregó la Sanidad nacional apenas salida de la tremenda crisis del mangoneo socialista; pero nadie nos negará que se ha podido en esta situación, y para obra del tamaño empuje que se planteaba, se ha podido, decimos, y se ha debido, recurrir a prestigios técnicos, a quienes no pudieran alcanzar las lanzadas y los navajeos de esa política sanitaria de tertulia y de comidilla. Y no se ha hecho. El resultado bien a la vista está. Una campaña feroz se cierne contra el Subsecretario de Sanidad y alcanza al Ministro del Trabajo. Apenas se hace nada, porque más que a otra cosa se atiende a los temores de una crítica sañuda y cruel, porque se está en precario de autoridad. Esto era inevitable. ¿Cómo podrán defenderse, por muy buena voluntad que tenga el organizador, un programa, unos proyectos y unas rectificaciones sin que su prestigio sea valladar para los osados? No creemos que la situación sanitaria actual sea durable, y lo sentimos, esta vez como siempre, porque el peor mal está para nosotros en la continua mudanza.

Antes de terminar nuestro "Boletín", consagramos unas líneas a manifestar el agradecimiento de EL SIGLO MÉDICO ante las numerosas pruebas de adhesión y condolencia que hemos recibido con motivo de la muerte del que fué nuestro administrador, don José García Sicilia. Reciban cuantos nos han dirigido cartas de pésame y donativos para los familiares del Sr. Sicilia las más efusivas gracias en nuestro nombre y en el de los padres y hermanos de nuestro desgraciado amigo.

DECIO CARLÁN.

Cronicón de guante, pipa y antejo

Cuando en algún lugar de la bella tierra montañesa se ve a un sujeto vestir sus mejores galas de ceremonia, se dice que va de *guante, pipa y antejo*, y por eso yo, dadas las circunstancias de etiqueta que revisité el episodio que voy a comentar, llamo a mi cronicón de guante, pipa y antejo.

Se trató de un acto de cordialidad, nacido de la justicia y de la simpatía, con motivo del triunfo preclaro de un amigo en una lucha pública y solemne para lograr un puesto de gran autoridad técnica.

Todos los sentimientos nacidos al calor de las causas enunciadas cristalizaron en un banquete, con esa bárbara insistencia que tenemos los hombres modernos en mezclar nuestros jugos gástricos a las manifestaciones espirituales... Y en cierto bello y aristocrático hotel madrileño nos congregamos un centenar en torno a las bien vestidas y provistas mesas, para comer con honor y en honor de José María Villaverde, significándole así nuestro entusiasmo y adhesión por haber sido nombrado Neuropsiquiatra de la Beneficencia Provincial.

Junto a Villaverde ocuparon la presidencia del banquete los profesores Suñer, Tello, Tapiá, Codina, Enríquez de Salamanca, Peña, Goyanes, Giménez Encinas y Piga, acompañados por una centena de médicos jóvenes y notables, que no puntualizamos por temor a dolorosas e involuntarias omisiones.

Se leyeron al final de la comida gran número de cartas y telegramas adhiriéndose al acto, y entre ellas figuraron una elogiosa carta del ilustre D. Santiago Ramón y Cajal, la cariñosa adhesión del Sr. Lerroux, un telegrama de D. José Calvo Sotelo, una carta llena de afecto del Dr. Marañón... En su total, una serie de notas demostrativas del gran ambiente de simpatía que en los centros científicos y sociales rodea al Dr. Villaverde.

Ofreció el agasajo el profesor D. Enrique Suñer y

Ordóñez, haciendo una acertada pintura de la personalidad de Villaverde, a la que acompañó desde los primeros estudios de la carrera y mira hoy en lo alto de su triunfo. Tuvo Suñer verdaderos aciertos de oratoria en su breve discurso, que fué acogido con nutridos aplausos. El Dr. Tello habló en nombre de Cajal y de los demás compañeros de Villaverde en el Instituto de ese nombre. Se refirió a los trabajos de investigación neurológica con que Villaverde ha honrado tanto el nombre de España y del Instituto Cajal. El Dr. Codina

habló como decano del Cuerpo de Beneficencia general, que acaba de recibir en su seno al doctor Villaverde, y señaló el valor de las especiales circunstancias en que Villaverde ha sido nombrado para el cargo que ocupa. Con frase ingeniosa se refirió a la envidia que en él despertaba el triunfo de Villaverde, mucho mayor que si hubiera conquistado la plaza por unanimidad del Tribunal, puesto que esta unanimidad fué para algo más que conceder un puesto: fué para que se crease y se le diera el que motiva el homenaje.

Don Antonio Piga, presidente del Colegio de Médicos de Madrid, se adhirió, en nombre de la corporación profesional que representa, al homenaje rendido a Villaverde, y en un párrafo lleno de

elocuencia comentó el bello razonar sobre la envidia que hiciera Baltasar Gracián al hablar de las galas de Pavón y las bajas pasiones de las picazas y demás aves de misero plumaje y bajos vuelos.

El ilustre escritor Ramiro de Maeztu dedicó un bellísimo discurso a ensalzar la idea de la personalidad y a comentar la bárbara lucha moderna por la destrucción de cuanto este valor significa, y especialmente señaló los motivos y forma con que se ha adentrado en los claustros universitarios este odio a la personalidad y a cuanto no signifique un afán de destrucción de nuestra cultura, de la única cultura, de la cultura grecolatina, perseguida por la utopía de creación de una cultura nueva e imposible.



El Dr. José M. de Villaverde y Larraz, visto por López Motos.

El metabolismo deficiente del calcio produce una dentición defectuosa

Las investigaciones de Mme. Mellanby en cachorros sometidos a dieta raquitogénica, demuestran que la ausencia de Vitaminas D y de sales de calcio, producen un metabolismo deficiente origen más común de caries que el que procede de los fermentos depositados sobre los dientes por los alimentos.

Nada más indicado para la formación de los dientes, tanto los de leche como los permanentes, como la Emulsión Scott que junto con las vitaminas naturales en su medio natural, aporta una justa proporción de sales de calcio, fósforo y sodio.



EMULSIÓN SCOTT

Indicaciones: Avitaminosis, Anemia, Tos, Bronquitis, Convalecencias, Debilidad, Marasmo, Tisis, Escrófula, Afecciones tuberculosas, Raquitismo, Dentición.

RADIO

Stewart-Warner

Supera y vence siempre porque, además de las muchas cualidades que le han hecho famoso, está dotado de las ventajas siguientes.

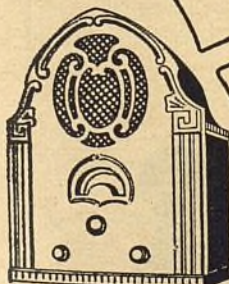
Con menos lámparas obtiene el máximo rendimiento alcanzado hasta el día

Está dispuesto para el adaptador de extra corta

Posee toma y conmutador de "Pick-up"

Se fabrica en alterna y continua

Dispone de toma para televisión



REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA
VIVÓ, VIDAL Y BALASCH

P.º Recoletos, 16 - MADRID • Cortes, 589 - BARCELONA

¡CONTRA EL DOLOR!

nervioso, reumático, cefálea, neurálgico, regla dolorosa, dolor tabético, dentario nervioso, dolor canceroso, raquialgia meningítica y postanestésica, dolor postpartum y post-abortum.

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

Producto de fabricación nacional que desde el año 1894 ha llevado su fama siempre en aumento, llegando a ser considerado como una especialidad de primer orden consagrada por médicos y público, habiendo alcanzado supremacía como medicamento de éxito seguro para vencer dolores nerviosos o reumáticos los más variados sin producir accidentes de ninguna clase, ya que los medicamentos que integran su fórmula están en dosis mínima y solo por una feliz asociación de sus acciones analgésicas y antirreumáticas se logra obtener grandes resultados terapéuticos con una mínima cantidad de medicamento.



MEDICACION CITRATADA
LA MAS ACTIVA Y
LA MAS AGRADABLE

BI-CITROL MARINIER

GRANULADO SOLUBLE DE CITRATOS
MONOSÓDICO Y TRISÓDICO

EUPEPTICO · COLAGOGO
ANTIVISCOSO · DESCONGESTIONANTE

Muestras y Literatura
DELEGACION: 6, Calle Larra, MADRID

iodaseptine cortial

TUBERCULOSIS
PULMONAR CRÓNICA

*Dosis: Líquida de 10 gotas al día
en series de 20 días*

ADENOPATIAS
DE LA INFANCIA

*Dosis: 4 gotas cada 24 h
en tres tomas segun necesidad*

REUMATISMOS
CRÓNICOS

Dosis: Fuertes de 5 a 20 gotas al día

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

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

iodaseptine salicilada

REUMATISMOS
AGUDOS
UNE
LA ACCION DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

JUAN MARTIN - ALCALA 9 MADRID CONSEJO DE CIENTO - 341 BARCELONA

Pocas veces escuché, en el breve espacio de unos minutos, una disertación más llena de contenido y más noble y severa de forma. Las ideas de Ramiro de Maeztu brotaban con toda la pujanza que da a su crecimiento un terreno abonado de máxima cultura y labrado por la meditación profundamente. Brotaban las ideas, articulándose en un edificio oratorio de impecable clasicismo, severo de elegancia y de nobleza. El auditorio, pendiente de su frase, acogió la terminación del discurso con una grande y merecidísima ovación.

Habló Villaverde, sacudido por la emoción y por ese deseo tan suyo de ganar en velocidad al pensamiento que se agolpa multiforme en su cerebro con una expresión cálida y enérgica. Contestó uno por uno a los oradores, como en un acto académico o parlamentario, y después expuso su programa de labor en el cargo alcanzado. Tuvo Villaverde un momento de especial triunfo en su discurso, cuando hizo el elogio noble y sincero de la figura científica de su contrincante de oposiciones, el doctor Lafora. Un aplauso cerrado acogió estas palabras del Dr. Villaverde, palabras que en el ánimo de todos se enfrentaban con actitudes y campañas difíciles de calificar.

En suma, un acto de cordialidad nacido de la justicia y de la simpatía. Yo, que soy tan poco amigo de banquetes, me alegré de haber concurrido.

DOTTOR BALOARDO.

El Profesor Ernesto v. Romberg

A los sesenta y ocho años de edad ha fallecido el Profesor Ernesto v. Romberg, Director de la Clínica médica número 1 de la Facultad de Medicina de München. Era nieto del célebre neurólogo Romberg, que dió su nombre al conocido síntoma de la inestabilidad cuando falta el control de la vista, signo que sirve para diagnosticar lesiones de la parte alta de los cordones posteriores de la medula.

E. Romberg se dedicó preferentemente al estudio de las enfermedades del aparato circulatorio y de la tuberculosis. En español existe traducido un magnífico tratado de las enfermedades del corazón y de los vasos. Fué el primero o de los primeros que, en 1904, diferenció la hipertensión esencial de la hipertensión por arteriosclerosis y dedicó muchos trabajos al estudio del comportamiento del aparato cardiovascular en las infecciones, distinguiendo con toda precisión los peligros de la miocarditis de los del colapso de la circulación periférica.

Defendió la teoría de la infección aerógena y del contagio en la tuberculosis, puso de relieve la influencia de la habitación en el desarrollo de esta dolencia y enseñó a sus alumnos a substituir la vaga e imprecisa noción de "madre tuberculosa" por la más definida de tiempo y forma en que vivió con su madre, para explicarse así las posibilidades del contagio. Su obra sobre el desarrollo de la tuberculosis pulmonar, editada en Berlín en 1927, y de la que hubo de hacer nueva edición en 1928, es muy interesante y está llena de enseñanzas.

La Facultad de Medicina de Munich ha dedicado solemne sesión necrológica a la memoria de tan esclarecido maestro.

Un notable artículo del Conde de Gimeno

El popular diario *A B C* publicó el día 30 de enero un notable artículo de nuestro ilustre presidente del Consejo de Redacción Científica, profesor Amalio Gimeno, acerca del llamado fuero universitario.

Reproducimos tan interesante trabajo con el deseo de contribuir a su mayor divulgación y para que se conserve en nuestra colección como pieza de consulta utilísima.

Dice así:

"¿PERO HAY FUERO UNIVERSITARIO?"

Mi juventud, pasada en las aulas; mis cuarenta y cinco años de catedrático de Medicina en Santiago, Valladolid, Valencia y Madrid, y las tres veces que me llevó la suerte a ser ministro de Instrucción pública, dan cumplida razón de cómo se aguzó mi conocimiento de la vida universitaria, vida que no se entiende ni se explica bien desde fuera. Hablar continuamente de la indisciplina estudiantil, creyéndola vicio morboso de nuestro país y de nuestra época, arguye ligereza. La gente joven ha sido en todo tiempo y en todas partes inquieta y bulliciosa, dada a la exaltación fácil y a la violencia imprudente. Los muchachos son como ciertas frutas: fermentan cuando se amontonan.

De chico contribuí a algaradas; de maestro pude evitar algunas, calmar no pocas y presenciar, impotente, muchas. Sé bien lo que son los movimientos escolares desordenados y lo difícil que es mantener en determinados momentos la disciplina en los Claustros cuando se desoye la voz del catedrático y el bedel galoneado resulta instrumento inútil de la autoridad rectoral, desconocida o burlada.

Pero los escándalos de nuestros días no ceden en nada a los de aquellas antiguas Universidades, donde la grey estudiantil andaba a linternazos con los corchetes de la justicia ordinaria, y para huir de sus iras saltaban la cadena, es decir, se refugiaban en el recinto universitario, a fin de hallar amparo en el juez del estudio, al cual rendían el saludo que negaban, orgullosos, al corregidor de la ciudad. Aquello constituía un refugio, un asilo, un lugar inmune para los que caían en ciertos deslices.

La Universidad era el *alma mater*, el foco espiritual único, y, como tal, acreedor a toda consideración y digna de todo respeto. Sin embargo, al estudiante, rebelde por temperamento y soberbio por costumbre, le tenían sin cuidado—y aun los provocaba de intento—los conflictos y reyertas, los desmanes y tropelías, seguros de la salvaguardia que hallaban en el fuero. Mantenía éste una jurisdicción exenta, de la que el llamado *juez del estudio* era el único competente para juzgar a los estudiantes, quienes tenían dentro del recinto universitario su cárcel y estaban sujetos a sus penas especiales en pleitos y delitos comunes.

Mas las contiendas, que en ocasiones terminaban yéndose a las manos los contendientes, no sólo se avivaban entre ministriles y escolares o entre éstos y los pacíficos vecinos de la ciudad, sino entre bandos estudiantiles de aspiraciones y propósitos distintos, que eran a modo de unas F. E. y F. U. E. de añejos tiempos; con lo cual se demuestra que la Historia se muerde la cola y que, siendo escasos los argumentos de la vida social, se repiten a través de los siglos.

Aquel fuero, tan dado a competencias enojosas de autoridades diversas, tuvo necesariamente que evolucionar marchando con los progresos ciudadanos; y, recortado aquí, podado allá, mutilado unas veces y remendado otras, acabó por ser *suprimido*; así como suena. Con la sutable coincidencia de que aparecía, corriendo el tiempo, cuando los recrudecimientos absolutistas y desaparecía en las explosiones del espíritu liberal.

El último asomo del fuero universitario, que mejor llamaríamos académico, pues así era designado, se vió en el plan de Calomarde, en 1824. ¿Verdad que el padrino no era recomendable? Fué una rectificación de la célebre Constitución gaditana del año 1812, por la que se abolieron todos los fueros especiales, respetando sólo el eclesiástico y el de Guerra y Marina.

Lo de Calomarde no perduró, y el duque de Rivas, hace casi un siglo, borró ya de una vez el fuero académico, ordenando que cuando se cometiera un delito dentro del recinto universitario, el rector instruyera las primeras diligencias, detuviera al delincuente y lo entregara al juez ordinario. Después del plan de estudios del duque de Rivas, lo digno de ser citado confirma que no hay en la actualidad fuero alguno llamado universitario. No volvió a aparecer en ley alguna ni en disposición oficial de cualquier especie nada que a dicho fuero se acercara. El fuero académico, que comprendía a catedráticos y todos los empleados y estudiantes, lo hubo en otros tiempos; no lo hay ahora; es más: no puede haberlo. Existió cuando los ciudadanos se dividían en clases ante la ley; no existe ni debe existir en plena democracia, que proclama la igualdad social y niega la existencia de ciertas jurisdicciones exentas.

La actual República española no dejó acabar el segundo mes de su nacimiento sin suprimir en el fuero militar y marino todo lo que no se refiriese a *materia*, es decir, lo que al propio servicio de las armas no fuera pertinente, exceptuando así la calidad de personas y locales. Ningún otro fuero se conservó.

¿Qué resta del famoso fuero universitario que en épocas de libertad democrática sería un anacronismo, si ya, respecto a la del duque de Rivas, decía Lafuente que había desaparecido "por ridícula antigualla, propia de tiempos frailunos"? Esta cita resulta de curiosa oportunidad en nuestros días, ¿no es cierto?

Lo único que queda como órgano atrofiado de aquella jurisdicción lejana es la obligación que imponía al rector el plan de estudios debido al duque de Rivas y las disposiciones del real decreto de Santa María de Parades en 1906, en virtud de las cuales *la fuerza pública puede penetrar* en el recinto dedicado a la enseñanza cuando la autoridad académica lo reclame, no negando la posibilidad de su entrada sin tal requisito en circunstancias que pudieran ser excepcionales.

De las tres clases de inmunidad que un fuero abarca, la de persona, la de materia y la de local, no hay precepto que mantenga las del fuero antiguo universitario como no sea el de que las faltas disciplinarias se juzguen por un Tribunal académico que lleva ese nombre. ¡Bien poca cosa para lo que era el célebre fuero un día!

Colocado así el problema, necesario es eliminar una incógnita para resolverlo. ¿Hay o puede haber rector, decano o jefe académico de un establecimiento docente que se atreva a llamar en su auxilio a la fuerza pública a fin de restablecer la disciplina seriamente alterada?

Esa pregunta, si fuera contestada, facilitaría un tanto el camino para llegar a las medidas más convenientes. Los uniformes y las armas pudieran ser dentro del local, unas veces, más peligrosos que útiles, y en ciertas ocasiones esfuerzo baldío si la autoridad que representan no es respetada por no llegar a imponerse.

De otra parte, ¿se puede dejar libremente que la turba estudiantil, en la que suelen injertarse elementos extraños, por heterogéneos más dañinos, convierta un edificio oficial en un reducto temible de resistencias sangrientas sin que nada ni nadie intervenga de veras, por exigencia del propio decoro del que enseña y del que aprende, con objeto de evitar serios y lamentables escándalos?

Doctores, tiene la Iglesia... Hay ahora al frente del ministerio de Instrucción pública un catedrático universitario, el Sr. Pareja Yébenes, de ilustración notoria, animado del mejor deseo, y tal vez piense, como yo, que el mal es grave, pero que las medidas legislativas y las disposiciones oficiales, llevadas a la *Gaceta*, dormirán en ella incrustadas si los Claustros todos, los alumnos y sus padres, tan interesados como el que más en remediar el estrago, no se levantan acordes con la debida exaltación para asegurar el orden material y moral que pide la enseñanza.

El ambiente de la Universidad está emponzoñado. ¡Malhaya el responsable de haber metido en ella la política! Yo tengo una modesta autoridad para decirlo, porque nunca impurifiqué mis lecciones con nada ajeno a éstas. ¡Malhaya también quien utilice para fines partidistas la juventud crédula y generosa!—*El Conde de Gimeno.*"

Tan histórico y cotidiano como bochornoso y lamentable

Hace pocos días un excelente colegiado (que se ha distinguido en toda España por su inusitada defensa en pro de los Colegios Médicos), de intachable conducta desde todos los puntos de vista, pretendió una vacante de la titular de un pueblo de la provincia del que suscribe, cuyo nombre no hace al caso, porque el hecho, bochornoso y lamentable, se repite con muchísima frecuencia, por desgracia, en casi todas las provincias de España, y, conseguida la vacante, le priva un *interino* su más elemental y primordial derecho, es decir, a *vivir decorosamente*, quitándole las iguales y *obligándole* al titular a renunciar su plaza, ganada legalmente.

Se personó, en efecto, en el lugar de la vacante, con objeto de hacerse cargo de la Inspección Municipal de Sanidad, y no bien se presentó, le dijo el secretario del Ayuntamiento, socarronamente, que *iba tarde*, puesto que otro médico se había adelantado *hace meses* a quitarle la inmensa mayoría de las iguales.

Era de ver el desconsuelo del verdadero y único Inspector municipal al verse burlado tan vilmente y privado de *su modo de vivir*, habiéndose despedido del partido anterior, sin darse cuenta de que un mal compañero le había jugado la partida al cabo de cerca de treinta años de ejercicio profesional ejemplar.

Semejante proceder, señores dirigentes de la Sanidad y de los Colegios Médicos, "clama justicia urgente", puesto que al conferirle la Ley a uno el *derecho pleno*

a la Inspección Municipal, no cabe sea legal, ni muchísimo menos, que otro despreocupado compañero se apodere en realidad, en la práctica, del cuidado de la Sanidad de dicho Municipio, privándole con su punible egoísmo de semejante derecho, haciéndole, sencillamente, imposible la vida, porque no es posible vivir con sólo las mil o dos mil pesetas de la titular.

¿Quién será, por lo tanto, capaz de ocupar en tales condiciones semejantes vacantes ficticias en la práctica, desprovistas de los ingresos primordiales?

¿Cabe mofarse mejor y más impunemente de lo legislado sobre provisión de vacantes?

¿Dónde está la seriedad del colegiado interino y la autoridad innegable de los Colegios? ¿Qué menos podía exigir un concursante a una vacante que tener su manera de vivir decentemente?

¿Para qué sirven los concursos? ¿No se puede crear un Cuerpo de interinos o substitutos a los que carecen de derecho para ocupar las vacantes y andar cazándolas por todas partes y por todos los medios? ¿No se le asigna a un maestro de escuela, por ejemplo, su dotación correspondiente, y apenas se presenta en su Municipio está seguro que ningún mal compañero le puede quitar el pan de sus hijos? ¿Hemos de ser de peor condición que éstos? ¿No es antes vivir que instruir, y sanar que educar?

¿Cuántas preguntas más nos vienen a la mente sobre este extremo!

Pero transcribamos los párrafos de dos eminencias médicas, muy conocedores del *modus vivendi* de la abnegada clase médica, dejando en silencio a otros varios compañeros que han hablado también sobre esta materia oportunísimamente.

El primero, el Dr. D. Gregorio Nieto, dignísimo secretario del Colegio Médico de Soria, contestando a otro compañero (que se lamentaba amargamente por este motivo de intrusismo de los interinos en terreno del verdadero titular), le decía en EL SIGLO MEDICO del 13 de mayo de 1933: "Este asunto nos ha preocupado hondamente en el Colegio de Soria, y para ponerle remedio, acordamos en la última Junta general que el Colegio apoyaría con toda su autoridad al propietario de la titular, no consintiendo que se igualara en firme hasta que no tuviera la propiedad de la titular, y creando un Cuerpo de substitutos, para desempeñar los partidos hasta que se cubriera la titular, substitutos que no podrían contratar iguales, aunque sí solicitar la titular, y en el caso que se la dieran, entonces hacer el contrato. Y que este problema es necesario resolverlo definitivamente, no cabe duda, porque este estado de cosas perjudica enormemente a todos."

El segundo, el Dr. D. Santiago Fernández de Velasco, con fecha 20 de mayo de 1933, y en la misma revista médica, hacía atinadísimas observaciones sobre este grave problema, y, últimamente, el 13 de enero de 1934, con el título de "Persistiendo en lo que debe ser", dice en uno de sus brillantes párrafos: "Creemos llegada la hora de que si el Estado no puede levantar las cargas necesarias para poner al cubierto de las presiones a los Inspectores municipales de Sanidad, vea el modo de que en los partidos no haya más que un médico, y éste sea el titular, autorizando al Consejo de los Colegios para añadir en su Reglamento un artículo por el cual se autorice a los mismos a prohibir el ejercicio profesional al médico en cuyos partidos no sean

titulares, aplicándoles el artículo 2.º de los Estatutos de los Colegios Médicos."

Esperamos, pues, confiados es que se evitará "tan histórico y cotidiano como bochornoso y lamentable hecho", confirmando a los Colegios Médicos la máxima autoridad sobre sus colegiados (sean titulares, interinos o substitutos), cosa bien factible en esta época, en que tenemos al frente de los destinos sanitarios de España a hombres tan poderosos, ilustres y desinteresados como los Sres. Estadella, Tuñón de Lara, Pérez Mateos, etc., quienes saben perfectísimamente que la verdadera Inspección municipal de Sanidad (base de la Inspección provincial y nacional) es la Suprema Ley.

Enero-18-1934.

GUIREGUMA.

La Medicina rural

Los atrasos de los Ayuntamientos

Pese a todas las Asociaciones profesionales, Asambleas, Colegios, Comités, Federaciones y Juntas de defensa, los Ayuntamientos siguen adeudando grandes cantidades a sus médicos y aumentando la cuantía de sus débitos. Profundizando un poco en la vida íntima de la Sanidad rural, se observa que en estos últimos tiempos el caciquismo aumenta, y con él, la desaprensión para cumplir las obligaciones económicas con sus facultativos.

Un ilustre médico de la provincia de Huesca, el doctor D. Faustino Gías Bayona, ilustre por los varios títulos universitarios que posee y por su extraordinaria competencia clínica, al dimitir el partido donde ejercía, se encuentra con determinado Ayuntamiento, que no cito (porque sería hacerle demasiado honor), el cual le niega varios años de sueldo, sin que ni el Gobernador ni las autoridades sanitarias le presten el menor auxilio.

Este caso, del que tenemos multitud de detalles, produce indignación, pero es uno de tantos, uno más que añadir a la lista de los muchísimos que con toda frescura vienen produciéndose, en perjuicio y vejación de nuestra dignidad profesional.

Lo lamentable de la situación (tesis del presente artículo) es que todo esto lo saben los Gobernadores civiles: llega a la Dirección de Administración local, y, con un encogimiento de hombros o silencio administrativo, se olvidan de la situación angustiosa y depresiva en que quedan unos hombres de carrera, con títulos facultativos y cultura casi siempre superior a la de las autoridades políticas de los Gobiernos civiles.

Aun cuando resulte un poco fuerte confesarlo a los médicos que con tanto entusiasmo colaboran desde sus partidos al advenimiento de la República, lo cierto es que la única época en que se metió un poco en cintura a los alcaldes y caciques fué la de la Dictadura, y que entonces, bien por miedo insuperable a la espada del Dictador, o por una más eficaz resistencia de las autoridades provinciales, tenían los alcaldes un poco de respeto a las órdenes emanadas del Poder y procuraban saldar sus deudas con los profesionales del arte de curar. Ahora existen; el desdén es olímpico, y la burla tan descarada, que no debe tolerarse por más tiempo.

Con carácter de urgencia debe la nueva Subsecretaría de Sanidad estudiar una disposición que liquide este estado de cosas.

El traspaso al Ministerio del Trabajo de la Subsecretaría de Sanidad puede agravar un poco la situación en vez de mejorarla. Hasta ahora, los médicos titulares dependían de Gobernación, y era relativamente fácil interesar a los jefes y secretarios de los Gobiernos civiles para que velasen por el cumplimiento de la legislación sanitaria y amparasen a los médicos que eran funcionarios suyos en los incidentes de la pequeña vida pueblerina. Hoy, todo ha cambiado. La Sanidad ya no tiene nada que ver con Gobernación. Tampoco tiene una organización de Ministerio autónomo, sino que ha de vivir de precario, sujeta al titular de Trabajo, que para hacer valer su fuero sobre un Gobernador o sobre un monterilla, tendrá que recurrir a su compañero de la Puerta del Sol.

La solución racional y definitiva sería el pase al Estado de los Inspectores municipales. Mientras esto llega, hay que dictar una medida de carácter general que obligue a pagar todos los atrasos e impida la repetición de estos abusos.

De no hacerlo así, la situación será grave, y llegará un momento en que sólo pagarán los Municipios ricos, los espléndidos o los que tengan interés en demostrar su solvencia. Mucho nos tememos que el año de 1934 termine con un abrumador pasivo contra la medicina rural, mientras numerosos colegas tengan que ir rodando de partido en partido, sufriendo privaciones, arrastrando miserias, que no existirían si los Ayuntamientos pagasen como deben pagar.

Este problema de los atrasos le explotan no pocos pueblos con fines preconcebidos, para dar lugar a que el médico se canse o se disguste y busque una titular nueva, donde nuevamente volverán a adeudarle. En el programa mínimo de nuestras reivindicaciones hay que poner el de obligar, por cuantos medios sean factibles, el pago de los atrasos.

El problema no es imposible, ni menos difícil. Bastará para ello que las autoridades no cedan ante las súplicas, recomendaciones o imposiciones de los caciques y leguleyos pueblerinos, que cotizan sus votos en las elecciones poniendo a precio la tranquilidad del hogar del médico y hasta su reputación científica.

En la esfera legal, y bajo la forma de literatura de *Gaceta*, son numerosos los preceptos que existen desde la ley de 1823 sobre "Deberes de los Ayuntamientos e instrucción para el gobierno económico de las provincias" hasta las órdenes del Dr. Pascua. El arreglo provisional de 1835, la ley de 1855, la instrucción general del Dr. Cortezo, las disposiciones de Martín Salazar. Bejarano (D. Eloy), Murillo, Horcada y Palanca, tienen abundancia de textos que garantizan los derechos de los titulares. En la práctica, todo esto es letra muerta; esa gran charca que se llama política local es tentáculo de numerosas garras que, obscura y traidoramente, destroza al médico titular en los despachos de los Gobiernos civiles y en la antecámara de los ministros.

Si los Dres. Estadella y Pérez Mateos, médicos ilustres antes que políticos, quieren servir a sus compañeros de profesión, ocúpense de gestionar el rápido pago de todos los atrasos de los Ayuntamientos.

DR. JOALSY.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia del Dr. Manuel Arredondo

(Sesión del 29 de enero de 1934.)

LA CRISOTERAPIA EN LAS COLITIS

Dr. Dámaso Gutiérrez Arrese.—Tras un estudio acerca de los mecanismos cómo actúan las sales de oro en terapéutica humana, hace referencia a doce enfermos tratados por él y observados durante año y medio.

Recomienda preferentemente las sales de oro en suspensión oleosa, inyectando cada cuatro días, intramuscularmente, dosis iniciales de dos a cuatro miligramos, y aumentando lentamente, con vigilancia de la función renal, hasta 40 miligramos, a repetir hasta dosis total de uno a dos gramos, según la intensidad de cada caso.

Modo de administración.—Damos preferencia, al elegir una sal de oro, a las disoluciones oleosas, por reunir las ventajas de una dosificación fácil, una lenta absorción, y que al eliminarse poco a poco por el intestino delgado, lejos de lesionarle, permiten que la reabsorción hecha por la mucosa del grueso sostenga, durante mayor espacio de tiempo, la acción de la sal en el sitio de la lesión.

Es preciso empezar con dosis pequeñas de 0,1 a 0,2 centímetros cúbicos de la disolución al 2 por 100, para no causar perjuicios, en los casos de enfermos que presentan una hipersensibilidad a este metal. No faltará jamás el estudio previo de la función renal y su vigilancia durante el tratamiento, por tratarse de un órgano afectado frecuentemente por este tóxico. También nos cercioraremos del estado del hígado, sensible a esta medicación, que con tanta frecuencia es asiento de lesiones inflamatorias en las colitis crónicas. En nuestros casos jamás hemos observado estomatitis, dermatitis y otras alteraciones imputables a este remedio.

La pauta seguida es la siguiente: cada cuatro días se dispone una inyección intramuscular de 0,2 c. c. de la disolución al 2 por 100, o sea cuatro miligramos de oro; esta dosis se repite dos veces, y después se aumenta cada vez una décima de centímetro cúbico, hasta llegar a dar cada vez 1 c. c., o sea cuarenta miligramos, dosis que sólo sobrepasamos excepcionalmente y la repetimos el tiempo necesario para dar un total de 2 gramos.

Las formas más dóciles en su casuística son las colitis crónicas con períodos de recidivas de ritmo acelerado, pero so con gran intensidad en el cuadro diarreico, pero sí acompañadas de pérdida de peso y predominio espasmódico en la imagen del colon.

Con la pauta expuesta no se ha observado síntomas de intolerancia ni accidentes por el medicamento.

La postura del autor acerca de este remedio sería de franco optimismo si no se tratase de una enfermedad esencialmente evolutiva, en las que alternan las remisiones y recidivas de manera espontánea.

Cuando la experiencia sea mayor, y sobre todo cuando el período de observación de los enfermos se prolongue más, podrá ser más certero su juicio sobre este remedio; pero adelanta que ha sido mayor la eficacia mostrada en las colitis que en los reumatismos crónicos.

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INECTABLE

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

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

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

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

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

Muestras y Literatura: G. SALINAS Y Cia - 2 y 4 Calle Sagués-BARCELONA

SPASMOSÉDINE

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

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados JOSE M.^a BALASCH CUYÁS (Farmacéutico)
PARIS Avenida 14 de Abril, 440. - BARCELONA

SARNA

≡ (ROÑA) ≡

cura rápida y
cómoda con el **Sulfureto Caballero**
Destructor tan seguro del Sarcptes Scabiei, que una sola
fricción, sin baño previo, lo hace desaparecer por completo,
siendo aplicable en todas las circunstancias y edades por su
perfecta inocuidad.

J. CABALLERO ROIG
Farmacia-Laboratorio: Rocafort, 135, Barcelona

Uromil

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



ARTRITISMO

ARTERIOESCLEROSIS

CÁLCULOS

GOTA

URONIA

REUMA

LABORATORIOS VIÑAS - CLARIS, 71 - BARCELONA

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA

(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación del ferrocarril.

Cree posible que se deba esto a que la actuación del metal, cuidadosamente dosificado, se realiza más continuamente sobre el órgano afectado en la primera que en la segunda enfermedad.

Sabido es que el oro se elimina por el intestino delgado, como todos los metales pesados, y se reabsorbe por el grueso.

No ha encontrado beneficio con este remedio en los casos muy agudos o en los crónicos en fase de recidiva aguda: en ellos existe una gran dificultad para hacer detenida dosificación de la sal de oro.

ARTRODESIS EN LA COXALGIA INFANTIL. INDICACIONES Y RESULTADOS

Dr. Fernández Iruegas.—El estudio de las estadísticas sobre el tratamiento de la coxalgia por métodos no cruentos muestra resultados muy desiguales: se llega a citar, como hace Rolier, hasta 74 por 100 de curaciones con 70 por 100 de conservación de la movilidad articular. Son numerosas las estadísticas que se muestran en el mismo sentido, lo que haría absurdo hablar de tratamientos diferentes al conservador, porque obteniéndose con éste casi los tres cuartos de curaciones, no precisaría otra cosa. Ahora bien, recientemente se han publicado estadísticas menos alentadoras, y hasta en algunas se cita que sólo el 40 por 100 de los casos tratados por el escayolado conservan movilidad. En el Congreso alemán celebrado en 1930 se ha hablado de la imposibilidad de fijar cuándo un coxálgico ha curado, siendo preciso para ello llegar al examen biopsico.

Nuestra actuación en un hospital de niños con procesos tuberculosos osteoarticulares nos ha hecho reprimir los primeros optimismos y considerar la necesidad de una revisión de las estadísticas sobre el asunto. Los principales errores que se encuentran en estas estadísticas se deben en primer lugar a las dificultades para seguir durante muchos años a estos enfermos y precisar si lo que consiguió fué una curación o una mejoría; otras veces es que el proceso a tratar se ha hecho con un diagnóstico muy rápido en cuanto a coxalgia y solamente valiéndose del reconocimiento del enfermo y de una radiografía. Este diagnóstico debemos decir, realizado en tal forma, es casi imposible, aun para personas experimentadas. Además, valoremos también en estas estadísticas, en especial los resultados que en estos últimos años se aportan, el mejor conocimiento de las enfermedades de la cadera. Todo permite pensar que muchas curaciones de coxalgias mediante tratamiento conservador lo han sido de otros procesos y no de tales coxalgias.

Teniendo en cuenta todo lo apuntado, hemos intentado ver si se pueden mejorar los resultados del tratamiento conservador por otro tratamiento de la coxalgia. De estos tratamientos hemos utilizado la artrodesis.

La artrodesis en el tratamiento de la coxalgia infantil, en verdad, no es un tratamiento ideal; no es éste curar la enfermedad mediante la supresión de la articulación de la cadera. Tengamos en cuenta que el enfermo con coxalgia ¿puede curar con movilidad articular? La contestación en sentido afirmativo, emitida por Rolier, muchos no la admiten; en general, llegan a curar con movilización de tipo fibroso; aun en este caso, ¿cuáles son las ventajas del método? Preguntas que no

pueden ser fácilmente contestadas, y son las que autorizan al tratamiento por la fijación articular.

En el niño coxálgico podemos realizar tres tipos de artrodesis: la intraarticular, la mixta y la extraarticular. La artrodesis intraarticular la hemos eliminado de nuestra práctica por el miedo a obrar sobre puntos muy infestados. Hemos empleado la artrodesis extraarticular.

La artrodesis extraarticular que podemos realizar es de dos tipos: uno, realizado con los materiales óseos de la articulación; otro, cuando se emplean injertos tomados de otras regiones. Hemos utilizado principalmente el tipo de artrodesis con injertos obtenidos de zonas distantes, principalmente de injertos tibiales. Damos la preferencia a los injertos tibiales por el hecho de que el material óseo próximo a la articulación es generalmente de mala calidad en el niño. Sólo hemos utilizado el injerto de zona próxima a la articulación cuando se ha realizado un acoplamiento de las partes.

Los peligros que la artrodesis puede acarrear en el niño coxálgico son: la posibilidad de apertura de focos tuberculosos existentes en la articulación y en las partes próximas, inconveniente con el que sólo hemos tropezado en dos casos de 28 artrodesis, inconveniente que no ha motivado ningún trastorno, ya que el foco enfermo le hemos considerado y extirpado como un tumor.

En cambio, hay peligro cierto en estos enfermos al realizar la artrodesis por la posibilidad de neoartrosis y de fractura del injerto. La neoartrosis se puede producir en la zona de inserción del injerto a nivel del iliaco. Punto el más peligroso en la evolución del injerto.

Atribuimos la neoartrosis a la ausencia de inmovilidad absoluta en los operados en el primer caso así tratados, ya que en los siguientes no hemos visto tan frecuentemente las neoartrosis por haber inmovilizado mejor a los operados. Otra causa de neoartrosis es el no haber hecho en las primeras intervenciones una verdadera caja al injerto y así realizar un buen ajuste sobre trocánter. En nuestra última serie de operados hacemos una caja sobre trocánter, y no vemos estas neoartrosis.

El peligro de la fractura del injerto le hemos visto frecuentemente; se realiza en época próxima a la intervención y se debe a la propia evolución del mismo; fractura que se produce entre los tres a los ocho meses de la intervención; fractura que se consolida bien, y con la ventaja, al consolidarse, de dar un tamaño mayor al injerto, con lo que se facilita la formación de la artrodesis. Se comprende por lo dicho que el período de los tres a los ocho meses de realizada la artrodesis es importante de considerar: fracturas que se presentan por el traumatismo. Es por lo que son operados los que durante mucho tiempo precisan sujeción articular que facilite la acción del injerto y además que se libere de todo traumatismo excesivo.

Las causas del fracaso de la artrodesis en el coxálgico infantil son: en primer lugar, todas las condiciones citadas, a las que debemos unir el mecanismo de trabajo del injerto. Sabemos que todo injerto que separa sus extremos al actuar en su función tiende a la atrofia. No es rara la neoartrosis en el centro del mismo injerto. Se comprende que el someter a los opera-

dos a la inmovilidad se corrigen todas las posibilidades de neoartrosis y de fractura del injerto.

La manera de operar también interviene en los resultados. Estos enfermos operados en hospitales o en clínicas, en los que pueden ser sometidos a tratamiento médico y sanatorial, proporcionan resultados diferentes. Son enfermitos que antes de la operación deben recibir cura sanatorial de tiempo suficiente.

Problema muy discutido es la edad a la que se debe intervenir en el niño con coxalgia. Hemos operado un caso de cinco años de edad. Es para nosotros edad corriente de operación, de ocho a nueve años. El niño operado con cinco años de edad fué caso en malas condiciones y en un período de estado de la enfermedad; si en él se consiguió disminuir en algo la longitud del proceso, éste evolucionó en un período de dos años; período muy semejante al empleado cuando se utiliza reposo y tratamiento sanatorial; pero, en cambio, hemos obtenido la gran ventaja de una anquilosis perfecta.

Cuestión muy importante es la influencia del injerto sobre el crecimiento del niño. Un injerto, aun bien colocado, puede llevar a la detención del crecimiento. Es indudable, pero actuar sobre cadera en el niño es cuestión de menor importancia y de mucha menor importancia de la que sería actuar sobre rodilla. La epífisis superior del fémur es la que menos crece. Nuestras observaciones, que ya datan de cinco años, no acusan la disminución del crecimiento; lo que sí hemos observado es que el miembro del injerto continúa tendiendo a la aproximación. En cinco enfermos se ha realizado esta aproximación, a pesar de haber practicado una osteotomía correctora y haber colocado el miembro en buena posición. Posibilidad observada por otros autores, y ante la cual proponen hacer en fecha posterior una miotomía, bien sobre los adductores o sobre el psoas iliaco. Somos opuestos a este procedimiento, ya que cuando la articulación llega a una buena anquilosis se detiene la tendencia a la aproximación. Es cuando, de ser necesaria, bastaría la miotomía.

La artrodesis ¿cura la coxalgia? No; sólo facilita la anquilosis. Para algunos autores, no produce tal anquilosis.

Las indicaciones de la anquilosis en la coxalgia del niño son: período de comienzo, período de estado, tardíamente, y período de secuelas. En el período de estado de la enfermedad sólo hemos operado un caso; si no se produjo fistulización, tardó en curar dos años; se consiguió mejoría intensa con una mejor evolución del proceso. Creemos que la coxalgia en el niño no debe operarse en su primer período o de comienzo especialmente, por el peligro que supone la posibilidad de abrir focos tuberculosos, así como por encontrarse en la fase de invasión hematógena, capaz por sí de posibilitar la generalización tuberculosa.

En el segundo período de la coxalgia, cuando empieza la regeneración, es cuando puede ser útil la artrodesis. De estos enfermos hemos tratado 12; es el momento que desaparecen los síntomas generales; iníciase la mejoría e igualmente la regeneración. Hemos obtenido en todos ellos buenos resultados, sin el menor accidente; término medio del tratamiento: ocho meses; unos de ellos, dos años; otro, año y medio. Vimos desaparecer el Trendelenburg; la mayor parte de las veces desapareció la cojera, y si en algunos persistió un ligero Trendelenburg al apoyar la pierna enferma, ulteriormente desapareció.

Dr. Luna.—Estoy de acuerdo en las dificultades de obtener la curación de la coxalgia en los niños mediante el tratamiento conservador. Con éste hemos seguido bastantes enfermos, y, si bien podemos citar casos de curación, nunca en la proporción que lo hace Rolier; no han llegado al 50 por 100 de los tratados, ni aun después de haberlo realizado en medio excelente y continuado tres y aun cuatro años.

Al considerar la coxalgia en el niño tratada por métodos incruentos, es preciso ser prudentes y aconsejar cada día más la anquilosis de la cadera por tratamiento quirúrgico.

OBSERVACIONES SOBRE CINCUENTA CASOS DE LAMBLIASIS DUODENAL

El Dr. Oliver-Pascual.—La práctica sistemática del cateterismo duodenal en los pacientes afectos de uno cualquiera de los síndromes digestivos más frecuentes nos ha demostrado no sólo la extraordinaria difusión en España de la lambliasis, sino que *un 30 por 100 de los casos estudiados no pueden ser diagnosticados por el análisis parasitológico de las heces, y en cambio, pueden ser descubiertos por el sondaje duodenal.* Con arreglo a nuestra estadística, la infestación intestinal por "*giardia*" existía en un 14 por 100 de los sujetos que padecen alguna afección digestiva.

La implantación de los lamblias en el intestino parece requerir una especial "debilidad constitucional" o "predisposición condicional" del mismo, esto es, un terreno adecuado. Así lo prueba el hecho de que transitoriamente se pueden encontrar lamblias en el contenido duodenal o en las heces de algunos pacientes, sin que vuelvan a aparecer los protozoos en ningún otro análisis y sin haberles practicado ningún tratamiento antiparasitario.

Es sabido de todos que la lambliasis coincide comúnmente con muchas infecciones microbianas del aparato digestivo, y que no es raro que se acompañe de diversas infestaciones parasitarias del intestino. Así lo prueba el hecho de que el cultivo microbiano del contenido duodenal revela la presencia constante de gérmenes patógenos en los lamblíacos, y el análisis de heces, la simultaneidad de otras parasitosis en un 40 por 100 de los casos (ameba coli, diez casos; ameba histolítico, dos casos; oxiuros, cinco casos; tricocéfalos, tres casos; tenia, tres casos; ascomietos, balantidium, etc.). Una nueva prueba de la constancia de la duodenitis lamblíaca es la presencia en todos los enfermos de piocitos y moco en el contenido duodenal.

La gastritis es igualmente muy frecuente; domina la de tipo hipocrático; puede acompañarse de cualquiera de los síntomas dispépticos; pero los más frecuentes son las sensaciones de digestión lenta, el mal gusto de boca y las náuseas o vómitos (inclusa cetónemica). El hiperperistaltismo del intestino delgado y el del grueso, con éxtasis paradójico en la región ileocecal o rectal, es igualmente muy frecuente. A pesar de ello, el estreñimiento es mucho más frecuente que la diarrea. La enfermedad se había iniciado con crisis diarreicas sólo en once de nuestros pacientes, y la diarrea era el principal síntoma únicamente en seis casos.

La función hepatoiliar ha sido estudiada mediante la prueba de la galactosa, el examen de la bilis (coleresis pigmentaria, coleresis salina, coleresis esterínica) y, ade-

más, por el análisis del recambio pigmentario (colemia, determinación cuantitativa de la urobilina en heces y orina, recuento eritrocitario, dosificación de la hemoglobina).

(Fueron proyectados los cuadros correspondientes a estas determinaciones.)

Aproximadamente, un 50 por 100 de los casos en que se utilizó la prueba de la galactosa mostraron alguna anomalía en la participación del hígado en el recambio hidrocarbonado. Es muy frecuente la hipogalactosuria o la agalactosuria por deficiencia de absorción intestinal de este azúcar, deficiencia que es corroborada por la curva de glucemia y por el hecho de ser menor la utilización enteral de las grasas. Entre los pacientes con prueba de galactosa positiva *había tres cirróticos de hígado* (en dos, la cirrosis fué confirmada por biopsia).

Aunque la hepatopatía que acompaña a la lamblisis suele ser latente, la afección de vías biliares es fácilmente revelable por el sondaje duodenal. Así lo prueba la extraordinaria frecuencia con que en el sedimento de la bilis B. hemos encontrado, junto a los lamblis, cristales de colesantina, grumos de bilirrubinato cálcico, células de pus teñidas por el pigmento biliar, moco y otros precipitados de sales de calcio. Es igualmente muy frecuente (80 por 100 de los casos) la disminución de los colatos segregados por la célula hepática, junto con cantidades variables de colesantina biliar y con una mayor colesantemia pigmentaria (no siempre acompañada de anemia). La anemia se presenta en dos tercios de los casos y es casi siempre de tipo hipocrónico.

No es nada rara la *coincidencia de la lamblisis con la litiasis biliar*, que suele ser agravada por esta parasitosis, y aunque con menos frecuencia, hemos registrado casos en que la *duodenitis se acompañaba de apendicitis y de úlcera duodenal* (cinco casos). Si bien es cierto que el tratamiento radical de cualquiera de estas afecciones (colecistectomía, apendicectomía, gastrectomía) puede mejorar a estos pacientes, en ocasiones, incluso de su lamblisis, también lo es que el tratamiento de la lamblisis puede beneficiar el curso de dichas afecciones e incluso llevarlas a una fase de latencia más o menos duradera.

El mecanismo probable de los síntomas se puede interpretar en los lamblisicos en el sentido de reacciones alérgicas a cargo de los mecanismos neuromotores del aparato digestivo y de las vías biliares, como parece probarlo el hallazgo de hipersensibilidades cutáneas y de la propia mucosa digestiva a uno o varios alérgenos parasitarios alimenticios, así como la presencia de síntomas di o microbianos. En el caso de la lamblisis, como en el de otras afecciones parasitarias del intestino, *puede bastar para la desaparición de los síntomas la eliminación de otros coalérgenos alimenticios o microbianos*, y recíprocamente, la disminución del número de lamblis que alberga el intestino, o mejor, su desaparición puede dar lugar a curaciones más o menos transitorias de los otros padecimientos digestivos que acompañan a la lamblisis. Sin duda alguna, la residencia del lamblia en las vías biliares es mucho menos frecuente que en el duodeno; pero no tan rara, desde luego, como se cree en el momento actual, pues en tres de nuestros casos de colecistostomía o la colecistectomía han revelado la presencia de lamblis en la vesícula.

Aunque la patogenidad de los protozoos flagelados no está demostrada para las vías biliares, es indudable

para el intestino (Deschiens, Fantham y Porter, etc.), según lo prueban hechos experimentales y clínicos. Por ello, la presencia constante de alteraciones hepatobiliares en estos 50 casos parece que debe ser interpretada en el sentido de una respuesta alérgica de las mismas (coledisquinesia alérgica o alergicidisquinesia), resultante en cada caso de una constelación etiológica determinada. De otro modo, sería difícilmente interpretable el hecho de que el aumento de parásitos (superinfestación) se acompaña siempre de exacerbación de los síntomas enterales o hepatobiliares, así como el hallazgo opuesto de una mitigación o desaparición de los síntomas a consecuencia de la eliminación del alérgeno parasitario o de otros coalérgenos.

Aunque en España no conocemos en el momento actual la proporción de *portadores de lamblis sin síntomas clínicos*, nuestras observaciones prueban que la acción patógena de este parásito está condicionada en un gran número de casos por una debilidad constitucional del aparato digestivo, y también por especiales anomalías de la nutrición, que se caracterizan casi siempre por una disonía, que afecta principalmente al equilibrio Ca/P, y que clínicamente se traducen las más de las veces por enterodisquinesia con o sin coledisquinesia, así como por *otras alteraciones vegetativas* (metabólicas y endocrinas), acompañadas de hiperexcitabilidad neuromuscular y de otros signos de *espasmofilia*. No debemos extrañar, por consiguiente, que los factores etiológicos exógenos productores de espasmofilia (deficiencias de la dieta en calcio o en vitaminas D, implantación de gérmenes patógenos, cuyas toxinas tienden a producir hipocalcemia, ingestión de alimentos o tóxicos que perturban el recambio del calcio, etc.) puedan hacer activa una parasitosis latente. Actividad que se traduciría en cada paciente por los síntomas clínicos correspondientes a aquellos órganos o tejidos afectados de alguna debilidad creada genotípicamente o fomentada por los más diversos factores etiológicos: esto es, por la sensibilización de los "órganos efectores" a los productos resultantes de la actividad del parásito.

Dr. Gutiérrez Arrese.—En un todo conforme con el papel patológico de las lamblis. Abundan en nuestro país más de lo que se cree; no se investiga suficientemente, y todo el que hace un estudio sistemático del asunto pronto se da cuenta de su frecuencia. Es el trabajo del Dr. Ortiz de Landázuri: exploración de la bilis por sondeo duodenal, encontrando el 12 por 100 de niños de un preventivo con lamblis. Ahora bien, este 12 por 100 de casos de lamblisis ¿es patógeno? No, en verdad. Consideremos que la lamblia no es un endoparásito, a diferencia de la amiba y del balantidium. Son raros y muy discutidos los casos de lamblis intraparietales; la mayor parte de las veces la lamblia aprovecha una necrosis mucosa para su penetración. Lo que sucede, como demuestran los casos del Dr. Oliver, que constitucionalmente existen otras causas que sitúan al órgano en inferioridad, y lo que antes no era patógeno obligado llega a serlo. También sucede que un sondeo duodenal único no permite afirmar la posibilidad patógena de la lamblia. Hemos visto un enfermo con litiasis biliar, que en ocho años nada se había encontrado en su bilis, y hace unos ocho meses se encontraron lamblis abundantes. En ningún momento hemos pensado que estas lamblis eran la causa de la litiasis biliar.

Por lo dicho se comprende que el encontrar lamblis

en líquido duodenal no es suficiente para atribuir a este parásito situación de parásito obligado; a lo más, podemos concluir como hecho de coincidencia.

Se citan casos de lamblisis vesicular. Que la lamblisis puede producir colangitis, alteraciones de los canales biliares o del parénquima hepático nos repugna totalmente. Sucede que del examen vesicular podemos encontrar lamblisis, lo que es muy raro, y gérmenes. A éstos, y muy distintos, son a los que hemos de atribuir el papel patógeno, y no a las lamblisis.

M. ACEÑA.

* * *

CURSO DE 1933-1934

Esta Academia celebrará sesión científica el lunes 5 de febrero de 1934, a las siete de la tarde, en su local, calle de Esparteros, número 9, para tratar del siguiente orden del día:

- 1.º Dr. Oliver Pascual: "Discusión de su comunicación sobre 50 casos de lamblisis", expuesta en la sesión anterior. Tienen pedida la palabra los doctores Mogen y Madinaveitia.
- 2.º Dr. Regueiro López: "Nueva técnica para la exploración tetraiodica de la vesícula biliar (colesistografía)."
- 3.º Doctores González Duarte y Zarco: "Casuística de toracoplastias".
- 4.º Dr. S. Pascual: "Algunos datos acerca de los cálculos del uréter".
- 5.º Dr. Fuente Hita: "Sobre un caso de angina agranulocítica".

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGIA Y SIFILOGRAFIA

Esta Academia celebrará sesión el miércoles 7 de febrero de 1934, a las siete de la tarde, en el Dispensario Olavide, Sandoval, 5, con el siguiente orden del día:

- 1.º Doctores Sáinz de Aja, Forns y Pelayo Gómez: "Positividad inespecífica en venereopatías no sifilíticas".
- 2.º Doctores Covisa y Bejarano: "¿Un caso de blastomicosis?"
- 3.º Doctores Bejarano y Enterría: "Consideraciones estadísticas sobre la sífilis activa".
- 4.º Dr. Bejarano: "Sobre el eritema multiforme de localización exclusivamente bucal".

Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid

Esta corporación celebró la apertura del curso de 1934 el día 28 de enero, leyéndose en tan solemne acto la Memoria de Secretaría por el Dr. D. José Cilleruelo Zamora, secretario accidental de la Academia, y un notable discurso, obra del académico de número Dr. don Pedro Zuloaga Mañueco.

La Academia abre concurso hasta el 30 de noviembre de 1934 para un premio de 350 pesetas y otro de 150, más títulos de Académico corresponsal, acerca del tema *Medicamentos hipnóticos. Estudio general de las relaciones entre su acción y las propiedades físicas y químicas de los tejidos.*

Pídanse detalles a la Secretaría de la corporación.

Clínica médica del Dr. Fidel Fernández

Hospital de San Lázaro (Granada)

Durante el primer semestre de 1934 tendrán lugar en este Servicio de Clínica médica unos cursillos teórico-prácticos dedicados de modo especial a los médicos generales y alumnos de quinto y sexto año de Medicina, a cargo de los señores:

Dr. D. Antonio Galdó Villegas, Profesor de la Facultad de Medicina de Granada.

Dr. D. José Martín Vivaldi, Profesor especial de Urología en la Facultad de Medicina de Granada.

Dr. D. Antonio Azpitarte Rubio, Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Granada.

Dr. D. Juan Pulgar Ruiz, Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Granada.

Dr. D. Claudio Hernández López, Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Granada.

Dr. D. Manuel Vega Rabanillo, Médico de la Beneficencia provincial de Granada.

Dr. D. Enrique Hernández López, Catedrático de la Facultad de Medicina de Salamanca.

Dr. D. Luis Rojas Ballesteros, Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Granada.

Dr. D. José Luis Oliva y Marra-López, Médico del Hospital de Málaga.

Dr. D. Antonio J. Torres López, Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Granada.

Dr. D. Enrique Puyol Casado, Médico libre de Granada.

Las conferencias tendrán lugar en el Hospital de San Lázaro (Clínica médica del Dr. Fidel Fernández) los días que se indican, a las seis de la tarde.

Además de estos cursillos se seguirán celebrando en la Clínica, todos los jueves laborables, a las seis de la tarde, las acostumbradas *sesiones científicas*, con arreglo al programa que para cada una de ellas se viene anunciando con la oportuna antelación.

Continúa también el *Curso especial de Enfermedades del Aparato digestivo*, a cargo del jefe de la Clínica D. Fidel Fernández, todas las mañanas a las once.

Y de diez de la mañana a dos de la tarde se pasa diariamente consulta en la policlínica externa, en las enfermerías y en los diversos servicios auxiliares de la sección (laboratorio, gabinete de rayos X, departamento de metabolimetría, etc., etc.).

La asistencia a todos estos trabajos y cursillos es libre y gratuita para todos los médicos y alumnos de Medicina.

El Dr. Teodoro Aguirre, laureado

La Compañía de Ferrocarriles del Norte del España ha otorgado este año el primer premio de Trabajo a nuestro querido amigo el Dr. D. Teodoro Aguirre, a propuesta de la Dirección de Servicios sanitarios, firmada por D. Germán Arana, y en atención a la relevante actuación médica del laureado durante el año 1933.

Felicitemos muy cordialmente al Dr. Aguirre por su justo triunfo.

ALMORRANAS



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



TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Escrófula, Raquitismo

SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición y el estado general.

L. PAUTAUBERGE

10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Jiménez Salinas y C., Barcelona Sagues, 2 y 4 (S. G.)

SANATORIO PENA-CASTILLO SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

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

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

“HOZNAYO”..LA MEJOR AGUA DE MESA

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINA (Nombre registrado)

Calma, regulariza y fortifica los nervios

Contiene los bromuros potásico, sódico, estróncico y amónico asociados con sustancias tónico amargas

Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

Sanatorio del Parque-Davos

(ANTES SANATORIO TURBAN)

Casa de primer orden. 1.570 metros sobre el nivel del mar. Gran parque y bosque de propiedad. Pensión, incluyendo habitación, tratamiento del médico, etc., desde 17 francos suizos. Prospecto gratuito.

Médico Director: Dr. F. BAUER

ASTA-S. A. Fábrica de productos químicos, BRACKWEDE

P R E S E N T A

QUADRONAL

El analgésico ideal por su composición:

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| <u>1. Antipirina.</u> | <u>3. Cafeína.</u> |
| <u>2. Fenacetina.</u> | <u>4. Lactofenina.</u> |

Muestras y literatura: R. CARPINTIER & SEMMLER.-MADRID (9).-Apart. 9055.-Teléf. 58268

QUADRO-NOX

El hipnótico y sedativo, que sustituye ventajosamente a la morfina, sin peligro de habituación

VACANTES

Para su provisión en propiedad por concurso, en armonía con lo dispuesto en la ley de 15 de septiembre de 1932 (artículos 1.º y 2.º) y Reglamento de 7 de marzo de 1933 (artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19), se anuncian las plazas de Médicos titulares-Inspectores municipales de Sanidad siguientes, debiendo enviarse las instancias, en papel de 8.ª clase, a la Inspección provincial de Sanidad respectiva, acompañadas de la ficha de méritos (artículo 4.º del Reglamento de 7 de marzo de 1933):

—La de Villalba de Rioja (Logroño); por defunción; 5.ª categoría; dotación, 1.375 pesetas; con cinco familias de beneficencia y población de 385 habitantes. Provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 19 de febrero.

—La de Aldealpozo (Soria); por renuncia; 3.ª categoría; dotación, 2.200 pesetas; ocho familias de beneficencia y población de 930 habitantes. Concurso libre de méritos y selección por Tribunal. Solicitudes hasta el 19 de febrero.

—La de Noviercas y Pinilla del Campo (Soria); por renuncia; 3.ª categoría; dotación 2.200 pesetas; 30 familias de beneficencia y población de 1.034 habitantes. Provisión libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 19 de febrero.

—Las de Villaprovedo, Santa Cruz de Boeda y San Cristóbal de Boedo (Palencia); por renuncia; 3.ª categoría; dotación 2.200 pesetas; seis familias de beneficencia y población de 968 habitantes. Provisión por concurso libre de antigüedad. Solicitudes hasta el 19 de febrero.

—La de Torrejoncillo del Rey (Cuenca); por defunción; 4.ª categoría; dotación 1.650 pesetas; 47 familias de beneficencia y 1.880 habitantes. Provisión por concurso de antigüedad y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 19 de febrero.

—La de Carrascosa del Campo (Cuenca); por nueva creación; 3.ª categoría; dotación 2.200 pesetas; 55 familias de beneficencia y población de 2.095 habitantes. Provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 19 de febrero.

—La de La Lama (Pontevedra); por defunción; 2.ª categoría; dotación, 2.750 pesetas; 100 familias de beneficencia y 6.389 habitantes. Provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 19 de febrero.

—La de Palomas (Badajoz); por renuncia; 4.ª categoría; dotación 3.000 pesetas; 32 familias de beneficencia y población de 901 habitantes. Provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 19 de febrero.

—La de Portillo (Valladolid); por excedencia; 2.ª categoría; dotación 2.750 pesetas; 90 familias de beneficencia y población de 2.750 habitantes. Provisión por concurso libre de méritos y selección por Tribunal. Solicitudes hasta el 19 de febrero.

—La de Villanueva de San Mancio (Valladolid); por defunción; 5.ª categoría; dotación 1.375 pesetas; 15 familias de beneficencia y población de 342 habitantes. Provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 19 de febrero.

(Continúa en la página

TRATAMIENTO EFICAZ

REUMATISMO

YODOVISAL

Salicilato sosa
YODURO potasa

ESQUIZOFRENIA

MANGAN - ARSENILO

Cacodilato de manganeso-Cacodilato de sosa

[Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

Colegio de Médicos de Madrid

Se advierte a los señores colegiados que el día 7 de febrero, a las siete y media de la tarde, celebrará este Colegio, en su domicilio social, Esparteros, 9, junta general ordinaria para tratar en ella de los siguientes extremos:

1. Acta anterior. 2. Plétora profesional. 3. Ruegos y preguntas.

Adjudicación de premios, recompensas y socorros en el concurso abierto para 1933 por la Academia Nacional de Medicina

Examinados por esta Corporación los trabajos y expedientes presentados al concurso de premios, recompensas y socorros, que deberán adjudicarse en la sesión inaugural del curso académico de 1934, la Academia acuerda su concesión en la forma que seguidamente se determina:

Premio de la Academia Nacional de Medicina, tema I. Se concede el accésit a la Memoria que lleva por lema "Glandulae renibus incumbentes" y una mención honorífica a la que tiene por lema "Multiplex quia vivus, vivus quia unus".

Premio de la Academia Nacional de Medicina, tema II. Se concede el premio a la Memoria que lleva por lema "Non multa, sed multum", y el accésit, a la distinguida con el lema "Crear y saber.—Bueno es conocer el nombre y propiedades de todas las flores, pero es mejor aún crear una flor nueva.—Cajal".

Premio Alvarez Alcalá, tema II. Se concede el premio al trabajo presentado con el lema "5-12-12-927".

Premio Salgado. Se concede el premio a doña Antonia Martínez Casado y a D. Arturo Cervigón Díaz.

Premio Roel. Se concede el premio al autor de la Memoria que tiene por lema "Sócrates", y el accésit, a la que tiene por lema "Fecit quod potui".

Premio Calvo y Martín. Se concede el premio a don Rafael Garrido Lestache, por su Memoria describiendo las enfermedades más notables asistidas.

Premio Sarabia y Pardo. Se concede el premio a los señores D. Manuel y D. Francisco Arce, por su trabajo "Radiodiagnóstico en la infancia".

Premio Obieta. Se concede el premio a D. Angel Rodríguez Olleros.

Premio López Sánchez. Se concede el premio al graduado de Doctor D. Vicente Baena Baena.

Socorros Rubio. Se concede un socorro a doña Ana Fernández Puente, viuda del Médico D. Francisco Huertas Graciani, y el otro socorro a doña María Filomena y a doña Angel Ortigüela, huérfanas del Médico don Antonio Ortigüela.

Premio, recompensas y socorros de la Fundación San Nicolás. La Academia acuerda las siguientes adjudicaciones:

Una recompensa de 300 pesetas a cada uno de los periodistas D. Alberto Martín Fernández y D. José Alvarez Sierra y Manchón.

Un premio de 1.000 pesetas para pago de los derechos del título a los licenciados en Medicina: a D. Vi-

cente Gil-Sanz y García, de Madrid; a D. Pablo Ares Feal, de Santiago de Compostela, y a D. Juvencio Campo Fernández, de Valladolid.

Un premio de 1.500 pesetas a D. Baldomero Sánchez Cuenca, por su tesis de Doctorado.

Una cartilla de 500 pesetas del Monte de Piedad, Caja de Ahorros, a cada uno de los alumnos de las escuelas públicas del distrito de Palacio, de Madrid: Angela Berzal González, Consuelo Gómez Sanz y Martínez, Concepción Arenas Hernández, María del Carmen Fernández Gómez, Natividad Pérez López, Tomasa Berrena y García, Cástor Bartolomé de Pablo, Millán Moreno Hijes, Andrés Pascual Used y Ramón Amat Maestre.

Un socorro de 2.000 pesetas a cada uno de los médicos imposibilitados y en precaria situación económica: D. José Perpén y D. José Fernández y Fernández.

Un premio de 2.500 pesetas a la monografía acerca de "Reflujo duodenal o úlcera", que tiene por lema "Control".

Una pensión de 5.000 pesetas para estudios en el extranjero a cada uno de los licenciados en Medicina don Luis Vela del Campo y D. José María Miguel González.

Un socorro de 500 pesetas a cada una de las viudas de Médicos pobres: doña María del Carmen Cirujeda Gayoso, Soledad García Solo, Aurelia Gómez Yuguanzo, Carmen Gómez Polo, Enriqueta Gómez Rodríguez, Aurea González Ocampo, Pilar González Bravo, Jesusa Gurruchaga, Angeles Más Gilabert, Carmen Menjón y Bandres, Enriqueta Merás del Moral, María Miñano Camacho, Pilar Moreno Llubra, María Mugarza Sagastabeitia, María Pacheco Velasco, Consuelo Perucho Pérez, Aquilina Sánchez Ramírez, Julia Solano Merino, Ignacia Soberón Herrero, María Herminia Utrilla, Encarnación Vega Pérez y Carmen Yuza Pomares.

Lo que se publica para conocimiento de los interesados, que deberán concurrir el domingo día 4 de febrero de 1934, a las cuatro y media de la tarde, al local de la Academia Nacional de Medicina, calle de Arrieta, número 12, donde se celebrará la sesión inaugural del curso académico, y a la terminación se hará entrega de los mencionados premios y recompensas.

Los interesados ausentes o imposibilitados se harán representar por persona autorizada debidamente en carta donde el Juez municipal de la localidad de residencia garantice la firma del poderdante.

Madrid, 25 de enero de 1934.—El Secretario perpetuo, *Nicasio Mariscal y García*.

Sobre vacantes de titulares

AVISOS

Anunciada la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad de los Ayuntamientos de Villaprovedo, Santa Cruz y San Cristóbal de Boedo (Palencia), por renuncia del que la desempeñaba, se pone en conocimiento de los compañeros que piensen solicitarla que el médico nombrado por dichos Ayuntamientos para desempeñarla, interinamente es hijo del pueblo, tiene contratadas todas las iguales y, como es natural, piensa solicitarla, pudiendo el compañero que así lo desee di-

rigirse a los Ayuntamientos para cerciorarse de la veracidad de todo lo expuesto.

LA VACANTE DE NOVIERCAS.

Se advierte a los solicitantes de esta titular que en Noviercas hay un médico que tiene contratadas las iguales por cuatro años.

Noviercas, Soria, 26 enero 1934.—G. C.

LA VACANTE DE SOTILLO DE LA RIBERA.

Se advierte a los solicitantes que desde hace tres meses ha adquirido las iguales de pudientes un médico con ejercicio en la localidad.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE JUSTICIA

Ilmo. Sr.: Anunciada en la *Gaceta de Madrid* de 15 de noviembre último la convocatoria para proveer, por concurso, la plaza de Jefe de la Sección de Sanidad e Higiene de esa Dirección general, creada por decreto de 8 de febrero de 1933, y hallándose en estudio la reorganización de servicios de ese Centro con nueva distribución de Secciones y Negociados, este Ministerio ha acordado aplazar hasta nueva orden la resolución del concurso anunciado.

Madrid, 19 de enero de 1934.—P. D., *Riardo López Barroso*.—Señor Director general de Prisiones.—(*Gaceta* del 22 enero 1934.)

Subsecretaría.

En el Juzgado de primera instancia e instrucción de León, de categoría de término, se halla vacante, por traslación de D. José M. Bonifacio, la plaza de Médico forense que, de conformidad con lo prevenido en el artículo 10 del Decreto de 17 de junio de 1933, debe proveerse por traslación.

Las instancias deberán tener entrada en este Ministerio antes de las catorce horas del último día del plazo de treinta naturales, a contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Madrid, 23 de enero de 1934.—El Subsecretario, *Ricardo López Barroso*.—(*Gaceta* del 25 enero 1934.)

En el Juzgado de primera instancia e instrucción del distrito de Occidente de Gijón, de categoría de término, se halla vacante, por resultar desierto el concurso de traslación, la plaza de Médico forense que, de conformidad con lo prevenido en el artículo 12 del Decreto de 17 de junio de 1933, debe proveerse por antigüedad de servicios en el Cuerpo entre forenses de categoría de ascenso.

Las instancias deberán tener entrada en este Ministerio antes de las catorce horas del último día del plazo de treinta naturales, a contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Madrid, 23 de enero de 1934.—El Subsecretario, *Ricardo López Barroso*.—(*Gaceta* del 25 enero 1934.)

En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Antequera, de categoría de término, se halla vacante, por resultar desierto el concurso de traslación, la plaza de Médico forense que, de conformidad con lo prevenido en el artículo 12 del Decreto de 17 de junio de 1933, debe proveerse por antigüedad en la categoría entre forenses de la de ascenso.

Las instancias deberán tener entrada en este Ministerio antes de las catorce horas del último día del plazo de treinta naturales, a contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Madrid, 23 de enero de 1934.—El Subsecretario, *Ricardo López Barroso*.—(*Gaceta* del 25 enero 1934.)

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,5; ídem mínima, 706,4; temperatura máxima, 11,1; ídem mínima, —1,3; vientos dominantes, NNE, y NE.

Una vez más tenemos que insistir en la gripe. Su estado sigue estacionario; las invasiones nuevas no son frecuentes, pero los casos afectos se distinguen por la mayor duración de la enfermedad aguda, por la persistencia de algunos fenómenos catarrales que prolongan la convalecencia y por la flojedad y anorexia subsiguientes.

En los niños han abundado las laringitis y bronquitis, que se iniciaron súbitamente con una afonía que alarmaba a las familias de los enfermitos, aunque, afortunadamente, no eran graves.

CRONICAS

Pésame cordial.—El día 7 de enero ha fallecido nuestro querido amigo el Dr. Antonio Alfonso Prats.

A su viuda, doña María Vidal, y a sus hijos Antonio, Rafael y José enviamos el testimonio de nuestra pena por tan irreparable pérdida.

Haptinógeno Neumo Méndez.—Con el presente número incluimos prospectos de los Laboratorios Julio Méndez, de Buenos Aires. Recomendamos a nuestros lectores se interesen y pidan literatura a su representante Sr. Martín Yáñez.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 10028.—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.

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPAMAJOR L. y Estafío coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. - Valencia.

BOLAÑOS Y AGUILAR • Talleres Gráficos • Altamirano, 50, MADRID

CUPON REGALO

Solamente por un mes y para que todo el mundo pueda conocer nuestros trabajos, hacemos una ampliación completamente gratis a todo el que nos mande una fotografía y este cupón.

Casa ROTCEN

Apartado de Correos 445

VALENCIA

Precios increíbles para profesionales.



DISPEPSIA
DOLOR DE ESTÓMAGO
ACIDEZ
VÓMITOS
INAPETENCIA
DIARREAS
DILATACIÓN y
ÚLCERA
DE ESTÓMAGO

se curan con este famoso medicamento.
Es inofensivo y de gusto agradable.

ELIXIR
SAIZ DE CARLOS

TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo y el Mal de Piedra.

EXITO EN LOS HOSPITALES DESDE 1843

En todas las farmacias. Al por mayor TAVERNIER & AGUETANT.-LYON (Francia)

HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARÍS.
A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar **Cloro-Anemia**.
Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue des Beaux-Arts, París.

—La de Castellar de la Frontera (Cádiz); por renuncia; 3.ª categoría; dotación 2.200 pesetas; 180 familias de beneficencia y población de 1.625 habitantes. Provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 19 de febrero.

—La de Morales de Rey (Zamora) y sus anejos Santa María de la Vega y Fresno de la Polvorosa; por defunción; 2.ª categoría; dotación 2.750 pesetas; 52 familias de beneficencia y población de 2.360 habitantes. Provisión por concurso restringido de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 19 de febrero.

—La de Astudillo (Palencia); por defunción; 3.ª categoría; dotación 2.200 pesetas; 150 familias de beneficencia y población de 2.812 habitantes. Provisión por antigüedad y méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 27 de febrero.

—La de Arijá (Burgos) y su anejo San Vicente de Villamezán; por nueva creación; 3.ª categoría; dotación 2.200 pesetas; ocho familias de beneficencia y población de 2.408 habitantes. Provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 27 de febrero.

—La de Valle de Manzanedo (Burgos); por renuncia; 2.ª categoría; dotación 2.750 pesetas; ninguna familia de

beneficencia y población de 1.500 habitantes. Provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 27 de febrero.

—La de Valle de Oca (Burgos); por defunción; 3.ª categoría; dotación 2.200 pesetas; 30 familias de beneficencia y población de 798 habitantes. Provisión

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 27 de febrero.

—La de Hoyuelos y Laguna Rodrigo (Segovia); por renuncia; 4.ª categoría; dotación 1.650 pesetas; 14 familias de beneficencia y población de 653 habitantes. Provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 27 de febrero.

—La de Castrelo del Valle (Orense); por jubilación; 2.ª categoría; dotación

(Continúa en la página XIX.)

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

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

ULTIMOS INVENTOS

en APARATOS DIAGNOSTICOS de PRECISION para explorar todas las cavidades (OTOSCOPIOS, OFTALMOSCOPIOS, etc.) APARATOS para medir PRESION ARTERIAL. TRANSFUSION SANGRE. PNEUMO-THORAX, etc.

Pida usted folleto descriptivo:

LABORATORIOS U. V. Apartado 331. SEVILLA

SIL - AL

Laboratorio

Aurelio Gámir

Valencia

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

FEBRIFUGOL: Elixir. - Unico preparado de fórmula racional, moderna y radicalísima para combatir las fiebres tíficas, paratíficas y colibacilares y demás infecciones endodigestivas. Rápida antiseptia interna, sin sales de mercurio ni fermentos lácticos.

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

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

Laboratorio EGABRO
CABRA (Córdoba) España.

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA
El mejor Desinfectante intestinal

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

FRASCO DE 250 GRAMOS, 3,65 PESETAS
EN TODA ESPAÑA

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

CATARROS **BIFOSFOTIOCOL** TOSES

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOCOL

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

fin, esta enfermera recorre Melbourne y sus alrededores, y puede ponerse

TREPONEMOL SÍFILIS

en contacto con numerosas familias.

Se cree que la parálisis infantil procede de Suecia y Noruega. En un principio no se conocían más que sus consecuencias, es decir, la parálisis completa o parcial. Las corrientes modernas admiten, sin embargo, que probablemente los casos sin parálisis son más numerosos que los otros.

En 1909 Landsteiner consiguió transmitir experimentalmente la enfermedad al mono, inoculándole en el

netra en sus nuevas víctimas por las mismas vías. Al pasar por las fibras nerviosas que unen la nariz y la garganta con el cerebro y la medula espinal, ataca sus células, algunas de las cuales destruye completamente. Los músculos quedan paralizados, simplemente porque las células nerviosas de la medula pierden su capacidad de funcionamiento. Esta parálisis es indudablemente muy alarmante; pero, algunas veces, sin embargo, se obtie-

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

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

nen curaciones completas. Todo depende del estado en que se encuentran las células nerviosas, y casi siempre es necesario mucho tiempo para llegar a un buen resultado.

Fué en 1910 cuando, simultáneamente, el Instituto Rockefeller de Nueva York y el Instituto Pasteur de París descubrieron el virus, aunque sin lograr aislarlo. Es tan minúsculo, que es invisible al microscopio y pasa a través de los filtros que retienen ordinariamente las bacterias.

No es, pues, un insecto el agente

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico-fosfatado

que transmite la parálisis infantil. Los niños contraen más fácilmente la en-

fermedad entre los dos y los cinco años; pero también se registran ca-

SIL-AL

DESINFECTA INTESTINO

sos hasta los diez años. Se declara más frecuentemente en verano, bajo forma de epidemia, y ataca más preferentemente a los niños que a las niñas. La parálisis infantil se propaga generalmente por personas que albergan su virus, pero sin sufrir la enfermedad. Estas personas pueden haber padecido la enfermedad o incluso haberla pasado sin ofrecer ninguno de sus síntomas. Es, por tanto, muy di-

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22.—Jaén.

peritoneo una emulsión de la medula espinal de un enfermo que había succumbido de poliomiélitis. Esta pudo así ser transmitida de un mono a otro, y todos los animales inoculados presentaron los mismos síntomas: los de la parálisis infantil. El agente patógeno se encuentra en las mucosidades de la nariz y la garganta y pe-

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio

Frasco e inyectables

fácil saber cómo, cuándo y dónde se ha contraído la infección, y cuando en un villorrio poco poblado se presenta un caso aislado, se averigua muy frecuentemente que el enfermo visitó algunos días antes una feria o un espectáculo público, donde se puso en contacto con un portador de gérmenes.

vestidas aún de su capa de nieve, cuyos efectos no se encuentran escasos de encantos. Una tierra desnuda es un doloroso espectáculo para un hombre que marcha en busca de una tumba, pues va encontrando por todas partes el más triste cementerio. Los pinos negros, que por uno y otro sitio decoraban las cimas de las peñas, ponían imágenes de duelo en todas ellas, para sobrecoger aún más el alma del oficial; por eso todas las veces que dominaba el valle en toda su extensión no podía menos de pensar en la desgracia que pesaba sobre el cantón y en el vacío que él significaba la muerte de Benassis. No pasó mucho tiempo para que Genestas llegase al paraje en donde en su primer viaje había tomado una taza de leche. Viendo el humo de la cabaña en la que se criaban los chicos del Hospicio, pensó más particularmente en el espíritu bienhechor de Benassis, y quiso acercarse allí para ofrecer en su nombre una limosna a aquella pobre mujer. Después de haber atado a un árbol su caballo, se acercó a la puerta de la cabaña, y entró en ella sin llamar.

—Buenos días, madre—dijo dirigiéndose a la vieja, que encontró sentada al rincón de la lumbre y rodeada de todos los niños en cucullas—. ¿Me reconoce usted todavía?

—¡Ay! Ya lo creo que le recuerdo, señor. Usted estuvo en esta casa un hermoso día de la primavera pasada y me entregó usted dos escudos.

—Pues ahora le traigo a usted esto para sus hijos.

—Se lo agradezco a usted con toda el alma, buen caballero, y que el cielo se lo pague como yo se lo pediré.

—No me agradezca usted nada, porque esto se lo debe al pobre señor Benassis.

La vieja levantó la cabeza al oír aquel nombre, y se quedó mirando a Genestas con especial atención.

—¡Ay Dios mío! Cuánto bien ha hecho ese hombre en nuestro pobre país, y aunque seamos todos los vecinos sus herederos, hemos perdido con él nuestra mayor riqueza, porque él hacía que todo sucediese felizmente entre nosotros.

—Adiós, buena mujer; roga a Dios mucho por él—añadió Genestas, después de haber dado a los niños un cachetito en la mejilla.

Acompañado de toda aquella piadosa familia, llegó hasta su caballo, subió a él y siguió su camino. Más adelante se encontró con el sendero que conducía a la casa de la Fosseuse. Llegó poco después a la rampa, desde la que se veía muy bien su casa, pero no sin cierta inquietud vió que todas las puertas se hallaban cerradas; llegó, por fin, a la gran avenida, cuyos olmos estaban completamente pelados de hojas. Cuando caminaba por ella, divisó al viejo labrador, medio endomingado, que marchaba despacio, completamente solo y sin ningún utensilio.

—¡Buenos días, señor Moreau!

—¡Ah! Buenos días, señor. No recordaba al principio que era usted un buen amigo del difunto, nuestro buen alcalde. ¡No hubiera valido más que el Buen Dios se hubiera llevado en su lugar a este pobre asmático! Yo no represento nada, mientras que él era la alegría de este cantón.

La parálisis infantil afecta tres formas distintas, de las cuales solamente la última es la frecuente. En la primera, el niño, generalmente, se acuesta por la noche en perfecta salud y se despierta al día siguiente con la enfermedad. En la segunda se distinguen dos fases: primero, el niño se siente mal durante dos o tres días, con fiebre y perturbaciones gastrointestinales;

CALCINHEMOL ALCUBERRO

PODEROSO ANTIANEMICO
ALCALA, 88. — MADRID

después, durante los tres o cuatro días que siguen, parece curado. La parálisis no se declara francamente hasta pasado este período indeciso. En la tercera forma, que es la más general, el niño se pone febril, sus piernas y sus brazos son muy sensibles, y pasa por alternativas de amodorramiento y de irritación; padece dolores de cabeza acompañados algunas veces de vómitos, y, si el final ha de ser la parálisis, ésta se declara den-

PAIDOTROFO

TONICO INFANTIL

tro de los cuatro primeros días de la enfermedad.

Se puede luchar muy eficazmente para prevenir la parálisis infantil y

atenuar sus efectos. Durante las epidemias, los niños deben ser preser-

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

(Véase anuncio, página IV.)

vados de todo contacto con las multitudes y con las casas donde existan enfermos. También ciertos aparatos ortopédicos, aplicados oportunamente, pueden contribuir a atenuar las consecuencias. Tan pronto como se produce la debilidad o la parálisis de los músculos, es necesario consultar a un ortopédico competente para

“MALTOPOL”

Extracto de malta en polvo; contiene diastasa y vitaminas en forma concentrada.

M. F. Berlowitz. — Alameda, 14.—
MADRID

que los músculos atacados descansen en una posición que evite que tiren de ellos los músculos que han quedado sanos. Cuando termina la crisis aguda, pueden aplicarse con mucho éxito ejercicios físicos moderados, masajes o tratamientos análogos.

Dos epidemias aisladas de parálisis infantil, que se declararon recientemente en Nueva York, fueron atribuidas al consumo de leche en malas condiciones; pero, habitualmente, la in-

fección se propaga de unos seres humanos a otros. Un ataque de la enfermedad, aunque sea muy ligero, da inmunidad para toda la vida. Además, el suero de una persona que ha tenido la enfermedad, incluso en grado muy benigno, contiene sustancias protectoras, que pueden incorporarse a otras personas, que quedan así inmunizadas. En 1910 se comprobó en

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

el Instituto Rockefeller de Nueva York que la aparición de la enfermedad entre monos infectados experimentalmente podía detenerse por una inyección de suero de la sangre tomada en personas o monos que habían pasado la poliomielitis. Al siguiente año esta observación se aplicó por primera vez a los seres humanos por el profesor Netter, de París, y desde entonces este principio ha sido generalmente adoptado para la profilaxis de la parálisis infantil. Desgra-

96%
CONVALESCIENTES
Elixir CALLOL

ciadamente, no se conoce exactamente toda la eficacia de este tratamiento, que no es ya apenas eficaz cuando la enfermedad ha llegado a declararse.

—¿Sabe usted por qué no hay nadie en casa de la Fosseuse?

El buen hombre se puso a mirar al cielo.

—¿Qué hora es, señor? No puedo ver el sol con la niebla—añadió.

Las diez y algunos minutos.

—Pues entonces está en la misa del cementerio. Ella va allí todos los días; es heredera de quinientas libras vitalicias y de la casa que habita mientras le dure la vida; pero la pobre casi se ha vuelto loca desde que ha sabido la muerte de su bienhechor.

—¿Adónde va usted ahora, buen hombre?

—Al entierro del pobre Jacobito, que es sobrino mío. El pobre se murió ayer mañana. Parece que era el señor Benassis quien le sostenía. Enseguida que se murió el señor Benassis, dejó también él de existir—añadió Moreau con aire entre burlesco y dolorido.

A la entrada del pueblo Genestas detuvo su caballo al ver a Gondrin y a Goguelat armados de picos y palas.

—¡Hola, antiguos camaradas!—les dijo—. Hemos tenido la desgracia de perder...

—No siga usted, no siga usted, nuestro oficial—respondió Goguelat con tono brusco—; lo sabemos ya muy bien, y venimos ahora de echar unos céspedes sobre su tumba.

—¿No será la de nuestro amigo una vida excelente para ser contada?—repitió Genestas.

—Indudablemente—añadió con rapidez Goguelat—: salvo en lo de las batallas, es el Napoleón de nuestro cantón.

Cuando llegaron al presbiterio, Genestas vió que se encontraban en la puerta Butifer y Adrián, hablando con el Sr. Janvier, quien sin duda alguna acabaría en aquel momento de aplicar su misa por el alma del Sr. Benassis. En el momento en que Butifer vió que el oficial se disponía a bajar de su caballo, corrió a su encuentro para sostenerle por la brida, y Adrián se echó al cuello de su padre, quien no pudo menos de enternecerse ante aquella prueba de afecto sincero; pero el oficial, ocultando sus sentimientos, le dijo:

—Estás completamente repuesto y crecido, Adrián. Gracias a Dios y a los excelentes cuidados de nuestro pobre amigo, te encuentras ya hecho un hombre. Tampoco me olvidaré nunca de tu buen maestro Butifer.

—¡Ah, mi teniente coronel!—dijo entonces Butifer—; lléveme usted a su regimiento. Desde que el señor Alcalde ha muerto, no sé qué será de mí en lo sucesivo, pues tengo miedo de mí mismo. El quería que yo fuese soldado, ¡pues sea!: cumpliré ciegamente su voluntad. Ya os diría él mi vida pasada, de modo que tenga usted conmigo toda la indulgencia posible...

—¡De acuerdo, bravo Butifer!—dijo entonces Genestas tendiéndole la mano—. Estate tranquilo, que yo te procuraré algún enganche. ¿Qué dice usted de todo esto, señor cura?

—Señor teniente coronel: yo me encuentro tan apenado o más que lo están todos los individuos de este cantón, puesto que yo veo más palpablemente que ellos lo irreparable que es la pérdida que hemos sufrido. ¡Aquel hombre era un ángel! Felizmente, murió sin sufriendo

acciones impositivas. Las acciones impositivas son conscientes y se verifican contra la propia voluntad, por un impulso interno al que la personalidad no se puede resistir. Al tratar de resistirse a ese acto se siente miedo u otra sensación indefinible, y bajo la influencia de las mismas cede el sujeto a aquella tendencia, como si por medio de un dolor físico se le obligara a hacer un acto contra su voluntad. La tendencia a actos sin importancia y hasta a la pronunciación de palabras incorrectas o sacrílegas (coprolalia) existe en numerosas enfermedades; pero cuando estos actos tienden a atentados graves, por ejemplo, el asesinato de los allegados, se trata más a menudo del temor de sentirse obligado a hacerlo que de un verdadero impulso a cometer el crimen, y salvo en la esquizofrenia, no suelen ser estas tendencias irresistibles. No se puede trazar una separación clara entre los impulsos y los temores que hemos dicho, porque estos últimos no son otra cosa más que los efectos de impulsos reprimidos a lo subconsciente.

Los actos automáticos pasan inadvertidos para el enfermo mismo, el cual no se da cuenta ni de que desea aquel acto ni de que le realiza. Si el acto es prolongado, lo observa como un tercero que no fuera actor en él. Estas acciones se presentan en la esquizofrenia, en la que, bajo el influjo del automatismo, se rompen cristales, se desgarran las ropas, se pega y se cometen otras serie de actos. También aparecen, muy bien desarrolladas, en las situaciones difíciles, histeriformes y simuladas, y adquieren el carácter de acciones complicadas y con una intención perfectamente manifiesta. Estos sujetos hablan y al parecer reproducen las palabras de un espíritu; escriben, y un sugestionador hábil puede lograr en muy poco tiempo que se hagan escritores automáticos. Un curandero hacía que todos sus clientes escribiesen automáticamente el diagnóstico y el tratamiento. En los centros espiritistas, todos los médiums hablan automáticamente. No es raro que todas estas personas se convencan de que son poseos de un espíritu (demonismo). Si este espíritu expresa lo que ellos piensan o desean conscientemente, se trata de un espíritu bueno. En todo otro caso, se trata de un espíritu malo. No es raro

tor, pero no un calambre o espasmo en el sentido habitual de estos términos. Hay que distinguir terminantemente esta hipermotilidad a que estamos aludiendo de la necesidad de ocupación que padecen los maniacos, la cual tiene siempre un objetivo. En los esquizofrénicos se producen algunas parafunciones que recuerdan la apraxia, pero que no tienen nada que ver, en cuanto a su origen, con este síndrome, sino que se parecen más a los actos aturridos que se realizan, por ejemplo, bajo la acción de un miedo intenso. Al andar, por ejemplo, los pasos son de diferente amplitud, no se conserva la línea recta, sin que las oscilaciones se parezcan en nada a las que se producen a consecuencia de las lesiones del cerebelo o de la intoxicación alcohólica. Los trastornos de esta índole, pero de menor grado, se han denominado pérdida de la gracia, porque el enfermo siente al mismo tiempo afectos encontrados que se adaptan mal a las ideas, y todos sus actos parecen amanerados y ensayados previamente. Hay casos en que determinados movimientos y hasta determinadas acciones resultan estereotipadas, particularidad que se puede producir por mecanismos muy diversos. Los catatónicos no pueden, algunas veces, cesar en un movimiento determinado, por ejemplo, llevar la cuchara del plato a la boca cuando ya no queda comida, o no se les ocurre cesar en el movimiento cuando la sopa se ha terminado. Los actos muy cargados de afecto tienen tendencia a estereotiparse, y con el tiempo sufren abreviaciones o se desplazan de una región del cuerpo a otra. Se refiere de un militar retirado que con gran frecuencia realizaba un movimiento de pronación forzada de ambas manos. Este movimiento procedía de que, desde muy joven, había logrado un alto cargo por méritos de guerra, y miraba frecuentemente sus bocamangas con satisfacción. Algunos actos corrientes, como los de abrocharse o dar la mano, sufren en algunas personas modificaciones que les dan un carácter peculiar, y estas modificaciones se estereotipan. Un señor, al escribir, adelantaba exageradamente el codo derecho, de forma que todo el que le veía escribir sin conocerle creía que padecía algún defecto en una articulación que le obligaba a hacerlo así.

De la misma manera se pueden estereotipar una serie de vicios que recuerdan bastante bien todos los defectos de un mal actor cómico. Comoquiera que en muchos muchachos se inician estos defectos en la época de la pubertad, pero desaparecen luego, cuando se estereotipan los interpretan algunos como síntomas puberales fijados y exagerados por la enfermedad. Cuando la estereotipia afecta a la palabra, se la llama verbigeración. Durante la misma se repiten, estereotipadas, una serie de palabras y de frases que carecen de sentido por completo o que, por lo menos, no le tienen para la situación en que se encuentra el enfermo. El tono en que estas palabras se pronuncian también suele ser estereotipado. Además de las estereotipias de los movimientos, a las que hemos aludido, las hay de la posición y del lugar. Las estereotipias de que venimos hablando pertenecen a los síntomas catatónicos, y, además de la esquizofrenia, se presentan en los orgánicos. En cambio, la perseveración que se produce en estos últimos, especialmente en los casos de focos cerebrales extensos, como se los encuentra en los atáxicos, los enfermos no cesan de repetir una palabra que acaban de oír o de pronunciar ellos mismos, y cuando han llegado a realizar una acción sencilla o a tener un pensamiento sencillito también, en cuanto quieren hacer otra cosa, incurren sin poderlo remediar, y con frecuencia contra su misma voluntad, en la misma acción o en el mismo pensamiento de antes.

Las parafunciones de la voluntad suelen ir asociadas a lo que se llaman los impulsos o instintos. El instinto del hambre, o sea el impulso de alimentarse, se encuentra en el hombre moderno muy atrofiado, puesto que es raro que pase verdadera hambre, y hasta cuando en una enfermedad se niega a alimentarse, se le alimenta a la fuerza. El instinto de conservación también está a la fuerza. El instinto de civilización por la menos desarrollado en el hombre civilizado por la menor frecuencia de ocasiones de manifestarse; en cambio, el instinto del suicidio resulta una verdadera calamidad de los nosocomios; el instinto sexual se ha conservado con la misma pujanza que en épocas primitivas, y, si bien son varios los procedimientos que tienden a

dominarle, por ejemplo, el concepto de la castidad, la monogamia, el deseo de reducir la descendencia, etc., es frecuente que se abra paso violentamente, y cuando es necesario reprimirle, engendra gran número de conductos fictos.

Los trastornos del instinto del hambre no tienen, en psiquiatría, gran importancia. Los parafíticos y los idiotas acusan voracidad; los deprimidos y los catatónicos carecen de apetito y llegan a mostrar repugnancia por los alimentos y las bebidas, de modo que se someten a una abstinencia que se prolongaría en términos peligrosos si se les consintiera. Los nerviosos muestran gustos extraños (pica), y los esquizofrénicos tienen tendencia a comer todo lo que encuentran, hasta sus propios excrementos (coprofagia), unas veces con satisfacción gustativa, y otras, sin ella. El instinto sexual determina una patología especial de gran interés: el instinto de la ética va desde el altruista genial hasta el idiota moral que carece de todo sentimiento altruista. Cuando se habla de impulsos patológicos, se suele dar a esa palabra de impulsos una significación muy diferente. Origan *impulso*, se llevan a cabo sin reflexión o con rapidez, con destreza y con una falta total de consideración para los intereses de los demás o para los del propio enfermo. Además, se incluyen bajo el título de acciones impulsivas otras muy diversas, como la pironomanía (impulso invasor al suicidio o al asesinato). Todos ellos se incluyen en el estudio de la locura impulsiva. Lo que tienen de común todas las acciones impulsivas es que se verifican sin participación de la reflexión y de la voluntad consciente. Las que se denominan acciones impulsivas no coinciden con los impulsos anteriormente citados sino que de una manera parcial. Abarcan actos diversos, mal llamados, que se llevan a cabo con brusquedad y sin una reflexión suficiente. Unas veces son manifestaciones afectivas en los emotivos, y otras veces están realizadas por razones íntimas que ni el mismo sujeto conoce correctamente, como sucede con gran frecuencia en los esquizofrénicos. También se califican de impulsivos, pero sin razón, otros actos patológicos que nosotros llamamos

VACANTES POR OPOSICION

Publicamos en el presente número una relación de vacantes de médicos titulares, Inspectores municipales de Sanidad, que se anuncian para su provisión en propiedad POR OPOSICION.

EL SIGLO MEDICO ha editado con el mayor detenimiento las

CONTESTACIONES

al Programa oficial vigente, que responden, tema por tema, al Programa.

4 TOMOS *Medicina
Cirugía
Higiene
Legislación* con un total de **1.600** páginas.

Precio de la obra completa VEINTICINCO PESETAS.

2.750 pesetas; 168 familias de beneficencia y población de 3.239 habitantes. Provisión por concurso libre de méritos y selección por Tribunal. Solicitudes hasta el 27 de febrero.

—La de Villanueva de Alcorón (Gualajara) y su anejo Armallones; por renuncia; 3.^a categoría; dotación 2.200 pesetas; 20 familias de beneficencia y 1.359 habitantes. Provisión por concurso libre de méritos y selección de aspirantes por Inspección. Solicitudes hasta el 27 de febrero.

Por oposición, y en armonía con lo dispuesto en la ley de 15 de septiembre de 1932 y Reglamento de 7 de marzo de 1933 (arts. 23, 25 y 26), se anuncian a oposición las siguientes plazas de Médicos:

—La de Ceclavín (Cáceres); por defunción; 3.^a categoría; dotación 2.200 pesetas; 180 familias de beneficencia y población de 3.032 habitantes. Provisión por oposición (Distrito primero). Solicitudes hasta el 26 de febrero.

—La de Onil (Alicante); por nueva creación; 3.^a categoría; dotación 2.200 pesetas; 62 familias de beneficencia y población de 3.032 habitantes. Provisión por oposición (Distrito segundo). Solicitudes hasta el 26 de febrero.

—La de Onil (Alicante); por defunción; 3.^a categoría; dotación 2.200 pesetas; 62 familias de beneficencia y población de 3.032 habitantes. Provisión por oposición (Distrito primero). Solicitudes hasta el 26 de febrero.

—La de Piedralaves (Avila); por nueva creación; 1.^a categoría; dotación 2.200 pesetas; 100 familias de beneficencia y 2.279 habitantes. Provisión por oposición (30 ptas. d. o.). Solicitudes hasta el 26 de febrero.

—La de Naval (Huesca) y sus anejos Bárcabo y Salinas de Hoz; por nueva creación; 3.^a categoría; dotación pesetas 2.200; 12 familias de beneficencia y población de 2.630 habitantes. Provisión por oposición (Distrito primero). Solicitudes hasta el 26 de febrero.

—La de Ubéda (Jaén); por nueva creación; 1.^a categoría; dotación 3.300 pesetas; 300 familias de beneficencia y 27.225 habitantes. Provisión por oposición (25 ptas. d. o.). Solicitudes hasta el 26 de febrero.

—La de Valverde de Mérida (Badajoz); por renuncia; 3.^a categoría; dotación 2.200 pesetas; 96 familias de beneficencia y población de 1.531 habitantes. Provisión por oposición (derechos op. 25,00). Solicitudes hasta el 26 de febrero.

—La de Mazarrón (Murcia); por defunción; 2.^a categoría; dotación 2.750

pesetas; 300 familias de beneficencia y población de 14.120 habitantes. Provisión por oposición (30 ptas. d. o.). Solicitudes hasta el 26 de febrero.

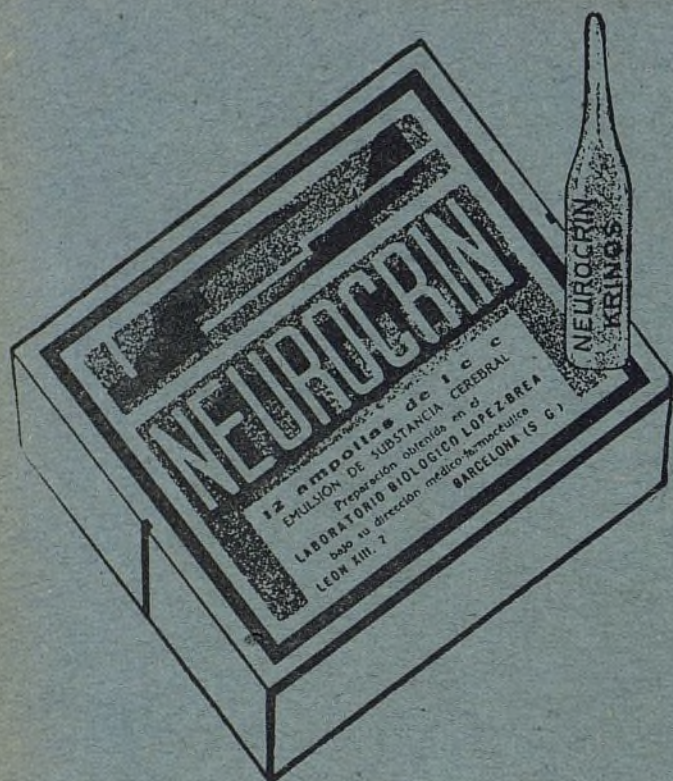
Pesquera de Duero

Se halla vacante la plaza de Practicante titular de la Beneficencia de esta villa, dotada con el haber anual de 750 pesetas, y para su provisión en propiedad, se saca a concurso por el plazo de treinta días hábiles, a contar desde el que aparezca el presente inserto en el *Boletín Oficial*. Los concursantes presentarán debidamente reintegradas sus instancias y títulos de aptitud.

Pesquera de Duero, 18 de enero de 1934.—El Alcalde, *Fortunato F. de Velasco*.

Se halla vacante la plaza de Matrona titular de la Beneficencia de esta villa, dotada con el haber anual de 750 pesetas, y para su provisión en propiedad, se saca a concurso por el plazo de treinta días hábiles, a contar desde el que aparezca inserto el presente en el *Boletín Oficial* de la provincia. Las concursantes presentarán, debidamente reintegradas, sus instancias y títulos de aptitud.

Pesquera de Duero, 18 de enero de 1934.—El Alcalde, *Fortunato F. de Velasco*.



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynos

(Emulsión aséptica de sustancia cerebral)

INDICACIONES

- Antineurálgicas** (jaquecas)
- Anticonvulsivas** (síndromes epilépticos)
- Antigénicas** (disonias vegetativas)

Por contener lipoides de cerebro inalterados, debido a su especial preparación, actúa, además, como reconstituyente nervioso y siempre con resultados convincentes en los casos de

Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenaje, Desnutrición y Raquitismo

ADMINISTRACION Y DOSIS

El NEUROCRIN KRYNOS, va contenido en ampollas de 1 c. c. que por el reposo del mismo se divide en dos capas, siendo preciso agitarlo bien antes de ser aspirado por la jeringuilla

En los adultos, una inyección subcutánea de 1 c.c., en días alternos, en los niños, mitad de la dosis.

MUESTRAS PARA EXPERIMENTACION CLINICA
LEON XIII, 7
Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA

Ayuntamiento de Madrid

TERAPEUTICA DE LAS
ALTERACIONES MENSTRUALES

OVARIOTONO

COMPOSICIÓN { Sustancia ovárica, 0.10; Sustancia tiroidea, 0.03; Viburnum prunif. extr., 0.06; Piscidia erythrina extr., 0.06; Hyoscyamus niger extr., 0.01.



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

De dos a ocho grageas al día (dos cada vez)

HEMOSTONO

COMPOSICIÓN { Sustancia mamaria, 0.10; Sustancia placentaria, 0.05; Secale cornutum extr., 0.06; Hamamelis virg. extr., 0.04; Hydrastis canad. extr., 0.02.



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

De dos a ocho grageas al día (dos cada vez)