

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.186.—Tomo 93

AÑO OCHENTA Y UNO

Marzo 1934



Cuando son frecuentes los
resfriados, la gripe,
la neumonía, etc.

apreciará Vd., Doctor, la eficacia de la

CARDIAZOL-QUININA



Es antipirética y aumenta la resistencia por parte del componente quinina, tonifica la circulación y por su componente Cardiazol obra como espasmolítica de los bronquios.

Demás indicaciones: Terapia y profilaxia de la bronquitis y neumonía postoperatoria · paludismo · taquicardia paroxística · arritmia absoluta · extrasístoles · afecciones febriles con intensa destrucción de albúminas (p. ej. tuberculosis) · debilidad primaria de los dolores del parto · partos prematuros febriles.

Tubos de 20 grageas. Cajas de 5 ampollas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN/RH. (Alemania).

**Yodo-
Calcio-Diuretina «Knoll»**



Hipertensión, Angina de pecho, Asma etc.

Tubos de 20 tabletas

SARNA

(ROÑA)

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

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Rocafort, 135, Barcelona

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 PARIS

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

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO BENGALAI

Esencia, Agradable e inofensiva.

ASMA, ENFISEMA, CATARRO, ORIZA
De Venta en todas las Farmacias. - Muestras: RIERA S. C. BARCELONA, Ap. 229.
A. PAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE-PARIS

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.

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

P R E S E N T A

QUADRONAL

El analgésico ideal por su composición:

1. Antipirina.
2. Fenacetina.
3. Cafeína.
4. Lactofenina.

QUADRO-NOX

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

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

Polifosforina

POLVO - COMPRIMIDOS INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

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

ritorio de una de las ramitas de la arteria pulmonar. Si se encuentra cerca de la superficie tiene una forma piramidal, con la base hacia la pleura, pero si se encuentra en el centro del parénquima tiene una forma ovoidea. Es duro; si se le corta, la superficie aparece negra y granulosa, húmeda cuando la hemorragia es reciente, y seca cuando ya no lo es. Los infartos suelen ser múltiples y bilaterales, y se encuentran en la mayoría de los casos en la región posterolateral de las bases. Una vez que ha pasado el período de producción de la hemorragia, si las arterias bronquiales quedan permeables se produce pronto la curación, que llega a ser completa cuando las arterias pulmonares recuperan también la permeabilidad, pero que pueden quedar con una cicatriz cuando la arteria pulmonar no puede volver a hacerse totalmente permeable. Si, por el contrario, los vasos pulmonares y los bronquiales quedan obstruidos, el tejido pulmonar sufre una degeneración y se elimina, y en el sitio de la lesión queda una pequeña caverna. Cuando el foco de apoplejía es superficial puede determinar un derrame pleural; si se infecta, lo que origina es un absceso o un foco de gangrena pulmonar. Hay casos en los que la apoplejía por infiltración es difusa, no sistematizada, lo que significa que no se atiene a la distribución de ninguna rama arterial. Se llenan en este caso todos los alvéolos de un lobulillo, porque se produce la rotura de una rama sin obliteración del vaso, y el foco tiene al exterior una forma festoneada.

Los síntomas del infarto hemoptoico son muy variables e inconstantes, de modo que muchas veces lo que pone sobre la vía del diagnóstico es una complicación, por ejemplo, un derrame de la pleura. Los síntomas fundamentales son la disnea brusca y el dolor de costado que se presentan en los casos de embolia y, sobre todo, la hemoptisis. La sangre no sale nunca pura, sino mezclada a los esputos, que son pequeños, negruzcos y de un color agrio. En cuanto a los signos físicos, consisten en

Cada vez se pondrá una cantidad escasa, pero se friccionará enérgicamente con un cepillo de cerda. Mientras dura la aplicación de esta pomada, se deben suspender los baños y los lavados.

La brea de haya actúa como absorbente. Produce al principio una ligera dermatitis medicamentosa, pero cuando ésta se pasa, el eritema psoriasico palidece y el infiltrado se absorbe. Si el enfermo padece una alteración renal, no está indicado el tratamiento por la brea, salvo que se haga en zonas muy reducidas. Durante el tratamiento por los preparados de brea se debe ensayar la orina a diario, y si se observa que toma un color verde oscuro, se suspende inmediatamente el tratamiento. Cuando, por descuidar esta medida de prudencia, se haya llegado a producir una intoxicación, la cantidad de orina se reducirá de tal modo, que llegará en algunos casos a la anuria completa; la escasa orina que se ha podido recoger tiene un color verde negruzco. Igual color tienen las heces; el enfermo padece diarrea y náuseas, convulsiones y modorra.

Recurso muy eficaz, pero con frecuencia mal tolerado, es el pirogalol, que se emplea en pomada o disuelto en alcohol. La concentración inicial no debe pasar del 5 por 100. En el curso del tratamiento, si el enfermo lo tolera bien, se puede llegar al 10 por 100. Por excepción se pasará de ahí en enfermos de muy buena tolerancia.

Acido pirogálico.....	5 gramos.
Oxido de cinc.....	10 gramos.
Vaselina.....	85 gramos.

M. y h. pomada.

Acido pirogálico.....	5 gramos.
Alcohol rectificado.....	95 gramos.

D. para uso externo.

Estas fórmulas al 5 por 100 se recetarán en la can-

tividad indicada cuando los focos de psoriasis sean extensos. De lo contrario, la cantidad total de 100 gramos resulta excesiva. La aplicación del medicamento se hace, lo mismo que la de los preparados de breá, con un pincel o cepillo de cerdas ásperas, en capa muy delgada y friccionando bien. Las aplicaciones se deben hacer dos veces al día. Antes de comenzarlas se convencerá el médico de que no existe lesión renal alguna, y por medio de exámenes frecuentes de la orina conservará la convicción de que sigue bien. Si aparece alguna alteración, se suspende inmediatamente el tratamiento. No suele haber lugar a estas lesiones, porque el medicamento es muy irritante para la piel y provoca dermatitis supuradas y forunculosis antes de que aparezcan los síntomas generales.

El ácido piragálico tiene el inconveniente de teñir de pardo la piel, los cabellos y la ropa. Bajo la acción del medicamento, los focos de psoriasis dejan de descamar, disminuyen de extensión y se aplanan. Al final quedan solamente escamas de color pardo oscuro. Todo cuanto se ha dicho del ácido piragálico se puede repetir del ácido crisofánico y de la crisarrobina. Esta última se emplea a la misma concentración: empezando por el 5 por 100 y llegando hasta el 10; también se usa en pomada o disuelta en traumática; se aplica en capa delgada y mancha la piel y la ropa. La crisarrobina provoca una inflamación intensa de los focos de psoriasis, que se transforman en leucodermas. El color blanco que adquieren, unido a la intensa coloración de la piel circundante, hace que aquellos focos destaquen mucho. El acné, las dermatitis y hasta los fenómenos generales, todo ello con el mismo aspecto que se ha dicho del piragálico, son los accidentes comunes por el empleo de la crisarrobina.

Como combinación más moderna y de eficacia en el psoriasis se ha recomendado la siguiente:

se produce por desgarró contiene, además de la sangre vertida, algunos restos del parénquima pulmonar. El infarto hemoptico depende casi constantemente de una lesión cardiovascular, que determina embolia o trombo-sis de una de las ramas de la arteria pulmonar. La hemorragia que se produce en estos casos se puede explicar por tres mecanismos: la fluxión colateral. Consiste en que, obstruida la arteria, las que nacen de ella inmediatamente por encima del sitio de la obliteración reciben una mayor cantidad de sangre, la presión en ellas aumenta mucho y, como consecuencia de ello, los capilares y las anastomosis que tienen con las ramas colaterales del tronco, más allá del sitio obstruido, se dilatan. De esta manera se establece una circulación colateral que lleva la sangre a aquellos territorios a los que no puede llegar de una manera directa, lo cual da-rece que debía ser beneficioso; pero suele suceder que la anemia que sufrieron antes estos vasos los altera, y también que la distribución de la sangre se hace de una manera irregular, y lo que tiene lugar en dichos vasos es una fuerte congestión pasiva, que determina la rotura de los mismos. También puede suceder que la lesión que una arteria sufre a nivel del sitio en que se enclava la embolia destruya las ténicas interna y media, y que aunque persista solamente la adventicia, de modo que la sangre penetre entre la túnica media y la externa, y por este intersticio se extienda a todo el territorio de que la arteria obstruida es tributaria. Por último, atribuyen otros la apoplejía por desgarró a las lesiones que sufren el endotelio de los vasos y el de los alvéolos pulmonares, al mismo tiempo que a la acción de la congestión pasiva. La mayor parte de las embolias pulmonares se producen a consecuencia de las lesiones mitrales y de la flegrmasia *alba dolens* y, por tanto, estas enfermedades fundamentales serán también las responsables de la mayoría de los casos de apoplejía pulmonar. En la apoplejía por infiltración, el foco corresponde exactamente al te-

TERTULIA MEDICA **HISTORIA - ARTE - CRÍTICA** **AMENIDADES**

3-III-1934

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

LOS MAESTROS DE LA CIENCIA

ERNESTO MALVOZ

El profesor Ernesto Malvoz, que, con ocasión de cumplir sesenta años, ha recibido el homenaje de Bélgica y de los sabios del mundo entero, fué el iniciador en su país de la higiene social.

Nacido en Huy en 1862, tan pronto como salió de la Universidad, y gracias a una resonante Memoria sobre el paso de las bacterias de la madre al feto, obtuvo una pensión de estudios, que le permitió continuar sus investigaciones en Alemania y Francia. A su regreso a Bélgica fué encargado de la enseñanza bacteriológica en Lieja, y muy poco después, señalado por múltiples trabajos, era llamado al seno de la Academia Real de Medicina.

Por su iniciativa, en 1894, la provincia de Lieja organizó la distribución gratuita del suero antidiftérico, que Roux acababa de incorporar a la medicina preventiva y curativa. Para preparar este suero y para practicar los análisis necesarios, la provincia de Lieja creó un Instituto de Bacteriología—el primero de Bélgica—, cuya dirección se confió a Malvoz. Este agregó al Instituto un servicio de análisis de aguas y un servicio de desinfección.

La reunión, en las mismas manos, del Laboratorio universitario y del Institu-

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

to provincial fué fecunda en investigaciones científicas y en aplicaciones prácticas. El profesor Malvoz formaba los estudiantes y preparaba los médicos para la aplicación práctica de los nuevos descubrimientos y, al mismo tiempo, les iniciaba en la clínica científica y en la medicina social.

En 1897, Malvoz emprendió una intensa campaña contra la tuberculosis, y sus propagandas llevaron a la creación del Sanatorio de Bergoumont, el primero de su clase en Bélgica. Tres años más tarde abría Malvoz el primer dispensario antituberculoso, del que hizo un órgano de diagnóstico, de asistencia, de educación y de profilaxis.

En 1903, pasó Malvoz a ocuparse de

la anquilostomiasis, forma de anemia sufrida entre los mineros de los países templados; la lombriz intestinal que causa esta afección sólo puede diseminar sus huevos en el calor húmedo de las minas de carbón. Un minero sobre tres era víctima de este contagio.

Las medidas administrativas eran impotentes, y Malvoz tuvo la perspicacia de reconocer que solamente con la colaboración de los interesados podría triunfarse. Persuadió a los jefes de las mutualidades obreras y a los directores de las explotaciones carboníferas para



FORMULA POR 20 GRAMOS

Tihocol.... 23 cent.

Codeína... 1 —

Arrhenal. 2 —

Precio al público 4,95 ptas.

que le prestasen su concurso, y pudo así hacer examinar en el Dispensario del Minero a todos los obreros hulleros de la región de Lieja. En 1907, la proporción de enfermos descendía a un cuatro por ciento, y en 1912 la anquilostomiasis había desaparecido del país. El beneficio era considerable para la salud y el bienestar de la clase obrera, y, materialmente, los beneficios no eran menos considerables por hacerse desaparecer las subvenciones de enfermedad para los mineros anémicos. El coste de la profilaxia era muy inferior a las ganancias así obtenidas, y la higiene lograba un decisivo triunfo.

En 1909, siempre bajo la inspiración de Malvoz, la provincia de Lieja creó la Clínica del Mystagmus de los Mine-

IODARSOLO

**Primer producto de iodo y arsénico.
 BALDACCI - PISA**

ros, para combatir una afección frecuente entre estos trabajadores y caracterizada por el temblor de los ojos. Más tar-

de esta clínica extendió su acción y se convirtió en Clínica provincial de Enfermedades del Trabajo.

En 1912, y sobre el modelo del dis-

CALCINHEMOL ALCUBERRO.

**PODEROSO ANTIANEMICO
 ALCALA, 88. — MADRID**

pensario antituberculoso, fundó Malvoz el primer dispensario antisifilítico. También aquí su obra de precursor extendió sus beneficios en el mundo entero.

En 1924 instituyó un centro de preparación y de distribución de la vacuna antituberculosa B. C. G.

Recientemente, e igualmente por su iniciativa, la provincia de Lieja estableció un dispensario ambulante que, de común en común, aseguraba el diagnóstico precoz de la tuberculosis entre los escolares.

No es posible describir aquí toda la considerable obra científica desarrollada por Malvoz en su laboratorio ni enumerar las legiones de discípulos por él formadas.

En su gran modestia, el eminente sabio había rehusado hasta aquí todas las manifestaciones organizadas en su honor. Accedió, al fin, a aceptar un homenaje, con la condición de que los fon-

“MALTOPOL”

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

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

dos reunidos con tal ocasión sirviesen para proporcionar una cura sanatorial a los estudiantes de la Universidad de Lieja aquejados de tuberculosis.

El profesor Malvoz se prepara para organizar el examen médico preventivo de los estudiantes, medida que no solamente salvaguardará la salud del cuerpo estudiantil, sino que iniciará en la medicina preventiva a los futuros médicos, abogados, ingenieros y profesores.

Malvoz no solamente conquistó para la ciencia verdades nuevas, sino que ha querido que éstas sirvan para el mejoramiento de la suerte de los hombres. Las creaciones que ha concebido y realizado quedarán como una de las más sólidas armaduras de la medicina social.

GUERRA A LA GUERRA

Conclusión.

Enrique.—¡Menos!
Victor.—Pues ¿qué has ganado?
Enrique.—Soy franco;
lo que he ganado aún no sé.
Victor.—Voy a decírtelo.
Enrique.—¿Qué?
Victor.—Yo, ser cojo, y tú, ser manco.

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22.—Jaén.

Enrique.—¡Ay! Un cañón inclemen-
[te...]
Victor.—La guerra es cosa admirable;
siempre se apunta a un culpable
y se mata a un inocente.
Enrique.—Dios maldiga a esos Tibe-
[rios]

que, del infierno al trasluz,
van jugando a cara o cruz
la suerte de los imperios.

Victor.—Amén.
Enrique.—¿Qué sed infernal!
Victor.—Pues bebe; ahí tienes el río.
(Enrique se inclina para beber, pero
no puede.)

Enrique.—¿Y me he de bajar, Dios
[mío,
cual si fuese un animal?

Victor.—¡No te impacientes, hermano,
yo de beber te daré;
como Diógenes, te haré
una taza con la mano.
(Victor le va alcanzando agua a En-
rique.)

Enrique.—¡Gracias, gracias! ¡Maldi-
[ción,
va rojo de sangre el río!
¡Hoy todo es en torno mío
tristeza y desolación!

Victor.—Sigue, que con buena gana...
Enrique.—¡Si va el agua tan espesa!...
Victor.—¡La mitad, sangre francesa!
¡La otra mitad, alemana!
Enrique.—¡La sangre que lleva el río
me hace dar diente con diente!
Victor.—¡Aunque se toque caliente,
la sangre siempre da frío!

PAIDOTROFO

TONICO INFANTIL

Enrique.—No quiero más. El esófago
de ver sangre se me cierra.

Victor.—Eso es hasta que la guerra
te convierta en antropófago.

Enrique.—De una tragedia infernal
parece ese agua el espejo.

Victor.—Confiesa que el mundo viejo
no estaba del todo mal.

Enrique.—¡Yo he perdido tanto
[bien...!

¡Era tan feliz!... Y ahora...

TERTULIA MEDICA

Victor.—¿Tienes madre?
Enrique.—Que me adora.
Y otra persona también...
Victor.—Y esa persona ¿es bonita?
Enrique.—Blanca y rubia como el oro.
Victor.—¿Rubia? Ya también la ado-
[ro.

¿Y se llama?
Enrique.—Margarita.
Victor.—Y a ese ser de cutis blanco
y de cabello tan rojo,
di, ¿la gustaría un cojo?
Enrique.—No, no. ¡Ni siquiera un
[manco!

Muerto por aquel cañón,
fuera más feliz mi suerte,
porque me haría la muerte
vivir en su corazón.

Victor.—¿Piensas ir a verla?
Enrique.—¡Quita!
¿Verme yo manco a su lado?
¡Estar despoetizado
delante de Margarita!

Omnadina

activa las defensas orgánicas

¡Con tanto afán y tan bien
mi corazón la adoraba,
que al mismo Werther miraba
con soberano desdén!
¡Amar y estar de esta suerte!...
Victor.—Pues, como lisiado estás,
Enrique, tú vivirás.
Conozco mucho a la muerte.
En fin, nos hemos batido
por...

Enrique.—Por nada o casi nada...
Victor.—Y hemos hecho una jugada
en que ambos hemos perdido.
Enrique.—¿Qué bien! Llega un ale-
[mán,

se bate con un francés,
y ambos quedan sin los pies,
sin alas, manos y...

Victor.—Sin pan...
Enrique.—Dos días ha que no como.
Victor.—¿No? Pues todo este terreno,
si tienes hambre, está lleno
de carne frita con plomo.
(Mirando a unos árboles.)

¡Ah! Mira lo hermosa que es
la fruta de estos manzanos...

Enrique.—(Mirando la fruta con an-
sia.) ¡Oh! ¡Si yo tuviera manos!...

Victor.—¡Oh! ¡Si yo tuviera pies!...
¡Pensamiento salvador!
¿Tienes de ellas muchas ganas?

Enrique.—¡Muchas!
Victor.—Comerás manzanas...
hulano merodeador.

Tú eres manco, yo soy cojo;
pues bien, te acercas a mí,
te arrodillas, subo en ti,
te alzas, me empino y las cojo.

Enrique.—Pero es tan extraordinario...
Victor.—Serás, siendo tan estoico,
pobre, encorvado y heroico,
más grande que Belisario.

Enrique.—Pero, Señor...

Victor.—Ten modestia.

¿Ignoras, gran pecador,
que Nabucodonosor
por querer ser Dios, fué bestia?
¿Tendrás más virtud que él tuvo?

Enrique.—Pero...

Victor.—¡Subir o morir!

Enrique.—Pero...

Victor.—¡Morir o subir!

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

Enrique.—Pues súbete.
Victor.—(Se va subiendo apoyado so-
bre uno de los hombros de Enrique.)
Pues me subo.

Alza. Más.

Enrique.—Esto horripila.

Victor.—Más.

Enrique.—De mi bondad me asombro.
Victor.—He aquí a un galo sobre el
[hombro

de un descendiente de Atila.

¿Dónde echaré?... ¡Voto a San...!

(Le quita el casco y echa en él las
manzanas.)

En este casco prusiano,
que cubre un magín paisano
del gran filósofo Kant.

Enrique.—¿Cómo consiente la tierra
que así de mi orgullo abdique?

Victor.—Estas vergüenzas, Enrique,
se las debes a la guerra.

Enrique.—Cierto.

Victor.—Y mejor que este día
me pagó el Emperador,
yo te pagaré el sudor
que sudes por causa mía.

Enrique.—Más...

Victor.—Olvida lo que ves
y piensa en lo que verás,
y qué humillación tendrás
de esta humillación después.
Compañero de dolor,
bájame ya.

Enrique.—¿Estás contento?

Victor.—¡Si! Tienes gran sufrimiento,
que es el valor del valor.

YODALGON

ARRHENALADO

COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

(Se sientan sobre unas piedras a co-
mer las manzanas.)

Siéntate. En esta campiña
pondremos al hambre fin,
mientras tu rey da un festín
a las aves de rapiña.

Feliz tú; con la unidad,

tu gloria y estas manzanas...

¿No comes? ¿No tienes ganas?...

(Continúa en la página XVIII.)



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

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

Simbiosis 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

Para opositar a las siguientes

VACANTES

EL SIGLO MÉDICO

tiene editado 4 tomos que responden a las 4 partes del

PROGRAMA

MEDICINA • CIRUGÍA • HIGIENE
• LEGISLACIÓN SANITARIA •

VACANTES

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, 24, 25 y 26), se anuncian a oposición las siguientes plazas de médicos titulares:

—La de Instinción (Almería); por renuncia; 3.^a categoría; dotación, 2.200 pesetas; con 25 familias de beneficencia y población de 1.504 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 27 de marzo. Derechos de oposición, 30 pesetas.

—La de Yestres (Albacete); por excedencia; 2.^a categoría; dotación, 2.750 pesetas; con 150 familias de beneficencia y población de 10.809 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 27 de marzo. Segundo distrito.

JARABE "ROCHE"

DE THIOCOL

Afecciones broncopulmonares

PANTOPON "ROCHE"

Opio total inyectable

ALLONAL "ROCHE"

Antidalgico poderoso

SPASMALGINE "ROCHE"

Antiespasmódico por excelencia

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

GASTRITIS DOLOROSAS

HYPERCLORHIDRIA

ULCERAS

KAOLINASE

KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO
— TIÓ —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

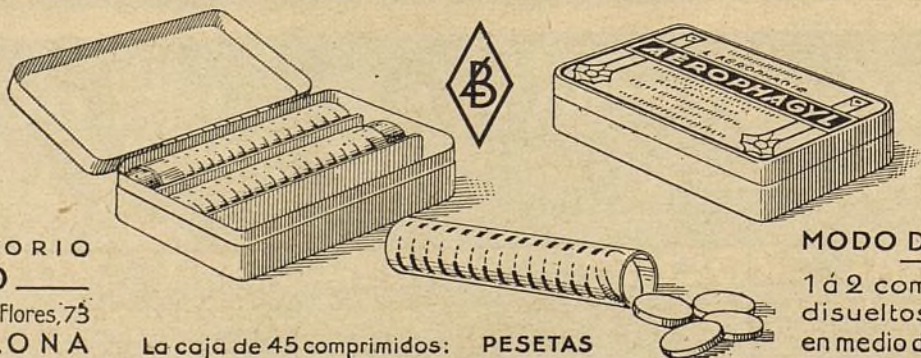


La caja de
20 dosis
de 10 gramos
6 PESETAS

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

INSOMNIOS
TRASTORNOS CARDÍACOS
TRASTORNOS NERVIOSOS
TRASTORNOS PULMONARES

AÉROPHAGYL



LABORATORIO
— TIÓ —
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 REDACCION CIENTIFICA

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. JOSE ALVAREZ SIERRA
Del Hospital de San Rafael.

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

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

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. JOSE CODINA Y CASTELLVI
Decano de la Beneficencia Provincial. Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina.

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

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

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

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

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

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

Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA
De la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

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

Prof. 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. J. DE ISASA Y ADARO
Pediatra.

Dr. C. JUARROS Y ORTEGA
Profesor de la Escuela de Criminología. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. JACOBO LOPEZ ELIZAGARAY
De la Beneficencia Provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

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

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

Dr. MANUEL MARIN AMAT
Oftalmólogo. Académico C. de la Nacional de Medicina.

Dr. M. MARTINEZ SALDISE
Médico titular.

Dr. A. MORANA Y JIMENEZ
Análisis clínicos.

Dr. JOSE MOURIZ Y RIESGO
Jefe del Laboratorio Central de la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. B. NAVARRO Y CANOVAS
Radiólogo. Del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. FEDERICO PECO
Jefe de Clínica del Instituto de la Encarnación.

Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI
De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

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

Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA
Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

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

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

Dr. C. DE SAN ANTONIO
Del Hospital del Buen Suceso.

Dr. J. SARABIA Y PARDO
Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. 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.

Prof. J. FRANCISCO TELLO
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. J. M.^a TOME Y BONA
Dermatólogo. Secretario de actas de la Academia de Dermatología y Sifiliografía.

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.

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

Dr. J. M.^a DE VILLAVERDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuro-psiquiatra 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 Marzo de 1934

:-:

Núm. 4186

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: Simulación y neurosis de renta en accidentados del trabajo, por el Dr. Nogales Puertas.—Contribución al estudio de la Patogenia de la tuberculosis laríngea, por el Dr. Juan Jiménez Cervantes.—Sesiones clínicas: Clínica Médica del Dr. Fidel Fernández.—**Bibliografía.**—Periódicos médicos.

Simulación y neurosis de renta en accidentados del trabajo⁽¹⁾

POR EL

Dr. NOGALES PUERTAS

El problema de la simulación, con su concomitante la llamada neurosis de renta por los alemanes, o la sinistrosis de los franceses, resulta extraordinariamente complejo, y hoy día ocupa uno de los primeros puestos en la Medicina del trabajo, como problema que, en su génesis y en su terapéutica, ofrece amplias facetas en el aspecto médico y social.

Y nosotros, como especialistas médicos del trabajo, es lógico que hayamos sentido sus inquietudes y que traigamos a esta naciente y primera Academia de Medicina del Trabajo nuestras observaciones, nuestros estudios, que quiero expresar de la *manera* más concreta y a la par más comprensible.

Problema es éste en el que existe la más lamentable confusión. Es de lamentar cómo haya todavía médicos que tiendan a rivalizar con el obrero a ver quién puede ser más suspicaz, más astuto, y en vez de superar a la malicia del obrero accidentado, que por motivos tan diferentes, en cuanto a la parte que toma en ello su conciencia y su moral, y con ello su diferente responsabilidad, trata de explotar un accidente banal para alcanzar una renta que le permita vivir con más comodidad o sin trabajar.

Y digo que es lamentable adoptar esta actitud, porque sobre perder en prestigio y autoridad el médico, rebajándose indirectamente a la mentalidad perversa, amoral o deficiente del que tiene que escoger estos derroteros porque no conoce otros más elevados ética y moralmente, es que además el médico, con esta actitud, influye indirectamente, y de una manera perniciosa, sobre la mentalidad del pobre obrero, que es víctima de su propia obstinación en no quererse curar, que es débil de voluntad para poder abandonar este círculo vicioso, del cual muchas veces es el primero y único perjudicado.

Me hace esto la misma mala impresión que ver a

respetables jueces, tal vez a los más sagaces, querer extraer "por aspiración forzada" una confesión tácita de la parte que el delincuente ha tomado en el hecho delictual; pero según un criterio y un modelo que previamente se ha forjado el juez, y que va siendo expresado en las preguntas capciosas, sugestivas y determinantes que dirige al reo, el cual se ve obligado a seguirle, malográndose así la espontaneidad que de un modo o de otro deberemos buscar siempre en todo presunto reo, sea de lo que sea.

El error dimana otras veces de que se enfoca el problema desde un punto de vista unilateral; se mira sólo al síntoma; molesta que éste no desaparezca cuando nosotros queremos; se busca a la ligera—pues no hay medios clínicos para profundizar en la práctica diaria—en las causas que puedan sostener esa lesión, y por último, abocamos al diagnóstico que todo puede explicarlo: la simulación, el autolesionismo, la neurosis.

¿Hemos medido, antes bien, la responsabilidad que para nosotros lleva aparejado este diagnóstico?

¿Hemos indagado antes el porqué la razón última de la tendencia del sujeto a no curarse?

¿Hemos estudiado qué factores ambientales, cuáles otros propios de su personalidad, han contribuido a alimentar esa idea y a ponerla en marcha?

Y por último, ¿hemos estudiado la parte que la voluntad actual, no la anterior, toma en la expresión del síntoma, y hemos indagado si éste en sí está escindido, separado de la voluntad, de la personalidad, viviendo y nutriéndose por sí solo, o en todo caso habiendo establecido una simbiosis, una mutua ayuda con el organismo?

Pues nada de esto se hace en la mayoría de los casos, y de ahí es el confusionismo tan grande que existe cuando se trata de justipreciar uno de estos casos.

Por ello, yo establezco como premisas que para poder hacer un diagnóstico acertado en todos estos casos de simulación, autolesionismo y neurosis por ac-

(1) Comunicación presentada el día 2-II-934 en la sesión científica de la Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión.

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.

LEY Y LITERATURA-DEPARTAMENTO MEDICO DEL
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel
Teléfono 55.388-Apartado de Correos 9030-MADRID



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 INYECTABLE

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

SOLUCION 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

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 Niaul, 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 antiseptia 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 Niaul, 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. = Lecitina, 0,25 g.; Colesterina, 0,30 g.; Estricnina, 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

cidente, precisase valorar primeramente los siguientes factores:

Por un lado, la personalidad psicofísica del individuo, y por otro, estudio del medio ambiente actual y anterior que ha rodeado al sujeto.

En la primera parte estudiaremos:

a) La personalidad psicofísica (en sus costumbres, en su actitud ante la familia y la sociedad, el trabajo, el sexo opuesto; las diversiones, los quebrantos económicos, los éxitos y los contratiempos; su estado de ánimo, su voluntad, sentimientos de ambición, envidia, confraternidad, inferioridad. Actitud que ha tomado ante otras enfermedades no producidas por el trabajo. Medio ambiente

que entonces le rodeaba. Inteligencia (conocimientos adquiridos en otros tiempos y todavía conservados). Poder de crítica ante hechos presentes. Adaptación al medio.

b) Lado físico de la personalidad: discrasias (diabetes, hemofilias, leucemias, artritis, anemias, enfermedades de hígado), infecciones exógenas (lúes, gonococias), intoxicaciones (saturnismo, otras intoxicaciones profesionales), endógenas (recambio nitrogenado, azucarado, etcétera).

2.º Estudio medio ambiente (familiar social y profesional).

a) Anterior a la enfermedad: cultural, enseñanzas que ha recibido, laicas o religiosas. De tipo profesional, técnicas y sociales. Organizaciones societarias o sindicales en que ha tomado parte. Libros y periódicos que lee. Centros a que asiste. Cuándo y dónde aprendió el oficio; si en una escuela técnico-profesional o con un patrono. Tiempo que tardó y vicisitudes que pasó. Si su padre tenía el mismo oficio o sus hermanos. Situación económica de la familia, entonces y después. Cuántas horas trabajaba. Si le pagaban algo. Hacia qué oficio tenía más inclinación.

b) Estudio actual del ambiente (inmediato al accidente).

Clase de oficio en cuanto a su complejidad psicológica. ¿Era un oficial circunstancial o lo consideraba como permanente? ¿Le agradaba desde el punto de vista económico o por la satisfacción en el trabajo? ¿Tuvo un interés grande en entrar a trabajar en este oficio y por qué? ¿Eran muy frecuentes los accidentes en este oficio? Suerte que han corrido esos accidentados. ¿Es oficio peligroso desde ese punto de vista, y por qué? ¿De qué manera cree se podrían disminuir esos accidentes? Criterio natural que el enfermo tiene a este respecto. ¿Qué aspiraciones tenía

en el oficio? ¿Fue cambiado de puesto de trabajo?

Ambiente social.—¿Tenía planteado individual o colectivamente alguna mejora? ¿Amenazaba alguna huelga, paro, despido, cambio de patrono en la industria, etc.? ¿Qué tal se desenvolvía económicamente esa industria? ¿Llevaba el enfermo ya mucho tiempo trabajando? ¿Entró a trabajar muy recomendado? Otras industrias de la localidad, ¿estaban en mejor situación y era fácil entrar a trabajar en ellas? ¿Tiene el enfermo otros ingresos, de él o de sus hijos, que le puedan ayudar a soportar las cargas de la familia? Centros y círculos a que asiste. ¿Tiene amistades y personas que le ayuden, protejan, recomienden?

Ambiente familiar.—

¿Soltero o casado? Número de hijos. ¿Hay gastos extraordinarios en sus casas: enseñanza de los hijos, enfermedad, impuestos, contribuciones, etc.? ¿Podía satisfacer cumplidamente estos gastos familiares y personales? ¿Le pueden ayudar algo los hijos?

3.º Ambiente actual y a partir del accidente.

Localización y gravedad del mismo. Asistencia médica que ha tenido: si especialista o de médico general.

¿En su casa o en la clínica, hospital, etc.? Personas que más le han visitado. ¿Le han visitado otros heridos? ¿Qué sabe de la situación actual del oficio en que estaba cuando el accidente? ¿Ha habido despidos, etc.? ¿Confía en que le darán la indemnización? ¿Cree que curará y sabe cómo quedará? La Compañía de seguros o el patrono, ¿cree que son o no de solvencia?

Este, en líneas generales, es el interrogatorio que, llevado de una manera discreta, sagaz, y variando en cuanto a la colocación las preguntas según como reaccione el sujeto, creo necesario para poder abarcar el problema en sus verdaderas raíces, que, vuelvo a repetir, no sólo son médicas, sino también sociales. Y la terapéutica, también no es obra que podamos llevar a cabo sólo los médicos; pero sí es necesaria nuestra colaboración, y para la cual debemos estar preparados. De muy poco sirve, pues, que cualquiera de nosotros consiga descubrir por casualidad, y sólo en su faz eterna, un caso de simulación, si éste no nos ha de servir para explicar otros muchos análogos. Interrogatorio, en suma, que para poder sacar de él buenos resultados ha de ser llevado de una manera cordial, serena, afectuosa, comprensiva y adaptada siempre a la particular psicología del sujeto, tratando, en suma, de ganar su confianza, sin que esto quiera decir que debemos perder un momento nuestra

Avance de sumario para el número siguiente

(10 de marzo de 1934)

DR. ANTONIO DE LA GRANDA: Experiencias acerca de la unidad de acción de la pepsina y fermento lab.

DR. MANUEL ALGORA NIETO: De la gripe y su tratamiento.

MANUEL MELENDRO: Reacciones antisociales de la tuberculosis.

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

Sesiones clínicas.

Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

autoridad, que debe basarse ante todo en nuestra posición de médicos, unida a un criterio de comprensión, rectitud, moral y alteza de miras.

Para mí es mucho más útil esta posición de superioridad en lo intelectual que no aquella que tiende inconscientemente a descender e igualarse a la mentalidad del obrero, o aquella otra que, olvidando toda la particular psicología de éste, y juzgando *a priori* con demasiada ligereza, adopta una actitud de juez o de censor, permitiéndose extemporáneas amonestaciones más o menos dramáticas, en nombre de una autoridad más judicial que médica, y por lo tanto, en general, más desconocida para el quien la hace y para el quien la sufre. "Adoptemos una actitud—dice Oddo—que sea sagaz, prudente y desprovista de prejuicios y de doctrinas preconcebidas." "Hay que conservar—dice Schneider—el propio juicio humanitario, incluso en los casos de más aspecto teatral o irritables; debemos no perder la serenidad y permanecer tranquilos."

La explicación del porqué yo creo necesaria esta actitud y ese interrogatorio tan detallado es porque yo pienso, con la mayoría de los autores, de que en la génesis de estas neurosis de renta no es la única ni la primera, ni el accidente, ni el trabajo; tanto el uno como el otro no sirven más que de medios defensivos, tras de los cuales la personalidad que sufre por otros motivos, que amenaza decadencia y que no puede resolver de otro modo las mil dificultades económicas y de otro tipo que en la vida social y familiar se le presentan, se refugia, busca amparo, tras de ese accidente, que le servirá en un caso para, cobrando una renta, solventar una dificultad económica, y en otro, para eludir todas las obligaciones sociales y familiares, que por su poca capacidad intelectual y moral no puede franquear de otro modo.

Porque es preciso afirmar esto. Las neurosis de renta no son una modalidad nueva, creada exclusivamente por la ley de Accidentes, sino que están, ante todo y sobre todo, determinadas por el mecanismo de defensa de la personalidad, que se ve amenazada, que es deficiente en el sentido de la adaptación social, y por lo cual discurre por caminos indirectos, por otros derroteros, que en unos casos escapan al control de la conciencia—neurosis—o que se sirven de ella—simulación—para satisfacer siempre sus anhelos egoístas, instintivos y directos de la personalidad inferior, que buscan del modo más rápido y eficaz la satisfacción de nuestros deseos y apetencias.

Y éste es el mismo mecanismo que se presenta cuando quiere uno eludir el servicio militar, y dentro de él una acción de armas, una guardia, una formación, casos en los cuales, como veis, no se discute una renta; es el mismo mecanismo que se presenta en los condenados a largas prisiones, los que esperan una sentencia, los que injustamente se ven condenados a prisión por fines políticos, por equivocación, etc., en cuyos casos se desarrollan las llamadas psicosis carcelarias; es el mismo mecanismo, en fin, al que res-

ponden, como dice Kresthmer, una mujer que se ve humillada por la infidelidad de su marido, y simula una enfermedad o la produce subconscientemente para atraerse así la atención y el cariño de su marido, ya que por medios más directos, más normales—el divorcio, como dice este autor—, no sabe o no quiere hacerlo, porque repudia a su conciencia, a su moral, etc.

Neurosis que es determinada también como una compensación a un sentimiento de inferioridad y de incapacidad ante el medio, en el sentido tan admirablemente descrito por Adler, en individuos portadores de una cierta inferioridad orgánica, que no se precisa sea muy ortensible. Casos a los que corresponderían también aquellos descritos por Von Laubenthal recientemente, de tres muchachas que ya antes del accidente eran enfermas con neurosis sexuales, que determinaron en algunos casos hechos delictivos, y que llegado eventualmente el accidente se sirvieron de él para legitimar sus trastornos, adscribiéndoles al accidente y sirviéndose, por último, de él para, con la indemnización, salvar la situación de inferioridad y de incapacidad para el trabajo que sus trastornos sexuales les ocasionaba.

Por creerlo de interés y para afianzar más este concepto de las neurosis, voy a permitirme reseñar dos casos interesantes por mí observados. En uno de ellos, que se trataba de un mecanógrafo de ideas muy católicas, y que se sentía muy herido por las leyes y medidas que contra la religión dictaron los anteriores Gobierno de la República, es destinado a las órdenes de un gobernador que desarrollaba una política fuertemente polarizada en este sentido. Por su cargo, nuestro enfermo se veía obligado a escribir oficios de órdenes, multas y confiscaciones a los elementos católicos y conservadores de la provincia. A los pocos días nota que se le paraliza la mano izquierda, que no puede escribir, por lo cual se ve obligado a abandonar el trabajo. A la exploración no se encuentra nada neurológico que lo explique. Se le aconseja una temporada de descanso relativo y cambio de destino.

Otro enfermo. Un paralítico general, que durante el período de euforia dilapida el dinero, comete estafas y compromete el dinero de otros en su cargo de cobrador de una Compañía de seguros. Así que es diagnosticado firmemente de P. G., es malarizado, y con tal éxito, que se consigue la remisión total de todos los síntomas mentales, volviéndose ya hombre correcto, prudente, inteligente y juicioso. Empieza a darse cuenta de su pasado, tiene por ello remordimiento, teme por su suerte, por su responsabilidad; ve, por otra parte, despego en su familia, y entonces empieza a pensar que no debe haber por completo curado del paludismo inoculado o que le ha repetido; dice tener escalofríos, fiebre, palpitaciones; teme—según lo que ha leído en libros de medicina—por una muerte próxima en coma, en una rotura del bazo; dice no puede trabajar, y que, deseando curarse, está

dispuesto a todo; va por hospitales, y al comprobar con toda seguridad que no existe el paludismo, le dan de alta, hasta que, viendo que no le admiten en ningún sitio, y queriendo, por otra parte, estar a salvo de la justicia, a la que infundadamente teme, solicita el ingreso en un manicomio, donde es admitido en razón de su incompatibilidad familiar, por consecuencia de su neurosis y de la tendencia a tener supeditado a sus familiares todo el día a su ciudadano. En el manicomio se encuentra encantado y no quiere salir. Sólo alguna que otra vez, y cuando está en presencia del médico, crea o reproduce sus síntomas típicos de pirexia y pide con exigencia que se le dé quinina, plasmoguina, etc. Aquí, como véis, se deja ver enseguida la tendencia finalista del síntoma, y como ésta sigue siendo muy consciente para el individuo, pues él mismo nos decía que no podía salir de allí, pues se vería detenido por la justicia, es por lo que creemos que es una verdadera simulación conscientemente llevada, y porque, además, los síntomas no han pasado de ser subjetivos y sólo destacables cuando está en presencia del médico. Hay, por último, una deformación catatímica de los recuerdos (aquellos de las estafas, que, en realidad, no fueron de gran cuantía, y en todo caso, dado su estado, serían perdonables, y de la conducta de su mujer, que la cree infiel, lo cual le sirve para alejarla de sí y eludir las obligaciones que tiene para con ella; todo, pues, en el sentido de apoyo a hacer valer su incapacitación para el trabajo y para las obligaciones familiares y sociales.

Pues bien: esto, traducido al terreno de los accidentes del trabajo, correspondería, en el primer caso, a los obreros que a consecuencia de un traumatismo produce o crea un síntoma a veces localizado en sitio distinto adonde actuó el trauma (parálisis, anestesia, contracturas, etc.), y en el segundo caso, a los obreros que, teniendo un síntoma real, se aprovechan de él y de las ventajas que puede producirle para hipertrofiar y sostener el síntoma. Histeria refleja el primer caso; de simulación finalista, más o menos consciente, el segundo caso.

Así, pues, la utilidad que existe en todo caso no es forzosamente necesaria que sea de tipo económico, pues miradas bien las cosas, al obrero casi lo mismo le daría que le dieran una indemnización en metálico o una cama a perpetuidad en un buen sanatorio o clínica de primer orden, en que con cierta libertad no tuviera ningún trabajo que hacer.

No hay que culpar, pues, tanto a la ley de Accidentes del trabajo como responsable de los trastornos de que estamos hablando. "A lo más, es un factor—como dice Ciampollini y Kalmus—, y aun cuando sea uno de los más importantes, pero ha de ser en colaboración con otros factores no menos importantes (falta de trabajo, insuficiente desarrollo de la personalidad, etc.)." Si ahora hay simuladores porque una ley de seguros protege al accidentado, también en otros tiempos existían y sin haber este ali-

ciente, pues si hemos de dar crédito a lo que en el año 1598 decía el Dr. Pérez Herrera, protomédico del rey Felipe III, dirigiéndose a éste en un libro titulado *Discursos de amparo a los legítimos pobres y reducción de los fingidos*, sabremos cómo en aquel tiempo "era grande el número de gentes que vivían sin trabajar, simulando enfermedades y exponiendo sus úlceras cubiertas de lodo a la conmiseración del pueblo, y arrastrándose por la calle tal como si fueran paralíticos, llegando en algún caso observado por este médico, cómo un individuo, al parecer, agonizaba en plena calle, al tiempo que la gente compadecida recogía dinero para su entierro, el que no llegó a verificarse porque el supuesto muerto, en un descuido de la gente, se apoderó del dinero recaudado y echó a correr".

DIAGNÓSTICO GENERAL Y DIFERENCIAL

Afirman Hanse, Bumke, Blevler y muchos otros, que el diagnóstico entre simulación e histeria, entre los síntomas simulados y los síntomas psicógenos, es ciertamente difícil, ya que el mecanismo psicológico, como hemos visto, depende de matices cuantitativos, que nosotros más bien deberemos acostumbrarnos a valorar en función de la parte que tome la conciencia—la actividad superior o mental—en el síntoma.

Conformes en este punto con Vallejo Nágera, en que la simulación finalista supone función de la conciencia, de la voluntad; si no no habría esa gran astucia, audacia, autodominio y, sobre todo, esa perfecta adaptación, según las circunstancias, que se ve tan patente en el simulador, y que, en sentir del autor, se da sólo en personas inteligentes, al paso que el autolesionismo o la agravación de la enfermedad se da en los débiles mentales. Inteligencia que es preciso aclarar, que no va acompañada de un igual desarrollo en las cualidades ética y moral del individuo, del sentimiento de convivencia social y de confraternidad, sino todo al contrario, ya que estas últimas cualidades dependen en mucho de determinantes caracterológico y temperamentales. Son, pues, estos sujetos—los simuladores conscientes—los verdaderamente responsables de su incapacitación para el trabajo, y ante ellos, nuestra actitud será muy diferente de aquel otro tipo, que si exagera su síntoma es por miedo a su misma enfermedad, porque se cree más enfermo de lo que en realidad está. En este último caso, la simulación ya no es buscada por el individuo; es la que se desarrolla, por ejemplo, en los conmocionados de cráneo ante la perspectiva sombría que embarga su ánimo, por los múltiples y persistentes trastornos, que le dan una sensación grande de incapacidad para el trabajo, los que, por otra parte, no siendo suficientemente claros a los ojos del médico para dar una incapacidad, máxime cuando supone no durarán más de un año, es por lo que el obrero se intranquiliza y se pone en duda ante el problema de si curará o no y de si conseguirá o no la indemnización debida, lo que hace,

en suma, que busque subconscientemente exagerar sus síntomas con el anhelo de conseguir la indemnización. Casos como se ve tan diferente de los otros, en que el enfermo sabe que curará o que casi no tiene nada, y teme porque sabe con toda seguridad de que se le declarará capacitado, lo cual no le conviene, porque quiere lucrarse con el accidente. "El primero —dice Oddo— se nos presentará taciturno, preocupado por su salud, angustiado; no busca que otras personas le ayuden para que mejor creamos lo que nos dice. Su lenguaje es escaso, anheloso y no tan prolijo como el del simulador auténtico. Por último, su aspecto de sufrimiento es más claro y natural que el del simulador. El primero podría ser incluido entre los neurasténicos; abúlico, hipocondríaco, teme en verdad por su salud, porque se cree muy grave, y claro es que si entre todo su porvenir incierto se le presenta una posibilidad grata que aminore la desgracia, como es recibir una indemnización, es lógico que la busque; pero ésta no es la idea fundamental. En el segundo caso, la idea fija es la incapacitación para el trabajo con fines de renta; es poder demostrar la responsabilidad que en el accidente ha tenido el patrono, y de aquí fundamentar la indemnización. Va al médico, no para buscar la salud, no para que le dé una receta o le proponga un tratamiento, sino para que le dé un certificado. Se demuestra extraño al mundo; limita sus relaciones sociales, a las solas precisas que le crean y que puedan ampararle en sus derechos.

La simulación se hace generalmente sobre cuadros existentes y tiene por fin acentuar y sostener esos trastornos. Ahora bien: las sugerencias del medio, y más que todo el deseo o la necesidad, le obligan a uno a simular; pero si se trata de una persona de mentalidad normal, esta simulación podrá sostenerse diez, quince días, un mes lo más; perseverar mucho tiempo, un temblor, una parálisis, un espasmo tónico, será muy difícil si ha de hacerse sólo a expensas de la voluntad consciente, la cual termina más bien por serle desventajosa al síntoma, pues lo que hace es que, en vez de ayudarle, lo impurifica, lo ridiculiza, con lo cual antes se descubrirá la superchería.

Para poder sostenerse indefinidamente el síntoma precisase que la conciencia se escinda y el síntoma pase a depender de la subconsciencia, pierda el control de la voluntad, se automatice, se objetive, y para ello es necesario una particular disposición psíquica, la cual se da con más frecuencia en la personalidad histérica y esquizoide.

En el autolesionismo, en los grados leves, no hay más que un descenso grande en las calidades éticas y morales, no incluíbles todavía dentro de la patología mental; pero en los grados más avanzados de autolesionismos, como en el enfermo de Dieulafoy, que presentaba una escaras tróficas tan rebeldes, que hizo necesaria la amputación, con la perfecta complacencia por parte del enfermo, hay derecho a pensar que estamos ante un verdadero enfermo mental, pues no

hay lógica al pretender pasar como un accidentado con la intención de cobrar unas pesetas a costa de la amputación de un miembro, lo que le va a imposibilitar de bien disfrutarlas. Tan ilógico es esto como el que un obrero se tirara de un andamio a veinte metros de altura con la seguridad de matarse, para así ya no tener que trabajar más en esta vida, o para fastidiar al patrono, haciéndole pagar unas cuantas pesetas por su muerte.

PERSONALIDAD PSICOLÓGICA DEL SIMULADOR Y DEL NEURÓTICO

La personalidad del histérico es sugestionable; el neurótico de renta y el simulador no lo es; el primero, si alarga la enfermedad o el accidente, no es por alcanzar una renta, es porque le resulta agradable que se ocupen de él. "El histérico —dice Bleuler— tiende a ser enfermo, quiere llegar a serlo; el simulador quiere aparecer enfermo, quiere supeditar a todos, médicos, familia y enfermeros, a su enfermedad con un fin morboso no económico, a lo más con el deseo de librarse de las obligaciones sociales; pero no con el anhelo de disfrutar de los placeres de la vida, como el simulador o el neurótico de renta, aun cuando éstos puedan llegar a caer en aquel extremo; vivir para pleitear, para someter al medio a sus fines."

El histérico no sabrá escoger el momento propicio en que pudiera sacar una utilidad económica, y si se queja y molesta al médico, no es con el fin obscuro de satisfacción egoísta; es porque se cree está mal, y dice tener derecho a que se ocupen de él. El otro es el simulador verdad, consciente y responsable (aun cuando en esto hay muchos grados), que tiene una verdadera aversión al patrono, que desea vivir sin trabajar, que participa de una lucha de clases, de un sentimiento contra el capital (que no voy a discutir ahora si en algún caso puede tener o no fundamento), y que, en fin, se cree con derecho a la indemnización como una reivindicación más y se lanza tras de ella con el mismo ardor y con el perjuicio momentáneo, si es necesario, con que se lanzaría en otros casos a una huelga para pedir aumentos de sueldos, etc.

Entiende Ciampollini que falta en el simulador una perfecta conciencia del deber, y de aquí que la horganza en forma de energía se almacena sin encontrar el necesario desahogo, de no ser por las vías indirectas de la anormalidad. Tal incompleta explotación de fuerza disponible, dejando una alta reserva sin utilizar, es de un alto perjuicio para la personalidad psicofísica del accidentado. Conformes también con este autor con que el simulador no es ningún abúlico, si de que su voluntad está desviada, lo que, unido a existir sobre sí un juicio muy deficiente, le lleva a desviar su atención y actividad por caminos ilegales. Lo que ya no estoy conforme es cuando adscribe una determinada constitución psicológica al simulador, creyendo que prevalece la de tipo emotivo de Dupré, pues yo más creo que en la génesis de la simulación entran más factores ambientales que endógenos. Otra

cosa ocurre cuando desde la simulación se llega a la histeria o el autolesionismo. Precísase en todo caso llegar a estadísticas veraces para ver si hay una constitución determinada, que pueda tomarse como tipo de predisposición especial para ser simulador, así como también si esos antecedentes psicopáticos que encuentran algunos autores son tan abundantes y precisos, que resaltan en mucho de los que se encuentran en todo el resto de sujetos que no son simuladores, y relacionándolo todo ello como, al fin, opina el mismo Ciampollini, con el campo de las actividades sociales del sujeto.

La personalidad de los histéricos, por el contrario, sí acusa caracteres definidos, lo mismo que la de los autolesionistas, cual es la de una constitución anímica anormal, o como equivalente, una excitabilidad anormal del sistema nervioso sin transformaciones materiales o anatómicas del mismo. Las personalidades histéricas son caracterizadas por rápidas oscilaciones sentimentales, son afectivas, lábiles, sugestibles, egocéntricos, con tendencia al valimiento. Su actitud natural es la "pose" (Bumke) con fenómenos de conversión (de la idea en un síntoma objetivo) y fijación del mismo. Deseo de enfermedad de Bonhoeffer.

Entre los autolesionistas se encuentra, según Ricci, un número considerable de sujetos histeroides con temperamento erético, algunos con signos epileptoides. De carácter terco, obstinados, poco sinceros, rebeldes a toda terapéutica y a toda sugestión del médico. No sé hasta qué punto pueda ser verdad lo afirmado por Ciampollini de que el autolesionista revela, sobre todo y por su poca inteligencia, escasa originalidad en los medios de fraude. De ordinario falta el espíritu inventivo, y es un imitador de algo de otro. "Sus pretextos de enfermedad—dice Cappellati—son más bien de tipo infantil y circunspecto, y lo prueba en que las explicaciones que dan de sus lesiones son totalmente ilógicas, sobre todo, en los autolesionistas de guerra; así, un soldado mutilado de la casi la mitad del dedo índice de la mano derecha decía que era debido al corte con un cuchillo que se le escapó según cortaba una pera."

FACTORES AMBIENTALES Y PROFILAXIS

En este punto hemos de fijar nuestra primera atención sobre el trabajo; el que el individuo, más bien el accidentado, sobre todo si es obrero, esté mucho tiempo en holganza, depende en mucho surgen de él las ideas litigantes y la preocupación por la enfermedad y la renta. Por ello, cuando se discute sobre si ha lugar o no a indemnizar los trastornos neuróticos postraumáticos, lo primero que se piensa, en lo que ya están conformes todos, es en la rápida vuelta al trabajo, de tal manera, que ello se impone como una terapéutica.

Opina Scheneider que el peligro de indemnizar estas neuróticas de renta está, ante todo, en que creamos, mediante esta renta, un parásito de la sociedad,

un inapto total para el trabajo, con la justificación de que no deberá hacer nada útil. El médico, pues, que se ponga a favor de indemnizar es indirectamente causa de más enfermedad, de más neurosis, si es que el individuo se abandona a la vida de holganza. Sobre todo, es reprochable que a veces se insista tanto en aconsejar a trabajadores, sobre todo si son jóvenes, de que descansen y se retiren de todo trabajo, el consejo, no infrecuente, "de cuidarse"—dice Bleuler—, que también en otras enfermedades impide la curación, cosa que puede perjudicar mucho, especialmente a personas de tipo histérico-asténico.

Pero como, por otra parte, su trabajo ha de ser por fuerza algo deficiente por la preocupación sobre la renta, y su rendimiento a la par es más escaso, por lo cual la remuneración ha de ser más pequeña, es por lo que en ciertos casos, una indemnización en renta pequeña, de un 2 a 10 por 100, puede ser útil para compensar esa falta de rendimiento, en espera de que esto le estimule al trabajo e insensiblemente vaya alcanzando más rendimiento, y que, por nuestra parte, veamos en relativo corto plazo suprimida ya la renta, criterio que fué más particularmente sostenido por Wiendrecht en una *rapport* al Congreso Internacional en Roma en mayo de 1909. Si a esto añadimos que deberían colocarse en oficios adecuados a sus fuerzas psicológicas y materiales, cuya complejidad fuera en aumento, llegando, pues, a esa reorientación profesional de incalculables beneficios, es como se conseguiría el ideal en cuanto a la terapéutica de todos estos casos, ideas que son totalmente compartidas por el anterior autor y por Lombroso, que llega a pedir se creen lugares de cura, destinados a estos sujetos, en donde se les devolverían, mediante el trabajo, la disciplina y la educación—orientadas no en un sentido de asilo, sino en un sentido comprensivo y práctico hacia la vida social—, las energías físicas y morales que han sido: unas, causas; otras, consecuencias del accidente y de su neurosis.

Es curioso observar cómo estas ideas de la terapéutica por el trabajo, que tiene su abolengo ya algo antiguo, pues fueron Oppenheim en 1892 y Kampell en 1893 los primeros que abogaron por su implantación, tomen hoy día gran relieve y se dispongan rápidamente a su aplicación en gran número de enfermedades, particularmente en las mentales y en todos los trastornos de la conducta como un arma terapéutica, que en cuantos casos la hemos aplicado hemos sido agradablemente sorprendidos con sus buenos resultados.

Y esta terapéutica es ya utilizada en muchos países, y en España lo será muy pronto, como una medida de alto carácter social, como tratamiento para los vagos, los psicópatas, para todos aquellos que por diferentes motivos se ven inclinados a vivir en continuo parasitismo a expensas de la sociedad y del Estado, sin dar utilidad alguna. Veán, pues, aquí colmados sus deseos aquellos que, al escuchar mis interpretaciones médico-psicológicas de las neurosis de

renta, no hayan querido aceptar mis teorías y hayan querido más bien ver en todos estos sujetos una serie de vagos de condición o de oficio, como, al fin y al cabo, hemos coincidido en el punto más importante; la terapéutica, que, como veis, es igual para unos, y para otros: el trabajo.

Por ello, no me extraña que alguien vea un peligro en este sentido al colocar hoy a los accidentados del trabajo en modernísimas clínicas, en las que son tantas las comodidades y tan perfecta la asistencia, que no es extraño que el obrero desee y haga cuanto pueda por alargar sus días de estancia. Para mí, el peligro no está en eso, sino en la vida de continua holganza o de prolongado reposo a la que, hoy por hoy, se ven obligados a hacer esos enfermos, y así ocurre que, al faltar una ocupación, una finalidad proyectada hacia afuera, el enfermo proyecta todos sus pensamientos hacia dentro, desvía la atención hacia sus lesiones, todo su potencial energético servirá de alimento a sostener la inmovilidad de sus parálisis, o a idear los medios para sacar utilidad a sus lesiones hasta romper toda relación social que no sea conducente a la satisfacción de sus fines egoístas.

Siendo esto así, no me explico los temores de Kirschsberg, para el quien la terapia por el trabajo tiene el inconveniente para el individuo, que arrastra ya consigo un defecto o un trastorno con tendencia a olvidarle y a quedarse, por lo tanto, permanente; ¡ah!, pero ello sería cuando el trastorno no sea sólo exclusivamente de origen psicógeno, y entonces claro es que haríamos muy mal si confiáramos exclusivamente a la terapia por el trabajo o concediéramos a ésta más importancia que a los medios fisioterápicos o quirúrgicos.

Ahora bien: yo me doy perfecta cuenta de la dificultad de poder establecer esta terapéutica; pero ello no es causa para negar la utilidad que de ella se reportaría; en todo caso, yo cumplo con mi deber al señalar este punto en la profilaxis a establecer para las neurosis de renta, y sean otros compañeros mucho más competentes que yo los encargados de decir la última palabra, y en el mejor de los casos de llevarla a la práctica, bajo una u otra forma.

Se impone, pues, que así como hemos llegado a establecer como una pauta casi general la movilización precoz de los miembros fracturados para que los músculos no pierdan la función, se haga también la movilización precoz del pensamiento hacia realidades concretas y con fines colectivos, que es una de sus primeras funciones.

Y llegado a este momento, permitidme una pequeña pregunta, que quiero que nos hagamos todos. El masaje, y sobre todo la mecanoterapia, ¿no creéis que, en determinados sujetos, en esos que tienen la tendencia a desviar la atención hacia sus lesiones, pueda contribuir a polarizar más la atención, a fijar más el síntoma, por la deducción que el sujeto se hace—como dice Grauhle—, de que al tener que mo-

vilizar artificialmente un miembro es porque realmente está paralizado?

Y no sólo es esto, pues también sabemos cómo tan sólo las exploraciones, muy repetidas y muy minuciosas, sobre una misma región, son causas que obran también en este sentido, como afirma, entre otros, Bleuler.

Yo no puedo sentar afirmaciones, pero no creo ser muy forzado pensar que en el fracaso—que hay que reconocer que es relativo—de la mecanoterapia, haya contribuido tal vez estos afectos, y esto no es más que porque el trabajo, que se hace con aparatos, es un trabajo inútil, es un trabajo que no plasma, es una realidad práctica, más que para nosotros, que como médicos, sabemos cómo obra sobre la fisiología del músculo y de la articulación. Por el contrario, el trabajo activo, aun el más sencillo de la deambulación, permita al enfermo la traslación de un lugar a otro, con ello la satisfacción de pequeños deseos el conocer nuevas cosas, el recoger más estímulos; en suma, una movilidad mayor de la atención que supone la de la mecanoterapia.

En relación con todo esto hay una cosa muy interesante, y que se puede explicar desde el punto de vista psicológico. Me refiero a lo que dice Müller referente al masaje, que, según su criterio, da menos resultado en los sujetos de tipo asténico, más en los atletas y más todavía en los pícnicos.

El lo explica, porque el masaje va tanto mejor cuanto es mayor el grado de inhibición fisiológica del músculo, y éste es más en los pícnicos que en los demás tipos constitucionales. Tal vez sea esto así, pero como las cosas tienen muchas veces más que una explicación, yo pienso que en el recobrar la aptitud el músculo al movimiento entra por mucho la posición subjetiva que tiene el individuo ante sus trastornos, y ésta es mucho más intensa en los asténicos, que por ello tienden a hipetrofiar e hipervalorar sus síntomas, con una proyección constante hacia sí, lo contrario de los pícnicos, que tienden más a vivir la vida del ambiente y a diluir sus pensamientos en contacto con la sociedad. Así es como puede explicarse que el masaje en los asténicos, al insistir terapéuticamente sobre sus trastornos, acentúe la tendencia subjetiva del individuo a hipervalorarlos.

Con esto no quiero que nadie piense que yo voy a pedir la abolición de este medio fisioterápico, pues que ello sería un tremendo error, pero sí he de pedir que, si bien se apliquen estos medios, se vigilen mucho y se evite, en lo posible, el prolongarlos desmesuradamente.

Causas que, además de éstas, influyen favoreciendo las neurosis:

El desacuerdo, más aparente que real—dice Oddo—, entre dos médicos de buena fe, aquél del herido y aquél del asegurador; los excesivos cuidados y la excesiva importancia que dé el médico a las lesiones, o por el contrario, una excesiva indiferencia o des-

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 gratísimo y tolerado perfectamente.*
- D/** *Medicación YODADA por excelencia. Depurativo. Reconstituyente*

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el tratamiento de las

- Adenopatías*
- Linfatismo*
- Escrofulismo*
- Raquitismo*
- Diabetes*
- Hereditosifilis*
- Ameno y Dismenorrea*
- Convalecencias*
- Estados llamados Pretuberculosos*










LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

Ayuntamiento de Madrid

DURANTE EL EMBARAZO

AL prepararse para la
maternidad  ya sea la paciente
una joven primagravida  o una
experimentada multigravida  del-
gada y débil  o robustamente
construida  además de las pruebas
usuales  sus instrucciones más
urgentes  serán:

AGAROL es la emulsión original de aceite mineral y agar-agar con fenolftaleína. Reblandece el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.

"Funcionamiento regular diario de los intestinos" Esto evitará muchos dolores de cabeza, decaimiento y tal vez hemorroides en los últimos meses. Puede usted prescribir el AGAROL con toda confianza, porque no ejerce ningún efecto en el útero ni influye en la lactancia. Además, es fácil de tomar porque no tiene sabor artificial

Gustosamente le enviaremos una muestra para su ensayo

AGAROL para el estreñimiento

Laboratorio y Comercio Substancia, S. A. - Apartado 410 - Barcelona

preocupación, no sólo mental, sino material del médico, hacia el enfermo, pues creará en éste preocupaciones que le llevarán a desear estar más grave para que se interesen más por él; las conversaciones tenidas con obreros salidos de la clínica, sobre todo si pasan muchas dificultades para encontrar trabajo; el tardar mucho en llegar a un diagnóstico, pues la angustia que sobre el enfermo suponen las continuadas exploraciones, los juicios contradictorios de unos y otros médicos, la duda sobre el porvenir, que nunca se aclara, la inactividad, tan prolongada, que acrece tanto su sentimiento de enfermedad, y el sentimiento, por último, de que ha perdido tanto tiempo de trabajar, y con ello pérdidas económicas y pérdida de adaptación nuevamente al trabajo, hacen que se establezca una unión demasiado íntima entre la enfermedad, la indemnización, el porvenir y su capacidad para el trabajo, todo lo cual pueden llevar al camino de la neurosis y de la simulación. A este respecto es interesante el caso expuesto en la sentencia de la Assurance Militaire de Suisse, sesión 21-I-925, de un enfermo observado durante ocho años, por padecer una bronquitis que, al principio, fué diagnosticada de fímica, error que fué sostenido durante largo tiempo por otros médicos, lo cual tuvo por resultado—dice el informe—“que al cabo de tanto tiempo gastado entre los peritajes y observaciones, haya sufrido evidentemente un perjuicio en el sentido de su disminución en la aptitud para el trabajo, por lo cual se impone, para desembarazarle de esa idea de ser enfermo e incapaz para trabajar, darle una indemnización de un 50 por 100 del sueldo que tenía al ocurrir el accidente”.

Entre otras causas que obran es este sentido puede influir la asistencia por un médico inepto—según Ciampollini—, pues puede ser el germen a expensas del cual, y pensando en que por esa ineptitud no sean tan fácilmente descubiertos, surjan con más facilidad los simuladores. También en obreros de familias numerosas, sobre todo si el salario es escaso, los esfuerzos para conseguirlo grande, y la aptitud para el oficio, es pequeña o nula.

La misma falta de satisfacción espiritual en el oficio, por la falta de aptitudes, que hace el trabajo penoso, y lo cual puede remediarse sólo haciendo, previamente, una adecuada orientación profesional. La seguridad que tengan o no los obreros de que les sea abonado el accidente, pues según el autor hace un momento citado, dice que ha observado más neuróticos de renta entre los obreros eventuales del servicio ferroviario, que en los de trabajo fijo, lo que atribuye a que aquéllos no tienen tantas ventajas ni la seguridad de conseguir una justa indemnización. Una larga situación de paro forzoso es, en sentir de Lattes, otra de las causas que pueden influir en la presentación de las neurosis, tras de accidente, porque el paro crea ociosidad, desamor al trabajo, inadaptación, vagabundez y parasitismo social.

El remedio va implícito en las causas señaladas, entre las cuales hemos de destacar dos: aumentar las posibilidades de trabajo y en mejorar el estado cultural del obrero. Elevar el sentido de dignidad y rebajar un poco el feroz materialismo de estos tiempos, dice Vallejo Nágera. Multiplicar las escuelas, fomentar la cultura, son caminos a emprender por el Estado, junto a una mayor preocupación por los problemas de orientación profesional.

En un próximo artículo trataré del aspecto médico-legal de estas neurosis, e incluiré toda la bibliografía consultada.

Contribución al estudio de la Patogenia de la tuberculosis laríngea

POR

JUAN JIMENEZ CERVANTES

Laringólogo del Dispensario Antituberculoso de Murcia

(Comunicación presentada a la Sociedad Laringológica Madrileña el 23-V-1933.)

Una vez conocida la dependencia entre la tuberculosis laríngea y la pulmonar, y conforme se han ido profundizando los estudios sobre esta materia, se han emitido diferentes teorías para explicar el porqué de la localización en el órgano vocal preferentemente a otros órganos y aparatos.

Louis fué el que con su teoría de infección por el esputo pareció dar la explicación más sencilla: la secreción pulmonar, a fuerza de pasar por la laringe, llegaría a contaminar a ésta; y Koch, descubriendo el bacilo de la tuberculosis, dió mayor fuerza a esta teoría. Quedaba todo satisfactoriamente explicado: era el esputo bacilífero el que, después de haber erosionado la mucosa por su acción química y mecánica, depositaba los bacilos en las soluciones de continuidad labradas en el epitelio, dando lugar aquéllos a la producción de los tubérculos subepiteliales.

Más tarde, al comprobarse que, aun con el epitelio intacto, era seguramente posible el paso de bacilos por los resquicios fraguados entre las células epiteliales por la inmigración linfocitaria, o siguiendo el camino de los conductos excretores de las glándulas, llegó a afirmarse no solamente la producción de la tuberculosis laríngea por el contacto con el esputo bacilífero, sino hasta la tuberculosis laríngea primitiva.

Pero luego, cuando se demostró que en muchos casos de lesiones pulmonares cerradas y, por lo tanto, sin bacilos en los esputos, era posible la existencia de la fimia laríngea, fué preciso buscar otra explicación más amplia, en la cual pudieran estar comprendidos tanto los casos con esputos positivos como los procedentes de lesiones pulmonares sin bacilos en el expectorado. Sólo quedaban dos caminos: las vías linfáticas y las sanguíneas. Desde entonces, y por el hallazgo de lesiones tuberculosas típicas precisamente en los alrededores de los vasos sanguíneos y linfáticos, se afianzó más la creencia de que la propagación se hacía por estas vías.

Ahora bien, ¿cuál de estos vasos siguen los bacilos? ¿Los linfáticos o los sanguíneos?

Varios autores comprobaron la frecuencia de la homolateralidad de las lesiones pulmonares y laríngeas, y

puesto que no existen vasos sanguíneos directos desde un pulmón a la hemilaringe del mismo lado, se descartó la vía sanguínea para explicar esta coincidencia.

Investigando más sobre ello, se vió que los vasos linfáticos de la laringe desembocaban en el conducto torácico y en la gran vena linfática, según el lado de que se tratara, y se admitió que en los esfuerzos de la tos sería posible el reflujo de la linfa y, por ende, la llegada de bacilos procedentes del pulmón a la laringe. Más tarde, y en apoyo de lo anterior, se ha estudiado el ganglio prelaríngeo como eslabón linfático de enlace entre la laringe y el pulmón.

Pero, ahora bien, estas conexiones linfáticas laringo-pulmonares son ciertas, realmente existen, pero no nos pueden satisfacer clínicamente, puesto que dichas relaciones son mucho más íntimas con la perilaringe que con la endolaringe y, sin embargo, la clínica demuestra que la localización es más frecuente en la endo que en la perilaringe. Este hecho es, a mi humilde entender, más fuerte que la suposición del reflujo linfático.

Queda solamente, pues, la teoría sanguínea. Desde luego que por ella se explica siempre la localización en cualquier órgano a partir de una lesión primordial, por muy distante que esté. Pero ella sola no satisface en los casos de lesiones homolaterales de pulmón y laringe, debido a que la vía sanguínea es eminentemente difusora, y lo mismo podía localizar al bacilo en uno u otro lado de la laringe, y mientras no hubiese "un algo" que diera lugar a que, aun llegando los bacilos por la sangre, englobados por los monocitos, se localizaran de preferencia en la hemilaringe del mismo lado que el pulmón afecto había que recurrir a la vía linfática, que ya hemos visto el gran inconveniente que tiene para ser aceptada.

Es por esto por lo que todos los autores no están aún acordes en lo de la vía de contaminación, puesto que todas las teorías estudiadas tienen siempre una laguna que llenar para poder explicar todos los casos con una sola de ellas. Y a mí me ha parecido que, atando cabos y no encerrándonos solamente en los fenómenos de la tuberculosis, podemos encontrar datos suficientes que nos sirvan para explicar la patogenia de la fima laríngea, o que por lo menos nos ayuden a ello.

Varios autores han hecho ver (entre ellos, Kanony) que en los casos de tuberculosis laringopulmonar en los cuales se había practicado el neumotórax, es precisamente la media laringe del mismo lado que aquel en el que se efectuó el neumotórax la que mejora más rápidamente. ¿Por qué? La modificación del expectorado que el neumotórax lleva consigo no puede influir en esto de la lateralidad, del mismo modo que la teoría de Louis no sirve tampoco para explicarlo. La modificación de la circulación linfática no creo, por la misma razón que anteriormente, es decir, porque las máximas relaciones linfáticas son con la perilaringe, y ésta es la que menos se modifica, no creo, ya digo, que satisfaga. La alteración sanguínea no debe ser, de la misma manera, capaz de producir la hemimodificación por lo mismo que se dijo en su lugar.

Pensando sobre todo lo expuesto, y creyendo que la difusión bacilar se verifica en estos casos por la vía sanguínea, he llegado a la creencia de que todo debe depender de algo local, laríngeo, pero modificable por el estado pulmonar, que sea lo que condicione la mayor frecuencia de las lesiones laríngeas en el mismo lado del

pulmón afecto o más intensamente lesionado, y que igualmente influya en la diferente evolución de las dos medias laringes cuando se practica el neumotórax.

Y una vez desechado para ello las cosas de circulación, tanto linfáticas como sanguíneas, y no existiendo entre la laringe y el pulmón relaciones de continuidad entre las partes homolaterales, ¿cómo se podrían explicar estas modificaciones?

Da la casualidad de que el sistema nervioso, con su disposición simétrica, establece muchas veces relaciones entre órganos separados, pero situados en el mismo lado.

Fué el gran Lermoyex el que dió a conocer que, en casos de estenosis de una fosa nasal y por una correlación nerviosa, el pulmón del mismo lado no se ventila con la misma intensidad que el contrario. Es decir, demostró que existe una correlación nerviosa entre el pulmón y la parte de vías respiratorias situadas por encima de él, pero en el mismo lado.

Y sabiendo la gran influencia que tiene el sistema simpático en los fenómenos de alergia local y general, y siendo la alergia, según la mayoría de los autores, lo que condiciona las lesiones tuberculosas, ¿por qué no admitir que desde el momento en que se produce una lesión en un pulmón hay un fenómeno de correlación simpática (o quizá de otra índole) que por sus propiedades tróficas o vasomotoras pone a la hemilaringe correspondiente en condiciones de inferioridad respecto a la otra, y hace que al circular los bacilos por la sangre asienten de preferencia en este territorio?

Yo creo que esta es la única manera de explicar satisfactoriamente la homolateralidad de las lesiones tuberculosas, estando admitido que la difusión bacilar se hace por la vía sanguínea, puesto que el bacilo circulante no es más que la condición necesaria, pero no la suficiente.

Y precisamente después de estar yo en esta creencia he leído un hecho experimental llevado a cabo por un autor italiano (Bombelli: *Il Valsalva*, julio de 1932), que, a mi entender, corrobora esta suposición mía. Dicho autor ha comprobado que si a un animal recién nacido se le obstaculiza el desarrollo de uno de sus pulmones, la media laringe correspondiente experimenta un retraso evidentemente muy marcado respecto a la del lado contrario.

SESIONES CLÍNICAS

Clínica Médica del Dr. Fidel Fernández (Hospital de San Lázaro Granada)

(Sesión científica del 26 octubre 1933.)

Dr. HERNÁNDEZ LÓPEZ (D. Claudio).—*A propósito de tres casos de sinfisiotomía subcutánea.*—El concepto de la fisiología de las articulaciones pelvianas durante el parto ha pasado por diferentes oscilaciones hasta llegar a los conocimientos actuales que de ella tenemos.

Ligado a esta concepción fundamental de la pelvis va el desarrollo técnico de las llamadas operaciones de ampliación de la misma, y, como consecuencia lógica, está experimentando los mismos vaivenes de crítica que aquél.

Desde la antigua concepción de Hipócrates, que admitía una "separación de las caderas" durante el parto, y que sirvió de fundamento a la costumbre practicada en

Italia de dividir a las recién nacidas el pubis y prepararlas así para los partos futuros, y las más moderna de Baudelocque (1790) y autores posteriores de considerar las articulaciones pelvianas como no susceptibles de movilidad y, por lo tanto, a la pelvis como un cinturón inextensible, hemos llegado a la actual, que, basada en estudios en el cadáver y en vivos, y más modernamente en la medición radiográfica de la entrada pelviana, considera la pelvis como un cinturón elástico susceptible de sufrir ampliaciones y reducciones en algunos de sus diámetros dentro de un perfecto fisiologismo y de una conservación integral de sus relaciones anatómicas.

Fué Pineau (1580), cirujano de París, el primero que observó en la autopsia de una puerpera una separación de los cuerpos del pubis al intentar levantar uno de los miembros inferiores, hecho confirmado por Guillemeau y Ambrosio Pareo. Este último observó también, algo después, en cadáveres de recién paridas, una separación en las articulaciones sacroilíacas de "hasta un través de dedo", y Pineau, basándose en estos dos hechos de observación, preconizó la posibilidad de abrir quirúrgicamente la pelvis en aquellos casos en que, por no distenderse lo suficiente sus articulaciones, no era posible el paso de la cabeza fetal. Fué, pues, Pineau el verdadero precursor de las operaciones ampliadoras del cinturón pelviano.

Imposible de admitir esta separación espontánea de las articulaciones para Mauriceau, fué aceptada por otros cirujanos del siglo XVII, entre ellos Claude de la Courville (1655) y Darenter,

Y llegamos al siglo XVIII. Parece comprobado que Juan René Sigault, tocólogo parisiense, realizó la primera sinfisiotomía el día 2 de octubre de 1777. La operación fué practicada en la señora Souchot, y ayudado por Leroy, y pudo conseguir un chico vivo, con supervivencia de la madre. La Facultad de París, para conmemorar tan fausto suceso, hizo acuñar una moneda de honor de Sigault y Leroy, y el Gobierno se asoció al homenaje, concediendo pensión a Sigault y a la señora operada. Esto prueba, al decir de Baudelocque, el apasionamiento que existía en aquella época sobre la posibilidad, discutida hasta entonces, de una ampliación de la pelvis durante el parto.

Unos meses más tarde (4 febrero 1778), Carlos Gaspar von Siebold, profesor de cirugía de Würzburg, practicó la operación con éxito completo, e insistió en la necesidad de sentar sus indicaciones, de la misma manera que se hiciera para el fórceps y la cesárea.

A partir de aquí, discuten los partidarios de la intervención y sus detractores, y a la cabeza de estos últimos, Baudelocque, con su gran autoridad, contribuyó a que se la considerara como operación peligrosa, mutiladora y, en el mejor de los casos, inútil, pues no se conseguía con ella nada de lo que el operador se proponía. Vemos, pues, el extremismo a que se llegó al enjuiciar tal operación, debido, por una parte, a sus no bien sentadas indicaciones (Baudelocque la intentó en pelvis cifóticas y asimétricas), y, por otra, a una técnica defectuosa, por estar en su infancia todavía. El hecho cierto es que la división de la pelvis cayó en el olvido durante buen número de años, hasta que volvió a resurgir gracias a los trabajos de la escuela italiana. Morisani, profesor de Nápoles (1886), rehabilitando la sinfisiotomía, y unos años más tarde, Gigli, de Roma (1894), practicando la

primera hebstotomía abierta, iniciaron otra época histórica en el desarrollo de las operaciones ampliadoras de la pelvis.

Estas intervenciones, cuyas principales desventajas eran sus indicaciones no bien precisadas y su técnica difícil y mutiladora, ganaron, gracias a estos autores, un gran progreso, pues tanto uno como otro estudiaron y aquirataron bien las primeras, perfeccionando al mismo tiempo su ejecución, no pretendiendo llegar más allá de lo que las modificaciones anatómicas y funcionales de la pelvis permitían.

Los nombres de Pinard, Iweifel, Neugebauer, Caruso, Spielli, Kurtner, Aittech, Galbiati y otros van ligados al perfeccionamiento y estudio ulterior de estas intervenciones. Sin embargo, todavía el inconveniente de la fácil infección de las heridas por su proximidad a campo séptico, como la vulva y periné, no fué vencido hasta que Doderlein y Bumm, por una parte, y nuestro compatriota Delgado, y más tarde Franck, por otra, creando la técnica subcutánea para la hebstotomía y sinfisiotomía, respectivamente, redujeron al minimum el traumatismo y alejaron y disminuyeron la puerta de entrada de los agentes microbianos.

La técnica subcutánea de estas intervenciones representa otro momento importante en la historia de las operaciones ampliadoras de la pelvis, y justo es que nos sintamos orgullosos de que en este momento aparezca un compatriota, siendo más que suficiente motivo para que, como ya proponía Otero en su comunicación al Congreso de Sevilla de 1924, la sinfisiotomía subcutánea sea designada no como operación de Franck, sino como operación de Delgado-Franck, por haber sido el español precursor de ella en 1781.

La técnica subcutánea en manos de los tocólogos contemporáneos ha permitido establecer un perfecto criterio sobre sus indicaciones, y, por ello, en la actualidad, a las operaciones ampliadoras pelvianas no se les pide más ni menos de lo que, en el concepto moderno de la obstetricia, se les puede exigir.

Por último, para terminar esta excursión histórica, citemos otra etapa, representada por la aparición de la técnica de Zárate, de Buenos Aires, que recomienda calurosamente su sinfisiotomía intraarticular, denominada sinfisiotomía parcial u operación de Zárate. Esta última técnica ha sido la seguida por nosotros en nuestros casos, y a ella nos referiremos.

Existen, pues, dos clases de operaciones para ampliar la entrada pelviana durante el parto (hago omisión a propio intento de las que, como la resección del promontorio y otras, pretenden obtener una ampliación permanente de la pelvis), a saber: sinfisiotomías y pubeotomías; y dentro de ellas, dos técnicas: la abierta y la subcutánea, con diferentes métodos, que exponemos en el cuadro siguiente:

Sinfisiotomía.....	{	Abierta.....	{	Pineau
				Sigault.
	{	Subcutánea...	{	Morisani.
				Delgado.
	{		{	Franck.
				Zárate.
	{	Abierta.....	{	Gigli.
				Bumm.
Pubeotomía.....	{	Subcutánea.....	{	Doderlein.
				Menge.

Las subcutáneas, en la actualidad, puede decirse que

han destronado a las de campo abierto, por las siguientes razones, fáciles de comprender:

- 1.º Por el menor peligro de infección en los días que siguen a la operación.
- 2.º Por la sencillez de la preparación operatoria.
- 3.º Por su más rápida ejecución.
- 4.º Por el menor traumatismo quirúrgico.
- 5.º Por la más rápida restitución anatómica y funcional postoperatoria.

No obstante, no dejan de atribuírsele a la técnica subcutánea algunas desventajas, entre las cuales podemos reseñar las siguientes:

- 1.º Trabajar en campo ciego.
- 2.º Lesiones posibles de los órganos vecinos a la sínfisis, o por traumatismo directo con el bisturí, o por desgarro.
- 3.º Hemorragias, trombosis y embolias.
- 4.º Perturbación funcional postoperatoria de las articulaciones pelvianas, que pudieran hacerse permanentes (común este inconveniente a las técnicas a campo abierto).
- 5.º Dificultad de precisar sus indicaciones para que no resulte operación inútil o insuficiente.

No es tarea nuestra en esta comunicación el discutir unas y otras ni el trazarlos con detalle la técnica de las intervenciones, que todos conocéis; pero sí es preciso que insista en lo tantas veces repetido: con técnicas francamente mutiladoras, como son las de campo abierto, con indicaciones no bien precisas y, sobre todo, queriendo llegar a conseguir una ampliación de la entrada pelviana exagerada, como en lo antiguamente conseguido, de seis a siete centímetros de separación en los cuerpos del pubis, es como pueden sobrevenir desgarros y displaceraciones de uretra, vejiga, vagina, etc., es como sobrevienen con más frecuencia trombosis, y quizás puedan quedar trastornos permanentes de la marcha que hagan inválidas a las operadas.

Con la técnica subcutánea, y sobre todo con la técnica solamente intraarticular de Zárate, estos peligros reducéndose al minimum, si bien es verdad que puede conseguirse una separación menor de las ramas del pubis y, por tanto, una ampliación menor del conjugado verdadero.

Pues bien, a nuestro modo de ver, precisamente en ello se fundamenta lo sugestivo de la técnica de Zárate, en que no incindiendo más que el cartílago sínfisiario, respetando los ligamentos suprasínfisarios y el arquatum casi en toda su integridad, existe siempre un freno quirúrgico a las violencias de separación de las dos mitades pélvicas, y, consiguiendo la bastante separación para ganar unos milímetros en el C. V., elimina la posibilidad de desgarros en la región sínfisiaria y de displaceraciones grandes en las articulaciones sacroilíacas.

A la sínfisiotomía hay que exigirle una ampliación en el sentido del C. V. de algunos milímetros, a lo menos a nuestro entender. Y así, para vencer la pequeña desproporción pelvifetal en las pelvis planas, y nada más. Y para ello la técnica de Zárate se basta y sobra. Para mayores desproporciones, y para otras clases de pelvis, existen la cesárea y las perforaciones fetales.

Con las pelviotomías pretendemos en la actualidad ganar una ampliación de la entrada pelviana, en dos sentidos:

- 1.º Aumentando el C. V.

2.º Aumentando el espacio funcional utilizable de la entrada pelviana.

Hoy, después de los estudios de Sellheim y de las aportaciones radiopelvimétricas de Martins, Guttmann y otros, el concepto antiguo de pelvis estrechas casi ha desaparecido, y ha sido sustituido por el de desproporciones pelvifetales, refiriéndonos, claro está, a las llamadas pelvis moderadas o límites; pero no siendo suficiente esta designación, que habla sólo en un sentido anatómico, se le debía añadir también el término de funcionales; por ello, modernamente se debe hablar de "desproporciones funcionales pelvifetales".

En efecto, la pelvis no es, como antes se concebía, un cinturón óseo con sus entradas, salidas, estrechos, planos y ejes. Esto era, y es, en el cadáver. Pero vosotros sabéis que la pelvis, en el parto, es una porción viva, con su dinamismo especial, capaz de una movilidad que sorprende, y susceptible por ello de compensar, juntamente con la contracción uterina y la plasticidad fetal, las desproporciones anatómicas de masa, pudiéramos decir, existentes entre cabeza y pelvis, bien entendido que esto es dentro de ciertos límites, pero que yo no me atrevería a calificar de relativamente amplios. La pelvis, en el parto, es un segmento cilíndrico hueco, de forma irregular, por el cual ha de pasar otro cilindro macizo, pero modelable, representado por el feto, y ambos segmentos cilíndricos, continente y contenido, son susceptibles de amoldarse el uno al otro merced a variados factores, de entre los cuales no es el más despreciable el de la movilidad de las articulaciones pelvianas; movilidad que existe a expensas de las modificaciones que durante el embarazo se vienen operando en ellas, que imbibíendolas, encharcándolas y haciendo jugosos sus cartílagos y ligamentos, los preparan para que en el momento del parto dejen de constituir un todo rígido para convertirse en un todo segmentado, movable y desplazable.

Este proceso de rejuvenecimiento, en el sentido de Sellheim, de la pelvis no es más que un aspecto parcial del que sufre todo el organismo materno debido al embarazo, hace que podamos considerar la pelvis, durante el parto, como adulta en sus caracteres anatómicos de diámetros y tamaño total, pero como púber, más aún, infantil, en la movilidad y elasticidad funcional de sus articulaciones.

Que esto es cierto, y no elucubraciones más o menos teóricas, lo prueban las observaciones de todos los tiempos, y en los actuales lo confirman las observaciones radiocinegráficas, los estudios histológicos de las articulaciones pelvianas (Véase un completo trabajo de Halshofer en los "Archivs für Gynäkologie", 1933), y sobre todo el hecho observado por todos los que asistimos a parturientes del cambio de actitudes, de posiciones pudiéramos decir raras, de incurvaciones, etc., etc. que ejecuta y adopta inconscientemente la mujer que está en trabajo de parto. Parece como si la naturaleza aprovechara esas posiciones para encontrar resquicios, ampliaciones, huecos más desahogados por donde expulsar al exterior el contenido uterino, y así es, en efecto, en el parto normal; por estos cambios de posición pelviana, las articulaciones de la misma se separan o aproximan, permitiendo una ampliación de algunos de sus diámetros a expensas de otro. Gracias a esta movilidad, es posible el parto espontáneo en pelvis límite, y gracias a ella y al efecto plástico de la contracción uterina sobre el feto, nos ve-



PIPERAZINA MIDY

GRANULADA EFERVESCENTE

**EL MÁS
PODEROSO
DISOLVENTE
DEL ÁCIDO ÚRICO**
ESTIMULANTE DE LA
ACTIVIDAD HEPÁTICA

LA
PIPERAZINA
es
el único
nuevo
anti-úrico
inscrito
en el
CODEX FRANCÉS

**ARTRITIS,
GOTA, CÁLCULOS,
REUMATISMO,
LITIASIS RENAL,
LITIASIS BILIAR**

2 a 4 cucharadas de las de café diarias.

LABORATORIOS DE LA PIPERAZINA MIDY - Aragon 228 - BARCELONA

ESPECIFICAR BIEN EL NOMBRE "MIDY"

Doctor:

Los LABORATORIOS TURON,

productos neuroterápicos,

tienen el gusto de presentarle tres productos de eficacia comprobada:

Neuronal-Turón Específico de los estados de emotividad exagerada, excitación psíquica de depresión mental, neurosis de compulsión, ansiedad, histeria e **INSOMNIO ESENCIAL**

DOSIS: De dos a cuatro cucharadas grandes distribuídas en las veinticuatro horas.

Completamente inocuo: tolerancia absoluta

Fenilcal (Sal cálcica del feniletilmalonilurea). Es el mejor antiepiléptico conocido. No entorpece el regular funcionamiento del intestino y facilita la diuresis.

DOSIS: De una a tres tabletas al día.



Fosforal - Turón

(Excelente tónico nervioso).

Estimulante del cerebro, agotamiento psíquico, estados neurasténicos, depresión nerviosa, debilidad consecutiva a las emociones y al trabajo mental excesivo, melancolía en sus diversas formas. Combate eficazmente la **FOSFATURIA**. Gusto agradabilísimo, tolerancia absoluta.

DOSIS. Una cucharada de postre antes o después de las tres comidas.



Lauria, número 96.-BARCELONA

mos sorprendidos muchas veces con la expulsión espontánea de un feto en algunos casos en que de antemano, por las cifras, no lo esperábamos así.

Esta movilidad articular es la que aprovechamos nosotros en las pelviotomías, pues gracias a ella es posible al incidir la sínfisis o una rama del pubis el que los ilíacos se desplacen, haciendo de charnela las articulaciones sacroilíacas.

Las pelviotomías, pues, y en especial la sinfisiotomía subcutánea, amplía, pudiéramos decir, un grado más la adaptación funcional de la pelvis en el parto.

La sinfisiotomía debe permitir el paso de un feto vivo, y sólo en este caso, cuando por unos milímetros de diferencia esta capacidad funcional de la pelvis para vencer la desproporción pelvifetal haya fracasado, lo cual quiere decir cuello dilatado, bolsa rota, buenas contracciones, desproporción ligera y pelvis jóvenes en sentido funcional. No es, como en opinión de algunos, que la cesárea está contraindicada: no. Es que la sinfisiotomía tiene sus indicaciones precisas, que solamente ella puede cumplirlas.

La sinfisiotomía subcutánea, y en especial la intraarticular, permite al especialista, y aún más al médico práctico, resolver en la asistencia domiciliaria casos con feto vivo que, de otra forma, sólo se resolverían con feto muerto, extracción violenta, desgarros y roturas espontáneas de las articulaciones pelvianas, o, lo que es más científico, pero desagradable, con perforación de feto vivo.

No soy partidario de la sinfisiotomía total, pues entiendo que, aun en las mejores manos, puede ser peligrosa; pero sí me siento entusiasta de la sinfisiotomía a lo Zárate, que nos permite incidir, pudiéramos decir por grados lo preciso, y nada más que lo preciso, y nos impide, por otra parte, traspasar los límites quirúrgicos que las disposiciones anatómicas permiten.

En las tres ocasiones por nosotros ejecutada, nos ha dado la misma sensación que cuando realizamos una episiotomía para abreviar el paso de una cabeza por el periné, salvando así un chico que sufría y evitando un desgarro irregular de periné y, como tal, difícil de reestaurar.

La sinfisiotomía parcial es, permitidme la comparación no científica, aflojar un punto la hebilla del cinturón después de una copiosa comida, pero sin llegar a soltarlo por completo.

Zárate dice en sus últimas publicaciones que es el acompañante obligado del parto de prueba, que en muchas ocasiones termina espontáneamente y en otras es preciso concluirlo por cesárea, sinfisiotomía o perforación, según las indicaciones y condiciones existentes.

Y dando un corte a estas consideraciones, pues se va haciendo larga mi intervención, os referiré, siquiera en pocas palabras, los tres casos por mí intervenidos.

Ante todo, he de lamentar no haber podido hacer radiografías de los casos, por circunstancias ajenas a mis deseos.

Primer caso.—Veintiocho años. Un parto anterior, al que fui llamado cuando llevaba cinco horas la bolsa rota, feto muerto y cabeza en entrada de pelvis, cuello dilatado, terminó por basiotripsia, hace tres años. El parto que ahora os relato fué hace año y medio. A término. Contracciones hace treinta y seis horas; bolsa rota hace seis meses; contracciones escasas. Nalgas, pura. Asisti-

da hasta el momento por una comadrona. Al encargarme de ella encuentro: cuello apenas se alcanza, nalgas en tercer plano, feto vivo, contracciones insuficientes. Inyector pituitrina. Avanzan las nalgas, y, para facilitar la rotación, bajo el pie anterior. Desprendimiento espontáneo del tronco. Maniobra de Müller para los brazos. Se intenta Mauriceau para la cabeza, que fracasa, a pesar de ayudar la comadrona, comprimiendo la cabeza por arriba. Sigo las tracciones, y, ante la sensación de cometer algo incorrecto si tiraba violentamente, intento (para salvar al chico, que momentos antes hacía inspiraciones) sinfisiotomía. Técnica de Zárate, controlando cara posterior de sínfisis con índice izquierdo en vagina. Incisión del cartílago en su totalidad, lentamente, no dejando de comprobar en todo momento que el bisturí estaba dentro de la articulación. Flexión, rotación y extracción de la cabeza, ayudando, por compresión suprapúbica, la comadrona. Feto muy asfíctico, que tarda en respirar. Alumbramiento por Crédé fácil. Vendaje a las caderas apretado.

Curso posterior: Incontinencia de orina, cuatro o cinco días. Luego, quedó bien. Orina clara. Inmóvil en cama, dieciocho días. Al décimonoveno se levanta, aquejado dolores en sínfisis y sacro, que se mitigan algo con un vendaje bien apretado. Alta a los veinticinco días, pudiendo marchar por su pie, sin trastornos ostensibles en la marcha; sólo dolor.

Un año después la vuelvo a ver. Anda bien. Molestia, ninguna. Sínfisis, casi normal; no hay desplazamiento en el sentido horizontal de las ramas del pubis. Ningún dolor a la presión.

Segundo caso.—De treinta y dos años. Parto anterior: forceps y feto muerto, asistida por otro compañero. En el embarazo actual, a los ocho y medio meses, versión externa por presentación de nalgas, que se consigue con facilidad. C. diagonal, 10 centímetros, lo que hace un C. V. de 8,5 a 9 centímetros. En este caso, esperábamos probar el parto, y si fracasaba, pensábamos en una cesárea para obtener feto vivo. Avisan cuando ya lleva un día de trabajo asistida por una comadrona sospechosa en asepsia y que le ha hecho tres tactos vaginales. Cuello como palma pequeña. Bolsa rota. Cabeza sobre entrada, muy poco movable, en vértice derecho posterior. Contracciones buenas. Feto vivo y bien. Esperamos, trasladándola al Sanatorio. Seis horas más tarde, tacto vaginal. La cabeza, prácticamente igual. Cuello dilatado. Se toca a la izquierda y atrás un asa de cordón, que, tras varias tentativas, consigue reponerse. Feto con 150 pulsaciones, y en ocasiones, 120, producidas por las maniobras de reposición de cordón. Temperatura de la enferma, 37,6°. Se coloca en decúbito lateral derecho, para facilitar las maniobras de rotación y avance de la cabeza, vigilando al feto muy frecuentemente. Dos horas más tarde, con buenas contracciones, el sufrimiento fetal se hace más grave, y no se rompe con facilidad. Cabeza casi a la misma altura, sin rotar.

Por estar contraindicada cesárea (tactos vaginales, reposición del cordón) y haber indicación de terminar el parto por sufrimiento fetal, pensamos en forceps alto, previa sinfisiotomía. Sinfisiotomía subcutánea, respetando solamente el ligamento arquatum. Forceps en segundo plano, difícil por la posición y variedad posterior. Extracción lenta y progresiva, difícil de la cabeza en varias tracciones, espaciadas por descansos. Por fin, se con-

sigue extraer un feto rotado hacia atrás, que tarda casi media hora en respirar. Alumbramiento sin importancia. Coloco sondaje permanente por suponer traumatizada la vejiga.

Curso postoperatorio: Orina sanguinolenta, tres días. Luego, clara. Puerperio con 38,5° como máximo, al segundo día. Bolsa de hielo. Secacornina. Vendaje en banda, con peso en los extremos para facilitar la aplicación; hielo. Alta a los veintiséis días, en buen estado. Anda bien. No se ha vuelto a explorar.

Tercer caso.—De treinta y dos años. Múltipara. Tres partos con feto muerto, uno macerado. Tres abortos de tres-cuatro meses. Wassermann y Meinicke, positivo. Tratamiento específico con neo y bismuto en la actual gestación durante el segundo mes. Cabeza abajo, dorso izquierda, vivo. Pelvimetría: 23, 24,5, 28, C. D., 11,7 centímetros. Empieza el parto casi a término: faltaban tres días, cuatro horas antes de ser llamados nosotros. Cuando nos encargan de ella, cabeza sobre entrada, haciendo algún relieve. Contracciones medianas al comienzo. Tacto rectal: cabeza alcanza el segundo plano. Cuello como dos pesetas. Como calculábamos un C. V. de 9,5 centímetros, decidimos esperar el parto espontáneo, no sintiendo zozobra por la muerte fetal, que creíamos garantizada. Cinco horas más tarde, rotura espontánea de la bolsa. Una hora después, cuello completamente dilatado. Cabeza a la misma altura, pero más deforme. Contracciones medianas. Feto, bien. Esperamos dos horas más, pasadas las cuales, como la presentación no avanza, decidimos terminar el parto, por iniciarse algo de hipersensibilidad en segmento inferior. Pensamos en cesárea, que la deseamos por el número de horas transcurrido desde la rotura de la bolsa, por ser un feto heredo-específico, no suficientemente tratado, y por considerar la desproporción pelvifetal muy moderada. Justipreciando estos valores, admitimos la sinfisiotomía subcutánea como la más indicada, a pesar de la hipersensibilidad del segmento uterino inferior, que si bien, por una parte, pudiera considerarse como una contraindicación, nosotros, sin embargo, confiábamos en que desaparecería una vez que pudiera avanzar la cabeza, ampliando la sínfisis. Sinfisiotomía subcutánea parcial, previo esfuerzo de las contracciones con pituitrina. La cabeza llega hasta el tercer plano durante la ejecución de la sinfisiotomía, y en vista de ello decidimos esperar la expulsión espontánea, que se realizó una hora más tarde, saliendo un feto vivo y limpio. Alumbramiento, cuarenta y cinco minutos más tarde por expresión de Crédé, ligeramente hemorrágico. Pituitrina y secacornina. Vendaje en banda.

Curso posterior: La enferma pierde orina por vagina durante quince o veinte días, a pesar de eliminar por la sonda permanente que tenía colocada desde que se notó la pérdida, al segundo día. Al noveno día empieza a disminuir la cantidad, hasta que a los veinte cesa por completo esta pérdida de orina. Tratamiento específico con neo durante el puerperio, desde el quinto día. A los veintidós se le quitó la sonda permanente, y continúa orinando bien. Urotropina. A las seis semanas, alta en buen estado. Deambulación buena, no aquejando dolor en el pubis. No se ve fistula alguna en la vagina.

Juicio: Fistula vesicovaginal por estallido, al paso de la cabeza, pues el bisturí trabajó exclusivamente intra-

articular; estallido de la vagina, quizá facilitado por tratarse de una luética.

He aquí, reseñados, los tres casos en que, a mi juicio, ha estado indicada la sinfisiotomía subcutánea, y los resultados de ella obtenidos. Por lo escaso del número, no me es posible ni esbozar ligeramente sus indicaciones precisas. Es el momento de establecer una indicación obstétrica uno de los más difíciles, pues en muchas ocasiones es imposible encerrar dentro de unas cuantas frases la conducta a seguir, pues el estado de la mujer, el estado del feto y el estado del tocólogo son los tres estados principales que, a mi juicio, entran en conflicto en un momento determinado, estableciendo una indicación, y, con arreglo a ella, dirigir una conducta terapéutica que siempre pretendemos que sea acertada.

Dr. LÓPEZ FONT (D. Eduardo).—Felicito efusivamente al Dr. Hernández López por su brillante disertación sobre los casos clínicos que motivan la misma; felicitación que considero tanto más justificada cuanto que el éxito de los mismos es una prueba más de su competencia técnica y científica, y sobre todo porque es el primero que presenta los resultados de una intervención que, siendo tan sencilla como la sinfisiotomía, sin embargo, no ha sido tal vez practicada, como no sea de un modo silenciado y oculto, por los tocólogos de esta localidad, cosa que explico, ya que la cultura tocológica de los mismos y su competencia técnica rayan a tan considerable altura, que sólo fía en procedimientos de técnica que del modo más terminante conducen al éxito, y desdeñan aquellos otros en que la suerte o el azar puedan modificarlo, aunque aparezcan tan seductores como el procedimiento que nos ocupa, por su sencillez técnica, su rápida ejecución y el escaso material, aparente inocuidad, etc, explicando su abstención por las mismas razones que el Delmás y otras técnicas no han tenido su entrada en nuestra escuela.

Respecto a las indicaciones del método, entiendo que más importancia que a las medidas pelvimétricas debe darse a las medidas clínicas que se deducen del estudio de partos anteriores y que nos indican con bastante exactitud, salvo las consiguientes reservas, el grado de permeabilidad o desproporción pelvifetal. También entiendo que en todos estos casos sería un ideal más científico que acudir a esta intervención hacer, por decirlo así, una profilaxis seria de la misma, vigilando radiográficamente el embarazo e interrumpiéndolo previamente en fecha oportuna en que la viabilidad y la permeabilidad fetal esté asegurada. Pero como estos procedimientos de interrupción unas veces fallan, otras tienen serias contraindicaciones y otras finalmente no pueden ser aplicados por no someterse las enfermas a la debida vigilancia, hay que reconocer que el acudir tarde, y en plena distocia, la sinfisiotomía es una operación que ocupa lugar importantísimo en la terapéutica obstétrica y que puede prestar y presta servicios heroicos en lo que a la vida fetal se refiere.

Respecto al primero de los casos tratados, he de manifestarle una vez más mi admiración, toda vez que, siendo la primera de sus intervenciones y teniendo la agravante de cabeza última, supo resolverlo serenamente y con la pericia de un experimentado.

Respecto al tercero, he de consignar que las lesiones espontáneas que, al parecer, se originaron, pudieron ser, a mi juicio, dependientes de una predisposición vaginal

a las mismas, por efecto de los laboriosos partos anteriores, a más de las causas tan razonadas que él mismo expone.

Y respecto al segundo, pienso si la sinfisiotomía no fué perfecta, dado lo difícil de la extracción.

Finalmente, la anestesia empleada pudiera influir también en parte de los diversos resultados.

También entiendo que pudiera ser interesante poner a discusión la sinfisiotomía que pudiéramos llamar "de lujo", para los forceps altos o en estrecho superior, y la indicación en el medio rural, a falta de otro medio de mayor seguridad.

DR. HERNÁNDEZ LÓPEZ (D. Claudio).—Agradezco al doctor López Font su intervención, rechazando las frases de alabanza que ha tenido para mi disertación, por no ser acreedor a ellas. He pretendido, al aportar tres casos de mi personal observación, hacer un ligero croquis de la historia de las intervenciones amplificadoras de la pelvis para recabar algo de gloria para nuestro compatriota Delgado, que tan marcadamente influyen en el progreso de la técnica de la sinfisiotomía.

Al mismo tiempo, quiero recoger alguna alusión del doctor López Font y compartir su criterio, y es que la sinfisiotomía subcutánea puede ser un recurso terapéutico de inestimable valor para el médico práctico el que ejerce en un medio rural. Yo, por mi parte, he de añadir que considero menos peligrosa para la mujer en trabajo de parto el que el médico que la asiste intervenga con el bisturí en la sínfisis, después de haber sentado la indicación, que la ejecución de un forceps alto (tan prodigado, por desgracia) que aun en manos del mejor especialista da la sensación, si no de un acto delictivo, por lo menos, de un acto violento. Y termino dando una vez más las gracias a todos por el interés y la atención con que han seguido esta exposición, llevada quizá un poco más allá de lo que me proponía.

BIBLIOGRAFIA

COMPENDIO PRÁCTICO DE MEDICINA, por E. Müller y A. Bittorf.—Dos voluminosos tomos de más de 1.000 páginas, con profusión de grabados. Editado por Manuel Marín y González del Campo, Madrid. Precio: 80 pesetas.

Hemos recibido el primer tomo de este compendio de Medicina, escrito por renombrados especialistas alemanes y traducido por los doctores González del Campo y González Deleito. En este volumen se estudian las enfermedades infecciosas, las de los aparatos respiratorio, circulatorio, digestivo, urinario; sangre, enfermedades de la nutrición, de los órganos del movimiento, niños y, además, se dedican algunas páginas a la psicoterapia de las enfermedades internas y a los problemas médico-legales de accidentes y enfermedades internas. Hay también un capítulo muy completo dedicado a técnica de laboratorio.

Los directores de la obra han conseguido de los colaboradores que se asocian íntimamente en todos los capítulos la concisión más extrema con una claridad perfecta. Si a esto añadimos que no existe novedad científica que no se encuentre debidamente registrada en todos ellos, se comprenderá el valor extraordinario de este libro, utilísimo tanto a los estudiantes y médicos prácticos en general como a cuantos quieren encontrar un

guión que les oriente para oposiciones, concursos, etcétera. Merecen especial mención los capítulos del aparato circulatorio, de enfermedades del riñón, el de accidentes del trabajo y enfermedades internas y el de alergia.

La traducción es concienzuda y muy estimable, y la casa Marín-González del Campo ha procurado hacer una edición esmerada y presenta la obra en volúmenes muy manejables y bien impreso.

F. J. C. y C.

LIBRO DE ACTAS DEL V CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA.—Editorial Urania, Granada, 1934.—10 pesetas a los congresistas y 20 a los no congresistas.

Con una premura desacostumbrada, lo que, en cambio, prueba una magnífica organización, hemos recibido el *Libro de Actas* del pasado Congreso de Pediatría, que tuvo su sede en la hermosa ciudad granadina en el mes de abril pasado. Constituye el citado libro un volumen de más de 600 páginas, magníficamente editado, y conteniendo todas las ponencias y comunicaciones diversas a él presentadas. Contiene asimismo la obra una amplia reseña de todos los actos y visitas celebradas en honor de los congresistas y un gran número de fotografías de los mismos, como igualmente de los señores congresistas.

Nuestra más cordial enhorabuena al Comité de Publicaciones, por tan grata y valiosa obra, y en particular al Dr. Duarte Salcedo, principal realizador de la misma.

J. H. S.

ANALES DEL HOSPITAL DE SAN JOSÉ Y SANTA ADELA.—Volumen IV. Curso 1932-1933. Sin precio. Imprenta Gráfica Universal, Evaristo San Miguel, núm. 8. Madrid, 1932-1933.

El Hospital de San José y Santa Adela, verdadera honra de los servicios hospitalarios madrileños, acaba con la terminación del año de lanzar a las prensas el IV volumen de su Anales, de los cuales tan sólo se puede decir que sobrepasan cada año en valor e interés a los de años precedentes, y tal como podemos comprobar en el del presente año, en el cual se publican infinidad de casos clínicos e historias, realizadas con el mayor cuidado por las plumas de los Dres. Fernández Criado (Miguel y José), Piga, Ortega, Larru, Urcelay, Martín Calderín, Del Río, Morales, González Sánchez, Casariego, Poyales, Albadalejo, Marañes, Francés Lacalle, O. Franco, Arias, Calandre, Pascual, Serrano, Vilches, Palazón, López Tarto, Blanco Soler, Baltes, Balbín, García Bermejo, Rodríguez (F.) e Hidalgo de Caviedes.

MEMORIA DE LA ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA, de Murcia.—Editorial La Verdad. Murcia, 1934.

Contiene ésta, a más de la Memoria anual, a cargo de su Secretario, D. Francisco Ayuso, quien pone de relieve la gran labor por dicha Corporación llevada a cabo, el Concurso de premios para el presente año, la lista de sus Académicos numerarios y corresponsales, y el bello discurso inaugural pronunciado en la apertura del actual curso por D. Manuel Rebordosa Sadurní, quien trazó de mano maestra las siluetas de Ferrán Roux y Calmette, bajo el título de "Tres fechas tristemente memorables en el historial de la Medicina moderna".

H.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

RENÉ BECKERS.—*Sífilis y gestación.*

Después de un muy documentado estudio sobre este interesante y siempre de actualidad tema, el autor emite las siguientes conclusiones:

- 1.^a El tratamiento de la mujer en estado de gestación debe ser instituido con la máxima rapidez posible.
- 2.^a El mismo debe ser desde su comienzo muy enérgico.
- 3.^a Debe realizarse éste durante todo el período de la misma.
- 4.^a Respecto al tratamiento, no emite la ventaja de un medicamento sobre otro, y se remite a datos estadísticos.
- 5.^a Las inyecciones subcutáneas e intramusculares, aunque más dolorosas, deben ser preferidas a las intravenosas, ya que éstas pueden dar lugar a choc obstétrico y al aborto.
- 6.^a En las arsénicas resistentes es muy de aconsejar el tratamiento mixto a base de arsénico-bismuto o arsénico-mercurio.
- 7.^a El tratamiento de toda mujer gestante impone una íntima reunión entre el ginecólogo y el sifiliógrafo.
- 8.^a Una mujer tratada suficientemente debe parir un niño sano. (*Bruxelles Médical*, núm. 51, 22 octubre 1933.) J. H. S.

BECK, HARTMAK y THORN.—*Los estados nerviosos y mentales y la mejoría en ellos observada por el tratamiento con extracto córticosuprarrenal.*

No hace falta, por su gran conocimiento para todos, el exponer el síndrome clínico de la insuficiencia suprarrenal—dicen al comenzar su artículo los autores—. Los trastornos que en él se dan (de depresión e inercia, y a veces éstos conducen al coma, mejoran, y no puede dudarse por los casos ya experimentados, merced al extracto suprarrenal.

Pasan revista en su trabajo los autores a tres casos por ellos observados; en todos ellos decrecía la fatiga y aumentaba la fuerza motriz, el enfermo se llenaba de euforia, volvían a ellos las funciones genitales perdidas.

La acción de la opoterapia—dicen—era tan sólo de transición, es decir, lo que duraba el tratamiento.

Terminan el trabajo diciendo que esta medicación proporciona resultados muy valiosos en los sujetos normales fatigados o con sumernaje. (*The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1933.)—H.

H. VIGNES y O. POULAIN.—*Los bromuros en ginecología.*

Comienzan los autores estudiando los bromuros alcalinos y su tratamiento en el flujo menstrual como retardatorio de éste en casos de metrorragias. En los dolores genitales es de gran sedancia (5 a 10 grs.). En casos de ninfomanía han perdido el valor que muchos les atribuían.

Pueden usarse en ataques de eclampsia y en mujeres embarazadas con insomnio.

Las dosis varían según cada uno de los distintos empleos.

El de calcio se utiliza asimismo como calmante y en

las metrorragias. Y el bromuro alcanforado como estimulante del corazón y calmante, según Potain, de la ninfomanía. (*Proquel Médical*, abril, 1933.)—H.

BERKEL y SOURGIK.—*Tratamiento de la linfogranulomatosis inguinal, por las inyecciones de leche, de glicerina y de pus vacinal.*

Los autores han tratado 16 enfermos de enfermedad de Nicolás-Favre, valiéndose del método intraganglionar, 13 por el de la leche (dos curaciones, tres mejorías notables, cinco mejorías, tres casos no modificados), otros dos lo fueron por el de la glicerina (una mejoría y un fracaso) y otro por el antígeno de Frei, mejorado.

Casi todos estos tratamientos proporcionan buenos resultados y disminuyen la duración de la enfermedad. Bien puede ser que la acción irritante de esta medicación provoque la desensibilización del tejido enfermo.

El médico general—más bien rural—tiene como medio más a su alcance la leche; se inyecta ésta en los ganglios a pequeñas dosis de 0,2 a 0,3 cada dos o tres días.

La glicerina se hace a la de 1,5 a 2 centímetros cúbicos. El número de inyecciones debe ser de 12 a 15. Debe coadyuvarse con diatermia.

Si la terapéutica citada fracasa por vía quirúrgica, se procederá a quitar los trayectos fistulosos y los ganglios correspondientes. (*Annales de maladies vénériennes*, núm. 8, agosto, 1933.)—H.

A. EDINOW.—*El tratamiento de las enfermedades inflamatorias crónicas de la boca, la faringe y la laringe por las aplicaciones locales de rayos ultravioleta.*

Se sirve el autor para la irradiación de una lámpara construída especialmente con este fin. Las mucosas ya sabemos que son más sensibles que la piel, y con esta lámpara se obtiene la dosis eritematosa mediante una aplicación de diez a quince segundos. Hace falta, por otra parte, anestesiarse la mucosa mediante cocaína. La reacción que se produce es hinchazón, rojez, hipertermia, si bien al cabo de cuatro o cinco días todo esto desaparece y la mucosa se hace menos sensible a los rayos, por lo cual es necesario ir poco a poco aumentando la dosis de éstos. El número de sesiones depende de la afección tratada y deben hacerse éstas una vez por semana.

Localmente se realiza una hiperemia y una vasodilatación, favorecedoras de la migración de los leucocitos; sobre los microbios ejercen los rayos una acción más directa.

Edinow ha tratado con éxito por este medio diversos casos: tuberculosis del paladar y de la lengua, de la laringe, y úlceras linguales, leucoplasia, faringitis e infecciones varias. (*B. Médical Journal*, 15 de julio de 1933.)—H.

GALTUNG.—*Acné y eczema crónico curado por amigdalectomía.*

El autor ha practicado la amigdalectomía en 13 pacientes con acné crónico y en ocho con eczema también crónico—uno de éstos era un niño de muy corta edad—, habiendo obtenido muy buenos resultados en algunos de ellos.

Es una forma terapéutica—dice Galtung—que merece ser ensayada, y muy especialmente cuando existen antecedentes de garganta o por el examen del enfermo nos encontramos con una amigdalitis crónica. (*Norsk magasin for l gevidenskapen*, núm. 8, agosto, 1933.)—H.

AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO



Tos espasmódica

Tos Ferina

Tos de los Tuberculosos

Laboratoire de L'AETHONE, 9, Rue Boissonnade, París.

**MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA
POLIVALENTE**

GRAGEAS
Inalterables sin olor

PRURIGO de los NIÑOS
GRAGEAS INALTERABLES
GRANULADOS

GRANULADOS

PEPTALMINE
4
PEPTO-ALBUMINAS
y HARINA DE TRIGO
en la envoltura

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

TRASTORNOS DIGESTIVOS. ESTROFULO-ECZEMAS.

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE

GRAGEAS
y
GRANULADOS

CONGESTION del HIGADO. INSUFICIENCIA HEPATICA.
**PEPTALMINE
MAGNESIADA**
4 PEPTO-ALBUMINAS
y Sulfato de Magnesia

GRAGEAS
y
GRANULADOS

COLICIS. COLECISTITIS CRONICAS. MIGRAÑAS.

COLAGOGO

Laboratoire des Produits Scientia D'E Perraudin. Ph.^o del^e Cl^e 21, rue Chaptal, Paris (9^e)

"CALCIUM-SANDOZ"

SANDOZ

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

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

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

Inyectables al 20%... { Cajas de 1, 5 y 20 ampollas de 10 c. c.
Cajas de 2, 5 y 10 ampollas de 5 c. c.

PRODUCTOS FARMACEUTICOS SANDOZ, BASILEA (Suiza)

OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA

Apartado núm. 880.

BARCELONA

Plaza Cataluña, 9.

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

Ayuntamiento de Madrid

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Junta del Colegio Oficial de Médicos. El Dr. Codina, jubilado.—Academias y Sociedades.—La Sanidad en el Parlamento.—Instituto de Patología Médica del Hospital general de Madrid y Cátedra de endocrinología de la Universidad Central.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.—Vacantes.

BOLETIN DE LA SEMANA

Con pluma ajena... ¡Y ni una palabra más!

“Cuando yo era estudiante, nadie se ocupó de decirnos a los que entonces nos sentábamos en esos bancos que ahora ocupáis vosotros, y que otras generaciones esperan ver libres para ocuparlos a su vez, estas advertencias del deber universitario que reiteradamente estáis escuchando vosotros los estudiantes de ahora. Importa consignarlo así para que no toméis nuestras palabras por la canción eterna de la seriedad que invariablemente entonan ante las gentes jóvenes los que se ven forzados a la circunspección y a la disciplina por la pérdida de los impulsos físicos que empujan en vuestra edad hacia una fecunda rebeldía. No. Nosotros no os repetimos los mismos consejos que escucháramos en nuestra época estudiantil, porque nadie nos los dió. Cuando pensamos en nuestros maestros, nos inclinamos ante su memoria llenos de gratitud y de admiración, porque ahora vemos que aun los que parecían mediocres sabían muchas cosas y sabían enseñarlas, y todos dejaron una semilla en el surco que el espontáneo afán de saber abría en nuestro espíritu. Pero si fuéramos capaces de pedir cuentas a su memoria, se las pediríamos, no por la economía de su ciencia, sino porque no nos enseñaron, salvo alguna rara excepción, que hay, al margen de la ciencia misma, una sabiduría de la conducta, sin la cual la otra, la de saber las cosas, es mera información sin sentido verdadero, y, en suma, sabiduría a medias.

Por eso, si nosotros hemos pecado en la conducta, tenemos la disculpa de que nuestro deber de hombres, mil veces superior, en rigurosa transcendencia, al deber profesional y científico, tuvimos que aprenderlo por nosotros mismos a trancas y barrancas con la realidad, que nos ofrece siempre la misma lección a los que la viven sin tacto: primero nos permite ser injustos con los demás sin remordimiento, y después, invariablemente, la injusticia nos es devuelta con creces sobre nuestras propias costillas. Así, pues, no

siendo justos con los otros y teniendo luego que soportar la falta de justicia del ambiente, hemos ido conociendo y sabiendo que adoptar una vida profesional, cursar en las aulas universitarias, tener un título y utilizarlo, no es una mera cuestión de técnica y de conocimientos, sino un compromiso sagrado con algo que está muy lejos de nuestra propia conveniencia, a saber, con los grandes valores que mantienen y empujan el progreso humano: la justicia, la ciencia, la fraternidad universal y el decoro de nuestro país, del cual somos, en parte grande o minúscula, responsables y depositarios.

Antes de esta dolorosa y larga autolección, nada sabíamos de tales deberes. ¿Cómo íbamos a cumplirlos? Pero vosotros no podéis alegar la misma ignorancia, porque os los estamos encareciendo cada día, a riesgo de cometer el feo pecado de la impertinencia. Estamos en momentos solemnes de la historia del mundo, en una de esas crisis que sólo a determinados fragmentos de la humanidad, eternamente en marcha, les es dado contemplar y convivir. Y este augurio trascendental, que todos los hombres han hecho alguna vez en todas las épocas de la Historia, es ahora seguramente cierto, porque el mundo nos ofrece las señales infalibles de sus épocas críticas: el hambre física, la ruptura de las normas morales y la falta de rumbo político. Cuando estos síntomas asoman a la superficie de las sociedades, es que dentro se está desarticulando una pieza vital de su mecanismo, y los hombres entonces tenemos pleno derecho a adoptar medidas heroicas.

Y estas medidas heroicas se reducen a una sola, fundamental, de donde brotan todas las demás: a aceptar una disciplina. El hombre no ha inventado, ni inventará nunca, un remedio distinto de éste en los trances de apuro personal o colectivo. Nuestro impulso, nuestra voluntad, nuestras almas humanas propenden a derramarse en el desorden para progresar, y todo progreso se funda en romper el ritmo ordenado de la vida primitiva. Si el pájaro es superior al infusorio, es porque tiene una capacidad infinita para trocar el movimiento rítmico de los fla-

gelos de éste por el desorden admirable de sus alas, y si el hombre es el rey de todos los seres vivos, es porque los supera a todos en posibilidades de alterar el orden de las leyes naturales. Pero este mecanismo del progreso es tan delicado, que se convierte pronto en una enfermedad y amenaza con matar a los hombres que son todavía pobres niños, a los que armas eficaces se les disparan entre las manos.

Y acabarían muriendo envenenados por esta inflamación del instinto de la libertad, si no surgiera automáticamente el antídoto específico, que es la disciplina, es decir, la vuelta al ritmo primitivo y ordenado, en el que el progreso momentáneamente se detiene, pero en el que se neutraliza el desorden y se incuba el progreso futuro.

Basta lanzar una ojeada al mundo para convenirse de que ha llegado para todos la hora de esa disciplina necesaria y salvadora, que debe empezar a cuajarse precisamente entre nosotros, vosotros y nosotros, los estudiantes y los que llamáis maestros, estudiantes también, con algunas cosas menos que aprender, pero con menos tiempo ya para aprender las que ignoramos. Al hombre de la calle, enconado por la injusticia inevitable de la vida, le es siempre difícil dar el ejemplo de la comprensión. Y también al político, cuya eficacia se alimenta, como los motores en las presas, de la pasión contenida y despenada. El ejemplo ha de salir de nosotros, cuyo ideal común, la ciencia, da sombra bastante para acoger a todas las diferencias en la actitud política, a todos los matices confesionales y a todos los escalones de la jerarquía social.

Y no me digáis que estas palabras son incongruentes en el acto de hoy, dedicado a la inauguración de una Academia Medicobiológica. Porque si quisiéramos designar con una sola palabra lo que esta Asociación significa, esa palabra no podía ser otra que disciplina.

Una reunión de hombres que trabajan por la ciencia quiere decir empuje voluntario por la creación desinteresada de la verdad; creación de deberes nuevos, los más altos, los que nadie nos impone; fusión bajo un solo signo de gentes que pertenecen a bandos distintos y a los continentes que están separados por el mar, y sobre todo ello, generosidad para hacer frente con un gesto de amor al trabajo y a la verdad, a la ola de escepticismo, de desolación y de deportismo criminal que rodea a las nuevas generaciones, y digo deportismo criminal, porque el cultivo del esfuerzo físico sin un fin creador, que es el deporte, si no tiene su contrapeso de austeridad y desprendimiento morales, degenera fácilmente en barbarie, y se empieza boxeando o dando patadas a un balón para acabar cazando a tiros a los del bando

contrario, sin pensar que son también nuestros hermanos, aunque se vistan con una chaquetilla o una camisa de color diferente. Y en el caso menos grave, para cometer esa monstruosidad de los que trabajan para aprender, que es declararse en huelga.

En suma, repitémoslo: disciplina. Disciplina, en nuestro idioma magnífico, significa estas tres cosas: una rama de la ciencia o del arte, el acatamiento a las normas de la ley y un instrumento con el que el hombre se azota voluntariamente para buscar en el dolor su camino recto. Y cuando nosotros pedimos a los estudiantes y nos pedimos a nosotros mismos disciplina, es eso precisamente, todo eso, lo que queremos decir.

Una vocación desinteresada, generosa, religiosa casi, por la ciencia, a la que nos hemos consagrado.

Un respeto a las leyes eternas de la eterna moral y una resignación, si no estamos conformes, ante las leyes circunstanciales de los hombres.

Y una voluntad heroica para aceptar el dolor colectivo, inevitable, y aun, si fuera preciso, para crearlo, porque sólo en este crisol se forjan las más altas cualidades humanas.— *G. Marañón.*

Por el copista.

DECIO CARLÁN.

Junta del Colegio Oficial de Médicos

Se pide una calle de Madrid para recuerdo de Ferrán, y que la calle del Clavel se llame calle del Dr. Pulido y Fernández.—Un sentido homenaje a D. Julián Calleja.

Presidida por el Dr. Piga, la última Junta del Colegio de Médicos revistió especial importancia. Se trató en ella del grave problema de la "plétora médica".

Intervinieron, tratando distintos puntos de interés para la clase, entre ellos lo relativo a los llamados "sueldos del hambre" y al reparto de carnets en los servicios de Beneficencia, los Dres. Alonso, Cano, García Orcóyen, Magadán, Haro, Cervero, Villarejo y Piga, pronunciando este último un interesante discurso estadístico.

Ultimamente hizo uso de la palabra el Dr. Eduardo Ruiz y López, que propuso se solicite del Municipio se dé el nombre del Dr. Ferrán, figura gloriosa de nuestra Medicina, a una calle de Madrid, y se rinda un homenaje al fundador y primer presidente del Colegio, Doctor Calleja, en el XL aniversario de la fundación de aquella Corporación. Elogió con este motivo la personalidad del ilustre catedrático, que supo enseñar con pericia exquisita a varias generaciones médicas. Igualmente dedicó un recuerdo al Dr. Pulido, y propuso también se solicite lleve su nombre la calle del Clavel, donde nació el patricio.

El Dr. Ruiz López fué muy aplaudido.

El presidente de la Junta dijo constarían en acta tan acertadas peticiones, juntamente con la última formulada de celebrar un acto de homenaje a los Doctores que sobreviven en el XL aniversario del Colegio, que se celebrará el día 22 del próximo abril.

El Dr. Codina, jubilado



El miércoles 28 de febrero ha sido jubilado, por cumplir la edad reglamentaria, el ilustre clínico, maestro de la Tisiología española, D. José Codina Castellví. La Diputación de Madrid le ha nombrado con tal motivo Decano honorario del Cuerpo Médico de la Beneficencia provincial.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Presidencia del Prof. Amalio Gimeno

(Sesión del 24 de febrero de 1934.)

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS GÁSTRICAS CON EXTRACTOS CORTICALES

Comunicación del Profesor T. Hernando.—*Discusión.*

Dr. Obdulio Fernández.—La cuestión presentada es una de las muchas que entran en el gran problema de los antifermentos. La sustancia existente en las cápsulas suprarrenales es el ácido ascórbico.

En la actualidad nos estamos ocupando de un gran problema relacionado con el poder reductor de los alimentos.

En este camino se ha llegado a conocimiento que la

sustancia existente en las cápsulas suprarrenales y en el pimiento rojo se conducen igual ante los diferentes análisis. Hay una identidad clara. Puede decirse que las cápsulas suprarrenales y el pimiento rojo son los grandes almacenes de ácido ascórbico.

Pasando al problema del tratamiento de la úlcera gástrica, digamos que la obtención del ácido ascórbico de los extractos de cápsulas suprarrenales es difícil, y los productos obtenidos son de elevado precio. Es lógico pensar en la posibilidad de obtenerlo del pimiento rojo, por la facilidad de disponer de la primera materia.

Dr. Yagüe.—En este tema débense hacer algunas aclaraciones en cuanto a la forma de úlcera gastroduodenal a tratar. Por lo presentado parece que no se hace referencia a la úlcera tipo, el que constituye en la especialidad las mayores dificultades de tratamiento, sino más bien a un proceso que por su forma y circunstancias correspondería al cuadro de una úlcera superficial.

Todos sabemos que esto son dos cosas diferentes. La úlcera aguda de poca duración, que interesa superficialmente la pared gástrica, y su curación es casi segura con medios simples. El otro tipo, la úlcera crónica, que seguramente no se comprende en el tema presentado. Úlcera gástrica única, penetrante, y ante la que encontramos dificultades terapéuticas y para la que precisa buscar conquistas terapéuticas.

A lo dicho hemos de unir las contingencias de orden económico de la medicación a emplear; son hoy de elevado precio todas las preparaciones comerciales de extracto de corteza suprarrenal.

Dr. Carro.—Aun cuando este nuevo tratamiento de la úlcera gastroduodenal se ha presentado desde el punto de vista experimental, con la aportación de algunos casos clínicos, no se puede evitar la repercusión que pueda tener ante los médicos del resto de España. Es por lo que debemos precisar los términos de la cuestión, y evitar que los médicos generales se lancen al empleo de los extractos corticales en casos de úlcera gastroduodenal, creyendo se ha descubierto un nuevo tratamiento de esta enfermedad.

Estamos en el deber de dar nuestra opinión, mucho más cuando nos encontramos ante el problema oscuro de la úlcera gástrica. Pudiera suceder que, difundido este nuevo tratamiento, lleve una marcha como los hasta hoy empleados, y en pocos meses caiga en el fracaso. Es lo que ha sucedido, por ejemplo, con el empleo de la paratiroidina, de las vacunas, de las proteínas en general. Estamos en el deber de precisar hasta dónde se puede estar autorizado en medicina a ensayar esta terapéutica, aparte de las dificultades económicas de su empleo.

El primer punto que se nos presenta es la frecuencia de los addisonianos, a lo que sigue las dificultades diagnósticas de los casos iniciales de esta enfermedad, la frecuencia de la úlcera gástrica en los addisonianos y las modificaciones de su quimismo.

Consideramos muy aventurada la hipótesis presentada para utilizar los extractos de corteza suprarrenal en la úlcera gastroduodenal. A esto uniremos que las aportaciones son de úlcera experimental, que en nada recuerdan a la úlcera gástrica que diariamente vemos en clínica. Lo aportado no lo creemos suficiente para fundamentar esta terapéutica.

ICTERICIAS HEMOLÍTICAS (*Presentación de un caso.*)

Dres. Hernando y Pittaluga.—Mujer de veintiséis años, sin antecedentes de importancia. A los tres años de edad, erisipela; menarquia a los veinte años. Dice que desde que tuvo la erisipela, según referencias de sus familiares, su color es pálido, ligeramente amarillento, y tiene un tumor en lado izquierdo del vientre. Desde hace tres años, crisis de dolor epigástrico después de las comidas, con irradiación a tórax y sensación de ahogo. Frecuentes cefalalgias; algunas epistaxis y fiebre entre 37 y 38°. La exploración de la enferma acusa: desnutrición, color pálido amarillento del tegumento, con ligera ictericia, cráneo en torre y aspecto malayo de la facies.

Desde hace cuatro años viene presentado ulceritas en piernas; en la actualidad son muy acusadas en tobillos y dorso de pies; parecen iniciarse por manchas equimóticas, pues en una de ellas se observa la iniciación ulcerosa.

La tumoración del lado izquierdo de abdomen es apreciable a simple vista, y es fácilmente palpable su borde inferior; se trata del bazo; órgano algo movable. Hígado, al parecer de tamaño normal.

El examen de sangre muestra 3.200.000 hematíes; 12.400 leucocitos; 285.000 plaquetas; 85 por 100 de hemoglobina; valor globular ligeramente elevado; hay reticulocitosis con un 60 por 1.000; anisocitosis con micro y macrocitosis. Resistencia globular que ya se inicia al 8 por 1.000, y se continúa al 3,4 por 1.000; es más precoz y más prolongada que normalmente. La reacción de pigmentos biliares en sangre, la indirecta, tardía; la directa, positiva y también tardía, con 65 milésimas de bilirrubina por 100, lo que es valor muy aumentado. La investigación de la urobilina y del urobilógeno en orina es positiva. Los pigmentos en sangre parecen estar aumentados con presencia de pequeña cantidad de hemoglobina.

La punción esplénica da abundantes células y restos nucleares de tipo hemohistioblástico, y hemocitoblástico sin signos de metaplasia mieloide ni presencia de parásitos.

Por lo dicho hemos llegado al diagnóstico de ictericia de tipo hemolítico: anemia hemolítica esplenomegálica.

DESAPARICIÓN DEL LÓBULO PULMONAL SUPERIOR DERECHO EN LA IMAGEN RADIOLÓGICA

Dres. Crespo Alvarez y Mut.—Este enfermo, después de habernos despertado muchas dudas diagnósticas, llegamos a su caracterización por una radiografía realizada ocho años antes. Se trata de una imagen radiológica con desaparición del lóbulo pulmonar superior derecho. Caso muy interesante que nos ha movido a su presentación.

M. ACEÑA.

ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia del Dr. Manuel Arredondo

(Sesión del 26 de febrero de 1934.)

ALGUNOS DATOS ACERCA DE LOS CÁLCULOS DEL URÉTER

Dr. Salvador Pascual.—Lee una comunicación sobre este tema (presenta abundante material gráfico), que condensa en las siguientes conclusiones:

En presencia de un enfermo con radiografía positiva o sospechosa de litiasis ureteral, debe practicarse un cateterismo uretral con sonda opaca para fijar el diagnóstico.

Para sentar indicaciones terapéuticas en cada caso es preciso conocer de manera segura el estado anatómico y funcional de los riñones; estos datos los obtendremos mediante el cateterismo ureteral y las pielografías.

El tratamiento expectante médico en toda su pureza no debe prolongarse durante mucho tiempo.

El tratamiento endoscópico por las vías naturales es eficaz en un tanto por ciento muy elevado de casos. Debe practicarse siempre que lo permita el volumen y la situación del cálculo y el estado anatómico y funcional del riñón.

Cuando este tratamiento fracasa, en unos casos se hará la uretrolitotomía, y en otras habrá que intervenir sobre el riñón por nefrotomía, nefrostomía o nefrectomía.

Dr. Vital Asa.—Por la importancia que el uréter tiene par el ginecólogo y en las posibilidades de confusión diagnóstica, creemos de interés referir el siguiente caso:

Señora joven: madre de una niña de dos años. Su médico la está asistiendo de cálculo ureteral izquierdo, enclavado en uréter; crisis dolorosas en lado izquierdo de abdomen. Por tal diagnóstico es vista por el Dr. Cifuentes, quien dice tratarse de un proceso ginecológico. Es cuando somos requeridos; hacemos el diagnóstico de embarazo extrauterino roto en abdomen. La última regla fué en diciembre, y amenorreica, enero y febrero; síntomas subjetivos claros de embarazo; pérdida hemorrágica de tipo sanguinolento, de color achocolatado; con síndrome urinario en forma de polaquiuria y disuria y dolor en fosa ilíaca izquierda. La palpación abdominal marcó la existencia de una tumoración del tamaño de una granada e independiente del útero. El cuadro clínico cumplía con el diagnóstico de aborto tubárico.

Este caso nos lleva a pensar que en el diagnóstico por exclusión de cálculo ureteral hay que pensar en embarazo extrauterino.

Dr. Peña Pineda (A.).—Son frecuentes en clínica enfermos operados repetidas veces, previo diagnósticos diversos, diagnósticos equivocados, pues en realidad se trataba de cálculo ureteral.

La localización del cálculo ureteral fija las dificultades diagnósticas; situado en porción lumbar de uréter, es fácil el diagnóstico; no ocurre lo mismo cuando es parietal o situado en su zona pélvica.

En una de las radiografías presentadas, las condiciones de la sombra lleva el ánimo a pensar en cálculo en uréter doble.

El diagnóstico de uréter doble sólo es posible por el estudio detenido del caso, especialmente mediante pielografía intravenosa.

La densidad de la sombra del cálculo en placa radiográfica, así como sus cambios de posición, marcados por radiografías sucesivas, permite posibilidades diagnósticas; diferenciar el cálculo ureteral de los llamados flebolitos.

El hecho de que el cálculo ureteral aparezca en la radiografía en contacto con la sonda opaca no es suficiente para diagnóstico en radiografía anteroposterior. No olvidemos las posibilidades de la dilatación ureteral, como las ventajas de la radiografía lateral.

En cuanto al tratamiento, no hay que fiarse de que el cálculo ureteral pueda salir o no espontáneamente, o



TRICALCINE INYECTABLE

DIPROPANOILFOSFITO de CAL INALTERABLE
CACODILATO de SOSA 0,05. SULFATO de ESTRICNINA 0,001

MEDICACION CALCICA INTENSIVA Y ESTIMULANTE

TUBERCULOSIS
MISERIA
FISIOLOGICA

POSOLOGIA
Una ampolla por
día durante 12 días
Descanso 10 días y
comenzar otra serie

CONVALECENCIAS
ANEMIA
ESCROFULOSIS

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, rue Chaptal, Paris. 9^e



CLORURO DE ACETILCOLINA EN SOLUCIÓN ANHIDRA Y ESTABLE

ACÉCOLINE SOLUCIÓN

LA ACÉCOLINE DILATA LAS ARTERIOLAS Y DISIPA LOS ESPASMOS VASCULARES
CAJAS DE 6 AMPOLLAS DE 2, 5, 10 o 20 cgr.

REBLANDECIMIENTO CEREBRAL

Hipertensión arterial

ESPASMOS RETINIANOS

Arteritis - Gangrenas

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

Síndrome de Raynaud

ANGINA DE PECHO

Cólicos de plomo

SUDORES DE LOS TUBERCULOSOS

Forma nueva

L. LEMATTE, DOCTOR EN FARMACIA, 52, RUE LA BRUYÈRE - PARIS-IX^e

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

ALCALÁ 9, APARTADO 310
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA

LOS AMPHO-VACCINS DE RONCHESE

Lisado
bacteriano



bacterias tratadas
por el bromo

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

LISTA DE LOS AMPHO-VACCINS:

INYECTABLES

Antiinfeccioso
Antiestafilocócico
Intestinal
Pulmonar
Urinario

A INGERIR

Antiinfeccioso
Antiestafilocócico
Antitífido 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

iodaseptine cortial

**TUBERCULOSIS
PULMONAR CRÓNICA**

*Dosis ligeras de 5 a 6 gotas al día
en series de 20 días*

**ADENOPATIAS
DE LA INFANCIA**

*10 a 15 gotas cada 24 h
en tres veces según la edad*

**REUMATISMOS
CRÓNICOS**

Dosis Fuertes de 5 a 20 gotas al día

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

MUESTRAS Y
LITERATURA
LABORATOIRES
CORTIAL
15, B° PASTEUR
PARIS (XV°)

iodaseptine salicilada

**REUMATISMOS
AGUDOS**

UNE

LA ACCIÓN DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

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

bien instrumentalmente por el uréter. Es el estudio detenido del enfermo, y sobre todo las radiografías sucesivas, las que nos podrán llevar a una afirmación en este sentido. Es lógico no esperar la salida espontánea del cálculo ureteral situado muy alto. El tratamiento endoscópico del cálculo ureteral tiene sus peligros: complicaciones, sus posibilidades de infecciones, de septicemias. Todo cálculo que las radiografías sucesivas nos muestren que no ha cambiado de lugar pasadas semanas, no se intentarán maniobras endoscópicas; débese proceder a su extracción por vía quirúrgica.

En el diagnóstico del estado de riñón, en casos de calculosis ureteral, tienen importancia de primer orden los datos recogidos mediante la pielografía descendente, previa administración de uroselectán.

SOBRE UN CASO DE ANGINA AGRANULOCÍTICA

Dr. Fuentes Hita.—Presenta una comunicación sobre este tema.

Dr. Manuel Arredondo.—En la historia clínica presentada, lo predominante fué el síndrome hemorrágico. La enferma ingresó en nuestra clínica casi exangüe. No es lo corriente en la agranulocitosis. Se han publicado algunos con trastornos hemorrágicos; es el de Tapia con púrpura. Ahora bien: hemorragias profusas, y en especial la difusión de las mismas, es raro en agranulocitosis. Las lesiones vasculares encontradas en la autopsia pueden dar cuenta de tales hemorragias.

El caso presentado tiene el interés de su curso crónico. La primera vez que fué vista presentaba historia de angina dos meses antes.

Respecto a la esencia de la granulocitosis, existen dos maneras de explicar los procesos malignos de tipo inofensivo: bien por virulencia del germen productor, o bien por condiciones del organismo determinante de la forma de reaccionar ante un germen virulento y de manera más o menos maligna.

Cada día se da mayor importancia al factor individual en los procesos malignos. Si esto lo unimos al hecho de que en el tratamiento de la angina agranulocítica, lo más eficaz parece ser el extracto de hígado, como lo prueban algunas estadísticas en las que, por ejemplo, de cinco casos curan cuatro, tratando el proceso agranulocítico con extracto de hígado, y el otro muere por una neumonía desarrollada en plena convalecencia, con reproducción del síndrome agranulocítico; como otras estadísticas, por ejemplo, de cuatro casos uno terminado por curación y tres pasados al estado crónico; y si a todo lo dicho se unen las modificaciones beneficiosas de la dieta de hígado en la anemia perniciosa, es posible pensar patogénicamente, a más de un determinado estado endocrino, en la posibilidad de una avitaminosis.

Proceso avitaminósico lógicamente curable por el extracto hepático. Es como ante esta avitaminosis podemos pensar que unas veces el organismo responda en forma de anemia perniciosa, otras con una agranulocitosis, y todo ello ante cualquier infección del organismo. Parece cuestión de organismo la malignidad del proceso, y no de las condiciones del germen productor. Es lo que hoy se admite en otras infecciones. Es como, por ejemplo, la difteria-hipertóxica: se trata de explicar por un hecho constitucional.

Dr. Castillo de Lucas.—El caso historiado nos recuerda uno que hemos perdido recientemente. Tratábase de un niño con escarlatina y angina pseudomembranosa. A

pesar de que en ésta el análisis no mostró nada de origen diftérico, inyectamos suero antidiftérico, y para la escarlatina suero antiescarlatinoso. La erupción escarlatínica modificóse rápidamente, pero el niño presentó adenopatía intensa y murió con edema de glotis.

Después del maravilloso trabajo que hemos oído sobre angina agranulocítica, estamos convencidos de la necesidad de realizar con profusión los exámenes de sangre en las afecciones de amígdala. Es la única manera de diagnosticar las agranulocitosis en su principio y pensar en la posibilidad de su curación.

M. ACEÑA.

ERRATA LAMENTABLE

En la reseña de la sesión de 19 de febrero, que publicamos en nuestro número anterior, debe leerse en la página 231, columna 1.ª, párrafo 6.º, en lugar de: "Desde hace diez años..." "Dr. Arturo Perera Prast: Desde hace diez años..."

* * *

Esta Academia celebrará sesión científica el lunes, 5 de marzo de 1934, a las siete de la tarde, para tratar del siguiente orden del día:

- 1.º Dr. Hinojar (C.): Cuerpos extraños en bronquios ignorados.
- 2.º Dr. Peña Pineda (A.): Resección de la próstata.
- 3.º Dres. Gutiérrez Arrese y Arce (M. y F.): El radiodiagnóstico de las colitis ulcerosas.
- 4.º Dr. Regueiro López: Sondaje de toda la cavidad gastrointestinal. Radiografía.
- 5.º Dr. Sicilia: Arsenoterapia más racional en sífilis y su asociación más eficiente con los restantes anti-luéticos.

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

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

- 1.º Dres. Covisa y Berajano: ¿Un caso de blastomycosis?—Nueva contribución al estudio de las piodermitis chancriformes.
- 2.º Dr. Bejarano: Sobre el eritema multiforme de localización exclusivamente bucal.
- 3.º Dr. Cuesta: Confrontación de sujetos venéreos y reacción de Ito-Reenstierna.
- 4.º Dr. Orbaneja: Aportación a la técnica del tratamiento intensivo de la sífilis.
- 5.º Dres. Miró y Garza: Prueba de la histamina en la lepra.
- 6.º Dr. Miró: Bacilemia leprosa (método de Mar Rianos).
- 7.º Dr. Tomé Bona: Sífilis y accidentes del trabajo.
- 8.º Dr. Sáinz de Aja: El problema de la esterilización.

ATENE0 DE MADRID

Conferencia de D. Antonio Piga y Pascual sobre el Seguro obligatorio de Enfermedad.

El conferenciante comenzó por declarar que hablaba en nombre propio, sin representar a nadie, aun cuando le constase que había sido invitado para dar la confe-

rencia por su cargo de presidente del Colegio de Madrid. A él le hubiera gustado la controversia, para agotar los argumentos y ver qué quedaba en pie.

Negó que los médicos de ciudad fuesen, apriorísticamente, enemigos del Seguro de Enfermedad, ya que tienen la iguala y las Sociedades, que en forma incompleta realizan el Seguro, y muchos esperan del mismo la liberación de los muchos defectos que aquéllos tienen. Lo que importa es que el Seguro sea conveniente para los asegurados, para los médicos y para la sociedad en general.

El Seguro ha sido una necesidad traída por los tiempos. Ya en 1830 el fabricante de cañones Krupp implantó en su fábrica un verdadero seguro de enfermedad, voluntario al principio y, más tarde, obligatorio. Siempre que en una industria se junten millares de individuos surgirá la necesidad de atender a su asistencia por medio del Seguro.

Los médicos están convencidos de que se va la medicina familiar, individualista, y que llega, aunque quisiéramos rechazarla, la medicina socializada. Es una evolución pareja a la social, porque antes respondía al tipo burgués y ahora tiene que responder al tipo colectivo. La prueba de que los médicos se previenen para esta evolución es la iguala y las Sociedades.

Lo que temen los médicos es que el Seguro se salga de su primitivo cauce y entren a disfrutar de sus ventajas no tan sólo los estratos más bajos económicamente de la sociedad, sino los que tienen medios para pagar al médico y al farmacéutico. Recientemente se operó esta absorción de la totalidad del pueblo en Dinamarca.

Es evidente que el Seguro obligatorio lleva con facilidad a las prestaciones superfluas. Hace cinco años, las Cajas alemanas sometieron a reconocimiento a 1.200.000 obreros declarados enfermos, de los ocho millones en total asegurados, y resultó que 200.000 ni siquiera se presentaron, y 500.000 gozaron de buena salud. ¡Son 700.000 diagnósticos equivocados!

El Dr. Piga considera escasa la retribución de los médicos de las Cajas, y agotador el trabajo que realizan. Es de todo punto inmoral que hagan 100 diagnósticos al día. Se diagnostican afecciones del aparato respiratorio sin auscultar ni percudir, por la simple declaración del obrero que desea ser baja.

Niega el Dr. Piga que el Seguro venga a remediar la plétora profesional. Cita el caso de Colonia, donde 145 médicos esperaban entrar en una Caja, y sólo entraron 38 en el transcurso de tres años. Cubiertas de primeras dadas las plazas, calcula Lipps que los demás tienen que esperar diez años.

El Seguro de Enfermedad tiene que establecerse porque así lo disponen la Constitución española y los compromisos internacionales; pero este Seguro no puede desligarse del Seguro del paro obrero. Si antes no se establece el Seguro de paro, los 650.000 parados ¿cómo van a pagar las primas del Seguro médico? ¿Es que las va a pagar el Estado? ¿Es que se les va a dejar sin asistencia? El Dr. Piga desea que este argumento sea contestado, mientras tanto queda en pie, no sin advertir que en algunas partes se ha remediado el paro mediante el boletín de incapacidad.

Los médicos rurales se quejan de su suerte, y aún están peor los de la ciudad. Ciertamente ha mejorado la situación de los médicos de Sociedades, los cuales cobraban antes 30 céntimos al mes por socio, y ahora cobran

siete reales. De esta forma están asistidas 750.000 personas en Madrid, y descontando los pobres de solemnidad, se ve sobre qué escaso número de familias pudientes tiene que vivir la clase médica en Madrid.

Los médicos tienen el recelo de que el Seguro venga a agravar el problema, y la esperanza de que se reconozca la importancia de la función médica y se la retribuya como corresponde. Los médicos temen el crecimiento de la burocracia, tan grande en Alemania que iguala o supera a los médicos de las Cajas; temen también que la Administración se trague cifras fabulosas, a costa, naturalmente, de los médicos, cuyos honorarios no son intangibles como los de los empleados.

La posición de los médicos de ciudad es expectante, aun cuando recelosa. Dedicados a evitar el dolor a la sociedad, no queremos pasar por el dolor de la esclavitud.

El Dr. Piga fué muy aplaudido y felicitado al terminar su brillante conferencia.

SOCIEDAD GINECOLOGICA

Bajo la presidencia del Dr. Pérez Mateos, Subsecretario de Sanidad, ha celebrado la sesión inaugural del presente curso la Sociedad Ginecológica Española.

El Secretario general de la Sociedad, Dr. Isaac Moreno Alvarez, leyó la Memoria de Secretaría, dando cuenta de la labor científica llevada a cabo por la Corporación durante el año último.

Seguidamente, el académico Dr. Francisco Luque dió lectura al discurso inaugural, titulado: "Enseñanza de una labor hospitalaria".

El discurso del ilustre ginecólogo es una especie de resumen de su improba labor ginecológica, deducida de las enseñanzas recibidas del enfermo. Habló de la metrotalpingografía, con cuyo método obtiene diversas proyecciones radiográficas de gran valor diagnóstico.

Expuso a continuación la técnica que sigue en las diversas afecciones de la mujer, dando cuenta de las modificaciones introducidas por él mismo a los métodos clásicos de tratamiento quirúrgico, roentgenterápico y curioterápico, así como sus técnicas con los medios físicos de tratamiento, diatermia, luz ultravioleta, etc., etc.

Apuntó al final interesantes cuadros estadísticos de conjunto.

El Dr. Luque fué premiado con nutridos aplausos.

Finalmente, el Dr. Pérez Mateos declaró abierto el curso académico para 1934.

COLEGIO DE MEDICOS DE MADRID

En la última Junta extraordinaria, los doctores don Roberto del Castillo y Eznarriaga relataron diversas anomalías de las oposiciones recientes.

La doctora González Barrios analizó el cuestionario de las oposiciones a médicos de Higiene escolar, y censuró con dureza a los miembros del Tribunal y al ex Ministro Sr. Barnés. El Dr. Sanz Beneded añadió nuevos razonamientos de protesta. Hizo historia de estas oposiciones, diciendo que en la mañana de ayer pasó el expediente a manos del miembro del Consejo Superior de Cultura, Dr. Cañizo, puesto que la propuesta del Tribunal no ha sido aceptada por el Ministro de Instrucción pública.

El Dr. Hinojar califica duramente las citadas oposiciones, refiriendo la forma en que fueron nombrados in-

terinamente los especialistas de Higiene escolar, para cuya legalización de cargos se anunciaron oposiciones restringidas. Termina uniendo su protesta a la de los compañeros que quieren depurar los procedimientos lamentables que desde hace poco tiempo se ponen en práctica para dar plazas por concursos-oposiciones.

Finalmente, el Dr. Castillo propone que por el Colegio se pida la anulación de las oposiciones celebradas recientemente, y el nombramiento de una ponencia que redacte un reglamento de oposiciones, quedando suspendidos los concursos y concursos-oposiciones, y subsistiendo únicamente las oposiciones libres.

El Dr. Sanz Beneded hace una propuesta pidiendo se revisen las oposiciones de Higiene escolar.

El presidente, Dr. Piga, hace el resumen de la sesión, proponiendo se recoja la proposición del Sr. Sanz Beneded y el espíritu de la del Sr. Castillo, acordándose así.

CLINICA DEL TRABAJO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

(Sesión clínica del día 5 de febrero de 1934.)

El Dr. Ibáñez presenta una serie de fotografías de úlceras por autolesionismo curadas al cabo de cuatro semanas. Señala el procedimiento coactivo que obligó al autolesionismo a curarse.

NEUROSIS DE RENTA

Doctores López de la Garma y Nogales.—Presenta la historia clínica de un síndrome subjetivo que había sido declarado anteriormente por una Academia médico-regional como lesión vertebral, fundándose en el estudio radiográfico.

Traído a la clínica, y mediante radiografías realizadas en posición correcta, se demuestra que los datos que dieron al primitivo informe, a saber: supuesto desplazamiento del cuerpo de la segunda vértebra lumbar y ligera rotación de la misma, no dependían sino de una defectuosa interpretación, por no haber cuidado la posición del sujeto al hacer la radiografía.

Se aprecia una elaboración subjetiva del síntoma dolor. A la exploración, este síntoma carece de rasgos objetivos, y cambia de lugar según el deseo del que explora.

Orientan el caso como de simulación más que de neurosis de renta. Aconsejan la no indemnización y el ocupar a esta clase de sujetos en algún trabajo que les aleje del ambiente de litigio. La rápida vuelta al trabajo es, sin duda, lo mejor para evitar o mitigar estos casos.

Interviene el Dr. Polo, quien expresa la conveniencia de que en esta clase de asuntos intervengan solamente médicos especializados.

Intervienen los Dres. Díaz Sama y Nogales.

El Dr. Oller insiste sobre la rareza de las luxaciones de vértebras lumbares, pone de relieve cómo un sencillo error de interpretación puede influir en un informe médico-legal, aun tratándose, como en el presente caso, de una prestigiosa entidad.

Dr. Nogales.—Presenta un trabajo muy documentado y doctrinal sobre "Neurosis de renta". En él establece como premisas que para poder llegar a un diagnóstico acertado precisa enfocar el problema desde el punto de vista médicosocial, estudiando por una parte la personalidad psicofísica del sujeto, por otro lado los factores

ambientales (sociales, profesionales y familiares) antes y después del accidente. Hace después un estudio detallado sobre el diagnóstico diferencial entre simulación, neurosis de renta e histeria, insistiendo sobre la necesidad de valorar concienzudamente la parte que la conciencia toma en la expresión del síntoma, y de aquí su diferente responsabilidad.

Al hablar de los factores ambientales se detiene con particular acierto en la utilidad de la terapia por el trabajo, en vez de disminuir los largos días de reposo a que se ven condenados los enfermos a lo largo de su tratamiento o, lo que es peor todavía, en tanto se resuelve su litigio. Señala los inconvenientes de insistir demasiado sobre el masaje y la mecanoterapia, que tienen el defecto de llamar más la atención del enfermo hacia sus síntomas.

El comunicante queda en el uso de la palabra para la sesión próxima.

La Sanidad en el Parlamento

Al final de la sesión celebrada el viernes 23 de febrero quedó pendiente en el orden del día de la Cámara, para su aprobación definitiva, la incorporación al Ministerio de Trabajo de los Servicios de Sanidad y Beneficencia.

EL SIGLO MÉDICO ha resuelto, en lugar de hacer comentarios y extractos de este original debate sobre asunto tan importante para la nación, reproducir textualmente todo lo que se dijo y aparece en el *Diario de Sesiones*. No nos asusta el esfuerzo y gasto de composición. Queremos que, de una vez, sepan todos los médicos de España cómo se tratan estos temas por los políticos, y lo que cada uno dijo y laboró en pro o en contra, para que así forme cada cual un criterio firme que oriente su voluntad en lo porvenir.

(Extracto oficial de la sesión celebrada el martes 20 de febrero de 1934.)

DEBATE ACERCA DE LA CONVALIDACIÓN, CON FUERZA DE LEY, DEL DECRETO INCORPORANDO AL MINISTERIO DE TRABAJO LOS SERVICIOS DE SANIDAD Y BENEFICENCIA

Leído el dictamen de la Comisión de la Presidencia sobre el proyecto de ley dando fuerza de tal al Decreto por el que se incorporaron los servicios dependientes de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia al Ministerio de Trabajo, y un voto particular al mismo de la señora Nelken, dijo

El Sr. ARMASA: La Comisión no acepta el voto particular.

El Sr. PRESIDENTE: La señora Nelken tiene la palabra para defenderlo.

La Sra. NELKEN: Señores Diputados, la primera vez que vino este dictamen a la Cámara hubimos de levantarnos en estos bancos para destacar la forma verdaderamente insólita en que llegaba al salón de sesiones. Hoy, sintiéndolo mucho, tenemos que empezar por recalcar también esa forma insólita, mucho más insólita que la primera vez, y si me lo permiten los Sres. Diputados, expondré lo que pudiéramos llamar la pequeña historia de este dictamen, o sea cómo ha podido venir al salón de sesiones desde la Comisión.

Como saben los Sres. Diputados, este proyecto de ley

ha sido desechado por las representaciones de las minorías de los distintos sectores, salvo la representación de la minoría radical. Coincidían minorías tan dispares como la extrema derecha, el centro y nosotros en juzgar que era inadmisibles este proyecto de ley. Hubo otra reunión de la minoría. El Sr. Ministro de Trabajo y el Sr. Subsecretario de Sanidad tuvieron la atención, que todos los miembros de la Comisión hemos de agradecer, de venir a informar acerca de las razones que, en su opinión, abonaban el proyecto.

Los miembros de la Comisión, salvo los de la minoría radical, no tuvimos la fortuna de llegar a comprender esas razones, y no solamente no tuvimos la fortuna de llegar a comprenderlas, sino que varios de los individuos de la Comisión, pertenecientes a partidos indiscutiblemente ligados muy cordialmente con el Gobierno, exteriorizaron razones en contra de este proyecto.

En esto hay otra nueva reunión de Comisión, ya que aquélla fué interrumpida un poco bruscamente al declarar el Sr. Presidente de la misma que era ya una hora tardía, y en esa nueva reunión se declara esto: que el Gobierno hace cuestión de Gabinete (El Sr. ARMASA: Pido la palabra.) este asunto, y nos encontramos, señores Diputados, ante un proyecto manifiestamente ilegal, que constituye una transgresión tan manifiesta como pretender, mediante un decreto, invalidar una ley, cosa que en ningún momento, en ninguna circunstancia puede ser. Es decir, que habiendo cometido el Ministro responsable del ramo, o el Gobierno, la imprudencia (no lo quiero calificar de otro modo) de una transgresión tan manifiesta, repito, de la ley, al venir a la Cámara a pedirnos que refrendemos con una ley aquella transgresión suya, y negarse a ello rotundamente todas las representaciones de la Cámara, salvo la de la minoría radical, se hace del proyecto cuestión de Gabinete. Se podría hablar de coacción, pero creo que esta palabra no basta.

Cuando un Gobierno no tiene más razones para convencer que decir que es una cuestión de Gabinete la aprobación o la no aprobación de un dictamen, y esto frente a ciertas minorías que están muy interesadas, o lo estaban en ese momento, en no colocar al Gobierno en una situación desairada, esto no se llama coacción: se llama con una palabra cuyo galicismo no quiero pronunciar en este momento, pero que está en la mente de todos.

Y como no hay motivo ninguno que haya podido hacer variar el criterio de los que pensábamos que no existe razón para este traspaso de servicios; como, desde luego, no nos creemos obligados a avenirnos a ese planteamiento (El Sr. JIMÉNEZ FERNÁNDEZ: Pido la palabra.) de una cuestión de Gabinete como razón suprema, nosotros tenemos que declarar, primero, que es inadmisibles de todo punto pretender dar valor a un decreto que ha sido una manifiesta transgresión de la ley, y segundo, que si no hay ninguna razón que abone ese traspaso de servicios, hay muchas otras que oponer al mismo. Primeramente se debería haber consultado al Consejo de Sanidad, que si no sirve para esto, no sabemos para qué sirve. Se ha inferido una ofensa, un agravio a los señores que componen ese Consejo, que no sabemos cómo piensan, y era elemental haberles consultado. Luego, el Sr. Ministro tuvo la atención de explicarnos extensamente las razones que, a su entender, justificaban la incorporación a Trabajo de los servicios de

Sanidad; lo que no pudo hacer es desvirtuar las palabras de un miembro de la Comisión, no ciertamente de nuestra minoría, sino de una minoría conservadora, que aducía su experiencia de alcalde para llevar al convencimiento de todos nosotros, como efectivamente lo llevó, el que si con algún organismo tenía un nexo indisoluble los servicios de Sanidad es con Gobernación, porque, sin ir más lejos—y repito ahora, poco más o menos, las palabras de este miembro de la Comisión, que pertenece a una minoría conservadora, como antes he dicho—, sin ir más lejos, si se trata de algo tan sencillo como obligar a vacunarse a una población refractaria, como de medidas que hay que tomar en caso de epidemia, no será el de Trabajo, sino el Ministerio de la Gobernación, con sus autoridades subalternas, el que podrá adoptar esas determinaciones.

Por tanto, nosotros nos encontramos ante esta situación: ha habido una ley que no ha sido derogada; si el Gobierno estimaba que esta ley debía derogarse, lo legítimo era haber traído aquí un nuevo proyecto, y la Cámara hubiera decidido en su soberanía. En lugar de eso, con una precipitación que nada puede justificar, se ha derogado, se ha pretendido derogar una ley por Decreto, y ahora se nos pide que nosotros abonemos simplemente lo que se ha hecho a espaldas de la ley. Y luego nos encontramos con que no habiendo convencido las razones expuestas a los miembros de ninguna de las minorías, salvo a los de la radical, se pretende que algunas de estas minorías se revoten diciéndoseles nada menos que es una cuestión de Gabinete.

Pues bien, Sres. Diputados, si las leyes se pueden derogar por un decreto, si luego se informa en una Comisión, ésta no se convence y se le dice que se trata de una cuestión de Gabinete, sobran las Comisiones y sobra el Parlamento. Y como no hay, a nuestro juicio—y estimaríamos muchísimo que se nos expusieran razones que pudieran hacernos variar de criterio—, motivo ninguno que justifique ni la transgresión de la ley, ni la precipitación, ni la forma irregular con que ello se ha llevado, ni la manera verdaderamente arbitraria con que se pretende desligar del Ministerio de la Gobernación unos servicios que afectan directamente a la Administración local, nosotros nos hemos creído en el caso de formular el voto particular que acabo de defender.

El Sr. VICEPRESIDENTE (Rahola): El Sr. Armasa tiene la palabra.

El Sr. ARMASA: Señores Diputados: la ausencia, que todos hemos lamentado muchísimo, de la Sra. Nelken en una de las sesiones de la Comisión de la Presidencia, ha sido la causa de las manifestaciones que acaba de hacer. La Sra. Nelken ha creído que sus manifestaciones eran exactas, cuando, en realidad, ha sufrido una equivocación lamentable.

El dictamen que la Comisión de la Presidencia emitió en un principio, en el sentido de aceptar íntegro el Decreto del Gobierno referente al traspaso de los servicios de Sanidad al Ministerio de Trabajo, hubo de explicarlo en el seno de aquélla y fué adoptado por unanimidad; no se hizo oposición ninguna, o, cuando menos, esta presidencia no la percibió. (La Sra. Nelken pronuncia palabras que no se perciben.) Espere un momento la Sra. Nelken, pues, seguramente, se convencerá de la exactitud de lo que acabo de afirmar. Pero más tarde, cuando unos representantes de la minoría socialista—mis buenos amigos los Sres. Acuña y Hernán-

dez Zancajo—hubieron de acercarse a mí diciendo que eran enemigos del traspaso de tales servicios: contesté: "No hay nada perdido; si ustedes creen que deben formular un voto particular en el que se condense y sintetice esa oposición de la minoría socialista, la Comisión y, desde luego, la presidencia no tiene ningún inconveniente en que lo hagan." Y así ocurrió. Llevamos de nuevo el asunto a la minoría y se discutió ampliamente. Tengo que reconocer que por parte de ninguna representación de las minorías parlamentarias hubo lo que se llama una oposición; no existió más que una afirmación categórica: la de que estos servicios de sanidad debían recogerse en un Ministerio y que debíamos ir rápidamente a la creación de ese Departamento ministerial.

Y tanto fué así que, cuando con ocasión de haber emitido un dictamen completamente contrario al traspaso de estos servicios, en la sesión siguiente, a la que ya no asistió la Sra. Nelken, pero sí el Sr. Acuña, nosotros estimábamos que tal traspaso no podía aceptarse como absoluto, toda vez que no se conocía si el Gobierno iba a la creación del Ministerio de Sanidad o no; unánimemente, Sra. Nelken, con el voto del Sr. Acuña (El Sr. Acuña pide la palabra.), se me encomendó la misión de consultar al Sr. Presidente del Consejo de Ministros sobre si esta creación del Ministerio de Sanidad iba a ser una cosa rápida o remota, porque sin este conocimiento exacto nosotros no podíamos dar dictamen.

Yo cumplí el encargo, y visité al Sr. Presidente del Consejo de Ministros y al Sr. Ministro de Trabajo, diciéndome ambos que, aunque estaba en su programa la creación del Ministerio de Sanidad, no podían determinar la fecha exacta en que esto ocurriera, y que ellos estimaban—sin hablar para nada de cuestión de confianza; apelo al testimonio del Sr. Acuña—que tenían necesariamente que pasar estos servicios de Gobernación al Ministerio de Trabajo.

Muy elocuentemente, tanto el Sr. Ministro de Trabajo como el Sr. Subsecretario de Sanidad, expusieron ante la Comisión las razones por las cuales este traspaso era necesario; pero yo no tengo que contestar a ninguna razón de oposición al dictamen, porque no ha sido expuesta; no se ha hecho más que una argumentación que, a mi juicio, no tiene base, no tiene fundamento. El Gobierno, por la Constitución, puede dictar un Decreto variando una organización de la Administración, siempre que luego las Cortes aprueben esta modificación. El artículo 80 de la Constitución dice que los Decretos así citados tendrán sólo carácter provisional y su vigencia estará limitada al tiempo que tarde el Congreso en resolver o en legislar sobre la materia. Y mire la Sra. Nelken cómo precisamente en un fundamento constitucional está el argumento, la razón por la cual el Gobierno ha hecho el traspaso de los servicios.

Si es conveniente o no el traspaso de estos servicios de Gobernación a Trabajo hay muchos argumentos que lo abonan, y que ya expondremos más tarde. Lo que no puede hacerse nunca es decir que tienen que ser dependientes de Gobernación por las dificultades que pueda ofrecer en un pueblo el cumplimiento de las medidas sanitarias por aquella razón que el representante de la minoría conservadora hacía a nuestra Comisión de que la Guardia civil, que precisa utilizarla para muchas cosas, hay que emplearla para vacunar. Este no es argu-

mento, es una habilidad dialéctica, y la Sra. Nelken es maestra consumada de la dialéctica y de la habilidad.

Nosotros, por tanto, insisitimos en el dictamen. Estimamos que los servicios de que se trata deben estar en Trabajo. No conocemos en la legislación internacional nada que diga que han de mantenerse en Gobernación. Por el contrario, de lo que tenemos prueba, de lo que tenemos evidencia, es de que están adscritos o a Ministerios de Sanidad o a Ministerios de Trabajo. Y es natural, porque, indudablemente, la Sanidad tiene una gran relación con la previsión social, y la previsión social con todo lo que con Trabajo tenga un íntimo contacto.

Por estas consideraciones el Gobierno redactó aquel Decreto, cuya confirmación pretende de las Cortes mediante la aprobación de este proyecto de ley.

La Sra. NELKEN: Pido la palabra.

El Sr. VICEPRESIDENTE (Rahola): Tiene la palabra el Sr. Jiménez Fernández.

El Sr. JIMÉNEZ FERNÁNDEZ: Si la Presidencia lo cree oportuno, puede hablar primero la Sra. Nelken, porque mi intervención ha de referirse a una cuestión incidental que puede tratarse después.

El Sr. VICEPRESIDENTE (Rahola): Tiene la palabra la Sra. Nelken.

La Sra. NELKEN: El Sr. Presidente de la Comisión me ha entendido mal o yo no me expresado bien; pero de lo que no dudo es de que he sido muy certera en el pensamiento.

En aquella reunión de la Comisión en que ya se adoptó el dictamen, no pudo dar su voto el Sr. Acuña porque no estuvo presente; no se hallaba allí ninguno de los representantes de la minoría socialista. Recordará el Sr. Armasa... (El Sr. ARMASA: ¿Me permite la señora Nelken una pequeña interrupción para que pueda discurrir sobre ella? Yo no he dicho eso: lo que he afirmado es que, con el voto del Sr. Acuña, he cumplido la misión de consultar al Sr. Presidente del Consejo de Ministros sobre la creación del Ministerio de Sanidad.) Eso ya es otra cosa. (El Sr. ARMASA: Es lo que he dicho.) Habíamos entendido mal o, por lo menos, había entendido yo mal. Recordará el Sr. Armasa que una vez citó a la Comisión y que, por una mala interpretación de los empleados de la casa, mientras S. S. y algún otro miembro de la Comisión esperaban en una sección, los demás estábamos en otra, y la reunión no pudo verificarse. Como el Sr. Armasa nos citara para el día siguiente, le dije: "Yo no podré venir, y no creo que puedan venir tampoco mis compañeros; es un esfuerzo para nosotros el haber dedicado toda la mañana a esto, y dos mañanas seguidas no podemos acudir." Y no vinimos.

A la reunión a que mis compañeros y yo asistimos, después de oír al Sr. Ministro y al Sr. Subsecretario de Sanidad con todo interés, cuantos allí estábamos, salvo los miembros de la minoría radical, expresamos que no habían llegado a convencernos las palabras, desde luego discretísimas, de dichos señores, y se dejó para una reunión siguiente, en la cual todos se pronunciaron en contra; y no se llegó a la votación definitiva porque el Sr. Armasa, con muy buen acuerdo, vió que la hora era muy avanzada y levantó la sesión. Y hubo la otra reunión, a la cual no asistimos nosotros; pero persona tan distante en su ideología de nosotros como el señor Maura, de cuya veracidad ninguno de nosotros tene-

mos derecho a dudar, cuando llegué a la Cámara, por la tarde, me dijo: "Se han revotado algunos porque el Presidente de la Comisión lo ha hecho cuestión de Gabinete." Así lo dijo el Sr. Maura, que no sé si está aquí en este momento, pero él no me dejará mentir, me podrá rectificar.

De todos modos, háyase planteado o no la cuestión de Gabinete—y yo, perdóneme el Sr. Armasa, sigo creyendo que se ha planteado—, lo cierto es que algunas minorías se revotaron; son muy dueñas de hacerlo; pero aquellas que no nos sentimos obligadas a no dejar en una situación desairada a un Gobierno, aquellas que no nos sentimos obligadas a votar en contra del convencimiento que hemos expresado reiteradamente, no tenemos por qué revotarnos.

En cuanto al artículo de la Constitución, desde luego soy profana en cuestión de leyes; pero me parece saber que un decreto no puede invalidar una ley. No se trata sólo de invalidar un organismo; se trata de una ley, me parece que de 1855, que no fué derogada, y que no podrá derogarse por ningún decreto; además de que, suponiendo que pudiera, y yo sigo creyendo que no puede, ¿qué había que corría tantísima prisa que no se podía traer a la Cámara? ¿Qué pasaba? ¿Qué es lo que hay?

Si no hay nada, bien estaba traerlo; si hay algo, bien estaba el decírnoslo. De todos modos, no se podrá impedir que, sin ningún ánimo de suspicacia, tengamos que pensar que algo había cuando aquello corría tantísima prisa.

El Sr. ARMASA: Pido la palabra.

El Sr. VICEPRESIDENTE (Rahola): La tiene S. S.

El Sr. ARMASA: Para repetir las afirmaciones que hice antes y para decir que en el anterior Parlamento, en las Constituyentes, a las cuales tuvimos la honra de pertenecer la Sra. Nelken y yo como Diputados, se hizo la reforma de un Ministerio creando el de Industria y Comercio por un Decreto y luego se trajo el proyecto de ley para que las Cortes lo aprobasen, sin que hubiera dificultad de ninguna especie. (El Sr. AYATS: No hay paridad.) Cuando le llegue el turno a su señoría tendremos el gusto de oírle y ya le contestaré.

El Sr. VICEPRESIDENTE (Rahola): El Sr. Jiménez Fernández tiene la palabra.

El Sr. JIMÉNEZ FERNÁNDEZ: Señores Diputados, tengo la desgracia en este momento de levantarme a hablar en nombre de una de esas minorías acusadas aquí de haberse revotado en la Comisión de la Presidencia y, además, por la fina dialéctica de la Sra. Nelken, para quien tengo todos los respetos, por lo cual he de procurar poner una absoluta moderación en mis palabras, corriendo el riesgo de quedar en situación un poco desairada mejor que el de poderla dejar a ella.

Nosotros, en nuestro sentir, no nos hemos revotado; lo ocurrido ha sido lo siguiente: Presentado el proyecto de ley, en la misma sesión, a la cual no tuve el gusto de asistir porque aún no pertenecía a la Comisión, dentro de nuestra minoría se manifestaron opiniones dispares, según resulta del acta de la Comisión; es decir, que en el momento de llegar a la votación de si convenía o no este traslado de los servicios, algunos de los miembros de esta minoría votaron a favor y otros en contra. Claro está que como se trata de una de estas cuestiones que ciertamente no son fundamentales, porque el que los servicios de Sanidad estén en Trabajo o en Gobernación no resuelve ningún problema, ni ataca

a gravísimos intereses, ni ocurre ninguna catástrofe porque estén en un sitio o en otro, cuando llegó la hora de poner de acuerdo esas dos opiniones dispares, no tuvimos inconveniente en ver qué había en el fondo del asunto, y nos enteramos de que esas opiniones habían surgido porque, unida al criterio de que se trasladaran los servicios, había la opinión de que lo que convenía era crear un Ministerio de Sanidad, y que, por consiguiente, se debía dilucidar previamente si se creaba o no, para, una vez conocido, dar nuestro voto en uno u otro sentido.

Efectivamente, se acordó por todos los miembros de la Comisión que el Sr. Armasa consultara al Gobierno, y éste contestó que por ahora no pensaba crear el Ministerio de Sanidad. Suscitóse entonces el problema definitivo de si pasaban o no al Ministerio de Trabajo los servicios de Sanidad, y cuando nosotros tuvimos que decidir la cuestión, partiendo de la base, repito, que no era una cuestión fundamental, creímos que siendo el Poder ejecutivo el que tenía que realizar estas funciones, sería completamente absurdo ponernos en contra y hacer que el Parlamento denegara unas facultades a los Ministros para desenvolver su misión en la forma que creyeran más oportuno.

Por eso nosotros, dilucidado el aspecto de la creación del Ministerio de Sanidad, no tuvimos inconveniente en votar a favor de la propuesta; pero esto no fué revotarnos, no fué decir sí donde se había dicho no; en todo caso sería inclinarse por el sí donde se había dicho sí y no (*Risas.*) Decir sí a una cosa o decir no, es distinto... (*Fuertes risas.*) Señora Nelken, me río porque la risa de S. S. es tan comunicativa, que no puedo resistir a ese deseo.

Esa es la explicación de por qué votamos el traspaso de los servicios de que tratamos, y no tengo más que decir. (El Sr. PRIETO: ¿Qué ha dicho S. S., sí o no?) Ni sí ni no, porque no estuve en la reunión. ¿Está satisfecho el Sr. Prieto? (El Sr. PRIETO: Muchas gracias.)

El Sr. VICEPRESIDENTE (Rahola): El Sr. Acuña tiene la palabra.

El Sr. ACUÑA: Las palabras pronunciadas por el señor Armasa me mueven a hacer, aunque brevemente, algunas manifestaciones.

Defendido brillantemente el voto particular por la Sra. Nelken, nada tengo que decir con relación al mismo, y voy a limitarme a narrar lo que pasó en la reunión de la Comisión para dictaminar este proyecto de ley.

La Comisión escuchó amplias informaciones de los señores Ministro de Trabajo y Subsecretario de Sanidad; después, la muy brillante, ello a nuestro juicio, del Sr. Ayats, y terminada la información, la Comisión se reunió para deliberar.

Tan convencidas estaban casi todas las minorías representadas en la Comisión de la ineficacia de este traspaso de servicios, que, salvo la minoría radical, todas las demás votaron en contra o se abstuvieron en la votación de este dictamen. Naturalmente que al pronunciarse así la mayoría de la Comisión, no cabe duda que se pronunciaba contra este dictamen favorable a traspaso de servicios.

Para la redacción definitiva se convocó una nueva reunión, en la que se nos leyó un dictamen que no pudo ser aceptado por la mayoría de los miembros de la Co-

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 colesisterina, 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.

SPASMOSÉDINE

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

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados
PARIS

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



BARACHOL



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

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

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 Sagúes, 2 y 4 (S. G.)



¡CONTRA EL DOLOR!

nervioso, reumático, cefálea, neurálgico, regla dolorosa, dolor tabético, dentario nervioso, dolor canceroso, raquialgia meningítica y post-anestésica, dolor post-partum 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.



Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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



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

Bactilose

**OLIVER
RODES** **PRODUCTO
DEL PAÍS**

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, diluído en agua, cada dos horas.

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

DEPÓSITO GENERAL **VENTA EN
FARMACIAS**

LABORATORIO QUÍMICO - FARMACÉUTICO DEL DR. B. OLIVER Y RODES

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

misión, y el Sr. Presidente de la misma propuso que, puesto que se había dicho en uno de los párrafos justificando la no aceptación del traspaso de servicios que se había apreciado en los miembros de la Comisión el criterio de ir rápidamente a la creación del Ministerio de Sanidad, se le permitiera ir a consultar al Gobierno si pensaba crear o no rápidamente dicho Departamento.

El único representante socialista que había en la Comisión aquel día era yo, y, sin dejar de oponerme al proyecto, no tenía por qué oponerme a la petición del Sr. Presidente de la Comisión, aunque haciendo la salvedad de que nosotros no habíamos hecho de la creación del Ministerio de Sanidad más que una base polémica acerca del traspaso de los servicios de Sanidad de Gobernación a Trabajo, y la de que en la Comisión no se había discutido la conveniencia de crear un Ministerio de Sanidad, sino la de hacer ese traspaso.

Como el criterio de los miembros de la Comisión fué éste, no cabía otra cosa que dar un dictamen contrario a ese traspaso. Posteriormente se convocó a la Comisión para darnos cuenta su Presidente del resultado de la misión que le había confiado aquella cerca del Gobierno, y por un olvido de los empleados de la casa, varios Diputados estuvimos en un local, y en otro el Sr. Presidente y otros miembros de la Comisión, dándose la coincidencia de que aquella mañana se reunía la minoría radical, lo cual produjo un estado de confusión. A nosotros se nos dijo que como habían estado esperando largo tiempo varios miembros de la Comisión en otro local, se suspendía la reunión, aplazándose para el día siguiente. Algunos manifestaron que no podían asistir al día siguiente a esa reunión, entre ellos la señora Nelken y yo. No obstante, ese día se celebró la reunión, y no tuvo lugar el día antes, a juicio nuestro, porque ese mismo día se reunía la minoría radical. (El Sr. ARMASA: Me conoce S. S. lo bastante para saber que no soy capaz de eso.) El caso es que, discutido nuevamente el dictamen aprobado por la mayoría de la Comisión, ésta acordó, también por mayoría, revotarse de su criterio anterior en una sesión a la que no acudimos ninguno de los miembros de la minoría socialista. ¿Cómo, pues, se puede decir que se aprobó con el asentimiento de miembros de la minoría socialista? (El Sr. ARMASA: ¿Quién ha dicho eso? Que se hizo la consulta con el asentimiento de S. S.) Efectivamente; pero nosotros, en todas las sesiones o que acudimos, manifestamos nuestro criterio opuesto a este traspaso de servicios, aunque últimamente no tuviéramos la fortuna de vernos acompañados de otros miembros de la Comisión que anteriormente se habían opuesto a que prosperara este proyecto.

Narrado fielmente lo que pasó en la Comisión y defendido por la Sra. Nelken de un modo brillante el voto particular, no tengo más que decir.

El Sr. VICEPRESIDENTE (Rahola): Tiene la palabra el Sr. Martínez Arenas.

El Sr. MARTÍNEZ ARENAS: Sencillamente, para manifestar que el representante de la minoría conservadora en la Comisión de la Presidencia, que tuvo el honor de asistir a todas las reuniones y que manifestó en todo momento su posición frente a este proyecto del Gobierno, se abstuvo de votar cuando se aprobó el dictamen que se discute exclusivamente para no crear dificultades al Gobierno, pero manteniendo su criterio, a pesar de

que la mayoría de la Comisión estaba dispuesta a sostener lo contrario de lo que había acordado anteriormente.

El Sr. VICEPRESIDENTE (Rahola): El Sr. Pellicena tiene la palabra.

El Sr. PELLICENA: La minoría a que pertenezco tiene un gran interés en hacer constar cuál es su posición en este asunto, asunto que no vacilo en calificar de desgraciado, porque hay dictámenes de mala luna, y éste, sin duda, es uno de ellos. Parece que desde el principio le ha perseguido la mala suerte.

Después de la narrado por la Sra. Nelken, cuya parte substancial suscribo, porque es totalmente exacta, he de añadir que este dictamen ha sido puesto a discusión cuando la mayoría de los Sres. Diputados y algunos de los que forman parte de la Comisión creían que no se iba a discutir hoy. El mismo Diputado que os dirige la palabra acababa de hablar con el Presidente de la Comisión, y al preguntarle cuándo se reuniría la Comisión, le ha contestado que mañana, a las tres de la tarde. Al notar en mí un gesto de contrariedad, por coincidir esa hora casi con la de la sesión, me ha dicho: "Es que únicamente trataremos de la forma de discusión de estos dictámenes." Entonces yo le he preguntado cuándo se discutirían, habiéndome contestado el Sr. Presidente de la Comisión que podía marcharme, porque se discutirían mañana. El Diputado que os habla, que tiene presentado un voto particular a este dictamen, ha estado a punto de ausentarse de la Cámara, como lo han hecho otros señores Diputados que pertenecen a esta Comisión, creyendo que hoy no se pondría a debate este dictamen. Pero, no sabemos por qué, resulta que este dictamen se ha puesto a discusión en circunstancias realmente extraordinarias y que no responden a su importancia, cuando, como decía antes, la mayoría de los Diputados ha abandonado la Cámara creyendo que la sesión prácticamente había acabado. Nosotros hemos de protestar contra la forma como viene a discusión este dictamen y hemos de esclarecer cuál ha sido la posición de esta minoría.

Desde el primer momento fuimos opuestos al traspaso de los servicios de Sanidad del Ministerio de la Gobernación al de Trabajo, pero no hicimos de este traspaso una cuestión fundamental. Para nosotros lo esencial era que no se confundieran los servicios de Sanidad con los de Seguros sociales, a esto obedece el voto particular que hemos presentado y que defendéremos cuando llegue el momento. (Los Sres. ARMASA y PÉREZ MADRIGAL piden la palabra.) Pero quiero hacer constar que realmente nosotros en la Comisión no nos hemos revotado, porque hemos mantenido siempre, desde el primer día, el principio de que se han de separar los servicios de Sanidad de los Seguros sociales.

En cuanto a todo lo que ha pasado con el dictamen y la forma de su discusión en la Comisión hasta que ha llegado al salón de sesiones, he de hacer constar, por un deber de lealtad, que estoy completamente de acuerdo, en lo esencial, con lo dicho por la Sra. Nelken.

El Sr. VICEPRESIDENTE (Rahola): El Sr. Armasa tiene la palabra.

El Sr. ARMASA: Muy pocas palabras para explicar al Sr. Pellicena por qué he creído que no se discutiría en la tarde de hoy este dictamen. Estábamos citados desde las cuatro en punto de la tarde para empezar la discusión, y hemos estado durante casi toda la sesión espe-

rando inútilmente a que el debate comenzara. En vista de ello, me he dirigido a diversos compañeros pidiéndoles que preguntaran a la Presidencia si el debate iba a comenzar o no. De modo que yo estaba exactamente igual que S. S., y he quedado tan sorprendido como su señoría con la puesta a discusión de este dictamen a última hora de la sesión. Y nada más. (El Sr. ALVAREZ ANGULO pronuncia algunas palabras que no se perciben.) Pero de eso a decirle que se fuera hay mucha diferencia. (El Sr. ALVAREZ ANGULO: Que se fuera, ¿quién?) Que se fuera el Sr. Pellicena. Yo no le he dicho semejante cosa.

El Sr. VICEPRESIDENTE (Rahola): El Sr. Pérez Madrigal tiene la palabra.

El Sr. PÉREZ MADRIGAL: Señores Diputados, aun a trueque de prolongar excesivamente esta sesión, yo voy a pronunciar muy pocas palabras para decir que no explico mi posición en la votación ni en la revotación porque, afortunadamente para mi equilibrio mental, no pertenezco a la Comisión de Presidencia. (Risas.)

El Sr. VICEPRESIDENTE (Rahola): Se suspende esta discusión.

* * *

En el número próximo continuaremos publicando íntegro este debate, según el *Diario de Sesiones* del Congreso de los Diputados.

Instituto de Patología Médica del Hospital general de Madrid y Cátedra de endocrinología de la Universidad Central

Director Prof. G. MARAÑÓN

Marzo: *Ginecología médica*.—Diez lecciones, a las doce de la mañana.

Día 2.—Dr. Marañón: "Las hormonas ováricas".

5.—Dr. Marañón: "Hormonas genitales extragonadales".

7.—Dr. Marañón: "Concepto de la insuficiencia ovárica".

9.—Dr. Haro: "La dismenorrea. Otros trastornos menstruales".

12.—Dr. Marañón: "La pubertad".

14.—Dr. Haro: "El embarazo desde el punto de vista médico".

16.—Dr. Marañón: "Fisiopatología del climaterio".

21.—Dr. Marañón: "Síntomas del climaterio".

23.—Dr. Marañón: "La opoterapia ovárica".

26.—Dr. Collazo: "Las vitaminas y la sexualidad".

Los mismos días, de diez a doce, prácticas de Laboratorio. (Investigación biológica de las hormonas genitales: Dr. Morata. Examen clínico de enfermos: Doctor Haro.)

Marzo: *Curso de exploración y tratamiento de las enfermedades circulatorias*.—Siete lecciones a las doce de la mañana.

Día 1.º.—Dr. Luque: "Exploración clásica del aparato circulatorio".

6.—Dr. Lafuente: "Radiología circulatoria".

8.—Dr. Luque: "Electrocardiografía clínica".

13.—Dr. L. Morales: "Exploración general del aparato circulatorio periférico".

15.—Dr. Duque: "Tratamiento de las cardiopatías compensadas".

20.—Dr. Lafuente: "Tratamiento de la insuficiencia circulatoria".

22.—Dr. L. Morales: "Tratamiento de los síndromes circulatorios periféricos".

Los mismos días, de diez a doce, prácticas de Laboratorio y técnicas exploratorias.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 718'5; ídem mínima, 697'5; temperatura máxima, 15'8; ídem mínima, 1'2; vientos dominantes, NE., S. y O.

Precisamente el sábado último, cuando apareció nuestra última gacetilla, se inició una baja barométrica que ha alcanzado dos centímetros, según pueden ver los lectores en el párrafo anterior. Coincidiendo con este descenso ha habido otro de la temperatura con tormentas de nieve varios días seguidos, y la consecuencia de este cambio, cuando se iniciaba la remisión de la epidemia gripal, ha sido la reaparición de la misma, con brotes de fiebre alta, catarro de las vías respiratorias, otitis medias y dolores en los miembros.

En los niños persiste el sarampión y se manifiesta también la gripe. Los procesos catarrales han determinado algunos casos de pleuresías con derrame seroso.

CRONICAS

Médico.—J. M. de S., con especialidad en partos y medicina en general, aceptaría partido, iguala o sociedad. Buenas condiciones para el que cese. Dirigirse a San Juan, núm. 3, Coruña. Sr. Pérez Coto.

Concurso.—La Sociedad Filantrópica del Comercio, Industria y Banca (Hortaleza, 2) abre concurso para una plaza de especialista numerario para enfermedades de la infancia y otra de supernumerario sin sueldo para la misma especialidad. Una plaza de cirujano ginecólogo numerario y otra de supernumerario sin sueldo de la propia especialidad.

Pliego de condiciones, en el domicilio social, admitiéndose solicitudes hasta el 21 del corriente.

Gen-Am 2 bis.—Al presente número adjuntamos prospecto anunciando los productos Gen-Am 2 bis, recomendando su lectura y pedido a la Casa Boizot, Luis Cabrera, 47, Madrid.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Único 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 LAPP A MAJOR L. y Estafío coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. - Valencia.

BOLAÑOS Y AGUILAR • Talleres Gráficos • Altamirano, 50,

SIL - A L

Laboratorio

Aurelio Gámir

Valencia

Uromil

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



REUMA

LABORATORIOS VIÑAS - CLARIS, 71 - BARCELONA

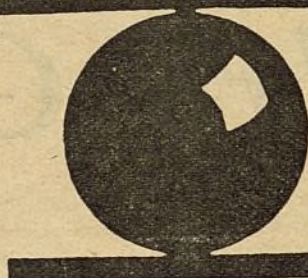
BIFOSFOTIOCOL

TOSES Y CATARROS

ATLA
BOLOGNA

ANTISPASMINA COLICA

Deprime el tono vagal y
devuelve el equilibrio
al sistema nervioso
vegetativo



ES EL MEDICAMENTO ESPECIFICO
DEL DESEQUILIBRIO VAGO-SIMPÁTICO Y DE TODAS LAS AFEC-
CIONES QUE DE ÉL SE DERIVAN: ESTREÑIMIENTO ESPÁSTICO
COLITIS AGUDAS Y MUCO-MEMBRANOSAS, ENTERORRUELOS
CRISIS PSEUDO DIARREICAS, METEORISMO

EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO

LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

Cada pildora contiene
Papaverina 1 ctgr
Estr. Belladona 2 " "
" Valeriana 2 " "

De 3-6 Pildoras
queratinizadas
al día



Representante para España: Dr. J. VALLÉS Y RIBÓ, Paseo de Gracia, 75 - BARCELONA

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

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

ALMORRANAS



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

4 TOMOS :: 25 PESETAS
:: OBRA OPOSICIONES ::

AGUAS MINERALES NATURALES
DE

CARABANÑA

«LA FAVORITA»

PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRÍ

≈≈≈ MADRID ≈≈≈

Enrique.—¿Con qué manos?
 Víctor.—¡Es verdad!
 ¿Qué harías, si de comer
 no te quisiera yo dar?
 Enrique.—Me tendría que inclinar
 como si fuese a pacer.
 Víctor.—¿Es ésa la gloria?
 Enrique.—¡Esta es!
 (Víctor acerca de cuando en cuando

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
 GELATINOSO, EL MAS ASIMI-
 LABLE

trozos de manzana a la boca de Enri-
 que.)

Víctor.—Discutamos como hermanos
 por qué has dado tú las manos
 y yo he perdido los pies.

Enrique.—Bismarck, con gran clari-
 dad, nos lo ha dicho no sé dónde.

Víctor.—¡Ah! Pues si lo ha dicho el
 [Conde,

de seguro no es verdad.

Enrique.—¿Es por la orilla del Rin
 por lo que la Francia lidia?

¿O es porque nos tiene envidia?

Víctor.—Por todo, ¡voto a Caín!

No sé por qué nos molesta
 de la Prusia el poderío
 y el no lindar con un río
 que no vale lo que cuesta.
 Todas las madres, que al fin
 se irán sin hijos quedando,
 harán un río, llorando,
 más caudaloso que el Rin.

Enrique.—Dame más.

Víctor.—Tu hambre es canina.

Enrique.—Dios pague tu buena acción.

Víctor.—¡Cá! Si a mí el buen corazón
 es un vicio que me arruina.

Enrique.—Hasta Sedán os llevó
 la nacional ligereza...

Víctor.—Fué la nacional tristeza
 que nos causa Waterló.

Enrique.—Siento que la suerte infiel...

Ioduros Bern

De (K y Na), quími-
 camente puros. No
 provocan IODISMO. Fabricación nacional.

Víctor.—¿Quién podía calcular...
 que había de hacer Bismarck
 de la Alemania un cuartel?
 A un número tan horrible
 yo os hubiera dicho: "Entrad.";
 sois tantos, que es necedad
 luchar contra lo imposible.
 Viendo llegar los aliados,
 un soldado, en Waterló,
 tiró el fusil, se sentó,
 y dijo: "¡Son demasiados!"
 ¿Cómo ha podido sacar
 de entre sabios alemanes
 todo un millón de jayanes
 el gran Canciller Bismarck?
 Todo con gente lo allana;
 y Moltke usa en su ambición
 la táctica del cañón,
 fuego contra carne humana.

Ya no hay ciencia militar;
 quien consigue la victoria
 no es el genio de la gloria:
 es la industria de matar.

¿Es así como vencía,
 de astucia y constancia lleno,
 Aníbal en Trasimeno
 y el español en Pavía?

Enrique.—Siempre la guerra es febril.

Víctor.—Es una guerra de locos.

Enrique.—¿Cuántos van muertos?

Víctor.—Muy pocos;

van... ¡unos trescientos mil!
 Ciertamente es que con arrogancia
 Francia aspiró a serlo todo,
 mas Dios pensó de otro modo,
 y Dios puede más que Francia.
 Mas tratarla hasta ese extremo
 de rabia y de vanidad
 es una ferocidad
 digna de un miedo supremo.
 Tratándonos a lo moro,
 dejan nuestro Imperio yermo;
 ya es hoy para el rey Guillermo
 el cetro un garrote de oro.



Mas es tu rey poco sabio
 cuando ignora que en el mundo
 hay un abismo profundo
 entre la copa y el labio.
 Pagó el otro su ambición,
 pagará éste su codicia:
 siempre tras de la injusticia
 camina la perdición.

Enrique.—Esos guerreros impíos,
 sin duda, en su furia insana,
 piensan que la sangre humana
 la llevan fresca los ríos.

Víctor.—Lógica de esos señores:
 un rey que todo lo arrasa
 piensa que por donde pasa
 deja un reguero de flores.

Enrique.—De ti y de mí ¿qué memoria
 quedará cuando algún día
 sea esta carnicería
 una hermosura en la Historia?

Víctor.—Lo que nos trajo a morir
 sólo nos tiene guardado,
 tras la noche del pasado,
 la noche del porvenir.
 Oye: cae un hombre al mar;
 llama, grita, nadie escucha,
 baja, sube, lucha y lucha,
 y mira al buque marchar;
 y del buque en que marchaba
 ninguno mira hacia atrás,
 y él lucha más, lucha más,
 se hunde, se hunde y todo acaba.
 Tú ves el buque marchando
 y, mientras te vas hundiendo,
 tu Bismarck sigue no viendo,
 tu rey sigue no escuchando.
 Y después que te han traído
 a tan sangrienta victoria,

ellos tendrán... mucha gloria
 y tú tendrás... mucho olvido.

Enrique.—¡Verdad!

Víctor.—¡Vaya si es verdad!

Enrique.—Y hoy ¿qué haremos? ¡In-
 felices!

Víctor.—¿Que qué haremos hoy, me
 [dices,

alma sin profundidad?

Fábrica especializada en Productos Dietéticos
 y de Régimen Vegetariano

CASA SANTIVERI, S. A.

Call, 22. — BARCELONA

Ven, ven, ponte aquí delante;

(Víctor se levanta, echando un brazo al
 hombro de Enrique.)

voy a ser, de ti cogido,
 como San Ignacio herido,
 un apóstol militante.

¡Qué espectáculo tan bello
 dará al mundo nuestra unión!

¡Hermosas muletas son
 mi chasapot y tu cuello!

(Se apoya Víctor con un brazo en el
 cuello de Enrique; con el otro brazo se
 apoya en la culata del fusil, convertido
 en muleta, y se adelanta hacia el pros-
 cenio.)

Limosna a estos dos amigos
 pedir nos verá la tierra,
 y maldecirá la guerra,
 que de héroes hace mendigos.
 Con voz, por el llanto ahogada,
 probaremos a la Historia
 que es una infamia la gloria,
 y más, la más celebrada;
 que pone esa gloria altiva
 el robo sobre el trabajo;
 que está la ley de aquí abajo
 sobre la ley de allá arriba;
 el grande, sobre las leyes;
 sobre el grande, la privanza;
 sobre los pueblos, la holganza;
 los pueblos, sobre los reyes;
 sobre los pueblos, la guerra;

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico-fosfatado

sobre la guerra, los duelos,
 y, lo que es más triste, ¡oh cielos!,
 los tontos, sobre la tierra.
 ¿Qué hemos de hacer por el mundo
 pregunta, Enrique, tu afán?
 Eres, cual sabio alemán,
 inútilmente profundo.
 Cantando iremos los lances
 de esta espantosa jornada;
 que, aunque yo no sé hacer nada,
 sé hacer muy buenos romances.
 Siendo uno de otro el sostén,
 apelaremos al ruego
 cantando coplas de ciego,
 como dos ciegos que ven.
 ¡Ay! Y después de pasar
 por muchos desasosiegos,
 también quedaremos ciegos
 de vernos y de llorar.

¡Verás, verás qué enseñanza
ven brotar de nuestros labios!
¡Porque todos somos sabios
en perdiendo la esperanza!
A un alemán y a un francés
verá el mundo hacerse hermanos;
tú comerás con mis manos
y yo andaré con tus pies.
Al vernos en paz y unidos,
verán, mirando a los dos,

Solución salicilato sódico DOMINGO

Cada cucharada contiene dos gramos
de salicilato sódico puro.

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

que no hay delante de Dios
vencedores ni vencidos.
Tú dolorido, yo enfermo,
¿quién nos negará su pan?
Hasta "¡Id con Dios!" nos dirán
Napoleón y el rey Guillermo.
¿Hay quien niegue alguna cosa
cuando la pide un tullido
en nombre del que ha escogido
un pesebre para cuna?
¡Y hasta las gentes extrañas,
si no por nuestras heridas,
nos darán por las queridas
madres de nuestras entrañas!...
Que mientras tu amor y el mío
por ellas irán pidiendo,
tal vez se estarán muriendo
de horror, de miseria o frío...
Enrique.—¡Madre de mi corazón!
¡Cómo lloro al recordar

El decano de los médicos

El Dr. Giovanni Gortant, que acaba
de morir hace unos días, era el decano
del Cuerpo médico europeo. Tenía cien-
to siete años. Y hasta la edad de los no-
venta había llevado una existencia pro-
fesional tan activa como la de su juven-
tud.

Cuando alguno le incitaba a pedir su
jubilación, él decía: "¡Mi jubilación!...
¿Pero usted no piensa lo reconfortante
que es para los enfermos un médico de
mi edad?" Y al decir esto reía con una
risa clara y juvenil.

El día que se celebró su centenario, el
Dr. Gortant pronunció un muy breve
discurso de gracias después del banquete,
en el que asombró a todo el mundo
con su apetito: "Señores—dijo—: Ha-
ced como yo: comer bien, bebed y fu-
mar a vuestro gusto, y dentro de cien
años nos encontraremos aquí todos."

Y al acabar de decir esto el médico
centenario encendió un magnífico vegue-
ro de la Vuelta de Abajo que le ofre-
ció Crispi.

(L'Ami du Peuple.)

que mis manos, al marchar,
besó con adoración! (Pausa.)

Victor.—¿Enrique?

Enrique.—¿Qué?

Victor.—¿Lloras?

Enrique.—Sí.

CARABAÑA: el mejor purgante

Victor.—¡Ay, yo también! Tú, ¿por
[quién?

Enrique.—Por mi madre.

Victor.—¡Yo también!

¡Ay de ellas, de ti y de mí!

Enrique.—No lo puedo remediar;
pensando en la madre mía,

BARDANOL

Estafilococias de todas clases

creo que reventaría
si no rompiese a llorar.

Victor.—¡Llorar un héroe! ¿Estás
[loco?

Enrique.—Me entenece su memoria.

Victor.—¿No te consuela la gloria?

Jarabe Bebé.-Telradinamo.-Septi- cemiol.-Purgantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio, página IV.)

Enrique.—A mí, no; ¿y a ti?

Victor.—¡Tampoco!

(Victor saca un pañuelo, se enjuga
las lágrimas y después las de Enrique.)
¿Enrique? ¿Enrique?

Enrique.—¿Qué es?

Victor.—¿Pudieras nunca pensar
que te viniese a enjugar
las lágrimas un francés?

Enrique.—Perdona, Víctor.

Victor.—¡Los dos
perdonemos nuestro encono,

EL ESTADO EPISCOPAL

Pues los obispos pastores
Suelen ser destos ganados
Tan queridos,
Debieran ser los mejores
Para darles los cayados
Escogidos;
Que para tener la cura
De las ánimas cristianas
Los prelados,
Tener deben gran cordura
Y ser de cosas mundanas
Apartados.

LORENZO SUAREZ DE CHAVES

("Varias Cuestiones.")

porque al llegar a su trono
nos perdone también Dios!

(Se aumenta de repente el ruido de la
batalla.)

Enrique.—¡Qué horrible matanza!

Victor.—¿Ves?

Esos son nuestros hermanos.

Enrique.—¡Cuántos quedarán sin ma-
[nos!

Victor.—¡Cuántos quedarán sin pies!

Enrique.—¡Qué horror!

96%
CONVALESCENTES
Elixir CALLOL

Victor.—Pues hablando de eso,
dirá la posteridad
que esa barbaridad
fue una etapa del progreso.

Enrique.—¡Por nuestros pobres her-
[manos

volvamos a Dios los ojos!

Victor.—Enrique, ponte de hinojos,
que yo cruzaré las manos.

(Enrique se arrodilla, y Víctor pone las
manos en cruz apoyando un codo sobre
el hombro de Enrique.)

¡Dios, justamente irritado,
pon término a esta jornada,

por la tierra ensangrentada
y por el cielo ultrajado!

¡Venga a nosotros, Señor,
Aquel que a este mundo trajo
la justicia y el trabajo,
la fe, la paz y el amor!
¡Héroe humilde de Belén,
purga de monstruos la tierra
y líbranos de la guerra
por siempre jamás!

Enrique.—Amén.

La enfermedad de Carlos Marx

En la *Revue Anthropologique* de ju-
lio-septiembre del año pasado, el doctor
Félix Regnaud consagra un artículo a
este tema, y analizándolo, en el *Mer-
cure de France* escribe el Dr. Paul Voi-
venel:

"La vida mórbida de Carlos Marx se
divide en tres períodos: el primero, en
el cual muestra su dominio, su enferme-
dad del hígado; en el segundo, en el cual
se añade la forunculosis, y el tercero, en
el cual estalla la tuberculosis pulmonar
que determina su muerte..."

Murió tuberculoso, y de su pleuresía
y sus bronquitis dice Regnaud: "Comen-
zó para él el calvario habitual a los tu-
berculosos. Será enviado de un lugar a
otro buscando un buen tiempo y un cie-
lo claro, que no encontrará jamás, y en
cada viaje cambiará de médico."

Por otra parte, no perderá la euforia
característica de estos enfermos, murien-
do el 14 de marzo de 1883. Contagió a
su mujer y a todos sus hijos.

(*Mercur de France.*)

Cuando el proceso se inicia, es decir, cuando en la mayoría de los casos no se ha hecho el diagnóstico, y si se ha llegado a sospechar de qué se trata no se tiene todavía la seguridad de ello, el tratamiento será el de todo proceso pulmonar agudo: envolturas húmedas, inyecciones de eucaliptol y de gomenol, revulsión. Una vez que el absceso se ha constituido, se continúa con los mismos cuidados y se añaden inyecciones diarias de un centigramo de clorhidrato de emetina durante cinco o seis días. Claro es que esta medicación actuará como específica en los casos de absceso amibiano, habitualmente transmitido del hígado; pero en los demás actúa como expectorante, de modo que en todos los casos viene bien. También se han recomendado las inyecciones intravenosas de alcohol en la forma siguiente: alcohol absoluto, cinco décimas de centímetro cúbico; suero fisiológico, dos centímetros cúbicos y medio; d. p., una ampolleta. Háganse seis iguales. El resultado de estos tratamientos pocas veces es suficiente, y hay que recurrir a la punción, que se puede hacer cuando se ha localizado bien el foco, y éste es grande y superficial, o la intervención quirúrgica, que es el único procedimiento de obtener un desagüe satisfactorio. Sergent recomienda que la intervención se haga tras de un tratamiento conservador de un par de meses si se observa que no se ha logrado con él obtener mejoría alguna. Es evidente que si la marcha es desfavorable habrá necesidad de intervenir más pronto. Conviene hacer la intervención en dos tiempos: el primero destinado a abrir la pleura y a provocar adherencias de la misma alrededor del absceso, y el segundo para abrir dicho absceso con el termocauterio.

Apoplejía pulmonar.—Así se llama a la hemorragia que tiene lugar en el espesor del parénquima pulmonar. Desde los tiempos de Laennec se vienen describiendo dos tipos de apoplejía pulmonar: la que se hace por desgarrar y la que se hace por infiltración. La apoplejía que

Acido salicílico..... 10 gramos.
Crisarrobina..... 5 gramos.
Aceite de enebro..... 25 centímetros cúbicos.
Jabón verde..... }
Lanolina..... } aa., 25 gramos.
M. y h. pomada.

Con esta pomada se fricciona por la mañana y por la noche los focos de psoriasis durante cuatro a seis días, y así se logra casi constantemente que curen, pero no se pueden evitar las recidivas.

Numerosos medicamentos más se han propuesto para el tratamiento del psoriasis, pero no tienen ninguna ventaja sobre los apuntados. La eficacia de cada uno varía según los casos. Los recursos que hemos aconsejado para provocar el desprendimiento de las escamas dan resultado siempre, pero ya en la tarea de conseguir que la escama no se reproduzca con abundancia, los resultados son más inseguros y, por lo que se refiere a la acción sobre el infiltrado, unos casos responden bien, otros mal y otros, nada. Los medicamentos suaves fracasan con frecuencia; los enérgicos provocan dermatitis muchas veces, que obligan a suspenderlos antes de haber podido ser eficaces.

Los rayos Röntgen pueden lograr la desaparición rápida de las placas de psoriasis, pero ni impiden ni retrasan la recidiva. En las lesiones extensas no se los puede utilizar, porque harían falta dosis tóxicas, y en las lesiones pequeñas es muy dudosa su conveniencia. El radio y el mesotorio se encuentran en el mismo caso.

En cuanto a los cuidados dietéticos, consistirán en la disminución de los prótidos y de las purinas y en la administración de alcalinos; convenientes para prevenir la difusión de las placas, pero nada consiguen para reducir las ya existentes.

PULMON (ENFERMEDADES DEL)

Absceso pulmonar.—Los abscesos del pulmón se pueden desarrollar por numerosos mecanismos que corresponden a las diferentes vías por las que pueden penetrar en dicho órgano los gérmenes patógenos. El procedimiento más directo es, naturalmente, la infección del pulmón a consecuencia de una herida del tórax. En segundo lugar, se produce la infección por vía sanguínea o por vía linfática. Para que se pueda producir por vía linfática es preciso que el foco primitivo se encuentre muy cerca del pulmón; en muchos casos se trata del hígado, en otros de una pericarditis. En cambio, la infección que se propaga por vía sanguínea puede tener su punto de partida en focos situados mucho más distantes, por ejemplo, una flebitis, una supuración ósea, una endocarditis ulcerosa. Por último, se produce la infección por vía aérea, y también por mecanismos diferentes. Trátase en unos casos de la inhalación de cuerpos extraños que obstruyen un bronquio, y la infección tiene lugar en la cavidad que se produce debajo; en otros casos se trata de la supuración de los focos peribronquiales en la bronconeumonía, o de una neumonía lobular supurada: la llamada hepatitis grisea supurada. Por último, en la gangrena pulmonar se produce también una supuración pútrida. Los abscesos del pulmón son poco frecuentes, pero no tan poco como se los creía antes de precisarse su estudio radiográfico. Se decía que solamente se presentaban en personas muy debilitadas, como los ancianos, los alcohólicos o los que padecían cualquier enfermedad caquectizante; pero se ha demostrado su existencia hasta en los niños en casos que se solían atribuir a una pleuritis enquistada. La sintomatología de los abscesos pulmonares es muy confusa. El enfermo se queja de disnea, de dolores del tórax, tiene tos y fiebre. Todos estos síntomas son francamente insu-

ficientes para diagnosticar el proceso, y los síntomas físicos también lo son, porque en muchos casos se trata de abscesos pequeños y difusos, o de abscesos de localización central, que no dan síntomas físicos acusados, y en otros, cuando el absceso es superficial, se presentará siempre la duda de si se trata de una pleuresía enquistada. Se tendrá el absceso como probable en los casos en que haya habido absceso diagnosticado de algún órgano inmediato, por ejemplo, del hígado o del riñón, y se haya propagado la supuración. También se sospechará la producción del absceso pulmonar en los enfermos de neumonía, cuando al poco tiempo de la crisis sobrevenga de nuevo dolor de costado y fiebre, pero ya se comprende que en ambos casos habrá que hacer con mucho cuidado el diagnóstico diferencial entre este proceso y la pleuresía, que también es frecuente. En cuanto al absceso por inhalación de cuerpos extraños, es más frecuente en los niños, pero es poco probable que, salvo por la radiografía, se llegue a tener noción de lo que ha ocurrido. El absceso se desarrolla varios días después del accidente, y el niño, o no lo recuerda en absoluto, muchas veces ni siquiera se ha dado cuenta de lo que ocurrió, o lo oculta. El absceso pulmonar tiene un pronóstico grave. Los abscesos numerosos y pequeños que se producen a consecuencia de la piohemia se pueden considerar como siempre mortales, a consecuencia de la grave infección general. Los abscesos únicos y grandes suelen terminar abriéndose en un bronquio y produciendo una vómica, o en la pleura o en el pericardio. En la pleura producen un pionemictórax, y en el pericardio una pericarditis supurada; procesos todos ellos sinamente graves si no se interviene con toda rapidez. El conocimiento más perfecto de los abscesos del pulmón, que hemos dicho que se debe a la radiografía, ha demostrado que existen, además de los abscesos mencionados, otros más pequeños y monomicrobianos, que terminan muchas veces por la curación espontánea.

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

—La de Llubí (Balears); vacante por defunción; 3.^a categoría; dotación, pesetas 2.200; con 13 familias de beneficencia y población de 2.845 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 27 de marzo. Derechos: 30 pesetas.

—La de Fuentesauco (Zamora); por renuncia; 2.^a categoría; dotación 2.750 pesetas; con 121 familias de beneficencia y población de 2.995 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 27 de marzo. Derechos: 30 pesetas.

Contestaciones al Programa para opositar a las vacantes de Médicos Inspectores Municipales de Sanidad.

25 Pesetas

4 TOMOS. { Medicina
Cirugía
Higiene
Legislación Sanitaria

Cuidadosamente editados por
EL SIGLO MEDICO

ciay población de 2.995 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 27 de marzo. Derechos, 30 pesetas. Distrito de San Juan.

—La de Albalate de Cinca (Huesca); por renuncia; 3.^a categoría; dotación, 2.200 pesetas; con 40 familias de beneficencia y población de 1.588 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 27 de marzo.

—La de Alcaudete (Jaén); por excedencia; 1.^a categoría; dotación, 3.300 pesetas; con 204 familias de beneficencia y población de 15.713 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 27 de marzo. Distrito de Bobadilla.

—La de Onteniente (Valencia); por defunción; 2.^a categoría; dotación 2.750

pesetas; con 197 familias de beneficencia y población de 12.416 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 27 de marzo. Derechos, 30 pesetas. Distrito tercero.

—La de Moncófar (Castellón); por excedencia; 3.^a categoría; dotación pesetas 2.200; con 20 familias de beneficencia y población de 2.552 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 27 de marzo.

—La de Montefrío (Granada); por oposición anterior desierta; 1.^a categoría; dotación, 3.300 pesetas; con 250 familias de beneficencia y población de

MEDICINA
CIRUGÍA
HIGIENE
LEGISLACIÓN SANITARIA

**4 TOMOS
25 PTAS.**

14.479 habitantes. Provisión por oposición. Solicitudes hasta el 27 de marzo. Derechos, 30 pesetas. Distrito tercero.

**Correspondencia
administrativa**

Sólo la correspondencia que venga acompañada del franqueo correspondiente será contestada por carta directa.

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

D. Leandro Eizaguirre, pagado fin diciembre 1934.

D. Francisco Sieyra, ídem íd.

D. Isídoro Nevares, ídem íd.

D. Secundino Suárez, ídem íd.

D. Miguel Giménez, ídem íd.

D. Eugenio Peralta, ídem íd.

D. Antonio García, ídem íd.

D. Juan Ovejero, ídem íd.

D. Antonio Palomares, ídem íd.

D. Joaquín Santonja, ídem íd.

D. Valentín Maté, ídem íd.

D. José Ramón Sordo, ídem íd.

D. Luis Fraile, ídem íd.

D. Juan Fernández, ídem enero 1935.

D. Saturnino Taboada, ídem diciembre 1934.

D. Estanislao Bronte, ídem íd.

D. Tomás Indart, ídem íd.

D. Carlos Fernández, ídem íd.

D. José Segarra, ídem íd.

D. José María Prida, ídem íd.

D. Manuel López, ídem íd.

D. Gabriel Medina, ídem íd.

D. Manuel Pons, ídem íd.

D. Ernesto Plaza, ídem íd.

D. Eugenio Avila, ídem íd.

D. Modesto Prieto, ídem marzo 1935.

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

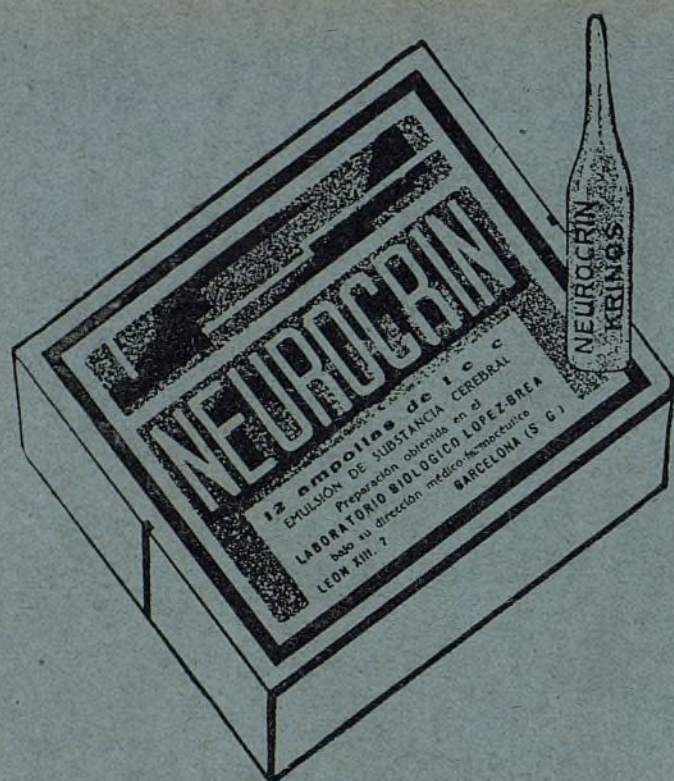
FUNDADO EN 1866

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



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynos

(Emulsión aséptica de sustancia cerebral)

INDICACIONES

Antineurálgicas (jaquecas)
Anticonvulsivas (síndromes epilépticos)
Antigénicas (distonias vegetativas)

Por contener lípidos 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, Surmenage,
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 EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA
 LEON XIII, 7
Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA

TERAPEUTICA DE LA
 ALTERACIONES MENSTRUAL

OVARIOTON

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



Amenorrea, Oligomenorrea, Puber
 retrasada, Trastornos de la Menopau
 Reglas dolorosas, Psicosis sexual

De dos a ocho grageas al día (dos cada

HEMOSTON

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



Menorragias, Metrorragias, Fibro
 uterinos, Congestiones utero-ováric
 Hemorragias de la pubertad y menopau

De dos a ocho grageas al día (dos cada