

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.231.—Tomo 95

AÑO OCHENTA Y DOS

12 Enero 1935

Cardiazol- Efedrina

contra el asma

se usa especialmente en el asma crónico, acompañado de alteración del corazón derecho, en el asma bronquial que se asocia a estados bradycárdicos o hipotónicos, en la bronquitis asmática y en el enfisema,

combate la debilidad circulatoria

produciendo efectos muy favorables en el colapso vascular, insuficiencia cardio-vascular, bradicardia, bloqueo cardíaco, descenso de la presión arterial, minus-descompensación, intoxicaciones, así como también profilácticamente antes de proceder a la anestesia.



Dosis: Como dosis media se prescribe la de 2 a 3 veces al día 10 a 20 gotas o $\frac{1}{2}$ a 1 tableta. Por vía subcutánea o intramuscular se aplican 1 a 2 a 3 ampollas por día.

Envases originales: Tubos de 10 tabletas. Frascos de 10 g de líquido. Cajas de 6 ampollas de 1,1 ccm.

KNOLL A.-G.

Fábricas de Productos Químicos
Ludwigshafen del Rhin (Alemania).

Klimaktón «Knoll»

En los achaques de la edad crítica
Tubos de 20, frascos de 50 grageas



G

UIPSINE

REGULADOR

DEL TRABAJO DEL CORAZON

F

REINOSPASMYL

REGULADOR

DEL SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO

LABORATORIOS DEL D^r

M. LEPRINCE.

62, RUE DE LA TOUR - PARIS (16^e)

Sucursales de los Laboratorios M. Leprince: Barcelona. — Apartado 685
Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero

casos, la irradiación Röntgen ofrece ventajas reales, determinando en breve una rápida regresión de las masas tuberculares: las modalidades técnicas podrán variar en cada caso, pero es regla general el uso de radiaciones suficientemente penetrantes 30-35 cm. S. E., filtradas con filtro de aluminio de 6-10 mm., e irradiando por diversas puertas de entrada, a fin de suministrar en profundidad una dosis eficaz, calculable como aproximadamente igual a $1/3$ de la dosis normal del eritema calculada por Krönig-Friedrich.

Las lesiones ganglionares son particularmente susceptibles de un tratamiento radiológico, y, de modo principal, las adenitis de naturaleza tuberculosa se muestran muy sensibles, hasta el punto de obtener en numerosos casos curaciones completas y duraderas.

Las adenitis tuberculosas son frequentísimas, observándose atacados predominantemente los ganglios cervicales; presentan al examen objetivo diversos estadios de evolución clínica.

1.º *Adenitis no supurada* constituida por ganglios duros, movibles, aislados entre sí: en estos casos, la Röntgenterapia nos da resultados apreciables en poco tiempo, porque a veces, tras de pocas aplicaciones, los ganglios se reducen rápidamente hasta su total desaparición.

2.º *Adenitis con periadenitis*: Se presenta con gran masa ganglionar única, pero en la que se pueden palpar nódulos más o menos duros. Sobre estas formas obra la Röntgenterapia, haciendo desaparecer inicialmente las infiltraciones periglandulares, de modo que los ganglios se hacen movibles, aislados e independientes entre sí, y sufren enseguida una regresión definitiva.

3.º *Adenitis supurada*: En muchos casos puede determinar la fusión glandular focos de pus, que habrán de ser oportunamente vaciados antes de comenzar la cura radioterápica. En ciertos casos, después de una

efectos, se practican para calmar el prurito del liquen planus o del liquen hipertrófico.

Tuberculosis cutánea.—Esta infección cutánea puede considerarse del dominio preponderante de la Finsenterapia. De todos modos, en los casos rebeldes con lesiones profundas las irradiaciones Röntgen pueden proporcionar ventajas notables, permitiendo actuar sobre nódulos específicos situados en la profundidad del estado subcutáneo, imposibles de alcanzar con las radiaciones Finsen. Por tanto, en los casos de lesiones profundas se practica sistemáticamente la terapéutica Röntgen combinándola cuando sea necesario con la cura de Finsen; la irradiación se hace utilizando radiaciones semiblandas bajo filtro de aluminio de un milímetro en dosis no superiores a cinco H.

Sin embargo, las aplicaciones deberán ser repetidas entre pausas bastante prolongadas, para evitar la fácil atrofia cutánea o extensas teleangiectasias.

Muy a menudo se obtiene la curación completa con pocas aplicaciones; cuando sea necesario, la irradiación podrá repetirse con las oportunas precauciones, con objeto de evitar también recidivas que pueden encontrarse fácilmente en las formas de lupus vulgar y vegetativo.

Lupus eritematoso.—La terapéutica radiológica ofrece en estos casos menos probabilidades de curación radical, sobre todo por la diferencia de entidad y gravedad de la lesión. La dosis aplicada en cada caso no deberá nunca ser superior a seis unidades H, y las irradiaciones serán siempre filtradas por un milímetro de aluminio: cuando con cuatro o cinco aplicaciones no se haya notado mejoría notable, será inútil continuar el tratamiento. También las verrugas de naturaleza tuberculosa son bastante radiorresistentes; en estos casos, parece más indicada la ablación quirúrgica de las vegetaciones, haciéndola seguir por una irradiación igual a cinco unidades.

des H filtradas por dos milímetros de aluminio. Después de un período de reposo de veinte días, al menos, se repetirá la aplicación, que, en general, es suficiente para determinar una total y definitiva curación.

Muchas otras dermatopatías son susceptibles de un tratamiento Röntgen eficaz: entre éstas es importante señalar brevemente varias lesiones en las que la acción terapéutica se muestra particularmente activa.

El acné vulgar se muestra realmente beneficiado por las irradiaciones Röntgen practicadas en dosis fraccionadas, no superiores a la dosis eritema, bajo filtro de aluminio, sea en la forma juvenil, sea en el acné queloides, sea en el acné rosáceo, condicionadamente a la edad, a la extensión y a la gravedad de la lesión.

También se obtienen buenos resultados en casos de seborrea, hiperhidrosis, por la acción atrofante de las radiaciones sobre los epitelios glandulares de la piel. Los mejores resultados se manifiestan mediante irradiaciones fraccionadas en dosis y cualidades análogas a la administrada para otras lesiones cutáneas y repitiendo las irradiaciones en períodos variables de tiempo, distanciados por pausas de diez a quince días.

Leucemias.—El curso de estas afecciones, de pronóstico siempre grave, es hoy muy eficazmente detenido durante períodos de tiempo variable por la Röntgenterapia, la cual determina notables e inmediatas modificaciones en la composición sanguínea en cualquier estadio de la lesión, ya se trate de verdadera leucemia o de esos síndromes agrupados que son conocidos con el nombre de *seudoleucemias*.

El síntoma característico de estos procesos morbosos está constituido por la elevadísima leucocitosis (300.000 leucocitos por mm.) y por el notable aumento de volumen de los órganos hematopoyéticos. Según la variedad de los leucocitos anormalmente aumentados en números se deben distinguir dos especies de leucemia:

desaparición de la neoplasia. Los tumores particularmente voluminosos exigirán, en cambio, un tratamiento más enérgico. Y en estos casos, la dificultad principal consistirá en la vasta superficie de las lesiones, que harán necesaria la irradiación de una gran zona cutánea, que, a su vez, exigirá un elevado número de sesiones.

Para los procesos morbosos localizados de origen tuberculoso constituye la Röntgenterapia un tratamiento verdaderamente eficaz, ya se trate de lesiones cutáneas, ya de lesiones óseas o ganglionares. El mecanismo de acción de las radiaciones Röntgen sobre estas afecciones no está todavía bien definido, porque mientras el poder bactericida de los rayos parece ser muy escaso, numerosas experiencias han logrado demostrar, en cambio, con datos bastante precisos, las reacciones de los tejidos tuberculosos irradiados y las modificaciones producidas en sus células.

Estas modificaciones son de dos órdenes: se obtiene, en efecto, una completa destrucción de la célula tuberculosa, y enseguida una proliferación de tejido conectivo cicatrizable. Las células gigantes son las más resistentes a la acción radiológica, pero también éstas son destruidas, mientras la proliferación de tejido conectivo invade los nódulos, los divide, los descompone y forma alrededor de estos nucleolos neoformados una verdadera reacción cicatricial que, poco a poco, viene a apagar los focos tuberculosos. Los óptimos resultados obtenidos hoy con la Röntgenterapia en la práctica común pueden ser muy bien completados con otras prácticas fisioterápicas. Particularmente, ofrece grandísimas ventajas la Helioterapia para el tratamiento de muchas afecciones específicas y, sobre todo, en las osteítis y las artritis tuberculosas, tuberculosis peritoneales, etc. En muchos casos, sin embargo, conviene recurrir a la Röntgenterapia, ya por las necesidades de ambiente y de trabajo, ya por las especiales condiciones de la lesión. En tales

CESTONA AGUA Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Unicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del
HIGADO, INTESITINOS, ESTRENIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, ETC., ETC.

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

TEMPORADA OFICIAL: DE 15 DE JUNIO A 30 DE SEPTIEMBRE

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

Pídanse noticias directamente a CESTONA (Guipúzcoa)

NEURALGIA - DOLORES DE CABEZA Y NERVIOS

SON PRONTAMENTE CURADOS POR LA

PHENALGIN

(FENALGINA).

Dos o cuatro tabletas de 2,5 granos de Fenalgina, tomadas con una bebida caliente, quitarán rápidamente el dolor de cabeza y la neuralgia, por grave que sea. La Fenalgina calma los nervios, la irritabilidad nerviosa y los dolores de los nervios en cualquier parte del cuerpo. No esté usted desanimado por haber probado sin éxito otros preparados. La Fenalgina es igualmente eficaz por su influencia beneficiosa en los dolores de reumatismo, lumbago y ciática.

Polvo en botes de una onza.

Tabletas de 2,5 granos en botes de una onza y paquetes de 24 tabletas.

Muestras a disposición de los señores Médicos.

AGENTES EN ESPAÑA:

J. URIACH Y C.^A, S. A.
APARTADO 632 BARCELONA

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

AGUAS MINERALES NATURALES DE

CARABANA

«LA FAVORITA»

PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI
~ ~ MADRID ~ ~

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA

(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación del ferrocarril.



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



MAYOLINA

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

EVITA Y CURA EL ESTREÑIMIENTO

Muestras y literatura:

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

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

12-I-1935

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

CAJAL Y SU TIEMPO

POR

RAFAEL NAVARRO GARCÍA

Al irsenos el maestro a la región de las confusas sombras donde viven su vida los muertos, según el concepto religioso, tan poético, de los griegos, España ha perdido, más que a un sabio singular e insuperable, un tipo de cultura que se nos está acabando: la del hombre de ciencia que no quiere disociar su esfuerzo de los que forjaron la civilización española del pasado ni substraer su capacidad creadora de la esperanzada ilusión de que la patria hispánica está obligada a ser en el porvenir vector de pueblos y guión intelectual de los tiempos que vendrán.

La decadencia española, episodio de la gran decadencia spengleriana de todo el Occidente, culminada en la barbarie de hogaño, y cuya iniciación corresponde cronológicamente al advenimiento de la Corona hispánica del duque de Anjou, aunque los Borbones no hayan sido más que uno de tantos factores, se caracteriza por el acabamiento del sentido de hispanidad, crisis de achicamiento que tan fácilmente padecen los cerebros menguados e inciviles y que se traduce en Estatutos, autonomías, separatismos, regionalismos y demás formas micropsíquicas, colectivas e individuales. Los sabios auténticos continuaban, como principal empeño, la historia cultural de su patria, se nutrían de ella, la magnificaban y la lanzaban hacia el porvenir, como un proyectil inflamado, para dar a la ciencia ibérica el sen-

rezar en las catedrales y grandes templos y acogieron a capillas e iglesias mezquinas. Los que habitan hoy los viejos palacios y alcázares se han apresurado a tapiar con adobes pórticos y galerías, logias y salones, porque les basta con el zaquizamí. En una novela de las de la buena época de Blasco Ibáñez, las turbas anarquistas de un pueblo andaluz deciden asaltar el casino y retroceden, temerosos, ante las luces joyantes, las alfombras y los mármoles del bestíbulo y la escalinata; en cambio, asesinan en la calleja oscura a un pobre ciudadano inofensivo que, por su mal, pasa por allí. Ese es el sentido de la mediocridad zafia y antiespañola que se recluye en las pequeñeces vernáculas o que rompe los linderos anchurosos de una nación grande, homogénea y fuerte,

de las vías públicas. La gente vulgar no sabía nada de los estudios y descubrimientos de Cajal, ni aun muchos de

SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIOCOL, BENZOATO SODICO Y DIONINA

J. DOMINGO CHURTÓ

C. Libertad, 14.—BARCELONA

los que le ditirambeaban a cada paso, como ha ocurrido con los libros de Gavinet, Costa y Macías Picavea, cuyas ediciones, si se hubieran vendido al compás del vocerío de los que citaban esos nombres ilustres para echarse de cultos, hubiesen sido cosa de asombro en los éxitos de librería; pero esa gente vulgar que se ha pasado veinticinco años dando el nombre de Cajal a toda clase de rúas, celebrando la figura del sabio en veladas, homenajes, escuelas y enviándole mensajes de entusiasmo, presentían con acierto que lo de menos era la obra científica de Cajal y lo de más su ascetismo, enajenado y patriótico que ponía en su corazón, en sus labios y en su prosa el encendido anhelo por una España como la sueñan los españoles que tienen el honor de no ser internacionistas.

Cajal ha sido el mentís de esa llamada "leyenda negra", contra la que se han debatido tantos apologistas hispanófilos en la serie que comienza en el P. Flórez y culmina en Juderías, y que atribuye al carácter hispánico inconsciencia, desdén y persecución hacia los altos valores de su civiliza-

Diarreas estivales
ELDOFORMO
Bayer Meister Lucius

para ir a parar a un internacionalismo donde nadie les hace caso.

También la intelectualidad contemporánea cayó en los mismos vilipendiosos defectos denigradores de la patria española. El derrotismo ha sido la tónica de las campañas de muchos de ellos, que han ignorado que la estatua ingente del genio español tiene sus pies en las profundidades de la Historia, abraza al mundo con los brazos y baña de luz su testa en los espacios altos que están más cerca de la verdad.

Cajal representaba los modos clásicos y castizos de la ciencia de los españoles, adobados con los determinismos experimentales que creó la cultura italiana, francesa, británica y alemana. La fina sensibilidad del pueblo se dio rápidamente cuenta del casticismo de Cajal, y pocos o ningún intelectual español lograron la popularidad de nuestro maestro, que dio su nombre a alguna calle o plaza de casi todas las localidades españolas, con una espontaneidad fervorosa en la aclamación rotuladora por parte de Municipios y Asociaciones que no fué igualada, ni mucho menos desbordada, por la adulación que rendía a dictadores y caciques el honor de las placas

SOPA DE AGRIMAX

(Sopa de "Babeurre")

Leche parcialmente descremada y acidificada — con la adición de Hidratos de carbono —

Fábrica y Laboratorio de Productos Dietéticos
MAX F. BERLOWITZ

Apartado 595. Madrid

ción. Salvo pocas excepciones, España ha dado a sus hombres cuanto podía dar, lo mismo en el terreno apoteósico que en el crematístico. A veces se le ha ido la mano a la patria con entusiasmos exagerados por valores de segunda fila, de los que tenemos hartos ejemplos en nuestros días, pero, en general, ha dado a sus hombres cuanto merecían y cuanto estaba a su alcance, incluso a Cervantes, a pesar de

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

tido de trascendencia, eternidad, universalidad y ecumenismo que ha tenido siempre el pensamiento ibérico.

A los conculcadores de la unidad espiritual y territorial de nuestra tierra, patanes a ratos y a ratos logreiros, "no les va" la casa grande y señorial de sus mayores, prefiriendo los pequeños feudos, donde pueden destacar su insignificancia. Nuestros católicos de la decadencia dejaron de

la imaginación "volcánica" que dijo lo de "que Cervantes no cenó cuando terminó el "Quijote". Lo que pasa es que para los hombres de ingenio dilapidadores y vanidosos, a pesar de su ingenio, no hay bastura, y, además, muchos hombres de entendimiento pretenden cotizar ante ese vulgo que les rodea una sabiduría cuya utilidad no tiene el vulgo por qué apreciar.

Yo no conozco ninguna verdadera

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

(Véase anuncio, página IV.)

gloria nacional, y aun muchas que no son tan verdaderas, que no haya obtenido del Estado siempre y de la opinión las más veces una reputación y una situación económica muy estimables, no diremos que como un torero o un pugilista, pero sí lo decente. La realidad afirma hechos bien diferentes de los que han glosado tan sañudamente Antonio Pérez, Buckle, Verheeren y los que glosará por estos días ese lord Sisteweld, que tanto ha hecho reír a los que se han enterado de su odisea.

El caso de Cajal es uno de los de mayor fortuna en la opinión del pueblo español, necesitado, como tal pueblo, de tener sus fetiches de cultura. También el pueblo ha visto en Cajal aquel ejemplo de disciplina ciudadana que tanto echa instintivamente de menos en sí y que tanta falta le hace. Por mucha ilustración que se atribuya al pueblo alemán de principios del siglo XVIII, no es de suponer que, salvo los iniciados, como hoy, entendiesen gran cosa del "noumenos" ni del juicio teleológico, y, sin embargo, a Kant le rodearon durante su vida, y luego hasta Cohen y todos los neokantianos, todas las veneraciones eruditas y populares, porque veían en él el símbolo del respeto al Estado, tan grato a los alemanes. Parte de las ve-

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

neraciones rendidas a Cajal se han fundado en que, en lugar de acaudillar, cual podía hacerlo con la autoridad de sus prestigios, las ululantes campañas de tipo negativo y no constructivo, a que tan aficionados son los intelectuales ibéricos, se mantuvo siempre en la más discreta y respetuosa actitud ante lo constituido. Nunca sacó de los límites de la Histología las consecuencias de la ciencia experimental, y eso que pudo darse ese gusto. Su respeto a la autoridad del Estado

hubo de crearle muchos instintivos admiradores, y de él sí que se podía decir lo que Cervantes dijo de sí mismo: "que había que agradecerle más lo que callaba que lo que escribía".

Muchos Zoilos y Aristarcos, claros es que con menos meollo que estos clásicos maldicientes, vienen repitiendo que a Cajal nos le descubrieron los extranjeros. Tal impostura merece solamente desdenes. Cajal es una gloria de la Ciencia contemporánea, a pesar de los extranjeros. Por de pronto, Cajal no ha logrado en los medios extranjeros una exposición metódica, completa y crítica de su colosal labor, como la han tenido de los suyos y de los extraños Morgagni, Kölliker, von Helmolz, Goethe, Virchow y Pasteur. La más primorosa síntesis de la obra científica de Cajal ha sido el insospechado acierto de un médico español que sabía de todo, como es uso entre los verdaderos médicos, y se llamaba D. Carlos María Cortezo. Como a Cortezo, le entendieron y le estimaron desde el primer momento nuestros histólogos, nuestros clínicos, nuestros buenos estudiantes y nuestros naturalistas. En nombre de esta estimación de la intelectualidad nacional, Cajal

BARDANOL Estafilococias de todas clases

fué a todas las Academias, a todas las Sociedades, a todas las Corporaciones, a todos los Magisterios.

Además, Cajal fué el fruto sazonado de una época y de una cultura de España. Claro es que sus apetencias y su sensibilidad por la sabiduría le hicieron recibir la influencia y proseguir, mejorar y superar la obra de Ranvier, de Golgi, de Waldeyer, de Vignal, de Lenhossek, de Kölliker y de Remak; pero Cajal nació a la ciencia entre las inquietudes españolas de la cultura experimental, en la que le precedieron, acompañaron y siguieron Maestre de San Juan, Achúcarro, Carlos Calleja, López García y Pío del Río. Además, nunca será bastante puesto en relieve el hecho fundamental de que la formación espiritual de Cajal y el impulso que le llevó a los campos de la micrografía para magnificar la historia de la ciencia española, formación e impulso procedieron de aquel hombre genial, medio perdido para la ciencia experimental, que se llamaba Luis Simarro.

El enciclopedismo médico de Cajal fué también obra de su tiempo. Con el altivo pudor de sus criterios testarudos de buen aragonés respecto a la "polarización del esfuerzo", rehuyó mostrarse competente en tantas disci-

plinas médicas como él lo era sin practicarlas ni lucrarlas. Poca gente sabe, pero yo sí que lo recuerdo entre las memorias de la adolescencia, que apenas habían creado los de la escuela de Charcot y los de la escuela de Bernheim la moderna hipnología científica, Cajal la denominó toda y tan en práctica eficaz supo ponerla, que los hijos de Cajal nacieron todos, o casi todos, en estado analgésico-hipnótico,

ANTIPHLOGISTINE

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

logrado por don Santiago en su espesa para los efectos del alumbramiento.

También es español y es de su época el "estilo" investigador, el "estilo" docente y el "estilo" literario de Ramón y Cajal. Su tiempo, al cual ha sobrevivido, bien puede denominarse el tercer Renacimiento español, del que son las figuras cumbres Sanz del Río, Giner, Letamendi, Menéndez y Pelayo, San Martín y el propio Cajal, no contando más que filósofos y biólogos. De ese sentido renacentista y de ese período recibieron los matices que ostentan, aparte de la ingente producción monográfica, aún no debidamente conectada, las dos obras magistrales de Cajal: "Textos del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados" y "Reglas y consejos para la investigación científica". Aparte la originalidad de los hallazgos de laboratorio y de los conceptos didácticos que las convierten en libros inmortalmente clásicos, se ve en esas producciones el rastro de los pensadores hispánicos y el sentido cultural de los que le precedieron. En ellos está el alma del precartesiano Francisco Sánchez, y Juan de Huarte, y Luis Vives, y Gracián, y el doctor Sabuco, es decir, las sumidades floridas de nuestra filosofía clásica. Las "Reglas y principios..." superan al "Novum organum", de lord Bacon,

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico.

ALCALÁ, 88. — MADRID

y camaradean con la "Introducción a la sabiduría", de Vives.

Toda la floración espléndida de su pensamiento se la debe Cajal al idioma castellano, que en el maestro alcanzó tan luminosa pureza. Como los buenos médicos y los auténticos sabios a la española, Cajal era un primoroso estilista, que hizo del castellano el mejor vehículo de las ideas, y las mejores ideas las obtuvo de saber caste-

(Continúa en la página II XVI)



**Poderoso reconstituyente para
niños y adultos.**

**Contiene los principios indispensables
a la función vital.**

Una cucharada de **Ruamba**,
mezclado en la leche, aumenta cuatro
veces su valor nutritivo y constituye un
delicioso desayuno o merienda para los
anémicos, inapetentes, raquíticos, albu-
minúricos, desnutridos, etc.

Laboratorios Viñas - Claris, 71 - BARCELONA

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

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

GONO

Blenorragia. Metritis. Pelvipertonitis. Artritis.
Orquitis. Cistitis. Prostatitis.

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Acné. Forunculosis.
Anthrax. Abscesos e infecciones a estafilo.

Teoría de la inmunidad y todos los trabajos científicos publicados se remiten a los
Sres. Médicos que lo soliciten a **M. MARTIN YAÑEZ.-Apartado 384.-Madrid.**

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.

ANTALGOL DALLOZ

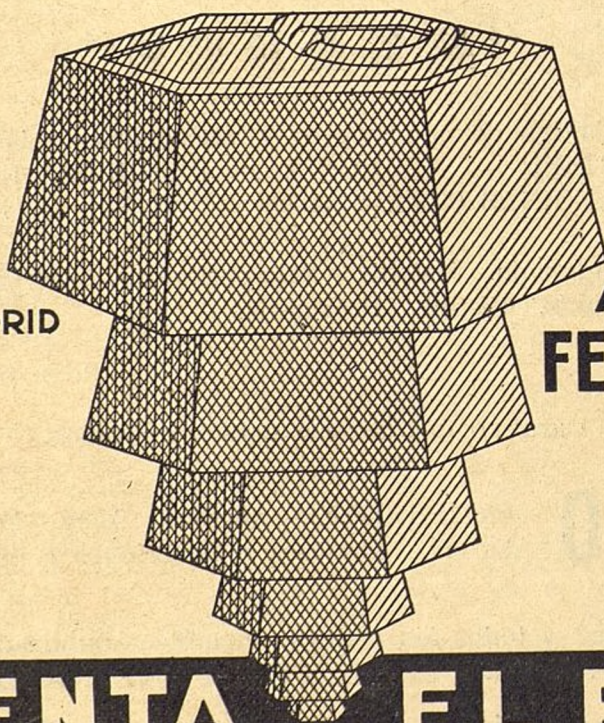
Granulado

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

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

BIOTRIGON

Delegación
6, Calle Larra. MADRID



ELIXIR
A BASE DE
FENU GRIEGO

AUMENTA EL PESO

Ayuntamiento de Madrid

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

- Fundadores y Directores: D. Mariano Delgrás.—D. Serapio Escolar.—D. Francisco Méndez Alvaro.—D. Matías Nieto y Serrano.—D. Ramón Serret y Comin.—D. Angel Pulido y Fernández.—D. Carlos M.^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 DOS * 1935

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

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

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

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

Inspector general de Instituciones Sanitarias. Profesor del Instituto Nacional de Sanidad

VOCALES

Dr. MARIANO ACENA
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

Dr. JOSE ALVAREZ-SIERRA
Del Hospital de San Rafael. Pediatra de la Lucha antituberculosa. Profesor de Ciencias naturales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. J. DE ISASA Y ADARO
Pediatra.

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

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

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

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

Dr. NICASIO MARISCAL Y GARCIA
Director del Instituto Nacional de Toxicología. Académico y Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.

Dr. A. MORANA Y JIMENEZ
Análisis clínicos.

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

Prof. J. A. PALANCA Y MARTINEZ FORTUN
Ex Director general de Sanidad. Profesor del Instituto Nacional. Académico de la Nacional de Medicina.

Prof. ANTONIO PIGA Y PASQUAL
Médico forense de Madrid. Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.

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

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

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

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

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

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

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

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. ENRIQUE SUNER Y ORDONEZ
De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina.

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

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

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

Dr. J. M.^a DE VILLASERRE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuropsiquiatra 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. }

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: Las micosis pulmonares: Un caso interesante de aspergilosis pulmonar, por los Dres. García Triviño, M. Cambroner y Jesús Ortega.—Clínica de cálculos renales, composición del Dr. Angel Pulido Martín.—La bacilemia tuberculosa y los medios ricos en vitaminas, por V. Goyanes Alvarez.—Periódicos médicos.

LAS MICOSIS PULMONARES

Un caso interesante de aspergilosis pulmonar

POR LOS

DRES. GARCIA TRIVIÑO, M. CAMBRONERO Y JESUS ESTEBAN

Como todos sabemos, el problema de las micosis pulmonares está actualmente muy en boga en el mundo científico, por la mayor perfección de conocimientos acerca de estas afecciones y por sus mayores posibilidades diagnósticas, ya que los medios de laboratorio contribuyen eficazmente al esclarecimiento de estas enfermedades, que en tiempos pasados resultaban confusas y dudosas.

Un caso visto por nosotros en el Dispensario de Enfermedades de Pecho del Instituto Rubio que suscitó grandes dudas e indecisiones, lo mismo de índole diagnóstico que terapéutico, nos induce a escribir el presente trabajo, como una modesta contribución y aportación al estudio de las micosis pulmonares.

Comenzaremos por hacer la historia clínica de dicho caso, agregando después algunos comentarios acerca de lo que actualmente se conoce referente a dichos procesos morbosos.

Historia clínica.—J. L. A., de cuarenta y seis años, casado, de profesión empleado en una casa de películas.

Condiciones de la vivienda.—No da el sol en la casa, escasa ventilación, duerme solo en una habitación con ventana a la calle.

Antecedentes familiares.—Padre muerto de bronconeumonía hace quince años.

Antecedentes patológicos.—Anginas hace veinte años. bronconeumonía hace tres años.

Comienzo de la enfermedad.—En noviembre de 1933 comenzó con mucha tos, expectoración abundantísima, purulenta, que más tarde adquiere una fetidez extraordinaria, y al cabo de veinte días se hizo hemoptoica; durante este tiempo no sentía dolores torácicos ni disnea de esfuerzo; no tuvo fiebre; tampoco sudores, vomitando algunas veces con los esfuerzos de la tos.

En la actualidad (cuando lo vimos nosotros por vez primera) acusa este mismo cuadro sintomático, sin modificación aparente, siendo los datos que más hace destacar el enfermo la persistencia de la expectoración y la falta absoluta de apetito, sobre todo en las últimas semanas, antes de verlo nosotros, por la repugnancia que le causa la expectoración fétida.

Reconocimiento.—Inspección: Se trata de un enfermo de constitución muscular en buen estado de nutrición y sin modificaciones apreciables en tórax.

Palpación.—No se encuentran ganglios, y únicamente se aprecia una ligera disminución de las vibraciones vocales en el hemitórax izquierdo.

Percusión.—Se aprecia una submatidez en los campos superior y medio del lado izquierdo en plano anterior, llegando hasta línea axilar.

Auscultación.—Inspiración áspera en campo superior del lado derecho y disminución del murmullo vesicular en los campos superior y medio del hemitórax izquierdo.

Restantes aparatos.—Abdomen: Viente voluminoso; por palpación profunda se aprecia un ligerísimo aumento de bazo.

Reflejos normales.

Al examen radioscópico se pudo apreciar una sombra no muy densa de contornos impuros en campo medio del lado izquierdo.

En la radiografía hecha por el Dr. Aguado Martínez se observan una serie de sombras muy densas de límites desdibujados y de tamaño variable, siendo la mayor de tamaño de una manzana, la que se aprecia en parte media del lado izquierdo con zonas de infiltración alrededor de dichas sombras; hilios muy cargados, y en el correspondiente al lado derecho una sombra muy densa en parte inferior (véase radiografía número 1).

Análisis de esputos.—El informe dado por la doctora Nieves González Barrios es el siguiente: No se encuentran bacilos de Koch. Por el método de Gram se observa una flora abundantísima y variada de cocos y bacilos Gram positivos y Gram negativos. Predominan los estreptococos Gram positivos, y se ven algunos bacilos fusiformes identificables con el de Vincent. No se ven espirilos en las preparaciones teñidas por el método de Weibert; se han visto algunas fibras elásticas. Wassermann, Meinike y Kahn negativos. Fórmula de Schilling y velocidad de sedimentación normal.

Este enfermo ha sido tratado por multitud de medicamentos de diversas clases, entre ellos por el neosalvarsán y por las inyecciones intravenosas de alcohol, que

tanta boga alcanzan actualmente en el tratamiento de las supuraciones pulmonares.

Dichos tratamientos fracasaron totalmente, sin que el enfermo advirtiera la más mínima modificación favorable en su estado.

En los primeros momentos todo este conjunto de síntomas, signos y datos clínicos, radiográficos y de laboratorio nos hizo pensar en si pudiera tratarse de un caso de abscesos pulmonares múltiples, quizá de tipo gangrenosos, proceso probablemente fraguado desde que padeció la bronconeumonía que consigna en su historia, y que pudiera haberse ido desenvolviendo lentamente, hasta alcanzar el tipo e intensidad que en la actualidad presenta, desechándose el diagnóstico de neoplasia pulmonar en que pudiera pensarse, por la ausencia de ganglios, falta de dolores intensos y por el buen aspecto general del paciente, así como el de tuberculosis, por la falta de bacilos y no existencia de la sintomatología propia de esta afección.

Orientados en este sentido, se le dispuso el aceite esencial de trementina y que se le practicase en la consulta de otorrinolaringología un examen broncoscópico con la aspiración de sus secreciones bronquiales. Como con este tratamiento no se obtenía mejoría alguna, a más de ocasionarle grandes molestias al enfermo, se aconsejó otro nuevo y minucioso análisis de la expectoración, con el fin de confirmar nuestro diagnóstico u orientarlo en otro sentido. El resultado de este segundo análisis fué el siguiente: Se encuentra en el esputo hongos, que después de repetidas siembras e inoculaciones (en pichón) se han podido identificar con el *Aspergillus Fumigatus* (Frésenius) de los *Ascomycetos* (véase la fotografía de la colonia, figura núm. 2).

Esta nueva investigación del laboratorio modificó, como es natural, nuestro juicio diagnóstico anterior, orientándonos en el sentido de una micosis pulmonar.

Partiendo ya de este nuevo diagnóstico, se le instituyó el tratamiento adecuado para las micosis, disponiéndosele la medicación yodoyodurada por vía bucal e inyectable. A los quince días de este tratamiento acude el enfermo a la consulta completamente cambiado, habiendo desaparecido la fetidez y el mal gusto de boca, indicando que ha disminuído la tos y la expectoración, recobrando el apetito y mejorando de peso.

Al reconocimiento se observa que los signos de percusión y auscultación sólo han sufrido una ligera modificación favorable. El enfermo nos hace constar que tiene hemoptisis, cosa explicable por la congestión producida por el yoduro. Se le dispuso cloruro de calcio para cohibir estas hemoptisis, y se le aconsejó continuara con el tratamiento yodurado.

Después de varias exploraciones clínicas, mediante las cuales se aprecia que continuaba la mejoría (si bien con algunas alternativas), se le observa en el último reconocimiento, a los tres meses de su ingreso, el 9 de

junio de 1394, lo siguiente: mejoría de los signos físicos (casi normal), obteniendo una segunda radiografía (figura 3.^a), que, comparada con la primera, nos demuestra el aclaramiento que ha sufrido la sombra que presentaba en campo medio del lado izquierdo.

El estado general del enfermo también ha experimentado una notable mejoría, confirmandonos este control terapéutico que, efectivamente, estábamos a la vista de una aspergilosis pulmonar.

Este enfermo nuestro, que al principio orientamos en sentido de afección pulmonar grave, nos ha demostrado la gran relación y parecido que existe entre la tuberculosis y las micosis pulmonares.

En las micosis hemos de distinguir dos puntos de vista: el botánico y el clínico. Desde el punto de vista botánico, se ha descrito un gran número de hongos encontrados entre los enfermos de micosis pulmonar; estos hongos han sido cultivados e identificados por los micólogos, y se ha podido demostrar que, tipos botánicamente bastante alejados unos de los otros, podían,

por convergencia, vivir en el medio pulmonar y desarrollarse en él, originando las lesiones típicas.

Avance de sumario para el número siguiente

(19 de enero de 1935)

DR. MARTÍN RENEDO: Los cristales de contacto: ¿Suprimidas las gafas?

DR. VALDÉS LAMBEA: Reacciones psicopatológicas de los tuberculosos.—Las neurosis sanatoriales.

DR. R. ALVAREZ PÉREZ: La electrocoagulación en otorrinolaringología.

FABIÁN TASCÓN ALONSO: Limpieza radiológica y curación clínica en un caso de siembra difusa posthemoptoica.

Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

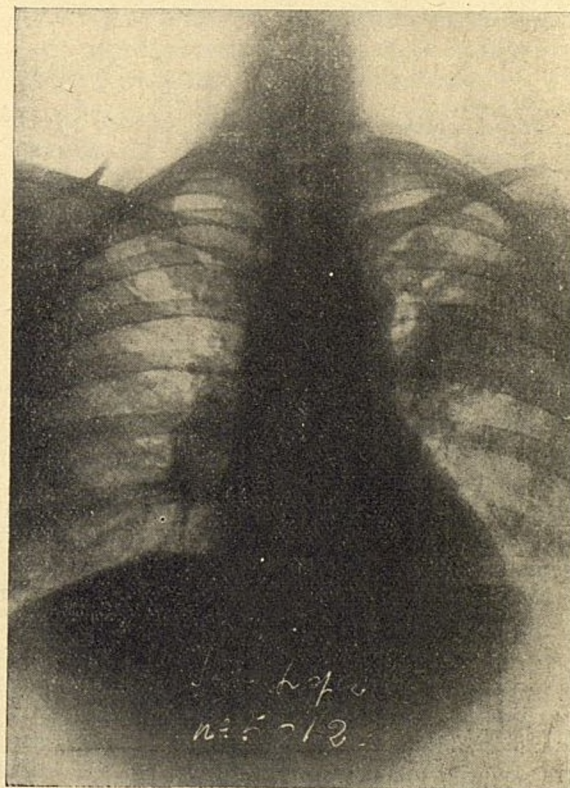


Figura núm. 1

Desde el punto de vista clínico, la sintomatología de todas estas afecciones no ofrece una gran variedad; los

signos revelados por el examen de un enfermo no se diferencian claramente en la observación clínica, y sólo el examen del laboratorio permite saber de qué microorganismo se trata.

La aspergillosis pulmonar, llamada también pseudotuberculosis aspergilar y aspergilomicosis, constituye

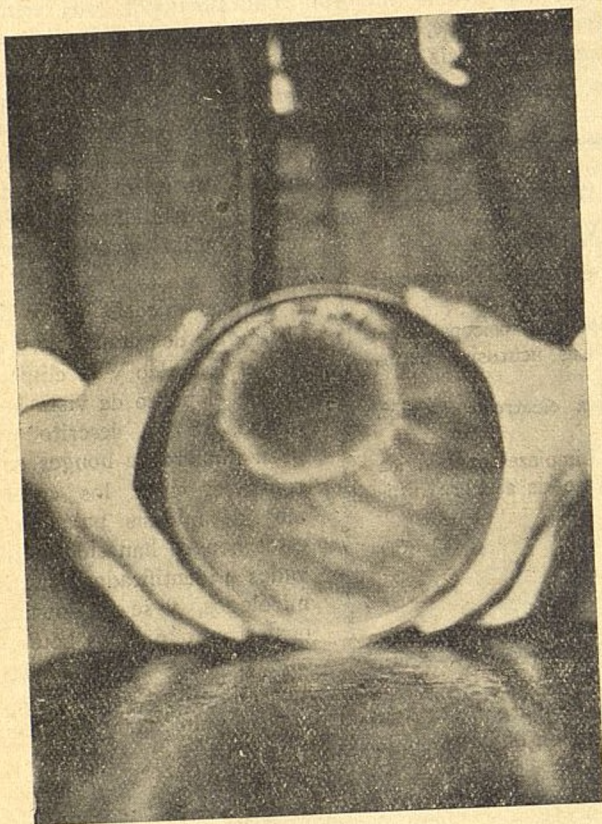


Figura núm. 2

una entidad morbosa, ante la que el práctico se siente indeciso para formular un diagnóstico, teniendo presentes las grandes analogías anatómicas y sintomáticas que las unen, y que con frecuencia suscitan dudas y confusiones difíciles de resolver, tributarias siempre de una observación detenida del enfermo, habida consideración del pronóstico distinto y el tratamiento diferente que en uno u otro caso es preciso instituir.

Es la pseudotuberculosis aspergilar una micosis producida por un hongo de la familia de las periosporiáceas (*aspergillus fumigatus*), cultivable en la papilla de pan, y cuyos esporos germinan fácilmente en el líquido de Raulin, a temperatura de 37°; su acción patógena es perfectamente demostrable en el conejillo de Indias, que sucumbe a los cuatro o cinco días de verificada la inyección, dato de interés si tenemos en cuenta que el *Aspergillus Niger* y el *Aspergillus Glaucus*, pertenecientes a la misma familia, son inofensivos.

El *Aspergillus Fumigatus* se encuentra preferentemente en la superficie de ciertas semillas y harinas, siendo, en su consecuencia, aquellos que por su profesión manejan dichos productos (cebadores de pichones, cardadores de pelo, molineros, tratantes en granos, labradores, etc.) los que más fácilmente pueden contraer la enfermedad.

Parece, sin embargo, probable que en la mayoría de los casos, como muy acertadamente exponen Lenhartz

y Poliez, y algunos otros, el aspergilo no hace más que desarrollarse secundariamente en un terreno de antemano preparado por anteriores bronquitis, bronquiectasias, gangrenas, cáncer, etc., sin que por ello dejemos de consignar los casos que Dieulafoy, Chantemesse, Potain, Renon y sobre todo, Saxer, mencionan, esforzándose en poner de relieve por medio de hechos clínicos y experimentales la existencia de una aspergilosis primitiva y, por tanto, independiente de otra afección de aparato broncopulmonar.

Como indican muy acertadamente Sargent y Mamout en su interesante trabajo, recientemente publicado, es frecuente en las micosis la discordancia entre los signos físicos y el aspecto general florido, mostrando los datos radiológicos y estetoscópicos lesiones de ordinario muy graves, como ocurre en nuestro caso. La confirmación diagnóstica, siguen diciendo los autores citados, se obtiene con la comprobación del parásito en los esputos, a más del valor de la prueba terapéutica por el yoduro potásico, previa eliminación diagnóstica de tuberculosis pulmonar.

La sintomatología se parece mucho a la de la tuberculosis pulmonar: su evolución es muy lenta, los signos de auscultación son poco más o menos análogos, los esputos no contienen bacilo de Koch, y muestran filamentos unicelares y esporos. El diagnóstico exacto de la afección no puede ser dado más que por la obtención de fructificaciones características de las siembras.

Algunas veces existe una causa de error, común a todas las micosis: si los esputos son recogidos sin precauciones pueden ser contaminados por los esporos del hongo que se hallan en el aire; es preciso, pues, hacer el examen microscópico, a ser posible, inmediatamente después de la expectoración, como así lo hicimos en nuestro enfermo.

El enfermo expectorará en una cápsula de Petri esterilizada, y que se cerrará enseguida.

No es raro encontrar aspergilosis coexistiendo con la tuberculosis, lo que agrava el pronóstico. La medica-



Figura núm. 3

ción yodurada, que da buenos resultados en la aspergilosis pura, no es de aconsejar en los casos en que la tuberculosis se halla asociada, pues es capaz de ocasionar graves hemoptisis; en cambio, se pueden ensayar los arsenicales. La aspergilosis pulmonar invade muchas veces la totalidad de las vías respiratorias hasta las fosas nasales, y así, se ha visto en las autopsias de los enfer-

mos de micosis que se encontraban granulaciones micóticas en los órganos parasitados.

La llegada y presencia del parásito en el pulmón es causa de la formación de un foco de bronconeumonía reactiva, el cual se desarrolla ulteriormente. Por reblandecimiento sucesivo y abertura en un bronquio se forman cavidades, rodeadas de tejido conjuntivo compacto, que desde la lesión inicial pueden difundirse poco a poco, hasta transformar más o menos extensamente el tejido pulmonar en tejido de cicatriz, en el espesor del cual se comprueban trayectos fistulosos ramificados. El proceso se localiza generalmente en las partes inferiores del pulmón, pudiendo presentar otras localizaciones por contigüidad, por vía embólica o por aspiración, y dar origen de este modo a pequeños focos, más o menos numerosos, con los caracteres de la infiltración neumónica, del infarto o del absceso. Estos focos pueden ser tan numerosos, que simulen una tuberculosis miliar. Una difusión por contigüidad a los órganos del mediastino y a la pleura, y de ésta a la pared torácica, con la consecutiva induración fibrosa, y de la formación de conductos fistulosos, serpiginosos, en los músculos y en el tejido conjuntivo subcutáneo, no es eventualidad de observación rara, facilitándose en estos casos el diagnóstico. También el hígado y el bazo pueden ser afectados secundariamente.

Creemos nosotros que los micetos son más frecuentes en la expectoración de los tuberculosos de lo que se cree, ejerciendo la asociación micótica un papel desfavorable en el curso de la tuberculosis pulmonar.

BIBLIOGRAFIA

F. García Triviño: "Aspergilosis pulmonar". *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas* (mayo, 1912).

J. Morales Díaz: "Micosis broncopulmonar". *Medicina Ibera* (septiembre 29 de 1928).

Xalabarder y Alegret: "Sobre el diagnóstico de las micosis pulmonares primitivas". *Revista Medicina Barcelona* (febrero, 1929).

Sartory y Bailly: "Micosis pulmonaires et leurs parasites". *Le Concours Médical* (1924, pág. 478).

Nicaud: "Les micoses pulmonaires". *Presse Médicale* (diciembre 4, 1926).

G. Boeri Jacono: "Le micosi polmonari". *Congresso di Medicina Intern. Genova*, seduta del 23 ottobre 1929.

L. Hannan: "Clinical manifestations of pneumomycosis". *An. Rev. Tubec.* (16 noviembre, 1927).

Olmer Poinci: "Supurations pulmonaires micosiques". *Presse Médicale* (21 enero, 1928).

Sergent y Mamont: "A propósito de un caso de micosis pulmonares y torácicas". *La Presse Médicale* (26 septiembre, 1934).

Clínica de cálculos renales

COMPOSICIÓN DEL DR. ANGEL PULIDO MARTIN

Del Hospital de San Juan de Dios.

I

El Dr. Walter Brandesky—ayudante del departamento urológico del Hospital Rodolfo, de Viena—, cuyo jefe es el consejero Dr. Gagstatter, publica en el *Wiener Medizinische W.* (números 37 y siguientes del presente año), un trabajo notable, que extractaremos para conocimiento de los médicos españoles; en este trabajo, muy

documentado, se expone uno de los aspectos del estado del conocimiento de la litiasis renal; como complemento, y para que nuestros colegas se pongan al tanto de las novedades en asunto que es siempre de actualidad, después de dar lo esencial de los artículos de Brandesky haremos lo mismo con el trabajo del profesor Pfäumer en el *M. M. W.* Con estos dos escritos, nuestros lectores sabrán cuáles son los problemas que plantea actualmente la litiasis renal.

Continúa el aumento en el número de casos de cálculos del riñón y del uréter; este número, que era alrededor de ocho en los años 1922, 1923 y 1924; de 16 en 1925, 1926 y 1927, sube a 45 en 1928, y continúa ascendiendo, hasta llegar a 72 en 1932. De los 124 casos recibidos en la clínica en los últimos dos años, 31 eran de piedras renales y 81 de uréter, y 12 tenían piedras en ambos órganos. El total de casos en los últimos trece años ha sido de 361. A estos casos se deben añadir los tratados en la consulta y los asistidos en el Hospital de Policía. En los últimos dos años, apenas ha sido operado el 10 por 100, y como en años anteriores el número de operados era el 20 por 100, esclareceremos que no se debe esta disminución a que se hayan modificado las indicaciones operatorias, sino al aumento de cálculos uretéricos de pequeño tamaño. De los cálculos ideados, eran: de fosfatos, el 42 por 100; uratos, el 26 por 100; oxalatos, el 10 por 100, y de cistina, el 4 por 100; el resto, eran combinación variada de estas substancias.

Con el aumento de casos de litiasis renoureterica aumenta el de trabajos a ella dedicados; pero apenas existen aportaciones para ilustrar el conocimiento de la repercusión en el riñón de los cálculos que existen en él o debajo de él, lo que, como es natural, tiene una importancia enorme para la terapéutica. En los casos de cálculos pequeños, los más frecuentes, la terapéutica depende de la existencia o no de un obstáculo a la salida de la orina y del grado de lesión que sobre el riñón ha determinado este obstáculo. Este es el tema fundamental que debemos resolver casi siempre, aparte los muy raros de piedras uretéricas grandes y de lesiones patológicas en sus inmediaciones (periureteritis).

Entre los síntomas de estos cálculos se mencionan el cólico renal y el uretérico; las piedras del riñón producen el cólico renal más raras veces que las del uréter. Los cólicos provocados por cálculos del uréter son calambres de la musculatura lisa del uréter (v. Lichtenberg), que envían irradiaciones dolorosas a la región renal y a la testicular y escrotal. Pueden contribuir al sufrimiento los dolores de retención en el riñón dado. Las piedras renales, por el contrario, provocan dolores continuos, tanto mayores cuanto menor es la piedra. Con frecuencia se hallan enormes piedras de la pelvis renal, que no provocan molestia alguna; lo mismo puede decirse del uréter. En cuanto al diagnóstico diferencial con enfermedades peritoneales, prescindiendo de los signos generales conocidos (pulso, abdomen blando), hay que atender al estado general del enfermo; el afecto de cálculo, como el de íleo, está intranquilo, frecuentemente acostado sobre un lado, en oposición a los enfermos de peritonitis, que están quietos en decúbito supino. Por eso, y por la parálisis intestinal que tan frecuentemente acompaña al cólico litiasico, puede ser muy difícil el diagnóstico diferencial con el íleo; el examen urológico lo aclarará. No siempre es fácil

el diagnóstico diferencial con un cálculo de la vejiga biliar; la observación clínica enseña que los dolores hacia arriba, atrás y el hombro son característicos de las piedras biliares, y los dolores hacia abajo, del riñón y del uréter. La exploración biliar y el examen urológico aclaran el diagnóstico. Las alteraciones en la micción ocurren también en otras enfermedades abdominales: hernias, apendicitis, disurias en prostáticos, etcétera, etc. Un signo esencial es la existencia de eritrocitos en la orina durante o inmediatamente después del ataque.

El examen fundamental para la demostración de la piedra es la radiografía sencilla (vacía) de ambos lados, no tanto por la existencia de los llamados dolores renales cruzados (dolor en el lado sano), sino porque suelen descubrirse también en el otro lado cálculos latentes. El Dr. Brandesky no ha visto casos de dolores cruzados (yo sí, y lo he presenciado en la Academia Nacional de Medicina de Madrid hace algunos años). La radiografía antecede a las demás exploraciones urinarias; en caso positivo o sospechoso de existencia de piedra, le sigue la cromocistoscopia, y si ésta acusa retardos en la eliminación del colorante, se practica la radiografía de eliminación para comprobar el grado de lesión del riñón y confirmar la existencia de la piedra. Si la expulsión del azul con la orina es normal, se hace un cateterismo del lado sospechoso de contener la piedra, y con el catéter en el uréter se repite la radiografía. Si el caso es sospechoso de piedra, pero la radiografía sencilla no la acusa, se hace una radiografía de eliminación; son características de la existencia de piedras la falta en la repleción en un trozo del uréter, y con más frecuencia, el aumento en la intensidad de la sombra de la repleción por la distensión mayor o menor, que empieza o termina en el lugar donde la sombra falta. La radiografía, para poder lograr estos detalles, debe hacerse con la pelvis elevada, la única que permite llenar gran parte del uréter, ya que en las radiografías corrientes con el enfermo acostado el uréter sólo se llena en parte. Si tampoco así se logra la demostración de la piedra, se practica la piel o ureterografía ascendente. De esta técnica dice el autor que la existencia de contornos cóncavos, tantas veces descrita, es raras veces típica de piedra (dos veces en 81 casos). La pielografía ascendente o transvesical nada puede esclarecer sobre el estado de la función renal; no permite reconocer las retenciones pequeñas ni da imagen fidedigna de las retenciones grandes, porque antes de proyectar el medio que ha de permitir la radiografía, se debe vaciar la retención, prescindiendo, como es natural, de las grandes hidronefrosis; pero es que, como demuestran los pielogramas descendentes, los casos de retención mediana son los más frecuentes. Evitamos, en lo posible, la ureterografía transvesical en casos de cálculos urinarios por el peligro de que a ella sigan casos de fiebre prolongada de pielitis ascendentes, es decir, de infección instrumental, aunque estas infecciones son raras cuando no está interrumpida la corriente de orina desde las vías altas, corriente que actúa como desinfección mecánica fisiológica por arrastre; esta infección positivamente ocurre con temperaturas elevadas; se llega a verdaderas pielitis en los casos en que hay una retención de la pelvis renal (hasta la hidronefrosis), aunque no sean producidas por piedras. Estos accidentes demuestran que el cateterismo de uréter y la pielografía trans-

vesical son intervenciones que llevan consigo peligros que deben hacernos muy cautos en su empleo. Por todo esto, preferimos la pielografía descendente de eliminación, y, además, y sobre todo, porque este método significa una prueba importantísima de la función del riñón, y sabemos que, tras el diagnóstico de la existencia de piedra, el más importante es de la lesión por ésta producida en el riñón. Sólo acudiremos a la ureterografía ascendente cuando, a pesar de todas las otras pruebas, no se ve la piedra. Casi nunca usamos el cateterismo uretérico solo, sin radiografía, para diagnosticar un cálculo; la atonía del uréter, precisamente en casos de cálculos grandes, es la causa por la cual el catéter puede penetrar al lado del cálculo, sin obstáculo, hasta la pelvis renal. Los pliegues de la mucosa o los acodamientos del uréter, por el contrario, al impedir en otras ocasiones el avance de la sonda, pueden hacer creer en la presencia de una piedra que no existe.

II

CÁLCULOS DEL URÉTER

Las piedras del uréter constituyen obstáculos, mayores o menores, a la salida de la orina procedente del riñón, y pueden determinar lesiones que se establecen con arreglo a un plan que la observación de muchos casos ha permitido conocer.

De los últimos 81 casos de cálculos uretéricos estudiados en la clínica vienesa del Hospital Rodolfo, el 30 por 100 no parecían haber determinado retención ni ejercido acción nociva sobre la glándula renal; en el 64 por 100 había en la pelvis renal estancamiento o retención, y en el 6 por 100, la oclusión del uréter era completa; en la mayoría de los casos había, pues, retención, lo que equivale a decir que la mayoría de estas piedras representa un obstáculo—mayor o menor—a la salida de la orina.

Establecido el diagnóstico de cálculo uretérico, hay que completarlo averiguando el estado de la función del riñón correspondiente. Caben tres variantes: primera, no hay diferencia con la función del lado sano; segunda, la función del lado calculoso es inferior a la del lado sano; tercera, hay anuria en el lado litiásico.

Primera. La prueba más sensible de la lesión renal calculosa la da la eliminación con la orina del índigo—carmin inyectado—, la cromocistoscopia. Si con el azul de índigo no se aprecia diferencia, tampoco la encuentra ningún otro método clínico de examen, ni la pielografía de eliminación, que no permite entonces ver retenciones en la pelvis, porque no las hay. En el 30 por 100 de casos sin retención no hubo trastorno esencial en la excreción del azul. Brandesky sólo atiende en la prueba del índigo al tiempo que tarda el azul en aparecer en el chorro de la orina de cada uréter, y da como positiva la prueba cuando el retardo es de tres a cuatro o más minutos en un lado que en el otro, después de hecha la inyección intravenosa. No atiende a la intensidad del colorante y, según su composición, considera (a mi juicio erróneamente) como normales los casos en que el chorro azul sale constantemente de modo continuo. En algunos casos, grandes diferencias de tiempo entre los dos lados desaparecen en sucesivas observaciones; en muchos de estos casos, sin alteración en la prueba del índigo, sin retención ni lesión renal, los cálculos uretéricos son grandes y no dan cólicos (cálculos con atonía uretérica).



TRATAMIENTO DE LAS ANEMIAS

hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA
PERFECTA
DEL
MÉTODO DE MINOT-MURPHY

principio
aislado
con hierro

antianémico
del hígado
y cobre.

LA EFICACIA DE
600 GR. DE HÍGADO
EN UNA AMPOLLA DE 2 C. C.

FRASCO DE 100 C. C.
EQUIVALENTE A
1 KG. DE HÍGADO
FRESCO
ELIMINA EL SA-
BOR Y LA INTO-
LERANCIA DEL
HÍGADO
TRES A CINCO
CUCHARADITAS
DIARIAS

PRODUCTO NETAMENTE
ESPAÑOL

LABORATORIOS JUSTE
APARTADO DE CORREOS, 9.030

Fº NAVACERRADA, 3

MADRID

TELÉFONO: 55386

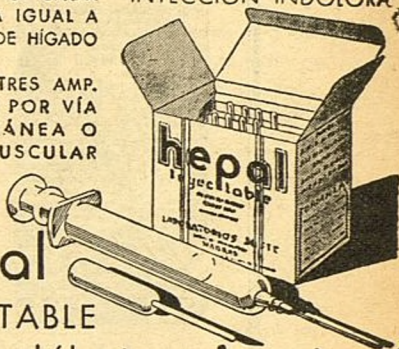
CAJAS DE 10 AMP.
DE 2 C. C. CADA
AMPOLLA IGUAL A
600 GR. DE HÍGADO
FRESCO
UNA A TRES AMP.
DIARIAS POR VÍA
SUBCUTÁNEA O
INTRAMUSCULAR

INYECCIÓN INDOLORA



hepal
JARABE

hepal proporciona las sustancias orgánicas que forman el glóbulo rojo y los elementos inorgánicos que producen la hemoglobina



hepal
INYECTABLE

TRATAMIENTO MÉDICO DEL ULCUS GÁSTRICO

PEPSIN

PEPSINA PARA USO HIPODÉRMICO

20 centigramos de PEPSINA pura neutralizada por ampolla de 2 c. c.

INDICACIONES:

ULCERAS DE LAS VÍAS DIGESTIVAS,
COLITIS ULCEROSAS, ÚLCERAS DE
LAS PIERNAS, DE DECÚBITO, DIA-
BÉTICAS, TABÉTICAS, ETC., EN
LA ANEMIA PERNICIOSA

APROVECHAMIENTO CLÍNICO
DE LA ACCIÓN ANTI-ULCUS
DEL FERMENTO GÁSTRICO, EN
INYECCIONES PARENTÉRICAS
SIN REACCIÓN LOCAL.

LABORATORIOS JUSTE

APARTADO DE CORREOS 9030. MADRID



Alimento fisiológico completo



VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto-fosfato de cal

RIGUROSAMENTE DOSIFICADO Y ASIMILABLE,
REUNE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS DEL
FOSFATO DE CAL, DE LA QUINA Y DE LA CARNE

ES EL RECONSTITUYENTE MAS ENERGICO EN LOS CASOS DE DES-
NUTRICION DE LOS FOSFATOS CALCICOS

De venta en todas las farmacias

Depósito general para España:

D. ANTONIO SERRA PAMIES, S. A.- Apartado 26, REUS (Tarragona)

AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos esbasmódica

Tos Ferina

Tos de los Tuberculosos

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

La terapéutica de este grupo es la eliminación de la piedra. Los enfermos deben ser observados con la cromocistoscopia para estudiar su función renal.

Segunda. La mayoría de los cálculos uretéricos —64 por 100— ofrece alterada la función renal; para averiguarlo empleamos la prueba de la cromocistoscopia y la pielografía de eliminación. Es sabido que el índigo de la cromocistoscopia, como todos los colorantes, se elimina por los "tubuli contorti" y por las asas de Henle, y el yodo usado para la pielografía descendente o de eliminación, por los glomérulos. La alteración del riñón por los cálculos uretéricos tiene lugar de modo análogo en todos los casos, y estas dos pruebas acusan con seguridad el estado actual del riñón; tienen, además, la ventaja de que pueden practicarse en casi todos los casos; las otras pruebas, o son de la función renal total o requieren condiciones que con frecuencia no se dan: por ejemplo, la posibilidad del sondeo del uréter. La pielografía de eliminación tiene, además, la ventaja de acusar las lesiones anatómicas que la retención determina. La terapéutica tiende a extirpar la piedra y a suprimir los trastornos renales.

Tercera. En el momento en que el riñón cesa de funcionar, todo cambia; peligran el riñón y el paciente, y hay que intervenir con rapidez. Puede haber oclusión completa del uréter por una piedra, sin que se suspenda la función renal, como se demuestra con la existencia de una hidronefrosis; pero esto es raro. Lo frecuente es que al ocluirse el uréter cese la función del riñón; hay anuria del lado ocluido. La anuria anatómica por destrucción del aparato secretor del riñón, es menos observada. Se debe eliminar cuanto antes el obstáculo. Una piedra en cualquiera de estos grupos puede hacer pasar el enfermo al otro; téngase en cuenta, además, la posibilidad de complicaciones, hematuria, infección y anuria total, o de los dos lados.

III

CÁLCULOS CON RETENCIÓN

Si prescindimos de la influencia de las piedras uretéricas sobre la función renal por la vía del sistema nervioso vegetativo (reflejo ureterorrenal), la consecuencia de una salida dificultada de orina es el aumento de la presión interna en el uréter y en la pelvis renal, con la dilatación ulterior de este órgano. Cuanto más fuerte es el aumento de presión y más persistente, tanto mayor es su actuación sobre el parénquima renal, pues el aumento de presión interior sólo en parte resulta equilibrado por la dilatación; es fatal, pues, que llegue a influir sobre los tejidos del mismo riñón, y ya se sabe que los tejidos son tanto más frágiles cuanto más elevada es su jerarquía orgánica; las células que primero sufrirán por esta presión aumentada serán las secretoras, los epitelios de los tubos contorneados y de las asas de Henle, que suprimen enseguida su actividad secretora (hablamos sólo de función, sin prejuzgar sobre lesión anatómica). Téngase en cuenta, además, que para vencer la presión interior aumentada, la célula tiene que trabajar también a más presión. La pielografía de eliminación permite reconocer las retenciones renourétericas de una manera, por decirlo así, fisiológica (lo que no consiguen evidenciar las pielografías ascendentes, llamadas transvesicales y también por inyección directa). La comparación de gran número de cromocistoscopias

y pielografías descendentes de muchos casos demuestra de manera indudable que retenciones moderadas, en cuanto alcanzan a la pelvis renal, determinan un retardo en la aparición del azul—método excelente de examen de la parte secretora renal que primero sufre con la retención—, pero no permite conclusiones sobre el resto de la parte secretora; ocurre lo mismo que con todas las pruebas funcionales: sólo acusan la parte de función en que ella interviene; pero en los casos de una buena eliminación del azul, hay que suponer una buena función de todo el riñón, ya que es la parte que excreta el azul la primera que en estos casos sufre. La pielografía acusa que los fenómenos revelados por las dos pruebas se hallan en relación directa: cuanto más fuerte es la retención, tanto mayor es el retardo en la eliminación del azul. La dilatación la revela la pielografía descendente; la alteración renal, inmediatamente consecutiva a dicha dilatación; el índigo carmín y la alteración ulterior del glomérulo; también la pielografía descendente. Por eso, hay un estadio de la retención caracterizado por la lesión de los tubuli y la normalidad de los glomérulos; en este estadio, la pielografía acusa la dilatación del uréter y de la pelvis, sin que haya diferencia en cuanto al tiempo de secreción del medio de contraste. El máximo de la repleción de la pelvis renal se logra en el lado enfermo al mismo tiempo que en el sano, y, en cambio, a consecuencia del obstáculo a la salida de la orina, es visible durante más tiempo en el lado enfermo la pelvis distendida.

En la consideración crítica de los casos de este grupo se pueden plantear dos temas, cuya resolución es trascendental. Primero: la excreción retardada del azul, ¿es porque el epitelio celular está alterado, o porque hay una retención y una dilución en el líquido que le constituye? Segundo: ¿se tratará de una oclusión completa?

Es evidente que en una retención resulta alterada la secreción de los tubuli lo que produce su retardo. Sólo recibimos noticia del trastorno funcional, sin poder comprobar la lesión anatómica. En todo caso, la lesión no es definitiva, porque, suprimido el obstáculo a la salida de la orina, se restablece rápidamente la secreción normal.

Del segundo tema se dirá que en los casos en los cuales hay retención, pero no retraso en la excreción del medio de contraste, en una serie de radiografías hechas en diversos tiempos, se puede comprobar, de ordinario, una repleción parcial del trozo de uréter existente debajo de la piedra. No se trata, pues, de una oclusión completa del uréter. Se comprueba una cantidad normal de orina, aun coincidiendo con la presentación brusca de los síntomas de retención, es decir, en un momento en el que no ha podido presentarse la compensación por el otro riñón. Podemos, pues, decir que el tiempo normal de eliminación en las pielografías intravenosas habla en contra de la oclusión completa.

Cuanto mayor es la retención y cuanto mayor es su duración tanto mayor es el peligro de que el restante aparato secretor del riñón sea lesionado. Se llega, por último, a una lesión de los glomérulos, y así alcanzamos el segundo grupo de cálculos uretéricos, con retención aquel en el cual se encuentra alterado todo el parénquima renal secretor. Como sabemos, los preparados que contienen yodo, empleados para la pielografía descendente, son excretados por el glomérulo, lo que explica que en la pielografías de excreción tengamos un medio, tan seguro como sencillo, para reconocer estos casos. A este

grupo de piedras con lesión renal glomerular pertenecen aquellos enfermos en los cuales al mismo tiempo que secreción alterada del azul y retención tienen un retraso de la excreción del medio de contraste, apreciable en los pielogramas por excreción. Entre ellos hay casos en los que se percibe en el lado sano la sombra de la pelvis y de los cálices repletos por el medio de contraste, mientras en el lado de la piedra esta repleción todavía no ha tenido lugar; pero la sombra de todo el riñón aparece más intensa, porque hay una retención del medio en el parénquima renal. Ocurren manchas de depósitos en la pelvis renal, siempre que se llegue a constituir una sombra regular que delimite esta cavidad, porque la secreción es demasiado lenta; también impide en estos casos la repleción de la pelvis por el medio opaco la existencia allí de retención de orina; es característico, sin embargo, que, aunque con retardo, se llegan a formar sombras en la pelvis y en el uréter. Además, y sobre todo en las primeras radiografías, se percibe con particular intensidad la sombra del riñón. Como en estos casos no hay oclusión completa, a pesar del tiempo, no se puede llenar la pelvis en su totalidad.

De los demás síntomas hay que decir que el estado general del enfermo está poco afectado, la cantidad de orina es normal, falta la excreción del azul en el lado de la piedra; luego se hablará del diagnóstico diferencial de las oclusiones completas.

Sobre la significación de las radiografías en tales casos, en los casos de ligero retraso de la secreción de los medios de contraste, en el lado de la piedra, comparado con el lado sano, se llega, aunque más tarde que en este caso, a una buena representación de la pelvis renal; se aprecia bien la retención. No ocurre lo mismo en casos de función glomerular muy alterada; como se ha dicho con frecuencia, sólo pueden apreciarse depósitos en la región de la pelvis renal, y es natural que no se aprecie retención. Si se revisan las radiografías hechas en tiempos sucesivos, se ve que en aquellas en las cuales se ha logrado la mejor representación de la pelvis del lado sano, se ve en el lado de la piedra la retención del medio de contraste en el parénquima renal; la sombra renal es más apreciable que en el lado sano. Una representación deficiente de la pelvis renal, con una sombra anormalmente intensa del riñón, permite reconocer en el pielograma descendente la eliminación retrasada.

La división de la litiasis uretérica con retención en los dos grupos de lesión renal tubular y lesión renal glomerular, es importante, no sólo porque explica el modo de hacerse la retención uretérica y el estado del riñón, sino porque señala la terapéutica.

Del 64 por 100 de casos de cálculos con retención, 59 por 100 pertenecen al grupo de lesión tubular, y sólo 5 por 100 al de lesión glomerular; acaso por acudir pronto en busca del tratamiento, se puede evitar la progresión de las lesiones derivadas de la presencia de la piedra.

En cuanto a la facilidad de expulsión de sus cálculos uretéricos, los enfermos se dividen en dos grupos: uno cuyas piedras pequeñas les provocan cólicos repetidos, más o menos fuertes; en otros casos, la piedra se dirige hacia la vejiga, y después de más o menos tiempo, se retira de allí. Ha dicho V. Lichtenberg que éstos se caracterizan por su disposición a los calambres. Cuando los cólicos se repiten inútilmente durante largo tiempo, no se llega a una lesión glomerular del riñón, sino a la oclusión del uréter, porque, a consecuencia del predominio

del componente reflejo, cesa por completo la función del riñón afectado, lo que halla su confirmación en el mayor tanto por ciento (6 por 100) de oclusión por cálculos que el de alteraciones renales (5 por 100). Hay enfermos con cálculos—algunos grandes—del uréter que apenas tienen molestias y lesiones pequeñas no progresivas del riñón, porque tienen en sus piedras canales, o tienen en el uréter, encima del cálculo, una atonía, que permiten el paso ininterrumpido de la orina hasta la vejiga. A este estado de cálculos dolorosos, en ocasiones sucede otro de menos dolor o casi cesión de las molestias, cuando la piedra es mayor. Se aprecia la atonía en los pielogramas descendentes, casi siempre entre el cálculo y la vejiga, y no por encima de ella. Eso en las ocasiones en que una complicación, como la infección o la periuteritis, no ensombrecen el cuadro.

De tratamiento de las piedras uretéricas con retención, muy breves palabras. En casos de retención pequeña y lesión tubular renal, nuestros esfuerzos deben dirigirse a procurar la eliminación del cálculo con revisión frecuente del estado del riñón, repitiendo de vez en cuando la pielografía de excreción; no hay indicación urgente de extracción de la piedra mientras la lesión renal se limite a la región tubular, porque de esta lesión el riñón se restablece rápidamente, aun después de varios meses de falta de eliminación del azul. En cambio en los casos de lesión glomerular, nuestra primera obligación es suprimir la retención por anestesia paravertebral o por repetidos sondeos del uréter. Sólo en segundo término viene la extirpación del cálculo.

IV

PIEDRAS OCLUSIVAS

Piedras oclusivas son las acompañadas de anuria, sea ésta mecánica, por estenosis completa del uréter (hidronefrosis), sea por acción refleja. El primer caso es muy raro.

No siempre es fácil afirmar que hay anuria calculosa en el lado litiasico; si los casos agudos suelen mostrar claramente anuria, en los de antigua existencia hay cantidad normal de orina y el enfermo parece sufrir poco. Apenas es posible comprobar, en el lado de la piedra, la falta de expulsión de orina. Un catéter uretérico introducido hasta la piedra que no deja salir orina nada dice, ni tampoco esclarece el mecanismo de la oclusión un catéter que ha podido penetrar hasta por encima de la piedra y que da orina. Más útil para el diagnóstico es la pielografía de eliminación. Si hay anuria en el lado de la piedra (mecánica o refleja), falta la excreción del medio de contraste en ese lado; entiéndase la repleción el uréter y la pelvis renal, pues la acumulación del medio de contraste en el parénquima es fenómeno que ocurre con frecuencia.

En la práctica se distinguen dos grupos: primero: se presenta la anuria, con cólico más o menos intenso, casi siempre por mecanismo reflejo en un riñón, que, de ordinario, está lesionado por retenciones anteriores; segundo: lo oliguria lenta conduce a la anuria de causa anatomopatológica (hidronefrosis-piomefrosis). Los casos del primer grupo tienen un tratamiento conservador; las lesiones renales son en él reversibles, las anurias anatómicas no pueden ser influidas por la terapéutica, las alteraciones renales son irreversibles.

La experiencia enseña que la anuria refleja provocada

por un cálculo uretérico ataca casi siempre un riñón previamente dañado. El éxito de la anestesia paravertebral demuestra que podemos con este método eliminar los componentes reflejos, y el resultado es tanto mejor cuanto más sano está el riñón.

En toda anuria se distinguirán esos dos componentes: el anatómico, que se revela por la lesión renal, y el reflejo, que camina por el simpático y que desde el uréter, el otro riñón o la vejiga provoca la anuria. Ambos componentes se hallan en relación inversa entre sí; es decir, cuanto mayor es la lesión renal ya establecida, tanto menor necesita ser la irritación que provoca la anuria, tanto más fácilmente se presenta la anuria refleja, y, al contrario, cuanto más fuerte el reflejo local (cólicos intensísimos, pinzas en el íleo después de la nefrectomía (Rovsing), sea por irritabilidad constitucional anormal del sistema nervioso vegetativo, anuria hística), tanto menor puede ser la lesión renal existente que puede hasta faltar por completo. En el éxito de la anestesia paravertebral tenemos un medio diagnóstico que nos ilustra sobre el predominio de uno de los dos elementos, y el modo de separar los dos grupos de anuria calculosa. En un caso de ausencia completa de la función renal, lo esencial es saber si se trata de anuria refleja o de destrucción completa del parénquima; para ilustrarnos, además de los datos clínicos mencionados tenemos la pielografía de excreción. Sabemos que la oclusión por piedras se caracteriza por la falta de excreción del azul y del medio empleado para la pielografía, entendiendo por falta de excreción del medio opaco a los rayos Roentgen, que no se llegue a la representación de la pelvis renal ni a depósito alguno en la pelvis del riñón, aunque en la mayoría de los casos el espesamiento de la sombra renal demuestre que allí está retenido el medio de contraste (en los glomérulos); cuando falta esta sombra, es que se trata de una lesión anatómica, o sea un caso del segundo grupo. Este segundo grupo tiene como causa más frecuente alguna complicación: la infección que determina la pionefrosis; sin infección de una hidronefrosis previa, rara vez se llega a la atrofia de tejido renal (un caso entre 130; en los últimos tres años, 0,8 por 100). Lo que confirma que, aun en los casos de anuria, aunque sea por oclusión, la mayoría se establece sobre la base de reflejo, lo que supone una medida defensiva para el riñón, pues, suspendida la función renal durante semanas, puede restablecerse sin huellas.

En una casuística de anuria por piedras oclusivas de primer grupo, o sea de alteraciones renales reflejas, se comprueba la utilidad de la anestesia paravertebral, que hace desaparecer todo trastorno.

En el segundo grupo, con lesiones renales irreversibles, los síntomas de la piedra pasan a segundo término, dominan los renales; especialmente cuando se ha llegado a este grupo por la infección, suelen faltar los cólicos, y es la radiografía la que aclara el diagnóstico.

Resumiremos todo lo aquí expuesto diciendo que, establecido el diagnóstico—oclusión por cálculo—, lo esencial es averiguar si la cesación de la función es refleja, reversible o irreversible. Los datos anamnésticos y clínicos permiten un diagnóstico que confirme el pielograma de eliminación. Además, tenemos en la anestesia paravertebral una posibilidad de decidir seguramente, porque con ella se elimina el elemento reflejo. Los casos de anuria en el lado de la piedra son, afortunadamente, ex-

cepcionales en las oclusiones por cálculo, y podemos afirmar que es una rareza la destrucción completa de parénquima renal por cálculo uretérico; se suele llegar a esta destrucción sólo por complicaciones, casi siempre infecciosas. Los casos del primer grupo—o de anuria refleja—, no tienen pronóstico desfavorable, porque el riñón puede soportar durante semanas la cesación de su actividad. Sin embargo, una complicación, frecuente en estos casos, ensombrece el pronóstico; la anuria total (también del otro lado); en los casos del primer grupo, lo esencial es extirpar el obstáculo, y en los del segundo, el riñón.

V

COMPLICACIONES

Las principales, en los cálculos del uréter, son tres: la hematuria, la infección y la anuria completa, que pueden presentarse en cualquier estadio del proceso litiasico. La más frecuente, la hematuria—hablamos de la macroscópica—es alarmante, pero no grave; aunque puede durar algunos días, cesa con el reposo en cama, aplicaciones de hielo y algún estíptico. En cambio, la infección es complicación muy seria en la mayoría de los casos, por colibacilos; muchas veces se presenta espontáneamente, sin causa conocida, aunque suele ocurrir que el enfermo tenga precisamente una estrechez que determine cistitis, o haya sido sondado, y sabemos que con una retención, es grandísimo el peligro de infecciones. Una pielitis puede originar la siempre grave pionefritis, que, con o sin absceso, acabe en la pionefrosis, último estadio de la litiasis uretérica sin destrucción completa del riñón. La infección puede, por último, hacerse general (sepsis), con elevación de temperatura. Hay alteración grande de la función del riñón, de la eliminación de azul y del medio de contraste para la pielografía. Este, cuando más, se condensa en la pelvis en algunas manchas, pero suele faltar por completo. A más del tratamiento general de la pielitis hay que suprimir la retención causada por la piedra. La sepsis que tiene su origen en una pielitis calculosa nos parece la única indicación urgente absoluta de extracción operatoria de la piedra. La más grave de las complicaciones es la anuria completa, casi siempre refleja en el lado en que no se ve la piedra, aunque con frecuencia la hay o la ha habido. La anuria suele ir acompañada de cólico. Esta complicación peligrosa, no es muy frecuente (3 por 100).

Aunque no puede negarse la posibilidad de anuria con un solo lado enfermo, sin embargo, es por lo menos sospechoso que los dos estén lesionados. La terapéutica es la anestesia paravertebral y consecutivo cateterismo del uréter; si no resultan estas intervenciones, se acude a la operación (nefro o pielotomía), dejando para más adelante la extirpación de la piedra, que no consiente el estado del paciente.

VI

CONCLUSIONES

Ante cada cálculo uretérico tenemos que plantearnos el problema de en qué grado impide la salida de la orina del riñón y cuál es la intensidad de la lesión de esta glándula. Atendiendo a estos puntos de vista, parece conveniente dividir las piedras uretéricas en determinados grupos, cada uno de los cuales se caracteriza sinto-

mática, pronóstica y terapéuticamente de modo determinado. La siguiente escala representa un ensayo en esta dirección.

1. Piedras sin retención. Síntomas: secreción normal del azul. Terapéutica: salida de la piedra.
2. Piedras con retención: a) Lesión renal de los tubulillos. Síntomas: secreción del azul retrasada o suprimida. Pielogramas de eliminación. Dilatación. Terapéutica: salida de la piedra. b) Lesión renal de los glomérulos. Síntomas: no hay eliminación del azul. Pielogramas de eliminación: eliminación retardada. Terapéutica: supresión de la retención. Salida de la piedra.
3. Oclusión por las piedras. a) Con lesión renal reversible. Síntomas: pielogramas de eliminación: retención en el parénquima; no hay imagen de la pelvis renal. Terapéutica: supresión de la oclusión. Salida de la piedra. b) Con lesión renal irreversible. Síntomas: pielogramas de eliminación; no hay eliminación. Terapéutica: Nefrectomía.

CÁLCULOS URINARIOS QUE NO DAN SOMBRA

El Prof. E. Pflaumer, de Erlangen, plantea en el *Muenchener Med. W.* de 30 de marzo de 1934 (núm. 13) el problema trascendental de las piedras que no dan sombra en las radiografías, pues no debe creerse que todo cálculo urinario es directamente reconocible por medio de los rayos Roentgen. Según el Prof. Pflaumer, el número de cálculos que no dieron sombras radiográficas fué de 106, entre 660 casos, o sea *un 16 por 100!*, como seguramente ha habido casos con cálculos en que, o no han aparecido, a pesar de emplear medios de contraste, o no se ha llegado a terminar el examen que permite un diagnóstico; se puede afirmar que *un quinto de cálculos urinarios escapa al examen radiográfico sencillo*, a pesar de lo avanzada que está la técnica roentgenológica.

Para adquirir la convicción de que una piedra es la causante de las molestias de un caso dado, es preciso tener en cuenta la sintomatología y la anamnesia del enfermo que justifiquen en el médico la insistencia en la busca del cálculo, a prueba de fracasos...

El primer problema que debe ser resuelto es el de que los dolores o las alteraciones subjetivas en el abdomen proceden de una enfermedad del aparato urinario. Manifestaciones patológicas aparentemente del tramo gastrointestinal, pueden ser de origen retroperitoneal, causadas por una piedra del riñón o del uréter. Hay enfermos con estos concrecimientos que no padecen dolores, y sí solamente falta de apetito, tendencia al vómito, estreñimiento, meteorismo y acaso la sintomatología de un íleo. Si es un caso de permeabilidad roentgenológica, será tratado de manera errónea...

Los factores esenciales para el diagnóstico del cálculo son los cólicos, la disuria y la hematuria. Los cólicos pueden ser renales y diferenciarse de los gastrointestinales y de los de las vías biliares; para ello es un dato de gran importancia la segura localización del punto de partida del dolor y del sitio donde éste es más intenso. Sólo tiene valor diagnóstico como anamnesia la localización precisa del dolor en cuerpo desnudo y erguido. Si el enfermo señala la región del ángulo costovertebral, eso quiere significar que es el riñón o el uréter el punto de partida del dolor; si señala el estómago o la región abdominal superior derecha, se trata de úlcera o de colecistopatía. La parte inferior del abdomen es mucho menos característica para poder precisar el

órgano afectado por el dolor: el útero, los anejos, el intestino, la vejiga, el uréter... Debe hacerse una exploración detenidísima con el enfermo horizontal o con la pelvis elevada.

Las alteraciones de la vejiga (deseos de orinar frecuentes, deseos dolorosos, micción dolorosa, micción en gotas, retención de orina), son menos decisivas de lo que parece para el diagnóstico de localización.

La disuria, que casi siempre es síntoma urinario, puede serlo de intestino (apendicitis, enteritis) o del aparato genital (descenso de útero, prolapsia, anexitis, prostatitis, espermatocefalitis, deferentitis.) Mucho más valor diagnóstico que la disuria tiene para el diagnóstico del órgano enfermo el contenido de eritrocitos en la orina. Si hay en la orina sangre apreciable, macroscópica o microscópicamente podemos suponer en un 90 por 100 de los casos que las molestias subjetivas proceden del aparato urinario.

Von Frish fué el primero que expuso la posibilidad de que la sangre procediera también de nefritis o de enfermedades parametrales o paravesicales (apendicitis, anexitis), en un 1 por 100. La investigación sistemática de la orina en busca de eritrocitos, en muchos casos sospechosos de apendicitis, revisados luego en la operación, han dado con regularidad la falta de eritrocitos en casos de apendicitis, y, al revés, han demostrado un apéndice sano cuando había eritrocitos en la orina. Por eso ahora nos atrevemos a recomendar a los cirujanos que en los casos en los cuales haya seguramente eritrocitos en la orina, piensen primero en una enfermedad del aparato urinario; en los casos de padecimiento del abdomen derecho, en los cuales la colescitografía no permite encontrar cálculos en las vías biliares, se diagnostica la probabilidad de una uropatía, aunque no se vea sombra de piedra. Es más difícil la exclusión de una posible gastropatía y de padecimientos análogos. Debe recordarse que la investigación radiológica gastrointestinal deja sombras que imposibilitan durante muchos días la busca de piedras urinarias.

Diagnóstico diferencial de las uropatías: antes de la radiografía debe pensarse en tumores, tuberculosis o hidronefrosis, que simulen un cálculo.

Los tumores no causan dolor; sólo lo producen los coágulos que ocluyen el paso de la orina (prescindiendo de los casos, rarísimos, en los que esa oclusión se debe a masas tumorales). Si el enfermo asegura que la orina no contenía sangre ni antes ni después del cólico, puede rechazarse la posibilidad de un tumor.

El diagnóstico de tuberculosis, diferenciándole de un posible cálculo sin sombra radiográfica, es uno de los problemas más difíciles de la especialidad, sobre todo si el uréter está ocluido por encima de su abocamiento en la vejiga, lo que imposibilita su cateterismo y repleción con un medio de contraste. En estos casos empleamos la inyección de 0,2 mg. de tebeptina de Toenniessen, y hemos observado que, aunque ésta puede determinar alguna elevación de temperatura, en casos que no son tuberculosos, lo que equivale a decir que esa elevación de temperatura no permite un diagnóstico positivo, al contrario, los casos en los cuales no hay elevación, seguramente no son tuberculosos, con lo que se hace más probable un caso de cálculo latente para la radiografía. La misma significación tiene la exclusión de una hidro o prehidronefrosis por la cromoscistoscopia: si ésta permite ver pronto e intensamente un color azul y en la orina se

excluye la posibilidad de que las molestias se deban a una hidronefrosis.

La influencia clara del reposo y del movimiento en el contenido de sangre de la orina es una prueba fiel de la existencia de concrecimientos en el aparato urinario, *aunque el enfermo jamás haya tenido cólicos*. Por eso, en todo sospechoso de cálculo hacemos la prueba del reposo y de la marcha, comparando macro y microscópicamente las orinas desde el punto de vista de la sangre. Naturalmente que el resultado negativo de la mancha no excluye la posible existencia de piedra.

Exámenes instrumentales.—La cistoscopia, exceptuando los casos en que puede verse la piedra, sólo permite una sospecha de diagnóstico si hay arenas en los pequeños divertículos vesicales. Este diagnóstico se hace más probable en casos de petequias en torno del meato uretérico, y más si éste está edematoso, tumefacto, aunque no debe olvidarse que la tuberculosis puede dar la misma imagen. La cromocistoscopia es más útil para el diagnóstico; en casos de cálculo uretérico, aunque éste se halle profundamente situado y el meato esté alterado, se observa el chorro azul normal de la orina, mientras en los casos de tuberculosis del uréter, sin excepción, se hallan alterados el transporte de la orina por el uréter y la excreción del azul.

Menciónese la posibilidad de una alteración polipoedematosa del meato por la permanencia de un cálculo engastado durante mucho tiempo, lo que explica la posible confusión con un tumor, sobre todo si no hay antecedentes de cólicos. Es esencial saber si la oclusión de uréter es completa. Eso no lo resuelve la cistoscopia sencilla, porque hay contracciones vacías del meato que son retracciones después de un chorro invisible de orina. La urografía, por eliminación, aclara este estado, porque consiente una imagen normal de la pelvis renal y del uréter, lo que excluye, como es natural, una oclusión completa.

El retardo notable en la excreción del azul o su concentración deficiente no son característicos de la litiasis. Pueden observarse en otros procesos (tuberculosis e hidronefrosis), y, al contrario, se observa con frecuencia una excreción normal de azul con cálculos antiguos del riñón o del uréter. A mi juicio, el autor insiste poco en el valor de la cromocistoscopia, pues el teñido en azul de la orina permite observar su salida o su falta de excreción, con la importancia que tiene este dato para el diagnóstico y para la decisión operatoria.

Radiografía.—La comprobación radiográfica de las piedras que dan sombra es extraordinariamente sencilla y fácil: la de las que no la dan puede ser extraordinariamente complicada y difícil. El grado de dureza, de iluminación y de contraste son factores que intervienen en el resultado de este examen. Se ha querido explicar el fenómeno de la no visibilidad de algunas piedras, por su tamaño, por su espesor, por su densidad, por su composición química; así se han considerado la xantina, la cistina y el ácido úrico, como muy permeables a los rayos Roentgen, es decir, que absorben pocos rayos, y el ácido oxálico, muy poco permeable a esos rayos. Finalmente se llegó a fórmulas matemáticas, en las cuales se hace intervenir el peso atómico o número de orden N , de los átomos contenidos en la sustancia atravesada por los rayos, su intensidad; la longitud de onda de los rayos empleados, el coeficiente de absorción de la masa, etc., etcétera... Para no extender demasiado este trabajo, sólo

copio las cifras que dan los coeficientes de debilitación de los rayos en la masa de los diversos cálculos renotéticos atravesados por rayos de longitud de onda de 0,5AE.

1. Xantina, 0,28.
2. Acido úrico puro, 0,3.
3. Agua, 0,41.
4. Urato sódico, 0,55.
5. Cistina, 1,1.
6. Trifosfato, 1,4.
7. Oxalato cálcico, 2,3.
8. Fosfato ácido de calcio, 2,5.
9. Carbonato cálcico, 3.

Se ve en el cuadro que la cistina es más opaca a los rayos Roentgen de lo que se afirmaba, y es preciso reconocer que la experiencia está de acuerdo con el cuadro de Pflaumer, los cálculos de fosfato ácido de cal debilitan los rayos en cantidad aproximada de un doble de lo que los debilitan el fosfato amónico magnésico, y que las piedras cuya sombra es más opaca, contienen calcio, lo que se explica, porque es el calcio, de todos los componentes de los cálculos, el de peso atómico más elevado (40,07).

Sobre la visibilidad de la piedra, no sólo influye la absorción de los rayos por la sustancia que forma la piedra: influye también la absorción y la dispersión de las sustancias que le rodean; cuando éstas no existen, cuando la piedra está aislada, en el aire, siempre da sombra, cualquiera que sea su composición; si no se ve en pleno organismo, puede ser porque su sombra no haga bastante contraste con las de los tejidos o líquidos que la rodean. De la posibilidad de aumentar la diferencia entre las sombras de las piedras y las de sus envolturas depende poder hacer visibles cálculos que antes no lo eran. Esas diferencias pueden aumentar la sombra del medio donde está la piedra o pueden disminuirla.

Para dar una idea de la minuciosidad del trabajo de Pflaumer, traduzco sus leyes de formación de sombras:

- a) Para la radiografía, sólo es útil la sombra del núcleo del objeto, la penumbra del contorno dificulta la visibilidad del núcleo.
- b) Dada la misma cantidad de rayos sobre el objeto, la sombra del núcleo es tanto más visible cuanto menor es la penumbra.
- c) La sombra del núcleo destacará tanto más cuanto más cerca sea recogida por la placa.
- d) Si el foco de luz es mayor que el objeto, la sombra del núcleo tendrá forma de cono, tanto más corto cuanto más se acerque la luz al objeto; si este cono es más bajo que la distancia de la piedra a la placa, sólo llegará a ésta la penumbra, que sin contorno se va perdiendo en los tejidos; así puede perderse la sombra de calculitos que sólo son visibles con una gran distancia del foco al objeto, y pequeña del objeto a la placa.
- e) El contraste entre las sombras y su envoltura es tanto más acentuado cuanto más iluminado esté el objeto (opaco). Al número de bujías de la luz corresponde en radioscopia la cantidad de rayos que puede aumentarse por elevación de la tensión (K. v.) más que por aumentos de la cantidad (m. A.). Pero como la elevación de la tensión más alta de la medida necesaria para la buena obtención de la imagen alteraría la calidad de ésta, la mayor cantidad de rayos requiere aumento de cantidad de corriente.

Entre las leyes de radiación, es interesante la d): de

los dos elementos que intervienen en la debilitación de los rayos (la absorción y la dispersión), sólo la absorción proporciona el contraste de la imagen, mientras la dispersión dificulta el contraste o lo suprime. Por eso es esencial saber que las ondas duras (rayos de onda corta) son más dispersadas que absorbidas, y las blandas (de onda larga) más absorbidas que dispersadas.

Para aumentar el contraste sirven las siguientes medidas:

Primera. Buena preparación del enfermo para expulsar los excrementos, los gases intestinales y la orina. La experiencia de 15.000 radiografías abdominales, hechas primero sin preparación del enfermo, y luego con ella, nos han convencido de la utilidad de la siguiente preparación: cena líquida la víspera; por la mañana temprano, un agua purgante—tres cuartos a un litro—; después del efecto de ésta, un enema de un par de litros de agua jabonosa; evacuado éste, se hace la radiografía. Si hay gases intestinales que alteran la imagen, se practica una inyección intravenosa de hipofisina. Debe vaciarse la vejiga urinaria inmediatamente antes de la radiografía. La orina y el pus dan sombras más oscuras que las partes blandas, y una vejiga llena puede ocultar un cálculo retrovesical.

Una radiografía de cálculo no necesita ser una maravillosa radiografía de hueso: en éstas suele escaparse la sombra del cálculo, es decir, es irradiado éste con tanta intensidad, que su sombra es irrecognoscible. Una nueva radiografía con menos tensión da, acaso, una imagen menos bella, que permite apreciar la sombra de la piedra.

Contraste artificial.—Si el cálculo cuya existencia se sospecha no da sombra en una de las radiografías sencillas que hasta ahora nos han ocupado, previa preparación conveniente del enfermo, se plantea el problema del establecimiento, en torno de la posible piedra, de un medio artificial de contraste por la eliminación renal de sustancias opacas, o llevando ese medio de contraste directamente por cateterismo urético. Los medios de contraste pueden ser *positivos*—que, por su opacidad, hacen resaltar la piedra como sombras más transparentes—, y entre estos medios se encuentran los preparados de yodo, de bromo, etcétera, etcétera, y los *negativos*, que por crear en torno de la piedra un medio mucho más transparente, resaltan la opacidad del cálculo—el tipo de estos medios negativos es el oxígeno—. Esto demuestra hasta qué grado la expresión clara y oscura está determinada por el contraste de la piedra con el medio que le rodea: la misma mancha gris de la piedra opaca es blanca sobre un fondo negro, o negra sobre un fondo blanco. La radiografía de eliminación es menos peligrosa que la repleción instrumental, y, en ocasiones, se basta para aclarar el diagnóstico; pero no debe hacerse nunca sin que previamente se haya hecho la radiografía sencilla, ya que la sombra de la eliminación puede inducir a error, porque parece, con frecuencia, la sombra de un cálculo. Es más raro que la sombra de la substancia eliminada cubra la de la piedra. A pesar de todo, la radiografía de eliminación es muy útil: si hay dificultades recientes para el paso de la orina (no oclusión completa), la radiografía de eliminación ofrece la imagen de la pelvis renal y del uréter *dilatados por encima de la piedra*, que puede continuar invisible. Si la dificultad al paso de la orina dura largo tiempo, con frecuencia el uréter está más dilatado *por debajo de la piedra*. Esta dilatación, que sólo puede explicarse por

distensión atónica por debajo de la piedra, subsiste después de extirpada ésta. Es de esencial importancia el conocimiento de este dato: que *debajo* del obstáculo esté la dilatación, porque el que no esté prevenido busca siempre la dilatación por encima, o sea que busca la piedra debajo de la dilatación. Después de una oclusión completa por una piedra, se segregan durante largo tiempo los preparados de yodo, pero en tan pequeña concentración y tanto retardo, que no se consigue sombra por eliminación. El diagnóstico de falta de secreción de medio de contraste y la deducción de una completa oclusión del uréter debe hacerse con gran prudencia, porque ocurren fácilmente errores; la poliuria puede impedir una concentración que consiente la sombra de contraste, y puede hacer creer en la falta de secreción. En la mayoría de los casos, la urografía de eliminación no ofrece la seguridad de la existencia de una piedra; debemos acudir a la inyección directa en el uréter del medio de contraste. El Prof. Pflaumer dice que ha observado tras esa inyección directa en el uréter y en la pelvis renal cólicos del yoduro sódico y, por efecto de las contracciones patológicas de éstos, reflejo pielorrenal, o sea, la penetración del medio de contraste en los canalículos renales, en los vasos linfáticos o en las venas.

Se ha alegado en contra de la inyección de oxígeno en la vejiga o en la pelvis renal la posibilidad de la embolia, lo que no ha ocurrido en los cientos de casos en que Pflaumer ha usado para la pielografía. No puede dejarse al capricho la repleción de la pelvis renal, por cateterismo urético empleando un medio de contraste positivo o negativo; se empleará el medio positivo cuando las relaciones de espacio de la pelvis renal y del uréter permitan al cálculo aparecer como un hueco en la sombra del medio opaco, y, en cambio, se usará el oxígeno si hay mucho espacio libre en torno de la piedra, porque, en lugar de taparla, como haría un medio opaco, la hace resaltar tanto más cuanto más espacio libre quede. Por ejemplo: en la vejiga de la orina sólo se debe usar el oxígeno (medio negativo); en la pelvis y en el uréter no se puede predecir; en ocasiones será preciso emplear los dos medios. En este caso, debe dejarse transcurran varios días de radiografía a radiografía, usando primero el oxígeno, y cuando éste haya sido absorbido, el medio positivo, para evitar que sedimentos de éste hagan creer en la existencia de cálculos que no hay.

El sondeo de uréter para la pielografía instrumental debe hacerse en la misma mesa en que se hace la radiografía. Pflaumer no emplea para el cateterismo del uréter una sonda muy delgada, que introduce hasta la pelvis, sino, imitando a Woodruff, una sonda lo mayor posible, la de más capacidad, que introduce sólo un par de centímetros por encima del meato urético, y empuja al líquido o el gas con poca presión. La contrapresión por contracción de la musculatura del uréter y de la pelvis se aprecia inmediatamente, mucho antes de que el enfermo acuse dolor. Para evitar una gran distensión, inyecta sólo cinco centímetros cúbicos, y si se demuestra insuficiente la inyección, inyectar otros más. Las sombras de las piedras suelen aparecer mejor con poco que con mucho líquido. En la repleción con contraste positivo debe evitarse que la jeringa o que el catéter tengan una burbuja de aire, que pudiera aparecer como el hueco de un cálculo. Por eso se debe introducir la sonda

uretérica llena de agua o del líquido que empleamos como medio de contraste, y unida a ella, la jeringa.

Crítica de los medios opacos y del oxígeno.—La distensión por medios de contraste positivos o negativos, puede demostrar directamente una piedra, o conglomerado de piedras, o sólo la presencia de un concremento.

En estos casos, la interpretación de la imagen de un uréter, especialmente en la zona de la sínfisis sacroiliaca, ofrece dificultades. En el espacio en que cruza los vasos ilíacos el uréter, éste se halla con frecuencia aplanado, y por ello vacío, lo que puede hacer suponer un hueco por piedra o la existencia de una piedra cuya sombra no es visible. Una interrupción de la columna formada por el medio de contraste en la imagen del uréter demuestra la existencia de la piedra, cuando el sitio donde falta la repleción, abajo o arriba, tiene forma de taza o copa, mientras las estrecheces ofrecen, en la mayoría de los casos, forma de reloj de arena. Una imagen que no es característica, y, por ello, de difícil interpretación, la da, con frecuencia, el taponamiento del uréter por la arena; deja casi siempre pasar algo del medio opaco, que luego es rechazado hasta la pelvis renal por antiperistalsis: la sección del uréter ocupada por la arena da la impresión de una piedra larga, agujereada, de contorno irregular. El carácter verdadero de la sombra positiva o negativa del medio de contraste se consigue por el cateterismo del uréter y nueva radiografía. El catéter choca en el sitio señalado con un obstáculo, que, por último, es vencido; la radiografía después de la extracción del catéter no presenta ningún defecto de repleción, y pronto aparece en la orina la arena úrica. Es importante el diagnóstico o la posibilidad de diagnóstico de la oclusión por arena, pues con frecuencia determina una oclusión completa para la orina y conduce, cuando el cateterismo es infructuoso, a la operación, en la que no se encuentra ninguna piedra, porque la masa de arena, movilizada durante la operación, sale del uréter. Si no se esté prevenido de esta posibilidad, se puede prolongar inútilmente la operación con la busca de una piedra que no hay. En el riñón, por el cruzamiento de los cuellos de dos cálices o por la adición de dos cálices, ocurre con frecuencia un refuerzo de sombra que semeja la producida por una piedra; en casos de duda se moviliza la sombra por el cambio de posición del enfermo.

Desgraciadamente, la mejor técnica no siempre puede demostrar la sombra de piedras que positivamente existen; lo que ocurre algunas veces cuando es imposible por alguna razón, sondear el uréter y no se pueden inyectar medios de contraste. En ocasiones, es conveniente repetir toda la exploración. La busca de un cálculo que no dé sombra requiere gran tenacidad por parte del médico y paciencia por parte del enfermo, y exige gastos que muchas veces desconocen las cajas de Seguros de enfermos, porque han oído que basta para la demostración de una piedra una sencilla radiografía, y no comprenden cómo *hay casos que exige diez*, y hasta más. El Profesor Pflaumer dice que en estos casos no debe gravarse ni al enfermo ni a la caja de Seguros: el médico mismo debe echar sobre sí esa carga, seguramente desagradable, pero siempre preferible a dejar marchar al enfermo sin diagnóstico.

Compendia Pflaumer la significación científica y práctica de los cálculos que no dan sombra en las siguientes conclusiones:

Primera. De la falta de sombra de cálculo en una

radiografía no puede afirmarse la ausencia de piedra en el caso.

Segunda. La demostración de una piedra es considerada hoy como cosa sencilla y esquemática. En realidad, constituye uno de los problemas diagnósticos más difíciles.

Tercera. Para la investigación de los cálculos renales no bastan la buena instalación roentgenológica, y una buena técnica: son precisos conocimientos urológicos especiales.

Cuarta. Para el fundamento de hipótesis científicas, por ejemplo, la hipótesis de los reflejos renales, de la anuria refleja, de la oclusión espasmódica del uréter, se supone con demasiada frecuencia que ausencia de sombra de cálculo equivale a ausencia de cálculo. Esta suposición debe ser rechazada: hay que probar que donde no hay sombra de cálculo no hay cálculo.

Quinta. *Alrededor de un 20 por 100 de las piedras urinarias no dan, con la mejor técnica, sombra alguna, y son, por lo tanto, motivo de diagnósticos erróneos.*

Trabajo del Laboratorio de Patología General de la Universidad Central
Prof. R. Novoa Santos †

La bacilemia tuberculosa y los medios ricos en vitaminas

POR

V. GOYANES ALVAREZ

Desde que en 1901, R. Koch propone el suero bovino para el cultivo del bacilo de la tuberculosis hasta nuestros días, se han sucedido un sinnúmero de trabajos, encaminados a encontrar un buen medio que nos permita obtener un cultivo rápido y seguro.

Entre los muchos autores que han trabajado para resolver este problema, merecen citarse a Nocard-Roux y Pawlowski, que estudian, respectivamente, la acción de la glicerina y de la patata; al americano Dorset, que es el primero que emplea el huevo; a Sweany, Fvanfe, Herrold y Henley, que estudian los medios sintéticos, y, por último, citaremos a los profesores Loewenstein, Hohn y Petragani, que, gracias a sus trabajos, el problema de índole completamente experimental pasa a ser un método más para el diagnóstico de tuberculosis.

Entre nosotros, han hecho trabajos muy interesantes Fanjul, Mouriz Urgoiti, Varela Gil y Codina Suque.

Nosotros hemos publicado en 1933 una modificación introducida en los medios de Hohn y Loewenstein, y en la actualidad la hemos ampliado al de Petragani. Los resultados expuestos en aquella época han sido confirmados y ampliados en la actualidad con el estudio de la bacilemia en tuberculosis de tipo pulmonar.

TÉCNICAS PARA LA PREPARACIÓN DE LOS MEDIOS

Para el de Hohn.—En una matraz de 500 cc. se ponen el caldo y los huevos, en cantidad y preparados según la técnica clásica; se emulsionan bien, y en este momento se añade un centímetro cúbico de *caroteno* en sustancia; agitar y repartir rápidamente en tubos: pasteurizar a 70° una hora dos días consecutivos.

En lugar del caldo ácido natural, que recomienda Hohn, se les añade una mezcla de *caldo-jugo naranja*.

La preparación de este caldo-naranja es la operación más delicada; seguimos la técnica siguiente: 1.º, el caldo ácido le preparamos y esterilizamos según técnica corriente; 2.º, obtenemos el jugo de la naranja con una rigurosísima asepsia; es condición indispensable el que ésta se encuentre sin ninguna maceración; después se mezcla en la proporción de diez partes de caldo por dos de jugo-naranja. Esta mezcla debe tener un PH de 6,6, para lo cual es conveniente recoger una pequeña mues-

tra y determinar en ella el PH., añadiéndole después la cantidad de sosa al 5 por 100 necesaria para obtenerlo. Es conveniente el comprobar esta mezcla durante cuarenta y ocho horas en la estufa a 37°, y de este caldo de naranja se añade 1 cc. a cada tubo. Repetir la comprobación en la estufa.

Para el de Petragani.—Las primeras operaciones, o sea las mezclas de leche, huevos, fécula de patata, etcétera, se hacen según la técnica clásica. El caróteno se

Nombre	Esputo	Diagnóstico	Hemolcultivo en Hohn, Lowenstein y Petragani	Hemolcultivo en Hohn, Lowenstein y Petragani vitaminados
1. M. H.	++	T. p. fibrocaverosa.	Negativo.	Negativo.
2. E. F.	+	T. p. ídem en actividad.	Idem.	Idem.
3. B. B.	+++	T. p. ídem bilateral.	Idem.	Idem.
4. V. S.	++	T. p. cavitaría del lado derecho.	Idem.	Idem.
5. A. A.	Negativo.	T. p. exudativa.	Idem.	(+ H. 15 d.) (+ L. 17)
6. J. M.	+++	T. p. cavitaría con siembras hematógenas.	Idem.	(+ P. 15 d.)
7. C. F.	++	T. p. cavitaría bilateral.	Idem.	Negativo.
8. N. C.	+	T. p. infraclavicular izq.	Idem.	Idem.
9. E. C.	+	T. p. caseosa cavitaría l. derecho.	Idem.	Idem.
10. G. S.	++	T. p. cavitaría l. izq.	Idem.	Idem.
11. P. A.	Negativo.	T. p. ídem íd.	Idem.	Idem.
12. L. L.	Idem.	T. p. fibrosa.	Idem.	(+ H. 15 d.) (+ L. 18 d.)
13. T. B.	+++	Infiltrado l. der. siembras hematógs.	(+ H. 20 d.) (+ L. 25 d.) (+ P. 25 d.)	(+ P. 22 d.)
14. M. A.	Negativo.	T. p. fibrocaverosa l. der.	Negativo.	Negativo.
15. E. G.	+	T. p. fibrocaverosa bilateral.	Idem.	Idem.
16. T. V.	Negativo.	T. p. infraclavicular izq.	Idem.	Idem.
17. C. C.	Negativo.	T. p. complejo primario.	Idem.	(+ H. 17 d.) (+ L. 15 d.)
18. M. C.	+++	Granulía tuberculosa.	(+ H. 18 d.) (+ L. 18 d.) (+ P. 16)	(+ P. 18 d.)
19. A. J.	+	T. p. fibrocaverosa bilateral.	Negativo.	Negativo.
20. M. P.	++	Pleuritis seca, T. p. l. izq.	Idem.	Idem.
21. B. R.	+	T. p. fibrocaverosa l. der.	Idem.	Idem.
22. D. G.	+++	T. p. ídem con cavernas.	Idem.	Idem.
23. F. E.	Negativo.	T. p. l. der.	Idem.	Idem.
24. S. P.	+	T. p. exudativa bilateral.	Idem.	Idem.
25. F. E.	Idem.	T. p. cavitaría lóbulo sup. izq.	Idem.	Idem.
26. S. P.	Idem.	T. p. caseosa dos vértices.	Idem.	Idem.
27. L. R.	Idem.	Fibrocaverosa bilateral con cavernas.	Idem.	Idem.
28. A. F.	+++	T. p. caseosa l. izq.	Idem.	Idem.
29. G. C.	+	Exudativa bilateral.	Idem.	(+ H. 18 d.) (L. negat.) (+ P. 22 d.)
30. P. P.	+++	T. p. caseosa en actividad.	Idem.	Negativo.
31. A. M.	+	T. p. fibrosa difusa.	Idem.	Idem.
32. R. G.	++	T. p. vértice izq.	Idem.	Idem.
33. C. M.	Negativo.	T. p. acinosa ambos lados.	Idem.	Idem.
34. I. L.	+	T. p. cavitaría l. der.	Idem.	Idem.
35. M. P.	++	T. p. fibrosa difusa.	Idem.	Idem.
36. M. C.	Negativo.	T. p. fibrosa.	Idem.	Idem.
37. M. A.	+	T. p. ídem.	Idem.	Idem.
38. C. P.	Negativo.	T. p. vértice der.	Idem.	Idem.
39. M. P.	Idem.	Granulía tuberculosa.	Idem.	Idem.
40. J. R.	Idem.	T. p. cavitaría lób. sup. izq.	Idem.	Idem.
41. C. A.	+++	T. p. fibrocaverosa con cavernas.	Idem.	Idem.
42. M. C.	++	T. p. l. der.	Idem.	Idem.
43. T. N.	Negativo.	T. p. fibrosa.	Idem.	Idem.
44. F. A.	+	T. p. cavitaría bilateral.	Idem.	Idem.
45. M. E.	++	T. p. fibrosa l. der.	Idem.	Idem.
46. I. G.	+	T. p. ídem íd. íd.	Idem.	Idem.
47. M. D.	+	T. p. cavitaría l. izq.	Idem.	Idem.
48. D. O.	+	T. p. fibrocaverosa.	Idem.	Idem.
49. A. G.	Negativo.	T. p. cavitaría l. izq.	Idem.	Idem.

NOTA.—Los casos los hemos observado durante cuarenta y cinco días, hemos hecho varias investigaciones microscópicas. Las abreviaciones (+ H 15 d.) =positivo Hohn a los quince días, idéntico significado tienen las otras.

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*
- Heredosifilis*
- Ameno y Dismenorrea*
- Convalecencias*
- Estados llamados Pretuberculosos*

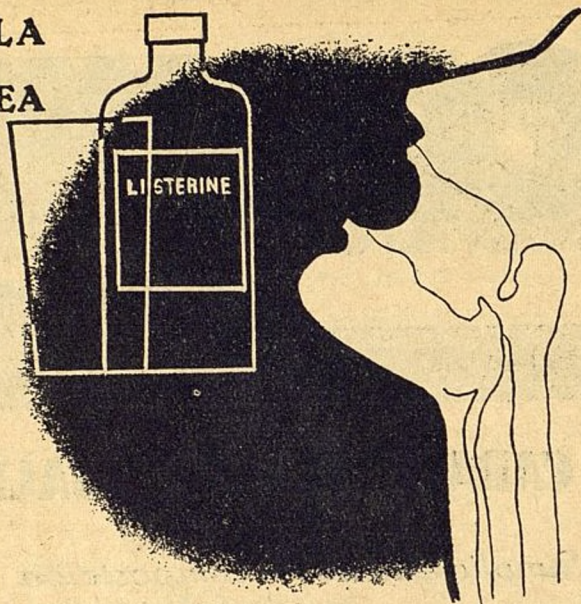


LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

LA DESINFECCION DE LA CAVIDAD BUCO-FARINGEA

...requiere un antiséptico enérgico y a la vez inofensivo, uno que destruya rápidamente los microbios y, al mismo tiempo, que no irrite ni congestione la mucosa; uno que limpie perfectamente, que penetre en todas las cavidades y cicatrice las pequeñas heridas consecutivas a toda extracción; uno que elimine realmente la fetidez de aliento o halitosis cualquiera que sea su origen. Ese desinfectante ideal, inofensivo, cicatrizante y desodorante es Listerine. Su eficacia ha sido comprobada científicamente.



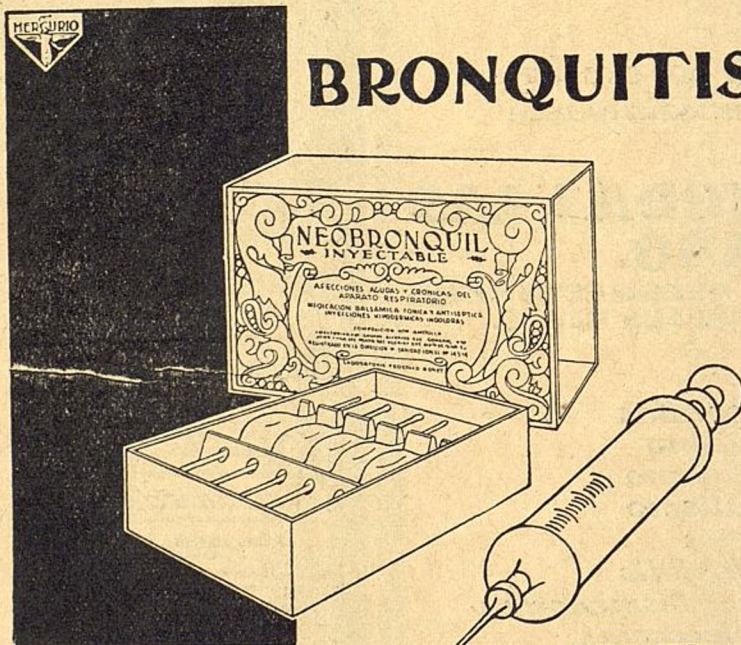
Concesionario: FEDERICO BONET. - Apartado 501. - MADRID.

LISTERINE

"El número real de microorganismos muertos por el Antiséptico Listerine supera los 200.000.000 indicados por los fabricantes."



BRONQUITIS RECIDIVAS AGUDAS Y CRONICAS



Precisan un tratamiento general que sólo con **Neobronquil** es completo: específico moderno en forma de inyecciones absolutamente indoloras, de probada eficacia en los casos de afecciones bronquiales periódicas o de larga duración. — Antiséptico, balsámico y estimulante.

NEOBRONQUIL

Cajas para adultos, con ampollas de 3 c. c.;
cajas para niños,
Neobronquil,
tipo infantil, con
ampollas de 1'5
c. c.

Fórmula: Colesterina, Helenina, Gomenol, Alcanfor,
Acido tímico, Mentol y Aceite de Olivas.

Pida muestras y literatura al LABORATORIO FEDERICO BONET, Rosalía de Castro, 31 MADRID

introducirá antes de empezar a repartir en los tubos, siendo conveniente agitar bien, a fin de hacer una buena mezcla entre el caróteno y el medio. Después de pasteurizar a 70° y comprobar la esterilidad, poner en cada tubo 1 cc. de caldo-jugo de naranja.

Para el de Loewenstein.—Para este medio seguimos una técnica parecida: una vez bien mezclada la solución de asparragina, huevos, etc., le añadimos el caróteno, y tras de pasteurizar, le agregamos 1 cc. de caldo-jugo de naranja.

En nuestro anterior trabajos hicimos un estudio comparativo entre los métodos de Hohn y Loewenstein y el nuestro, sirviéndonos de emulsiones de bacilos y de esputos de individuos tuberculosos. En él puede verse claramente la superioridad de los medios, ricos en vitaminas, propuestos por nosotros para el cultivo del bacilo tuberculoso. Las colonias aparecían con mucha más rapidez y en mucho mayor número que en los medios habituales.

Era necesario saber si en la investigación de la bacilemia tuberculosa, a la que ha dado Loewenstein y su escuela un gran empuje, si bien aún no hayamos podido llegar a una conclusión definitiva en este problema, se podía con nuestros medios observar una ventaja efectiva sobre los ya acreditados de Loewenstein, Hohn y Petragani.

Todas las siembras las hemos verificado con sangre de sujetos afectos de tuberculosis pulmonar, que presentaban, en su gran mayoría, una baciloscofia positiva. Las primeras operaciones de recogida de sangre, esterilización, etc., etc., las hemos realizado siguiendo en todo sus detalles la técnica propuesta por Loewenstein; las sangres-problema las hemos sembrado en los medios clásicos de Hohn, Loewenstein y Petragani, y en estos mismos, modificados según nuestra técnica, con la aportación de vitaminas en abundancia.

Los resultados obtenidos se resumen a continuación en el cuadro adjunto.

CONCLUSIONES

Del estudio del cuadro anterior se deduce con toda claridad, y sin que precise de más comentarios, la indudable ventaja que presenta la adición de vitaminas, siguiendo nuestra técnica, sobre los medios sin vitaminas, pues no sólo se obtiene un mayor número de casos positivos (8 por 100 para el Hohn y Petragani, 6 por 100 para el Loewenstein y un 4 por 100 para los medios clásicos), sino que las colonias aparecen con mayor rapidez y son más grandes y prósperas.

Lo que nos hace aconsejar resueltamente, para su empleo, nuestra modificación a los citados métodos para el estudio de la bacilemia tuberculosa.

En futuras publicaciones nos ocuparemos del estudio de la bacilemia tuberculosa en otras enfermedades, valiéndonos de nuestros medios.

BIBLIOGRAFÍA

- ABT FRIEDA.—*Schweiz Med. Woch.*, núm. 45, 1931.
 ABT SCHWIZ.—*Med. Wochschr.*, núm. 45, 1931.
 ACCOSIMBONI (M.).—*Boll. Sez. Ital. Soc. Int. di Michob.*, pág. 262, 1930.
 AMENBACH (K.), LOEWENSTEIN (A.) y LOEWENSTEIN (E.).—*Münch. Med. Woch.*, 1931.

ANANIADES ET PAPANARGYSON.—*C. R. S. B.*, t. 112, pág. 933, 1933.

AZZI.—*Arch. per le Scienze Med.*, 1924-25.

AXEN.—*Klinisch Wochschr.*, núm. 97, 1932.

BARRELLI (L.).—*Soc. Inter. di Microb.*, vol. III, fascículo IX, 1931.

BATTAGLIA (M.).—*Soc. Intern. di Microb.*, vol. III, fasc. IX, 1931.

BAUER (J.).—*K. V.*, núm. 25, 1932, pág. 1.071.

BERTRAND.—*Ann. de Med. Veterin.*, agosto-septiembre 1928.

BERTRANO (G.).—*Ann. Med. Veterin.*, 1928, pág. 337.

BEZANÇON et PAUL BAAUN.—*Rev. de Tub.*, núm. 5, t. 13, 1932.

BIANCHI.—*Bollet. Soc. Med. Chir. di Parva*, 1932.

BIGOLD-SPIER.—*Münch. Med. Woch.*, núm. 45, 1931.

BLANCO RODRÍGUEZ.—*Medicina Ibera*, núm. 740, 1932.

BONI (A.).—*Boll. Soc. Ital. Biol.*, septiembre, página 1.099, 1931.

BRECHMANN.—*Centrab. f. Bakt.*, t. 151, página 26, 1929.

BUSSON.—*Wiener Klin. Woch.*, 1931.

CODINA SUQUÉ.—*Bol. Tec. de la Direc. Gnral. de Sanidad*, núm. 10, 1929.

IDEM.—*SIGLO MÉDICO*, núm. 3.962, 1929.

CORMIO (A.).—*Giorn. di Bact. e Immun.*, 1932.

COSTANZI ED BOLLI.—*Le diagn.*, 1933.

DADDI (G.).—*Rev. di Pat. Clin. della Tub.*, 1931.

DE BENEDETTI ED GALLIOTI (E.).—*Rev. di Pat. e Clin. della Tub.*, pág. 424, 1932.

DOCIMO (L.).—*Lotta. Cont. Tub.*, pág. 29, 1932.

DOMINGO.—*C. R. S. B.*, pág. 619, 1931.

IDEM.—*Soc. Med. Biol.*, 7 diciembre 1931.

DREYER y WOLLUM.—*The Lancet*, 1930.

EDERNE (W.) et KRILCH (H.).—*Deutsch. Med. Woch.*, t. 58, pág. 7, 1932.

ENGEL.—*Med. Klin.*, 1932.

FANJUL (L.).—*Rev. de San. Hig. Púb.*, marzo 1933.

FARJOT.—*C. R. S. B.*, 1932, pág. 13.

FAVERO (E.).—*Gior. di Tis. Ol.*, núm. 2, pág. 38, 1932.

FELDMAN.—*Amer. Rev. Tub.*, t. 26, pág. 187, 1932.

FERNANDEY.—*Rev. Sanit. Siciliana*, núm. 20, 1931.

FILIPPINI.—*Ann. di Ig.*, pág. 162, 1932.

FISCHER.—*Zeit. f. Tub.*, 1930.

FISCHER E URGOTTI.—*Beit. Klin. di Tub.*, 1931.

GAETA (A. P.).—*Lotta c. l. Tub.*, núm. 12, pág. 1.278, 1932.

GELLERIO (C.).—*Rif. Med.*, núm. 42, pág. 1.672, 1930.

GIANBATISTA COTTINI.—*Boll. Int. Sier. Milán*, octubre 1932.

GOYANES ALVAREZ (V.).—*Arch. Med. y Girug. y Especialidades*, núm. 63, 1933.

GUALDI (A.).—*C. R. S. B.*, pág. 957, 1932.

GRAETZ.—*Zeit. f. Tub.*, 1930.

HENLEY (R. R.).—*Amer. Rev. of Tub.*, t. 20, página 660, 1929.

HENDE (R. R.) y LEDUC (P. W.).—*Ame. Rev. of Tub.*, t. 22, pág. 568, 1930.

HOHN.—*Munc. Med. Woch.*, abril 1926.

IDEM.—*Centralb. f. Bak. I.*, t. 113, pág. 336, 1929.

IDEM.—*Centralb. f. Bak. I.*, t. 121, pág. 488, 1931.

IZARD ET THIRY.—*Toulouse Med.*, t. 32, 1931.

KALLOS (P.).—*Gior. Batt. e Imm.*, 1933, pág. 1.171.

KREN e LOEWENSTEIN.—*K. W.*, pág. 974, 1931.

KREN.—*W. K. W.*, pág. 306, 1931.

- IDEM.—*W. K. W.*, núm. 18, 1932.
 LEPANTO (P.).—*Giorn. Batt. e Immun.*, núm. 6, página 1.151, 1933.
 LOEWENSTEIN.—*Münch. Med. Woch.*, núm. 26, 1931.
 IDEM.—*Centralb. f. Bakt.*, t. 123, pág. 510, 1932.
 IDEM.—*Deutsch. Med. Woch.*, 1930.
 IDEM.—*Münch. Med. Woch.*, 1930.
 IDEM.—*Acta Pred. Scand.*, v. XI.
 IDEM.—*Med. Klin.*, 1931.
 LOEWENSTEIN, FANJUL y GERZENER.—*Med. Klin.*, 1932.
 LOEWENSTEIN y KUSSEW.—*Wien Klin. Woch.*, 1930.
 LOEWENSTEIN y WESSELY.—*Beit. 2 Klin. d. Tub.*, 1931.
 LOMINSKY YWO.—*Ann. Ins. Pasteur*, t. 44, núm. 2, 1932.
 LOMINSKY YWO.—*C. R. S. B.*, t. 113, núm. 26, 1933.
 LOMINSKY.—*Soc. de Biol. de Varsovia in C. R. S. B.*, pág. 60, 1930.
 MACH (R. S.) et MACH (E.).—*C. R. S. B.*, t. 140, número 9, 1932.
 MAGNI (L.).—*Bull. Soc. Med.*, núm. 3, pág. 179.
 MANTEUTEL (P.) et KOTTMANN (E.).—*Zeitcher f. I.*, t. 74, pág. 25, 1932.
 MARCELL CELLINA.—*Boll. Inst. Sier. Mil.*, vol. XI, agosto 1932.
 MASA (M.) y BATTISTINI (G.).—*Giornal. Clin. Med.*, pág. 596, 1932.
 MISHULOW (L.) y PARK (W.).—*Jou. of. P. Med.*, t. 6, pág. 94, 1932.
 MOURIZ.—*Med. Ibero.*, t. 22, pág. 291, 1928.
 IDEM.—*Libro homenaje al Dr. Goyanes*, pág. 173. Madrid, 1929-1930.
 IDEM.—*Ana. Acad. Méd.-Quir. Esp.*, pág. 382, 1930.
 MUGGIA (A.).—*Soc. Int. de Micro. Boll. Ital.*, volumen III, fasc. V.
 NANU-JONESCO ET STEFANESCO.—*Press. Med.*, 9 diciembre 1931.
 NEDELKOVITCH (Y.).—*C. R. S. B.*, t. 113, pág. 434, 1933.
 NICOLAU (S.) et BLUMENTAL (M.).—*Ann. Dermat. et Siphil.*, t. 10, 1929.
 NINNI ET BRETEY (J.).—*C. R. S. B.*, t. 113, 1933.
 PRICE (R. M.).—*Amer. Rev. of Tub.*, t. 25, p. 383, 1932.
 IDEM.—*Proc. Exper. Biol. Med.*, t. 28, 1931.
 POPPER.—*Deutsch. Med. Woch.*, t. 63, pág. 82, 1932.
 PUCA (A.).—*C. R. S. B.*, t. 113, 1933.
 RAFFO.—*Acad. Med. Genova*, 1930.
 RONZINI. *Rif. Med.*, núm. 31, 1931.
 SÁENZ.—*Prog. de la Clin.*, núm. 249, pág. 501, 1932.
 IDEM.—*Press. Méd.*, núm. 59, 1932.
 SÁENZ-MANSEAU.—*C. R. S. B.*, pág. 1.151, 1932.
 SÁENZ-EUENDRATH.—*C. R. S. B.*, pág. 1.260, 1932.
 SÁENZ ET COSTIL.—*C. R. S. B.*, pág. 1.189, 1932.
 IDEM ID.—*C. R. S. B.*, pág. 50, 1933.
 SÁENZ ET SADETTIN.—*C. R. S. B.*, pág. 245, 1933.
 SCHWARZ.—*Rev. Pat. e Clin. della Tub.*, pág. 265, 1932.
 SCHWABACHER.—*Lancet*, 23 abril, pág. 1.150, 1931.
 SWZANY (H. C.) y EWANOFF (M.).—*Amer. Rev. of Tub.*, t. 18, pág. 660, 1928.
 TERRAZI.—*Giorn. di Clin. Med.*, fasc. 12, 1929.
 TRAVAGLINI.—*Bollet. dell Inst. Sier. Mil.*, v. XI, 1932.
 TERZANI.—*Giorn. Clin. Med.*, pág. 656, 1931.

VARELA (GIL).—*Rev. Hig. y Tub.*, núm. 281, octubre 1931.

VALTIS (Y.) et SÁENZ (A.).—*C. R. S. B.*, pág. 134, 1930.

WARNERY.—*C. R. S. B.*, pág. 311, 1933.

WANG.—*C. R. S. B.*, pág. 619, 1932.

WOLF.—*Rev. d. Tub.*, t. 12, 1931.

WOLTERS.—*Deutsche Tier. Woch.*, núm. 32, 1931.

WOLTERS-DEHMEL.—*Zeitch. f. Infekt der Haust.* tomo 41, 1932.

IZQUIERDO LAGUNA y MARTÍNEZ BRUNA.—*Prog. de la Clin.*, núm. 250, 1932.

PERIODICOS MEDICOS

RINALDO DE AZEVEDO.—*Un caso de boubas terciaria.*

La enfermedad denominada boubas y la sífilis son padecimientos producidos por gérmenes de la misma familia, que dan lugar a síndromes clínicos, a veces difíciles de distinguir. Según afirman algunos autores, el dato anatomopatológico puede proporcionar datos indiscutibles para este diagnóstico diferencial. Es clásico ya admitir que cuando se encuentran abundantes parásitos a nivel de las lesiones se trata de boubas, siendo éstos escasos en las lesiones de la sífilis. La distinción práctica de los treponemas pálido y pertenues presenta serias dificultades.

En este trabajo presentan los autores un enfermo de trece años que presenta numerosas lesiones sobre diversos puntos de la superficie cutánea, los cuales tienen la forma de pequeños nódulos, o de máculas dolorosas, pero la mayoría, indoloras. En la evolución subsiguiente, unas lesiones cicatrizan espontáneamente, y las otras se reblandecen. No se encuentran treponemas, y la serología y el líquido son normales. El examen histológico muestra una capa córnea engrosada y desprendida en trozos. En el cuerpo mucoso, igualmente engrosado, existen múltiples microabscesos. El dermis está igualmente muy infiltrado por elementos de tipo polimorfo, linfocitos y células plasmáticas. Obsérvase igualmente un aumento ligero de fibroblastos y los vasos, aunque repletos de hematíes, tienen unas paredes normales.

El tratamiento de este enfermo, integrado por aplicaciones tópicas de pomada de Reclus y yodo, y al interior por neosalvarsán, consiguió la curación una vez que se hubieron administrado de este último una dosis de 2,10 gramos.

Considera el autor este caso como de boubas terciarias.—*Rev. Méd. de Pernambuco*, núm. 11, año III.—T. B.

DESCIAUX.—*Un caso de mastitis sífilítica.*

Da cuenta el autor en esta comunicación del caso de una mujer de veinticinco años que presentaba en el seno derecho un nódulo duro, indoloro y perfectamente limitado, localizado en el tejido glandular. No existían adenopatías. Un aborto de cinco meses fué seguido de una evolución rápida del tumor. La ausencia de ganglios axilares y la presencia de cervicales hicieron sospechar la posibilidad de sífilis, la cual fué comprobada por la positividad serológica y la curación lograda con el tratamiento específico. Tratábase, por lo tanto, de una mastitis gomosa. (*Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*. Núm. 29, 1934.)—T. B.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Cronicón fiscal: ¡¡Yo acuso!!!, por Francisco Javier Cortezo y Collantes.—Necrología: D. Rafael Tolosa Latour.—Academias y Sociedades.—El problema de los rurales: Nada de pesimismo, por el Dr. J. Alvarez Sierra.—A todos los sanitarios rurales, por José Alfonso Carrillo.—¡Viva el Escalafón!, por Sisinio Crespo.—Política sanitaria: El suplicio de Tántalo y los médicos, por el Dr. F. Gías Bayona.—Nuestra meta: pase al Estado, por Ángel F. Domínguez.—Comentarios al Reglamento, por J. Aguila Collantes.—Tribuna libre: Los puntos sobre las íes, por el Dr. Fernández Pérez.—Para el Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad: A propósito de la revisión de los médicos de la Lucha Antituberculosa, por Tomás de Benito Landa.—Más sobre el nuevo Reglamento, por el Dr. Anastasio Pérez González.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.—Vacantes.

BOLETIN DE LA SEMANA

¡¡Buen principio de año!!

Decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros

La adecuada aplicación de la Ley de 27 de diciembre de 1934, autorizando la suspensión de determinadas bases de la de 11 de julio del mismo año, llamada de Coordinación de los servicios sanitarios, requiere una reglamentación complementaria posterior que haga posible el empleo del procedimiento coercitivo de retención, establecido en la primera de aquellas leyes, con carácter circunstancial, para garantizar el pago de las dotaciones que en derecho corresponden a las clases sanitarias, con cargo a los presupuestos de las Corporaciones locales.

Ha de procurarse, con esta reglamentación complementaria de la ley, conocer con el preciso detalle aquellos Ayuntamientos que, con pretextos ficticios unas veces y con olvido siempre de sus inexcusables obligaciones económicas, descuidaron el puntual abono de las dotaciones asignadas en los presupuestos a sus sanitarios, dotaciones que, por constituir el único pegujal de aquellos profesionales, debe asegurarse su exacción en todo momento por el Gobierno de la República, habida cuenta, además, de que la suspensión de bases a que se refiere la autorización consignada en los pronunciamientos de la Ley de 27 de diciembre no puede, en modo alguno, justificar ni favorecer el incumplimiento por parte de los Municipios de las obligaciones que les imponen la ordenación legal y reglamentaria de la Sanidad pública.

Por estas consideraciones, de acuerdo con el Consejo de Ministros, y a propuesta de su presidente, Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º A fin de evitar la demora en el pago de las dotaciones asignadas en los presupuestos locales a los sanitarios municipales (médicos, farmacéuticos, tocólogos, oculistas, odontólogos, practicantes, comadrones, inspectores de Higiene pecuaria,

etcétera) y proceder, en su caso, a la retención que establece el art. 3.º de la Ley de 27 de diciembre de 1934, los secretarios de los Ayuntamientos remitirán a las respectivas Delegaciones de Hacienda, en el plazo de diez días, a contar de la publicación de este Decreto, certificación, con el vistobueno de la Alcaldía, en la que hagan constar las cantidades que se adeuden hasta esa fecha a aquellos profesionales.

Las Delegaciones de Hacienda, a la vista de las certificaciones remitidas por los Ayuntamientos, elevarán, a su vez, en plazo de otros diez días, a la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia pública relación de los Ayuntamientos que resultaren deber a sus sanitarios los haberes correspondientes a un cuatrimestre, como asimismo relación de los Ayuntamientos que no hubieren enviado en el plazo legal la certificación exigida.

Art. 2.º Los Ayuntamientos comprendidos en la primera de las anteriores relaciones procederán a ingresar las cantidades correspondientes a las dotaciones legales de sus sanitarios en las respectivas Delegaciones de Hacienda u organismos encargados de la Administración de Rentas públicas en aquellas provincias o territorios que disfrutaren de régimen económico especial.

Art. 3.º La falta del ingreso preceptuado en el artículo anterior, o la del envío de la certificación exigida, dará lugar a la retención que establece el art. 3.º de la Ley de 27 de diciembre, que se llevará a cabo por la Delegación de Hacienda al hacer la liquidación de la parte que corresponda a los Municipios morosos en las contribuciones e impuestos del Estado, reteniéndoles de éstos la cantidad necesaria, hasta donde alcance, del total importe de los haberes debitados.

Art. 4.º Los habilitados de las clases sanitarias, elegidos por votación en cada provincia, conforme a las normas que se determinen por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, serán los representantes legales de los sanitarios acreedores frente

a los Ayuntamientos morosos, entendiéndose con los delegados de Hacienda para su entrega a aquéllos de las cantidades ingresadas o retenidas.

Art. 5.º Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan al presente Decreto, que sólo estará en vigor durante la vigencia de la ley para cuya ejecución se dicta, empezando a regir al día siguiente de su publicación en la *Gaceta de Madrid*.

Dado en Madrid a 8 de enero de 1935.—NICETO ALCALÁ-ZAMORA Y TORRES.—El Presidente del Consejo de Ministros, *Alejandro Lerroux García*.

* * *

¿Comentarios a este Decreto? Ninguno. Era lo que esperábamos, lo que anunciamos en nuestro *Boletín* anterior, y lo que nos hacía afirmar que estábamos contentos. ¿Habría quien no nos acompañe en nuestra alegría? No lo dudamos..., y como para muestra basta un botón, diremos que hemos recibido una carta, una sola, por fortuna, en que se nos agravia por lo que afirmamos en nuestro *Boletín* del sábado pasado. Se trata de un médico titular, que, sin duda de buena fe, olvida la sinceridad con que desde tantísimos años viene EL SIGLO MÉDICO trabajando, sin alharacas ni bajas ambiciones, en pro del beneficio de la clase. Y este buen señor se manifiesta a la legua influido por cierta Prensa profesional, de la que él ignora que, habiendo nacido de un propósito de reclamo y siendo el engendro de maniobras comerciales, si bien honestas, en ningún modo comparables a nuestro puro abolengo, se encuentra hoy en manos directivas de quienes ni siquiera pertenecen a la clase médica, y que, con todos nuestros respetos para esas personas, no pueden, ni mucho menos, alternar con nosotros en esta noble soberbia con que podemos alzar la frente en contra de todos los ataques y de todas las manifestaciones hostiles más o menos interesadas.

Por fortuna, ya decimos y afirmamos que la protesta ha sido única de este señor, que acompaña su carta con la baja en el periódico. Lo lamentamos, pero no vamos a llorar. Quienes sin él han vivido ochenta y dos años, seguirán viviendo, y que la Providencia le abra pronto los ojos a la luz de la verdad.

* * *

El lunes, a las seis de la tarde, fué recibido en la Presidencia del Consejo de Ministros, por D. Alejandro Lerroux, nuestro querido Director, D. Francisco Javier Cortezo, en compañía de los Dres. Marañón, Hernando, Goyanes, Mariscal y Villaverde. Por cierto que, al salir nuestro Director del despacho del señor Presidente del Consejo, se encontró con D. José Pérez Mateos, que sin duda esperaba a que le recibiera el jefe del Gobierno.

DECIO CARLÁN.

CRONICÓN FISCAL

!!! Y O A C U S O !!!

A todos los médicos españoles, desde el estudiante en trance de licenciatura, rurales, médicos libres o asociados, pontífices de la profesión, de todas las ideas, posiciones y situaciones; a todos los médicos de España...

Yo os dirijo esta crónica con el corazón lleno de sincero dolor y amargura. El Colegio de Huérfanos de Médicos está en trance de muerte. Vosotros, los que en la vorágine del trabajo y la lucha cotidiana apenas percibís la honda tragedia que supone el desamparo en que quedan las viudas y los hijos de nuestros compañeros en más de un 90 por 100 de los casos, vosotros no sabéis de esto tan puntualmente como yo, que durante años y años escuché al lado de mi padre los relatos de dolores horribles y de situaciones de miseria espeluznante, y que, aparte ello, tengo en mis manos, año por año, centenares y centenares de expedientes de viudas y huérfanos, que acuden a la Academia Nacional de Medicina en demanda de un triste socorro, que apenas supone el pan de dos semanas. Todo esto me autoriza, a un lado mi condición de hijo de quien fué esclavo de una institución tan pura y tan precisa como el Colegio de Huérfanos; todo esto me autoriza a la cólera y a la indignación que en mí despierta el conocer detalladamente el estado de catástrofe en que se halla el Colegio de nuestros queridos hijos, *de los nietecitos de D. Carlos*. Situación que, si nuestro empeño no lo remedia de modo enérgico, será definitiva y disolvente de lo que tanto trabajo y dinero costó levantar y sostener; desde que el corazón santo y bueno de D. Carlos Cortezo, la idea generosa del Dr. Pando y el acogimiento magnánimo de D. Alfonso XIII lo hicieron posible, hasta los días malhadados en que la crítica estúpida y el mangoneo de media docena de caciques consiguieron adueñarse de la dirección del Colegio, para venir a dar, ¡en tres años de tiempo!, en este estado de cosas, que han obligado a una resolución, si de momento aceptable, peligrosísima para el porvenir.

¡Yo acuso!, y mantengo mi acusación ante toda la opinión médica nacional, a D. José Pérez Mateos y a su corte de aduladores aprovechados. Yo acuso a don Adolfo Hinojar y Pons, personalidad pública verdaderamente bufa, fracasado cuantas veces acudió al plebiscito médico o nacional, sin otra situación que su mediocre autoridad de especialista, adueñado de la dirección del Colegio en virtud de un cargo del que fué desalojado por el voto de los médicos madrileños, y que, con una frigidéz de apreciación digna de mejor uso, se ha mantenido, *después de perder su cargo de presidente del Colegio de Médicos de Madrid*, como director del Colegio, siendo público y notorio su total despegue por cuantas funciones a este cargo iban anejas. Yo acuso a estos dos señores, *de modo principal*, de la situación creada a nuestro amado orfelinato. Aquí, en estas columnas, espero deshacer, con los botes viriles de mi razonamiento, toda esa gestión desastrosa, incubada por la peor de las pasiones y desarrollada con la más pertinaz torpeza, para llegar a lo que voy a relataros.

La situación moral y material del Colegio de Huérfanos de Médicos se encuentra en un estado tal que imponía una resolución inmediata. El Dr. Villoria, ac-

tual director general de Sanidad, me honró llamándome a su despacho el jueves último para tener conmigo una conversación sobre este asunto, que duró cinco cuartos de hora. Cuanto el inteligente y buen Dr. Villoria me manifestó de sus impresiones respecto al Colegio, no era novedad para mí, y a ello hube de añadir muchas cosas que el director de Sanidad ignoraba. Había que sacar del cuchitril indecoroso de la Prosperidad a nuestros queridos huérfanos, y más que esto, precisaba apartarlos de un ambiente moral totalmente pervertido por los directores y profesores de la institución. El edificio del Colegio se hunde, es indecoroso, inaceptable; pero la moral del Colegio *se ha hundido mucho antes*. Los chicos saben y dicen cosas espantosas de sus profesores y de los administradores de la institución. Se critican las ideas políticas y las pasiones amorosas; se mantienen actitudes levantiscas entre los muchachos; se escriben letreros vergonzosos en las paredes; se comentan las deudas crecidísimas a los abastecedores, a las monjas, etc.; se hacen comentarios respecto a la administración de los bienes del Colegio; no se estudia; no se compran los libros; no hay nada, nada, ni siquiera ese mínimo de dignidad y de satisfacción interior, que es tan preciso como el aire a la vida de una institución de este género. Frente a estos hechos, de una objetividad escalofriante; cuando la gestión de algunos médicos amantes de la institución pretende fiscalizar lo que en el Colegio ocurre, *se niega la celebración de una Junta pedida para ello*. Se niega esta Junta *contra todo reglamento*, y después, a espaldas de lo que pudiera allí oírse y decirse, se toman resoluciones que pueden ser definitivas para la ruina de la institución.

Tal es el panorama. Y yo acuso desde estas columnas a D. José Pérez Mateos, *que fué quien solicitó encargarse del Colegio de Huérfanos*, con el Consejo de Colegios Médicos de España, como bien claro lo dice el Decreto dado en Madrid el día 8 de diciembre de 1931, que fué la sentencia de muerte del Colegio de Huérfanos de Médicos, firmada por D. Manuel Azaña y Díaz, y su ministro de la Gobernación, Sr. Casares Quiroga.

Yo estoy autorizado por el director general de Sanidad, Sr. Villoria, para afirmar aquí *que no se ha cumplido lo que se acordó en la última Junta*, y que al echar a la calle a todo el profesorado del Colegio, se pretende mantener dentro de él *precisamente a los tres elementos más responsables de la desmoralización que padece*. Como medida inmediata, no podemos discutir que es beneficioso, *hoy por hoy*, llevar esos 50 alumnos a El Escorial, y los otros cincuenta y tantos al Cabañal, de Valencia, porque estos últimos son alumnos de instrucción primaria que hasta el mes de octubre no podrán recogerse en El Escorial. Pero entiéndase bien que pedimos aquí estrecha cuenta de por qué ocurre lo que ocurre, y que acusamos a D. José Pérez Mateos y a ese director fantástico y frígido que se llama don Adolfo Hinojar y Pons, y que no estamos dispuestos ni un minuto más a consentir que se deshaga lo que debe ser sangre de la sangre de la clase médica española. Que hay que ver las cuentas del Colegio, céntimo a céntimo, y que hay que examinar puntualmente la colaboración de los Colegios Médicos de España, de la Previsión Médica Nacional y del Patronato del Colegio de Huérfanos de Médicos, y que hay que ir al Colegio de Madrid, como el más importante de los Colegios

profesionales, a plantear esta cuestión ruda y claramente, para que se diga cara a cara lo que villanamente se dice en la obscuridad de los despachos, y para que los médicos españoles sepan a qué atenerse respecto de personalidades y de gestiones que, a nuestro entender, merecen recibir la repulsa de todos los compañeros.

Yo he manifestado, con mi habitual franqueza, al director de Sanidad lo que hay que hacer; si esto no basta, llevaré el caso al Parlamento, adonde sea preciso, y exigiré en todos los terrenos las responsabilidades a que haya lugar. Más claro, agua.

FRANCISCO JAVIER CORTEZO Y COLLANTES.

NECROLOGÍA

D. Rafael Tolosa Latour

En la madrugada del día 7 del actual falleció, víctima de una angina de pecho, el Dr. D. Rafael Tolosa Latour, clínico ilustre que gozaba entre la clase médica madrileña de sólido prestigio.

Don Rafael Tolosa Latour estudió la carrera de Medicina en Madrid, siendo discípulo predilecto de los Profesores D. Benito Hernando y D. José Ribera. La especialidad de niños la cursó al lado de su hermano, el fundador del Sanatorio de Chipiona, de D. Francisco Criado y del Dr. Benavente.

Recién terminada la licenciatura ingresó en el Cuerpo facultativo del primer Consultorio de Gota de Leche, donde llegó al cargo de jefe de Sección. En la Beneficencia Municipal figuraba como Profesor de la Institución de Puericultura y de la Junta Superior de Protección a la Infancia, de la que fué nombrado Secretario general el año 1919. También desempeñaba la dirección del Colegio de Huérfanos del Sagrado Corazón de Jesús.

En la alta sociedad de Madrid tenía una sólida fama de pediatra competentísimo. Como clínico, acaso fuese su personalidad superior a la de su hermano D. Manuel; también éste se destacó como polígrafo, filósofo y sociólogo.

Las características del Dr. D. Rafael Tolosa Latour eran su bondad exquisita, su caballerosidad y su espíritu comprensivo, capaz de perdonar y disculpar todas las miserias ajenas.

Hombre dedicado exclusivamente a la profesión, jamás escatimó cinco minutos a sus clientes. Por esta razón dejó sin escribir grandes observaciones clínicas y terapéuticas que su talento claro y su espíritu crítico iba almacenando en la pizarra de sus recuerdos.

Por fortuna, el apellido Tolosa Latour no se pierde, y su hijo sigue la tradición familiar en la especialidad pediátrica.

En el acto del sepelio, al que concurrieron distinguidas personalidades de la Medicina, la Política, la Literatura, el Periodismo y la Universidad, recordamos a los doctores García Vicente, Cortezo, Benavente, Suñer, Muñoz-yerro, Romeo, Duque Sampayo, López Morales, Barajas, Bravo Frías, Munera, Arjona, Calderón, Martín Menéndez, Vázquez, Sáiz de los Terreros, Casal, Castells, Arriaga, Ulecia, Fernández Iruegas, Velasco Pajares, Cavengt, González Alvarez, Sampelayo, Castresana, Crespo, Fernández Sarrás, Valcárcel Villa, Díaz Berrio, Laguna, Abelló, Planelles, Isasa, Oliver Pascual, Torres Oliveros, Albarsanz, Cerveró, García del Real, Andrade, Jarrelly, Hernández Bastos, Sixto, etc., etc.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA

Presidencia del Dr. Arredondo

(Sesión del 7 de enero de 1935)

LOS JUGOS DUODENALES EN LA PATOGENIA DE LAS COLITIS ULCEROSAS, por los Dres. Dámaso Gutiérrez Arrese y Gonzalo Gurriaran.

Comienzan los autores por exponer las técnicas por ellos empleadas para lograr la derivación del jugo pancreático y de la bilis separadamente, o bien juntos, hacia el colon de los perros. Estudian las lesiones, tanto microscópicas como macroscópicas que en el colon de dichos animales han obtenido, todo esto mediante numerosas proyecciones, y realizan un trabajo idéntico con piezas obtenidas de perros sometidos durante un mes a enemas diarios de jugo duodenal, de otros a los que se les había practicado fistulas duodenales. Van mostrando una amplia colección de microfotografías, en las cuales se pueden estudiar las lesiones obtenidas desde una fase catarral con asiento exclusivo en las capas más superficiales de la mucosa hasta la ulceración, con el fondo éstas en plena submucosa. Al mismo tiempo hacen el estudio de las fases intermediarias de hipertrofia folicular, necrosis de la mucosa y ruptura de la "muscularismucosae".

Todas estas lesiones son superponibles anatómicamente a las de las colitis catarral y ulcerosa humana, y también a las logradas en perros por Bagen con la inyección intravenosa de cultivos de diploestreptococos. Sólo no son tan claras las lesiones de arteritis, pero vemos cómo éstas aparecen con máxima claridad en las microfotografías que nos proyectan de úlceras intestinales obtenidas por el primer comunicante, en compañía del Doctor Rivera, en perros a los cuales se les practicaron inyecciones intravenosas de atofán.

Dicen que el trabajo que presentan es una confirmación de la hipótesis de Brow, quien suponía un factor importante en las colitis el aumento de la concentración de fermentos pancreáticos en el colon.

A la vez, demuestran que la colitis catarral y la ulcerosa son diferentes estadios de una misma enfermedad, dependiente de una serie de factores constitucionales, dietéticos, flora microbiana intestinal y otros.

Explican acto seguido la influencia de algunos parásitos intestinales en los procesos colíticos, ya que, al aumentar el peristaltismo intestinal, producen un incremento en la concentración de fermentos duodenales en el colon.

Es, a la vez, una técnica sencilla para producir una enfermedad, cuya etiología y tratamiento están muy oscuros, y, por lo tanto, permite estudiar la acción de diferentes gérmenes y de diversos tratamientos.

Hacen un balance de las lesiones obtenidas con las tres técnicas realizadas, y exponen un protocolo de más de 15 perros, y los valoran de menos a más, desde la derivación total, ocupando la derivación sola de jugo pancreático el término medio.

Culpan a la acción de la bilis y los fermentos pancreáticos directamente sobre la mucosa del colon, ya que en repetidos exámenes copológicos no han apreciado una cantidad digna de tenerse en cuenta de ácidos grasos.

Terminan diciendo que, lograda la inflamación y necrosis de la capa más superficial de la mucosa, la flora intestinal se encarga de hacer las lesiones más profundas, hasta producir ulceraciones a veces muy precozmen-

te—a los dos días de la intervención—, y cuyo fondo penetra hasta la última capa de submucosa.

Dr. Rodríguez Ollerós.—Elogia el trabajo y dice que es de una gran importancia no sólo por ser el primero existente sobre el tema, sino que va a tener un amplio comentario, por la sugestión de los puntos en él desarrollados.

MODIFICACIONES PRODUCIDAS POR EL NUCLETOIDE "K 96" EN EL CUADRO HEMÁTICO DEL LACTANTE SANO, por el Dr. Laguna.

Estudia el comunicante las modificaciones leucocitarias sufridas en el curso de la digestión, para de esta forma poder valorar mejor aquellas alteraciones, debidas exclusivamente al fármaco. En su propia casuística dice haber observado una reacción hiperleucocitóxica precoz y una tendencia a la leucopenia más tardía—a la hora u hora y media, poco más o menos, después de la ingestión del alimento). Con la dosis de 0,01 gramo de nucletoide "K 96" por kilogramo de peso en veinticuatro horas se consiguió (aumento de los neutrófilos y de las formas en bastón y disminución de los linfocitos). Ambos efectos mantuvieron únicamente el día de la inyección de nucletoide. Con la dosis de 0,02 gramos por kilogramo de peso, el resultado se marcó en la mitad de los casos más acusadamente que con la dosis primera—la leucocitosis máxima se presentó a las seis-diez horas después de la inyección—.

Las inyecciones de nucletoide determinaron un aumento, si bien discreto, de los trombocitos.

En ninguno de sus casos nos dice haber hallado una primera fase leucopénica que precediera a la reacción hiperleucocitóxica de nucletoide, hecho éste de gran trascendencia para el tratamiento de las leucopenias graves. En ninguno de los casos hubo alteraciones en el número de hematíes ni de las cifras de hemoglobina que merezcan ser señaladas.

Termina exponiendo su pensar de que el nucletoide pentosado "K 96" debe emplearse—y así él se propone hacerlo de ahora en adelante—en las siguientes enfermedades de la infancia: agranulocitosis—casos muy poco frecuentes—, fases aleucémicas intensas de las leucemias, leucopenias graves durante el tratamiento radioterápico de la linfogranulomatosis, para así poder prolongar las sesiones, y en el kala-azar.

Dr. Planelles.—Expone la idea de que el Dr. Laguna, a su juicio, ha olvidado un dato para él de mucha importancia: tal es el índice refractométrico del suero.

Dr. Abello.—Recuerda un trabajo sobre el tema publicado en una revista española y sirviéndose de un producto español.

Dr. Laguna.—Dice que el índice refractométrico no lo ha estudiado, ya que la literatura alemana del tema no hace caso de él; en cuanto al trabajo, dice no conocerle, a más de ser muy posterior al tiempo en que entregó el suyo a la Academia.—J. H.

EL PROBLEMA DE LOS RURALES

Nada de pesimismo

La suspensión de algunas bases de la Ley de Coordinación Sanitaria sembró días pasados la alarma y la inquietud entre la mayor parte de los sanitarios españoles. Tan improcedentes juzgamos estos miedos y temores como el entusiasmo pueril con que recibieron la aprobación, hace varios meses, de la referida disposición.

Los que vamos siendo un poco viejos tenemos la triste experiencia de que no es fácil recorrer el camino para obtener el triunfo de una causa si ésta lleva el lastre de históricos abandonos administrativos. Máxime si se presentan amalgamados problemas heterogéneos y de diferente expresión en sus soluciones, como ocurre a la Coordinación Sanitaria, que pretende unir la nueva y sistemática de la Medicina rural con asistencias sociales y benéficas, de antagónica orientación.

Aun suspendiéndose la ley de Bases por cuatro meses, parece que han de continuar en su vigencia los preceptos referentes al pago de los rurales, y ya con esta salvedad no hay motivo para el pesimismo que acusan las opiniones de algunos publicistas profesionales.

Poco a poco marchamos hacia adelante. Esto es cierto. De cómo vivían los médicos de pueblo hace treinta años a cómo viven hoy media un abismo. Las dotaciones y garantías de independencia son bien diferentes, y seguramente en plazo breve llegarán a la meta de sus aspiraciones.

Lo que ocurre es que los médicos titulares reaccionan con una efusividad exagerada a todo cuanto se relaciona con sus intereses colectivos. Ingenuidad de espíritus sencillos es la suya, que acoge con entusiasmo todos los ofrecimientos que se les hacen, sin pensar si es posible su realización, para luego caer en el polo contrario del máximo escepticismo, al ver que no consiguen lo que pensaron tener resuelto definitivamente.

Yo recuerdo aquellas sesiones apoteósicas y banquetes de homenaje con que demostraban su gratitud al doctor Murillo y al general Martínez Anido. Los mismos banquetes celebrados después en honor de los Dres. Horcada, Palanca, Bécáres, Pascua, Bejarano y Pérez Mateos; con los mismos discursos y el mismo menú. A todos los han llamado sus redentores, y de todos han quedado decepcionados.

Seamos sinceros: Todos los Directores generales de Sanidad, todos los Ministros, tenían el deseo de redimir a los titulares y obtener su pago por el Estado. De haber tenido posibilidades para dictar un Decreto ordenándolo, hace tiempo que no tendríamos por qué hablar de estos asuntos. Pero todos han tropezado o tropiezan con los tentáculos de esa hidra nacional que se llama caciquismo político.

A la ley de Coordinación Sanitaria del Dr. Pérez Mateos, quien primero le ha creado dificultades ha sido la legión de políticos pueblerinos, que en las elecciones hacen diputados y concejales y gestores de Diputación provincial. Estos diputados cuentan desde los escaños del Congreso los votos que les proporciona cada Ayuntamiento, y antes de enemistarse con Alcaldes y Secretarios, prefieren negar su auxilio a la defensa de la clase médicofarmacéutica.

La ley de Coordinación Sanitaria, desde el momento que creaba nuevos gastos y obligaciones, sin aumentar los factores económicos, tenía que dar lugar a la protesta de los Municipios perjudicados. Lo discreto hubiese sido hacer la referida ley, pero garantizando ingresos indispensables. En la *Gaceta* es fácil crear deberes y obligaciones; después, en la práctica, ya es otra cosa sostener su efectividad.

Nada, pues, de pesimismo. La causa de los titulares ha dado un paso gigantesco. Al suspenderse la vigencia de la ley de Coordinación, queda a salvo lo fundamental de las cuestiones debatidas. Con los artículos respe-

tados y el ambiente general del Parlamento completamente favorable se podrán obtener aún mejoras complementarias de gran trascendencia.

Lo que deben hacer los titulares es abandonar los estados emotivos, de psicología forzada, es decir, de entusiasmo y desilusión, y con toda serenidad saber distinguir la figura de sus verdaderos redentores de aquellas otras que sólo pretenden utilizar al Cuerpo de Titulares como plataforma para su vanidad y encumbramiento.

DR. J. ALVAREZ SIERRA.

A todos los sanitarios rurales

El día 18 de diciembre se verificó una Asamblea de Sanitarios rurales del distrito de Torrijos (Toledo), a la cual asistieron nutridas representaciones de médicos, farmacéuticos y practicantes titulares, los cuales, con gran entusiasmo, nombraron un Comité de enlace y defensa de la ley de Coordinación Sanitaria, Comité que inmediatamente empezó a actuar, siendo uno de sus primeros pasos pedir el apoyo de los tres Colegios provinciales, apoyo que consiguieron de una manera incondicional.

Manteniendo el contacto en todo momento y al tanto del instante más oportuno para intervenir, se ha formado el siguiente plan de actuación:

Protestar ante el Excmo. Sr. Ministro de la suspensión de algunas bases de la ley de Coordinación, ley que, con la otra, la de aplazamiento, ha quedado en tal estado, que más parece cadáver insepulto que otra cosa.

Lo que ha quedado de nuestra ley es como si no hubiera quedado nada. Los retales que de ella quedan de nada sirven.

La segunda gestión de esta Comisión es ponerse al habla con el Comité Ejecutivo de la Asociación y organismos similares de farmacéuticos y practicantes y excitar su energía para tomar determinaciones proporcionadas al daño recibido. Hacerle ver que ha sido una burla demasiado cruel la sufrida últimamente, y que las que fueron en su día sufridas clases sanitarias rurales empiezan ya a agitarse y a preguntar si su salvación estará en una ley que concede ciertas armas, por las cuales otras clases sociales han conseguido mejorar su situación.

Defendiendo la ley de Coordinación entendemos que defendemos nuestra independencia y emancipación moral y económica, el prestigio profesional, libres de la tutela y mando municipal, y, ante todo y sobre todo, defendemos la vanidad, pues sin independencia moral y económica, la vanidad, en el medio rural, no pasa de ser un mito, una ficción.

Las clases sanitarias, ajenas a todo partidismo político, nunca han pasado de los ruegos y solicitudes respetuosas; pero ante las injustificadas y crueles acometidas de los Municipios, advierten que, si se continúa cercándoles por hambre, como hasta ahora, responderán en forma adecuada, para lo cual recabamos la adhesión de todos los sanitarios españoles y, al mismo tiempo, la responsabilidad de este movimiento de defensa.

No contando con medios para mandar a todos y cada uno de los sanitarios una circular con estos acuerdos, no tenemos otro medio que este acogedor de la Prensa, que nunca desampara a los oprimidos.

Sirva esta llamada para todos los sanitarios médicos, farmacéuticos, practicantes, comadronas, etc., pues a todos va dirigida.

Así, pues, os rogamos mandéis las adhesiones urgentemente por correo, teléfono o telégrafos a cualquiera de los representantes que firman estas cuartillas.

Sacudid vuestra apatía, demostrando que somos una clase digna, cansada de vejámenes y promesas incumplidas.

Asistidnos con vuestra adhesión incondicional, y tened la seguridad de que actuaremos siempre dentro de la más absoluta legalidad.

¡En pie. sanitarios! ¡;No más burlas sangrientas!!

Novés, 2 de enero de 1935.

Por los médicos: *Luis Montalvo* (Puebla de Montalbán); *José Alfonso Carrillo* (Novés). Por los farmacéuticos: *Ricardo Martín Sacristán* (Carpio de Tajo); *Teodoro Sánchez Caro* (Val de Sto. Domingo). Por los practicantes: *Quiliano Sánchez* (Arcicóllar); *Inocente Peñalver* (Portillo de Toledo).

JOSÉ ALFONSO CARRILLO

¡Viva el Escalafón!

El Dr. Aguila Collantes—y creemos que esta es la primera vez que en nuestros artículos nombramos a persona determinada—, en sus comentarios al Reglamento del Cuerpo de Médicos de Asistencia Domiciliaria, nos ha convencido y orientado en algo, y aunque no vemos mala intención al confeccionarle, si que nos parece ver claro (aunque su autor no lo quisiese hacer, y si le resultó fué sin intención de hacerlo) dos motivos de favor: el uno es la exclusiva a solicitar vacantes de la misma categoría; supongamos, y lo decimos así por ser más fácil el entendernos, no dejando nada al espíritu de la letra; supongamos, decimos, que se halla vacante una titular de primera categoría por el artículo octavo, apartado a); irá a parar a un supernumerario, y si no, a cualquier señor que esté en posesión de una titular de primera; hay que suponer, porque el hecho sucede, que muchas titulares de primera las poseen jóvenes, y que las poseen, como ya hemos dicho, unas veces, las menos, por sus méritos; otras, por la política; otras, por los parientes; otras, por casualidad; otras, porque la han comprado; méritos éstos iguales que los que poseemos los titulares de cuarta o quinta; pues bien, por ese artículo, estos jovencitos no descenderán nunca, y mientras habrá compañeros de avanzada edad que verán terminados sus días antes de que una de estas plazas les llegue al turno de antigüedad, y si le llega alguna, o no podrá ya con ella por sus años o será de las indeseables; esto no nos parece justo, el que haya jóvenes con buenas titulares, y los que tanto sufrieron sigan siempre clavados en la cruz. Y nos ponemos en el menos malo de los casos: en el de que tengan titular. ¿Y el que sea excedente y venga figurando en el Escalafón ya varios años, cuándo alcanzarán éstos una titular un poco digna?

El otro motivo es la oposición, que también tiende a favorecer a los jóvenes (pues éstos están libres y tienen bolsa que nada les pide) para postergar a los de edad. ¡Y no se me diga que son jóvenes estudiosos: éste es el pretexto y la excepción! Ni que no supiéramos que la plaza opositada se la lleva el que más, y no conoci-

mientos, tiene. No ha mucho, en unas oposiciones a Psiquiatría se concedió la plaza al mejor, y para premiar al trabajo se creó otra plaza en el mismo establecimiento; también es pretexto, porque el joven estudioso, cuando, en efecto, lo es, rara, rarísima vez se preocupa de una titular: el que tiene alas levanta el vuelo para posarse en mejor flor que en una espinosa titular.

Y a propósito de las oposiciones, vamos a hacer unas ligeras digresiones, vamos a seguir los pasos de un joven que ha hecho unas oposiciones, y ha ganado, no le han dado, la ha ganado, porque sabe, una titular; va al pueblo, y descontamos con que allí hay ya uno con las iguales, porque si esto sucede, ya puede entonces tomar las de Villadiego, porque será muy fácil que ni aun casa encuentre donde vivir; vamos, eliminemos este escollo, mejor dicho, barra, y le vamos a dar posesión de su titular, que suponemos es de primera categoría, con sus buenas 4.000 pesetas, y le concedemos que encuentre casa. ¿Cómo es ella? Casi siempre deficientísima para poder vivir, y sujeto a desalojarla cuando al dueño le venga en gana, si antes no te has ido a vivir a otra peor. Luego si es deficiente para vivir, ¿cómo va usted a disponer de local para instalar un laboratorio con agua corriente en abundancia y buena, químicamente hablando; con instalación de gas y de corriente eléctrica continua, si todas estas cosas no existen? ¿En qué habitación que tenga luz e iluminación necesaria colocará usted la mesa, cuya parte superior sea de mármol, opalina o cristal, para que así pueda ser lavada y desinfectada? ¿Dónde están las habitaciones y vitrinas necesarias para los reactivos colorantes, estufa pequeña, autoclave para la esterilización húmeda, y el horno de Pasteur para la esterilización por el calor seco, y el microscopio y ultramicroscopio, etc., etc.? ¿Encontrará usted casa donde colocar esto? No, señor, y caso de que usted la encuentre, ¿habrá quien disponiendo de un bagaje científico de tanta monta viva en un pueblo? No señor; y caso de que sea un filántropo, ¿cree usted que le servirá para algo? No, señor; porque el público lugareño desconfiará de su saber, y a otro lado se irá. Luego si no encontrara usted casa para instalar un laboratorio, y, caso de que la encuentre, no le fuera posible desembolsar los miles de duros que son necesarios para instalar éste (no una taberna), y, caso de que sea usted generoso y quiera gastarse ese capital, nadie va a creer en usted, ¿qué finalidad práctica tiene para un médico rural y cómo ha de aprender lo que si supiera le daría, y no un pueblo, mucha honra y dinero? Porque convénzase usted, señor, que si yo supiera manejar el Graam, el suero diagnóstico; si yo estuviera familiarizado con los secretos del laboratorio (y al decir yo me refiero al médico), no viviría en un pueblo; que si malo es vivir en uno pequeño, un infierno es vivir en uno grande. El canalla del cliente se deja oír más que el duende de Zaragoza y roe más que la polilla, hasta que (empezando por el corazón, que es al que primero ataca) nos ve con placer morir, y, sarcástico, dice: “¡Yo creí que los médicos no se morían!” Si no es de fácil adquisición esos conocimientos y no tienen objeto práctico en el ambiente rural, ¿por qué figuran, acaso como pretexto, para lucrarse algunos? Y cubriendo apariencias, no realidades, sirva, en unión de otra tapadera, que voy a señalar, para proteger y hacer que no se ahogue el que nosotros queremos que se salve. La otra tapadera es la que se refiere a una práctica de cirugía

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15^e)

NATIBAÏNE

ÚNICA ASOCIACIÓN DE
DIGITALINE NATIVELLE
Y DE
OUABAÏNE ARNAUD

Dräger.

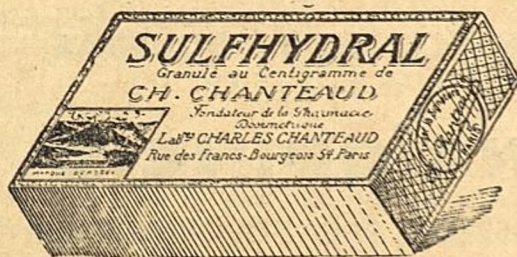
GRANULOS CHANTEAUD

Acido arsenioso..... miligr.
Aconitina amorfa..... ½ miligr.
Agaricina..... miligr.
Arbutina..... centigr.
Atropina..... ½ miligr.
Atropina (sulfato)..... ½ miligr.
Boldina..... miligr.
Bromuro de Alcanfor..... centigr.
Brucina..... ½ miligr.
Cafeína..... miligr. centigr.
Cafeína (arseniato). miligr.
Calcio (sulfuro)..... centigr.
Calomelanos.... miligr. centigr.
Cicutina ((brohdto) ½ miligr.
Codeína..... miligr. centigr.
Digitalina amorfa... miligr.
Emetina..... miligr.
Espaceína (sulfato) centigr.

Estricnina (arseniato de).. ½ miligr.
Estricnina (hipofosfito de) ½ miligr.
Estricnina (sulfato de).... ½ miligr.
Estrofantina..... 1/10 miligr.
Evonimina..... miligr.
Hierro (arseniato de)..... miligr.
Helenina..... centigr.
Hidrargirico (bioduro)..... miligr.

Hidrastina..... miligr.
Hiosciamina..... 1/4 miligr.
Iodoformo..... miligr.
Juglandina..... centigr.
Lobelina (sulfato)..... ½ miligr.
Picrotoxina..... ½ miligr.
Pilocarpina (nitrato de).... miligr.
Podofilino..... centigr.
Quasina..... miligr.

Quinina (arseto. de) miligr.
Quinina (hidroferro-
cinato de).... miligr. centigr.
Quinina (bruto. de Sulfato.
Quinina (valetto. de) 2 centigr.
Scilitina..... miligr.
Sal de Gregori..... miligr.
Sosa (arseniato de) miligr.
Zinc (fosfuro de)... miligr.



**El Mejor
PURGANTE
LAXANTE
DEPURATIVO**

**SEDLITZ
CH. CHANTEAUD**

Laboratoires CHANTEAUD, 54, Rue des Francs-Bourgeois, Paris

Contra :
Estreñimiento
Estado bilioso
Jaquica
Congestiones.

Depósito en España: I. URIACH y C.º. Bruch, 49. BARCELONA



**TODAS
NEURÁLGIAS
REBELDES**

NAÏODINE

**SEDACIÓN
RÁPIDA Y
ATÓXICA**

en ampollas de 10 cc. y 20 cc.
INYECCIONES INDOLORAS
10 cc. a 30 cc. por día

NAÏODINE B

en solución concentrada a 5 %
ESPECIAL PARA ENDOVENOSAS
CURA ATÓXICA DE LAS DIVERSAS
NEURAXITIS Y ALGIAS REBELDES

JUAN MARTIN, MADRID Y BARCELONA
agentes de

LABORATOIRES J. LOGEAIS • BOULOGNE S/ SEINE - FRANCE

O.V.P. ÉDITIONS

de urgencia. Para la práctica de esta rama de la Medicina es necesaria una gran pericia, que se adquiere al lado de los maestros, con los maestros y con enfermos que no tengan familiares; no así: de golpe y portazo. Vamos, ¿verdad, mi querido señor, que usted, en casa de un médico rural, no se deja hacer una laparotomía ni una operación en la que profundice el bisturí tan sólo un centímetro? Además, repito lo dicho: para la instalación del laboratorio, ¿dónde encontrará usted una habitación para transformarla en quirófano, con las luces laterales y superior necesarias? Mire usted que si sumamos los miles de duros que cuesta el instalar un laboratorio a los que cuesta el poner un quirófano, con ese capital y un modesto empleo se vive estupendamente en Madrid, sin oler a cebolla y sin que se instale en usted la neoplasia del cliente.

"No me negará usted que hay jóvenes estudiosos; ¿y qué hacemos con ellos?", me dirá usted.

Ya le hemos dicho que son la excepción y con ellos se quiere cubrir a otros que no lo son. Mire usted: cuando estos jóvenes son trabajadores, cuando en ellos ha germinado la flor de la sabiduría, no miran a los áridos campos rurales; su valer les lleva más allá, y sitios muchos tiene donde acreditar su prestigio, que les proporcionarán honra y dinero. ¡Ay!, que ninguno que se tiene como tal termina sus días en un pueblo; ninguno de los que empezó y terminó siendo titular se podrá decir que salió su nombre de la obscuridad; si quiso salir, tuvo que volar a otro lado.

¡Ah!, pero peor nos parece que así, a mansalva, se quiera proteger a unos y postergar a otros, que es lo que se pretende hacer al formar el Escalafón conforme a la categoría más alta desempeñada. Esto no es justo, y protestamos. ¿Qué derechos tienen esos señores sobre los otros? ¿Qué ciencia adquirieron y demostraron los unos más que los otros? ¿Cómo la adquirieron? Ya lo hemos dicho. De progresar esto, que lo creemos inicuo, tendríamos que formar un frente único los excedentes y los de las últimas categorías, hasta dar al traste con tanta baraúnda.

No, sería muy sensible, porque es casi seguro que nuestro enemigo común, el cacique del pueblo, sabría aprovecharse de esta circunstancia, que daría al traste con todo, aunque no sea mucho de lo bueno que tiene la Ley de Coordinación Sanitaria.

Para aunar los intereses de todos, yo propongo que viva el Escalafón, donde caben los excedentes y los que tenemos plaza.

Y de las oposiciones, ¿qué? Resérvense para el ingreso. Y voy a suponer que hay muchos a los que les parece bien. Yo por sistema no me opongo; mas haced un programa que responda a las realidades de los pueblos; no pidáis lo que no podemos dar, y que, aun adquirido, no tiene empleo y, por lo tanto, para nada sirve.

SISINIO CRESPO.

POLITICA SANITARIA

El suplicio de Tántalo y los médicos

Algo optimistas nos sentimos en artículos anteriores al afirmar que la protesta de los Ayuntamientos no sería una manifestación nacional, aunque sí, en verdad, así ha sido, los efectos de la protesta de una sola región, la gallega, han tenido la suficiente eficacia para

que la Ley de Coordinación Sanitaria no empiece a regir en su integridad el día primero de año, fecha que millares de sanitarios tenían esculpida en su imaginación con letras de los más bellos colores.

Tanta ilusión y tanta justicia han quedado desvirtuadas por una pequeña arbitrariedad ministerial, y malo es empezar, porque esta Ley, que nació como una redención, puede convertirse en un foco de confusiones e intrigas, de la que no quede en beneficio del sanitario rural más que el nombre.

Bien está lo que se ha conseguido si se llevara a la práctica tal como en la Ley se manda; pero estos tiempos de espera pueden ser el primer paso, no decimos el primer fracaso, porque, en efecto, así lo es, de otros muchos que se irán prorrogando hasta que se apruebe una Ley Municipal que anule todo lo bueno que en la de Coordinación Sanitaria había para el sanitario rural.

El médico rural es el coco de la política: contra su redención laboran todos, y no será porque estos valientes sanitarios no hagan política y sus influencias no pesen sobre la vida de los pueblos; lo que ocurre es que, desprendiéndose el sanitario de una política partidista, a la hora de la redención sanitaria debe hacer su verdadera labor, cual es el fomento de la sanidad rural, haciendo comprender al ciudadano cuán grande y necesaria es su misión.

La forma anómala de publicación de los Reglamentos aclaratorios de la Ley Sanitaria me hace pensar que éstos no se aplicarán nunca, y que los médicos rurales no tendrán independencia en sus funciones mientras no se apruebe una Ley de Sanidad en la que se diga taxativamente: "Los Inspectores Municipales de Sanidad son funcionarios del Estado, lo mismo que el maestro, etc., etc." Hasta que esto no se haga, toda la vida han de pasarla en una lucha con los Ayuntamientos, de la que saldrán vencedores estos últimos, célula de la política y administración nacional, y si no, fijos en lo que decía Salazar Alonso hace unos días: "Hay que ir a la conquista del Municipio para hacer la verdadera conquista de España."

Los médicos rurales, los sanitarios municipales están sometidos a un suplicio de Tántalo: como éste, tienen muy cerca de sus labios el agua que ha de calmar su sed de justicia, porque justicia, y no favor, es el concederles una independencia económicoadministrativa que hace muchos años disfrutaban otros funcionarios, a los que no discuto su suerte, que bien merecida tienen, pero que nunca, por muy alta que esté su función social, nunca superará a la del sanitario rural, guardián de la salud, el tesoro más preciado del hombre.

Indudablemente que las batallas no se ganan en un día, y que esta lucha sin tregua a que vienen sometidos los Inspectores de Sanidad Municipal, primero, hasta la fundación de la Asociación y dictado del Escalafón, y ahora hasta conseguir esta Ley de Coordinación, que, si bien será papel mojado, algo quedará, es el único camino a seguir para plasmar en el pase al Estado de las clases sanitarias, la única forma de redención del médico rural y del no rural, que, quizá más que aquél, empieza a sentir las dificultades, nacidas de la plétora de profesionales, mal inevitable por mucho tiempo, y que sólo un día encontrará su solución cuando la realidad sea tan cruel que ataque con la misma intensidad a los grandes como a los chicos.

Hubiera sido casi igual que no se aplazara la aplica-

ción de la Ley de Coordinación; esta Ley, para nosotros, ha nacido muerta, porque para su aplicación y cumplimiento necesita de muchos requisitos, de mucha burocracia, y dudo que, aun dictándose los Reglamentos aclaratorios, hubiese echado a andar. Había que mover la máquina municipal, y la más torpe de todas: la Diputación Provincial, órganos éstos de corrupción política, frenos sucios de la Administración que ningún político ha sabido afrontar con entereza, porque son los centros *hacedores* de partidos y caciques, pero destructores de la buena marcha de todas las administraciones: la municipal, la provincial y la nacional o del Estado.

Y no dudéis de su fuerza, de su eficacia; ha bastado un movimiento solapado de estos organismos para que una Ley que se aprobó con *quorum* haya sido anulada por la voluntad caprichosa de un ministro.

Se podrán alegar todas las razones que se quieran; pero esa Ley, al dictarla, se hizo con el fin de aplicación inmediata, y si no se aplica no es por faltar los acoplamientos, porque éstos pudieron estar en función desde el día siguiente de la publicación de la Ley, la que entraña en sí unas aspiraciones que han sido discutidas y discutidas hasta la minuciosidad en los distintos Congresos y la Prensa profesional; de manera, que esos Reglamentos se confeccionan por sí solos, bebiendo en esas fuentes que contienen toda la amargura que encierra el ejercer la función sanitaria, en un medio donde todo le es adverso al funcionario, después de gastar energías en unos estudios difíciles y costosos.

En resumen: que después de tanto ir y venir, casi no nos hemos movido del sitio, y que no quitándole mérito a lo conseguido, que lo tiene muy elevado, creo yo que mientras no se cree el Ministerio de Sanidad y se haga el pase al Estado, las titulares las seguirán pagando o no pagando los Municipios (que de todo hay), y los Inspectores de Sanidad seguirán siendo carne de cañón en la política rural.

Conque, a no desmayar y a seguir luchando. ¡como sea!, hasta conseguir todas esas aspiraciones, que, como justas que son, no dudéis que han de lograrse en día no muy lejano. ¡Bueno es que un ministro reconocca desde el banco azul este criterio como el único para llegar al fin!

DR. F. GÍAS BAYANO.

Nuestra meta: pase al Estado

Dos artículos publicados en EL SIGLO MÉDICO del 1.º del mes pasado en torno al Reglamento: uno, de Lozano Borroy, y otro, de D. Anastasio Pérez González, piden colaboración, que, por mi modesta parte, lejos de regatear, contribuyo en cuanto pueda, sea poco o mucho, pero con íntima y sentida satisfacción de laborar por la clase.

Antes de verter mi granito de arena en la montaña de opiniones y criterios sustentados, estimo conveniente aclarar algunos puntos que a mi juicio, revisten el mayor interés:

El Sr. Lozano Borroy cita a D. Anastasio Pérez, y éste, a su vez, cita a aquél, y, sin embargo, entre las manifestaciones hechas en el artículo de cada uno de estos compañeros existe notable diferencia. Así como don Anastasio Pérez reclama la adhesión de todos, titulares

y no titulares, el Sr. Lozano Borroy lanza el grito de guerra a los excedentes, lo que supone llegar a subdivisiones dentro de las divisiones ya existentes, en perjuicio bien notorio de la clase; así como D. Anastasio Pérez aboga por EL PASE AL ESTADO, como apreciación que tiene un eco en el pecho de cada médico, el Sr. Lozano Borroy no ve solución en esto, colocando a los excedentes en plazas de médicos de Asistencia Pública Nacional.

¿Cómo no estar de acuerdo con esas expresiones del compañero D. Anastasio Pérez? Todos, titulares y excedentes, estamos en el deber sagrado, ineludible, de, atendiendo la voz de llamada, acudir a formar en las filas compactas y extensas de los sufridos médicos rurales. Al Sr. Lozano Borroy, un ruego: que procure estrechar los lazos que deben unir a los parias de la Medicina, en lugar de ahondar matices de divergencias y personalismos. Apoyo este ruego en mi situación: yo, titular, que lo soy por oposición a través de Tribunal MEDICO, lo cual, si no en absoluto perfecto, es el sistema más honorable y digno de los usados hasta hoy para ser titular, he de ejercer en pueblo de 3.000 habitantes, donde hay, además de los dos titulares, otros tres libres. Como puede ver el Sr. Lozano Borroy, no estoy en Jauja, ni disfruto enchufes que fueran canonjías, ni tengo forensías en interinidad, ni he penetrado a través de portillos falsos.

PASE AL ESTADO: he aquí la suprema aspiración de la clase, siendo funcionarios del Estado, a quien éste paga y exige, con normas fijas que perfilen deberes y derechos, todo lo cual, ni ha existido, ni existe ni existirá en tanto no sea realidad la independización económica en nuestra retribución, y ésta no puede ser efectiva sin que directamente *el Estado nos pague*, conforme hace con el juez, con el maestro, etc., etc.

La clase médica ha sufrido siempre las consecuencias de un abandono y una postergación injustificadas. En terminología moderna, el médico, y muy especialmente el médico rural, ha sido el ciudadano amante de su patria *ciento por ciento*; generoso y altruista, ha prestado sus servicios sin tener asegurado el cobro de los mismos, y en muchísimas ocasiones, a sabiendas de no cobrar un solo céntimo: en prácticas judiciales, como auxiliar de la Justicia, esto último ha sido y es lo de ritual, y con la duda de cobrar su trabajo, unas veces y otras, a sabiendas de no cobrarle, el médico ha sacrificado cuanto tenía que sacrificar, sin que el mérito que a sus sacrificios correspondía haya sido concedido y el premio a tal mérito otorgado.

Por el mismo sendero que los médicos han caminado sus familiares; resignados, arrojando la duda pavorosa de un mañana inseguro, en que, tras los treinta, los cuarenta y hasta más de los cincuenta años de ejercicio continuado en el agro, en esos rincones del pueblo español, desprovistos de cuanto significa progreso, civilización y cultura, hasta el extremo de leer las revistas y nuevos libros profesionales para seguir los rumbos de la ciencia médica a la luz humeante de un quinqué o a la vacilante llama de un candil, por carecer de fluido eléctrico. Y esos familiares arrastran el lastre de sus penas cuando llegan, de sus sinsabores y desgracias cuando éstas les visitan, y todo ello en silencio, recogiendo en las comisuras de sus labios el amargor de sus lágrimas, vertidas en el máximo dolor, que agranda y agiganta el experimentar y sufrirlo en el desamparo. Esas viudas.

esos huérfanos de médicos, agobiados por la tristeza sin fin del recuerdo por el ser querido, dormido en la noche infinita, no vociferan, no salen a levantar barricadas, no forman en desordenadas manifestaciones públicas; pero sintiéndose abandonados de la más elemental y mínima protección del Estado, interpretan y asimilan el dolor de ese abandono, y hacen una vez más patria, rumiando su tragedia en el más apartado rincón, donde no la desvirtúen ruidos y algaradas vacuas.

PASE AL ESTADO: sueño emergente de la honda y suprema aspiración de tantos ancianos compañeros, que durante cincuenta años de ejercicio fué acariciado con el último éxito profesional, obtenido en esos momentos de semivigilia precedentes al sueño; anhelo de justicia albergado en tantos pechos de ancianos compañeros septuagenarios, cuyos ojos dejó sin brillo el hálito helado de la pálida, llevando a la morada eterna los negros crespones de la injusta postergación y olvido indisculpable.

Algo significa en el camino emprendido de la redención médica la ley de Coordinación; mas ¿qué significa como solución al problema, cada día más agobiante? Una faceta de solución que, como tal, es parcial y relativa. Hasta hoy, para el médico ha resultado castigo lo que debía ser recompensa: el estudio continuado al transcurrir los 13 cursos de carrera; el haber cursado dos años más que el boticario, uno más que el veterinario, tres veces lo que el maestro, y toda la vida más que el secretario, es, a cambio de todo esto, el médico el postergado, olvidado, abandonado y aherrojado. Y es claro que, abandonado el médico, lo es, como consecuencia, la Sanidad. Prueba de ello es, y bien demostrativa, lo sucedido con la vacuna antivariólica en este pueblo, que rebasa los 3.000 habitantes; en cumplimiento de las disposiciones pertinentes se anunciaron para cuatro días laborables las revacunaciones y vacunaciones; *durante los cuatro días, no acudió ninguno*; muchos, porque los esquirolas así se lo aconsejaban. Pensarán algunos que, en lo que a vacunaciones se refiere, siendo en niños donde han de practicarse, que éstos, sin remedio, habrán de ser vacunados para ingresar en la escuela pública, y a eso bastará decir que esos niños *no vacunados* presentarán su certificado como si lo estuvieran. ¡Ay del médico que huyendo del subterfugio se negase a certificar! "Padres, hermanos, tíos y demás parientes" del niño en cuestión, no solamente se borrarían de la lista de igualados del médico de proceder digno, recto y decoroso, sino que le calumniarían, vejarían y enfangarían con su crítica despiadada, mordaz y oculta, cual es la empleada en las aldeas.

PASE AL ESTADO: bandera en la que debemos enrolarnos todos, cual símbolo y enseña de un afán justo, meditado y sereno, pero enérgicamente defendido. Formemos en las filas disciplinadas que saben lo que piden, que conocen lo que ansían, persuadidos de la irrefutable razón que nos asiste. *Todos, TITULARES Y NO TITULARES, excedentes o en activo*, estrecha y compactamente unidos bajo la divisa: **PASE AL ESTADO**, hasta contemplar realizada nuestra suprema y reconocida como justificadísima aspiración. Decididos, amparados en la fuerza que mutuamente hallaremos en nuestra verdadera y comprendida unión, emprendamos la ruta hacia la META señalada.

ANGEL F. DOMÍNGUEZ,
Titular por oposición.

Comentarios al Reglamento

VIII

ARTÍCULO 19.

Llevaba la ponencia una orientación distinta de la que se ha dado al Reglamento al tenerlo que adaptar a la ley de Coordinación Sanitaria. Este cambio de frente ha desarticulado muchas cosas, y entre ellas, el magno problema de pensiones y jubilaciones. Era nuestro proyecto que el pago de los inspectores locales de Sanidad lo hiciera directamente el Estado, y como consecuencia de ello, que pechara asimismo con carga tan justa como los derechos pasivos de unos funcionarios que se habían dejado su salud y su vida al servicio de la nación.

No teníamos muchas ilusiones de que hubiera cuajado nuestra propuesta, aunque se hubiera establecido el pago en la forma que lo llevábamos, y fundábamos nuestra falta de fe en que siempre que con los ministros de Hacienda se ha tratado de nuestra máxima aspiración, han contestado lo mismo: "De ningún modo, y no porque nos asusten los millones necesarios para esas atenciones; lo que nos da miedo pensar es que inmediatamente pedirían derechos pasivos que recargarían los presupuestos en forma insospechada."

El año 29 se dió por la dictadura una Orden en la que se nombraba una Comisión encargada de redactar un proyecto de pase al Estado, y en ella se decía que en dicho proyecto se haría constar que no tendríamos por ello derechos pasivos.

Esta experiencia me afirmaron en la creencia que tenía hace mucho tiempo de que el mayor inconveniente que teníamos para que se resolvieran de una vez nuestras justas aspiraciones era el de los derechos pasivos; hemos tratado durante muchos años de quitarlo de en medio; pero desde los tiempos más remotos, la falta de interés de los propios médicos y la fatalidad han dado al traste con todos los intentos que se han hecho.

Recordaremos el fracaso del Montepío, víctima de las luchas entre este organismo y la Junta de gobierno y patronato. ¡Qué fabulosa cantidad podría tener a estas horas aquella institución de haber continuado! Los que recordamos aquella disolución, en la que se entregó a todos los montepiístas sus aportaciones, no sabemos explicarnos por qué la Asamblea no acordó modificar su constitución, si es que estaba mal hecha, en vez de aquel acuerdo demoledor.

Cuando nadie pensaba en Previsión, la Asamblea del año 26 acordó hacer la nuestra. Con denuedo trabajamos en ella Sicart, Ibáñez Torres, Huder, Mestre, Rogelio Pérez y el que estas líneas escribe; después de tres años, y cuando teníamos la labor terminada y aprobada por la Comisaría de Seguros, surge una competición, y los mismos médicos titulares, con algunos de sus más destacados directivos a la cabeza, acuerdan que abandonemos nuestro proyecto porque podía perjudicar al otro.

Nosotros defendimos entonces que fuera el nuestro el que se implantase, porque no creíamos, ni creemos, que pudiera perjudicar a ningún otro, y en cambio, resolvía el casi insoluble problema de las pensiones y jubilaciones, razón suprema que se nos puso siempre para negarnos el paso al Estado.

Hasta ahora no he dado con una razón de aquella campaña tenaz, que llegó hasta la obsesión, porque los

titulares hiciéramos nuestra Previsión, y que alguien tomó como intento de que los médicos titulares tuvieran preponderancia sobre los demás.

Nada más lejos de nuestro ánimo que lo que antes apuntamos, y lo prueban artículos redactados por Martorell y por mí, y que están aún en el Reglamento de la Asociación, por los que se posibilitaba la entrada en nuestra Previsión, no sólo a todos los médicos, sino a las demás clases sanitarias.

Lo que pretendíamos nosotros era sencillamente poder llegar al ministerio de Hacienda y decir: "No más pretextos, no más miedo a derechos pasivos; el Cuerpo de médicos titulares renuncia a ellos, porque tiene por sí su problema resuelto y no necesita nada del Estado en este concepto."

Mas todo inútil; los médicos titulares han estado siempre demasiado atareados en las interminables labores del ejercicio de su cargo para poder estudiar detenidamente este asunto; se han dejado llevar de la primera impresión; los que pensábamos de otro modo hemos sido arrollados por la mayoría, y ahora todos sufrimos las consecuencias.

No siendo posible que el problema lo resolviera el Estado, ni tampoco nosotros mismos, pensamos que lo hiciera la Previsión Médica Nacional, y así lo encauzamos en el proyecto de Reglamento que se entregó en la Subsecretaría; pero al discutirse se encontraron tales dificultades, que hubo que redactar el artículo en la forma que apareció en la *Gaceta*; esto es: recogiendo lo poquísimo que tenemos y dejando la solución total del problema para un nuevo Reglamento especial. Desde que no vi otro remedio que transigir en este aspecto, me hice el propósito de que, si oficialmente no se resolvía esta cuestión en plazo brevísimo, proponer al Comité que se nombre una ponencia que lleve a la primera Asamblea un proyecto de este Reglamento especial, que se había de publicar con la debida antelación para que en su discusión puedan tomar parte cuantos se crean capacitados para ello.

Queda por examinar un aspecto de este problema, y como no quiero que se crea que no hemos pensado en ello, lo apuntaremos: es este aspecto el obligar a todos los Ayuntamientos a conceder los derechos pasivos al igual que los tienen algunos.

A preguntas en la Asamblea, y hasta particularmente, daré al que lo desee las razones de no haberlo hecho así; pero perdónenme que no las dé en la Prensa, porque he tratado siempre de laborar por el bien de la clase; quizá alguna vez, de buena fe, me habré equivocado, pero no me remuerde la conciencia de haberle hecho nunca daño con mis palabras, mis actitudes o mis escritos, y... no digo más nada.

IX

ARTÍCULO 20.

Que subsista la Asociación, produciría alegría a los más y tristeza a los menos, pero que son los que más se mueven y los que más gritan.

¡Pobre Asociación! ¡Todas las culpas al más pequeño! ¿Que nos necesitan? ¿Qué buenos somos! ¿Qué fuertes por nuestro número y nuestra calidad! ¿Que nos oponemos a sus manejos? ¡Esa Asociación es retrógrada! ¡Es demagoga! ¡No sirve para nada! ¡Hay que disolverla!

A estos gritos se unen los de unos cuantos inconscientes titulares que no recuerdan, o no quieren recordar, que la Asociación son ellos mismos y que los directivos lo son porque han sido votados por la mayoría, y que ellos no lo son porque no han querido o no han obtenido sufragios para ello.

Tampoco recuerdan cómo se encontró la Asociación al Cuerpo de médicos titulares cuando la Asamblea de Medicina, pero refrescaremos un poco su memoria.

Destruídas por el Estatuto municipal todas las leyes que amparaban a los titulares y disuelta su Junta de gobierno y patronato, los titulares quedaron a merced de los Ayuntamientos, que eran libres para nombrar y destituir a sus funcionarios.

Nuestro único defensor en aquellos tiempos, ese hombre que no ha merecido ni ser jubilado por un Estado que tanto provecho ha sacado de sus talentos y que se llama D. Francisco Murillo, luchó denodadamente a nuestro lado, corriendo algo los Reglamentos de Sanidad Municipal y de funcionarios la tropelía con nosotros cometida por un individuo que ahora llama la gente gran estadista.

Al amparo del Reglamento de Sanidad Municipal nace la Asociación, que ayuda con su asistencia a aquel inmejorable director general de Sanidad, y juntos empiezan la reconquista de lo perdido.

Quiso Murillo acabar con las disidencias, y como había un grupo que gritaba contra los directivos de la Asociación, encargó a aquel grupo de la confección del Escalafón del Cuerpo, formando una Comisión ajena al Comité. A los tres o cuatro meses tiene esta Comisión tal lío, que hay que suspenderla en su cometido y entregarlo al Comité, que en un año deja confeccionado un Escalafón tan complicado y numeroso como otros en los que se han tardado diez en su confección.

En la corta temporada de Horcada se hacen las clasificaciones nuevas, y en casi todas las provincias obtiene éxito.

Con Palanca se publican las normas, que serían legales o ilegales, no lo discutimos, pero que eran un avance enorme para nuestros fines.

Bajo el mando de Pascua se obtiene la ley y se le entrega un Reglamento, que es modificado en la forma de todos conocida, y que acerca de esta modificación nos ocupamos otro día, pues podemos decir cosas muy substanciales, desconocidas por el Cuerpo, y nosotros se las daremos a conocer para que cada palo aguante su vela.

La obra con Pérez Mateos es tan reciente, que no necesita recordarse, y si algo tiene de deficiente, es que no la han dejado terminar.

Como órgano de cooperación de la Dirección antes y de la Subsecretaría hoy, con todos cuantos han pasado por estos cargos, el médico titular ha tenido en la Asociación un potente portavoz, que ha llegado en representación suya hasta las gradas del trono cuando existía y hasta el despacho del Presidente de la República hoy, a exponer las amarguras, los sinsabores y las injusticias que en todos los tiempos ha tenido que sufrir el irredento médico titular.

Hay Asociaciones en todos los sectores oficiales de la Medicina; nadie que no pertenezca a ellos se preocupa de que existan o no; pero la Asociación de titulares siempre ha contado con el cordial odio de otros sectores, a los que, siempre también, les ha hecho el corro

un grupo de dentro, que ha callado en cuanto han escalado los puestos directivos, si bien la mayoría de las veces han salido de estos puestos como rata por tirante, y no han salido peor parados aún por esa bondad ingénita que caracteriza a nuestra clase.

La Asociación subsiste por el artículo 20, y debe subsistir para apiñar en su seno a todos los médicos titulares que quieran independencia para sus funciones, medios de trabajar y pan para los suyos, y esto no es posible más que con una cooperación estrecha de las autoridades sanitarias con los representantes genuinos de la clase.

DR. AGUILA COLLANTES.

TRIBUNA LIBRE

Los puntos sobre las íes

EL COLEGIO DE MÉDICOS Y LA UNIÓN DE DEFENSA MÉDICA

Una benévola tolerancia del presidente del Colegio y una injustificada actitud de la U. D. M. han provocado la crisis en el Colegio de Médicos, y con ella, el aplazamiento *sine die* de la resolución de problemas de tan vital importancia como los que se tenían en francas vías de inmediata solución.

Durante estos días, los directivos de la U. D. M. y los aduladores que esperan pinchar tajada de esta revuelta se han dedicado a dar a la Prensa noticias y comentarios de orientación tendenciosa, desfigurando los hechos, cuando no desvirtuándolos, hasta hacerlos aparecer al revés precisamente de como han sucedido en la realidad.

Nos interesa, en honor a la verdad, poner los puntos sobre las íes o, lo que es lo mismo, "tirar de la manta", y que cada palo aguante su vela.

Fijemos los hechos.

En junio, la U. D. M. presentó una instancia a la Directiva del Colegio solicitando Junta general extraordinaria para tratar de las Consultas públicas gratuitas, y la Directiva, que jamás temió a estas reuniones, porque jugó siempre con las cartas boca arriba y con la mejor voluntad, y que ha concedido todas las que reglamentariamente habían sido solicitadas, consideró en este caso oportuno obrar de otra manera, y llamó a la Secretaría al primer firmante de aquella petición, don Alfonso Cerveró, al que dió cuenta del buen camino en que estaban las gestiones realizadas cerca de las autoridades sanitarias, de la absoluta compenetración del subsecretario de Sanidad, Dr. Pérez Mateos, con las aspiraciones del Colegio, y de otros muchos razonamientos, que convencieron al Sr. Cerveró de la conveniencia política de no celebrar esa Junta solicitada.

Y, efectivamente, vencidas por el Dr. Pérez Mateos, con un tesón que nunca le agradecerá bastante la clase médica española, las dificultades que se oponían a ello, y que otro día explicaremos con absoluta diafanidad, apareció en la *Gaceta* la disposición ministerial sobre Consultas públicas gratuitas, que daba un plazo de dos meses para que pudieran reclamar las Fundaciones benéficas particulares, cuyos reglamentos pudieran estar en pugna con lo que se ordenaba.

Sobrevino la crisis de Gobierno. Salió de la Subsecretaría el Dr. Pérez Mateos, y de la Dirección de Be-

neficencia, doña Clara Campoamor, y fueron substituídos por los Dres. D. Manuel Bermejillo y D. Julián Sanz de Grado. El director de Beneficencia, por conducto de su secretario, cargo que había recaído en el contador de la Junta del Colegio precisamente, D. Francisco Guerrero, pidió al Colegio los datos precisos para publicar cuanto antes el Reglamento de las Consultas públicas gratuitas, modelos de carnets, etc., abordando este trabajo la Comisión de Consultas, que preside el Sr. Castells.

Pocos días después llegaba al Colegio una nueva petición de la U. D. M. de Junta general extraordinaria para tratar de Consultas públicas gratuitas, petición que figuró en el orden del día de la Junta de Gobierno celebrada el 22 de noviembre, bajo la presidencia del señor Gómez Merino, como vicepresidente, y actuando de secretario el Sr. Nonell, como visecretario, por encontrarse el presidente y el secretario en Oviedo, haciendo entrega a los compañeros damnificados por la revolución de los donativos y anticipos de la Previsión Médica Nacional.

En el acta de esa Junta, a la que asistió el Sr. Castells, figura el acuerdo 5.º redactado de la siguiente manera: "Desestimar la petición de Junta general extraordinaria, comunicándose al primer firmante de la solicitud, ya que la Junta de Gobierno está haciendo las gestiones para la pronta publicación del Reglamento propuesto por la Superioridad, relativa a las Consultas públicas gratuitas." A la Junta que tomó este acuerdo asistieron los Sres. Gómez Merino, Valentín Gamazo, Olavide, Piquer, Gómez de la Mata, Sánchez Vega, Núñez Juarros, Unzaga, Castells, Carrasco, Cirajas, Martín Vegue, Mediavilla, Julio González, Manzano Godino, Rodríguez Jiménez y Nonell.

Al regreso del presidente y secretario, y en nuestro deseo de conceder las Juntas que se pidieran, se hicieron las gestiones necesarias para revocar ese acuerdo, y, efectivamente, en la Junta de Gobierno celebrada el día 6 de diciembre figura el acuerdo 7.º así redactado: "Conceder Junta general extraordinaria, previa autorización oficial, a los señores firmantes de la instancia en que así le interesan para tratar del estado actual de las Consultas públicas gratuitas", Junta a la que concurrieron los Sres. Piga, como presidente; Gómez Merino, Nonell, Valentín Gamazo, Aparicio, Gómez de la Mata, Sánchez Vega, Núñez Juarros, Herrero, Unzaga, Castells, Carrasco, Cirajas, Martín Vegne, Cojo de la Cal, Manzano, Rodríguez y Fernán Pérez, como secretario.

Mientras la Dirección de Seguridad concedía la necesaria autorización para esta Junta general extraordinaria, había de celebrarse otra reglamentaria, de carácter ordinario, para la que ya se había recibido la oportuna autorización, y en la que, *por orden de la Dirección de Seguridad*, no se podían tratar otros asuntos que los figurados en el orden del día, del que fueron EXPRESAMENTE suprimidos los ruegos y preguntas que figuran en las Juntas ordinarias por orden de dicha autoridad, que quería saber qué ruegos y preguntas eran éstos.

La benevolencia del presidente.

El mismo día en que había de celebrarse esta Junta, y momentos antes de la misma, visitó al presidente el Sr. Rodríguez Cano para rogarle le autorizara a presentar una cuestión previa, con objeto de tratar del ar-

título 91 del Reglamento, que habla de la concesión de Juntas generales extraordinarias, y el Dr. Piga, con la benevolencia que le caracteriza, y aun sabiendo que faltaba a la orden de la Dirección de Seguridad, autorizó que se plantease la cuestión previa. Si la Directiva había incurrido en responsabilidad, el Dr. Piga no quería escudarse en la orden de las autoridades para impedir que se tratase de ello, y si, por el contrario, la Directiva había cumplido con su deber, interesaba a todos que se mostrase plenamente con el planteamiento de la cuestión previa.

Y comenzó la celebración de la Junta general ordinaria del día 10 de diciembre. El secretario leyó el acta de la anterior íntegramente, y una vez aprobada, el señor Rodríguez Cano planteó la cuestión previa con la *aquiescencia antirreglamentaria del presidente*.

El Dr. Piga contestó con uno de los discursos suyos menos afortunados, porque en vez de concretar las respuestas a los términos legales del problema, se extendió en consideraciones que, al diluir la esencia de la réplica, quitaba a ésta toda su fuerza argumental aplastante.

Creemos sinceramente, de todos modos, que, aun con el más brillante y convincente discurso, la concurrencia a aquella Junta, que podrá quedar señalada en los fastos colegiales como el más vivo ejemplo de insociabilidad colectiva de los médicos, se habría portado con la misma incompreensión, con análoga desconsideración personal para todos los concurrentes, con las semejantes formas inenarrables con que se comportaron.

Cuando la fuerza de los hechos no encontraba en la masa réplica que oponer, el Sr. Martínez Sellés lanzó contra el secretario la siguiente acusación:

"El secretario nos dijo que no se había contestado a la petición de Junta porque a él no le daba la gana."

Estas palabras, pronunciadas en una Junta normal, habrían provocado la carcajada general. Nadie se hubiera atrevido a tomar en serio esta burda acusación; por el contrario, en este caso, provocó airadas protestas contra el secretario, que se consideró obligado a intervenir. ¡Nunca lo hubiera hecho!

Sus primeras palabras fueron éstas: "El Sr. Martínez Cellés, que entraba en mi despacho sin tener que pedir permiso...", con lo que quería decir que tenía con él la suficiente confianza para hacerlo así, fueron acogidas con una espantosa algarabía, entre las que destacaban las siguientes edificantes frases: "¡La Secretaría es de todos!" "¡Allí no hay que pedir permiso para entrar!", y muchas más, que tenemos la seguridad de que ninguno de los que las pronunciaban las podían sentir sinceramente...; y no recogemos otras frases de aquella memorable Junta por un elemental respeto al lector.

Ante aquella actitud, el presidente levantó la sesión, anunciando que la Junta Directiva estaba dimitida *en pleno*. Bien está, porque lo dijo el presidente. Pero los hechos han venido a demostrar que estaba equivocado y que no podía contar con la *aquiescencia* de todo el resto de la Junta, por cuanto casi todos los demás miembros de la misma se presentan a la reelección, a excepción del secretario, a cuya secretaría aspira el vicesecretario, suponemos que como justo premio a la profusa labor realizada por él, interviniendo en todas las discusiones y aportando trabajos personales del más alto valor social.

El presidente pudo y debió actuar de otra manera. Por encima de su amor propio están los altos intereses colegiales, y debió haber atisbado el panorama difícil, inseguro, peligroso, que se avecinaba con una dimisión de tal forma producida. ¿Quién asume la responsabilidad de presidir el Colegio en las circunstancias actuales? Sobre las dificultades inherentes a tan poco apetecible cargo, el Dr. Piga ha acumulado la de verse en el trance de dimitir ante la menor oposición que presente a su labor un grupo de 50 colegiados más o menos deontológicos. Y eso no puede ser. Por encima de todas las conveniencias y comodidades personales está el interés colectivo, del que no entiende una palabra esa cacareada U. D. M., de la que enseguida vamos a hacer la disección.

El secretario y la U. D. M.

He antepuesto a las iniciales de la Unión de Defensa Médica el secretario por una simple razón de orden cronológico. El secretario ocupaba su cargo antes de constituirse la U. D. M., y en buena lid protocolaria, debe ir antes que esta juvenil, fogosa e indocumentada Unión de Defensa Médica, sobre la que considero mi deber proyectar la gravísima responsabilidad contraída con su actuación frente a los altos intereses colectivos de la clase médica.

La U. D. M. surgió como consecuencia de la dolorosa circunstancia de encontrarse hospitalizados en sala ordinaria del Hospital Provincial dos desdichados compañeros médicos. El Sr. Rodríguez Cano, que asiste a la clínica del Dr. Marañón, tuvo conocimiento de ello, y dió cuenta del doloroso espectáculo, por teléfono, al secretario del Colegio, que inmediatamente se puso a su disposición, visitó a los desgraciados compañeros, a los que en nombre de la Junta llevó un donativo, como inmediato y provisional remedio a su situación; gestionó del administrador del Hospital el traslado a cama de distinguidos por cuenta del colegio, mientras lograba de la Diputación el que concediese en su Hospital a los médicos el mismo derecho que les concede el Estado en los suyos. El secretario se entrevistó personalmente con el entonces presidente de la Comisión Gestora, Sr. Salazar Alonso, que concedió de buen grado el justo trato de favor que se demandaba.

A raíz de esta labor, el Sr. Rodríguez Cano nos visitó varias veces en la Secretaría del Colegio para exponernos su propósito de crear la Unión de Defensa Médica, organismo que, como su propio nombre indica, debería actuar en la defensa de los intereses colectivos de la clase mediante una unión fuerte, vigorosa y leal, que estimulase las actividades colegiales y coadyuvase con su trabajo marginal, pero paralelo al del Colegio, al mejor y más inmediato logro de las aspiraciones colectivas.

Orientamos al Sr. Rodríguez Cano para el mejor éxito de sus aspiraciones, confiando en la buena fe de dicho señor y de los que secundasen su obra. Se le informó de cómo debían de hacer sus Estatutos y presentarlos al Registro de la Dirección de Seguridad. Les facilité el material de oficina de la Secretaría del Colegio para sus primeros pasos. Aún en la actualidad se utiliza la multicopista del Colegio para las circulares que envía a sus afiliados y a los demás colegiados la U. D. M. Le advertió oportunamente que era salirse del Código más elemental de Deontología el solicitar de los laboratorios su apoyo económico para instalarse independien-

temente del Colegio, aun cuando a esto no hiciera caso alguno el Sr. Rodríguez Cano, según hemos sabido ahora. Llegamos a más, inspirados por un afán de cordialidad y de colaboración entre la U. D. M. y el Colegio: nos inscribimos como miembro de la U. D. M., satisfaciendo su cuota mensual correspondiente.

En esta situación llega el mes de diciembre, y recibimos como tal miembro de la U. D. M. una carta-circular, tirada en las oficinas del Colegio, en la que se convocaba a una reunión en los locales del mismo, que habían sido cedidos generosamente a la nueva organización, en la cual circular se atacaba duramente a la Junta, y se la calificaba de indocumentada o de falseadora de los preceptos reglamentarios al no haber concedido la Junta extraordinaria solicitada por la U. D. M. para tratar de las Consultas públicas gratuitas. Por añadidura, se aseguraba que la U. D. M. no se consideraba representada en el Colegio por la Junta directiva actual, invitando a los asociados a asistir a la citada reunión, en la que se tomarían acuerdos contra la Junta.

El secretario no se podía olvidar de su cargo de secretario y de que pertenecía a la U. D. M., y más dolido que indignado acudió a la reunión, donde planteó como cuestión previa, perfectamente reglamentaria, su protesta por la forma y por el fondo como había sido escrita la citada circular, y como consignación de su protesta anunciaba darse de baja en la U. D. M. No nos limitamos a esta protesta, sino que lealmente advertimos a la U. D. M. de los reiterados errores que encontrábamos en su actuación, intuitiva en vez de documentada, ya que la mayor parte de las cuestiones que figuran en su programa están estudiadas hasta el agotamiento por el Consejo de Colegios y otras entidades internacionales, de cuya existencia ni tienen noticia los directivos de la U. D. M.

"La prueba de lo equivocado de vuestra actuación—dijimos—está en el hecho de que, aun habiendo colocado en el anzuelo de esta convocatoria la carnaza de un posible escándalo, apenas han acudido a la reunión más allá de dos docenas de asociados."

Y después de nuestra protesta, tan enérgica como supimos, abandonamos la U. D. M. para no intervenir jamás en su futura actuación, sin que esto significase propósito de combatirla en aquello que juzgáramos, según nuestro leal saber y entender, que podía ser beneficiosa a los intereses colectivos de la clase médica. Entendíamos y entendemos que la U. D. M. podía desarrollar una labor plausible y beneficiosa; pero había de ser a base de desprenderse de personalismos, peligrosísimos siempre; de banderías políticas muy dañosas, sin ambiciones censurables, con la desinteresada elevación de miras que ha de ponerse siempre en toda obra colectiva, de la que es vivo ejemplo la desarrollada por el doctor Pérez Mateos, que para defender los intereses morales y materiales de sus compañeros no ha vacilado en sacrificar su posición económica y la de sus hijos, y hasta su propia salud, sabiendo que, como todo redentor, al fin será sacrificado.

Pero la U. D. M., guiada por su presidente, Sr. Rodríguez Cano, reaccionó a mi protesta con una hipervirulencia, personalizada en una "secretariofobia" tan violenta como pudieron exponer en la Junta general en que dimitió la Directiva del Colegio.

Los compañeros que ignoraban estos hechos tienen ya

explicado el porqué de la agresividad de la U. D. M. contra nuestra modesta personalidad médicosocial.

La U. D. M., al precipicio.

Si la razón de la hostilidad de la U. D. M. hubiese tenido una génesis colectiva, en vez de ser la reacción epileptoide contra una razonada y lógica censura, habría hecho un señalado favor a la clase. Pero no ha sido así, y la U. D. M., guiada por un falso amor propio, con tal de tirar al secretario por la borda, no ha tenido reparo para infringir un grave daño a la colectividad. Grave daño representado por la dificultad colegial de los actuales momentos.

Los directivos de la U. D. M. lo han visto claramente. Nadie quiere asumir la responsabilidad de aceptar un cargo tan espinoso y tan difícil como el de presidente del Colegio madrileño, producido por una tan injusta y tan poco razonada actuación de una Asociación extracolegial. Pero aun cuando lo hubieran encontrado, ¡a qué acres censuras no se verá expuesta la misma U. D. M. y el que lo acepte cuando pasen los meses y no hayan logrado poner en práctica ni uno solo de los postulados que lleva en su programa! No es lo mismo decir que hacer.

Hace seis años la Junta que presidía el Dr. Sanchís Banús inició los trabajos para resolver el problema de las Consultas públicas gratuitas. Dejó la Junta sin lograr un paso hacia la práctica del razonable propósito. Tampoco la Junta presidida por el Dr. Hinojar logró gran cosa para alcanzar la meta de los deseos colegiales. Ha sido la Junta presidida por el Dr. Piga la que ha tenido el honor de lograr una disposición ministerial que diera fuerza de validez a un Reglamento que sólo contaba con la aprobación del gobernador, y a los dos meses de haberlo logrado, gracias esencialmente a la comprensión del Dr. Pérez Mateos, que lo llevó a la *Gaceta*, no han vacilado en provocar una crisis por el insano placer de eliminar de la Junta al compañero que con tanta lealtad como sinceridad les había censurado.

No le han preocupado a los directivos de la U. D. M. otros importantes problemas pendientes. No dejaron tratar de llo. Lo primero era su amor propio lastimado. No les interesaba nada: ni el contrato de accidentes del trabajo, que figuraba en el orden del día de aquella Junta, ni el agudo problema del Colegio de Huérfanos de Médicos, ni siquiera el mismo de las Consultas públicas gratuitas, que acaso estuviera definitivamente resuelto a estas horas. Era sólo su amor propio el herido, y había que atender a él antes que a otro asunto cualquiera, sin pensar que aquella actuación suya era el paso definitivo al precipicio de su propia organización.

El Colegio, la política y la U. D. M.

Afirmamos rotundamente que ni un solo miembro de la Directiva dimitida ha llevado al Colegio la menor cuestión política. Aun cuando el Dr. Piga no nos ha autorizado para ello, creemos un deber nuestro dar cuenta a los lectores de un detalle bien demostrativo.

Con motivo del manifiesto escrito por el Bloque Nacional, el Dr. Piga fué requerido por una alta personalidad política para que lo firmase, y el Dr. Piga contestó con las siguientes palabras, poco más o menos: "Simpatizo en absoluto con el contenido de ese manifiesto; pero no me es posible firmarlo mientras osten-

te la presidencia del Colegio de Médicos. Si usted me lo pide, yo firmo; pero esto significaría mi previa dimisión del Colegio de Médicos, al que prometí, y he cumplido, apartar de toda cuestión política."

Respecto del secretario, jamás ha pertenecido a ningún partido político hasta hace unos días, en que ha solicitado su ingreso en uno de ellos, cuyo matiz no importa ahora. Los demás miembros de la Junta, podrá cada uno tener la ideología política que le plazca; pero yo, como secretario, certifico que en ningún caso ha surgido la política, ni ella ha podido ser razón que orientase las resoluciones de la Junta, que se dejó siempre la política en la puerta de la calle de Esparteros.

Pero advierto que ya es demasiado largo este artículo, y como aún queda tela cortada para rato, preferimos hacer punto aquí, para continuar otro día.

DR. FERNÁNDEZ PÉREZ.

Para el Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad

A propósito de la revisión de los médicos de la Lucha Antituberculosa

Al cambiar el régimen político de España, en abril de 1931, existía un Cuerpo de Médicos de Lucha Antituberculosa oficial, que se regía por un reglamento aprobado por la Superioridad, y aparecido en la *Gaceta* del 7 de enero de aquel año.

Según este reglamento, en su artículo 27, los médicos que llevaran en aquella fecha prestando servicios más de un año como minimum en los dispensarios auxiliados por el Real Patronato, serían considerados como miembros de la Asociación de médicos especializados, con arreglo a la base primera de constitución de aquella Asociación. En virtud de esta orden, y habida cuenta de que mi dispensario recibía desde hacía dos años el auxilio del Real Patronato, elevé una instancia a la Dirección de Sanidad (que surtió efectos en los archivos correspondientes, con el número "E. 3.074"), por la que solicitaba se me considerase miembro de la Asociación de Médicos de Lucha Antituberculosa oficial.

Instaurada la República, el primer director de Sanidad, Dr. Pascua, disolvió de un plumazo dicho Cuerpo y comenzó a proveer las plazas de directores de dispensarios y sanatorios en la forma y resultados de todos conocida por las protestas y recusaciones públicas que en un momento oportuno se formularon por diferentes profesionales.

Transcurren tres años, y merced a la tenacidad en la defensa de sus derechos ("con el mazo dando", que diría el Dr. Verdes Montenegro) de algunos de sus miembros, consigue que el día 4 de julio último aparezca una orden de revisión de nombramientos, expedientes y relación jurada de los servicios prestados a la lucha antituberculosa. Yo presenté mi instancia alegando los derechos ya expuestos anteriormente, aportando mi expediente, con los trabajos científicos y servicios prestados a la sanidad pública y lucha antituberculosa en los ocho años de funcionamiento de mi dispensario.

Llevada a efecto la revisión, unos días antes de apa-

recer en la *Gaceta* puedo enterarme que en el informe elevado a la superioridad y en la lista de nombres aceptados figuraba el mío, porque así lo había estimado de justicia el Tribunal.

Por fin... en la *Gaceta* del 11 de septiembre último aparece la orden del ministro con el resultado de la revisión verificada, la que comienza diciendo: "Visto el informe que por mediación de V. E. (el subsecretario) elevan a este Ministerio los señores que constituyen el Tribunal", etc., y aparece la lista de los médicos aceptados, en la que no figura mi nombre. Extrañado de ello, me dirijo al Dr. Bardají, vocal del Tribunal, quien, al enterarse del hecho, participa de mi extrañeza, supone de buena fe que se trate de una omisión u olvido involuntario y, en un noble gesto de rectitud, en la que siempre inspira sus actos, este prestigioso sanitario me brinda su actuación para averiguar las causas voluntarias o involuntarias de la omisión de mi nombre, *aceptado y propuesto por el Tribunal*.

En efecto, el Dr. Bardají puede hablar de este asunto con el Dr. Verdes Montenegro, entonces director de Sanidad, y éste le confirma que, desde luego, ha sido un olvido involuntario y que en una segunda lista de nombres que se preparaba figuraría el mío. Se plantea la crisis de Gobierno última, por la que varían las autoridades sanitarias, y, en este estado el asunto, ni aparece la segunda lista prometida ni se subsana en la *Gaceta* la omisión de mi nombre en una orden rectificadora de la del 11 de septiembre, como es de justicia, si se confirma cuanto dejo expuesto.

Nada más lejos de mi ánimo que pretender perjudicar a ningún compañero de los elegidos indebidamente. Y con decir que en dicha revisión ni estaban todos los que son, ni son todos los que estaban, digo bastante. Y, por ahora, nada más. El subsecretario de Sanidad obrará como estime de justicia.

Madrid, diciembre de 1934.

TOMÁS DE BENITO LANDA,
Fundador del primer Dispensario de Preservación
y Asistencia Social contra la Tuberculosis,
en Madrid

Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Madrid

ELECCIONES - CONVOCATORIA

Vacantes por dimisión todos los cargos de la Junta de Gobierno de este Colegio Oficial, se convoca a elecciones para la provisión de los mismos, de conformidad con lo preceptuado en los capítulos VI y VII del Reglamento vigente.

Las votaciones para vocales se celebrarán en el domicilio social del Colegio (Esparteros, 9), de seis a nueve de la noche; para los sectores, en los días 16 al 29 del corriente mes. Las votaciones para los cargos de presidente, vicepresidente, tesorero, contador, secretario y vicesecretario, así como para los médicos rurales, tendrán lugar en los días 30 y 31 del citado mes, de once a una y de seis a nueve.

A partir de esta fecha, quedan expuestas en la Secretaría del Colegio las relaciones de votantes de los sectores respectivos, para que los interesados puedan formular las rectificaciones procedentes, que se admitirán hasta el día 16 de este mes.

Madrid, 2 de enero de 1935.

CONTIENE
LOS
MINERALES

INDISPENSABLES

SODIO
POTASIO
FOSFORO
CALCIO
HIERRO
MANGANESO

DURANTE LA PREÑEZ Y DESPUÉS DEL PARTO

es indispensable un tratamiento adecuado. El Jarabe de Fellows es el tónico más apropiado y mejor compuesto de que puede disponer el facultativo.

Contiene todos los minerales necesarios en proporción científica y en forma de fácil asimilación: Manganeseo y Hierro para enriquecer las arterias de sangre empobrecidas por la constante pérdida; Calcio para restituir el que continuamente ha sido agotado; Potasio, Sodio y Fósforo para contrarrestar la depresión neurótica; Estricnina como un tónico del metabolismo de las células; y Quinina como un estimulante gástrico.

No existe tónico como el Jarabe de Fellows para la paciente parturienta y post-parturienta. Durante estos dos períodos la dosis que se sugiere, es la de una cucharadita tres veces al día, bien diluida en un vaso con agua.

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

JARABE de FELLOWS DE LOS HIPOFOSFITOS



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

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

Silicyl

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

PYRÉTHANE

GOTAS

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

Poderoso Antineurálgico

TRATAMIENTO BIOQUIMICO DE LAS ULCERAS GASTRODUODENALES

LAROSTIDINA "ROCHE"

Solución al 4% de clohidrato de histidina en ampollas de 5 cc.
Inyección indolora, intramuscular o subcutánea.
Una ampolla al día durante tres semanas aproximadamente.
Sedación rápida del dolor.
Ninguna contraindicación.

PRODUCTOS ROCHE, S. A.-BARCELONA-MADRID

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:

Laboratoires

ANDRE GUERBET & Co. 12, rue du Landy

Sy Ouen- PARIS

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

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

Laboratorio EGABRO
CABRA (Córdoba) España.

EL MEJOR LIBRO DEL ILUSTRE DOCTOR
Don MANUEL MARTIN SALAZAR
Ex Director general de Sanidad, Académico
de la Nacional de Medicina, etc.

ES SU OBRA SOBRE HIGIENE

INMUNIDAD

(Con un folleto del Dr. Maraón)

20 pesetas ejemplar
Pedidos al Apartado 121

Balneario de Carlos III TRILLO

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

Médico-director en propiedad: Excelentísimo señor don
VICTOR M.ª CORTEZO

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

Clima de montaña, 780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid

Más sobre el nuevo Reglamento

(Escrito expresamente para EL SIGLO MEDICO)

Pocas veces en mi vida, al tomar la pluma para escribir algo destinado a la publicidad, me he visto más perplejo e indeciso que esta vez; ello es debido a que después de escrito mi último artículo, titulado "Consumatum est" (SIGLO MEDICO, 1.º de diciembre de 1934), leo en este mismo número de la veterana y simpática Revista el primero de una serie de artículos que el Sr. Aguila Collantes nos brinda, con el título de "Comentarios al Reglamento", en cuyos artículos se propone demostrarnos que en la confección del Reglamento se ha procedido democráticamente, y que es una obra sanitaria de redención de la clase. ¿No es verdad también esto, Sr. Aguila Collantes?

También nos va a decir quiénes fueron los inspiradores de *tan acabadamente democrática obra, que cuenta con los votos de la casi totalidad de la clase.* ¡¡Exagerador!!

Según deja entrever en su primer artículo, nos va a probar que el citado Reglamento es obra fecunda en iniciativas y, por añadidura, de imperecedera memoria; nos va a demostrar, con sólida argumentación y sutil dialéctica, que los comentaristas que hemos juzgado desfavorablemente esta obra vivimos en la inopia y no hemos comprendido, ni podemos comprender, el alcance redentor de la clase médica que tiene tan meritísimo y excelso Reglamento.

Sea; leeremos detenidamente sus artículos; los esperamos con impaciencia. *¿Cómo nos van a ilustrar y a sacar de dudas!* Nos van a poner al tanto de lo que no hemos sabido comprender; sólo con haber leído el primero de la serie estoy tentado a confesar y hacer pública retractación de mi error por mis atrevidos comentarios, que, como los hechos por otros, pecan de injustos, pues, ante los argumentos del Sr. Aguila Collantes, vamos a tener que rendirnos a la evidencia de que ni se ha podido hacer cosa mejor, para él, ni más a satisfacción de todos los médicos; sí, señor, de todos, absolutamente de todos... los que con el Reglamento salen altamente beneficiados, y que los impacientes que nos hemos lanzado a comentar prematuramente esta obra del Sr. Aguila Collantes y compañía, *tan acabadamente perfecta, tan democrática en favor de los de siempre*, hemos cometido una ligereza imperdonable, pues ante la equitativa y bien ponderada solución que el nuevo reglamento ha venido a dar al problema médico y sanitario en España, todos debemos enmudecer de gratitud.

Los excedentes, los parados y los futuros médicos debemos iniciar una suscripción para levantar un monumento que perdure en mármol y bronce la memoria de los ínclitos varones inspiradores y coautores del famosísimo Reglamento, que tan bien ha acogido y plasmado en sus artículos las aspiraciones de toda la clase médica rural, y *con espíritu tan acabadamente democrático* (¡QUÉ BIEN SUENA ESTO DE DEMOCRÁTICO!) y sin favoritismos, sin pretericiones y con acendrado espíritu de confraternidad profesional, ha fundido a todos los médicos rurales en un régimen de igualdad de derechos, no ofreciendo para los unos un suculento festín, y dejando a los otros las migajas y los huesos, y, aun para algunos, únicamente la calle para correr.

¡Albricias, compañeros, albricias! De ahora en ade-

lante, gracias al estupendo engendro burocrático con que nos han obsequiado, todos los médicos, todos, hemos asegurado una *existencia digna*; ya no tendremos parados, ni médicos en situación angustiosa; nos han liberado de las imposiciones caciquiles y de clientes soberbios, de todo lo que dificultaba nuestra labor sanitaria. ¡Ahora sí que se va a realizar en el ambiente rural una labor fecunda de sanidad y los médicos rurales vamos a vivir en Jauja!

¡Vamos, hombre, que haber protestado contra el nuevo Reglamento! ¡Somos unos descontentadizos, somos unos desagradecidos! ¡Vamos a no estar conformes con una obra tan perfecta y *acabadamente democrática* que ha venido a darnos a todos una colocación fácil, digna y decorosa!

Ha sido una verdadera lástima que el Sr. Aguila Collantes no se decidiera antes a publicar sus comentarios; de haberlo hecho a tiempo, no nos hubiéramos lanzado algunos impacientes, con impremeditada ligereza, a comentar y criticar desfavorablemente la obra redentora y ecuanime del nuevo Reglamento.

¡Qué felicidad, compañeros! ¡Ya no habrá luchas entre titulares y excedentes, ya los parados no tendrán que preocuparse de hallar una colocación; con el nuevo Reglamento todo va a ser paz, y al que no sea titular se le llevará a casa el nombramiento de una, a elegir de la categoría que la desee!

En fin, que hemos hallado nuestra redención social, profesional y económica, con la ventaja de que la Sanidad nacional ha hecho un formidable progreso, y dentro de poco vendrán del extranjero a estudiar nuestra organización sanitaria y a contemplarnos a los médicos rurales nadando en la abundancia, sin que haya en toda España un médico parado. Esto va ser Jauja, sí; Jauja para los médicos rurales, que, gracias al nuevo Reglamento *gestado y dado a luz*, vamos a disfrutar de una alegría y bienestar inconcebibles.

Es difícil que nos seduzcan engañosos espejismos; es difícil que nos convenza de que no se ha podido hacer labor más acabada; nosotros demostraremos al señor Aguila Collantes y a todo el que nos lea que como obra redentora de la clase médica es deficiente, y como OBRA SANITARIA nada representa ni supone para el progreso, ni para la mayor eficacia de la Sanidad nacional, que está en bien precaria situación de ser provechosa y eficiente.

Aunque la mejor respuesta al Sr. Aguila Collantes son nuestros artículos y nuestra campaña desarrollada en la serie de los mismos que con el título de "Temas del momento" venimos publicando en EL SIGLO MEDICO, no renunciaremos a demostrar que se ha hecho una labor ficticia, sin eficacia técnica y sin valor redentor para los que, laborando en el ambiente rural, nos vemos aún sometidos a los mangoneadores locales y a la incomprensión y cerrilidad de los que aún pueden cerrarnos la despesa, si no en todo, en una gran parte.

El nuevo Reglamento, aun concediéndole que pueda llenar en parte ciertas aspiraciones egoístas, deja en el aire otra aspiración que, más o menos veladamente, se ha insinuado: la de que el sanitario rural *sea un técnico de verdad*, sea una realidad, y lo sea por su capacitación y su independencia. Esto no se ha recogido en el nuevo Reglamento.

Nos hallamos, Sr. Aguila Collantes, en dos polos opuestos: el uno a demostrar que, como el doctor Pan-

glós del *Don Cándido* o el optimismo de Voltaire, vamos a vivir en el mejor de los mundos posibles, y el otro, dispuesto a demostrar que el nuevo Reglamento es una de tantas disposiciones que, además de no venir a llenar ninguna laguna ni en el terreno sanitario ni en el económico-social, sólo puede servir de enervante estupefaciente que embote y aclare los clamores de los que, deslumbrados con la más aparente que real mejora en él al parecer contenida, se sientan satisfechos, hasta que la realidad venga a demostrarles que, aun con la ley de Coordinación Sanitaria y el Reglamento, les será la vida imposible en una localidad el día que, en cumplimiento de sus deberes o por otra causa cualquiera, se le enfrenten los caciques del pueblo. Y lamentamos que toda esta nueva ley, por falta de base y de ambiente, por falta de viabilidad, esté condenada a morir sin pena ni gloria, ya que ello sienta el precedente de que la labor sanitaria en España tropieza siempre con el obstáculo invencible de algo con fuerza bastante para anularla.

Esperemos a que el Sr. Aguila Collantes termine sus comentarios para conocer su obra completa, y si no punto por punto, como él, sí con la necesaria extensión, haremos uno o dos artículos destinados a demostrar la tesis aquí enunciada.

Y no quiero terminar este artículo sin dedicar unas líneas a los espontáneos defensores que les han salido a los Sres. Pérez Mateos y Palanca, a los que se ha mezclado en este asunto, a mi juicio, sin motivo. Supone alguno, tal el Sr. Vaquero Hernández en un artículo titulado "Hay que salvar a España", publicado en *Vida Médica*, que por casualidad ha caído en mis manos, que los comentarios hechos contra el nuevo Reglamento van contra los señores arriba citados. ¡Pero, señor mío, si todos sabemos que la participación que ellos pueden haber tenido en esa obra se ha reducido a patrocinarla, sin acaso haberse tomado la molestia de estudiarla, confiando en que les entregaban algo de más enjundia y eficacia!

A ninguno de los señores tan innecesariamente traídos a esta polémica nos dirigimos los que comentamos el Reglamento, sino a éste. Ni el Sr. Palanca ni el señor Mateos han de molestarse porque censuremos el nuevo reglamento; para éste, nuestra justa y merecida crítica; para aquéllos, nuestra gratitud por cuanto han hecho en pro de la Sanidad y de los sanitarios.

Creo poder afirmar que, como yo, los que han comentado el Reglamento no pensaron jamás ni aun en rozar la honorabilidad de estos señores, ni menos desagradecerles su buen deseo en favor de los médicos rurales; vamos contra lo que nos parece deficiente o ineficaz, y lucharemos sin descanso por la realización de la que consideramos obra de redención y progreso de la Sanidad y de los sanitarios.

Nuestra campaña. Sr. Vaquero Hernández. no responde a una labor de crítica negativa, no; lea, si no la ha leído en *EL SIGLO MEDICO*, la labor que venimos realizando en este sentido, y se convencerá de que vamos hacia una obra constructiva y eficaz de redención del proletariado médico (lo es todo el grupo rural) y de progreso de la Sanidad nacional, sin egoísmos, sin favoritismos, sin preferencias odiosas; vamos en busca de una solución del pavoroso problema médico, sin olvidarnos de los que tienen hambre y sed, no sólo de justicia, sino también de una colocación decorosa, como informados, no en el espíritu ni en los principios que nos

regaló la Revolución francesa, Sr. Vaquero, sino en el bien de la Sanidad española y en las justas aspiraciones y anhelos de todos los médicos rurales, sin distinción de matices ni situaciones, animados por el ideario del Crucificado, laborando por todos y para todos.

Y terminaré por hoy, no sin lanzar un nuevo requerimiento a TODOS LOS MEDICOS para que se sumen a nuestra campaña. COMPAÑEROS, ESPERAMOS VUESTRA ADHESION A ELLA; CONFIAD EN NOSOTROS; OS LLEVAREMOS AL TRIUNFO, Y ESTE SERA PARA TODOS. ESCRIBIDNOS; YA SOMOS UN FUERTE NUCLEO; PERO NECESITAMOS QUE NOS SECUNDEIS TODOS. ¡TODOS A LA LUCHA, TODOS! ¡TODO POR LA SANIDAD Y POR LOS SANITARIOS!

En estos días he recibido cartas de algunos compañeros sumándose a nuestra campaña, en las que nos alientan a proseguir en ella sin descanso y sin vacilaciones; en alguna carta nos señalan situaciones angustiosas en que la nueva ley y Reglamento coloca a los firmantes. *A todos les damos las gracias*, y ya les escribiré particularmente con instrucciones para el mejor éxito de nuestra acción común. A todos las gracias. No desmayéis. ¡OS LLEVAREMOS AL TRIUNFO! *Haced propaganda entre vuestros amigos y entre los que, como vosotros, sientan ansias de completa redención.*

DR. ANASTASIO PÉREZ GONZÁLEZ.

Villanueva del Campo (Zamora), diciembre de 1934.

SECCION OFICIAL

ORDEN

Ilmo. Sr.: Visto el proyecto de Reglamento formulado por el Cuerpo Médicoescolar de Madrid, y en armonía con lo establecido en el Decreto de 5 de julio de 1933,

Este ministerio ha tenido a bien aprobar, en todas sus partes, el adjunto Reglamento, que habrá de regular la actuación y funcionamiento del Cuerpo Médicoescolar de Madrid y su Dispensario.

Lo que digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Madrid, 20 de diciembre de 1934.—*Filiberto Villalobos.*

Señor director general de Primera enseñanza.

PROYECTO DE REGLAMENTO DEL CUERPO MÉDICOESCOLAR DEL ESTADO

Preámbulo.

Inspirados en el preámbulo del Decreto de 5 de junio de 1933, que reorganiza el Cuerpo Médicoescolar, y para cumplir lo que en su artículo 10 se determina, referente a la elevación a vucencia de un proyecto de Reglamento orgánico del Cuerpo Médicoescolar, se anticipan las presentes consideraciones, que pretenden justificar y aclarar las ideas y el sentido directriz que lo han informado.

Se trata, lo primero, de atender lo que en el referido Decreto se encarece, o sea "la amplitud del problema", pero con un criterio aún más generoso, puesto que no se limita lo proyectado a Madrid, sino que procura extenderlo a toda España, cumpliendo de esta manera, por otra parte, lo legislado ya (Reales decretos de 20 de septiembre de 1913 y 23 de abril de 1915) y nunca dero-

gado; es decir, deseando dar realidad a lo que está en vigor sólo en la ley. Esa extensión a toda la nación no contradice lo también expuesto en el mencionado preámbulo de "atribuir al Servicio de Inspección médica una extensión incompatible con la notoria escasez de personal debidamente especializado y con las disponibilidades presupuestarias", porque se dispone con características análogas a las de Madrid sólo las de las capitales, y con otras particulares la de los distritos rurales y las de los pueblos. Con ello se provee al organismo de una "flexibilidad" en un todo contraria a la "rigidez" lamentada en el repetido preámbulo, y al mismo tiempo se huye de la centralización excesiva, también anatematizada en lo que precede a la parte dispositiva del Decreto que se está cumplimentando.

Por otra parte, se estima de absoluta necesidad para el desenvolvimiento del organismo médicoescolar en todo el país el criterio amplio reflejado en el Reglamento que se propone, sin que por ello caiga en el defecto impugnado de "grandes proyectos sin base presupuestaria", por dos razones: una, la que se impone de modo urgente de atajar la fragmentariedad y el caos en que actualmente se encuentran los análogos servicios que en España actúan, adoptando, al fin, un Código regulador y coordinador, y otra, la de que existe un medio de "no ser gravosa en nada para el Erario público" la implantación del servicio en toda España, aceptando lo que sugiere en el Reglamento que se presenta, de incorporar al mismo la inspección de las Escuelas privadas, mediante un exiguo canon que cada uno de sus escolares había de satisfacer al Estado por su ficha médicoescolar. Mediante él, queda con holgura colmada toda la exigencia económica del organismo médicoescolar nacional. En consonancia con esto que antecede, y siempre con la finalidad de una mayor eficacia de la función, se propone la ampliación del Servicio a la Segunda enseñanza, puesto que es la que en realidad corresponde en otros Centros, a la total inspeccionada en las escuelas públicas nacionales y municipales, o sea abarcando las edades de tres a quince años.

Finalmente, hace hincapié marcado sobre el hecho de que la función del Servicio ha de ser, no puramente sanitario, sino sanitariopedagógico, es decir, "genuinamente médicoescolar", dependiendo, por lo tanto, absolutamente y nada más que del Ministerio de Instrucción pública, al que solicitamos la aprobación del Reglamento que a continuación se expone.

Reglamento orgánico del Cuerpo Médicoescolar del Estado

Artículo 1.º De acuerdo con los Reales decretos de 16 de junio de 1911, 20 de septiembre de 1913 y 23 de abril de 1915, se ratifica el carácter nacional y obligatorio de la Inspección Médicoescolar del Estado en todo el territorio español.

Constitución y organización del Cuerpo.

Art. 2.º La Inspección Médicoescolar del Estado estará formada por los médicos escolares y especialistas que actualmente la integran, como consecuencia de las oposiciones de 1928 y 1934, y los que posteriormente ingresen según las normas que más adelante se establecen.

Todos los médicos escolares formarán un escalafón único, cuyo número 1 será el decano del Cuerpo, con las categorías impuestas por el orden de antigüedad en

el ingreso y las puntuaciones de su calificación. Los especialistas tendrán un escalafón aparte del Cuerpo general, y los ascensos serán exclusivamente, dentro de su especialidad respectiva, por orden de antigüedad y número.

Art. 3.º La Inspección Médicoescolar del Estado tendrá un "Núcleo Inspector Central" en Madrid y tantas representaciones provinciales del escalafón general y otras auxiliares como permita la progresiva implantación de estos servicios en el resto de España.

Art. 4.º Este "Núcleo Inspector Central" quedará constituido por:

- a) Inspectores Médicoescolares Jefes de distrito.
- b) Inspectores Médicoescolares auxiliares.
- c) Médicos especialistas de Dispensario.
- d) Médicos auxiliares de Dispensario.

Los especialistas serán:

Un dermatólogo, un laringólogo, uno de morfología y constitución, uno de pulmón y corazón, un psiquiatra psicotécnico, uno de análisis clínicos, un radiólogo, un oftalmólogo y dos odontólogos.

Los cinco auxiliares de Dispensario serán:

Un dermatólogo, un laringólogo, uno de pulmón y corazón, un oftalmólogo y un odontólogo.

Art. 5.º A medida que los medios económicos lo permitan, se ha de aumentar este número, hasta conseguir el más completo servicio de la Inspección Médica de los escolares.

Art. 6.º Esta organización en Madrid servirá de modelo para los núcleos provinciales que en su día se formen.

Art. 7.º El número de distritos médicoescolares será proporcional a la población escolar.

Art. 8.º Existirá una ficha médicoescolar general para toda España y tantas fichas especiales como convenga a los fines de la Inspección Médicoescolar del Estado.

Art. 9.º La Inspección Médicoescolar del Estado dependerá exclusivamente del Ministerio de Instrucción pública, y en él tendrán sus oficinas.

Por el Ministerio de Instrucción pública se arbitrarán los elementos y el personal subalterno de oficinas necesario para las labores de estadística, traducciones, propagandas, copias, etc., inherentes a los trabajos que ha de desenvolver la Inspección Médicoescolar.

Art. 10. El Cuerpo Médicoescolar del Estado confeccionará un Reglamento interno para la buena marcha y cumplimiento de sus funciones.

Ingreso en el Cuerpo.

Art. 11. El ingreso en el Cuerpo será siempre por concurso-oposición, ya libre o restringido, en turno alternante.

Art. 12. El concurso-oposición, en cada caso, se regirá por lo preceptuado en el artículo 4.º del Decreto de 5 de junio, publicado en la *Gaceta* del 7 de junio de 1933, y según los preceptos generales que regulan las oposiciones a cátedras en aquellos extremos que no hubiesen sido previstos en el citado Decreto.

Art. 13. El médico escolar está autorizado a tener médicos temporeros en calidad de alumnos que le auxilien en su labor práctica de distrito o Dispensario, y estos alumnos no contraerán por ello mérito alguno que les permita entrar en el Cuerpo de otra forma que no sea la de concurso-oposición.

Ascensos y vacantes.

Art. 14. Se ascenderá en el Cuerpo por orden riguroso de antigüedad en el Escalafón, tanto para los médicos escolares como para los especialistas.

Art. 15. Las vacantes se anunciarán a concurso de traslado, en el plazo máximo de seis meses, y en ningún caso serán nombrados interinos que las desempeñen, si quiera sea transitoriamente.

Art. 16. Todas las vacantes y plazas de nueva creación se cubrirán por concurso general entre los médicos del Escalafón correspondiente, por turno de antigüedad, y la resulta de este concurso se proveerá con arreglo a lo preceptuado en los artículos 11 y 12.

Permutas, excedencias y permisos.

Art. 17. Por causas justificadas podrán establecerse permutas entre los individuos del Cuerpo de la misma categoría, siempre que éstas se tramiten por conducto reglamentario y con informe favorable del Inspector-Jefe.

Art. 18. Las excedencias podrán solicitarse desde el primer día de ejercicio, pero sólo por motivo ineludible, siendo informada por el inspector-jefe y concedida por el director general de Primera enseñanza. Pasado una año, como mínimo, el excedente podrá volver al servicio activo, teniendo derecho a ocupar la primera vacante desierta en el concurso de traslado a que se refiere el artículo 15 de este Reglamento.

Art. 19. El inspector-jefe del Cuerpo podrá conceder permisos de ocho días improrrogables, para asuntos propios, en cada semestre. Los permisos de más de ocho días y menos de un mes los concederá el director de Primera enseñanza, con iguales limitaciones, y las licencias por término de un mes, el ministro, a propuesta del director de Primera enseñanza. En ambos casos necesitará el informe del inspector-jefe del Cuerpo.

Separación y jubilación.

Art. 20. *Separación.*—Según se dispone en los Cuerpos similares, y teniendo en cuenta los Reales decretos referidos en el artículo 1.º, los individuos que compongan el Cuerpo Médicoescolar del Estado se considerarán inamovibles y, por lo tanto, para su separación será necesario formar el oportuno expediente, con audiencia del interesado.

Art. 21. *Jubilación.*—Las jubilaciones se atenderán por completo a la vigente ley de Bases de funcionarios públicos.

Atribuciones del Cuerpo.

Art. 22. Los inspectores médicoescolares y los médicos especialistas constituirán una Junta técnica, cuya presidencia corresponde al inspector-jefe del Cuerpo.

El cargo de inspector-jefe, que será a su vez director nato del Dispensario, recaerá en el inspector médicoescolar que designe el ministro de Instrucción pública.

Art. 23. La Junta técnica queda constituida con arreglo al artículo 7.º del Decreto de 5 de junio de 1933, publicado en la *Gaceta* del día 7.

Art. 24. Por el ministro de Instrucción pública o por la Junta técnica se designará de su seno un subinspector-jefe, un secretario y el director de Boletín y Prensa. A propuesta de la Junta o por resolución del ministro, podrán ser repuestos en sus cargos.

Art. 25. *Corresponde a la Junta técnica:* Evacuar los informes que de ella solicite el Ministerio de Instrucción pública, realizar los estudios que por el mismo

se le encomienden y elevar a la Superioridad la propuesta de cuantas medidas y resoluciones estime convenientes para el mejor cumplimiento de los fines que con la Inspección Médicoescolar se persigue.

Art. 26. a) *Corresponde al inspector-jefe del Cuerpo:* Representar al Cuerpo en los Centros consultivos de que forme parte en concepto de inspector-jefe, pudiendo delegar sus facultades en el subinspector.

Propondrá a la superioridad cuantas reformas estime convenientes el Cuerpo Médicoescolar para cumplir sus fines.

Designará un director-delegado del Dispensario del Cuerpo de especialistas.

Convocará y presidirá todas las reuniones ordinarias y extraordinarias que celebre el Cuerpo Médicoescolar.

Girará las visitas que considere precisas para la organización, buena marcha y desarrollo de la Inspección Médicoescolar en España.

Cumplirá y hará cumplir al personal a sus órdenes las disposiciones sanitarias vigentes, los mandatos de la Superioridad y los recetos contenidos en este Reglamento.

b) *Corresponde al subinspector:* Sustituirá al inspector-jefe en sus ausencias y enfermedades y desempeñará funciones por delegación.

El cargo de subinspector es compatible con sus funciones técnicas, y recaerá en un inspector médicoescolar.

c) *Corresponde al secretario:* Tendrá a su cargo la documentación general del Cuerpo, así como todos los servicios de estadística, archivos, actas y correspondencia.

De acuerdo con el inspector-jefe, contribuirá a la organización general del Cuerpo.

El cargo de secretario es compatible con sus funciones técnicas, y será elegido del Cuerpo general de inspectores médicoescolares.

d) *Corresponde al director del Boletín y Prensa:* Será elegido, indistintamente, del Cuerpo general de inspectores o de especialistas. El cargo será compatible con sus funciones médicoescolares.

Llevará la confección del *Boletín oficial* del Cuerpo, el movimiento de Prensa mundial de la especialidad, que pasará al archivo de Secretaría, así como un índice bibliográfico de actualidad.

Tendrá a su cargo la organización y custodia de la biblioteca del Cuerpo.

Como auxiliares dispondrá de los traductores y personal subalterno que las exigencias del servicio reclame.

Función Médicoescolar.

Art. 28. La Inspección Médicoescolar del Estado tendrá a su cargo las siguientes funciones:

a) Reconocimiento médico de los niños que asistan a los Centros de enseñanza primaria, nacionales, municipales y privados. Igualmente tendrá la alta inspección de los Centros de Segunda enseñanza, oficial y privada.

b) Reconocimiento de los maestros cuando los interesados o el Estado estimen necesario un informe sanitario del maestro.

c) Dictamen higiénico de los edificios de enseñanza.

d) Labor profiláctica en todos sus aspectos.

e) Organización de todos los servicios sanitarios afectos a la enseñanza.

f) Organización de la educación física escolar.

g) Asesorará a los elementos encargados de las cantinas sobre el régimen alimenticio de los niños.

h) Organización de la enseñanza para la preparación de los médicos que han de ocupar las plazas que vayan creándose en la progresiva ampliación del Cuerpo, o las que vayan, así como los cursos para la preparación de las auxiliares sanitarias escolares.

i) Organización de cursillos libres para médicos y maestros.

j) Labor divulgadora general en Centros docentes y sanitarios.

k) Formación de los Tribunales para todas las oposiciones de ingreso en el Cuerpo, concursos o selecciones, así como en el de auxiliares sanitarias escolares.

l) Órgano asesor del Ministerio de Instrucción pública, con representación del Cuerpo Médicoescolar en cada una de las Juntas, Comisiones, etc., que tengan relación con los problemas de la enseñanza.

m) Instrumento de enlace con otras instituciones sanitarias pedagógicas nacionales y extranjeras.

n) Redacción del *Boletín Médicoescolar*, órgano oficial del Cuerpo.

o) Reconocimiento y selección de los niños que formen parte de las colonias escolares.

Deberes y derechos de los inspectores médicoescolares y los especialistas.

Art. 29. Los inspectores médicoescolares y los inspectores médicos auxiliares tendrán los siguientes deberes y deberes:

a) El reconocimiento médico de los alumnos a su ingreso en las escuelas, confeccionando la ficha correspondiente de acuerdo con las normas generales establecidas por el Cuerpo, así como revisar, cada seis meses, todas las fichas de su zona correspondiente.

b) Una visita trimestral, por lo menos, a todas y cada una de las escuelas de la zona correspondiente a su distrito.

c) Practicar las vacunaciones profilácticas obligatorias y contribuir a que lo sean en lo sucesivo las que científicamente vayan demostrando su utilidad.

d) Designar para colonias, casas de reposo, sanatorios, escuelas especiales, etc., en su primer reconocimiento, a todos los escolares que lo necesiten, y comprobar nuevamente esa necesidad con otro reconocimiento de incorporación a colonias, sanatorios, etc.

e) Como director técnico de educación física, hará una ficha especial de cada alumno, en la que se indiquen los juegos y ejercicios físicos que le conviene, procurando que esto se cumpla.

f) Proponer a la Superioridad el pase de los niños anormales físicos y psíquicos a escuelas especiales, y enviar a los especialistas médicoescolares aquellos alumnos que requieran un estudio, diagnóstico o tratamientos especiales.

g) El cierre de locales por causas infectocontagiosas u otras de tipo profiláctico.

h) Resolver las consultas de carácter médico-higiénico que les hagan los maestros de su zona.

i) Dar cuenta por escrito a la Superioridad e los focos epidémicos que observen en su zona, así como las deficiencias higiénicas que encuentren, remitiendo toda clase de datos estadísticos y una Memoria anual, resumen de su labor general, lo mismo que cuantos trabajos de iniciativa juzguen convenientes al mejor desenvolvimiento de su función.

j) Será el jefe inmediato de todo el personal auxiliar a sus órdenes.

k) Su jefe inmediato superior será el inspector-jefe del Cuerpo.

Art. 30. Los inspectores médicos auxiliares serán adscritos a los distritos escolares, previo concurso de antigüedad y colaboración con el inspector médicoescolar, en la forma que éste designe, para la buena marcha del servicio, de acuerdo con la Superioridad.

Art. 31. Los médicos especialistas de Dispensarios y los médicos auxiliares del mismo tendrán los siguientes deberes y derechos:

a) Reconocer en los Dispensarios nacionales a los escolares que les sean enviados por los inspectores médicoescolares, remitiendo a éstos el informe correspondiente.

b) Evacuar cuantas consultas sean hechas por la Superioridad, en relación con el Servicio Médicoescolar, referido a la especialidad respectiva.

c) Girar a los grupos escolares o escuelas de cualquier naturaleza las visitas de inspección que la Superioridad les encomiende, cuando las circunstancias sanitarias o las conveniencias del Servicio Médicoescolar así lo requiera.

Art. 32. Los médicos auxiliares de Dispensarios cooperarán a toda labor que el médico especialista realice en la medida que la Superioridad crea necesario. Cuando el buen gobierno del servicio en el Dispensario lo requiera, se les podrá confiar por la Superioridad la dirección de una consulta de su especialidad con carácter autónomo y responsabilidad propia. En este caso habrá de proporcionar al médico especialista los datos que obtenga de su consulta autónoma para lo previsto en el apartado d) del artículo 31.

Art. 33. El cargo de inspector médicoescolar será incompatible con el ejercicio privado de iguales funciones en los Centros de enseñanza no oficial de su demarcación.

Art. 34. Todo miembro del Cuerpo Médicoescolar puede y debe recurrir a la Superioridad en el caso de cualquier anomalía que observase en relación con su cometido.

Juntas del Cuerpo Médicoescolar.

Art. 35. El Cuerpo Médicoescolar se regirá por un Comité directivo, la Junta técnica y el Pleno del Cuerpo.

Art. 36. Se considerará Comité directivo al integrado por el inspector-jefe, el subinspector, el secretario y el director del *Boletín* y Prensa.

Art. 37. El Comité directivo se reunirá mensualmente, con carácter ordinario, para tratar asuntos de trámite o las distintas incidencias que puedan presentarse a su estudio o deliberación.

Igualmente se reunirá con carácter extraordinario cuando alguno de sus miembros considere de urgencia cualquier asunto a tratar.

Los acuerdos que recaigan en estas reuniones serán dados a conocer a la Junta técnica o al Pleno, bien en la primera junta ordinaria que se celebre o bien convocando una extraordinaria para tal fin.

Art. 38. La Junta técnica se reunirá para tratar de evacuar los informes que de ella solicite el Ministerio de Instrucción pública, realizar los estudios que por el mismo se le encomienden y elevar a la Superioridad la propuesta de cuantas medidas y resoluciones estime con-

venientes para el mejor cumplimiento de los fines que con la inspección médicoescolar se persigue.

Art. 39. Además del estudio y resolución de lo expuesto en el artículo anterior, se reunirá con carácter ordinario cada dos meses para tratar asuntos de trámite y conocer aquellas iniciativas o sugerencias que alguno de sus componentes quisiera proponer, y con carácter extraordinario cuando la importancia o urgencia de algún asunto lo requiera.

Art. 40. Se considera como Pleno a la reunión de todo el personal facultativo, que, convocada por el Comité directivo, se celebrará con carácter ordinario semestralmente, y con carácter extraordinario cuando lo juzgue oportuno el Comité directivo o a petición de la mitad más uno de los miembros que componen el Cuerpo Médicoescolar.

Art. 41. Todos los acuerdos que recaigan en las reuniones a que se refieren los artículos anteriores serán tomados por votación nominal o secreta, según cada caso exija, por mayoría de votos.

Tendrán voz todos cuantos compongan el personal facultativo del Cuerpo Médicoescolar, y voto los que integran la Junta técnica.

Personal sanitario femenino y sanitario administrativo.

Art. 42. El personal sanitario femenino y sanitario administrativo estará integrado por:

Sanitarias agregadas a los servicios de inspección médicoescolar en los distritos.

Secretaria del Dispensario.

Sanitaria, oficial primera del Dispensario.

Sanitaria auxiliar del Dispensario.

Aspirantes sin sueldo, en expectación de destino.

Esta plantilla de personal auxiliar femenino se irá aumentando conforme lo requieran las exigencias del servicio.

Art. 43. Las sanitarias aspirantes que obtuvieran plaza en expectación de destino serán adscritas, voluntariamente, a aquellos servicios que a juicio del Comité directivo necesiten personal auxiliar.

Art. 44. Este Cuerpo auxiliar tendrá un escalafón para toda España, dependiente del Ministerio de Instrucción pública.

Figurarán a la cabeza del mismo la secretaria del Dispensario y la oficial primera del mismo, y los demás puestos serán por orden de antigüedad y puntuación.

Art. 45. El ingreso en el Cuerpo será por oposición libre, y para cubrir las vacantes existentes se tendrá en cuenta lo preceptuado en el artículo 11 del Decreto de 5 de junio de 1933, publicado en la *Gaceta* del día 7 de junio.

Art. 46. Serán funciones de las auxiliares sanitarias escolares:

a) Preparar la labor del médico escolar o especialista, acudiendo al gabinete de zona o al Dispensario las horas que se le indiquen y realizando todo el trabajo auxiliar a ellas encomendado (antecedentes de los niños, datos antropométricos, etc.).

b) Extender y coleccionar las fichas o carpetas escolares, anotando los datos que se le indiquen y colaborando con el médico en la confección de estadísticas.

c) Vigilar, según órdenes facultativas, la toma de baños, duchas, helioterapia, etc., por los niños en sus escuelas, así como el cumplimiento de las disposiciones relativas a las cantinas.

d) Cuidar del orden, limpieza, etc., del local donde se pase la inspección o consulta.

e) Acompañar y ayudar al médico en las visitas que haga en las escuelas de su demarcación.

f) Visitar los hogares de los alumnos que designará el médico, proporcionando a éste cuantos datos considere convenientes y llevando a aquéllos las normas y consejos que fuesen precisos en pro de los escolares y sus familias.

g) Acompañar y auxiliar al médico en las expediciones de colonias escolares.

h) Todas las auxiliares sanitarias escolares y las correspondientes a la parte administrativa tendrán como jefe inmediato al inspector médicoescolar o especialista a quien esté agregada, atendiendo para su trabajo a las órdenes que reciba.

Art. 47. La secretaria y la oficial primera del Dispensario auxiliarán en las funciones correspondientes al Comité directivo, quien determinará la organización de este servicio para su mejor funcionamiento.

Art. 48. Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo ordenado por este Reglamento.

Madrid, 18 de diciembre de 1934.—Aprobado.—*Filiberto Villalobos.*

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid

Altura barométrica máxima, 713,8; ídem mínima, 702,3; temperatura máxima, 13,3°; ídem mínima, 0,0°; vientos dominantes, NNE.

Las infecciones tíficas y paratíficas que vienen evolucionando desde hace varias semanas se muestran tenaces, persistiendo más tiempo que el ciclo medio corriente de duración de dicha enfermedad. Además de estos procesos se han dado algunos casos de erisipela y de abscesos estrep-tocócicos.

En los niños subsisten los catarros de las vías respiratorias, especialmente marcados en los que padecen adenopatías traqueobronquiales.

CRONICAS

Un premio a Alvarez Sierra.—En el concurso de cuentos convocados por nuestra compañera en la Prensa, "La Casa del Médico", de Zaragoza, ha obtenido el primer premio nuestro buen amigo y compañero de redacción, doctor Alvarez Sierra, al que desde aquí felicitamos con todo el cariño que en esta casa sentimos por él.—L. R.

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

Cuatro productos orgánicos Febus.—Los Laboratorios Febus, Wágner, 51, Barcelona, anuncia cuatro de sus preparados químicos en un prospecto que adjuntamos, y que recomendamos su lectura.

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

"Cajal: Su personalidad, su obra, su escuela", por Carlos María Cortezo. Un tomo de 250 páginas. Precio, 10 pesetas. Para nuestros suscriptores, 8 pesetas.

Sil - Al *Silicato de aluminio, fisiológicamente puro*
Laboratorio Gámir, VALENCIA - J. Gayoso, MADRID

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

Cardioetil y Cardioetil Estrícnico

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

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

Tratamiento curativo del estreñimiento Petrosina

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

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

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

Neurotónico

Elixir para vía gástrica. Inyectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina.

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

Ciaticarina

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

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

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

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

CANFORETIL B. MARTIN

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)
En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y un gramo de alcanfor puro

—La de Mojadas (Valladolid), partido judicial de Olmedo; por renuncia; 3.ª categoría; dotación, 2.500 pesetas; 80 familias de beneficencia; población, 1.609 habitantes; provisión por oposición. Solicitudes hasta el 31 de enero de 1935. Derechos de oposición, 30 pesetas.

Datos: Villa a 25 kilómetros de la capital y 17 de la cabeza de partido. La estación más próxima, Valdestillas, a 11 kilómetros.

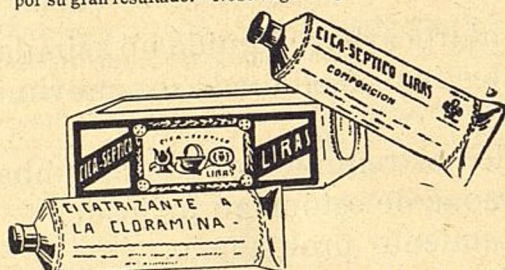
—La de Alcañigo (Toledo); partido judicial de Puente del Arzobispo; por renuncia; 5.ª categoría; dotación, 1.375 pesetas; 30 familias de beneficencia; población, 971 habitantes; provisión por oposición. Solicitudes hasta el 31 de enero de 1935. Derechos de oposición, 30 pesetas.

Datos: Lugar a 141 kilómetros de la capital y 12 de la cabeza de partido. Carretera de Extremadura a dos kilómetros.

Para su provisión en propiedad por concurso, en armonía con lo dispuesto en la Ley de 15 de septiembre

CICA-SEPTICO LIRAS

De sorprendentes resultados en quemaduras, grietas de pechos, úlceras atónicas, forúnculos abiertos y en toda clase de heridas. La clase médica los receta, no por su procedencia castellana, sino por su gran resultado. —Nose pega el apósito a las heridas.



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

Muy eficaz en casos idénticos y se prefiere Cloramina En Centros Farmacéuticos y Farmacias surtidas.

Muestras a médicos.—Laboratorios Liras.—(Burgos) Villadiego.

TRATAMIENTO EFICAZ

**REUMATISMO
YODOVISAL**

Salicilato sosa
YODURO potasa

Muestras y literatura:

**D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA**

**ESQUIZOFRENIA
MANGAN - ARSENILO
Cacodilato de man-
ganeso-Cacodilato
de sosa**

BIFOSFOTIOCOL TOSSES Y CATARROS

VACANTES

—La de Autol, Distrito primero (Logroño), partido judicial de Calahorra; por excedencia; 4.ª categoría; dotación, 1.650 pesetas; 50 familias de beneficencia; población, 3.215 habitantes; provisión por oposición. Solicitudes hasta el 31 de enero de 1935.

Datos: Villa a 44 kilómetros de la capital y 13 de la cabeza de partido. Tiene servicio de carreteras.

de 1932 (artículos 1.º y 2.º) y Reglamento de 7 de marzo de 1933 (artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19), se anuncian las plazas de Médicos titulares-Inspectores municipales de Sanidad siguientes:

La de Villarroya de los Pinares (Teruel) y sus anejos; partido judicial de Aliaga; por renuncia; 2.ª categoría; dotación, 2.787,50 pesetas; 94 familias de beneficencia; población, 2.051 habitantes; provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 1.º de febrero de 1935. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Villa a 49 kilómetros de la capital y 18 de la cabeza de partido. La estación más próxima es la de Teruel.

—La de Aznalcóllar, Distrito segundo (Sevilla); partido judicial de Sanlúcar la Mayor; por renuncia; 2.ª categoría; dotación, 2.750 pesetas; 97 familias de beneficencia; población, 940 habitantes; provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 1.º de febrero de 1935. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

(Continúa en la página siguiente.)

Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO. Carabanchel Alto
DIRECTOR: JAIME ESQUERDO SAEZ



Informes y — AL DIRECTOR { MADRID. — Alfonso XI, 7.—Te-
correspondencia { éfono 26499.—Carabanchel Alto.
Sanatorio. Teléfono 20.

llano. Tampoco en eso les debió nada Cajal a los idiomas extranjeros, que, por otra parte, poseía muy bien. La solidez de sus síntesis doctrinales es muchas veces idiomática.

Cuando en el porvenir se hable de la época de Santiago Ramón y Cajal, una crítica justa sabrá decir lo que ese momento de España le debió a Cajal y lo que Cajal, también, supo aprovechar de ese período español. Sobre las seculares convulsiones de la patria perdura una obra civilizadora que ninguna barbarie circunstancial podrá abaritar.

(De "El Norte de Castilla".)

LOS MAESTROS DE LA CIENCIA

WILLIAM FARR

(1807-1883)

William Farr, fundador de las estadísticas médicas modernas, nació en un modestísimo hogar de Inglaterra. Siendo aún un niño, M. Pryce, hombre de gran fortuna, se interesó por él y le ayudó para que continuase sus estudios hasta la edad de diecinueve años, época en que entró de ayudante del Dr. Webster, cuyas enseñanzas iban a influir en toda su carrera.

El protector de Farr murió en 1829,

ATROPHANTIUM PALLARES

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

dejándole 500 libras para que pudiese terminar sus estudios. Con este viático pudo Farr ir a París e inscribirse en la Facultad de Medicina. Durante los sangrientos días de julio de 1830 auxilió y ayudó a curar a muchos heridos, pues los hospitales se hallaban abarrotados.

Mientras duró su estancia en París, asistió a los cursos de los médicos más eminentes de aquella época. Entonces empezó a comprender la importancia de las estadísticas relativas a la higiene y a la medicina.

Después recorrió Suiza para estudiar el cretinismo, que padecían en ese país ciertos habitantes de la montaña. Uno de sus compañeros de viaje cuenta que un día vió delante de una posada de Martigny a un centenar de cretinos, que el hostelerio había reunido a petición de Farr, el cual iba anotando cuidadosamente las características de cada enfermo que examinaba.

En los comienzos de su carrera, para aumentar los ingresos que le procuraban el ejercicio y la enseñanza de la medicina, escribía para la Prensa médica artículos sobre su tema favorito: las estadísticas demográficas. Entonces esta cuestión interesaba sólo a un nú-

mero muy reducido de personas, y probablemente hubiese predicado Farr en el desierto si el doctor Wakles, fundador, propietario y editor del famoso "Lancet", no se hubiese dado cuenta

S A R N A

Cúrase con **SULFURETO CABALLERO**

de la importancia del asunto y del talento y competencia del escritor. En 1837, Farr publicó un estudio sobre las estadísticas, que consagró definitivamente su reputación y que se ha hecho clásico. Esta obra marca el nacimiento de una ciencia nueva, a cuyo desarrollo dedicó Farr la mayor parte de su vida.

El año 1837 hizo época en la historia de la higiene pública de Inglaterra. En este año se hizo obligatoria la inscripción en los registros de los nacimientos, defunciones y matrimonios. Farr estaba indicadísimo para tomar a su cargo el servicio de estadísticas y, a pesar de que el trabajo era abrumador y muy poco retribuido, abandonó su clientela particular y se consagró por entero durante más de cuarenta años a la reforma de la higiene pública, basada en un sistema uniforme de estadísticas demográficas.

Farr tuvo el talento de seguir empleando sus dotes de periodista al mismo tiempo que desempeñaba el cargo oficial que mencionamos. Cualquiera menos emprendedor que él se hubiese contentado con amontonar cifras y datos en archivos y bibliotecas, perdiéndose la enseñanza viva y concreta que su pluma ágil sacaba de los áridos cálculos de las estadísticas. Tenía un estilo vigoroso, elevado, elegante, y una manera muy personal de presentar el resultado de sus estudios.

Farr se dedicó a cambiar la fraseología vaga empleada entonces por la mayoría de los médicos. En su primer informe sobre la mortalidad señaló la cantidad de nombres que se empleaban para designar una misma enfermedad. Hizo observar, que muchas veces se atribuía el fallecimiento a las complicaciones acaecidas en el curso de la enfermedad más bien que a la enfermedad misma. Gracias a su perse-

CARABAÑA: el mejor purgante

verancia y a su espíritu conciso, William Farr consiguió que la nomenclatura y la clasificación de las enfermedades se hiciesen con arreglo a un método riguroso.

En 1841 publicó un estudio sobre la mortalidad de los locos y, más tarde, sus estudios sobre la mortalidad infantil en los principales países de Europa.

En 1852 redactó su famoso informe sobre la epidemia de cólera que azotó a Inglaterra cuatro años antes. Cuando todavía era desconocido el bacilo del cólera, Farr dió pruebas de una gran clarividencia, afirmando que la base del mal estaba en el estado impuro del agua, convicción que fué duramente combatida por los accionistas de las Compañías interesadas, pero Farr no cesó en su campaña hasta conseguir la purificación del agua de Londres, medida que salvó muchas vidas.

Farr se destacó siempre en todos los Congresos internacionales de estadística a que asistió en representación del Gobierno británico. Su carrera oficial terminó en 1880, falleciendo tres años más tarde.

William Farr fué un "self-made man" en toda la acepción de la frase. Hablaba corrientemente el francés y conocía el alemán y el italiano. Su vasta inteligencia le permitía asimilar asuntos que apenas había estudiado, llegando a ser un matemático de primera fila, a pesar de que sólo había consagrado a esta materia una parte ínfima de sus años de colegio. Alguien que le conoció mucho decía que no podía olvidar la radiante expresión de su semblante cuando llegaba por las mañanas a su despacho con una nueva fórmula, fruto de su trabajo nocturno.

TRATADO PRACTICO DE ETIQUETA Y DISTINCION SOCIAL

DISTRIBUCIÓN ESMERADA POR ASUNTOS
Pedidos al Apartado 121-Madrid

Gran orador, dió en el curso de su vida innumerables conferencias, siendo la más sensacional la que hizo en francés, en 1886, sobre la epidemia de cólera en Londres.

Su gran personalidad, la sencillez de sus gustos, su risa franca y comunicativa, le conquistaron el cariño de todos los que le conocieron, sobre todo de los niños, a los que siempre tuvo gran afecto.

Un hospital aéreo

No ha transcurrido mucho tiempo desde que se pensó por primera vez utilizar el avión para los transportes sanitarios y, sin embargo, ¡cuántos progresos se han realizado!

Los servicios sanitarios del ejército fueron los primeros que se sirvieron del nuevo sistema de transportes. Después se solicitó el concurso de la aviación civil. Actualmente, los constructores emplean dispositivos especiales que permiten transformar rápidamente un simple avión de turismo en avión sanitario.

La Cruz Roja, en busca siempre de nuevos dominios donde ejercer su humanitaria misión, contribuye por todos

los medios al desarrollo de la aviación sanitaria.

La Cruz Roja británica acaba de hacer un ensayo interesantísimo. El 13 de octubre último un avión de 42 plazas, transformado en avión sanitario, voló sobre Londres con todo un equipo de médicos, enfermeras, seudoterapias, y todo el instrumental necesario para cuidar heridos de importancia en el curso de un vuelo.

El objeto de esta experiencia era cerciorarse de la posibilidad de transportar en un avión a varios enfermos al mismo tiempo, y prodigarles durante el trayecto la asistencia necesaria.

La Cruz Roja británica piensa establecer en su territorio una serie de puestos de socorro, unidos entre sí por un servicio de transporte sanitario aéreo.

96% de médicos de España a los CONVALESCENTES les receta Elixir CALLOL

La Cruz Roja en 1934

Los cambios operados en las condiciones económicas y sociales durante estos últimos años han repercutido en las actividades de la Cruz Roja en 1934.

La miseria provocada por el paro forzoso ha obligado a las Sociedades nacionales a multiplicar la red de sus obras sociales, imponiéndose nuevas cargas, pero demostrando al mismo tiempo las posibilidades de adaptación que tiene la Cruz Roja.

Los dirigentes responsables de sus actividades en el mundo han tenido en 1934 la satisfacción de ver sus pasados esfuerzos y sus proyectos para el futuro unánimemente aprobados por la XV Conferencia Internacional de la Cruz Roja, celebrada en Tokio, y a la que asistieron 252 delegados, pertenecientes a 57 naciones.

En este año fueron reconocidas oficialmente por el Comité Internacional de Ginebra dos nuevas Sociedades: la Media Luna Roja de Irak y la Cruz Roja de Nicaragua.

Ambas Sociedades, lo mismo que la Alianza de Cruces y Medias Lunas Rojas de la U. R. S. S., forman parte de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, que agrupa ahora a las 61 Sociedades reconocidas.

Por otra parte, se puede considerar como muy satisfactorio el desarrollo de la actividad de ciertas Sociedades nacionales en las colonias o dependencias de ultramar.

A pesar de las dificultades de los tiempos presentes, el número de miembros de la Cruz Roja en el mundo aumenta sin cesar. A fines de 1933 era de 25.900.000 (13.300.000 adultos y 12.600.000 "juniors"), y a fines de 1934 cuenta 28.600.000 (14.310.000 adultos y

14.290.000 "juniors"). Este magnífico resultado se debe, en gran parte, al sistema adoptado por la mayoría de las Sociedades de consagrar un "día" o "semana" anual al reclutamiento de socios, haciendo una propaganda intensa a favor de la Cruz Roja.

En el dominio de los socorros hay

ALMORRANAS Internas, externas y afeciones del recto. Medicación hemorroidal completa.

Doctor RIBALTA -- Prospectos gratis.

Rambla Cataluña, 44. BARCELONA

que lamentar, como todos los años, numerosas calamidades, que han obligado a intervenir a las Sociedades nacionales. Una de las más graves fué el terremoto de la India, que devastó completamente las provincias de Orissa y Bihar. Con este motivo se hizo un llamamiento internacional, y otro, cuando un huracán asoló parte del territorio de la República de El Salvador. Las demás catástrofes ocurridas en 1934 no reclamaron una acción internacional. Citaremos entre los siniestros a que tuvo que hacer frente la Cruz Roja, las inundaciones en Argentina, Persia, Polonia y Checoslovaquia; temblores de tierra en Albania y Argentina; tornados en Bélgica y en El Salvador; incendios en el Japón y en Curaçao, y tifones y avalanchas en Japón y Córcega. Sólo la Cruz Roja norteamericana gastó para socorrer a las víctimas de diferentes catástrofes, en los Estados Unidos 1.625.000 dólares.

La instalación de puestos de socorro en carretera se ha desarrollado considerablemente en muchos países, y la aviación sanitaria despierta cada día mayor interés en las esferas de la Cruz Roja. Con este motivo, recordaremos que en las dos reuniones oficiales celebradas en la Secretaría de la Liga se han discutido los problemas relacionados con la aviación sanitaria y que ciertas Cruces Rojas han organizado cursos para la formación de enfermeras-pilotos y enfermeras-convoyantes de aviación.

Caracteriza las actividades de hi-

Borolumyl (sin bromuro), medicamento racional y muy activo contra la EPILEPSIA VOMITOS DEL EMBARAZO. Tolerancia absoluta. Sedante del sistema nervioso.

giene la extensión de las obras de asistencia social organizadas por la Cruz Roja. No disponemos aquí de espacio suficiente para citar detalladamente el desarrollo dado en 1934 a las consultas, maternidades y dispensarios que contribuyen en tan gran escala a aliviar el sufrimiento y a preservar la salud. Todas estas actividades llevan en

si su propia recompensa, pues constituyen la mejor propaganda para las Sociedades nacionales de la Cruz Roja.

Los servicios de transfusión de sangre organizados por las Sociedades nacionales desde hace pocos años tienden a generalizarse cada vez más. También se han emprendido nuevas iniciativas, como el Comité de asistencia para los extranjeros, creado por la Cruz Roja belga, y la organización de un asilo para viajeros, obra de la Cruz Roja polaca.

Las enfermeras de la Cruz Roja se han aplicado particularmente a precisar el papel que pueden desempeñar en las catástrofes. También se ha estudiado la formación de auxiliares voluntarias para la acción de socorros en tiempo de calamidades públicas. El acontecimiento más importante de 1934 ha sido la inauguración de la Fundación Florence Nightingale, que ha tomado la sucesión de los cursos de perfeccionamiento instituidos en 1920 por la Liga de Sociedades de la Cruz Roja. La Fundación ha debutado bajo los mejores auspicios, y el interés que despierta permite augurarle un gran desarrollo.

La Cruz Roja Juvenil puede estar orgullosa del balance de 1934. Actualmente, 50 Sociedades nacionales tie-

ARTE GRAFICO

Fotografado. Hortaleza, 21. Tel. 14623

Especialidad en trabajos para Laboratorios

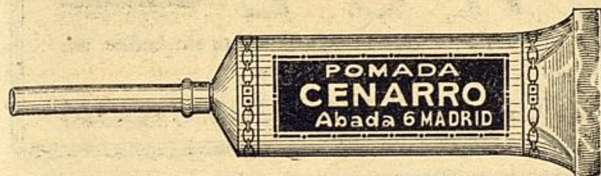
nen una Sección Juvenil en plena prosperidad. Los intercambios de correspondencia interescolar se han acentuado en casi todas las secciones nacionales, y la estadística acusa en el pasado año escolar un total de intercambios que se eleva a 6.072.

El Comité Internacional de Ginebra y la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, que actúan en estrecha colaboración, han mantenido sus relaciones con las otras organizaciones internacionales que persiguen fines similares, y, principalmente, con la Unión Internacional de Socorros, cuyo servicio central se halla a cargo del Comité y de la Liga.

Durante el año 1934, la Liga de Sociedades de la Cruz Roja ha recibido el Premio de Honor de la Federación Internacional de Salvamento, que le fué remitido en París en el curso de una sesión solemne. En 1934 se celebraron el septuagésimo aniversario de la creación de la Cruz Roja y el decimoquinto de la fundación de la Liga. Ha coronado este año la celebración en Tokio de la XV Conferencia Internacional de la Cruz Roja, que, por sus resultados y manifestaciones, dejará imperecedero recuerdo en todos los que tomaron parte en sus trabajos.

La Cruz Roja ve abrirse ante ella el año 1935 henchida de esperanzas.

ALMORANAS



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

Datos: Villa a 28 kilómetros de la capital. Carretera a Sevilla.

—La de Villalcázar de Sirga (Palencia); partido judicial de Carrión de los Condes; por defunción; 4.ª categoría; dotación, 1.650 pesetas; 20 familias de beneficencia; población, 940 habitantes; provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 1.º de febrero de 1935. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Villa a 39 kilómetros de la capital y cinco de la cabeza de partido. La estación más próxima, Prómista, a 14 kilómetros.

—La de Bustarviejo (Madrid); partido judicial de Torrelaguna; por defunción; 3.ª categoría; dotación, 2.200 pesetas; 28 familias de beneficencia; población, 1.472 habitantes; provisión por concurso restringido de méritos. Solicitudes hasta el 1.º de febrero de 1935.

Datos: Villa a 55 kilómetros de la capital y 15 de la cabeza de partido. La estación más próxima, Colmenar Viejo, a 29 kilómetros.

—La de Termantas (Logroño); partido judicial de Santo Domingo de la Calzada; por renuncia; 5.ª categoría; dotación, 1.375 pesetas; cuatro familias de beneficencia; población, 673 habitantes; provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 1.º de febrero de 1935. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Villa a 58 kilómetros de la capital y 14 de la cabeza de partido, que es la estación más próxima.

—La de Quintanilla del Olmo y su anejo (Zamora); partido judicial de Villalpando; por renuncia; 3.ª categoría; dotación, 2.200 pesetas; seis familias de beneficencia; población, 542 habitantes; provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 4 de febrero de 1935. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Lugar a 54 kilómetros de la capital y cuatro de la cabeza de partido. La estación más próxima, Villanueva del Campo, a 10 kilómetros.

—La de Calaceite (Teruel); partido judicial de Valderrobres; por renuncia; 3.ª categoría; dotación, 2.200 pesetas; 30 familias de beneficencia; población, 2.751 habitantes; provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 4 de febrero de 1935. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Villa a 140 kilómetros de la capital y 25 de la cabeza de partido. La estación más próxima, Mora la Nueva, a 44 kilómetros. Tiene servicio de carretera.

—La de Reznos y sus anejos (Soria); partido judicial de Soria; por renuncia; 2.ª categoría; dotación, 2.750 pesetas; seis familias de beneficencia; población, 1.484 habitantes; provisión por concurso restringido de antigüedad.

(Continúa en la página siguiente).

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de *Lactuca scariola*

ACCION RAPIDA Y SEGURA

calma la tos
facilita la expectoración
reanuda el estado general

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

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS CRONICALES

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.

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO BENGALAIS

Eficaz, Agradable e inofensivo.

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

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)

Solicitudes hasta el 4 de febrero. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Lugar a 43 kilómetros de la capital. La estación más próxima, Tordesalas, a seis kilómetros.

—La de Quintana del Puente (Palencia); partido judicial de Baltanás; por renuncia; 5.^a categoría; dotación, 1.375 pesetas; 10 familias de beneficencia; población, 556

habitantes; provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 4 de febrero de 1935. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Villa a 28 kilómetros de la capital y 16 de la cabeza de partido. Tiene buen servicio de carreteras.

—La de Marbella, Distrito segundo (Málaga); partido judicial de Gaucín-Marbella; por renuncia; 1.^a categoría; dotación, 3.300 pesetas; 240 familias de beneficencia; población, 9.041 habitantes; provisión por concurso restringido de antigüedad. Solicitudes hasta el 4 de febrero de 1935. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Ciudad, cabeza de partido, a 56 kilómetros de la capital. La estación más próxima, Fuengirola y Cartouna, a 30 kilómetros. Carreteras a Málaga y Cádiz.

—La de Cuevas de San Marcos, Distrito segundo (Málaga); partido judicial de Archidona; por renuncia; 2.^a categoría; dotación, 2.750 pesetas; 225 familias de beneficencia; población, 5.056 habitantes; provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 4 de febrero de 1935. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Villa a 103 kilómetros de la capital y 22 de la cabeza de partido, que es la estación más próxima. Tiene buen servicio de carreteras.

(Continúa en la página siguiente.)

DE GRAN INTERES

Obra nueva TERAPEUTICA FUNDAMENTAL DE LA TUBERCULOSIS

POR EL DR.

VALDES LAMBEA

Jefe de los servicios de Tuberculosis del Hospital Militar de Madrid y profesor de Fimatoología del Ejército.

Lecciones para médicos generales y estudiantes

Precio del ejemplar, 10 ptas.

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

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

PODEROSO ANTISEPTICO DE LAS INFECCIONES DE LOS OJOS
LAVADOS Y BAÑOS OCULARES

INDICACIONES: Conjuntivas, úlceras de la córnea, oftalmias, tracoma (granulaciones), orzuelos, dacriocistitis (fístula lacrimal), blefaritis (inflamación de los párpados), caída de las pestañas, formación de forúnculos, costras, abscesos, etc., etc.

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

Com.: Cía. hidrargvr., 0,02 gr.—Ac. carbazot, 0,01 gr.—Sal. seda.
Homborg, 6 gr.—S. Clorenalina, XX gotas.—Ag. bidestilada, 300 gr.

LABORATORIO IBERIA :- Rambla Moncada, 29 :- VICH (Barcelona)

Acción derivativa, descongestiva y antiflogística se obtiene en todos los casos con el

Veigatorio líquido del Dr. Masó Arumí

INDICACIONES: PLEURESÍAS — NEUMONÍA — NEURITIS — CIÁTICA, ETC.

Muestras y literatura: Farmacia del DR. NADAL. — Rambla de Canaletas, 1. — BARCELONA

JARABE CLOOFOSFATO CALCICO GELATINOSO ALMERA

es el preparado de fosfato de cal de más fácil ABSORCIÓN y el más ASIMILABLE
Superior a todos sus similares, siendo el más activo de todos los reconstituyentes



Más de 37 años de éxito creciente

De venta en: Xucía, 21, Barcelona, en la Farmacia Almera y Laboratorio, P.^a de Guimerá, 14, Vilasar de Mar y en las principales Farmacias y Droguerías

superar la dosis de dos unidades H, y será siempre constituida por rayos duros y filtrados por seis mm. de aluminio.

Esplenomegalias de origen palúdico.—La terapéutica de las afecciones del bazo, de origen malárico, se ha afirmado en estos últimos tiempos por medio de nuevos estudios sistemáticos, mostrándose particularmente eficaz para el tratamiento de las esplenomegalias y actuando de un modo secundario sobre la crisis sanguínea con rectificación precoz del valor linfocitario. Las modalidades técnicas son, en la mayor parte de los casos, análogas a las usadas en las otras afecciones esplénicas, esto es, conviene irradiar en dosis escalonadas el órgano entero, no superándolas, bajo filtro de aluminio, de cuatro a seis mm., con irradiaciones iguales a 25-30 cm. S. E. Sobre la cuestión de la eficacia de las dosis mínimas excitantes, la mayoría de los experimentadores concuerdan en excluir un poder terapéutico real de radiaciones en cantidad inferior a las dosis usadas normalmente.

Mucosis fungoides.—La Röntgenterapia ha transformado completamente el pronóstico y el tratamiento de esta lesión, considerada antes de rápido curso y pronóstico infausto. Hoy, en cambio, en virtud de la extrema sensibilidad de estas neoformaciones, frente a las radiaciones Röntgen se puede asegurar a los pacientes un período de curación relativamente largo. La irradiación obra especialmente sobre los tumores que se colocan con extraordinaria rapidez, mientras las ulceraciones cicatrizan y la piel vuelve a tomar un aspecto casi normal. También el prurito se atenúa, para desaparecer en poco tiempo. El tratamiento no exige el empleo de dosis elevadas, en virtud precisamente, de la gran radiosensibilidad de las células conectivas embrionales, de los linfocitos y de los mononucleares que constituyen el tumor. Una irradiación de seis unidades H, filtrada por 2 mm. de aluminio es más que suficiente para determinar la

Primera. Leucemia mieloide, en la que se nota una leve disminución de los glóbulos rojos y un notable aumento de los mieloblastos, mielocitos neutrófilos, acompañados de fuerte esplenomegalia y frecuente hepatomegalia.

Segunda. Leucemia linfoide, en la que predominan los linfocitos acompañados de hiperplasia de los órganos linfáticos.

En todas estas afecciones los órganos hematopoyéticos son notablemente modificados por la acción radioterápica. En efecto, el bazo disminuye rápidamente de volumen: de ordinario, la regresión comienza a notarse hacia el décimo día después de las aplicaciones, y la mejoría sobreviene rápidamente, pero no es nunca completa. Las sensaciones acusadas por el enfermo durante el período de cura son varias: porque, a veces, mientras el enfermo tiene la sensación neta de un verdadero desahogo, en otros casos la regresión se acompaña de fuertes dolores, debidos, con toda probabilidad, al estiramiento de adherencias peritoneales. En las formas con poliadeno patía preponderante se observa una regresión más rápida de los ganglios. La sangre es particularmente modificada en su fórmula leucocitaria cualitativa y cuantitativamente.

En efecto, después de cinco o seis aplicaciones, el número de los leucocitos disminuye notablemente de modo más o menos rápido, pero siempre progresivo: esta variación depende de la resistencia orgánica del paciente, de la técnica y de las dosis de irradiaciones empleadas. Las modificaciones varían cualitativamente según se trate de leucemia mielógena o linfática. En la primera disminuyen los mielocitos de manera que la proporción desciende del 40 ó 50 por 100 hasta el 1 por 100. En la segunda, la disminución de los leucocitos es más lenta, pero más regular. Todos los leucocitos disminuyen de número; los linfocitos, de un modo más acentuado, de ma-

nera que la relación, que llegaba antes al 90-95 por 100, caerá hasta el 70 por 100, permaneciendo siempre, no obstante, por encima de la normal.

También sobre los glóbulos rojos se nota la influencia de las irradiaciones, aumentando de número y de volumen después de algunas aplicaciones, de modo que aumenta también notablemente el valor globular de la sangre. Entretanto, el estado general del paciente mejora discretamente, vuelven las fuerzas mientras disminuye la fiebre y cesan los vértigos y la albuminuria. En la leucemia mieloide es en la que se obtienen mejores resultados: la disminución de la leucocitosis, el aumento de los hematíes, la regresión del bazo y la mejoría del estado general constituyen siempre un índice de pronóstico bueno temporal, pero la curación, aun siendo a veces casi completa, no es nunca definitiva.

Es, pues, necesario, vigilar siempre al paciente, y recomenzar la cura al menor signo de recidiva; sin embargo, las irradiaciones sucesivas son siempre menos eficaces, hasta que llegan también a ser incapaces de detener y aun retardar el éxito fatal de la enfermedad. Ningún incidente de gravedad acompaña a la terapéutica radiológica de estas enfermedades, porque los vómitos, las náuseas y los vértigos que a veces se observan en los primeros días de tratamiento son siempre fugaces y de breve duración. El mecanismo de acción de los rayos Röntgen es todavía muy discutido: mientras unos autores creen en la desaparición de los leucocitos, como consecuencia de las modificaciones de sus órganos de producción, otros piensan que los leucocitos son directamente destruidos en la sangre circulante, y otros, aún, admiten la formación de una leucolisina especial, originada por los leucocitos destruidos y capaz, a su vez, de destruir otros leucocitos.

Las irradiaciones en la leucemia mieloide serán practicadas sobre el bazo y sobre las epífisis de los huesos

largos: en la leucemia linfóide se irradiarán todos los ganglios hipertrofiados. Es necesario atacar estos órganos con dosis elevadas: se emplearán, por tanto, rayos duros y muy filtrados (6 a 10 mm. de aluminio). Se hará un verdadero ciclo de irradiaciones sobre las diversas zonas; y la superficie esplénica será dividida en varios sectores, aplicando todos los artificios de técnica de la terapéutica profunda para poder hacer converger sobre los órganos hematopoyéticos la máxima dosis posible sin lesiones en la superficie cutánea.

Linfadenia aleucémica.— Este síndrome, constituido por una verdadera hipertrofia ganglionar sin leucemia, se modifica favorablemente por la Röntgenterapia. Los tumores aleucémicos, constituidos por tejido linfóide, son extremadamente sensibles a los rayos Röntgen, quizá de mayor modo que las adenitis tuberculares. Es inútil, por eso, en estos casos emplear dosis radiológicas superiores a las seis unidades H, que, constituidas esencialmente por rayos duros y filtrados por ocho mm. de aluminio y repetidas cada veinte días, serán más que suficientes para determinar la regresión de tales tumores.

Enfermedad de Hodgking.— Esta linfogranulomatosis se muestra poco sensible a los efectos de las radiaciones, y, en efecto, son más bien frecuentes los fracasos porque aun cuando se obtenga una notable reducción de los tumores, es muy frecuente la recidiva, que lleva rápida y fatalmente al paciente a la muerte.

Anemia perniciosa progresiva.— De las variadas tentativas llevadas a cabo no resulta que los rayos Röntgen en dosis mínimas tengan la propiedad de excitar los órganos hematopoyéticos y de activar, por tanto, la producción de glóbulos rojos. Las aplicaciones tendrán por lugar las epífisis de los huesos largos (fémur, tibia, húmero). En estos casos la dosis útil no es muy elevada, porque su objeto es excitar y no destruir la vitalidad de la medula de los huesos. Cada aplicación no deberá, pues,

Aguas Minero-Medicinales de MARMOLEJO

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

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

Abierto al público desde 1.º de abril al 30 de noviembre
Estación de ferrocarril a siete horas de Madrid y cuatro de Sevilla.

GRAN HOTEL BALNEARIO · Todo confort

Venta de agua embotellada en todas las farmacias

Pedidos de botellas e informes al señor Gerente, en

MARMOLEJO (Jaén)

Calle Calvario, 101 - Teléfono 9

—La de Murias de Paredes, Distrito segundo, Posadas (León); partido judicial de su nombre; por renuncia; 2.ª categoría; dotación, 2.750 pesetas; 15 familias de beneficencia; población, 1.344 habitantes; provisión por concurso libre de antigüedad. Solicitudes hasta el 4 de febrero de 1935. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Villa a 70 kilómetros de la capital. La estación más próxima, La Robla, a 54 kilómetros. Tiene carretera a León.

—La de Campazas (León); partido judicial de Valencia de Don Juan; por renuncia; 5.ª categoría; dotación, 2.000 pesetas; 14 familias de beneficencia; población, 636 habitantes; provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 4 de febrero de 1935. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Villa a 54 kilómetros de la capital y 18 de la cabeza de partido. Tiene servicio de carreteras.

—La de Estopiñán (Huesca); partido judicial de Tamarite de Litera; por renuncia; 4.ª categoría; dotación, 1.650 pesetas; 13 familias de beneficencia; población, 802 habitantes; provisión por concurso restringido de antigüedad. Solicitudes hasta el 4 de febrero de 1935. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Villa a 90 kilómetros de la capital y 25 de la cabeza de partido. La estación más próxima, Binégar, a 35 kilómetros. Tiene servicio de carreteras.

—La de Güevejar y sus anejos (Granada); partido judicial de Granada; por defunción; 2.ª categoría; dotación, 3.500 pesetas; 74 familias de beneficencia; población, 2.420 habitantes; provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 4 de febrero de 1935. La selección de aspirantes por Tribunal.

Datos: Lugar a nueve kilómetros de la capital, que es la estación más próxima. Tiene servicio de carreteras.

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

Indicaciones del FORCEPS y técnica operatoria del mismo

Primeros párrafos del Prólogo de D. P. RAMON Y CAJAL

«Incompetente para hacer del libro meritísimo del Dr. Pons, titulado «Indicaciones del forceps y técnica operatoria del mismo», una crítica circunstanciada y digna, me contraeré a manifestar que, sin hipérbole alguna, reputo dicha obra como la más sencilla, completa y práctica que se ha publicado hasta ahora sobre tan interesante argumento.

Aunque el autor anuncia en el corto proemio que precede a su disertación que su propósito se reduce a realizar una labor meramente recopiladora, el lector se convencerá pronto de que el Dr. Pons ha logrado realizar más altos objetivos, puesto que, en bastantes ocasiones, su obra aparece realzada por conceptos originales y exornada también con atinados juicios y felices comentarios.»

4 pesetas ejemplar

Pedidos a EL SIGLO MÉDICO

LA MONOGRAFÍA XIII

del Dr. VALDES LAMBEA
acaba de ponerse a la venta
con el título de

TUBERCULOSIS

(CONTAGIO, HERENCIA Y CONSTITUCIÓN)

PRECIO: 3 pesetas.

—La de Alcalá de la Vega y su anejo (Cuenca); partido judicial de Belmonte-Cañete; por separación; 4.ª categoría; dotación, 1.650 pesetas; 11 familias de beneficencia; población, 1.149 habitantes; provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 4 de febrero de 1935. La selección de aspirantes por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Villa a 62 kilómetros de la capital y 10 de la cabeza de partido, que es la estación más próxima.

—La de Fuente la Lancha (Córdoba); partido judicial de Hinojosa del Duque; por defunción; 5.ª categoría; dotación, 1.375 pesetas; 12 familias de beneficencia; población, 892 habitantes; provisión por concurso libre de méritos. Solicitudes hasta el 4 de febrero de 1935.

Datos: Villa a 82 kilómetros de la capital y 11 de la cabeza de partido. La estación más próxima, Alcaracejo-Villamina, a seis kilómetros. Tiene carretera.

DIARREA
DOLOR DE ESTÓMAGO
ACIDIZ
VÓMITOS
INAPETENCIA
DIARREAS
DILATACIÓN Y
ÚLCERA DE ESTÓMAGO

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

ELIXIR
SAIZ DE CARLOS

HIERRO QUEVENNE

Único preparado por el Dr. QUEVENNE. A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar Cloro-Anemia. Hierro ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14 rue de la République, París.

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

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



FIMONAL

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

Fórmula: Gomenol, arrhenal, benzoato sódico, benjín y dionina.

LECCIONES DE BIOQUIMICA APLICADAS A LA MEDICINA PRACTICA

Por el Dr. ANTONIO DE LA GRANDA

(DOS FASCÍCULOS)

::

4 PESETAS CADA EJEMPLAR

PÍDALOS A EL SIGLO MÉDICO

CONTESTACIONES

al Programa oficial vigente para **OPOSITAR** las vacantes de Médico titular
Inspector Municipal de Sanidad

EN UNA SOLA OBRA LA PREPARACION COMPLETA

Redactada por los doctores Carlos María Cortezo, Federico González Deleito,
Antonio Fernández Martín y Francisco Javier Cortezo.

MEDICINA
CIRUGIA
HIGIENE
LEGISLACIÓN SANITARIA

4 TOMOS
1.600 páginas

35 PESETAS LA OBRA COMPLETA : Cada tomo por separado 10 pesetas