

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.270.—Tomo 96

AÑO OCHENTA Y DOS

12 Octubre 1935

Pyridium

(Clorhidrato de β -fenilazo- α - α -diaminopiridina)

el ANALGESICO y ANTISEPTICO más poderoso
de las VÍAS URINARIAS por administración bucal

Embalajes originales:

tres veces diarias 1 a 2 tabletas	Tabletas:	Tubos de 12 tabletas de 0,1 gr. Fascos de 25 tabletas de 0,1 gr.
	Ampollas:	Cajas de 10 ampollas de 1 cm ³ (0,01 gr.)
	Substancia:	Frasco de 1 y 5 gramos.

Muestras y literatura a disposición de los Sres. Médicos

C. F. Boehringer & Soehne, G. m. b. H., Mannheim-Waldhof (Alemania)

VENTA EXCLUSIVA PARA ESPAÑA:

BARCELONA
APARTADO 5052

M A D R I D
APARTADO 10025

DE LA GOTA

Magnífica obra del Dr. ANAYA, en la que estudia todos los caracteres y casos de esta enfermedad.

Tratamiento propio y estudio, resumen y comentario de los profesores europeos especializados en esta rama de la Medicina.

Un tomo cuidadosamente editado * Una obra práctica y necesaria a todos los médicos * Un libro de consulta constante.

SOLO POR 5 PESETAS

No deje de adquirir este libro y haga sus pedidos al
APARTADO 121 • MADRID

BIFOSFOTIOCOL TOSES Y CATARROS

Nuevos libros del Dr. VALDES LAMBEA

Jefe de los Servicios de tuberculosis del Hospital Militar de Madrid y Profesor de Fimatology del Ejército

PERCUSIÓN Y AUSCULTACIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO (Seis lecciones elementales) — 8 PESETAS —

TERAPÉUTICA FUNDAMENTAL DE LA TUBERCULOSIS (Lecciones para médicos generales y estudiantes) 10 PESETAS

Pedidos a EL SIGLO MÉDICO: A reembolso 0,75 más

ELIXIR ESTOMACAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Cura el dolor de estómago, acidez, dispepsia, vómitos, diarreas en niños y adultos, dilatación y úlcera del estómago; tonifica, ayuda a las digestiones y abre el apetito, siendo utilísimo su uso para todas las molestias del

ESTÓMAGO .
INTESTINOS

Vente en farmacias. Pídanlo a Laboratorio Saiz de Carlos, Serrano, 36-MADRID

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA
Sucesor del DR. CALDERON
Carretas. 14.-Madrid
FUNDADO EN 1866

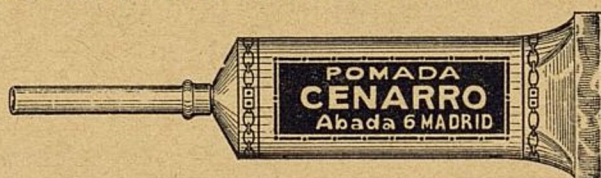
**Tratado
práctico de
etiqueta y
distinción
social**

Distribución
esmerada
por asuntos

4 PESETAS
EJEMPLAR

Pedidos al
APARTADO
121
MADRID

ALMORRANAS



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

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

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

SANATORIO PEÑA-CASTILLO SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

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

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

"HOZNAYO" - LA MEJOR AGUA DE MESA

VIII.—*Normas administrativas.*

Artículo 40. La creación, instalación y funcionamiento de los diversos servicios que esta disposición establece se hará con cargo:

- 1.º A las consignaciones que para ellos figuren en los Presupuestos generales del Estado.
- 2.º A los fondos extrapresupuestarios destinados a las atenciones de la Lucha Antituberculosa.
- 3.º A los que con este mismo fin sean aportados por las Cajas de Seguros o entidades de previsión.
- 4.º Cuantos ingresos puedan crearse y destinarse en lo sucesivo con este objeto.

Artículo 41. La Comisión central antituberculosa formará para cada ejercicio económico o prórroga presupuestaria un presupuesto para la Lucha Antituberculosa, al que se transcribirán las partidas que en los Presupuestos generales del Estado figuren, y además las que se señalan en el artículo anterior como ingresos propios de esta Lucha, figurando como gastos, además de los indicados del Estado, aquellos que se estimen precisos para completar su misión con arreglo al plan señalado por esta disposición.

Este presupuesto deberá ser remitido a la aprobación del Excmo. Sr. Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión.

Artículo 42. La Comisión central antituberculosa tendrá capacidad jurídica para comprar, vender, contratar, pignorar y emitir empréstitos con cargo a los fondos de su presupuesto que no procedan de los generales del Estado.

Artículo 43. Para facilitar la gestión presupuestaria y fiscalización de los servicios, se unificará la dotación de todos los organismos y centros de Lucha Antituberculosa, en cuanto a su construcción, instalación y funcionamiento, equiparando las plazas y retribuciones del personal de los de análoga función y las dotaciones para su funcionamiento, designándose con este fin por la Comisión central antituberculosa las oportunas ponencias para fijar el modelo de construcción-tipo (como

cabecera, y siempre que tal abandono (por apatía, incultura, falta de medios, etc.) implique un peligro social como foco de contagio o personal para el enfermo, dado el pronóstico de la evolución de su proceso.

2.º Funciones de profilaxis social:

A) Las medidas de profilaxis infantil antituberculosa señaladas en los artículos 22 al 28, de acuerdo con los respectivos Dispensarios de puericultura.

B) Relación de los enfermos tuberculosos con Sanatorios y Centros de aislamiento y hospitalización.

C) Investigación familiar y de focos de contagio, fijando el peligro social de cada caso, dado el medio ambiente y demás circunstancias.

D) Ejecución de las medidas de profilaxis (desinfección, aislamiento, etc.) que cada caso exija.

E) Consejos y conferencias para educación higiénica de los enfermos y sus familias.

F) Cursillos de divulgación a escolares, maestros, matronas y practicantes, etc., sobre el contagio, y prácticas de higiene general y especial antituberculosa.

G) Propaganda social.

H) Encuestas.

D) Servicios estadísticos.

Asimismo guardarán las debidas relaciones complementarias con los Dispensarios de tipo elemental y con los organismos análogos de categoría superior y Comisión provincial antituberculosa.

La extralimitación en las funciones señaladas en este artículo serán severamente reprimidas y sancionadas.

Artículo 15. Toda la asistencia prestada en los Dispensarios será absolutamente gratuita, después de comprobada la absoluta carencia de medios de los que la precisan con la información social efectuada por la instructora sanitaria, estableciéndose una asistencia parcial, también gratuita, para aquellos casos en que de la ficha social resulte una situación económica tan limitada que, sin llegar a extremos de pobreza absoluta, no permitan una asistencia integral suficiente. Esta asistencia será por parte del Dispensario de vigilancia y

complementaria de la que pueda lograr por sus propios medios el enfermo.

V.—Sanatorios.

Artículo 16. Para completar la acción del Dispensario, el Estado procurará por los medios de su propio presupuesto, por los recursos extrapresupuestarios de que disponga y con cargo a los fondos de Cajas especiales o entidades oficiales de seguros sanitarios sociales, la creación y sostenimiento de establecimientos sanatoriales que complementen el aislamiento de los focos de contagio con una acción curativa activa, mediante los recursos terapéuticos de mayor eficacia.

Artículo 17. Por razones de eficacia, control y economía, todos ellos unificarán, previos los asesoramientos precisos, su régimen interior de vida (comidas, asistencia, etc.), dotaciones de personal, construcción, capacidad (200-300 plazas mínimo), emplazamiento (distancia no menor de 10 kilómetros de núcleos de población de más de 50.000 habitantes), administración, presupuesto, etc.

Artículo 18. Los Sanatorios hoy sostenidos por el Estado serán revisados bajo el criterio de unificación señalado en el artículo anterior, con el fin de lograrla de un modo absoluto en cuanto sea posible.

Artículo 19. Bajo igual criterio se procederá al estudio de incorporación definitiva de todos aquellos otros establecimientos sanatoriales que, figurando o no subvencionados hoy en los Presupuestos de la nación, no están totalmente controlados por la Sanidad oficial en forma que permita la plena intervención del Estado en su organización y funcionamiento, debiendo omitirse en la primera propuesta de Presupuestos generales que se formule para servicios sanitarios de la nación toda subvención de los que no queden incorporados totalmente al Estado.

Artículo 20. En la creación de nuevos Sanatorios por el Estado e incorporación de subvencionados, se tendrá como base de cálculo para fijar su necesidad la tasa de mortalidad por tuberculosis más reciente de la nación,

diendo al mayor tiempo de servicios prestados en plazas del grupo y especialidad, decidiendo, en igualdad de circunstancias, la mayor antigüedad en la Lucha.

Las plazas de cada grupo que a consecuencia de este concurso resultasen vacantes se proveerán por concurso-oposición restringido entre médicos del Cuerpo y grupo que no tuvieran derecho a optar a las mismas mediante concurso de traslado, y médicos que desempeñen plazas de los demás grupos de la Lucha Antituberculosa.

Las vacantes que resultasen de los turnos antes señalados se proveerán por oposición libre entre "médicos tisiólogos" para los grupos primero y segundo, y entre especialistas para las vacantes del tercer grupo.

Artículo 36. Las interinidades se proveerán por médicos excedentes, tisiólogos o especialistas que las soliciten, adjudicándose, en caso de varios solicitantes, según el criterio antes fijado para la provisión en propiedad.

Artículo 37. El personal técnico que, en armonía con lo dispuesto en el artículo 44, obtenga acumulado un segundo cargo, tendrá prohibido el ejercicio particular de su profesión, debiendo dedicar todas sus actividades disponibles al cumplimiento de la misión que el cargo exija.

Artículo 38. El personal auxiliar de la Lucha Antituberculosa estará integrado por los practicantes, enfermeras, instructoras sanitarias o visitadoras, y cuantos titulares no facultativos presten funciones auxiliares complementarias de la iniciativa del personal técnico. Dicho personal figurará en la relación general de personal auxiliar de la Dirección general de Sanidad, y su nombramiento y separación será regulado por la misma.

Artículo 39. El personal administrativo y el subalterno formará en las respectivas relaciones de la Dirección general de Sanidad, y lo mismo que el auxiliar será nombrado y separado con arreglo a las disposiciones que al efecto se dicten.

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

12-X-1935

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

La higiene mental en los presidios españoles

Por el Dr. T. MARTIN CID

IV

Prisión terapéutica

Conferencia pronunciada el 9 de junio ante la población reclusa del Reformatorio de Adultos de Alicante, por el médico del Establecimiento, Dr. Martín Cid.

Si previamente os aclaro que Terapéutica es la rama de la Medicina que se ocupa de los tratamientos de las enfermedades, comprenderéis sin esfuerzo la importancia del título de esta conferencia, ya que ver aplicado el término terapéutica junto al de prisión, supone considerar a esta última como lugar sólo y exclusivamente destinado al tratamiento de la delincuencia.

Ahora bien: si nos fijamos en la forma cómo ha evolucionado el tratamiento de la delincuencia, veremos que ha respondido en cada época al concepto que se tenía del delincuente.

Y, así, en los primeros tiempos en que el delincuente era tenido como un ser indigno, repugnante y odiado, se le quitaba la vida con procedimientos despiadados o se le encerraba cargado de cadenas, hasta sucumbir agotado por el hambre y los tormentos.

En un segundo tiempo que abarca hasta cerca de nuestros días, se ha considerado al delincuente como elemento de perturbación social, y contra él se crea, primero el encierro como castigo, y después, todo un sistema defensivo, donde la prisión representa el medio más seguro de protección social.

Más tarde, se apunta la idea de co-

actual, en el que consideramos la delincuencia como alteración de conducta posible en cualquier ciudadano, y en el que la privación de libertad no se entiende ni como castigo ni como defensa social, sino como aislamiento necesario a la readaptación del delincuente. En cuanto a las bases terapéuticas representadas por el trípedo trabajo, cultura y disciplina, se hace



preciso robustecerlas, agregándolas al tratamiento biológico individual.

Fijaos bien cómo en cada uno de estos períodos se han ido aumentando las posibilidades terapéuticas a medida que la ciencia ha progresado: primero, la pena de muerte; más tarde, el encierro como castigo; luego, el aislamiento por peligrosidad; después, el tratamiento estandarizado, y, modernamente, el tratamiento biológico individual, único sistema reconocido como científico.

Se ve, pues, que en el tratamiento de la delincuencia se han ido agregando, sucesivamente, técnicas nuevas, respetando todas los dos grandes principios penitenciarios: la privación de libertad entendida en el sentido de aislamiento social por el tiempo necesario a la reforma, y el régimen disciplinario, sin el que no puede concebirse una colectividad.

Por estas agregaciones sucesivas, vive actualmente la Ciencia penitenciaria una fase de apariencia revolucionaria, que, analizada concienzudamente, es de franca, suave y constante evolución.

Este movimiento evolucionista nace en Bélgica, donde el profesor Verwaeck funda en 1907 el primer laboratorio de Antropología criminal dentro de los Centros penitenciarios. Este servicio funcionó durante diez años, persiguiendo sólo y exclusivamente fines puramente teóricos, y, una vez demostrada su utilidad, se convirtió en instrumento necesario, por lo que, a partir de 1920, hubo necesidad de implantarle en todas las prisiones belgas.

En estos laboratorios se estudian detenidamente los reclusos y se los

clasifica con vistas a la individualización del tratamiento penitenciario, sin cuya finalidad carecerían de interés estos centros de trabajo.

Pero... vosotros estaréis pensando si estos modernos sistemas penitenciarios no han podido nacer brotando como reacción natural contra el régimen represivo que ha imperado siempre en las prisiones. No.

Porque, si efectivamente, con la actuación de estas nuevas técnicas coincide la relajación del sistema represivo, es porque éste se emplea cada vez en un número más reducido de sujetos que pudiéramos llamar normales. La escuela, el trabajo y la cultura se encargan de modificar otro buen número de reclusos, y queda un tercer grupo, integrado por los débiles mentales, los psicópatas y los enfermos mentales, que no pueden beneficiarse por estos sistemas y reclaman una asistencia basada en las concepciones psiquiátricas de la delincuencia.

Así, pues, esta nueva concepción no debilita ni el régimen disciplinario ni la privación de libertad, que importa conservar como base de todo régimen penitenciario, sino que los datos psiquiátricos permiten aplicar estos principios penitenciarios con métodos terapéuticos y educativos adaptados a las circunstancias individuales.

Por esto, no debe extrañar que los presidios belgas se hayan dejado impregnar de las modernas concepciones medicopsiquiátricas, aceptando los principios de profilaxis social y de higiene mental en el tratamiento de todas las formas de delincuencia.

Y ahora que en líneas generales conocéis las actuaciones de los modernos sistemas penitenciarios, os voy a



resumir el funcionamiento de las prisiones belgas, para después compararle con las nuestras y establecer sus diferencias.

En el sistema belga existen, como en el nuestro, establecimientos especiales para jóvenes y adultos de ambos sexos, prisión-sanatorio para tu-



En el sistema belga existen, como en el nuestro, establecimientos especiales para jóvenes y adultos de ambos sexos, prisión-sanatorio para tu-

berculosos, sanatorio quirúrgico, prisión-manicomio, etc.

Pero lo que caracteriza a las prisiones belgas es que se atiende al restablecimiento de la salud del delincuente por todos los medios, y no sólo se emplean las indicaciones de la cirugía urgente, sino de la cirugía en general, porque se entiende que con ello se mejora el valor social del delincuente, cuyas enfermedades o acha-

la colaboración de los ajenos psiquiátricos.

Si ahora comparamos el sistema penitenciario belga con el nuestro, podemos apreciar que nos hacen falta muy pocas modificaciones para considerarle perfecto, ya que la mayoría de nuestras prisiones están perfectamente acondicionadas bastando el esfuerzo del Cuerpo de Médicos de Prisiones para mejorar el aspecto científico y poner en marcha los ajenos psiquiátricos en las mismas.

Así lo entendí al hacerme cargo de este establecimiento y, trabajando sin descanso, creo haber llegado a colocar el Reformatorio de Adultos de Alicante a la altura científica necesaria para que no desmerezca su funcionamiento del de otros centros extranjeros.

En este Reformatorio se venía atendiendo con el mayor acierto la organización del trabajo, la escuela y el régimen penitenciario; pero en lo que afectaba al servicio médico, estaba limitado, como en la mayoría de las prisiones, a los servicios urgentes y más necesarios.

Desde un principio comprendí la necesidad de multiplicar mis actividades en todos los sectores de la Medicina, al objeto de ofrecer a la población reclusa el mayor número de servicios médicos debidamente organizados que nos permitiera la creación de una asistencia que nos permitimos llamar "integral", dotada de los siguientes servicios:

Servicio de Medicina, que funciona en forma de una visita diaria y de una consulta también diaria, en la que, además de llevar anotado en ficheros especiales las dolencias de cada recluso, se los clasifica para los distintos servicios, según las necesidades médicas.

Servicio de Cirugía, que funciona una vez por semana, en el que se atiende a la corrección de múltiples defectos, con vistas a la elevación del valor social de los reclusos.

Servicio semanal de Venereología, en el que el laboratorio ha descubierto varios reclusos con sífilis activa, los cuales reciben el tratamiento

"JUSTO", FAJISTA

Fajas médicas y de vestir

SE HA TRASLADADO A
Mayor, 4, entl.º - MADRID

oportuno hasta la comprobación serológica de su curación.

Servicio semanal de Otorrinolaringología, que tiene igual misión que el anterior, corrigiendo las afecciones de garganta, nariz y oídos

Servicio semanal de Oftalmología, para el tratamiento de las enfermedades de los ojos.

Servicio semanal de Odontología, para el saneamiento de la boca de los

reclusos, en el que se les practican toda clase de extracciones dentales.

Por último, un servicio diario de Laboratorio, que nos permite realizar toda clase de análisis clínicos, de absoluta necesidad en todo centro médico científicamente bien organizado.

Ya se comprende la imposibilidad de realizar un solo facultativo este conjunto de servicios, por lo que para su realización hemos procurado en-

ION - CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio

Frasco e inyectables

cariñar en nuestra obra a los elementos que necesitábamos, habiendo conseguido la entusiasta y desinteresada colaboración del Dr. Vivancos, cirujano que nos atiende el servicio de Cirugía; del oculista Dr. Candelas, que se interesa por el de Oftalmología, y del odontólogo Dr. Larios de Medrano, que se ha encargado del de Odontología.

Pero no me he limitado a la organización de estos servicios médicos, sino que he montado el organismo de más utilidad en los servicios penitenciarios: me refiero al Anejo Psiquiátrico.

A tal fin, he habilitado una de las salas generales de nuestra enfermería para la observación y tratamiento de los enfermos mentales, y otra para laboratorio de Psicología experimental, donde se lleva a cabo el es-

CARABANA: el mejor purgante

tudio sistemático de los reclusos, y el servicio estadístico.

Para daros una idea del trabajo que desarrollamos con este nuevo sistema de asistencia médica, os traigo el resumen del trabajo de tres meses, que es el siguiente:

En el servicio médicoquirúrgico, hemos prestado los siguientes trabajos:

Consultas	588
Promedio diario.....	7
Movimiento de enfermería.....	97
Operaciones	12
Punciones lumbares.....	9

Análisis.

Wassermann y Meinicke.....	30
Eritrosedimentaciones	16
Seroaglutinaciones	3
Jugos gástricos.....	17
Espustos	12
Orina	40
Pus y exudados.....	1
Líquido cefalorraquídeo.....	9
Total.....	128

En el Anejo Psiquiátrico se han examinado detenidamente 237 reclusos.

(Continúa en la página XVIII.)

Solución salicilato sódico DOMINGO

Cada cucharada contiene dos gramos de salicilato sódico puro.

J. DOMINGO CHURTÓ

C. Libertad, 14.-BARCELONA

ques pudieron predisponerle a la delincuencia.

Por esto, en todas las prisiones funcionan servicios de Cirugía, de Oftalmología, de Venereología, de Otorrinolaringología y de Odontología.

Pero el sello de originalidad belga es contar en todos sus establecimientos penitenciarios con un departamento llamado anejo psiquiátrico, cuya misión se puede concretar a tres puntos fundamentales: la observación psiquiátrica sistemática de todos los reclusos, el tratamiento de los trastornos mentales de los mismos y el servicio de profilaxis.

En el primer tiempo, se alecciona la mayoría de los reclusos incorregibles por los sistemas clásicos.

En el segundo, se corrigen los pe-

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

queños trastornos mentales (los grandes pasan al manicomio), ya que son los que más interesan, puesto que son los más frecuentes y fácilmente influenciados por la terapéutica.

En cuanto al servicio de profilaxis, se desprende de su actuación anterior, puesto que haciendo desaparecer todas las alteraciones mentales, se suprime el motivo de su inevitable reincidencia.

El servicio profiláctico prolonga su actuación fuera de las prisiones, gracias a la ley de efensa social belga, que asegura a los psicópatas una eliminación social prolongada sin rigor inútil, dándole un carácter terapéutico y de readaptación social. Por otra parte, los Dispensarios de Higiene Mental se encargan de la vigilancia y terapéutica de los débiles y enfermos mentales, completando así esta labor profiláctica.

Los resultados favorables conseguidos con el sistema belga nos hace sentir que todo sistema penitenciario que no se apoye en las causas de la delincuencia es empírico y de eficacia limitada, por lo que no se concibe un moderno tratamiento penitenciario sin



FABRICACION NACIONAL



FORMA COMERCIAL

COMPRIMIDOS: 0,01 gr. de Tebaicin. - Frasco de 20 comprimidos

AMPOLLAS: Solución esterilizada al 2% (1 c. c. contiene 0,02 de Tebaicin).

Caja de 3 ampollas de 1, 1 c. c.
» 6 » 1, 1 c. c.
» 12 » 1, 1 c. c.

Agentes exclusivos para España:
Hijos de Honorio Riesgo, S. A.
Calle Mayer, 7. - Apartado 12077. - MADRID

TEBAICIN

PODEROSO CALMANTE

ANALGÉSICO - ANTIESPASMÓDICO - ENÉRGICO

Contiene la totalidad de los alcaloides del Opio en forma de cloruros solubles y puros, en la misma proporción que se encuentran en el Opio, pero con la ventaja de tener siempre una composición constante.



MONOTION

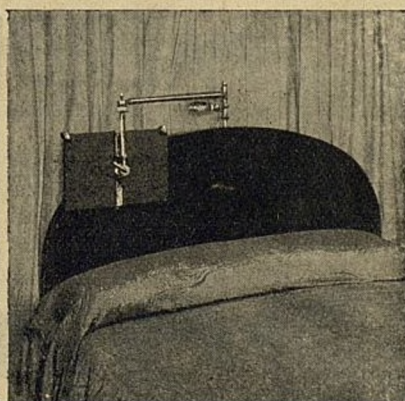
Tiosulfato sódico anhidro obtenido por procedimiento original ♦ Empleo por vía intramuscular o intravenosa

DOSIS: 1.^a 0,05 — 2.^a 0,15 — 3.^a 0,30 — 4.^a 0,45 — 5.^a 0,60 gramos.



Cómo debe usarse

Se puede fijar en toda clase de camas.



Cómo queda.

ATRIL ELORRIAGA

PARA LEER ACOSTADO
(PATENTADO)

PARA UN REGALO,
RESULTA LO MÁS PRÁCTICO

PRECIO: 125 PESETAS

E. ELORRIAGA

ATRIL ELORRIAGA

Instrumento original, cómodo y elegante, que toda persona moderna debe tener en su casa, y además, muy propio para convalecientes o personas que necesiten reposo

ATRIL ELORRIAGA

Es el aparato soñado por toda persona cuidadosa de su bienestar. Los que amen la lectura o el estudio en la cama encontrarán la máxima comodidad. Colocando un espejo en el atril pueden afeitarse los hombres y arreglarse las damas. Después de utilizado se retira a la cabecera.

NUNCA DEBE ESTORBAR

AV. DE MENÉNDEZ PELAYO, 43
TELÉFONO 59176 • MADRID

GASTRITIS DOLOROSAS
HYPERCLORHIDRIA
ULCERAS

KAOLINASE

KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO
— TÍO —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

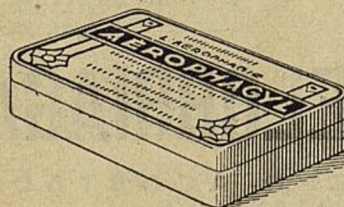
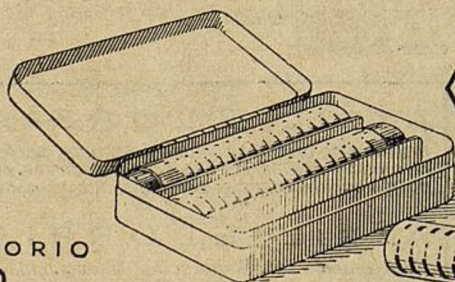


La caja de
20 dosis
de 10 gramos
6 PESETAS

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

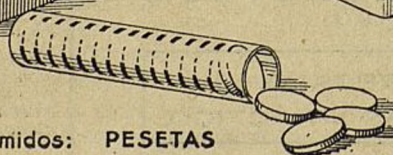
INSOMNIOS
TRASTORNOS CARDÍACOS
TRASTORNOS NERVIOSOS
TRASTORNOS PULMONARES

AÉROPHAGYL



LABORATORIO
— TÍO —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: PESETAS



MODO DE EMPLEO

1 ó 2 comprimidos
disueltos en el agua
en medio de las comidas

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

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

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

1854 * AÑO OCHENTA Y DOS * 1935

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

Presidente: Excmo. Sr. Prof. 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. Académico de número de la Nacional de Medicina. Profesor del Instituto Nacional de Sanidad.

VOCALES

Dr. MARIANO ACENA De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Prof. A. GARCIA Y TAPIA De la Facultad de Madrid. Académico de número 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. J. MARTIN RENEDO Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel.
Dr. VITAL AZA Y DIAZ Director del Sanatorio quirúrgico de Santa Alicia. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. MARIANO GOMEZ ULLA Inspector general de Cirugía del Ejército.	Dr. A. MORANA Y JIMENEZ Análisis clínicos.	Prof. R. ROYO-VILLANOVA De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina.
Prof. J. BLANC Y FORTACIN Agregado de la Facultad de Madrid. Jefe de Clínica del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. F. GONZALEZ DELEITO Teniente Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos.	Dr. F. MURILLO Y PALACIO Ex Director general de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. J. SARABIA Y PARDO Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de 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. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA Decano de la Beneficencia provincial. Académico de número y Bibliotecario 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 SIMONENA Y ZABALEGUI De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina.
Dr. SANTIAGO CARRO Profesor del Instituto Rubio. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Prof. ANTONIO PIGA Y PAS-CUAL Médico forense de Madrid. Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.	Prof. ENRIQUE SUNER Y ORDONEZ De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Director de la Escuela Nacional de Puericultura.
Prof. A. FERNANDEZ MARTIN Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Dr. J. DE ISASA Y ADARO Pediatra.	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. J. M.^a TOME Y BONA Dermatólogo. Bibliotecario de la Academia de Dermatología y Sifilografía.
Dr. E. FERNANDEZ SANZ Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. SANTIAGO LARREGLA Jefe del Laboratorio del Hospital de San Francisco de Paula y del de Pediatría de la Facultad de Medicina.	Dr. A. PULIDO Y MARTIN Urólogo. De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina.
Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina.	Dr. E. LUENGO Y ARROYO Del Instituto Nacional de Higiene.	Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en 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. S. GARCIA VICENTE Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid.	Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.		Dr. J. M.^a DE VILLAVERDE Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neurosiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.
	Dr. MANUEL MARIN AMAT Jefe del servicio de Oftalmología de la Beneficencia provincial de Madrid. Académico C. de la Nacional de Medicina.		

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:* Gigantismos en aparato digestivo, por los Dres. A. del Río, Cesidio Linares y Leocadio López.—*La ruta de Esculapio,* por el Dr. Albiñana y Sanz.—*BIBLIOGRAFÍAS.*—*PERIÓDICOS MÉDICOS.*

Servicio de Aparato digestivo del Hospital Militar de Madrid (Carabanchel)

Jefe capitán médico: Dr. A. del Río

GIGANTISMOS EN APARATO DIGESTIVO

(Megaesófago-megalogastría-¿megaduodeno?-dolicocolon y megasigma)

POR LOS DOCTORES

A. DEL RÍO, CESIDIO LINARES y LEOCADIO LOPEZ

El Servicio de aparato digestivo del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel os presenta un caso raro—creemos poder decir que único—en la literatura de concomitante megaesófago y megaestómago y atenuado dolicocolon; corresponde este caso a la primera historia clínica y acompañamos una pequeña positiva (núm. 1) y cinco negativos, el número 5, previa ingestión de papilla, el número 6, con enema opaco.

La positiva, número 7, también con enema opaco, corresponde al segundo caso clínico que se describe.

El negativo número 8—dolicosigma y dolicocolon—pertenecía a un enfermo con 14 deposiciones diarias e incontinencia fecal por invasión de esfínteres por un cáncer rectal-control quirúrgico y de autopsia.

El negativo número 9 pertenece a la enfermita de que os hablamos; nos fué enviada por la consulta del doctor Bastos.

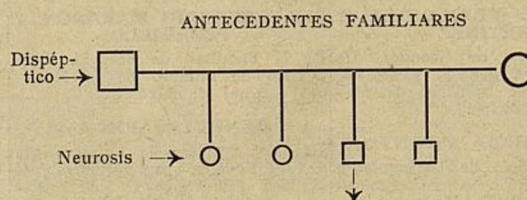
El positivo número 10 nos llamó la atención por el enorme nicho—con su pequeña cámara de aire—de su curvatura menor; la considerable dilatación de la tercera porción del duodeno la considerábamos debida a compresión o estenosis del ángulo duodenoyeyunal, por la perigastritis del úlcus, pero como en la resección de esta gran úlcera se demostró la no existencia de perigastritis ni de la menor adherencia a duodeno, y como son muy pocos los casos de megaduodeno descritos—caso de Gregoire, referido en abril de 1921 a la Sociedad de Cirugía de París, otros dos, no tan demostrativos, de Dubose y W. Mayo, etc.—, nosotros presentamos la demostración gráfica comparándola con la positiva 11, que, por tener un cáncer medio gástrico e incontinencia pilórica, presenta lleno de papilla su duodeno, por si puede ser incluido como moderado megaduodeno.

Los presentamos unidos por considerar que la etiolo-

gía de estos diversos gigantismos de aparato digestivo obedecen a la misma causa etiológica, y deseamos hacer una revisión de la sintomatología asignada y de los motivos causales descritos y exponer las modestas sugerencias que ellos nos han proporcionado.

Revisada la bibliografía referente a este proceso, ha sido la magnífica recopilación de los Dres. Cardenal y Gregoire, en sus ponencias al IX Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, marzo del 1932, el trabajo sobre el que con más atención hemos meditado.

Historia número 1.263. Hospitalizados (16 febrero 1935).—A. L. B.; dieciocho años; soltero.



Antecedentes patológicos.—En la primera infancia, sarampión y tos ferina. Posteriormente, catarros frecuentes.

Historia del padecimiento actual.—Hasta los dos años, trastornos intestinales que no especifica.

A los nueve años, con motivo de la ingestión de un trozo de castaña (castaño de Indias), siente ardor difuso en región esternal; el mismo día, vómito alimenticio a la media hora de la ingesta. Desde entonces, disfagia discreta que le aumenta durante el primer mes y se le estaciona hasta completar el año; durante esta época no toma más que cosas líquidas y semisólidas, con bicarbonato; le disminuye la disfagia, la que cede otras veces sin causa conocida. Así se ha pasado hasta las doce

Hemostasia

El equipo hemostático del médico no
está completo si falta el

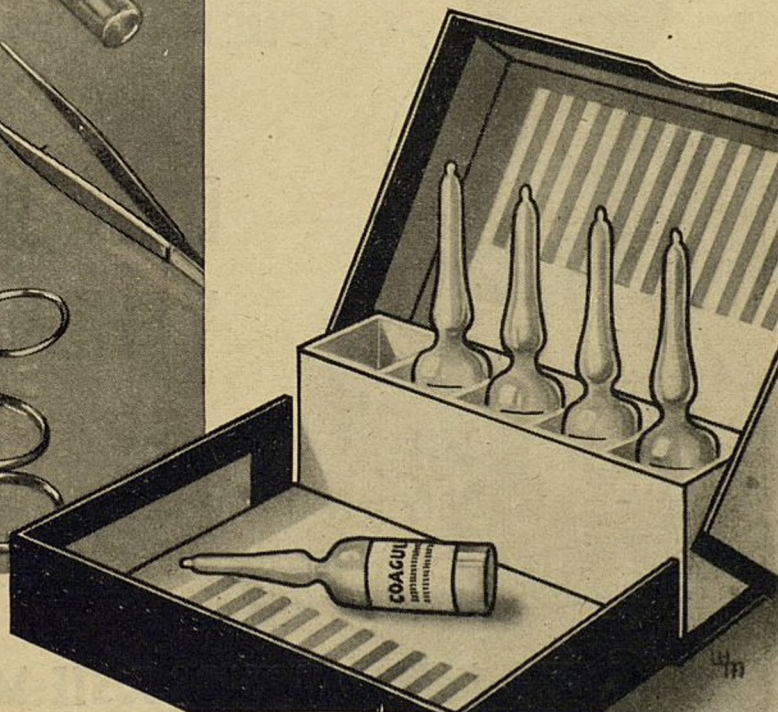
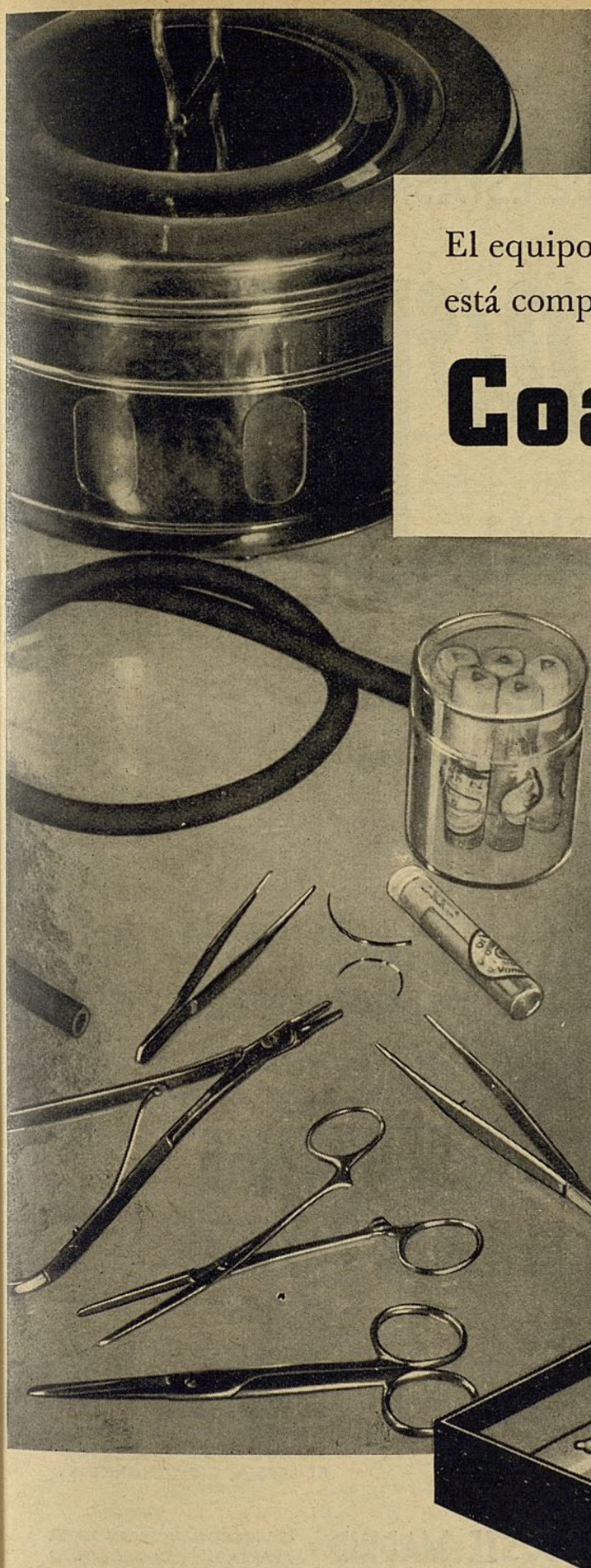
Coaguleno

*Preparado a base de las sustancias coa-
gulantes de la sangre y de los órganos
hematopoyéticos*

• No produce reacciones séricas •

*Proporciona al cirujano un campo ope-
ratorio exangüe y permite al médico tra-
tar eficazmente las hemorragias internas
y las diátesis hemorrágicas*

*Comprimidos
Inyectables
Polvo*



Ciba Sociedad Anónima de Productos Químicos

Barcelona, Aragón, 285

Madrid, Marqués de Cubas, 5

Ayuntamiento de Madrid

ASOCIACION DE ESPASMOLITICOS

Espermopaver[®]

COMPRIMIDOS **AMPOLLAS** **INYECTABLES**

PAPAVERINA
ATROPINA
DIMETILAMIDO-FENAZONA
ACIDO FENILETIL - BARBITURICO
TEOBROMINA

EFFECTO ESPASMOLITICO REFORZADO



POR ACTUAR
SOBRE LOS CENTROS NERVIOSOS
SOBRE LAS VIAS NERVIOSAS
SOBRE LA MUSCULATURA LISA DE LOS TEJIDOS

DOSIS PEQUEÑAS Y EFICACIA MAXIMA

INDICADO EN: COLICOS HEPATICOS Y RENALES, ESTREÑIMIENTO ESPASMODICO, TENESMO VESICAL E INTESTINAL, ANGINA DE PECHO, HIPERTENSION, ARTERIAL, JAQUECA, EPILEPSIA, DISMENORREA.



LABORATORIOS JUSTE • MADRID •

FRANCISCO NAVACERRADA, 3-HOTEL
APARTADO DE CORREOS 9030

años, que tiene crisis abdominales postprandiales que le duraban de minutos hasta horas y terminaba con una deposición diarrea. (El enfermo cree que las crisis eran producidas por la caída brusca de los alimentos en su estómago.) A los diecisiete años fué operado de apendicectomía, continuando con las crisis y desapareciendo la diarrea.

MOMENTO ACTUAL

Síndrome completo disfágico.

Durante la ingestión nota perfectamente el estancamiento de los alimentos en su esófago y, como se le van apilando, el enfermo, para hacer pasar de golpe estos alimentos a su estómago, emplea el mecanismo de tomar pequeñas cantidades de agua y hacer degluciones fuertes.

Los líquidos calientes los ingiere mejor. La disfagia le aumenta con las bebidas alcohólicas y con las que desprenden gases.

Hinchazón de vientre después de las comidas, con pesadez epigástrica que le dura dos-tres horas. Constipación.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

a) *General.* — Enfermo bien nutrido; constitución normal; microadenopatía subaxilar; dermatofismo.

b) *Pulmón.* — Número de respiraciones, 22.

c) *Cardiovascular.* — Tonos cardíacos normales.

Número de pulsaciones, 63.

TENSION

Máxima 12 y medio. } Esfuerzo útil 6
Mínima 6 y medio. }

d) *Digestivo.* — Bazuqueo y subcusión a las cinco horas del desayuno (250 gramos de café con leche y galletas).

No hay puntos dolorosos abdominales.

A la hora del desayuno de prueba (200 gramos de té con 60 gramos de pan francés, es sondado con toda facilidad, extrayendo 450 centímetros cúbicos, que forma tres capas: una, sólida, de 250 centímetros cúbicos; otra, líquida, de 150 centímetros cúbicos, y una tercera, de moco, con 50 centímetros cúbicos.

El quimismo fué el siguiente:

Acidez total..... 1,45 por 100
Clorhídrico libre..... 0,36 por 100.
Idem combinado..... 0,91 por 100.
Acidos orgánicos..... 0,18 por 100.
Sangre (No contiene.)

El día 23 de marzo, nueva extracción de jugo; el enfermo, en ayunas: a), esofágico, con la sonda introducida 40 centímetros; extraemos 250 centímetros cúbicos; tres capas: una, sólida, 20 centímetros cúbicos; otra, lí-

quida, 250 centímetros cúbicos; otra, mucosa, 10 centímetros cúbicos, olor agrio, cuyo análisis fué el siguiente:

Clorhídrico libre..... (No contiene.)
Clorhídrico combinado..... 0,80 por 100.
Acidos orgánicos..... (No contiene.)
Sangre Negativa.

Introduciendo la sonda hasta 70 centímetros es rechazada, porque al llegar al cardias se dobla. Empleamos entonces sonda gruesa y se introduce en estómago con toda facilidad.

Se extraen 325 centímetros cúbicos de ácido, tres capas: una, sólida, de 125 centímetros cúbicos; otra, líquida, de 190 centímetros cúbicos, y otra, insignificante, mucosa.

El análisis fué el siguiente:

Acidez total..... 1,88
Clorhídrico libre 0,69
Clorhídrico combinado 0,94
Acidos orgánicos 0,25
Sangre Negativa.

Urinario. — Como única anomalía, 0,40 por 100 de albúmina.

Cantidad en veinticuatro horas, 1.500 gramos.

Nervioso. — a) Reflejos:

Cortical de Goldfan, normal; ídem de Brisau, normal; ídem de Oppenheim, normal; ídem paradoxal, de

Gordon, normal; ídem cremastérico, normal; ídem abdominal, normal; ídem rotuliano, normal; ídem del tendón de Aquiles, normal; reflejos de flexores y extenso-

Avance de sumario para el número siguiente

(19 de octubre de 1935)

DR. ANGEL CASTRESANA: Anomalías congénitas de la esclerótica.

En el XXV aniversario del Salvarsán, por F. G. D.

DR. MARIANO ACEÑA: El tratamiento de la tos ferina.

DR. LUIS SÁEZ: Historia del "coqueo".

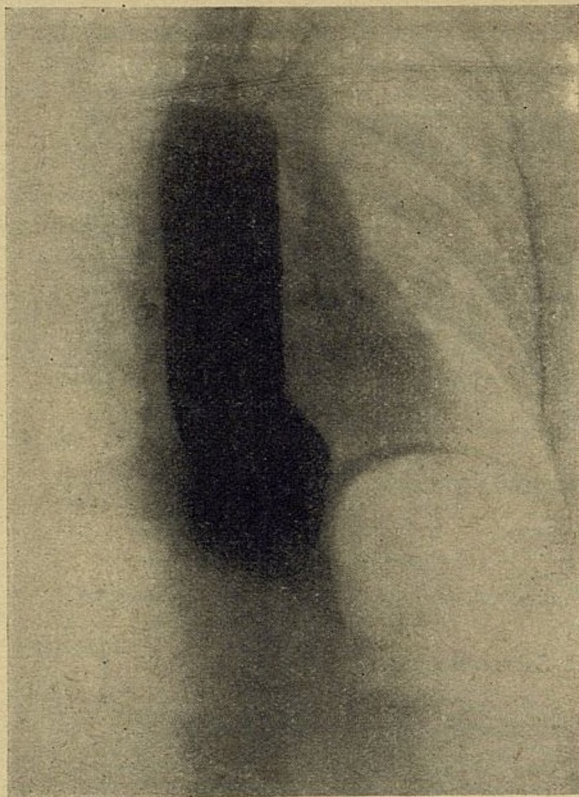
Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

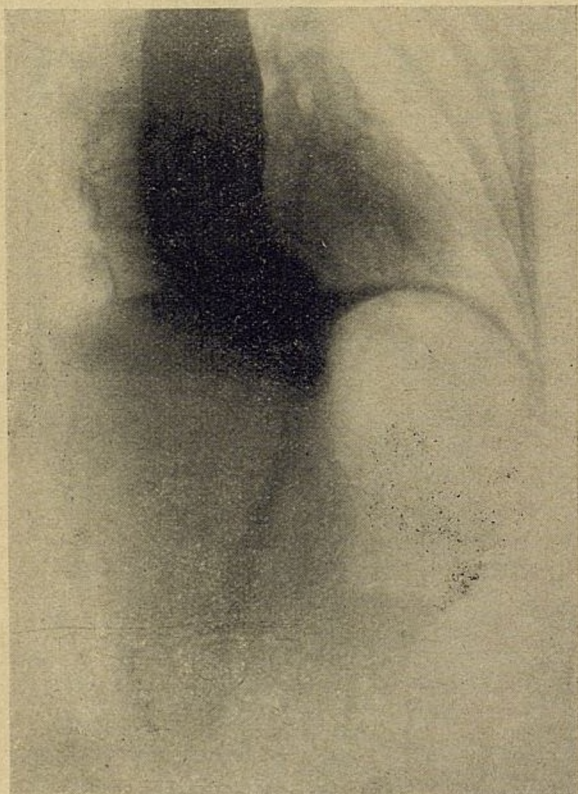


Radiografía núm. 1.



Radiografía núm. 2.

res, normales; perióstico del radio y cúbito, normal; reflejos mucosos, normales; reflejo pupilar y acomodación, normales; ídem oculocardiaco, disminuye en ocho pulsaciones.



Radiografía núm. 3.

ANÁLISIS DE LABORATORIO

Orina.—Albúmina, 0,40 por 1000; después de la prueba de la adrenalina, no albúmina.

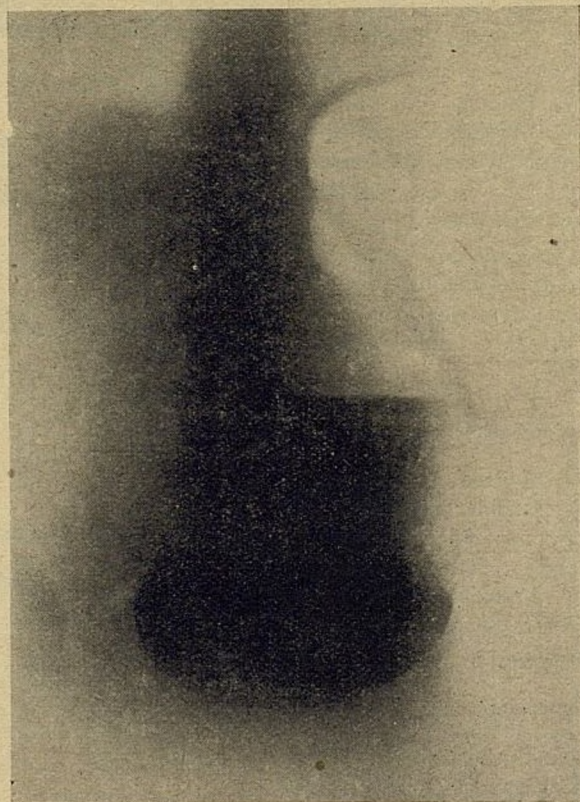
Urea en sangre.—0,23 gramos por 1.000.

Cura de glucemia en sangre:

En ayunas, 0,80 gramos por 1.000.

A la media hora de tomar 25 gramos de glucosa, 1,00 gramos por 1.000; a la hora de tomar 25 gramos de glucosa, 1,10 gramos por 1.000.

Metabolismo basal.—Está aumentado en un 21 por 100.



Radiografía núm. 4.

Recuento globular y fórmula leucocitaria:

(Fechas: 20-2-935 y 4-4-935.)

Hemaíes por m.m ²	4.280.000	4.400.000
Leucocitos	12.600	8.200
Hemoglobina	85 %	85 %
Valor globular.....	0,98	0,95
Linfocitos verdaderos.....	30	26
Linfocitos leucocitoides.....	0	0
Monocitos	7	4
Polinucleares neutrófilos.....	59	70
Polinucleares eosinófilos.....	3	0
Polinucleares basófilos.....	1	0
	<u>100</u>	<u>100</u>

Velocidad de sedimentación.—A la hora, ocho; a las veinticuatro horas, 95.

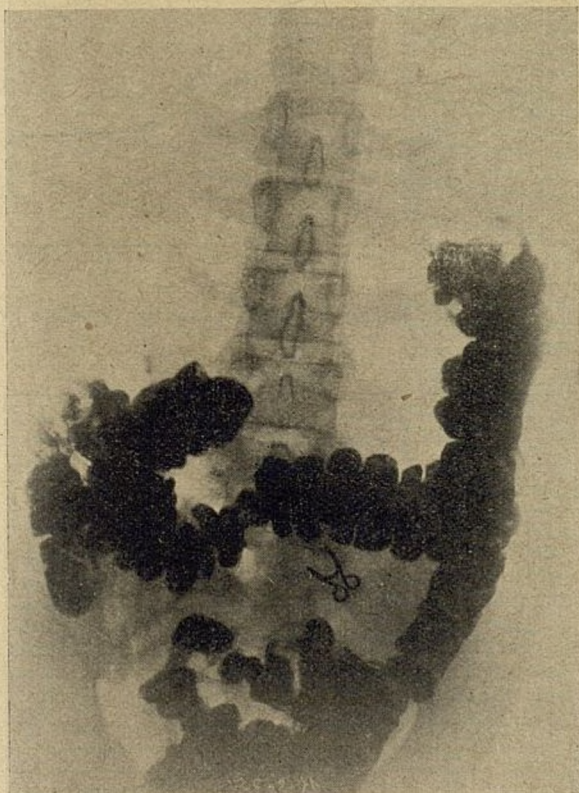
Exploración radiológica.—Este enfermo acompaña una positiva (núm. 1) y seis negativas.

Es explorado el 10 de febrero del 35 a radioscopia.

Informe-parte del Dr. Del Río.—Primera observación.

Gran cámara de aire en estómago; pequeña cantidad de gas en colon que se separa de la anterior por su situación y por una opacidad poco densa, debida a retención de la ingesta alimenticia anterior. Al tomar papilla nos encontramos con un espasmo esofágico moderado en su tercio superior (esófago cervical). La papilla cae—pasado el espasmo—como copos de nieve, quedando retenida en cardias y dejando dibujado un esófago gigante, con determinación en forma de lápiz; la papilla no pasa a estómago hasta que el enfermo hace fuertes degluciones. Por cierto que pasa gran cantidad de una vez, como a presión. Se hace radio número 1.

A los quince minutos, segunda observación. El esófa-



Radiografía núm. 5.

go, de tamaño y forma que muestra la radio número 1, tiene ligeras contracciones, y su cardias termina en forma de espasmo (punta de lápiz). Como decíamos antes, el enfermo consigue pasar la papilla a su estómago, apareciendo una estenosis medio gástrica espasmódica que cede con maniobras (radio número 3). Cámara de aire gigante, gran retención de líquido de ingesta y de secreción en posición vertical de estómago; papilla en fondo en forma de copa de champán, que ocupa pelvis menor. La dilatación de estómago se acentúa tanto más cuanto más papilla pasa de esófago. Píloro permeable. Cabeza duodenal normal; segunda, tercera y cuarta porciones duodenales, normales.

A las doce horas de la ingesta de papilla ésta se encuentra en colon ascendente, transverso y descendente y asa sigmoidea, en donde se inicia un dolico-sigma (radio número 5).

La radio número 6 está hecha con enema opaco, para mejor demostrar el aumento de S. íliaca.

ESOFAGOSCOPIA

Espasmo en esófago cervical.

Todas las maniobras son muy fáciles; por la gran ca-



Radiografía núm. 6.

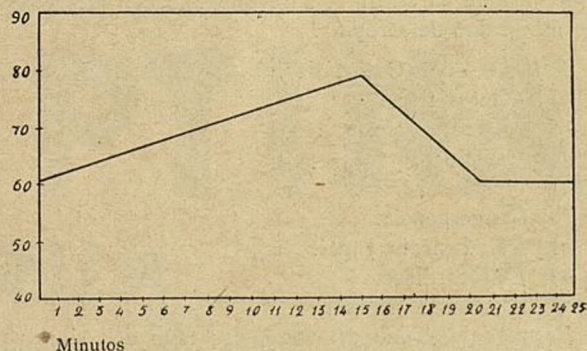
vidad no se puede entrar en estómago. Mucosa, pálida y granulosa (de grano muy fino), con moco.

PRUEBA DE LA ADRENALINA (excita las terminaciones del simpático).

Para ello es inyectado subcutáneamente al enfermo un miligramo de adrenalina; la observación dura veinte minutos.

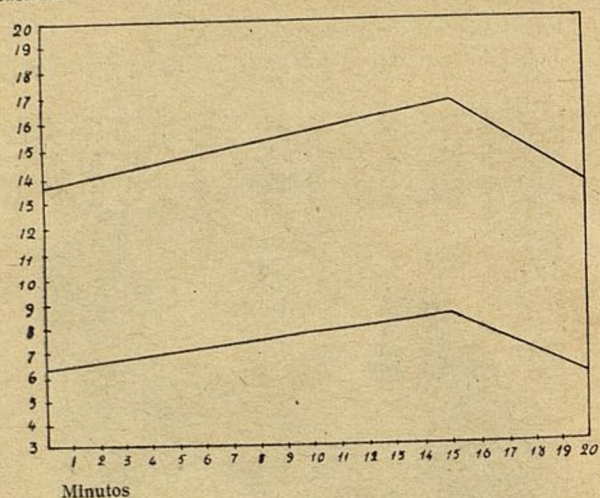
- a) Discreta midriasis.
- b) No hay glucosuria (análisis de orina núm. 2).
- c) Pulsaciones: están representadas en la gráfica siguiente:

Pulsaciones



Tensiones.—Están representadas en la siguiente gráfica:

Tensiones

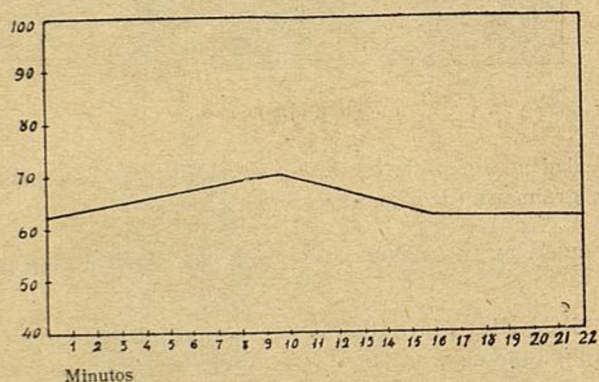


PRIMERA PRUEBA DE ATROPINA (paraliza el vago).

Para ello es inyectado al enfermo medio miligramo de sulfato de atropina. La observación es de veinte minutos. Durante ella le hacemos ingerir 250 gramos de agua, que no pasan al estómago hasta después de la prueba que le autorizamos para hacer degluciones fuertes.

Reacción pupilar, positiva.

Pulsaciones.—Están representadas en la adjunta gráfica.



Las tensiones bajan durante la prueba un entero (11 y medio) en la máxima y medio en la mínima (6).

SEGUNDA PRUEBA DE ATROPINA

Prueba de Danielópulu. Duración, treinta minutos.—Se consigue paralizar el parasimpático con tres cuartos de miligramo de atropina.

Reflejos.—a) Ortostático.

b) Clinostático.

c) Oculocardiaco.

d) Carotideo.

e) Neumocardiaco.

f) Convergencia.

g) Palatocardio vagal.

h) Celiocardiaco.

i) Palatocardiosimpático.

Resultados.—Tono del vago, 92; tono del simpático, 76. Hipoanfotonia. No es un caso neurovegetativo.

Prueba de la pilocárpina (excitante periférico del vago).—Con un centigramo en ayunas.

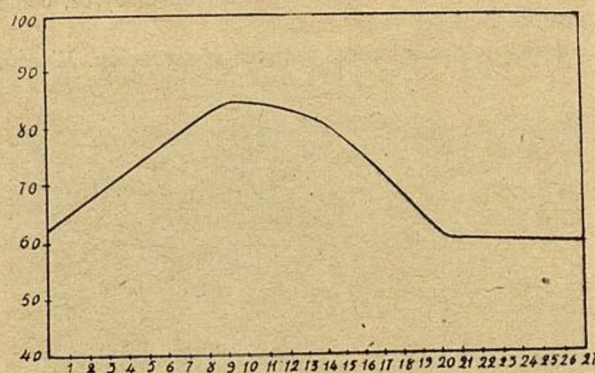
Esta prueba dura veinte minutos. En su comienzo, el enfermo toma 300 centímetros cúbicos de agua y expulsa, por vómito, en medio de ella, 420 centímetros cúbicos con salivación. Gran congestión cerebral y mareos.

Antes de la prueba: Pulsaciones, 62 al minuto.

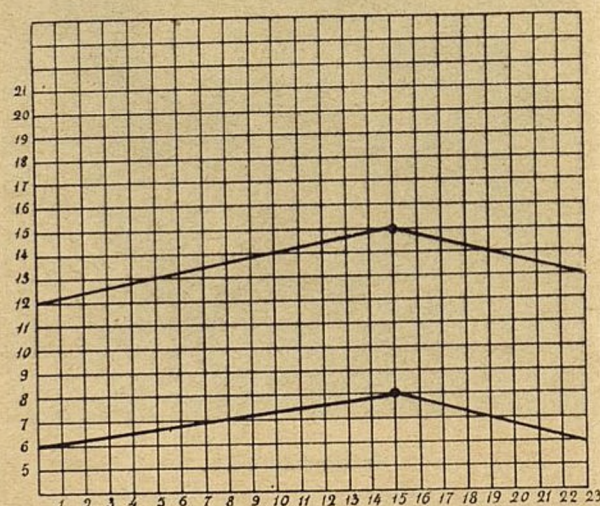
TENSIONES

Máxima 12 } D. 6.
Mínima 6 }

Pulsaciones.—Están en la siguiente gráfica:

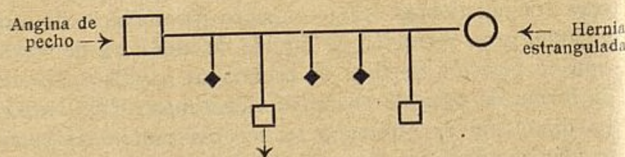


Las tensiones están representadas en la siguiente gráfica:



Historia número 202 del Dispensario (14 marzo 1935). L. G.; treinta y tres años; casado; sin hijos.

ANTECEDENTES FAMILIARES



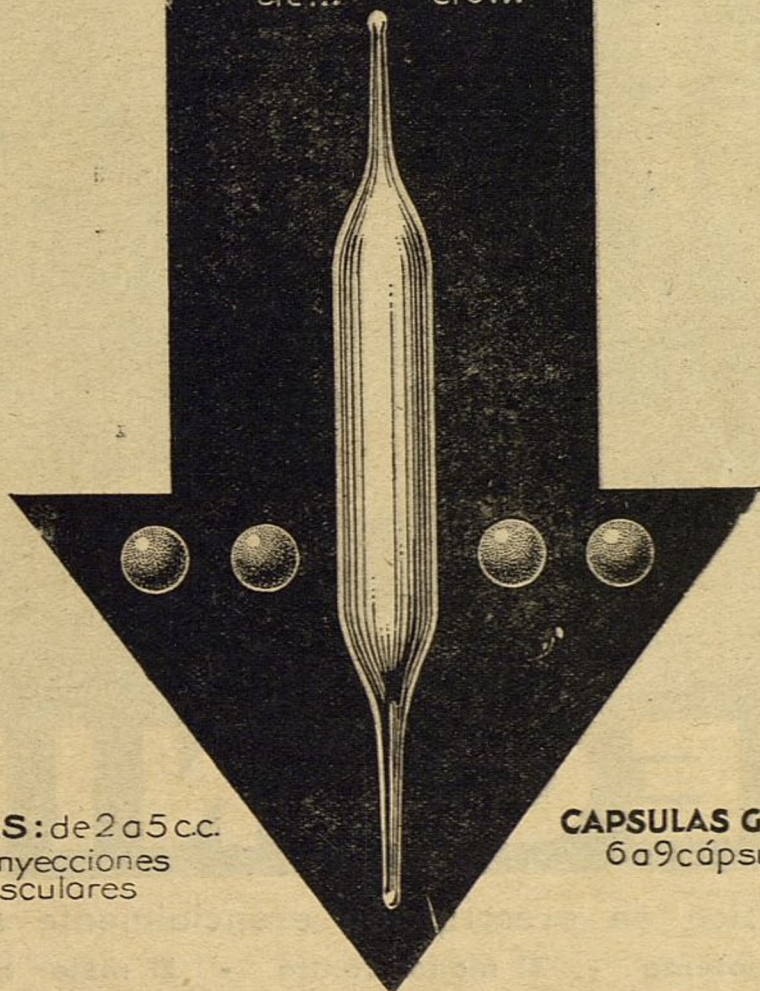
Antecedentes patológicos.—A los diecinueve años, molestias epigástricas después de la ingesta, que le desaparecen con un arreglo de boca. Hace dos años, crisis abdominales con diarrea que le duran un día. Habitualmente, una deposición pastosa de color oscuro.

Historia del padecimiento actual.—El 29 de julio pasado, fractura de base de cráneo y del maxilar inferior, con conmoción cerebral; le dura ocho días. A los diecio-

NEUMOPATIAS AGUDAS O CRONICAS
y todos los estados infecciosos

GRIPE-BRONCONEUMONIA

NEUMONIA
BACILOSIS
BRONQUITIS-FETIDA
TRAQUEO-BRONQUITIS
etc... etc...



AMPOLLAS: de 2 a 5 cc.
diarios en inyecciones
intramusculares

CAPSULAS GLUTINIZADAS:
6 a 9 cápsulas diarias

EUCALIPTINA

LE BRUN

MUESTRAS y LITERATURA : Delegacion, Larra 6, MADRID



VEGANIN

Analgésico de prescripción esencialmente médica
El más potente - El menos tóxico - El mejor tolerado

Asociación medicamentosa sinérgica de ácido acetilsalicílico, de fenacetina y de fosfato de codeína, de la cual se deriva su **máxima acción terapéutica** en la: Gripe, Resfriados, Neuralgias, Reumatismo y estados reumáticos, Dismenorrea, en Otorrinolaringología, en la práctica Odontológica y Postoperatoria,

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

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.

Apartado 410 - Barcelona

cho días del trauma, y por una fuerte toma de magnesia, hace su primera deposición. Desde entonces, constipación pertinaz que no cede más que con dosis altas de magnesia. Así se ha pasado hasta el 22 de enero; desde esta fecha no consigue deponer con ninguna clase de laxantes ni purgantes.

Momento actual.—Deseo continuo de deponer con dolor anal. Dolor permanente en ambas fosas ilíacas, que se aumenta con las comidas durante una hora.

Bien de apetito.

Exploración clínica.—a) Aparato digestivo. Tacto rectal. Constricción del esfínter anal, que aprisiona el dedo.

b) *Anuscopia.*—Contracción de esfínter anal, mucosa hipertrofiada y congestionada con un poco de moco. Al terminar la exploración expulsa con violencia el anuscopio.

c) *Rectoscopia.*—A los seis centímetros del esfínter se ve un gigante coproma que hace presumir la existencia de un megasigma.

Exploración radiológica.—Se hace un enema opaco (radio primera) y se ve un dolicosigma con un gigante megasigma.

Tratamiento.—A los cuarenta y cuatro días de no deponer se le extrae el enorme coproma mediante raquiotomía y dilatación anal; la extracción, al principio con cucharilla roma, es continuada con la mano, terminando la maniobra con un enema a gran presión.

Desde entonces este enfermo depone todos los días.

No tiene régimen especial y toma geneserina.

A los seis meses ha regresado de Melilla y se le ha podido hacer la radiografía número 12, en la que se aprecia una intensísima reducción del mega-dólico sigma. (Compárese con la radiografía número 7.)

SINTOMATOLOGÍA

En nuestro primer caso—enfermo de perfecta construcción orgánica y correcta constitución moral—sólo se encuentra como síntoma que a la edad de nueve años, y a seguido de un vómito por indigestión de abundantes castañas de indias, por lo que le purgaron, nota el establecimiento de una disfagia que al principio le obliga a devolver lo ingerido, y que posteriormente se va habituando, notando de dos a tres detenciones de la comida a nivel de porción abdominal del esófago; el enfermo bebe un poco de agua o verifica algún movimiento de deglución y dice sentir perfectamente la caída de los alimentos en su estómago: hecho comprobado en nuestra primera exploración radiológica, en que, retenida toda la papilla de contraste, dió lugar al revelado de una placa, y por resultar débil al revelado de otra segunda, al terminar ésta nos dice que ya ha pasado al estómago, lo que es comprobado, si bien queda resto en su esófago. Nuevos movimientos de deglución la hacen pasar.

Nuestro enfermo no ha padecido nunca de angustia, disnea, palpitaciones, sudores ni dolores, molestias que han sido asignadas y que se consideran como resultantes de la compresión de grandes vasos y nervios por el esófago dilatado.

Este enfermo se hizo consultar en enero del 34, por padecer desde hacía poco tiempo molestias abdominales, estreñimiento de tres a cuatro días y a seguido deposición líquida amarillenta, sin moco ni sangre, con intensos movimientos intestinales y con un poco de dolor. Es-

to es lo que le hace consultar, y añade que desde los nueve años nota dificultad al tragar. Padres, bien, y cuatro hermanos sin ninguna enfermedad. A la exploración, intenso dolor en puntos apendiculares. Es aconsejado un estudio de su travesía intestinal en el Hospital Militar de Madrid y que sea visto en la consulta del doctor Fumagallo. Practicada la apendicectomía, han desaparecido sus molestias abdominales y, como en el tercer caso que os presentamos, de discreto megasigma, acusa como única manifestación clínica un dolor que aparece en re-



Radiografía núm. 7.

gión lumbosacra, coincidente con el ejercicio o con muy discreto estreñimiento, por cuya molestia ha ido a la consulta del Dr. Bastos, que al encontrar completa normalidad en vértebras lumbares, nos le envía para su estudio, y manifiesto dolor en su fosa ilíaca derecha, que desaparece inmediatamente si hace una deposición, pero que también desaparece en un cuarto de hora si queda en posición echada. Nos preguntamos: “¿Es sintomatología que algunas veces acompaña a los alargamientos o dilataciones del intestino, y no son en realidad apéndices enfermos? ¿O son apendicitis crónicas en mera coincidencia con este proceso? ¿Es frecuente, ya que no causalmente o agente causal, si su concomitancia o frecuencia?” Poco honesta con tan escasa casuística cualquier inclinación hacia uno de estos teoremas.

Sin tener sensación alguna de estar ocupado su esófago, salvo en decúbito horizontal, en el que le refluye a la boca líquido y baba, es siempre extraída en ayunas, y distanciado por lo menos diez horas de la última ingestión, una cantidad muy respetable—recordad las cifras dadas—de líquido, que consideramos de secreción y no de retención, por no tener partículas sólidas, por ser abundante en moco y por contener ácido clorhídrico combinado en abundante cantidad. En una de las extracciones, las pruebas de la investigación de sangre oculta

ha sido positiva. La hipersecreción, el moco y la existencia de sangre nos autorizan a decir padece una esofagitis, esofagitis que sostiene el patológico reflejo espasmódico y lo acentúa y agrava; no es la causa etiológica, pero sí su lógico resultante: habrá de ser un intento de tratamiento sintomático (no etiológico) el vaciamiento de su esófago después de cada comida, la ingestión de líquidos alcalinos o insuflación de polvos alcalinos y posterior vaciado, para ver si corregimos su esofagitis. En nuestra primera exploración radiológica nos llamó fuertemente la atención que la papilla de contraste sólo hacía opaca la porción vertical del estómago, como si hubiera desaparecido la parte horizontal o fuese a ser un marcadísimo reloj en arena (por úlcus, con perigastritis de la curvatura menor); posteriormente (ver radiografías), se llena la porción horizontal, vaciando perfectamente por su esfínter pilórico.

El "infundibulum" del estómago está enormemente alargado y considerablemente dilatado (mayor cantidad de papilla produciría un aumento en esta distensión): la porción horizontal del estómago no adquiere las dimensiones que veis en las estenosis incompletas del píloro, y como en nuestro enfermo siempre hemos encontrado retención de más de diez horas en su cavidad gástrica, retención perfectamente separable del líquido extraído del esófago, por no tener moco, por estar formada una

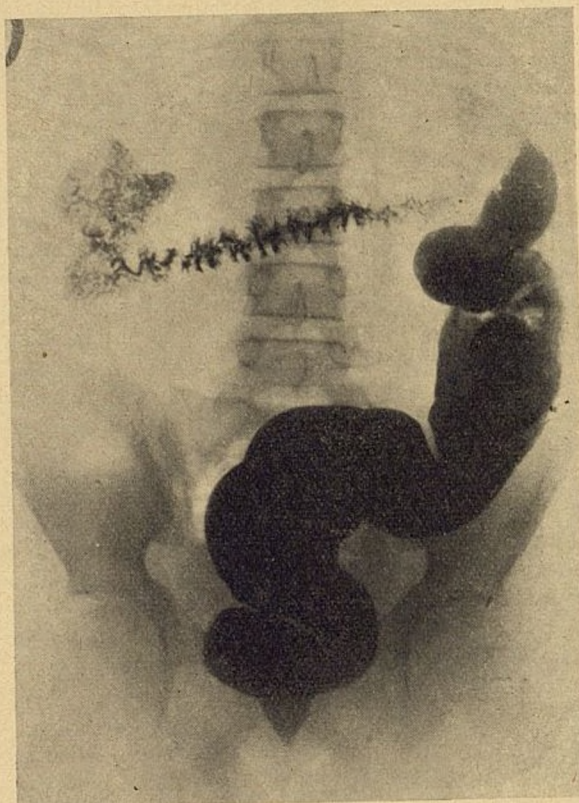


Radiografía núm. 8.

de sus capas de restos sólidos alimenticios y por la abundante existencia de A. C. L., A. O. y combinado, y por la retención de papilla en contacto con la cámara de aire e imágenes radioscópicas que lo acreditan, creemos en una intensa estenosis mediogástrica.

Así como el esfínter epicardias o canalis "cardiacus" constituye un verdadero esfínter funcional de este órga-

no—ya que un verdadero esfínter funcional anatómico no ha podido ser demostrado ni aun por los minuciosos trabajos de Forssell—, y como exponíamos en nuestro trabajo "Algunas ideas sobre diversos problemas de la gastropatología" (EL SIGLO MÉDICO, 11 agosto 1934, *Revista de Información Terapéutica, Revista de Sanidad Militar*, etc.—, la necesidad fisiológica—tampoco demos-



Radiografía núm. 9.

trada anatómicamente—de la existencia de un esfínter antro para el conveniente vaciamiento pilórico, hoy sospechamos en un acúmulo de elementos nerviosos en la unión de la porción vertical y horizontal del estómago, que en estado normal serviría para la perfecta quiescencia del estómago, y que en estado patológico podría dar lugar a un espasmo más o menos intenso.

Gran cantidad de exploraciones radioscópicas señalan otra contracción a cuatro o cinco centímetros por debajo de cámara de aire del estómago, donde consideramos debe haber otro acúmulo o aumento de los elementos nerviosos para regir la perfecta motilidad gástrica.

EXPLORACIÓN DE LOS ESFÍNTERES

En el caso tercero (enfermo del traumatismo craneal) y en el cuarto (enfermita enviada por la consulta del Dr. Bastos) existe un aumento patológico en la tonicidad de los esfínteres interno y externo del recto: el primero lleva dos meses sin expulsión de su contenido intestinal; el segundo—aunque con un poco de pereza, verifica esta función fisiológica diariamente: estreñidos crónicos, intensos espasmos rectales por fisuras, hemorroides, rectitis, fístulas, obstrucción tumoral, etcétera—, no dan lugar a dilatación o alargamientos de sigmo o colon, pero en el caso cuarto, de cáncer de recto, con más de 10 deposiciones diarias e incontinencia de es-

finteres por invasión neoplásica, existe un magnífico dolicosigma y dolicolon; no es necesario un impedimento en el tramo digestivo para que se produzca su dilatación o su alargamiento.

ANATOMÍA

Según los anatómicos, las fibras musculares longitudinales que rodean el cardias, y principalmente el haz o



Radiografía núm. 10.

fascículo interno, así como la irradiación de las fibras del fornix, deben considerarse como un enérgico aparato dilatador del cardias.

Raymond Gregoire dice en la página 238 de los *Anales* del mencionado Congreso: "Está establecido que la afección no ataca jamás la totalidad del conducto esofágico; sólo se localiza a sus porciones cervical y torácica; el esófago abdominal no es jamás tocado. La dilatación se para al nivel del anillo muscular del diafragma." Y añade: "Las observaciones cadavéricas, la radioscopia, la endoscopia, el control operatorio son unánimes sobre este punto esencial." Y comenta: "No se puede comprender por qué la lesión se para siempre a nivel o paso del orificio diafragmático."

Nuestro caso nos ha permitido la suerte de poder demostrar que este principio anatómico puede no ser exacto; el megaesófago que presentamos ataca la porción abdominal, está dilatado por debajo del orificio y pilares diafragmáticos y sólo queda detenido a la altura del fisiológico—que no demostrado anatómicamente—esfínter epicardias.

Se afirma que la forma dilatada del esófago es raramente observada, y que ella constituye un descubrimiento fortuito, porque a esta época es raro que el enfermo tenga las molestias suficientes para hacerse consultar; la dilatación sería muy tardía, y el alargamiento y consiguiente acomodamiento del esófago, la causa principal

y única del impedimento a su evacuación y de toda la molesta sintomatología. Primero, sería la dilatación; segundo, el alargamiento y acodamiento al igual, según Gregoire, ocurre en el uréter e intestino cuando un obstáculo incompleto dificulta su evacuación.

En nuestro caso existe gran dilatación datando de once años. ¿Se puede hablar de alargamiento? Nosotros creemos que no, y nadie podrá ver el acodamiento al que se asigna la dificultad de que se vacíe el esófago.

Y desautoriza esta afirmación de que primero sea la dilatación y posteriormente se efectúe el alargamiento la ya muy numerosa documentación radiológica sobre alargamientos del colon casi siempre en el tramo sigma, en gran cantidad de gamas o facetas-alargamientos (dolicolon), sin sintomatología alguna, descubrimientos fortuitos o con pequeña mitomatología abdominal en la que sobresale un estreñimiento más o menos intenso, sin que exista dilatación (megastigma o megacolon).

La terminación de la dilatación se hace bruscamente (no en embudo) tres centímetros más arriba del nivel del cardias, quedando entre cardias y dilatación un cilindro muscular de tres centímetros de largo, que se conoce con el nombre de picardias o "canalis cardiacus", y que constituye el verdadero esfínter funcional de este órgano.

Este cilindro, ni en los casos de cardioespalmo más avanzado presenta la menor señal de hipertrofia, e incluso en muchas ocasiones está como atrofiado. Este he-



Radiografía núm. 11.

cho contrasta con la intensa hipertrofia del esófago Rolleston, Strauss, Zaaier, y esta atrofia es conconante y lógica con los acuerdos fisiológicos—la abertura del esfínter es actividad—; su cierre es reposo; el esfínter no ejerce su función de abrirse y cerrarse; se abre pocas veces para dejar rápido y voluminoso paso de alimentos; se atrofia.

FISIOLOGÍA

El orificio diafragmático del esófago está normalmente cerrado, y Cannon dice que felizmente, porque nos evita el olor desagradable del contenido gástrico.

Y por estar continuamente cerrado puede existir la cámara de aire en la parte más alta del "infundibulum" gástrico sin ser expulsado al exterior.

En fisiología normal, la onda peristáltica que hace progresar el bolo alimenticio, avanza de alto abajo el esfínter cardíaco, se abre entonces y deja pasar el contenido del conducto esofágico si el ritmo está turbado, confundido, alterado, el esfínter no se abre, la onda peristáltica lucha en vano, la pared esofágica se dilata. Esta es la teoría de la *acalasia*, de A. Hertz.

Durante la fase de reposo o de oclusión del cardias la irrigación de la pared no es ni abundante ni escasa; parece corresponder al mínimo necesario para la conservación de los elementos celulares; durante su contracción espasmódica (excitación eléctrica) se observa una isquemia casi absoluta del segmento contraído, la circulación está considerablemente aumentada durante la fase de abertura. En ella los vasos aparecen muy dilatados, los elementos musculares alargados y todo revela un aumento del trabajo.

Experimentalmente, la ligadura de los vasos, produciendo una isquemia, impide la abertura del cardias, y por otra, sabemos que en todos los casos en que hay un aumento patológico de la circulación (peritonitis, meliastinitis, abscesos isquiorrectales, etc.), el esfínter se dilata y se encuentra relajado y permeable.

Bayliss y Starfling expusieron, en 1899, la llamada ley del intestino, aplicable a todo el conducto gastrointestinal. Todo excitante adecuado produce, por intermedio de los nervios vegetativos, en primer lugar una dilatación que empieza por debajo del punto excitado y se propaga de segmento en segmento hacia abajo; esta dilatación no es una relajación producida por impulsos inhibidores, sino, por el contrario, un acto de verdadera actividad de todos los elementos musculares, vasculares y de los nervios. (Berthe, Parnas, Lewys, Rieder, Muller.) La dilatación que se observa después no es más que la vuelta al estado anterior o de reposo de los elementos del sector excitado.

ETIOLOGÍAS

Las teorías propuestas para explicar estos procesos pueden ser sintetizadas en cuatro: congénitas mecánicas o por obstáculo funcional, trastornos del sistema nervioso vegetativo, deficientes glandulares.

Congénitas.—Teoría etiológica del megaesófago, expuesta en 1907 por v. Hacker, afección congénita similar a la descrita por Hirschsprung con el nombre de megacolon; en los casos en que además existe alargamiento de su longitud, Lignac emplea el término de dolicoesófago, también similar al de dolico colon.

Admitida por muchos hombres de ciencia, no puede ser negada la existencia real de gigantismos congénitos de aparato digestivo, y hasta de cierta predisposición familiar.

En nuestros casos no se explica sin reacción en contra que siendo congénitos no hayan empezado a dar sintomatología hasta en edad bastante avanzada. En nuestra opinión, sólo sería congénito el tercer caso—enfer-

mita de la consulta del Dr. Bastos—de megasignia discreto; los demás serían adquiridos.

TEORÍAS MECÁNICAS O DEBIDAS A OBSTÁCULOS FUNCIONALES

Hiatoespasmo o frenoespasmo (teoría de Guisez y Dufourmontel).—Según Moscher, el esófago abdominal tendría que atravesar un túnel hepático; el borde superior del hígado produciría un repliegue en la cara anterior del esófago, y el pilar izquierdo del diafragma da lugar a otros dos repliegues, situados por detrás y a la izquierda del esófago. El descenso inspiratorio del diafragma abre el esófago y, según Moscher, cuando existe cardioespasmo se observaría una falta de correlación entre el peristaltismo del esófago y el descenso inspiratorio del diafragma, y a esta falta de correlación sería debido el espasmo del hiato. Es decir, no desciende el diafragma, no se abre el esófago y los alimentos quedan retenidos.

Controversia.—Este mecanismo reflejo no ha podido ser confirmado.

La deglución es factible durante la fase de elevación—expiratoria—del diafragma. En los casos de paralización del diafragma y hemidiafragma (frenicectomía) no existe retención esofágica de lo ingerido.

En nuestro enfermo la elevación y descenso de cúpulas diafragmáticas conserva perfecta armonía con las dos fases de los recambios respiratorios.

Teoría del gastroespasmo de Fleiner, ocasionada por ptosis gástrica.—Nosotros consideramos como no existente la ptosis gástrica independizada; el estómago descendido, y hasta 10 y 12 o más centímetros por debajo del borde anterior superior de crestas ilíacas es originado por el aumento de su tamaño, debido a una intensa estenosis pilórica; su porción cardíaca no desciende. En los tipos Stiller, desnutridos intensos, individuos con condiciones anatómicas adecuadas, alargamiento del tórax, falta de amplitud de bases torácicas, etc., el descenso gástrico es un factor de su complejo total visceroptosis. Existe—por alargamiento de los mesos—descenso del colon en sus ángulos hepático y esplénico y en su porción transversa, duodeno en variadísimas posiciones y formas, pero no descenso independiente del entrante cardias del estómago. En nuestro enfermo existe enorme estómago, principalmente de su porción vertical ("infundibulum" gástrico), pero ved cómo el esfínter epicardias está a normal altura, y en los estómagos metidos en plena pelvis nunca se encuentra megoesófago ni dificultad a la entrada gástrica.

La longitud del esófago abdominal y la ptosis gástrica serían causa de que las fibras musculares longitudinales del cardias encargadas de la abertura de este orificio se habrían hecho débiles para lograrlo, y al no abrirse el cardias se produciría la hipertrofia y consecutiva dilatación del resto del esófago.

Teoría de la insuficiencia motora del cardias.—Rolleston (1896) admite la impermeabilidad del cardias como debida a una falta de abertura del mismo; esta falta de abertura es debida a un defecto del mecanismo de coordinación, en virtud del cual el esfínter cardial se abre durante el acto de la deglución. Este defecto tendría como etiología una parálisis de los músculos longitudinales del cardias encargados de abrirlo.

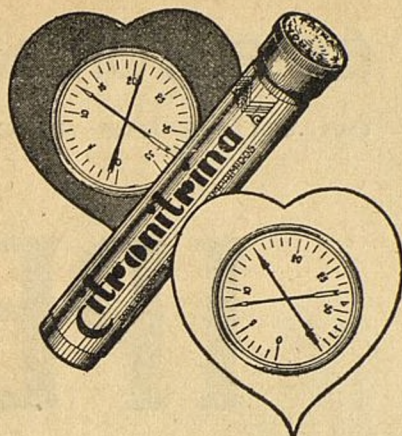
Teoría de la atonía del esófago.—Rosenheim, Netter, Pulugay y Pal atribuyen la dilatación del esófago a una ectasia de su pared, considerando como secundario

*Para sus hipertensos
y arterioesclerosos.*

TRATAMIENTO PROLONGADO
DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DE LA ARTERIOESCLEROSIS
Y DE SUS COMPLICACIONES
POR LA

Citronitrina

Vergés & Oliveres



CITRONITRINA es un citronitrato sódico asociado al citrato de sosa, presentado en forma de comprimidos. Actúa por la acción vasodilatadora que ejerce el nitrato sódico y la hipoviscosa del citrato.

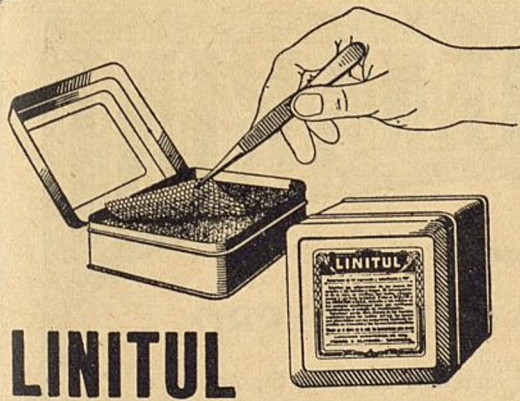
INDICACIONES: Hipertensión arterial, cualquiera que sea su forma y origen. Arterioesclerosis, Aortitis, Angioespasmos, Embolias, Flebitis, Angina de pecho, Estados pletóricos y congestivos, etc.

Composición por comprimido: Citronitrato sódico, 0'10. Citrato sódico, 0'40. Sustancia inerte, c. s.

DOSIS: De tres a 4 comprimidos al día. Dosis corriente, 3 comprimidos.

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

Impiden las adherencias del apósito a las heridas y llagas. El levantamiento de la cura se hace, por tanto, cómodamente y con toda facilidad. Evita el DOLOR y las HEMORRAGIAS, dejando los tejidos en las mejores condiciones para que verifiquen rápidamente el trabajo de cicatrización.

El apósito ideal, tanto en las curas de alta como de pequeña cirugía

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

Vitamina A, vitamina D, fósforo, iodo, hierro, lecitinas, poderosa acción irradiante en estado natural; tales son los elementos a que debe su valiosa acción terapéutica el

aceite de hígado de bacalao

¿Puede ofrecerse al médico un producto de fórmula más acertada? ¿Puede el laboratorio llegar a reproducir el dinamismo de que gozan aquellos medicamentos en el compuesto natural de que forman parte?

Al médico celoso de sus éxitos incumbe buscar la perfecta pureza de aquel aceite, exigiendo siempre la

GEVE



EXPECTORANTE al mismo tiempo que **SEDANTE**
en todas las afecciones de los órganos respiratorios

IPECOPAN

SANDOZ

Se puede prescribir sin receta especial de estupefacientes (R. O. núm. 792, del 20 de julio de 1929)

EL POLVO DE DOVER EN FORMA PERFECCIONADA

COMPRIMIDOS MALTEADOS

G O T A S

Calma la tos irritativa

No ofrece peligro alguno de habituación

Fluidifica las secreciones bronquiales

(por actuar la emitina como válvula de seguridad
en caso de haber administrado dosis abusivas)

Facilita la expectoración

Muy bien tolerado por los niños y adultos

METARSILE MENARINI

FOSFO-METARSILENIATO DE HIERRO

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

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

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

Muestras gratis a los señores Médicos que las soliciten:

Agentes: J. URIACH y C.^a, S. A. - Apartado 632 - BARCELONA

el espasmo del cardias. Está basada esta opinión en la observación cierta y exacta de la falta de dilatación del esófago en muchos casos de estenosis cicatricial o neoplásica, y Stierlin pone también en tela de juicio si es suficiente un trastorno de la función del cardias para producir las enormes ectasias del esófago, diciendo que para que se produzcan es necesaria una acción paralizante sobre el peristaltismo de la porción del esófago situada por encima. A esta teoría se han adherido Janczurowicz, Umber, Huber, Lewinson, Richartz, Grein. Para el profesor Cardenal no puede negarse la existencia de una atonía primitiva del esófago. Pero se trata de una afección muy poco frecuente (casos de Guisez, Kauf, etcétera), y esencialmente distinta de la que nos ocupa.

Causas nerviosas.—Eppinger y Hess describieron el síndrome de la vagotomía.

Kaufmann, Loewi y Kiemböck consideran como causa del cardioespasmo y de la dilatación del esófago una enfermedad del sistema autónomo (vago, motor ocular común, cuerda del tímpano, nervio pélvico, etc.).

Los experimentos de Claudio Bernard, de Schiff, etc., seccionando en el cuello el neumogástrico, dicen provocar en las regiones superiores del esófago una parálisis muscular, y en los inferiores, una contracción espasmódica.

Disfagia espasmódica de F. Hoffmann o del cardioespasmo de Miculicz—una de las que más partidarios consiguió conquistar—: el obstáculo que se opondría al paso de los alimentos sería una contracción espasmódica permanente, o casi permanente, del cardias; según que este espasmo fuese o no congénito, así serían o no congénitas sus manifestaciones.

Giese, en 1860, pensó en una enfermedad del vago como causa de la dilatación del esófago, y Kranz encuentra atrofia de los dos vagos en seis autopsias de megaesófago, sosteniendo que una enfermedad del vago por desaparición de su acción inhibitoria (de contracción) desempeña un gran papel en el cardioespasmo (en la dilatación).

Teoría de la acalasia.—En 1888 sostuvo Melzer que en los casos de megaesófago no existe un espasmo de la región inferior de este órgano, sino que el obstáculo al paso de los alimentos era debido a una falta de abertura del cardias tras el acto de la deglución. La ausencia de este reflejo sobre el cardias produciría una oclusión tan intensa de éste, que no podría ser vencida por la contracción de la musculatura esofágica normal, y de ahí su hipertrofia primitiva, seguida más adelante de la dilatación del órgano. Hurs propuso para este estado el término de achalasia, y Rieder el de cardioalasia; es decir, se trata de una no relajación, debida a una falta de coordinación entre la actividad propulsora de la pared esofágica y la relajación del esfínter cardias.

La alteración del reflejo de abertura puede ser congénita o consistir en una simple predisposición latente, capaz de manifestarse bajo la acción de determinadas causas externas.

La hipertrofia es siempre secundaria a la lesión de esfínter, y es producida por el trabajo que ha de realizar la musculatura para vencer el obstáculo funcional (hipertrofia de la musculatura del canal egestorio del estómago).

El megacolon no sería a menudo más que una ano-

malía anatómica, que se desenvuelve o queda silenciosa durante equis cantidad de tiempo.

La acalasia, como expresión de trastornos funcionales en los plexos de Auerbach, es considerada por Hurst como causa del megacolon, y ella llama la atención sobre el sistema nervioso vegetativo.

Ishikawa, en sus trabajos experimentales, reproduce el megacolon en los perros seccionando los filetes ner-



Radiografía núm. 12.

viosos del plexo sacro, es decir, en un colon, que resta exclusivamente bajo la dependencia de los filetes simpáticos, y contrariamente, seccionando los filetes de la cadena simpática inervante del megacolon restablece su funcionamiento y calibre.

Teorías hormonales.—Schippers invoca la falta de hormona tiroidea y existencia de mixedema en la patogenia del megacolon, y dice se curan con la administración de hormona tiroidea.

Según Marfan, "Les affections des voies dig. de la premier enf.", dice: "El hipotiroidismo puede producir el megacolon, verosíblemente por trastornos en su inervación.

Carnot considera el megacolon como consecuencia de un desequilibrio paratiroideo; habiéndolo observado en el curso de la acromegalia, el megacolon no sería más que uno de los síntomas de la esplenomegalia acromegálica.

Para Félix Turyn, del Hospital Radiogszew, a Lodz. Servicio del Dr. N. Goldblum: "Sobre la fisiopatología de los portadores de megacolon no sería necesario encontrar los intensos signos de la acromegalia clásica; sería suficiente las formas frustradas de esta afección, es decir, acromegalias constitucionales—acromegaloideas—, en los cuales se puede suponer una hiperactivi-

dad de las células eosinófilas del lóbulo anterior de la hipófisis, y en los cuales el megacolon sería como un signo solitario de la esplenomegalia." Es decir, que para Turyn el megacolon es la expresión de la tendencia constitucional a la hipertrofia de los órganos; esta tendencia dependería del hiperfuncionamiento del lóbulo anterior de la hipófisis; él puede ser primitivo o secundario a causa de la correlación interglandular.

Nosotros consideramos que todos los gigantismos obedecen a la misma causa etiológica.

Creemos exacta la existencia en estos enfermos de la acalasia de Hurst, es decir, de la pereza o inhibición subtotal del reflejo de abertura de los esfínteres en los movimientos del tramo digestivo, que se efectúan siguiendo la ley de Payliss y Starling, y una atenuación en los movimientos de dilatación—activos—y de contracción—pasivos—de los segmentos interesfinterianos.

La retención por encima de los diversos esfínteres acentúan y agravan y sostienen la falta de coordinación nerviosa.

La causa de esta acalasia debe estar en una alteración patológica de plexos del sistema vegetativo, correspondiente a los diversos sectores esófago, estómago, duodeno, intestino, que la anatomía microscópica ha en su día de detallar, y esta alteración sería debida a traumatismos, elongaciones, alteraciones inflamatorias, etiologías físicoquímicas o de causa hormonal, si bien vaya en contra de esta opinión el que, en la práctica, todas las lesiones que producimos experimentalmente en el tramo digestivo cicatricen y curen rápidamente al restablecerse la conexión nerviosa, interrumpida por sección de plexos nerviosos y destrucción de fibras nerviosas simpáticas.

LA RUTA DE ESCULAPIO

(Crónica de un viaje médico-histórico
por los Museos de Europa)

POR EL

Doctor ALBIÑANA Y SANZ

Graduado en las Facultades de Medicina, Derecho, Filosofía y Letras

XIV

EL ALMA DE LAENNEC

Aquí estoy, lectores, en Nantes. Salí de París con dirección a esta bellísima ciudad, que coquetea reflejando sus gracias en las verdes aguas del Loire, el más caudaloso río de Francia. El Loire es para Nantes lo que el Garona para Burdeos y el Sena para París. Su inusitado movimiento comercial presta a la urbe un aspecto cosmopolita, de gran puerto atlántico.

Es mucho río este río. Sus 980 kilómetros de longitud hacen de él una magnífica vía de comunicación, que se extiende desde el macizo central hasta el Oeste francés, recibiendo en su curso como tributo a su grandeza las claras linfas del Loire, el Sarthe y el Marenne, por la derecha, y el Allier, el Indra y el Vienne, por la izquierda. Así es que cuando el río pasa por Nantes, llega ya pletórico, soberbio, corriendo por su cauce con una fastuosidad mayestática, como si en su seno se albergara el propio Neptuno.

Mi viaje es una escapatoria romántica; he querido

visitar la Escuela de Medicina, que si en el orden de la preponderancia cultural francesa no tiene el mayor relieve, cuenta, en cambio, con un atractivo espiritual que no puede pasar inadvertido para los que sentimos veneración por la ciencia pretérita y los hombres que la encumbraron.

Me refiero a René Theophile Marie Laënnec, el gran genio médico de comienzos del siglo XIX, transformador de la Medicina clínica. Aquí hizo sus primeros estudios médicos: aquí se inició en sus trabajos experimentales; aquí vivió horas felices y horas terribles, que templaron su espíritu de luchador científico y de hombre bueno; aquí, en fin, se formó su alma, el alma de un gran hombre que pasa a la posteridad acompañado de la admiración de los sabios.

¿Está justificado el encanto que la visita a la modesta Escuela Médica bretona tiene para cuantos sentimos la emoción de la Historia?

La Universidad de Nantes debió su creación, como tantas otras, al movimiento cultural del Renacimiento. La iniciativa de su fundación corresponde a Francisco II, último Duque de Bretaña, hijo de Catalina de Médicis. Fué en el segundo tercio del siglo XVI. La Real Cédula de su constitución demuestra que, desde su creación, tuvo esta Universidad una Facultad de Medicina, pero la enseñanza médica se practicaba ya en fecha anterior, pues en 1492 se hacían demostraciones anatómicas, por haber concedido Carlos VIII el derecho de realizarlas en cadáveres de ajusticiados y ahogados. Más tarde fundóse el *Hôtel-Dieu*, organizándose metódicamente los estudios médicos.

Ningún detalle relevante ofrece esta Facultad hasta el final del siglo XVIII, época en que Laënnec vino desde Quimper, su pueblo natal, a cursar sus estudios médicos.

Era en 1793 cuando la Revolución suprimió la Facultad de Medicina y la Escuela de Cirugía. La enseñanza técnica hubiera quedado abandonada si dos hombres eminentes y generosos no hubieran tomado la iniciativa de organizar al día siguiente de la supresión nuevos estudios en el *Hôtel-Dieu*. Estos hombres fueron Bacqua y Darbefeulle, ambos ilustres profesores.

No era entonces el *Hôtel-Dieu* el magnífico edificio que hoy se ofrece a nuestros ojos, con sus vastas salas y su elegante construcción: era un sórdido caserón, mezcla de prisión y de convento, de edificación sombría, ennegrecida por el tiempo.

Los revolucionarios, en su afán de dar a todas las instituciones un sentido laico, cambiaron el nombre de *Hôtel-Dieu* por el de *Templo de la Humanidad*. Darbefeulle instaló como pudo su enseñanza: en el primer piso alojó a los enfermos, reservando una sala para cátedra, y debajo estableció la clase de disección, en un local pequeño, infecto, casi sin luces y sin ventilación. No obstante estas deficiencias, la enseñanza anatómica fué fecunda, pues como había pocos alumnos y muchos cadáveres, contaban con abundante material de estudio.

En estas condiciones de organización penosa comenzó el joven Laënnec sus trabajos. Su tío Guillermo Laënnec era a la sazón director de la Escuela y primer cirujano del *Hôtel-Dieu*. Bajo su competente dirección, familiar y técnica, cursó provechosamente los primeros años el descubridor de la auscultación mediata. La Humanidad debe gratitud a Guillermo, pues sin sus sabias enseñanzas y sin su profesión, se hubiera malogrado un genio, ya que Teófilo Laënnec, lejos del hogar paterno

y sin recursos necesarios no hubiera podido emprender su brillante y gloriosa carrera.

Por cierto que los primeros pasos científicos del joven alumno fueron vacilantes entre la Medicina y la Ingeniería; su espíritu, profundamente observador, aplicóse a la Botánica y a la Mineralogía, dando largos paseos campestres y regresando a casa de su tío cargado de hierbas y pedruscos. Esta afición fué alentada por una circunstancia pintoresca: Teófilo, en el período de vacaciones, regresaba a Quimper a ver a su padre, y como carecía de dinero para utilizar la diligencia, hacía el viaje a pie en jornadas de 30 kilómetros. En sus largas caminatas a través de la campiña bretona tenía tiempo y ocasión sobrados para dedicarse a sus observaciones naturalistas.

Un día, en pleno dominio del terror, Laënnec presencié un espectáculo horrible: desde su domicilio, en la plaza de Bouffai, vió cómo los revolucionarios instalaban la guillotina, que a poco funcionaba, dejando escuchar su chirrido, tajante y siniestro. Los vecinos de la plaza, particularmente las mujeres, debían asomarse a las ventanas para presenciar la matanza, según macabro mandato de la fiera popular. Espantados tío y sobrino de tan trágico espectáculo, trasladaron su residencia a la plaza de la Igualdad, que actualmente se llama plaza Real. ¡Qué impresión tan terrible guardaría el joven filiatra de aquella visión horrenda!

Laënnec, como Ambrosio Paré, como Vesalia y tantos otros, comenzó su carrera sirviendo de cirujano en el Ejército; pero esta fase profesional no fué por inclinación, sino por un accidente casual: con motivo del propósito de Napoleón de acabar con el movimiento revolucionario, ocupando el Oeste, un ejército de 60.000 hombres invadió los campos de Bretaña. Cerca de Nantes establecieron nueve ambulancias sanitarias, que reclamaban numeroso personal técnico, y Laënnec fué nombrado cirujano de tercera clase cuando sólo contaba catorce años. ¡Qué júbilo el del inquieto y estudioso muchacho cuando se vió dueño de un bicornio, un tahalí y un estuche de cirugía! En la primer ocasión que tuvo, en Vannes, se compró un gran sable...

Así se iba tejiendo el espíritu del sabio: con emociones continuas y contrapuestas, mezcla de reflexión y de estudio, de ilusión y de desengaño, de horror y de alegría. Hasta hubo una aventura femenina que le hizo conocer la pena de un cariño traicionado, amor que dejó en su alma un surco de amargura, destrozando las primeras ilusiones de su adolescencia. Bien que para sufrir estos embates de la fe quebrantada no precisa ser sabio, pues la traición elige sus víctimas lo mismo entre los ignorantes que entre los preferidos de Minerva.

En la época a que me refiero, el curso oficial para los estudios en el Hôtel-Dieu comenzaba el 10 de Vendimiario (20 de septiembre); esto regía para los alumnos más adelantados; los principiantes tenían el curso desde el 10 de Thermidor (20 de julio), en cuya fecha comenzaban un cursillo de Artrología, estudiada sobre un esqueleto, con objeto de que, al comenzar el curso de Anatomía en Vendimiario, estuvieran ya en condiciones de preparación para poderlo seguir.

El año escolar estaba distribuido de esta forma: los cinco primeros meses dedicábanse a trabajos anatómicos; los dos siguientes, a la medicina operatoria; el 10 de Floreal (20 de abril) comenzaba el segundo semestre, que sólo duraba cinco meses, y durante el cual cur-

saban Fisiología, Patología y Terapéutica. En Floreal y en Pradial (del 20 de abril al 20 de junio) recibían explicaciones teóricoprácticas acerca de la sangría, apósitos y vendajes, y en 10 de Thermidor comenzaban las vacaciones para los alumnos antiguos. Al final de cada semestre dedicábanse diez días para los exámenes.

Además del Hôtel-Dieu existían otros dos Hospitales civiles: el *Orfelinato*, que los del Terror bautizaron con el nombre de *Enfants de la Patrie*, y el Hospital



Laënnec oscultando a un enfermo. Cuadro conocidísimo llamado también la oscultación.

de Sanidad, llamado de *La Reunión*, pero ambos establecimientos encontrábanse cerrados.

La creación de ambulancias sanitarias a consecuencia de la ocupación militar causó considerable perjuicio al Hôtel-Dieu, pues muchos estudiantes que prestaban servicios gratuitamente en él abandonáronlo para inscribirse en los hospitales militares, donde se les pagaba bastante bien. Hasta tal extremo desertaron los alumnos del Hôtel-Dieu, que en los comienzos del año 1796 sólo quedaban 10 para todos los servicios médicos y quirúrgicos. Esto motivó un llamamiento desesperado de Bacqua a la Administración departamental, invitándola a que adoptase medidas para retener a los estudiantes, a los cuales se les asignó una gratificación de 150 libras.

Cuando Teófilo Laënnec comenzó sus estudios, todavía funcionaban nuevos hospitales militares en plena actividad, siendo los más importantes el de *La Paz*, instalado en la que hoy es calle de San Clemente; el de *Unidad*, en la antigua Visitación, y el de la *Fraternidad*, establecido en la moderna calle del Liceo. Cada uno podía contener hasta 400 enfermos, y estaban dirigidos por Blin, médico en jefe del Ejército del Oeste y antiguo profesor de la extinguida Facultad; Ulliac, ciruja-

no jefe, y Rénon, farmacéutico jefe, que había establecido su cuartel general en *La Paz*, al cual estuvo agregado Laënnec bajo la dirección de su tío, que también servía en el establecimiento.

El estudiante niño que ponía un interés inmenso en cuantos asuntos le encomendaban, adaptóse fácilmente a sus nuevos estudios, y un día asombró a su tío y a los demás cirujanos con la historia clínica de un enfermo en la que había puesto todos los recursos de su espíritu, naturalmente observador y metódico.

A medida que iba cediendo la fiebre revolucionaria y volvían los ánimos a la normalidad, fué preciso reducir el personal técnico de los hospitales. Un Decreto ministerial de 30 de Nivoso (19 de enero) de 1797 suprimió siete médicos, 26 cirujanos y 15 farmacéuticos. Guillermo Laënnec y su sobrino fueron sacrificados, sin que les valiese los altos servicios prestados; pero el joven alumno fué agregado en calidad de supernumerario al Hospital de la Fraternidad, aunque sin disfrutar de retribución alguna.

La penuria económica del estudiante no le impidió cumplir su deseo de presentarse en sociedad con indumentaria impecable. Al tiempo de su licenciamiento como cirujano militar le fueron entregadas unas cuantas libras por haberes devengados, y el muchacho, atildado, irreproachable y con novia, proveyóse de ropa elegante y, movido por sus aficiones musicales, se compró una flauta. No descuidó tampoco la poesía, y la musa sutil, que nunca falta a la adolescencia, inspiró sus tiernos cantos a la mística Nisa, una ingrata que desdeñaba los fuegos de su corazón.

Rimando sus ensueños de gloria con su amor a la bella, sorprendió a Laënnec un requerimiento que puso en grave riesgo su porvenir: su padre, casado en segundas nupcias, envióle recado para que se trasladara a Quimper, pues hacía bastante tiempo que no le veía. Cuestión de unas semanas nada más. El estudiante, falto de dinero, como de costumbre, advirtió a su padre que no tenía blanca, y su cara mamá envióle unos luises. Volvió Teófilo al hogar nativo, y su madrastra suplicóle que renunciase a la carrera de Medicina y fijase definitivamente su residencia en Quimper. Informado el tío Guillermo de tan descabellado consejo, montó en cólera, reclamando al sobrino y consiguiendo que reanudase sus estudios en el curso de 1798.

Reintegrado a Nantes, cae el alumno en un profundo abatimiento. Consuela su pena con las melodías de su flauta y esparce su espíritu tejiendo nuevas rimas; a esta época pertenece un tierno ditirambo dedicado al Amor, cuyo original, de puño y letra, se conserva en Quimper. En él invoca al dios de Guido y de Citera; canta a la tierra, a los aires, a los mares; juzga vano el fuego del amor que abrasa todos los corazones, y termina la hermosa pieza lírica dudando del poder de los dioses, "porque con su fría indiferencia Nisa se ríe de sus dolores".

¡Oh cándido muchacho que así se condolía de sus desilusiones amorosas!

Tan en serio tomó Teófilo el percance de Cupido, que cayó enfermo. El tío Guillermo así se lo escribió, alarmado, al padre del alumno. Pero pronto pasó el nublado, y nuestro héroe volvió al Hôtel-Dieu a terminar, con la brillantez acostumbrada, el tercer año de su carrera. En dicho año establecióse en el referido hospital la enseñanza de partos, que anteriormente sólo se daba

a las comadronas en los cursos de Danilo y Valteau, pues no era permitido el acceso a las salas de maternidad a los alumnos. Darbefeulle intentó reparar este falta organizando un curso teórico y utilizando para la enseñanza práctica un maniquí en el que se reproducían en lo posible las fases y los accidentes del embarazo.

En la primavera de 1799 aconteció a Teófilo una aventura pintoresca y un tanto peligrosa: su primo Cristóbal, hijo del tío Guillermo, fué comisionado por su padre, a falta de otros brazos, que escaseaban por la guerra, para ir a Petit-Port a traer una carga de trigo para las necesidades de la familia; Teófilo acompañó a su primo en la expedición; pero habiéndose quedado Cristóbal en el punto de destino, el joven estudiante regresó a Nantes, caminando a pie detrás de su asno, cargado de cereal. Por aquellos días habíase reproducido la guerra civil en la región, y el estudiante fué detenido por una patrulla de guerrilleros que merodeaba por la campiña. El joven fué acosado a preguntas, y cuando la buerrica se convenció de que no era ningún espía, le dejó partir, no sin antes arrebatarle el trigo.

El pobre alumno llegó a casa del tío con el ánimo que es de suponer, relatando el incidente, que hirió su amor propio, hasta el extremo de querer volver al campo a tomar gallarda venganza del despojo, de cuya idea fué prudentemente disuadido.

El mismo año verificó Laënnec las pruebas de ingreso en el curso de cirujanos militares, asombrando a todos los profesores por la profundidad y extensión de sus conocimientos; y en marzo del año siguiente fué incorporado de nuevo al Hôtel-Dieu como cirujano de tercera clase.

Pero poco le duró el destino: Teófilo tenía aspiraciones más altas y decidió trasladarse a París a recibir las lecciones de los grandes maestros; tres años más había de cursar para la terminación de su carrera. Su padre carecía de fondos; su buen tío, arruinado por los estragos de la Revolución, apenas si podía sostener a sus hijos. ¿Qué hacer para solucionar el conflicto?

Comenzó para el estudiante una era tristísima de privaciones sin cuento. Había anunciado a los camaradas su viaje a París, y éstos, extrañados de la tardanza de su partida, mortificábanle con intencionadas burlas. Teófilo se desesperaba. En poco tiempo hizo dos penosos viajes a Quimper, siempre a pie, a razón de 40 kilómetros diarios. Pero todo inútil: la bolsa del padre continuaba tristemente exhausta. ¡Pobre aprendiz de sabio, caminando a través de los campos bretones como un bohemio sin hogar!

Al fin, un esfuerzo supremo del padre, realizado a costa de Dios sabe qué sacrificio, pudo reunir 600 libras, que aseguraban el viaje y la estancia de Teófilo en la capital francesa.

Y una mañana de primavera, el 30 de Germinal del año IX (20 de abril de 1801), el estudiante modelo, despidiéndose lloroso de su excelente tío, que durante trece años le había sostenido y educado como un segundo padre, montó en la diligencia, camino de París, donde al año siguiente había de causar asombro con su tesis acerca de la peritonitis, que le valió el premio de la Escuela, y donde mereció la admiración de Bichat, Corvisart, Dupuytren y tantas otras luminarias de las ciencias médicas.

No es mi propósito hacer en esta ocasión un estudio analítico de la obra de Teófilo Laënnec y de su enorme

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

Los Sres. Médicos pueden pedir muestras en Madrid a nuestro representante: D. Ruperto de Frutos, Almirante, 3, pral. Tel. 17193

Remineralización integral

OPOCALCIUM

del Doctor Guersant

IRRADIADO con Vitamina D. pura cristalizada
Paratiroide (extracto titulado en unidades Collip)
sellos, comprimidos, granulado.

SENCILLO : sellos, comprimidos, granulado.

Guayacolado : sellos. Arseniado : sellos.

A. RANSON, Farmacéutico, 121, Av. Gambetta, **PARIS** XX^e

LITERATURA Y MUESTRAS

J. GARCIA MARTIN

Fernandez de la Hoz, 20

MADRID

M. SOLER ELIAS

Muntaner, 191

BARCELONA

VEINTE PEPTONAS DIFERENTES

+

HIPOSULFITO DE MAGNESIO Y DE SOSA

+

SALES HALOGENAS DE MAGNESIO

ANACLASINE

RANSON

**COMPRIMIDOS
GRANULADO**

**DESENSIBILIZACIÓN
ESTADOS HEPÁTICOS
ACCIÓN COLAGOGA**

A. RANSON, Farmacéutico, 121, Av. Gambetta, **PARIS**, XX^e

LITERATURA Y MUESTRAS

J. GARCIA MARTIN

Fernandez de la Hoz, 20

MADRID

M. SOLER ELIAS

Muntaner, 191

BARCELONA

trascendencia para la Medicina clínica. Esto será objeto de otro trabajo más detenido y substancial que el presente, utilizando precisos y abundantes datos que tengo en cartera.

He querido tan sólo seguir los primeros pasos de esta gigantesca figura médica, contemplando con mis ojos el ambiente que influyó en la formación de su espíritu, y consagrar un respetuoso recuerdo a la memoria de Guillermo Laënnec, insigne director de la Escuela de Medicina de Nantes y hombre virtuoso, sin cuyos consejos y prudente orientación se hubiera malogrado el genio observador y profundo de su glorioso sobrino y discípulo.

BIBLIOGRAFIA

TRABAJOS DE CLÍNICA DEL DR. FIDEL FERNÁNDEZ.—Editorial Urania, Ediciones Laboratorio Fermat.—Granada, 1935.

No otra cosa que señalar la aparición de dicha obra queremos hacer con esta nota, ya que el contenido interesante de la misma es casi por entero conocido de nuestros lectores, que lo ha visto publicado en estas páginas.

Por tanto, nada más que la enhorabuena al Prof. Fidel Fernández por la obra, que, en unión de su escuela realiza, y que da valor a la Medicina de su patria chica.

La edición, debida a la generosidad de los Laboratorios Fermat, de la misma ciudad, es muy cuidada, dentro de su sencillez.

ERGEBNISSE DER GESAMTEN TUBERKULOSEFORSCHUNG. (Resultados de las investigaciones sobre la tuberculosis en todos sus aspectos.) Georg Thieme, editor. Leipzig, 1935. Tomo VII.

Hace poco tiempo que ha aparecido el tomo VII de esta magnífica publicación. De los volúmenes anteriores me he ocupado en esta misma revista. Poco hay que decir del actual. Está completamente a tono con los otros, y en él, los finatólogos más prestigiosos de Alemania ponen al día temas del más alto interés. El volumen va ilustrado con 131 magníficos grabados. La impresión es limpia y clara, y el papel, magnífico. He de limitarme a enumerar las materias desarrolladas en cada uno de los capítulos.

El capítulo primero es obra de Beitzke, y está dedicado al estudio de la infección tuberculosa: la infección germinal, la placentaria. Trátase en este capítulo de la anatomía patológica y de la clínica. En el capítulo segundo desarrolla Oswald Geiszler el importante tema "Las causas de la regresión de la mortalidad por tuberculosis en los países civilizados", y estudia una cuestión tan interesante como es las epidemias tuberculosas. En el capítulo tercero, Theodor Rehberg indaga en el sentido de averiguar cuál de las clasificaciones de la tuberculosis pulmonar es la más importante para los fines estadísticos. En el capítulo cuarto, Urbanek estudia la tuberculosis ocular en sus relaciones con la tuberculosis general y pulmonar, capítulo este de gran valor para los oculistas, para los finatólogos y, en realidad, para todos los prácticos. En el capítulo quinto, estudia Caffier la tuberculosis ginecológica. En el sexto se hace un estudio notable de los procesos cavitarios. Realmente, Gräff agota en esta parte del libro el estudio de las cavernas. En el capítulo sépti-

mo, Staub estudia la tuberculosis pulmonar desde el punto de vista clínico. En el octavo, Korschegg estudia la anatomía patológica de la tuberculosis osteoarticular sin tratar de la tuberculosis de las vértebras: buen capítulo para los osteólogos. En el noveno y último capítulos, Lange estudia la parte general de los mismos procesos tuberculosos osteoarticulares. Esta parte completa la anterior.

Libro excelente, lo repito. Hacemos votos por la próxima aparición del tomo VIII.—VALDÉS LAMBEA.

PERIODICOS MEDICOS

A. PATOIR y G. PATOIR.—*La hepatonefritis apiólica.*

El apiol o alcanfor del perejil es empleado como emenagogo. Desde hace algunos años se llama la atención sobre las lesiones que provoca cuando se toma de manera abusiva. Substancia que no goza del favor de los médicos como emenagogo, pero el vulgo lo considera como abortivo; que no ha cesado de aumentar, mucho más que es despachado sin dificultad por el farmacéutico.

Desde 1906 se publican casos de ictericia, de hematuria apiólicas; en 1931, el primer caso mortal, y desde entonces son numerosos los trabajos que prueban la toxicidad del apiol. Toxicidad que se manifiesta como polineuritis o hepatonefritis.

En 1849, Joret y Somolla extraen el apiol de las semillas del perejil: líquido oleaginoso, amarillo ambarino, de sabor agrio, de olor que recuerda el de la simiente del perejil. Es un cuerpo mal definido y complejo; contiene apiol cristalizado, en laminillas blancas, que sólo puede extraerse del perejil alemán; la miristicina, también cristizable y de acción análoga al precedente; un terreno; un aceite fijo; una materia grasa llamada manteca de perejil, de donde se aísla la apiína.

En el comercio se dispone el apiol destilado, esencia de los grutos del perejil, y poco utilizado; el apiol verde, extracto alcohólico de semillas de perejil; el apiol cristalizado.

La mayoría de los terapuetas conceden al apiol poder tóxico casi nulo, y un papel emenagogo por fenómenos congestivos a nivel de los órganos genitales y de la medula dorsolumbar (Lutz y Oudin); excitación cerebral llegando a dosis elevadas (cuatro a seis gramos), vértigos y aun una borrachera semejante a la del haschis.

En 1906, Brissemoret señala hematurias en el tratamiento por apiol. Kobert provoca experimentalmente en animales lesiones hepáticas de degeneración, grasosa comparables a las provocadas por el fósforo.

Mayor importancia tienen las polineuritis apiólicas. Es la atención sobre el apiol.

Hemos dicho que el apiol ejerce acción nociva sobre riñón e hígado, que en los casos benignos de intoxicación se puede traducir por albuminuria pasajera con poliuria, hematuria o ictericia. En los casos graves aparece una hepatonefritis de pronóstico sombrío.

La enferma raramente dice que ha tomado apiol, y como durante el embarazo son frecuentes los accidentes hepáticos o renales, es imposible fijar su verdadera causa. La dificultad reside en la no existencia de prueba química de la intoxicación, a lo que se une que muchos médicos afirman y creen que el apiol no es tóxico.

El aspecto clínico de la hepatonefritis apiólica no difiere de las tóxicas o infecciosas. Aparece días después de la ingestión del apiol; se traduce por subictericia, albuminuria con poliuria. En los casos ligeros todo queda así.

En general, estos síntomas pasan desapercibidos y se continúa la ingestión del tóxico. Entonces aparece la hematuria o albuminuria intensa; es frecuente la anuria, la ictericia; puede acompañar diarrea abundante. Pronto se resiente el estado general en forma de confusión, vértigos, somnolencia y coma. Urea en sangre elevada y aparición de erupciones (eritema polimorfo o urticaria).

Por el hecho de la intoxicación se produce el aborto, agravándose el cuadro. Sucede en toxicología como en patología: que el aborto interviene como epifenómeno de los accidentes tóxicos. El cuadro es grave, pues son intensas las lesiones de los parénquimas.

La clínica, desde el punto de vista diagnóstico, sólo proporciona probabilidades: embarazo o aborto reciente; cuadro hepatonefrítico predominando la anuria; ictericia grave. Las erupciones llevará a la presunción de intoxicación, muy difícil de comprobar. Mucho más que las grandes pirexias de tipo tifoideo o meningocócico, las septicemias postaborto de perfringens, etcétera, se desarrollan con cuadros muy semejantes.

Las lesiones y la química son capaces de fijar un diagnóstico cierto; mas la presencia del apiol en los parénquimas, o aun en la orina, por el método que hemos descrito con Rayen.—(*L'Echo Médical de Nord.*—Lille, 25 agosto 1935.—Tercera serie, año 1935, tomo IV, núm. 34, págs. 315-326.)—M. A. C.

BERNARD.—*Dermatosis y traumatismos.*

Presenta el autor en este trabajo dos curiosas observaciones recogidas en un padre y un hijo. El primero, diez días después de un traumatismo, presentó en los cuatro miembros unas placas de psoriasis que tardaron tres meses en curar. El hijo, que tenía diez años, presentó, algunos días después de un aplastamiento sufrido sobre una mano, unas placas de psoriasis. Con motivo de estas dos interesantes observaciones, efectúa el autor un estudio crítico del mecanismo obscuro de las relaciones señaladas entre un traumatismo y determinadas dermatosis. (*Brux. Méd.* Año 15, núm. 3.)—T. B.

E. GRAFE. — *La delgadez constitucional y su tratamiento.*

Hará unos veinte años que Falta habló de la delgadez endógena, contraponiéndola, de primera intención, a la obesidad endógena, es decir, a la no influida por factores extrínsecos. Mas, del mismo modo que en la obesidad se vió que entre las formas exógenas y endógenas puras había multitud de estados intermedios, así también hubo que reconocer pasaba lo mismo con la delgadez. Es llamativo que con la misma alimentación deficiente, unos individuos adelgazan mucho más que otros, es decir, que unos administran mejor sus reservas y regulan de cierta forma el metabolismo del agua, con lo que la delgadez se percibe menos y más tarde, y otros la exteriorizan pronto y llamativamente. La delgadez se presenta en todas las enfermedades, y es más intensa cuando aquéllas atacan más vivamen-

te al apetito y al aparato regulador de las oxidaciones. Pero sólo hablamos de delgadez endógena cuando ésta se debe a trastornos de secreciones internas o a determinadas anomalías constitucionales; la anorexia sólo juega aquí un papel secundario. Se estudió primeramente en las enfermedades de la hipófisis (caquexia hipofisaria de Simond), después se fueron buscando enfermedades monoglandulares que produjeran delgadez, y últimamente se pensó en la debida a trastornos pluriglandulares. En la enfermedad de Simond se trata de una insuficiencia del lóbulo anterior de la hipófisis, y al lado de las formas típicas hay muchas rudimentarias y abortivas, sobre todo las que siguen a los partos en las mujeres. Se estudió más tarde la del Basedow, debida al elevado metabolismo fundamental, y entre las endocrinas merece citarse también la de los diabéticos.

El segundo grupo es el de las delgadeces de origen neurógeno y muscular: ejemplo, las que acompañan a casos de parálisis general, tabes y ciertas encefalitis; las neurales, propias de enfermedades de médula espinal y nervios (por atrofia del tejido graso); las que acompañan a psicosis y neurosis, y las primitivamente musculares de las distrofias musculares progresivas.

Menos conocida en sus causas es la delgadez senil, y tienen origen muy obscuro las constitucionales por anorexia primitiva, que se observan de preferencia en la infancia y en la adolescencia.

Por último, menciona el autor las debidas a "consumo de lujo", es decir, a la falta de relación entre ingresos y gastos por exceso injustificado de éstos. Son sujetos derrochadores de energías, y alguna vez terminan en obesos, por sufrir un cambio fundamental su modo de ser íntimo. Algunos de estos casos se explican por hiperfunción tiroidea; otros muchos, no.

El tratamiento procurará ser causal en primer término. Combatiremos los trastornos endocrinos o neuróticos, las enfermedades orgánicas fundamentales, etc. Las delgadeces que se combaten mejor son las debidas al Basedow y a la diabetes. En cambio, apenas dan resultados los tratamientos substitutivos con hipófisis. Aun en estos casos, la sobrealimentación tiene un valor primordial, y para ello lo primero es el estímulo del apetito, para lo que se ha recurrido a la insulina que, además, favorece el aprovechamiento de los hidrocarbonados y su transformación en grasas. A este fin, treinta a cuarenta y cinco minutos antes de las dos comidas principales se inyectan 10 a 20 unidades de insulina, dando de paso 100 a 150 gramos de hidrocarbonados, preferentemente en forma de azúcar. Hay que sostener el tratamiento unas cinco semanas. Cuidaremos de no estropear el estómago con la sobrealimentación, no dando nunca cantidades mayores de las que se pueden soportar y, dentro de los gustos del enfermo, abusaremos de las grasas en forma de nata, mantequilla, etc., y de los hidrocarbonados compactos (muchas calorías en poco volumen), como pan, harinas y patatas. No daremos arriba de litro y medio de líquidos, siendo uno de los preferidos la leche. En casos rebeldes con intensa anorexia y estómago débil, da buen resultado la alimentación transduodenal, dando así alimentos por valor de 2.000 calorías.

Los éxitos serán tanto mejores cuanto menos intensos sean los fallos del apetito.—(*Therapie der Gegenwart*, 1935, núm. 8.)—F. G. D.

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.—Asociación Nacional de Médicos-Maestros: Camino a seguir, por F. Gías Bayona.—El Primer Congreso Pro-Médico Español.—Cursillo de Obstetricia.—Colegio Oficial de Médicos.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

LA HORA DE LOS FORENSES

Con el traspaso al Ministerio de Justicia de los servicios de Sanidad y Beneficencia, pasan a un primer plano en este Ministerio los problemas médicos.

La persona que de hoy en adelante tenga que regir el departamento burocrático de la calle de San Bernardo tendrá que tener una cierta relación y una relativa competencia en todo aquello que a la Medicina deba referirse.

Esto, que a primera vista parece un detalle sin importancia, no lo tiene, porque servirá para que los problemas de los médicos forenses y de los médicos de prisiones salgan del ostracismo en que actualmente se encuentran.

En todos los países del Mundo, excepto en España, la Medicina forense constituye la atención primordial del Estado, sus sueldos equiparados a los de la magistratura y su función considerada como de las más trascendentales en los órdenes científico y jurídico.

Siguiendo la corruptela, que entre nosotros tomó incremento, de no pagar o pagar ridículamente los cargos oficiales relacionados con la Medicina, hemos soportado la vergüenza de que los médicos forenses de toda la nación, exceptuando Madrid y Barcelona, tuviesen que vivir de precario, sin sueldo ni consignación en los presupuestos generales.

A partir de la ley de Burgos Mazo se abrieron horizontes para el personal de la Medicina forense, pero todo fué quedando reducido a una serie de palabras y de ofertas que jamás tenían cumplimiento.

La República también pretendió solucionar esta situación anómala; pero, tan pronto como cayó el ministro autor de los proyectos reformadores, surgieron las dificultades, y volvimos a dejar dormir un rato todos estos asuntos.

Ocurría que en el Ministerio de Gracia y Justicia la Medicina estaba como de prestado, y ni los altos jefes, ni los subsecretarios, ni los ministros tenían interés por conocer la importancia de esta clase de servicios. Ahora las cosas cambian de aspecto, y el

ministro de Justicia, Sanidad y Trabajo sabrá, desde el momento que prometa el cargo ante el presidente de la República, que existe una rama de las actividades humanas, llamada Medicina, que por derecho propio tiene que intervenir en la dirección y orientación de todos los servicios públicos, y que en la administración de justicia desempeña el más importante de los papeles.

Además, el despacho diario con el subsecretario de Sanidad dará lugar a que conozca día por día el estado actual de la Medicina española, y no nos atrevemos a pedir que los negociados de médicos forenses y médicos de prisiones pasen bajo la dependencia del director de Sanidad, porque el día menos pensado la Sanidad puede salir del Ministerio de Justicia y pasar a la tutela de otro cualquiera.

LAS EXCELENCIAS DE LA LEY DE RESTRICCIONES

Con motivo de la ley de Restricciones, la consignación para gastos de Hospital Clínico se ha reducido, si nuestros datos no son inciertos, de 125.000 pesetas mensuales, a 50.000. Lo que sí es cierto es que han tenido que suprimir 50 camas.

Jamás pudimos pensar que el Hospital Clínico de San Carlos, excesivamente modesto para las necesidades de la Facultad, hasta el extremo de haber catedráticos que sólo disponen de cuatro camas, fuese motivo de una restricción.

Bajo dos aspectos, el humanitario y el pedagógico, están obligados todos los Gobiernos a respetar el presupuesto de las clínicas, procurando poner éstas a la altura que corresponde en un pueblo que se preocupa de sus problemas fundamentales.

En "Boletines" anteriores censurábamos el aumento que habían sufrido los derechos de prácticas, y, por lo visto, se pretende sustituir lo que no da quien tiene obligación de darlo, que es el Ministerio de Instrucción Pública, con las aportaciones de los alumnos. Triste cosa es que sean siempre la Beneficencia y la Enseñanza los dos grandes imperativos modernos, los puntos vulnerables que nuestros políticos olvidan siempre y no saben respetar.

LOS EXAMENES DE INGRESO EN LA UNIVERSIDAD

Terminemos estas líneas con una nota optimista: de 600 alumnos que se han presentado a examen de ingreso en la Universidad Central, sólo se han presentado el 60 por 100, y de este 60, sólo han aprobado la mitad. El mismo día que trazamos estos renglones se examinan los 140 de la segunda vuelta. Lo cierto es que poco más de dos centenares de alumnos, y quizá no llegue a tantos, son los que van a empezar los estudios de la Facultad.

Comparemos estas cifras con la de años anteriores, en que sólo el preparatorio de Medicina tenía 700 y 800 matriculados.

Ha bastado el solo anuncio de un examen de ingreso, que por cierto no ha sido muy rigorista, para que deserten de la Universidad gran número de jóvenes, cuyo porvenir será mucho más firme en otras actividades.

Si continuamos manteniendo el examen de ingreso en la Universidad, defendiéndole contra los que quieren suprimirlo, es posible que a la vuelta de unos años el problema de la plétora médica fuese resolviéndose.

Debemos consignar y aplaudir el buen criterio que ha presidido en los tribunales de ingreso de la Universidad Central, donde los jueces se han limitado a preguntar sobre cuestiones amplias, sobre temas genéricos de cultura general, en los que pudiera demostrarse si la preparación del alumno era la suficiente para abordar los estudios superiores.

DECIO CARLÁN.

La Asociación Nacional de Médicos-Maestros CAMINO A SEGUIR

Esta Asociación, la nuestra, que tan mal acogida fué en sus comienzos por distintos profesionales médicos, dando pruebas de su progreso y vitalidad, cada día mayores, ha convocado a sus asociados a una nueva Asamblea, que se verificará en Sevilla durante los días 5, 6 y 7 del mes actual, presentando la innovación de que en ella llevarán la voz cantante, por sus valiosas disertaciones, inteligentes y dignísimos profesores de aquella Escuela Normal de Sevilla, confirmando con su presencia el interés que los profesionales del Magisterio sienten por los problemas de Higiene escolar.

Se había creído *a priori* por muchos, y así lo hemos visto consignado en algunas publicaciones, que el mayor enemigo de la entrada del médico en la escuela era el maestro. Pero hoy, después de leer el programa a desarrollar en esta Asamblea de Sevilla, y mañana, una vez oída la voz de los ponentes, representación preclara del Magisterio español, podremos afirmar que nuestra orientación al formar un Cuerpo común con el maestro es el paso más firme para instaurar sin recelos en todas las escuelas de España la inspección médicoescolar.

Nuestras campañas, que ya se van haciendo un poco viejas, siempre han hecho un llamamiento de unión del maestro y del médico-maestro, para que, compenetrados en la alta función de desarrollar cerca del niño su labor, fuera más fructífera y provechosa.

Falta que hacer mucho, han de pasar todavía muchos días hasta ver instaurada en toda España de una manera general y funcionando la inspección médicoescolar, pero cada día que pasa es un nuevo paso hacia la meta de nuestro ideal. Lo esencial, lo importante en estos momentos de restricción de gastos en todos los órdenes de la economía nacional, es hacer ambiente, dar a conocer nuestras miras y la utilidad de nuestra idea, uniendo en un solo bloque a los que tienen bajo su custodia la dirección físicopsíquica e intelectual del niño, para que, interesándose cada día más por el porvenir de éstos, llegue día que desaparezca toda esta serie de taras intelectuales que presentan infinidad de niños, a las que un maestro, a pesar de sus buenos deseos, no pudo educar normalmente, sacando todo el fruto de esa inteligencia, que necesitaba a la vez un tratamiento médico.

Nosotros nos congratulamos por lo que significa el acto de Sevilla. La unión en un solo bloque de los maestros y médicos-maestros para la consecución de un solo fin, cual es la instauración en España del servicio médicoescolar. Felicitando desde estas columnas al presidente de la Asociación, Sr. Comendador, y al secretario, señor Ravé, por la actividad que despliegan al frente de ella, encauzando sus problemas por senderos de triunfo y vitalidad.

Y, a la vez, hacemos un llamamiento desde estas columnas a todos los médicos-maestros españoles simpatizantes con la causa, para que concurran a esta Asamblea, aportando cada uno su granito de arena.

DR. F. GÍAS BAYONA,
Vicepresidente de la Asociación.

El Primer Congreso Pro-Médico Español

He aquí la información que acerca de la sesión inaugural de este Congreso recibimos desde Zaragoza, y a continuación la ponencia que en las sesiones científicas del mismo leerá el Dr. Palanca, sobre el tema tercero de la Asamblea, que es el correspondiente a la Sanidad Nacional.

En nuestro próximo número, aparte de la debida información sobre los actos del Congreso, continuaremos insertando algunas de las demás ponencias al mismo presentadas.

Ayer domingo, por la mañana, comenzó el Primer Congreso Pro-Médico, con asistencia de numerosísimos congresistas corporativos y numerarios, cuyo número da pleno éxito a la Asamblea antes de comenzar sus tareas.

A las diez de la mañana, y bajo la presidencia del Dr. Juan Noguera, de Madrid, y del Comité Ejecutivo, se discutió y aprobó el Reglamento, pasando luego a elegir presidente del Congreso, siendo por unanimidad elegido el propuesto por el Comité Ejecutivo: el Dr. Pedro Ramón y Cajal, ilustre catedrático jubilado de la Facultad de Medicina de Zaragoza y hermano y colaborador del fallecido maestro Santiago Ramón y Cajal. La elección fué acogida con una gran ovación.

Seguidamente tuvo lugar la sesión inaugural, presi-



**Antiateromatoso.
Hipotensor.
Desclorurante.
Diurético.
Modificador
de la endoarteria.
Modificador
mineralo-tejidualar.**

MxA
13-14

MnA
7-8

GOTAS: en dosis de 10 a 25.
COMPRESIDOS: de 3 a 5 por día.
AMPOLLAS: 5 cc. Intravenosas cada dos días.

Silicyl

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

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

PYRÉTHANE

GOTAS

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

Poderoso Antineurálgico

Iodocuprin BELLOT

Iodo-Metil cupreina, Alcanfor con aceites
volátiles en solución oleosa inyectable indolora

Para el tratamiento eficaz de la
GRIPE EN TODAS SUS FORMAS
y en especial en las complicaciones

**broncopulmonares; bronquitis aguda,
y crónica, bronquitis fétida, bronco-
neumonía, neumonía, pleuresía,
abscesos y gangrena pulmonar.**

En ampollas de 2 cc. para inyecciones
intramuscular o subcutánea.
Absolutamente indolora.

DOSIS:

De 1 cc. a 6 cc. al día, según caso y edad.

**Muestras F. BELLOT, Antonio López, 163
MADRID**

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

Simbiosis de fermentos lácticos y búlgaros en
medio vegetal y al máximun de vitalidad

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

*Dolor
para mí no existes!*

(POSIDONIUS)



SODIODINE

YODURO SÓDICO ESTABILIZADO EN SOLUCIÓN AL CENTÉSIMO

NEURALGIAS REBELDES
DESÓRDENES CIRCULATORIOS
ENFISEMA PULMONAR
HIPERTENSION
MICOSIS

DOSIS

1 à 2 ampollas por 24 horas

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

LABORATORIOS CORTIAL, 7 RUE DE L'ARMORIQUE, PARIS

EN
INYECCIONES
SUB-CUTÁNEAS
VERDADERAMENTE
INDOLORAS

EL ACETYLARSAN

REÚNE LAS CONDICIONES
REQUISITAS POR LAS
DIFERENTES MODALIDADES
DEL TRATAMIENTO
DE LA SÍFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
TRATAMIENTO DE PRUEBA
TRATAMIENTO DE SOSTÉN

HEREDO-SÍFILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE³
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

diendo el gobernador civil de Zaragoza, Sr. Duelo y Font, quien, en nombre del Gobierno, declaró abierto el Congreso. Asistieron y se sentaron en la Mesa presidencial las autoridades de Zaragoza y representaciones de entidades y corporaciones, numeroso público y gran cantidad de congresistas.

A continuación, el secretario del Comité Ejecutivo y del Congreso, Dr. Enrique Noguera, leyó la Memoria del mismo, haciendo resaltar la necesidad de estudiar con estrecha unión los problemas básicos de la clase médica, a cuyo objeto están encaminados los fines del Congreso.

Seguidamente, el Dr. Pedro Galán Bergua leyó unas cuartillas del presidente del Colegio de Médicos de Zaragoza, Prof. Abós, saludando a los congresistas. El profesor Sánchez Guisande, decano de la Facultad de Medicina de Zaragoza, saludó a su vez a todos. El doctor Haro dirigió al Congreso un saludo cariñosísimo del pueblo y Ayuntamiento de Madrid a Zaragoza, que fué acogido con una cálida ovación. Asimismo el alcalde de Zaragoza, Sr. López de Gera, dió la bienvenida en nombre de la ciudad a los congresistas. En nombre de la Diputación de Zaragoza habló el diputado Dr. Orensanz. El vicerrector de la Universidad de Zaragoza saludó en nombre de aquélla. En nombre de la Asociación de Médicos Titulares de España habló el Dr. Ruiz Heras. En el del Consejo Superior de Colegios Médicos, el doctor Velasco Pajares. Finalmente, el Dr. Ramón y Cajal dió las gracias por su nombramiento y dedicó un recuerdo afectuoso a su llorado hermano.

Todos los oradores fueron muy aplaudidos.

Seguidamente se inauguró la Exposición de Productos Farmacéuticos en los "stands" de la misma, situados en los claustros de las Facultades de Medicina y Ciencias, siendo concurridísimos.

Ponencia sobre la Sanidad Nacional

Por el Prof. A. Palanca, Académico.

I. CÓMO ENFOCAR EL TEMA.

Entiendo que el tema cuyo desarrollo se me ha encomendado podría titularse sencillamente: "¿Qué hay que hacer en la Sanidad nacional? Entiendo también que no hay que descender a detalles ni a minucias, que, siendo indispensables en una ley articulada, aquí complicarían enormemente la ponencia sin una utilidad práctica sensible. Una de las características de esta ponencia es sólo tratar los asuntos en líneas muy generales, sin entrar jamás en detalles. La otra estriba en recoger o, al menos, tratar de recoger las enseñanzas sanitarias del pasado próximo. Es decir, que lo que traiga a la deliberación del Congreso no es una organización teórica localizada en un país ideal en el que se pueda disponer desembarazadamente de destinos y de dinero, en el que no haya costumbres, ni tradiciones, ni intereses creados, ni leyes preexistentes, ni organizaciones administrativas, ni, por último, política sanitaria alguna. Proceder sin arreglo a estas trabas sería facilísimo, pero tan fácil como inútil.

Por el contrario, he redactado esta ponencia sin perder el recuerdo de que, buena o mala, tenemos una organización sanitaria de la que es preciso partir; que hay, a mayor abundamiento, una historia sanitaria del país, rica en experiencia, y en la que encontraremos datos sobre nuestros defectos, sobre nuestras virtudes y hasta sobre nuestra situación económica, de nada de lo cual podemos prescindir si no queremos caer en el mis-

mo defecto que todos nuestros antecesores, contribuyendo a que continúe el caos sanitario que asfixia a la Sanidad nacional.

II. EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA ES INDISPENSABLE APORTAR EL FACTOR PERSONAL Y POLÍTICO.

Un estudio atento de la forma como se ha desenvuelto la Sanidad en España enseña que a cada vaivén político del país sigue, como fiel reflejo de la perturbación, un vaivén sanitario. Aquí viene como anillo al dedo la famosa tela de Penélope; pero tan gastados van estando sus hilos a fuerza de manosearlos, que en lo sucesivo va a ser muy difícil el tejer sin temor a romperlos. Cada director tiene su programa; cuando no lo tiene, acoge amorosamente el de sus amigos. Sería facilísimo adivinar qué es lo que cada uno de estos directivos representa en la vida profesional española, simplemente por la observación de las tendencias unas veces políticas, pero siempre personales, que cada directivo deja, como estela de su paso a través de la dirección suprema de la Sanidad oficial. Naturalmente que en esta forma no hay posibilidad de que prosperen los servicios y de que sean útiles al país.

La primera conclusión que quiero establecer en esta ponencia es que hagamos comprender entre todos a los directivos de la Sanidad, sean quienes sean, que su misión fiscalizadora, impulsadora, animadora, no se pierda ni se desvaloriza ni siquiera un ápice privándola de personalismo e inspirándola solamente en el interés de la colectividad. Hay que ir a una obra estable y nacional. Por una parte, duradera; por otra, fruto de todos los que en Sanidad representan algo estimable.

Los directivos de la Sanidad tienen que ser evidentemente la rueda motriz, el mecanismo esencial; pero, en fin de cuentas, eso, rueda y mecanismo motriz, pero no todo, como, por desgracia, viene ocurriendo. A mi entender, hay que ir a la creación de un Consejo Nacional de Sanidad, que en su constitución no se pase de ocho o diez personas, en el que no haya otra representación que la que da la competencia ni más gremio que defender ni más intereses que alegar que los sanitarios de España entera.

Esos "Consejos", remedos poco afortunados de Parlamentos, del que es un ejemplo el flamante que tenemos en la actualidad, no sirven más que para calmar vanidades y cobrar dietas. Esas representaciones de Colegios, de gremios, de profesiones, en la práctica no sirven más que para dificultar y entorpecer las orientaciones sanitarias. En buena lógica, yo no puedo admitir en este Consejo Nacional que propugno más que una sola representación: la del Estado, que, como es natural, tiene que encarnar en la más alta jerarquía sanitaria nacional.

Lo que viene sucediendo con los órganos consultivos de la Sanidad es muy cómodo para los directivos sanitarios. Por una parte, complacen a todos los intereses y a todas las vanidades, dándoles asiento en el sillón de consejero, aunque a veces no lleguen a calentarlo. Por la otra, crean organismos totalmente inservibles, pero con la inmensa ventaja para ellos de que no ha de molestarles ni de interponerse en el camino de las aventuras sanitarias de cada director, aficionados, en general, a descubrir el Mediterráneo de la Sanidad.

Señores congresistas: vosotros podréis aprobar o no esta primera conclusión de impotencia. Podréis o no considerarla atrevida, pero yo os digo, con la experiencia que me da la cinta cinematográfica que desde hace años

se está proyectando a la vista de todos, que el único camino para comenzar una buena política sanitaria es terminar de una vez con la irresponsable y alegre iniciativa de los directivos de la Sanidad, colocando a su lado a un organismo—que no necesita tener función ejecutiva, que le basta con la consultiva—; pero digno, independiente, capacitado y de muy corto número de componentes. Bastará esto para que las cosas cambien totalmente, y más aún si se le concede un mandato limitado, pero largo. Los directivos de la Sanidad que obtuvieran su presidencia tendrían que elegir entre dos caminos: o plasmar en realidades sus acuerdos o en rechazarlos a la vista de todo el mundo, pero incurriendo en la terrible responsabilidad que esto significa. De esto a la situación actual, en que el Consejo es algo nominal, que ni se reúne, ni mucho menos estudia los grandes problemas sanitarios, hay un abismo de diferencia.

Terminemos, señores congresistas, con este péndulo sanitario que en cada oscilación se lleva todo lo bueno que nos ha traído la anterior, sin dejarnos nada fijo ni estable. Contribuyamos entre todos a instaurar una recta, honesta e inteligente política sanitaria, como indudablemente pensaban los que idearon el título de esta ponencia.

III. BUROCRACIA Y SANIDAD.

Yo he oído decir muchas veces que la Subsecretaría de Sanidad, en conjunto, es un nido de emboscados cuya influencia es tan grande que desvía la marcha normal de todos los asuntos, encauzándolo hacia sus conveniencias particulares. Ni lo niego ni lo afirmo. Lo que sí digo es que si así fuera, su potencia debe ser enorme cuando la totalidad de los directivos ha respetado a esta burocracia en sus puestos y, lo que es peor, en sus costumbres.

En esto, como en todo, lo malo no es la burocracia, que, en fin de cuentas, es un reflejo de las malas costumbres del país y de su política: lo lamentable es otro aspecto del problema que yo voy a intentar examinar. Veamos cómo ocurren las cosas cada vez que un nuevo directivo asoma en el horizonte sanitario de la nación. En el recién llegado hay una primera fase de recelo, de hostilidad contra esa burocracia, consecuencia lógica de las campañas y las posturas que ese directivo ha necesitado desarrollar para alcanzar su flamante puesto. Pero alcanzado el objetivo se encuentra con la sorpresa de que, si a su desconocimiento de los problemas que surgen ante él, une el apartamiento de esa burocracia que tanto ha criticado, la consecuencia es la paralización total de la máquina que, pese a su pretendida suficiencia, es incapaz de manejar por sí mismo. Entonces entra una nueva fase, que se presenta matemáticamente con todos los directores. Se transige momentáneamente con todos, con la reserva mental de prescindir de ella tan pronto como se pueda, que es tanto como decir tan pronto como se entere de los asuntos que tiene que regir. Pero como se tarda mucho, cuando no se tiene preparación, en enterarse de las cosas, es la burocracia la que conquista al director, y no el director a la burocracia, y entonces se llega a la tercera y definitiva fase: el directivo tranquiliza a su conciencia, diciéndose: "No es que yo renuncie a mi idea de prescindir de ella: es que me parece preferible regenerarla, adaptándola a mis ideas." Y, efectivamente, la burocracia finge plegarse a los deseos del directivo, riéndose interiormente de la falta de capacidad de quien la rige y esperando un cambio de política general para que la risa estalle a carcajadas.

¿Remedio? Uno solo: ese Consejo, con mandato limitado y no reelegible—manera de evitar el caciquismo—, que conozca perfectamente los secretos de la Sanidad nacional y que termine con el espectáculo de unos pobres directivos que se creen mandar y que en realidad son juguetes de los que, teniendo una estabilidad de que aquéllos carecen, les basta con esperar un poco para que, en fin de cuentas, nada se mueva sin la voluntad de ellos. La Sanidad oficial es como el aficionado a relojero del cuento, que si se desarma, al volverle a su situación primitiva pueden sobrar muchas ruedas; pero aquí la marcha no se interrumpiría, y hasta puede que fuesen más exactas sus indicaciones.

IV. ENSEÑANZA SANITARIA.

Evidentemente, la Escuela Nacional de Sanidad ha sido un fracaso, sin que ello quiera decir que haya carecido de iniciativas muy estimables y de enseñanzas notabilísimas. La hizo fracasar la burocracia sanitaria, que la sobrecargó de personal, y, falto de función para poder mantenerse, la llevó a una situación falsa. Con anterioridad, el método de oposición directa para el reclutamiento del personal sanitario había demostrado que era necesario una enseñanza de ampliación entre la Facultad de Medicina y el funcionario sanitario.

En estas condiciones, ¿qué hacer? ¿Suprimir totalmente la enseñanza sanitaria? ¿Volver al antiguo sistema? A mi juicio, no. Lo primero es llegar a un acuerdo con el Ministerio de Instrucción pública y modificar de raíz la enseñanza sanitaria en el período de la licenciatura. Los actuales catedráticos lo han pedido ya, y sólo resta ir a un acuerdo con ellos, avalado, naturalmente, por el Ministerio, y que comprenda los siguientes extremos:

1.º Colocación de la Higiene y de la Medicina social en el lugar más apropiado para su enseñanza durante el período de la licenciatura.

2.º Un programa definido, de acuerdo con el Consejo Nacional de Sanidad y común para todas las Facultades.

El servicio sanitario nacional se limitaría a mantener una enseñanza aplicada o de ampliación y nada más. El mismo criterio en cuanto a puntos concretos de la enseñanza, como bacteriología, cáncer, tuberculosis, etc.

Abandonar el camino de escuelas especiales dependientes de la Subsecretaría de Sanidad fuera de las posibilidades económicas de un país como el nuestro.

V. COORDINACIÓN CON OTROS MINISTERIOS.

Y esto me lleva como de la mano a tratar de la necesidad de un acuerdo entre los diversos departamentos ministeriales en beneficio de la salud pública, para evitar duplicar servicios que más se estorban que se benefician.

Con los servicios sanitarios está pasando algo bochornoso en la Administración pública. Es una especie de judío errante que nadie sabe dónde colocar, no ya para que sea útil, sino para que no estorbe. Ciertamente el caos en que están sus servicios—fruto de un desarrollo falto de sistema—la hacen poco apetecible. Ha surgido de la nada y ha llegado a tener un desarrollo considerable, pero falto de armonía, de homogeneidad, consecuencia obligada de algo que antes decía: de las ideas particulares y de los caprichos de sus directivos. Salió del Ministerio de la Gobernación, porque allí se decía que la política la obscurecía hasta asfixiarla. Entró en el Ministerio de Trabajo en busca de la Previsión, y no sólo si-

que sin encontrarla, sino que continúa también el abandono en que estaba. Si el Ministerio de Trabajo es suprimido con arreglo a la ley de Restricciones, y descartada la posibilidad de un Ministerio especial, hay quien cree que debiera volver a reconciliarse con la política, mientras que otros opinan que su sitio es el de la Presidencia, buscando el inconfesable poder del jefe del Gobierno y el legítimo de la vigilancia de las colonias. Para mí, y en España, el sitio de la Sanidad sería el Ministerio de Instrucción pública, tratando de buscar lo que considero esencial para la regeneración sanitaria del país: la escuela y el maestro actuando sobre los cerebros infantiles y educando sanitariamente a las masas.

Pero sea la que sea la solución que se adopte, un punto clarísimo en la política sanitaria es la coordinación de servicios entre los distintos departamentos ministeriales. En estos días pasados la Dirección general de Minas acaba de darnos un soberbio ejemplo de lo que debe ser la coordinación de servicios, en su reciente Decreto acerca de la silicosis y tuberculosis de los mineros. Ha podido y no ha querido crear sanatorios suyos, con médicos suyos y con paniaguados suyos. Se ha reservado la alta dirección del Patronato, pero los servicios y el personal los toma de la Subsecretaría de Sanidad. Este ejemplo hay que seguirlo en el Ministerio de la Guerra para el Ejército, en el de Marina para el de la Armada, y así sucesivamente. Y, además, es facilísimo de lograr: basta con paciencia y plantear bien las cosas.

VI. ESTADO, PROVINCIA Y MUNICIPIO EN LA POLÍTICA SANITARIA.

Uno de los más ostensibles defectos de nuestra organización sanitaria es que carece de límites precisos. Todo en ella es borroso, confuso. Nadie puede decir en dónde empieza y adónde acaba. Es preciso que se diga: "Desde este sitio hasta aquél debe llegar la acción sanitaria oficial." En este momento me conviene hacer una distinción: "obligación" no es sinónimo de "dependencia". Es decir, que el que un Ayuntamiento tenga una "obligación" sanitaria no significa que esa obligación lleve consigo el que la tenga bajo su dependencia absoluta o condicionada. Así, por ejemplo, los Ayuntamientos tienen la obligación de pagar el contingente provincial, y, sin embargo, a nadie se le ocurre creer que los Hospicios y las Inclusas deban estar bajo su férula. Sentado esto, sigamos adelante.

La primera obligación sanitaria del Estado es la de reunir en un Código, llámese ley o decreto, todas las obligaciones sanitarias, informadas de un espíritu de modernidad y de eficacia que concluya con el confusio-nismo actual. Este es el punto de partida de la acción estatal y el punto de partida para todas las restantes. Misión legislativa.

Para cumplir este cuerpo de doctrina, el Estado debe poner a disposición del país un Cuerpo sanitario perfectamente instruido. Y, simultáneamente, atender a la educación higiénica de las masas: misión pedagógica.

Pero también cumple al Estado la misión de fiscalizar si los preceptos de su Código sanitario son cumplidos por las corporaciones, por los particulares y por sus mismas organizaciones. Labor fiscalizadora. En resumen: el papel del Estado en la Sanidad moderna tiene un aspecto legislativo, educativo, fiscalizador y, finalmente, organizador; todo ello necesita recursos económicos que el Estado debe calcular exactamente y llevar a sus presupuestos generales.

La Provincia tiene una misión mucho más modesta. Hablo de lo que es mi criterio, de lo que es el fondo de mi ponencia, no de lo que en la actualidad está dispuesto. Pero si la Provincia limita su acción sanitaria a la asistencia sin mezcla alguna de función preventiva, está muy expuesta a hacer un mal negocio en el sentido económico. A mi modo de ver, la ley debería dejar a la provincia en libertad de organizar por su cuenta los servicios sanitarios que estime complementarios de los suyos de asistencia, o la de entregar una cantidad fija al Estado para sumarse a las organizaciones de éste. En el primer caso debe ser vigilado por el Estado, que, en fin de cuentas, debe tener facultades para imponer el segundo método cuando compruebe que se descuida el primero. Fuera de Cataluña, Navarra y las Vascongadas, no creo que se deba aceptar otro procedimiento que el último.

Y algo semejante puede repetirse cuando llegamos a los Municipios. Jamás cumplirán su misión ni atenderán a sus conveniencias, limitándose exclusivamente a la asistencia. Es preciso prevenir, y habrá, sin duda, Municipios que, por su extensión, por su riqueza o por su cultura, puedan y quieran hacerlo, pero otros existirán—y, por desgracia, serán los más—, que necesiten primero de la acción mancomunada con sus vecinos, pero, en fin, intervención del Estado, más o menos activa, pero, en fin, intervención. Lo que uno solo no puede hacerlo pueden hacerlo reuniéndose entre varios. La cosa es tanto más fácil cuanto que la acción sanitaria puede ser intermitente, mientras que la de asistencia necesita ser absolutamente continua.

Y aquí tropezamos otra vez con el vocablo "coordinación", que encierra actualmente el gran problema de la Sanidad nacional. El Estado dirige y vigila. Las Provincias complementan su acción. Los Municipios se ayudan mutuamente y de paso hacen desaparecer ese odio sordo que generalmente se profesan los pueblos a los que la naturaleza situó en sitios próximos. Este es el problema tan fácil de enunciar, pero tan difícil de resolver, no por dificultades técnicas ni geográficas, ni siquiera económicas, sino por las que los hombres acumulan con sus intereses, sus vanidades y sus odios.

La palabra coordinación es necesario que subsista en el servicio sanitario nacional, para agrupar a aquellos Ayuntamientos que por sí solos no pueden bastarse a organizarlos.

VII. CUERPO DE SANIDAD NACIONAL.

Pasa con el Cuerpo de Sanidad Nacional lo que con el enfermo crónico: sus múltiples cambios de postura indican que en ninguna se encuentra bien. El procedimiento de ingreso por oposición directa fué abolido por malo. Peor resultado ha dado el que le ha substituído. A mi juicio, el problema se plantea clarísimamente en la siguiente forma: hay puestos en la Sanidad nacional que exigen una especialización dentro de determinada rama de la Medicina: sanatorios, dispensarios, especialidades. Se trata en estos casos de reclutar profesionales que dominen una técnica, pero para emplearla a los fines generales de la prevención. Yo exigiría una oposición entre médicos especializados que, además, hubieran pasado por el curso de ampliación organizado por la Sanidad, en el que, naturalmente, hubieran demostrado su suficiencia. Oposición, pues, entre médicos con el curso de ampliación.

Pero otros cometidos de la Sanidad se refieren a cuestiones generales en los que la máxima garantía tiene

que ofrecerla anteriores servicios dentro de la misma Sanidad. No hay coronel experto si antes no ha sido capitán. Yo, para el ingreso en el Cuerpo de Sanidad en estos puestos, exigiría una oposición entre médicos rurales en activo, para luego obligarles a concurrir al curso de ampliación. Es decir, la ampliación de estudios para todos, pero con una diferencia: a los unos, antes de una oposición que ha de llevarlos a plazas especializadas; a los otros, tras esta oposición, que, como condición indispensable, exigirá el haber prestado servicios en los Municipios. Se me podría argüir que con esto quedará dividida la lista de médicos del Cuerpo de Sanidad en dos grupos: especialistas y no especialistas. Ciertamente; y, dada la heterogeneidad de servicios, no encuentro manera de evitarlo, aunque estimo necesario para darles la facultad y la preferencia, aun para pasar de una rama a otra mediante pruebas determinadas.

La reforma fundamental en el Cuerpo de Sanidad Nacional es, evidentemente, la del ingreso. Pero no cabe duda que hay que perfilar algunos complementos indispensables. La antigüedad para ocupar—ya dentro del Cuerpo—un puesto, es un mérito innegable. Lo que no puede ser ya a estas alturas es un mérito exclusivo. Huyamos, por otra parte, del procedimiento tan en boga de que un favor—un viaje al Extranjero, por ejemplo—, se convierta más adelante en un mérito, degenerando la gracia en un derecho vitalicio, con perjuicio evidente y por partida doble para los demás. Sería facilísimo que el Consejo de Sanidad propusiese un baremo de puntuación rectificable periódicamente, en el que figurase la antigüedad como mérito puntuable y en el que se puntuase también el concepto que los solicitantes merezcan al Tribunal juzgador del concurso. Creo que de esta manera se conseguiría una especie de automatismo que nos pondría tan lejos de la plaga del favoritismo como de las garras de la inutilidad, tan cercana siempre a la antigüedad absoluta.

VIII. SNOBISMO Y SANIDAD.

Uno de los grandes defectos en que han incurrido los directivos de los servicios sanitarios nacionales es el tratar de hacer siempre una labor más brillante que profunda. En las disposiciones oficiales se atiende más al efectismo que al valor intrínseco de ellas. Parece como si se quisiera imitar a los que creen que lo interesante para una persona es que se hable de ellos muchos. Bien o mal, pero servir de blanco al comentario público.

Sería curiosísimo el haber traído aquí una lista de las disposiciones oficiales sanitarias que se han dictado desde 1923 hasta el momento actual, sin que jamás se hayan cumplido, y añadiré que, en algunos casos, sin que el que las imaginó pensase nunca, en serio, en cumplirlas ni en que se cumpliesen.

Y aún podría completarse este estudio con la lista de la serie de modificaciones que, como leyes, han sido aprobadas en la de Presupuestos, sin que hayan tenido reflejo en la administración sanitaria pública. Esto es sencillamente un descrédito para la Sanidad.

Uno de los conceptos que hay que llevar a nuestros directivos sanitarios es la necesidad de no trabajar para la "galería", el de no hacer labor para "abrilantarse" una gestión. Conformarse con un trabajo tranquilo, que puede ser ciertamente obscuro, pero que será de mayor eficacia que de otra manera. Hay disposiciones que se ven encaminadas a buscar el aplauso y que están encaminadas también a que se puedan exhumar en desdoro del

que las ha firmado. Yo no quiero sentar ejemplos, pero algunos son tan claros que no necesitan de recuerdo alguno.

Combatamos desde este Congreso a dos enemigos que tiene la Sanidad nacional: la manía de copiar lo extranjero, sin saber si encaja o no en nuestro país, es uno; la manía de llevar al campo sanitario nuestras ideas particulares, muchas de ellas totalmente ajenas al concepto de la protección a la salud pública, es el otro. Repito que huyo de ejemplos por no personalizar, pero los tengo en los puntos de la pluma.

IX. VIGILANCIA Y DISCIPLINA.

Y siguiendo en el criterio de no citar hechos para no caer en esta falta—personalismo—que estoy censurando, debo decir que constantemente se están produciendo hechos anómalos, tanto en el campo técnico como en el administrativo de la Sanidad. Y aún más perjudiciales para nuestros intereses espirituales es tanto lo que se comprueba como lo que se murmura, y entiendo que la murmuración va desde las graves acusaciones económicas hasta las bromas con las actuaciones sanitarias.

¿Culpa de los funcionarios de la Sanidad? Muchas veces, evidentemente, sí; otras, no; tienen que recaer forzosamente en el Estado, que no ha querido o no ha podido seguir el movimiento higiénico mundial y sigue rigiéndose por un Código sanitario arcaico, en el que, desde luego, falta toda instrucción técnica. Culpa también de la Administración, que, utilizando y abusando hasta la exageración de la calificación a los funcionarios de "inspectores", no establece en la práctica la menor inspección de nada y deja a cada uno campar por sus respetos, invitándoles a toda clase de desmanes a favor de una libertad absurda, pero facilitando también toda murmuración, casi siempre injusta.

Lo primero para vigilar y para inspeccionar es saber qué es lo que se va a vigilar y a inspeccionar. Ese Consejo de Sanidad que defendiendo debe dar vida a reglamentos técnicos clarísimos y a reglamentos administrativos más claros, que acaben con la anarquía que hoy sufrimos en la administración sanitaria española.

X. SOCIALIZACIÓN DE LA MEDICINA.

Y ahora comienza la parte más delicada de mi ponencia. Seguro de enfermedad, no como estudio técnico, sino como factor de política sanitaria. Echad un vistazo a toda Europa y mirad lo que está pasando con la Asistencia médica. Yo oigo decir uno y otro día que el Seguro de enfermedad en esos países es un gran fracaso, pero no veo ni a uno solo de ellos que esté en camino de prescindir de él. Cambiad ahora el campo de vuestra observación y enfocad el panorama nacional. Tenemos ya el Seguro de accidentes, el de vejez y el de maternidad. El precio de la Asistencia médica privada sigue aumentando, más que por los honorarios médicos, por los medios auxiliares de diagnósticos y por la terapéutica, cada día más complicada y más útil, naturalmente. Las Sociedades de Asistencia siguen aumentando sus afiliados de un modo alarmante. Mientras esto ocurre, la clase médica, en general, sigue obstinada en su aparente obstrucción a la implantación del Convenio, creyendo de buena fe que lo está deteniendo. Pero—y lo repito porque quiero fijarlo bien en vuestra imaginación—, las grandes Compañías, mientras tanto, se están beneficiando del Seguro de accidentes, y la iguala es una cantidad irrisoria, que es, en realidad, un Seguro que sólo favorece a los ricos.

AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos espasmódica

Tos Ferina

Tos de los Tuberculosos

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

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

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

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

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

Para muestras e informes, GIMENEZ-SALINAS Y C.^a Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

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

GONO

Blenorragia. Metritis. Pelviperitonitis. Artritis.
Orquitis. Cistitis. Prostatitis.

ECZEMA

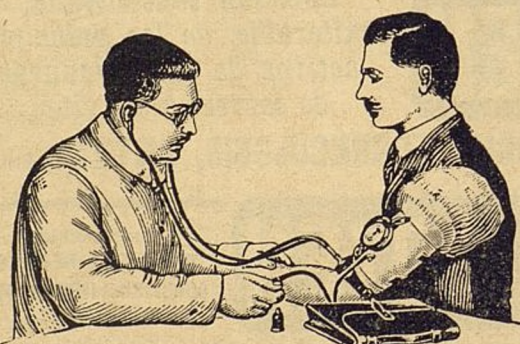
Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Acié. Forunculosis.
Antrax. Abscesos e infecciones a estáfilo.

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.



VISITE NUESTRO ALMACEN
ANTES DE HACER SUS COMPRAS

“OSCILOFON”

Novísimo y elegante aparato de máxima garantía e irreprochable funcionamiento para medir la presión de la sangre por el método

OSCILATORIO, AUSCULTATORIO Y PALPATORIO

LA CASA EXCLUSIVAMENTE DE LOS MEDICOS
INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO CLINICO

LA COOPERACION MEDICA ESPAÑOLA

Apartado 406 - MADRID - Mayor, 21, moderno

OESTROGLANDOL “ROCHE”

(HORMONA OESTRÓGENA)

**DISMENORREA, HIPOMENORREA, AMENORREA,
ESTERILIDAD, MENOPAUSIA, CASTRACIÓN OPERATORIA**

Posología: 3-6 comprimidos al día.
1-2 ampollas 2 ó 3 veces a la semana.

Envases: Frasco de 20 comprimidos.
Caja de 6 ampollas de 1.1 cc.

PRODUCTOS ROCHE, S. A.

BARCELONA
Caspe, 26

MADRID
Santa Engracia, 4

L E Ó N
Av. de Méjico, 4

Es decir, que en la práctica el terreno de la Asistencia médica está invadido por el Seguro; pero nos las hemos compuesto en forma tal que mientras para la Asistencia social no hay una gran ventaja en ello, en cambio, es evidente el perjuicio para la clase médica.

Y ahora yo, que no aspiro a vuestros aplausos, porque la verdad es siempre dura, y que me contento con que andando el tiempo reconozcáis la razón de mis consejos, quiero deciros que luchar contra la socialización de la Medicina es una quimera. Es tratar de ponerle puertas al campo. Conseguiréis, eso sí, retardar la evolución; pero, entendedlo bien, a vuestra costa, como habéis retardado el Seguro de maternidad y el de accidentes: a costa de vuestro bolsillo y aun de vuestra dignidad, sujetándoos a la dirección de Sociedades particulares o de Centros oficiosos. Pero, en fin de cuentas, el retardo no significa nada en la vida de un pueblo, y puede significarlo todo en la de una colectividad como la nuestra. Estamos combatiendo el Seguro de enfermedad, y mientras creemos que triunfamos hay quien prepara lógica y sagazmente el procedimiento para implantarlo, y para implantarlo quitándonos el papel directivo esencial que en toda justicia nos corresponde.

Censuradme cuanto queráis, pero yo creo que es mi obligación deciros que lo procedente, lo que nos conviene a todos, y no sólo a nosotros, sino al país entero, es que marchemos a la vanguardia del movimiento social y que nos apoderemos de aquellos Seguros que no pueden instaurarse sin el concurso decisivo de la clase sanitaria. Y esto es todavía factible; pero dentro de muy poco tiempo, semanas quizá, no lo será ya. Ya se agitan los que, aprovechándose—y con toda justicia, hay que proclamarlo—de vuestra ceguera, quieren unificar los Seguros, y si lo consiguen—y lo conseguirán, porque vuestro abandono lo justifica—, podéis poner a la entrada de vuestros Colegios lo que Dante escribiera en la del infierno: "Abandonad toda esperanza."

Y no lo olvidéis: por muchas vueltas que le deis al problema, toda la solución del médico rural está en ese Seguro de enfermedad. ¿Lo abandonamos? Pues cambiará de aspecto. Dependerá de cualquier otro organismo, pero desde luego ni de la Dirección general de Sanidad ni del Estado. Acordaos las veces que ya os han dicho que el pase al Estado estaba próximo, que era un hecho. Acordaos de las desilusiones que estas afirmaciones han llevado a vuestro espíritu, cuando la realidad ha venido a desmentirlas. Creedme a mí, no viejo en años, pero sí en luchas, cuando os digo que si vosotros alcanzáis a dirigir el Seguro, en él encontraréis, ayudado por el Estado y desligado de los Ayuntamientos, soluciones para vuestros conflictos. Remedid pronto la solución de la iguala antes de que alguien ponga mano en ella en vuestro perjuicio.

Funcionarios sanitarios bien pagados, libres de Municipios, administrados por ellos mismos: en vuestras manos está; pero daos prisa, porque, repito, dentro de unos meses la cosa habrá variado totalmente de aspecto. Y acordaos de este consejo en el porvenir.

XI. INTERVENCIÓN MUNICIPAL.

Intervención en los fondos destinados a Asistencia benéfica, y aun diría más: exclusión de los Municipios en el problema de la Asistencia, aunque, naturalmente, esto no le excluya de contribuir a ella con una cantidad perfectamente determinada con arreglo a la cuantía del pueblo. Régimen de tutela en cuanto la mortalidad del

pueblo pase en la medida que el Consejo nacional determine de la medida nacional. No hay posibilidad de una buena política sanitaria sin contar con estas dos armas.

XII. LIMITACIÓN PROFESIONAL.

Limitar el número de profesionales a las necesidades nacionales, aunque con un exceso prudencial, es algo que se impone si no queremos ir a una situación caótica. La medida no será, ciertamente, muy liberal, pero faltas de liberalidad son todas las de la economía dirigida, que aceptamos sin chistar y que, en fin de cuentas, nos parecen indispensables. Es, además, lo que hacen otras profesiones, como la de ingeniero, que, si tienen en ocasiones más prestigio que la nuestra, es precisamente porque en ellas no existe el parado, que en la nuestra va presentándose cada vez con más alarmante frecuencia.

La medida no depende de la Sanidad nacional, pero forma parte de todo programa articulado de política sanitaria del momento actual.

XIII. POLÍTICA ECONÓMICA.

Se me dirá que el desarrollo de muchos de lo que va implícitamente comprendido en esta ponencia cuesta mucho dinero, y que no lo tenemos. Yo contestaré que es verdad, pero que más dinero ha costado o va a costar una política absurda como la del trigo, por ejemplo. Yo diré asimismo que para algo tan falto de finalidad como lo titulado Retiro obrero se ha sacrificado al contribuyente, sin que el obrero viejo haya percibido nada hasta ahora.

Pero, además, yo sigo creyendo que, sin llegar a una organización sanitaria ideal, se puede hacer mucho con los recursos actuales, a condición, claro está, de que se gaste bien. Y exige una revisión de todas las Instituciones de Beneficencia privadas. ¿Que es muy difícil de hacer? Exacto; por eso precisamente el mérito del que se atreva a enfocarlo como meritorio será el que encauce el servicio en provincial y el que termine con el mito de la autonomía municipal sanitaria.

XIV. ORDEN DE PRELACIÓN.

El programa esbozado no puede intentarse simultánea ni rápidamente. Lo prudente, y lo que a mi juicio procede, es ir implantándolo por etapas sucesivas. Lo que, a mi juicio, es urgentísimo, son las siguientes cuestiones:

- 1.^a Consejo Nacional de Sanidad.
- 2.^a Seguro de enfermedad.
- 3.^a Cuerpo de Sanidad Nacional.

Lo demás debe ser resultado de estas modificaciones.

XV. CONCLUSIONES.

1.^a La orientación sanitaria nacional debe ser función de un Consejo de muy escasos miembros, ninguno nato, presidido por el subsecretario de Sanidad, de mandato limitado y no reelegible.

2.^a Cualquiera que sea la organización que se introduzca en la organización sanitaria central, se tendrán en cuenta la agrupación de servicios semejantes, pero nunca la de Cuerpos o escalafones sanitarios.

3.^a Los servicios sanitarios nacionales llegarán a un acuerdo con el Ministerio de Instrucción pública, para la modificación de la enseñanza de la Higiene, Sanidad y Medicina Social en las Facultades de Medicina, limitándose la Sanidad a una enseñanza de ampliación y de carácter general.

4.^a Es necesario un acuerdo con los Ministerios de Industria, Agricultura, Guerra, Justicia y la Presidencia, para encauzar los servicios sanitarios de estos Ministe-

rios (minas, campo, Ejército, Armada, Prisiones y Colonias), coordinándolos con los servicios sanitarios nacionales.

5.^a Es necesario un acuerdo especial con el Ministerio de Instrucción pública para la enseñanza de Higiene en las escuelas elementales.

6.^a El ingreso en el Cuerpo de Sanidad Nacional se verificará siempre por oposición. Oposición entre médicos que hayan ampliado sus estudios en los Centros Sanitarios, para las plazas especializadas; oposición entre médicos de Asistencia pública, con obligación de seguir y aprobar más tarde el curso de ampliación, para las plazas de servicios generales.

7.^a El Consejo Nacional de Sanidad confeccionará cada dos años un baremo de puntuación, que será utilizado para la resolución de los concursos de las plazas vacantes dentro del Cuerpo de Sanidad Nacional.

8.^a No será válida ninguna reforma de carácter sanitario si antes no se ha oído el informe del Consejo Nacional de Sanidad.

9.^a En el plazo de un año, el Consejo de Sanidad, después de los asesoramientos que juzgue convenientes, redactará los Reglamentos técnicos y administrativos por los que han de regirse los distintos departamentos y servicios sanitarios.

10. La inspección de cada centro y servicio sanitario será obligatoria una vez al año por lo menos.

11. Se establece el Seguro obligatorio de enfermedad. Cada provincia se administrará por medio de una Comunidad sanitaria, de la cual será presidente el del Colegio de Médicos. La entidad aseguradora central residirá en Madrid, y su presidente será elegido por los de las Mancomunidades provinciales. En el Seguro de enfermedad estará comprendido el de maternidad y el de accidentes del trabajo.

12. Los actuales recursos destinados por los Ayuntamientos pasarán a ser ingresos de la Mancomunidad, fijándose en el porvenir las cantidades con que tiene que contribuir cada uno de ellos.

La iguala, después de ser reglamentada, pasará a ser un recurso de la Mancomunidad Sanitaria. Todos los médicos titulares actuales pasarán a depender de la Mancomunidad, que, para el porvenir, fijará el número de profesionales que necesita en cada pueblo, teniendo en cuenta que a los servicios de Asistencia deben sumarse los de prevención.

13. El Estado intervendrá administrativa y técnicamente a todos los Ayuntamientos que tengan una mortalidad superior a la media nacional en la cuantía que marque el Consejo Nacional de Sanidad.

14. Anualmente el Consejo Nacional de Sanidad comunicará al Ministerio de Instrucción pública el número de médicos necesarios para las necesidades nacionales, cifra que servirá de base a los cálculos que el Ministerio de Instrucción pública desarrollará para el número de alumnos que deba admitir cada Facultad.

15. Las presentes conclusiones se pondrán en vigor paulatinamente, para llegar a su total vigencia en un plazo de cinco años.

CURSILLO DE OBSTETRICIA

Bajo la dirección del Prof. Población, y con la colaboración de los Dres. Vilumara y García Orcóyen, dará comienzo el día 14 de octubre, en la Clínica de Obs-

tetricia de la Facultad de Medicina de Madrid, Servicio del Prof. Población, un cursillo teórico-práctico de Obstetricia para médicos.

Este cursillo durará aproximadamente un mes, y el número de alumnos es limitado a 10.

Las inscripciones pueden hacerse a partir de hoy, de diez a doce de la mañana, en las oficinas del Decanato de la Facultad de Medicina, donde se facilitarán informes respecto al programa del curso; locales, horas de las conferencias y trabajos prácticos.

Al final del curso, los alumnos que participaran en los trabajos diarios de la clínica recibirán un certificado acreditativo de la labor realizada.

Los derechos de inscripción del curso son 200 pesetas.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Se pone en conocimiento de los señores colegiados que el lunes, día 14 del corriente, a las siete y media de la tarde, celebrará este Colegio, en su domicilio social, Esparteros, número 9, Junta general ordinaria, para tratar de los siguientes asuntos:

1. Lectura del acta anterior.
 2. Tribunal profesional.
 3. Ruegos y preguntas.
- Se encarece la asistencia y puntualidad.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,3; ídem mínima, 694; temperatura máxima, 17,2°; ídem mínima, 7,2°; vientos dominantes, NNE. y SO.

Los trastornos de la salud que han dominado durante la semana transecurrida han sido los que constituyen lo que el profano llama "enfriamiento". Ligero movimiento febril, con gran quebrantamiento y catarro de las vías respiratorias, que no se manifestó en todos los casos.

La elevación de la temperatura que se registró a partir del miércoles mejoró rápidamente este trastorno.

En los niños también abundaron los catarrros de las vías respiratorias.

CRONICAS

Preparación de asignaturas del Doctorado de Medicina y Ciencias.—Sección especial por correspondencia para médicos rurales.

Índice de fichas bibliográficas, para Tesis doctorales. Informes, en la Sección de Consultas y Servicios Anejos.—Apartado 121.—MADRID.

Se vende un electrocardiógrafo "Boulite", funcionando perfectamente, gran modelo, a corriente continua. Dirección: Antonio Mut. Príncipe de Vergara, número 25, principal.—MADRID.

Permuta.—Por circunstancias especiales se permuta titular de tercera categoría de la provincia de Cáceres por otra (prefiriendo el Norte). La titular no tiene anejos, no ejerciendo otro médico. Dirijan la correspondencia para datos, etc., a la Sección de Consultas y Servicios anejos.—Apartado 121.—Madrid (S. B.).

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

SPASMOSÉDINE

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

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados
PARIS

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

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES
con base de Fermentos Lácticos seleccionados,
Sales biliares, Agar-Agar, Naftol italeina.

Tratamiento Biológico
del **ESTREÑIMIENTO**
del **ENTERITIS**
PADECIMIENTOS del HÍGADO
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL

DOSIS: 1 a 3 Comprimidos por la noche al acostarse.
Se vende en estuches de 6 Tubos de 6 comprimidos.

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

Farmacéutico de 1^{ra} Clase,
Ex-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de París,
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).
SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERÍAS Y FARMACIAS

Depositarío en ESPAÑA
J. Alejandro RIERA, Nápoles 166, BARCELONA

Lipiodol Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro
del Doctor **LAFAY**

**“ASCENDIENTE” Y
“DESCENDIENTE”**

Permite la exploración y el estudio sobre el
vivo, sin dolor y sin que haya ningún incidente
fastidioso, en las cavidades más nobles
del organismo ni en los territorios que
hasta ahora han permanecido cerrados
a las miradas de los investigadores.

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales
para la Exportación:
Laboratoires

ANDRÉ GUERBET
& C^{ie}
22, rue du Landy
St 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



BARACHOL



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

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

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 estircina.

Septicemio

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

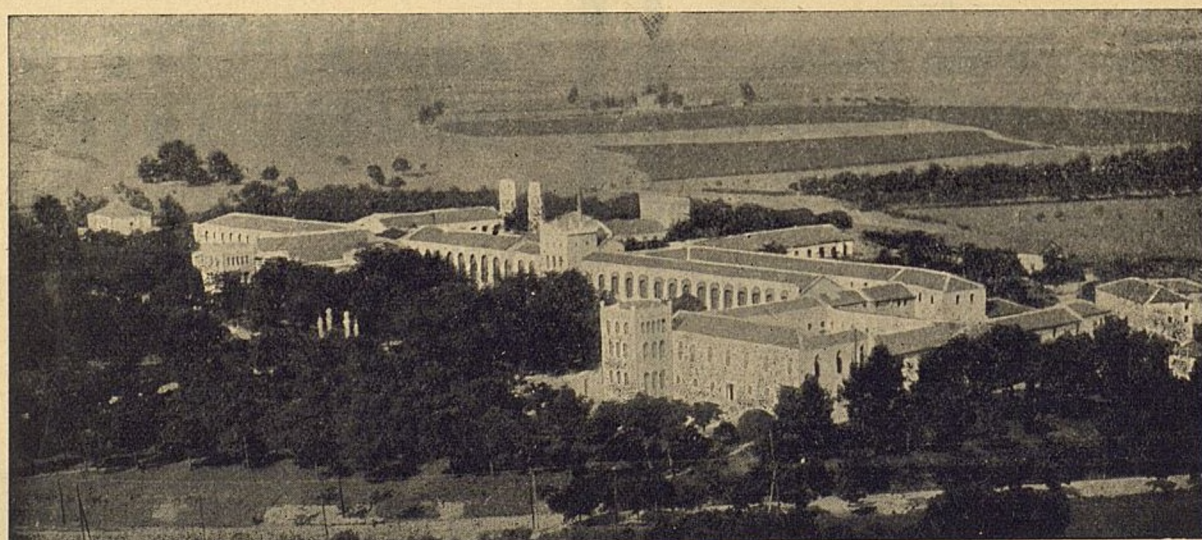
Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

Mutasán

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL



SANATORIO PSIQUIATRICO

ESQUERDO

FUNDADO EN 1877

PARA AMBOS SEXOS, CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

Cuatro jardines exteriores e independientes con vistas al campo. Rodeado de pinar y terrenos propios en extensión de 300 hectáreas, con dos granjas de labor, varias huertas y hoteles independientes.

TRATAMIENTOS MODERNOS ♦ CUATRO MÉDICOS INTERNOS

Director: JAIME ESQUERDO SAEZ

INFORMES.-MADRID. ... { Alfonso XI, 7 || SANATORIO... { Carabanchel Alto
Teléfono 16962 || Teléfono 20

esos, haciendo en cada uno múltiples investigaciones psicológicas, encaminadas a determinar en cada uno el nivel mental, el temperamento, el carácter, el juicio moral, etc., necesarios para la aplicación del tratamiento individual.

En este servicio hemos descubierto múltiples enfermos mentales que hoy gozan de los beneficios de la moderna terapéutica psiquiátrica.

Finalmente, a la salida del Reformatorio proporcionamos al recluso todo género de consejos que tiendan a protegerle de la recidiva, insistiendo con especial interés en las causas que le obligaron a delinquir.

Y termino diciéndoos que, así orga-

Antiséptico **Glorógeno Lumen**

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22.—Jaén

nizadas las prisiones, según los modernos principios de la Higiene Mental, se convertirán en organismos eficaces de defensa social y de profilaxis de la delincuencia, que son los dos fines que debe perseguir "La prisión terapéutica".

LOS MÉDICOS Y EL ARTE

Por LUDWIG ENGLERT, de Berlín
Doctor en Filosofía y Medicina

Curt Götz, en su comedia "El Doctor Hiob Prätorius, cirujano y ginecólogo", ha llevado a la escena al médico artista. El arte con que este médico trata a los pacientes, el modo cómo explica Anatomía a sus discípulos y cómo hace la exposición de su

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

historia y de su carrera ante el tribunal de honor médico, descubre su naturaleza de artista, así como la encantadora escena en la que, vestido de frac y corbata blanca, se nos presenta en su salón, obscurecido por las cortinas, actuando con el gramófono de director de orquesta, refugiándose en la música después de la fatigosa labor profesional del día, para hallar allí con la expansión completa la paz interior...

Acostumbrados desde los días de Molière a ver al médico caricaturizado en la escena, han de saludar precisamente los médicos con singular agradecimiento y gusto el cuadro ideal del médico que Curt Götz les presenta, pues indudablemente ha logrado crear una figura interesantísima: el tipo ideal del médico es la re-

unión de los dos, médico y artista.

La historia de la Medicina presenta una casi infinita serie de ejemplos que nos muestran cuán análoga es la manera de ser del médico y la del ar-

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

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

tista. El número de médicos que no sólo han sido amigos de las musas, sino artistas incluso eminentes, es tan grande, que su aparición no puede considerarse como mera casualidad.

Se ha tratado de explicar este hecho del modo más diverso. Paasch habló de una "transposición de la actividad cerebral". Absorbido el intelecto de un modo unilateral e invariable, ha de ocuparse en las horas de recreo de cosas muy distintas. El hecho solo de que precisamente los discípulos de Esculapio, en todo tiempo y en gran número, han buscado y encontrado en los dominios más diferentes las relaciones con el arte, mientras otros se entretienen jugando al ajedrez, en el café, resolviendo charadas o coleccionando sellos de correo, no se explica con esta "terapéutica de transposición". Más se acerca a la verdad quien ve en el amor del médico por el arte una especie de huida al reino de la belleza, fuera del mundo profesional, que no es particularmente rico en valores estéticos. La investigación en la consulta descubre al ojo del médico cada día un gran número de cuerpos humanos, de los que sólo un número muy reducido responde a las leyes de la estética. El médico contempla la facie dolorosa y desfigurada de sus pacientes, los ojos atormentados y extinguidos de los moribundos, las tinieblas de los patios interiores y la miseria de las viviendas proletarias. ¿Dónde está la belleza del oficio? ¿Adónde ha huido? ¿Dónde se ha escondido? Cada día ha de despertar, en el médico que la profesión no ha embrutecido, un anhelo nuevo de belleza.

De igual modo, el que quisiera poner en lugar de esta teoría de la transposición una teoría de la compensación, tampoco daría una interpretación completamente justa del hecho. También aquí, como sucede tan a

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico
BALDACCI - PISA

menudo, es el mito el que nos pone sobre el verdadero camino. Paul Richer, el gran discípulo de Charcot, empieza el prefacio de su obra, "L'Art et la Médecine", haciendo notar que, según la creencia de los griegos,

Apolo no era sólo el director del coro de musas, sino también el médico divino que confirió a su hijo Esculapio la ciencia de curar. "Il est le Dieu des arts, il est le Dieu de la médecine." Sólo el que profese la creencia de que la verdadera actitud médica tiene su origen en este espíritu apolíneo, puede verdaderamente comprender cuán profundas son las relaciones entre el Arte y la Medicina, de las que la historia de la Medicina da tan elocuente testimonio. Sólo él puede comprender la vida y la personalidad de los grandes médicos y artistas que pertenecen a estos dos campos de la naturaleza humana.

Abriendo las biografías y autobio-

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

grafías de nuestros médicos, se vuelve siempre a leer con qué frecuencia han dudado en su juventud si se habían de consagrar a la Medicina o al Arte. Claude Bernard había llevado a la escena una comedia que tuvo éxito en provincias. Como una tragedia, escrita a continuación, no cayera en gracia entre los críticos parisinos, determinó hacerse médico. Ramón y Cajal luchó durante casi doce años con su padre queriendo obtener su consentimiento para dedicarse a la pintura. Había comenzado a pintar y a dibujar a los ocho años, se enemistó con los profesores porque los caricaturizaba, y de estudiante escribió poesías, leyendas y novelas. También Charles Richet, lamentándose de lo aburrido de la Anatomía, coge la pluma y escribe versos y obras de tea-

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

tro. Pero todos han llegado a ser médicos y han contado a menudo su actividad literaria entre sus pecados de juventud. Schiller, siendo médico militar, siguió el camino contrario, despidiéndose de la Medicina. También le resultaba la Anatomía demasiado fastidiosa, prefiriendo dedicarse a los clásicos franceses e ingleses. Con su tesis "philosophie der Physiologie" fué reprobado. Como médico de regimiento fué llamado al orden a menudo por su extravagancia y por sus métodos de tratamiento. Su genio poético, largo tiempo aherrojado, se liberó fácilmente, y el epígrafe hipocrático de sus "Bandidos" ("Quae medicamente non sanant, ferrum sanat, quae ferrum non sanat ignis sanat") es en su obra poética uno de los po-

cos vestigios de su época anterior de médico.

Si en los pocos casos que acabamos de citar, como en muchos otros, ha habido una decisión terminante en el momento de elegir carrera, hay otros en los que durante toda la vida la creación artística va acompañada de la ocupación médica. Aquí es Rabelais, alegre cura de Meudon, el que abre la marcha. Por su "Gargantúa y Pantagruel" ha adquirido sin duda mayor fama que por sus "Epistolae medicinales" o sus "Hippocratis et Galeni libri aliquot". Muchos nombres de estos últimos casos han tenido acceso como poetas en la literatura mundial, como son Friedrich Wilhelm Weber, Justinus Kerner, George Büchner, Arthur Schnitzler, por sólo citar a algunos, mientras que otros, como Albrecht von Haller, el poeta de los Alpes, y Erasmus Darwin, el autor de "Botanic garden" y del "Temple of nature" no han podido conquistar los mismos laureles como poetas que en el dominio de las ciencias naturales.

Hans Much mismo, poeta y médico, ha dicho: "No hay nada más comprensible para un sabio como el que un hombre de naturaleza creadora tenga que ir como médico a la poe-

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

sía, como experimentador a la arquitectura, como naturalista a la religión. Es sólo entonces cuando su vida se despliega y se redondea armoniosamente: una rueda se engrana en la otra."

Así, pues, encontramos médicos también entre los grandes arquitectos. El hecho de que el más importante de ellos, Claude Ferrault, fué discípulo de la escuela iatromecánica, parece confirmar particularmente las precisadas palabras de Much. Ferrault se ha creado un nombre en Anatomía comparada, como pintor y músico, pero, sobre todo, como creador de la fachada Este del Louvre y del Observatorio de París. Después de la partida de Bernini de París, fué encargado de terminar el Louvre, después de haberse distinguido por una traducción comentada de Vitruvio, y llamó la atención general, al igual que Blondel, por su renuncia al estudio barroco y su inclinación al clasicismo. La fatalidad trágica quiso que muriera de una intoxicación contraída durante la sección de un camello, muerto de una enfermedad parasitaria.

En Francia, los médicos parecen dedicarse con singular predilección a las artes plásticas. Célebres son las exposiciones organizadas desde hace

muchos años en París por los médicos pintores, bajo el título "Salon des Médecins", idea que se debe a Paul Rabier. La revista "Æculape", que, desde que existe, se consagra con atención especial a los problemas del Arte y de la Medicina, informa con regularidad sobre cuantos a estas exposiciones se refiere, y da idea de su amplitud por medio de ricas y nume-

TRATADO PRACTICO DE ETIQUETA Y DISTINCION SOCIAL

Distribución esmerada por asuntos
4 PESETAS EJEMPLAR

Pedidos al Apartado núm. 121.-Madrid

rosas ilustraciones a los que no pueden visitarlas.

Entre los médicos-pintores alemanes se destaca sobre los demás en importancia Carl Gustav Carus, romántico y amigo de Goethe, que precisamente en nuestra época vuelve a recobrar vida. Sus paisajes pueden parangonarse con los de Caspar David Friedrich, devoción hecha forma de un alma henchida de paz divina.

Ante el gran número de médicos dotados para el Arte, surge la pregunta de hasta qué punto los acontecimientos de su vida profesional les han servido de fuente de inspiración para sus creaciones artísticas. En los pintores es asombroso lo raro que resulta el caso. Alphonse Lepaître ha dicho expresivamente, escribiendo al respecto y dirigiéndose a los que esperan encontrar en este "Salon des Médecins" una especie de museo patológico: "L'art, pour la plupart des confrères qui s'y adonnent, est un délassement où ils sont heureux de s'élever de leur préoccupation habituelle. Le "Salon des Médecins" n'est pas une esthétique de cauchemar qui hante nos cerveaux de médecins." Más a menudo nos encontramos en los poetas problemas médicos, como, por ejemplo, en Carossa, en el "Médico Gion", y en el "Destino del Doctor Buerger", en Schönherr, en la "Bulonada de la vida", o en Schnitzler, en el "Doctor Gräser" y en el "Profesor Bernhardt".

Y, a pesar de todo, no debe olvi-

EL MEJOR LIBRO DEL ILUSTRE DOCTOR
D. MANUEL MARTIN SALAZAR

Ex Director general de Sanidad. Académico
de la Nacional de Medicina, etc.

ES SU OBRA **INMUNIDAD**
SOBRE HIGIENE

(CON UN FOLLETO DEL Dr. MARAÑÓN)

20 pesetas ejemplar libre de gastos.-Pedidos al
APARTADO 121.-MADRID

darse que precisamente en la profesión médica se hallan los más poderosos impulsos para la creación artística. El estudiante entra en el pór-tico común a los dos campos: la Anatomía. En el mismo lugar se estudia la Anatomía para los artistas y la Anatomía para los estudiantes de Me-

dicina. Dichoso el médico que puede ver la Anatomía con los ojos del artista, porque él únicamente habrá comprendido el sentido profundo de la Anatomía, viendo en ella no sólo la constitución del cuerpo, sino también su belleza, la que descubre el cachillo de disección, y que ha perpetuado Leonardo en sus dibujos inmortales. "Preparen ustedes así—decía al respecto una vez un anatomista a sus discípulos—, como si tuvierais bajo el bisturí a vuestro mejor amigo, a quien quisierais rendir el último tributo de amor y de honor, disección de bellamente."

¿Qué he de decir aún de las impresiones del médico en el sentido más estricto de la palabra, de los estremecimientos y excelsitudes, de la sensación ante el nacimiento de una vida humana, de la asistencia al moribundo, del que contempla el destino, a menudo tan absurdo en apariencia?

Todos los secretos de la vida, todas sus alturas y sus abismos, todas las alegrías y todos los sufrimientos humanos, todo ha quedado al desnudo ante los ojos del médico. ¿No ha de transformar él todo aquello en forma más elevada, no tiene que, con otros términos, hacerse artista, para poder existir? ¿No ha de hacerse poeta, aunque nunca encuentre la expresión es-

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

(Véase anuncio, página XVIII.)

crita para sus imágenes? Sumamente diversas son las formas bajo las cuales el médico procede a esta liberación de sí mismo. En los países latinos parecen ser las artes plásticas las preferidas por el médico; en los países germánicos son la poesía y la filosofía en las que se transforman y transfiguran los acontecimientos de su oficio. Y quizá este hecho se base profundamente en la psicología de los pueblos.

Pero hay un hecho que parece traspasar la frontera de las naciones y que constituye algo común a todos, algo que tiene su raíz en la naturaleza humana: que no puede pensarse en un gran médico que no se halle íntimamente unido al Arte, bien sea con carácter creador o con carácter receptivo. Ningún oficio tolera menos la trivialidad que el del médico, pues el hombre vulgar, no ungido por el espíritu apolíneo, no participa de aquellas fuerzas que deben animar todo tratamiento curativo; sin el auxilio divino, sigue su camino inútilmente en las profundidades. Mas, por medio de su alianza con el Arte, se abre en él un manantial de fuerzas curativas para bien de sus enfermos y para su propio bien.

(De "Anales Merk".)

ción suficiente para ello. Este título será requisito indispensable para tomar parte en las oposiciones y concursos bajo el concepto que señala el apartado D) del artículo anterior.

Artículo 32. La relación del personal que constituya el Cuerpo de médicos de la Lucha Antituberculosa del Estado se formará por riguroso orden de ingreso en la misma por la Sección central antituberculosa, consignándose en dicha relación la fecha de posesión del cargo, grupo al que pertenece, plaza que desempeña, su dotación y forma de lograrla (oposición, concurso, concurso-oposición, incorporación mediante oposición restringida o libre nombramiento), careciendo dicha relación de valor administrativo a los efectos de Escalafón, ascensos, provisión de vacantes, etc., ya que las retribuciones, derechos activos y concursos quedan regulados por el sistema establecido en otros artículos de este Decreto.

Artículo 33. Todos los médicos de la Lucha Antituberculosa que figuren en la relación del Cuerpo a que se refiere el artículo anterior tendrán la consideración de funcionarios del Estado y, por lo tanto, les será de aplicación la ley de Funcionarios públicos de julio de 1918 y Reglamento para su aplicación de septiembre del mismo año.

Artículo 34. Las plazas técnicas de la Lucha Antituberculosa se clasificarán en los siguientes grupos:

- 1.º Médicos directores (de Sanatorios, Preventorios, Dispensarios, etc.).
- 2.º Médicos ayudantes (de Dispensarios y Sanatorios; jefes clínicos, residentes, de guardia, etc.).
- 3.º Especialistas (radiólogos, de laboratorio, cirujanos, otorrinolaringólogos, pediatras, etc.).

Artículo 35. Las plazas vacantes de cada grupo se proveerán, mediante concurso de traslado, entre médicos en activo del grupo de la vacante que tengan expresamente reconocido este derecho, y excedentes que hayan solicitado pasar a activo, o entre especialistas de la vacante, para las del grupo tercero ingresados por concurso-oposición, y caso de optar más de uno, aten-

hasta lograr para cada provincia una cama para cada defunción por tuberculosis del aparato respiratorio, equivalente a una cama por cada 1.000 habitantes, incrementándose la creación de los destinados a tratamiento de tuberculosis extrapulmonares y pulmonares infantiles.

Artículo 21. Como complemento de la acción sanatorial, las Comisiones provinciales antituberculosas dispondrán en la Sección provincial un servicio de colocación obrera que procure relacionar y utilizar las actitudes profesionales de cada enfermo compatibles con la curación de su proceso en talleres o colonias de trabajo semiextensivo.

VI.—Medidas de profilaxis infantil.

Artículo 22. Todos los médicos, en el ejercicio de su función, tanto privada como en los servicios oficiales de embarazadas, pondrán en conocimiento de los respectivos Dispensarios antituberculosos todo caso cierto o sospechoso de tuberculosis en gestantes que, por su ambiente o circunstancias, no dispongan de los recursos precisos para conseguir la más favorable evolución del proceso, tanto para la madre como para el niño, con el fin de que, en vista de los medios que para este fin disponga la organización sanitaria, se logre la debida asistencia.

Artículo 23. Los Institutos provinciales de Higiene incorporarán a su misión la preparación de las vacunas o medios preventivos contra la tuberculosis, cuya utilidad se confirme por la experiencia. Asimismo intensificarán su atención sobre la vigilancia regular y constante de la industria lechera y sus productos.

Artículo 24. Con el fin de facilitar la vigilancia sanitaria precisa en los focos de contagio y las medidas profilácticas indicadas en la primera infancia, cada Dispensario oficial antituberculoso recabará de los respectivos de maternidad y puericultura el conocimiento diario de aquellos nacimientos ocurridos en ambientes que exponen al contagio tuberculoso del recién nacido, procurando por los medios oportunos el atenuarlos o evi-

tarlos, y en estrecha colaboración con dichos Centros puericultores continuar la vigilancia de estos pequeños.

Artículo 25. Por la Dirección general de Sanidad, y de acuerdo con las normas que la Comisión central antituberculosa fije, se dictarán las oportunas disposiciones para regular la colocación familiar o colectiva de los recién nacidos y menores de trece años expuestos al contagio familiar por tuberculosis, fomentándose y protegiéndose estas obras mediante la vigilancia y dirección de las Comisiones provinciales antituberculosas.

Artículo 26. Para el ejercicio de todo cargo y profesión oficial (maestros, guardadores infantiles, etc.) que requiera una relación asidua o directa con la infancia se precisará certificación, expedida gratuitamente por un Dispensario oficial antituberculoso, en que se acredite que de las exploraciones, investigaciones y pruebas diagnósticas practicadas no se desprende la existencia de lesión tuberculosa en fase contagiosa, especificándose en dicha certificación el tiempo de efectividad de cada certificado y fecha en que debe repetirse dicha exploración como consecuencia de los datos apreciados, teniendo valor dicha certificación para originar expediente de separación total de su cargo a los referidos funcionarios, con todos los derechos en activo de los mismos, más los que para ingresar en Sanatorios les están reconocidos.

Igualmente será objeto de vigilancia el examen de los proveedores, dependientes, etc., de mercados públicos de artículos alimenticios.

Artículo 27. Cada Dispensario efectuará, con la mayor frecuencia, encuestas en escuelas públicas y privadas, asilos, hospicios y demás establecimientos infantiles privados u oficiales, siendo objeto de las mismas tanto los niños como sus maestros, cuidadores, amas, etcétera.

Artículo 28. La protección y organización de escuelas al aire libre y colonias escolares de montaña y playa figurará entre las medidas de especial atención por parte de las Comisiones provinciales antituberculosas, Sección de tuberculosis de la provincia e Inspección

provincial de Sanidad, siendo preceptiva la propuesta, previo examen por los Dispensarios antituberculosos oficiales, para la designación de los niños que integren las colonias escolares subvencionadas o costeadas por fondos del Estado, Provincia o Municipio.

VII.—*Personal.*

Artículo 29. El personal de la Lucha Antituberculosa será técnico, auxiliar, administrativo y subalterno.

Artículo 30. El personal técnico constituirá el Cuerpo de médicos de Lucha Antituberculosa del Estado, que estará formado:

A) Por todos los médicos que prestan servicio en propiedad en cargos retribuidos de plantilla de esta Lucha y con cargo al Presupuesto del Estado (Dirección general de Sanidad).

B) Por los médicos procedentes del extinguido Real Patronato de Lucha Antituberculosa que tuvieron reconocido su derecho a desempeñar plaza de la Lucha Antituberculosa oficial del Estado en virtud de la Orden ministerial de 4 de septiembre de 1934, o figuren nominativamente expresos en sentencias del Tribunal Supremo, dictada por recurso a su instancia.

C) Por los médicos que, en virtud del artículo adicional 2.º, sean incorporados a la Lucha Antituberculosa.

D) Por aquellos médicos fisiólogos que en lo sucesivo ingresen en cargos de esta Lucha mediante oposición o concurso-oposición.

Artículo 31. Por las Instituciones de enseñanza sanitaria dependientes de la Jefatura de enseñanza e investigación de la Dirección general de Sanidad se organizarán los cursos de especialización necesarios para preparar al personal médico que aspire a poseer la capacidad indispensable para ingresar en los grupos primero y segundo (artículo 34) del Cuerpo de médicos de Lucha Antituberculosa del Estado, otorgándose el título de "médicos fisiólogos" a los que, previas las pruebas de capacitación oportunas, acrediten prepara-



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

SARNA

(ROÑA)

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

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

**Indicaciones del FORCEPS
y técnica operatoria del mismo**

por el Dr. A. PONS

4 PESETAS EJEMPLAR

PEDIDOS AL APARTADO 121. MADRID

TRATAMIENTO EFICAZ

REUMATISMO

YODOVISAL

Salicilato sosa
YODURO potasa

ESQUIZOFRENIA

MANGAN - ARSENILO

Cacodilato de man-
ganeso-Cacodilato
de sosa

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA

PAZ, 26

VALENCIA

¿Viene usted a Madrid?

Hospédese

Hotel Los Leones de Oro

(entre Puerta del Sol y Gran Vía)

Calefacción :: Baños

Precios económicos : Muchas atenciones para los médicos

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

Médicos Madrileños

Famosos

BIOGRAFIA Y BIBLIOGRAFIA DE
MEDICOS ILUSTRES NACIDOS
EN MADRID Y SU PROVINCIA

Prólogo de don PEDRO DE REPIDE
Cronista de la Muy Noble, Muy Heroica
y Excelentísima Villa de Madrid.

EL SIGLO MEDICO acaba de editar cuidadosamente esta obra del Dr. Alvarez Sierra. Es un tomo de 300 páginas, con numerosos grabados estampados en magnifico papel cuché, y elegantemente encuadernado.

Precio del ejemplar: 14 pesetas

Para los suscriptores de EL SIGLO MEDICO
20 por 100 de descuento.

*Hernández
P. Mayor 3*

TUBERCULOSIS · NEURASTENIA · ANEMIA

TRICALCINE

OPOTERAPICA

Grageas inalterables sin olor de perfecta conservación.



LA RECALCIFICACION
asociada à
LA OPOTERAPIA
por la
TRICALCINE
OPOTERAPICA

ABASE DE SALES CALCICAS CONVERTIDAS EN ASIMILABLES
Y
EXTRACTOS TOTALES PLURIGLANDULARES
Paratiroides, Medula Osea,
Suprarenales, Timo, Hígado, Bazo.
FIJADORES DEL CALCIO

TUBERCULOSIS PULMONAR, OSEA
PERITONITIS TUBERCULOSA
RAQUITISMO, ESCROFULOSIS, LINFATISMO, CRECIMIENTO
ANEMIAS, CARIES DENTARIAS, ASTENIA, CONVALESCENCIAS

*Todos los Estados de Desmineralizacion
con Deficiencia de las Glandulas Endocrinas*

Literatura y muestras à los Srs. Doctores
Laboratoire des Produits SCIENTIA D'E. PERRAUDIN * Farm. de 1^{re} cl.
21. Rue Chaptal . PARIS (9^e)

· ESCROFULA · RAQUITISMO ·

CARIAS DENTARIAS · TOS · DEBILIDAD · LACTANCIA Y CRECIENCIA DE LOS NIÑOS