



# EL SIGLO MÉDICO

## SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TÉCNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MÉDICAS  
Fundada en 1 de enero de 1854

### PUBLICACIONES REFUNDIDAS

- «Boletín de Medicina» (1834-1854) - «Gaceta Médica» (1844-1854)
- «Genio Médico-Quirúrgico» - «La Correspondencia Médica» (1865)
- «Revista de Sanidad Civil» - «Revista Clínica de Madrid»

1854 \* AÑO NOVENTA Y DOS \* 1946

Oficinas de Redacción y Administración:

MADRID, CALLE DE LOPEZ DE HOYOS, 11 - TELEFONO 63535

### Precios de suscripción:

- España, América y Portugal: 50 pesetas al semestre.
- Para los demás países: 100 pesetas al semestre
- Número corriente: 6 pesetas (del año en curso).
- Número atrasado: De año distinto, 15 pesetas.

### EDITOR RESPONSABLE:

**Excmo. Sr. Dr. F. Javier Cortezo-Collantes**

Propietario y Director de EL SIGLO MÉDICO.  
Fundador de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA.

Madrid y sábado día 6 de julio de 1946

NÚMERO 4.707





## ***Compañero y amigo:***

Usted debe conocer al detalle la organización directiva y administrativa de **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA**, por cuanto usted colabora a su sostenimiento y grandeza.

## ***Usted debe saber:***

1.º Que el único concesionario y editor de la Revista es el Excmo Sr. D. Francisco Javier Cortezo y Collantes, propietario y director de **EL SIGLO MEDICO** y fundador de **SEMANA MEDICA ESPAÑOLA**.

2.º Que dicho señor es el único responsable de las publicaciones científicas, profesionales y literarias que aparezcan en **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA**.

3.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** no paga la colaboración científica, por ser criterio fijado desde 1854 que dicha colaboración se desvirtúa haciéndola objeto de lucro.

4.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** establece, en cambio y compensación y estímulo de esta colaboración, un concurso de premios en que el fallo se realizará por votación entre todos los suscriptores.

5.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** fija la cuantía de los premios de este año en 50.000 pesetas, repartidas del siguiente modo:

Veinticinco mil pesetas para la mejor labor publicada por un Servicio de Facultad de Medicina o clínico hospitalario español.

Quince mil pesetas para la mejor labor publicada por un médico español que sea catedrático jefe de Servicio de Facultad, Clínica o Laboratorio.

Diez mil pesetas para la mejor labor publicada por un médico de ejercicio libre que no sea catedrático ni jefe de Servicio de Facultad ni Clínica del Estado.

Las bases de este concurso cuyo plazo comienza el 6 de julio de 1946, se publicarán en uno de nuestros próximos números.

6.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** no publicará trabajo alguno de Servicio, Clínica, Laboratorio o médico libre que colabore con trabajos originales en revistas que manifiestamente sean de propaganda comercial o industrial de tipo medicofarmacéutico.

7.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** abona la cantidad de 100 pesetas por cada trabajo científico o paramédico que se publique de autor que sea miembro de número de la Asociación Española de Escritores Médicos, siendo dichas 100 pesetas abonadas, no al autor, sino al Montepío de la Asociación Española de Escritores Médicos.

8.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** abona los haberes de su personal de Administración y oficinas con arreglo a las bases oficiales del Sindicato de Papel, Prensa y Artes Gráficas.

9.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** no admitirá publicidad alguna de casas comerciales ni industriales de tipo medicofarmacéutico que editen revistas de propaganda.

10. Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** no se hace responsable de la publicidad que aparezca en la Revista aceptada y censurada por la Censura oficial sanitaria, único organismo a quien compete la autorización o denegación de la publicidad que se hace de los productos, y, por ello, único responsable de su exactitud, bondad y utilidad.



# EL SIGLO MÉDICO

## SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE CIENCIAS MEDICAS

Con la colaboración científica médica nacional y divulgación de la extranjera y de especialidades.

Programa científico:

PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: COLABORACIONES: *El sistema nervioso vegetativo en las enfermedades infecciosas*, por el Dr. J. Torres Gost. *Las hormonas sexuales femeninas como terapéutica de la úlcera gastroduodenal*, por el Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa. DIVULGACIONES NACIONALES: *Tratamiento crenoterápico de las artrosis*, por el Dr. E. Conde Gargollo. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *El jubileo científico del profesor Vincent*, por el Dr. René Sudre. ACADEMIAS Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS. CONSULTORIO MÉDICO QUIRÚRGICO. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

## COLABORACIONES

### El sistema nervioso vegetativo en las enfermedades infecciosas

por el

Doctor J. TORRES GOST

Madrid.

La acción directiva del sistema nervioso vegetativo (S. N. V.) en el curso de las enfermedades infecciosas (E. I.) no ha sido investigada con intensidad por los especialistas, por lo cual faltan, por lo menos a nuestro conocimiento, trabajos de conjunto sobre la cuestión. Las investigaciones que hemos realizado se refieren especialmente a la fiebre tifoidea, pero podremos hacer extensivas las conclusiones a otras afecciones, aunque nuestra experiencia sea menor.

Las funciones del S. N. de relación tienen una gran influencia sobre el funcionalismo del S. N. V. La alegría, el terror, todas las emociones y la propia función intelectual ejercen una acción directa sobre las funciones vegetativas. Precisamente el hecho de estar en actividad o en reposo las funciones del S. N. de relación caracterizan los dos estados fisiológicos, rítmicos, a que está sometido el hombre y todos los seres de la escala zoológica: el sueño y la vigilia, cuyos centros han sido localizados por los hallazgos patológicos y por la experiencia clínica (PETTE, HIRSCH, LUKSCH y ADLER) en la porción posterior del tercer ventrículo en las cercanías del acueducto de Silvio. Para REIN no sería tan precisa la delimitación. La acción neuroreguladora del sueño y de la vigilia partiría de estos centros, que tendrían como misión fundamental interrumpir todas las funciones córticopsíquocerebrales (sueño cerebral de V. ECONOMO).

Por otro lado, darían lugar a un cambio de tono de la función vegetativa en los órganos (sueño corporal de V. ECONOMO). Esta variación vegetativa consiste en la aparición de una acción predominante del parasimpático, que se pone bien de manifiesto por distintos síntomas (miosis, bradicardia, bradipnea, hipotensión, disminución de la temperatura y del metabolismo, aumento de los movimientos intestinales y disminución de las secreciones salivar, lagrimal y urinaria). El sueño es la manifestación simple defensiva fisiológica del organismo más importante. La soñolencia anormal es una manifestación de enfermedad de las zonas donde radican estos centros.

Las relaciones entre el S. N. V. y el S. N. de relación son íntimas. La tendencia actual de la fisiología tiende a saltar las vallas de la diferenciación tajante que entre los dos sistemas se estableció en la época organicista, y hoy sabemos que las sensaciones, ideas y, en general, toda la vida psíquica influye decisivamente en las funciones vegetativas. La vida intelectual intensa es bien capaz de alterar el ritmo pendular vigilia-sueño, hasta conducir tal alteración a la enfermedad. El insomnio es uno de los tributos que más amargamente tienen que pagar los que se entregan con fruto a la delicia de pensar.

La soñolencia es una manifestación común a casi todas las E. I., que puede de pronto transfor-



marse en sopor y, finalmente, en coma. En las enfermedades tíficas de mediana intensidad domina la soñolencia. En este caso, disminuida la capacidad de prehensión, aislado el enfermo del mundo exterior, del que recibe escasos estímulos sensoriales y sensitivos adecuados, podemos concebir que su organismo se comporta como «vegetativo» estricto, y todos o casi todos los esfuerzos de su S. N. central están concentrados a la regulación, no siempre fácil, de las funciones vegetativas, tan considerablemente amenazadas por la existencia del proceso infeccioso.

En las enfermedades tíficas se establece desde el primer momento una posición vegetativa general y básica similar a la que se presenta en el curso del sueño fisiológico, es decir, una posición auténticamente «parasimpácticotónica». Esta posición básica, que es permanente en el curso de toda la enfermedad, podrá verse alterada en detalles que corresponden a sectores vegetativos o sectores orgánicos que pueden verse más o menos influidos por el sistema antagonista. Pero los elementos fundamentales que condicionan la persistencia y mantenimiento de la vida no pierden nunca la posición básica vagotónica, que en este caso, más que reparadora, debemos interpretarla como económica o ahorrativa al máximo dentro del despilfarro energético enorme que se produce en el curso de la enfermedad. Así, el metabolismo, la función cardíaca y vascular, la función leucocítica, la formación de anticuerpos, etc., están presididos y orientados por la directriz del sistema de ahorro, que en este caso equivale a la distribución inteligente de todas las reservas con que cuenta la economía del organismo para vencer a la infección que trata de consumirle. Veamos algunos ejemplos:

#### EL METABOLISMO

En el curso de la E. I. se produce invariablemente una pérdida de peso. El mayor gasto energético no está compensado por la existencia de la inapetencia debida a muchos factores: gastritis, glositis, faringitis, etc.; al estupor u obnubilación que posiblemente impide percibir el aumento de apetito que lógicamente debería de existir (no son raros los casos de enfermos infecciosos agudos leves en los cuales se presenta un apetito exagerado; hemos podido hacer varias veces esta observación). Pero éstos no son más que fenómenos secundarios. El fundamental es el aumento del metabolismo total, que exige un gasto energético no compensado por las ingestiones alimenticias. Las investigaciones de PFLUGERS, VAN T'HOFF y KANITZ demostraron hace tiempo que la elevación del metabolismo total se eleva en un 20 a 30 por 100 en las enfermedades leves, y en las formas hiperpirexicas se puede elevar en un 50 a 80 por 100. LOWING demostró que a medida que avanza el proceso se acerca a sus valores normales sin al-

canzarlos, ocurriendo esta aproximación hacia las cuatro semanas de duración del proceso. No cabe, pues, la menor duda (aunque todas estas investigaciones deberían ser revisadas) que durante un período de tres o cuatro semanas existe un metabolismo exagerado, cuyas consecuencias pueden ser los adelgazamientos más extremos.

Para poder hacer afirmaciones concretas, hubiéramos querido poder presentar datos sobre el metabolismo de las grasas, de las proteínas y de los hidratos de carbono. Las dificultades con que tropezamos en nuestra función hospitalaria ha impedido completar estos estudios. Sin embargo, el exceso de gasto energético no compensado por la alimentación no puede ser achacado a la combustión de la glucosa, pues existe acumulada en escasa cantidad. El organismo no acumula más que los materiales difíciles de obtener. No acumula oxígeno, porque vive en él; no acumula agua, porque la necesita muy cerca; no acumula vitamina K, porque la produce constantemente; acumula poca glucosa, porque la obtiene con facilidad o la obtiene de otros materiales; acumula grasa, porque le es difícil encontrarla, etc. A fin de cuentas, una faceta de la adaptación al medio. Por ello, significan bien poco las 5.000 ó 6.000 calorías acumuladas en forma de glucosa al lado de las 100.000 ó 150.000 acumuladas en forma de grasa en un individuo bien nutrido. Es natural que apele a la combustión de la grasa desde el principio para mantener la hoguera de la hiperpirexia, que exige combustiones exageradas. Las determinaciones del cociente respiratorio en el curso de la fiebre en general, y en el de la F. T. en particular, indican que la combustión se hace a expensas de las grasas e hidratos de carbono, especialmente como señala STURM recientemente. La teoría de NAUNIN de la destrucción toxógena de la proteína sigue siendo válida, cambiando la idea de la alteración periférica por la alteración central, o sea del centro probable del metabolismo de la proteína (STURM). Pero en lo que no podemos estar de acuerdo con los autores (amplísima literatura en ISENSCHMID y FREUD, *Hand. d. Nor. u. Path. Physiol.*, XXVII) ni con la afirmación de STURM, de que, a partir de las primeras horas de una infección, se produce una hiperglucemia y desaparición casi absoluta del glucógeno de los órganos. Efectivamente, encontramos esta afirmación repetida en todos los tratados, sin que se pueda atribuir más que a una observación defectuosa o a no haber entrado en el fondo de la cuestión.

La glucosa es fundamental para la persistencia de la vida celular; denominada por BRENTANO «la materia combustible», «el carburante del organismo», es indispensable para mantener la vida posiblemente más cuando es precaria como consecuencia de la infección. En condiciones normales, un mecanismo complicado mantiene un nivel de



glucosa en sangre regulado constantemente por el sistema nervioso vegetativo. En el curso de la infección, esta acción reguladora se pone mucho más de manifiesto por un sentido ahorrativo que se establece. En condiciones normales, la glucosa en sangre está regulada alrededor del 1 por 1.000, poco más o menos; en el curso de las enfermedades febriles, especialmente en la F. T., los valores desde el principio son más bajos, y hacia los quince días de enfermedad los valores son de 0,5 a 0,6 por 1.000, o sea cifras que se acercan a la hipo-

elevar la glucosa en sangre por un excitante del simpático, como es la adrenalina. Contribuyó a pensar en el agotamiento del glucógeno el hecho de que las curvas de glucemia, que se practicaban en las mismas condiciones que se hace corrientemente en Clínica, o sea por ingestión de 50 gramos de glucosa, no produce la curva normal, sino que el nivel de glucemia permanece la mayor parte de las veces insensible a este aporte, y en vez de la curva que esperábamos, obtenemos una línea casi horizontal. El número de estas gráficas obte-

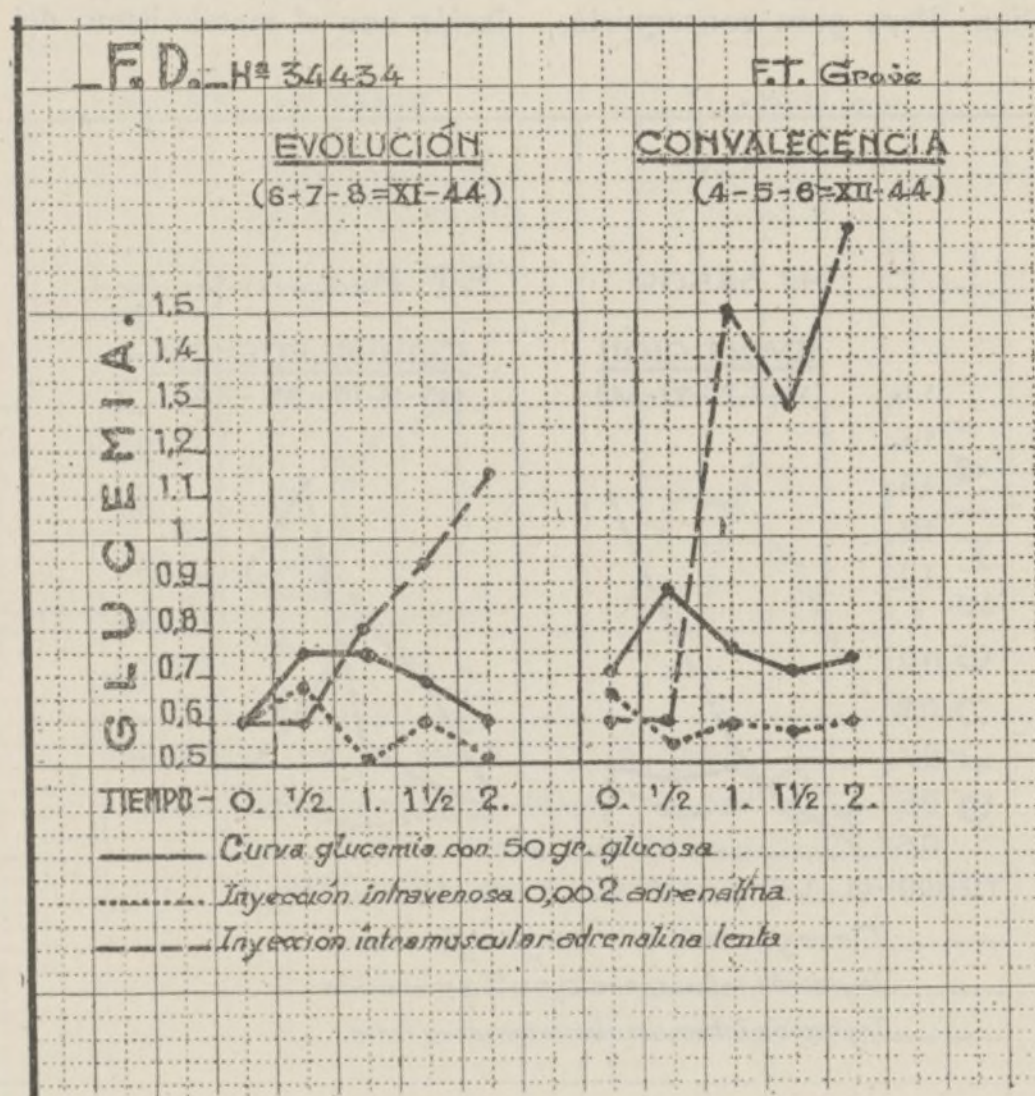


Fig. 1.ª

glucemia clínica, o sea a la que produce sintomatología (alrededor de 0,4). Perdida en el enfermo agudo la capacidad de prehensión, disminuída la ingestión de hidratos de carbono, podría verse el organismo en déficit peligroso si siguiera haciendo uso inmoderado de los mismos. Precisamente estas cifras bajas, para nosotros fundamentalmente defensivas, han sido interpretadas como la demostración del agotamiento de los depósitos de glucógeno. Si así fuera, como ocurre en el caso de la intoxicación por el fósforo, no habría posibilidad de obtener un aumento de la glucosa en sangre, como ocurre en el curso de esta alteración experimental. Sin embargo, en el curso de las enfermedades agudas no es así; podemos en todo momento, por avanzado que se encuentre el proceso,

nidas es muy numeroso (pasan de ciento cincuenta), y siempre las cosas ocurren en la forma que vamos a exponer. De lo dicho, se desprende que, por la determinación de la glucemia en ayunas y por la curva de glucemia con 50 gramos de glucosa, no se saca más consecuencia que las que sacaron los autores citados, que las refirieron al agotamiento del hígado y de los músculos de sus depósitos de glucógeno. Pero si en vez de utilizar este método empleamos, como hemos dicho, un excitante del simpático, las cosas pueden variar considerablemente. Es sabido, por conocimientos elementales de fisiología, que la excitación del vago produce hipoglucemia, en tanto que la excitación del simpático produce hiperglucemia. La hipoglucemia fisiológica y la provocada pueden



ser de origen vagotónico por excitación de la producción exagerada de insulina, a su vez dependiente de la acción del vago, con su consecuencia, la mayor tendencia a la fijación del glucógeno. La posición vagotónica del organismo afecto de una enfermedad aguda explica, tanto la hipoglucemia constante como la tendencia exagerada a la fijación de la glucosa que se ingiere en el curso de una prueba de glucemia. La demostración de ello la tenemos en el hecho de que, sea cual sea el período de enfermedad en que se encuentra el enfermo, tenemos, como decíamos, posibilidad de elevar el nivel de glucosa en sangre mediante el empleo de la adrenalina. Pero para conseguirlo,

metabolismo de los hidratos de carbono en el curso de las E. I. es de tono claramente vagotónico. Tenemos la casi evidencia que el resto del metabolismo de la grasa y de la proteína obedece a normas similares, pero no queremos hacer ninguna afirmación por no tener datos de su comportamiento, desde el punto de vista experimental.

#### RIÑÓN

Otra manifestación muy importante de la posición vagotónica en el curso de la enfermedad febril es la que se deduce de la función renal en relación con el metabolismo del agua. El riñón del

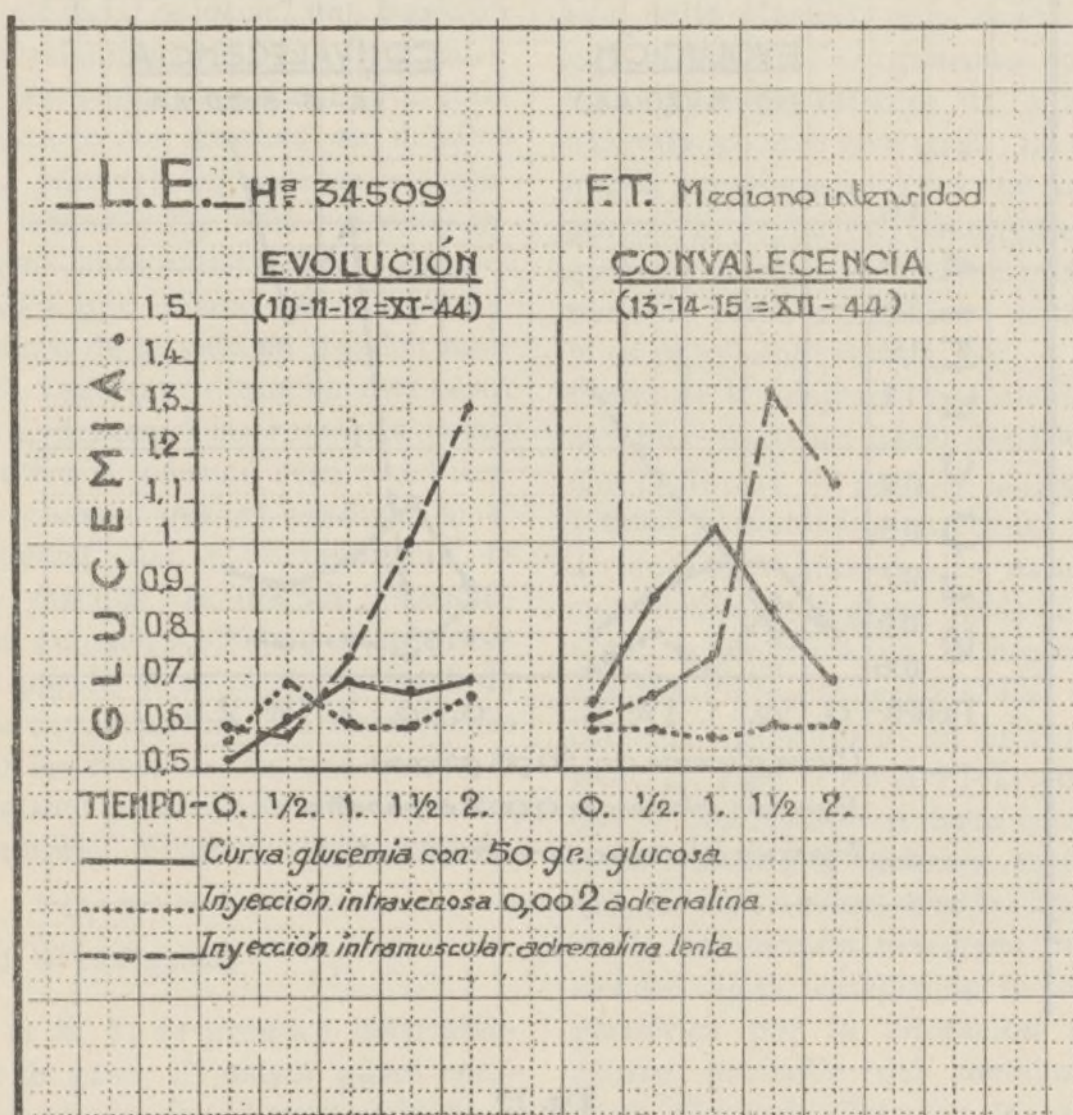


Fig. 2ª

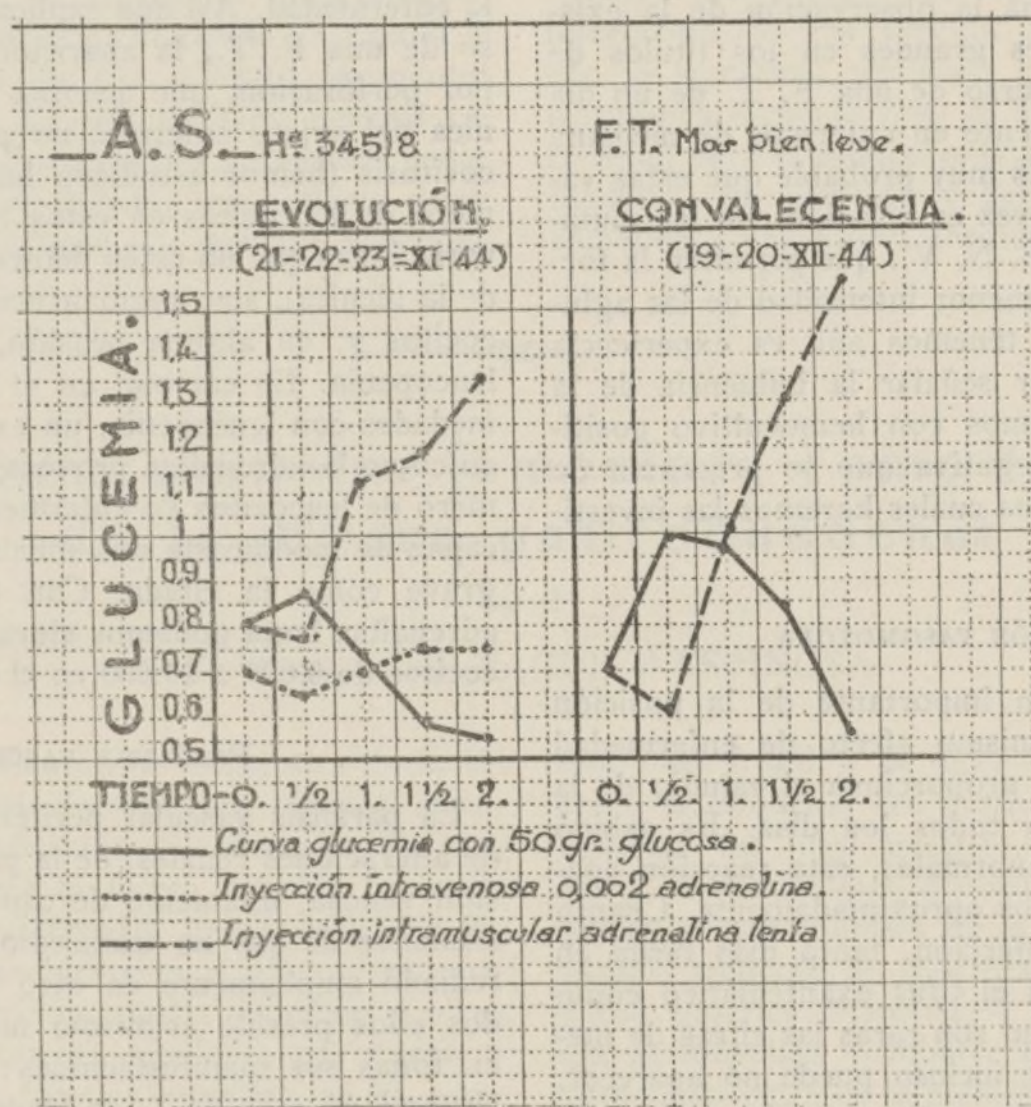
no basta una simple inyección intravenosa o subcutánea de adrenalina, como ocurre en la prueba de adrenalina corriente. En este caso, su acción es tan fugaz, que no consigue la modificación del estado funcional reactivo en que se encuentra el sujeto enfermo. Es necesario una acción más prolongada para poder cambiar el tono funcional, o sea para obtener un tono simpaticotónico suficientemente duradero para poder conseguir la transformación del glucógeno en glucosa y el paso de ésta a la sangre. Esto ha sido conseguido por la inyección de adrenalina lenta. En las gráficas adjuntas se puede ver la confirmación de cuanto llevamos expuesto. Queda, pues, sentado que el

enfermo agudo segrega una orina en general, concentrada y en cantidad no muy abundante. El ritmo de secreción en el período de estado suele permanecer sin variaciones grandes durante días enteros. Con el agua pasa algo semejante a lo que hemos visto con la glucosa. Es ahorrada hasta donde es posible. También se trata seguramente de una posición defensiva para un elemento de tanta trascendencia en el mantenimiento de la vida. No es que, en general, le falte el agua al enfermo agudo asistido, pero la posición defensiva se refiere aquí, como hemos señalado antes, a la pérdida o disminución de la capacidad de prehesión en muchos casos que obliga al organismo



a tomar la posición de reserva conveniente. Por ello notamos que en el curso de las enfermedades tíficas, la avidez por el agua es considerable, como hemos demostrado por medio de la pápula cutánea, midiendo bien el tiempo de absorción, de dos décimas de centímetro cúbico de solución salina fisiológica estéril. En las gráficas adjuntas se pueden ver los tiempos de absorción en el curso de la enfermedad y en la convalecencia. Cuanto más ávidos se muestran los tejidos por

paz de cambiar el tono funcional vegetativo durante un período de tiempo suficiente para que se ponga de manifiesto el cambio que artificialmente hemos provocado. Podemos, en consecuencia, atribuir a la posición vagotónica del S. N. V. la presencia de orinas concentradas y a un ritmo igual durante mucho tiempo. Podemos atribuir a la posición simpático-tónica la poliuria de la convalecencia, por lo menos en el sector renal, y las variaciones del ritmo urinario

Fig. 3.<sup>a</sup>

el agua, tanto menos cantidad de orina elimina el enfermo y tanto más concentrada es ésta. Podemos, en consecuencia, sumar los dos hechos en una causa común que influye sobre todo el metabolismo del agua. Si observamos el ritmo de eliminación de orina durante varias horas con el enfermo en ayunas y le inyectamos por vía venosa 400 c. c. de suero fisiológico estéril, vemos que se obtiene una retención total del agua en determinados momentos, mientras en la convalecencia conseguimos curvas incluso desbordantes, como pudimos demostrar en otra ocasión. Pues bien; aun reteniendo agua, aun cuando el enfermo está sometido a un ritmo determinado, podemos alterarlo por medio de un excitante del simpático, como en el caso de la glucosa, pero de un modo especial por medio de la adrenalina lenta, o sea por medio de un excitante duradero ca-

que en el curso de las enfermedades leves se presentan, en las que no es raro encontrar cifras totalmente distintas en la observación diaria de la cantidad de orina eliminada, sometidos los enfermos a una ingestión de líquidos siempre igual. Por tanto, las variaciones del ritmo de secreción son debidas, a nuestro juicio, a la alternancia de la posición reactiva del S. N. V., con predominio en las formas de mediana intensidad, y en las graves, la posición vagotónica.

#### AGLUTININAS

Otra faceta de la posición vagotónica del enfermo agudo, especialmente en el curso de la F. T., es la aparición más o menos abundante de las aglutininas y otros testigos de la infección, denominados con poco fundamento «anticuerpos».



De la existencia de las aglutininas o de las antitoxinas se deduce de los antiguos trabajos de SALOMONSEN y MADSEN en los animales de experimentación, en los cuales aumentaba la riqueza de antitoxina por la excitación del parasimpático con pilocarpina. Las investigaciones de BELAK y su escuela, en una serie muy numerosa de trabajos experimentales, han comprobado la influencia grande de la excitación del parasimpático con pilocarpina en la aparición y, sobre todo, en la cantidad de aglutininas existentes. Nosotros hemos hecho con mucha frecuencia la observación de la existencia de variaciones grandes en los títulos de aglutinación en el curso de una F. T. de un día para otro, especialmente en enfermos de mediana intensidad y leves. Es muy probable que estas variaciones estén a su vez en relación con las mutaciones reactivas del S. N. V., que permiten la formación en mayor o menor intensidad de las aglutininas. Lo que no tenemos aún es experiencia suficiente para poder señalar la influencia de la pilocarpina en enfermos con hemocultivo positivo y aglutinación negativa que se presentan de tarde en tarde y en los cuales haremos las investigaciones precisas.

#### REACCIÓN VASOMOTORA

Otra manifestación importante de la posición vagotónica del organismo afecto de enfermedad aguda es la que nos proporciona el estudio de la reacción vasomotora todos los días. Es sabido que, en condiciones normales, esta reacción aparece en ocho segundos aproximadamente. Cuanto más intensa es la infección, tanto más tarda en aparecer, y tanto en el tifus exantemático como en las F. T. graves no son raras las cifras de medio, de un minuto, e incluso puede no aparecer. Como demostró HESS, esta reacción está regida por los sistemas vegetativos espinales de modo totalmente regional, su aceleración y su retardo dependen de la acción del simpático o del parasimpático, respectivamente.

#### LEUCOPENIA

Otra manifestación interesante nos la proporciona el estudio de la fórmula hemática. El examen detenido del estudio de HOFF sobre la regulación sanguínea por el S. N. V. nos induce a afirmar en nuestras conclusiones, aun cuando en muchas facetas son discrepantes en lo que se refiere a la interpretación. El cuadro hemático de las enfermedades tíficas es muy semejante al que FALTA, SCHILLIN, DOMARUS y otros han descrito, pero de un modo especial HOFF, con el nombre de «cuadro hemático vagotónico y simpaticotónico». Todos aceptan como característica del cuadro vagotónico la existencia de leucopenia con una linfocitosis relativa y aparición de formas jóvenes neutrófilas. Es dudosa la aparición de eo-

sinófilos, y no hay unanimidad en la apreciación de este factor. Dice HOFF que la acción estimulante del vago por la piel produce un complejo síndrome constituido por el descenso brusco del número de leucocitos, hipotensión arterial, hipoglicemia y otros síntomas concomitantes que se pueden atribuir a la excitación del vago. Todo ello viene a demostrar la concordancia del cuadro hemático de las enfermedades tíficas con el denominado «cuadro hemático vagotónico», debido a la posición vagotónica del S. N. V. en el curso de la enfermedad. Así nos explicamos que, en el curso de una F. T., la aparición de una peritonitis por perforación, que acentúa la posición vagotónica del sujeto enfermo, no produzca nunca leucocitosis (hemos estudiado hora por hora el número de leucocitos en estos casos, sin encontrar variaciones que no estén dentro del límite de error de la técnica), sino permanencia de la cifra de leucocitos y, en alguna ocasión, acentuación de la leucopenia. En cambio, en el curso de las enfermedades con leucopenia, un excitante del simpático como la adrenalina provoca el aumento del número de leucocitos en enfermedad en la que no es capaz de modificarla una inflamación tan aguda y grave como la citada. Con toda facilidad, con adrenalina lenta podemos elevar el número de leucocitos de 6.000 a 10.000 en el curso de la F. T.

#### PARÁLISIS VASCULAR

La parálisis vascular periférica, con su cortejo de alteraciones renales, de la presión arterial, presión venosa, dilatación de capilares etc., son fenómenos de que no trataremos, por haberlos estudiado ampliamente en otro lugar. Pero en todos ellos preside asimismo una base vagotónica en todas sus manifestaciones; si queremos referirnos a un caso de Z. de Raynaud.

Por lo que respecta a los fenómenos circulatorios, sólo queremos detenernos en una manifestación cardíaca para afianzar más nuestra posición frente al problema del S. N. V. en las enfermedades infecciosas. Aparte de la tan conocida bradicardia relativa, se ha descrito, entre las alteraciones cardíacas, una correspondiente al miocardio y a la función de las coronarias, consistente en la inversión de la onda T electrocardiográfica. Esto corresponde, asimismo, a la posición vagotónica regional dentro de la posición general típicamente en este sentido. No podemos atribuir a otra causa el hecho experimental según el cual estamos en condiciones en estos casos de obtener una normalización de estas ondas invertidas por medio de la adrenalina. En efecto; en los electrocardiogramas adjuntos vemos la inversión de la onda T en distintas derivaciones. Cuando se obtienen en el curso de una inyección intravenosa de adrenalina, en tanto dura su efecto, la inversión desaparece, se hace normal, para volver a su posición anterior en cuanto cesa la acción del



fármaco excitante del simpático. Claro es que se pueden hacer otra clase de consideraciones, pero todas ellas tendrán que estar en relación con la modificación del tono funcional del S. N. V. Tal vez una de las más importantes es la de que no es posible en las E. I. interpretar este hecho como demostración de la existencia de una miocarditis.

Resumiendo los hechos expuestos, a los que aún se podrían añadir algunos más, tendremos que sacar las siguientes conclusiones:

En el curso de las E. I., especialmente en las enfermedades tíficas, el organismo toma una posición parasimpaticotónica. Teniendo en cuenta la autonomía funcional de los distintos segmentos vegetativos, dentro de esta posición general caben inversiones o acentuaciones regionales indispensables para que la defensa sea perfecta desde el punto de vista funcional. La posición vagotóni-

ca general es una posición defensiva y de ahorro extraordinariamente conveniente para seguir manteniendo la vida, aun en las condiciones más precarias. Esta posición parasimpaticotónica general tiene grandes relaciones con el instinto, humano y animal, siendo posiblemente ésta una faceta de la reacción biológica que debe relacionarse íntimamente con la posición vegetativa, capaz de percibir lo más conveniente en cada caso a la conservación de la vida; ello nos sugiere la posibilidad de concebir un auténtico sentido vegetativo. También nos permite ver esta posición como manifestación de una función cerebral en relación con lo somático, pudiendo expresarlo en forma paradójica diciendo que, al lado de una ideación racional para el mundo exterior, posee el cerebro humano una ideación vegetativa «inconsciente» sometida a una lógica absoluta y ancestral.

## Las hormonas sexuales femeninas como terapéutica de la úlcera gastroduodenal

por el

Doctor J. LUIS YAGÜE Y ESPINOSA

La evolución sufrida en la terapéutica de la úlcera gastroduodenal durante los últimos años, quizá en posible aplicación del concepto, un tanto pesimista, de que la úlcera es sólo la manifestación de una enfermedad desconocida, ha incrementado considerablemente el tratamiento parenteral, que si, iniciado con las proteínas y otras sustancias posiblemente similares en cuanto a su modo de acción (vacuna antialfa), se ha acrecentado de modo considerable en los momentos presentes con su aplicación casi constante. Aun cuando más destacados en la misma, los aminoácidos, tal vez por mayor propaganda comercial nacional, otras escuelas extranjeras, como señalada la alemana, han dado predominio a las hormonas sexuales femeninas, motivando gran número de trabajos, los más entusiastas; pero precísase una revisión de conceptos y resultados.

El considerar que la secreción foliculínica, eminentemente femenina, podía ser estimada como motivo biológico contrario en la etiopatogenia ulcerosa, motivó su ensayo de modo empírico, enlazándose a los conceptos de O. MÜLLER y HEIMBERGER, que la lesión es originada por una diátesis vascular vasoneurítica; a los que se suma C. DE LANGEN, de que la duodenal la provocan perturbaciones de la red capilar, sin que la trombosis, la embolia y la infección sean factores esenciales genéticos de la lesión experimental.

Aceptada la teoría vascular patogénica, disminuida la vitalidad de la mucosa gástrica, resulta

ésta más frágil a la agresión pepsinógena, así como la duodenal sea motivada por acción proteolítica del jugo gástrico ácido (SCHIFFRIN e Yvy), se estimó que, probada la acción vasodilatadora y espasmolítica de la foliculina, ésta provocaría aumento de la irrigación sanguínea de la pared gástrica; habiéndose observado asimismo que la foliculina disminuye fuertemente la acción vasoconstrictora de la nicotina, otro posible y evidenciado factor de producción de la úlcera. Y se llegó a pensar que, en ciertas circunstancias, la falta de foliculina en el hombre podría favorecer su aparición y desarrollo.

Aun cuando esto no lo explique todo, pues a la mencionada acción circulatoria se une la trófica epitelial, verdadero rejuvenecimiento de las mucosas (ALVAREZ UDE), se consideró útil su empleo parenteral sistematizado en el tratamiento de las lesiones. Por ello la ensayó KORBECHE y la usaron PARADE, quien había comprobado antes los efectos beneficiosos en esta dolencia de las transfusiones de sangre femenina; KURTEN, SCHITTENHEIM, ROCHA, SCHULTZ, ZULUETA, GÜLZOW, LÖWENSTEIN, RATSCHOW y STECKNER y GOERSTNER, entre otros, siempre en cura ambulatoria; los más de ellos complementándola con dieta blanda, prohibición del alcohol y tabaco, fomentación local caliente mañana y noche o sólo noche, administración de medio miligramo de atropina en inyección y una a dos luminaletas tres veces al día, hasta desaparición de dolores, que



en la transcripción aseguran que los enfermos quedan libres de molestias a las tres o cuatro horas de la primera inyección; pero otros dejándolos en amplia libertad alimenticia y con su exclusividad.

A las beneficiosas acciones locales, de repercusión general orgánica, agregan ALVAREZ UDE y QUERALTÉ que los estrógenos aumentan la tolerancia de los hidrocarbonados en la diabetes, y las observaciones de GEHERING, ARNOLD, SCILLER y DENELLE y PALMA y VILLAR prueban que también aumentan los elementos hemáticos formas, tanto rojos como blancos, a expensas de las series mieloides.

PARADE la aconsejó asimismo como profiláctico de recaídas con la inyección de unas ampollas un poco antes de la fecha habitual de aparición de las molestias.

Pero la foliculina adolecía del inconveniente de coste, bastante elevado, y pronto los laboratorios lograron el cuerpo químico originario de los efectos, creando los estrógenos sintéticos o estilbenos. Y a ellos acudieron los clínicos con iguales finalidades (GOLDBERG y BISHOP, BOYCORT y ZUCKERMANN, DOBBS, CHIRAY, MOLLARD y MASCHIS, LARIZZA y PAVESI, ALVAREZ UDE, COLMEIRO, BAYER, DE PALO, FOCKEN RONI). Los resultados conseguidos con aquéllos fueron idénticos a los logrados con los naturales (GONZÁLEZ GALVÁN, PARADE, SCHÖNE, WALINSKI, ROTSCHOW), si bien parece señalarse en ocasiones mayor retraso en la mejoría, que, a veces, va acompañada de ligeras molestias generales durante la administración de los estrógenos, aun cuando se ha destacado la diferencia que éstos no podrían ser empleados en casos de hiperacidez, por determinar aumento de la misma, libre y combinada, lo que no parece haber sido confirmado de modo absoluto. A nuestro modesto criterio, obtenido dentro de las dificultades del tratamiento ambulatorio con gran contingente rural desplazado a la ciudad, parecen manifestarse inferiores a los logrados con la foliculina, precisándose tratamientos más continuados, a veces hasta dieciocho inyecciones, con lo que el aspecto económico, que se pretende aminorar, en ocasiones queda defraudado o disminuído.

Y siempre lo hacemos concomitar para mayor rapidez en la aparición de resultados, con alimentación blanda adecuada, la clásica amplia de estas dolencias, hipoclorurada, pero sin preferencia por la vegetariana y con moderación en la carne, sin autorizar la tan recomendada y poco necesaria plena libertad dietética; prohibición de alcoholes, excitantes y tabaco; aplicaciones locales reiteradas de calor, con reposo en la mayor amplitud, compatible con las ocupaciones habituales, pero sin estancia hospitalaria; alcalinización gástrica en caso de molestias; cura tópica cicatrizante, y, de existir gran anemia, la me-

dicación inyectable conveniente con vitamina C, sin tener en cuenta para ello el criterio de KORBEC, de administrar ácido ascórbico.

Con ello, parecen lograrse beneficios relativamente rápidos, sobre todo en el síntoma dolor, y con su modificación, según la localización de la lesión, las de la evacuación gástrica y, secundariamente a ésta, en la secreción clorhídrica, menos influida de modo directo en sus factores ácidos, que tienden a aumento en calidad y cantidad y el subsiguiente reflejo sobre el organismo en general, con incrementación de nutrición, alza del tono orgánico general, que también influye en la evolución favorable de la lesión, aumento de peso y sensación de bienestar, con cambio de carácter y pérdida del avinagrado, propio de estos enfermos.

En cuanto a la localización anatómica de las lesiones, parecen beneficiarse más las situadas en el antro pilórico, y en éste menos las de curvadura menor; después, las de pared; a continuación, las duodenales; más tarde, las pilóricas, y mucho menos, las de corvaduras, en especial menor. Desde luego, no se modifican en lo más mínimo las callosas y sus complicaciones (perigastritis, periduodenitis, formas estenosantes o con su tendencia, siempre que no sea espasmódica).

Del valor de la desaparición del nicho, como prueba médica de curación, tal vez sustentáramos criterio que pudiera juzgarse excesivamente personal, aun cuando también parece compartirlo ROCHA con sus hallazgos.

Pero, tanto el empleo de los estrógenos naturales como de los sintéticos, desde luego más acusados en los primeros, casi carente de contraindicaciones, parece adolecer de algunos inconvenientes y molestias.

Figura, en primer término, su casi precisa indicación en las lesiones recientes, que no suelen ser las más frecuentes en presentarse a tratamiento en sujetos jóvenes anteriores al climaterio, tanto masculino como femenino, y personas capaces de movilizar sus mecanismos neurohumorales. Mas, por desgracia, al menos los recogidos en nuestro diario vivir, se presentan con mucha mayor frecuencia los enfermos portadores de lesión antigua, casi siempre callosa, poco posible de modificar.

Existente la lesión con mayor frecuencia en el sexo masculino que en el femenino, los posibles inconvenientes que en ésta pudieran presentar los estrógenos quedan muy reducidos por la proporción. Sin embargo, en éste debe vigilarse la producción de hipertrofia quística glandular del endometrio, que acrecienta las reglas, sobre todo en las tendentes a la menorragia, suspendiendo siempre el tratamiento ocho días antes de la fecha aproximada a la presentación de aquéllas.

Señalada por todos los autores la mameleodinia, sensación punzante observada, sobre todo,





# Boldevón



Regulador de la función hepato-biliar por la sinergia colagoga, colerética y espasmolítica de sus componentes: boldo, evonimina, bilis de buey y belladona, en grageas

## Dosis

Una gragea después de cada una de las tres principales comidas, pudiendo doblarse en la de la noche.

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

Laboratorio Quimioterápico del Ebro  
VERGÉS & OLIVERES, S. A.  
TORTOSA

C. S. 8.303



medicación

clásica en el tratamiento  
interno de las dermatosis

«Azufre y Bardana»

justamente reivindicada y  
superada con

## Sulfolapina



## SULFOLAPINA

### COMPOSICIÓN Y FORMA

Comprimidos de azufre sublimado lavado y extracto de raíz de bardana (ââ 0'15 gramos).

### INDICACIONES

Eczemas en general. Linfatismo, escrófula y dermatosis consecutivas. Dermatitis y manifestaciones alérgicas en general. Furunculosis. Acné. Estados luéticos especiales.

### DOSIS

De uno a dos comprimidos (ordinariamente un comprimido), antes o después de cada una de las tres principales comidas.

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO  
VERGÉS & OLIVERES, S. A.  
TORTOSA

Censura Sanitaria N.º 2810





# FLUOTHYMINA

## COMPOSICION:

Fluoroformo. 2,80 { Thymus Vulga..... 50  
Drosera Rotun..... 5

## INDICACIONES:

Coqueluche (tos ferina), tos seca emetizante en los tuberculosos, bronquitis, gripe, asma.

## DOSIFICACION:

NIÑOS: Hasta un año, 5 gotas cada dos horas. De uno a dos años, 12 gotas cada dos horas. De dos a tres años, 25 gotas cada dos horas. Mayores de cuatro años, de 25 a 40 gotas cada dos horas.

ADULTOS: Una cucharadita de las de café cada cuatro, tres o dos horas, según la intensidad de la tos.

Su absoluta inocuidad permite que estas dosis puedan ser ultrapasadas, según la intensidad de la tos y el criterio facultativo.

## PRESENTACION:

En frascos de 50 c. c.

**Laboratorio Dr. Tayá y Dr. Bofill, S. A.**

Barquillo, 32 - MADRID

Comercio, 28 - BARCELONA

# Kombetín

(Estrofantina «Boehringer»)



Por su acción, refuerza las contracciones ventriculares, interrumpiendo el círculo vicioso constituido por la insuficiencia cardíaca, la deficiente irrigación coronaria y la mala nutrición miocardia. El aumento de la mejoría de la energía sistólica producido por el

Kombetín mejora la circulación coronaria y esta a su vez, la nutrición miocardica, con la consiguiente repercusión favorable en la actividad cardíaca.

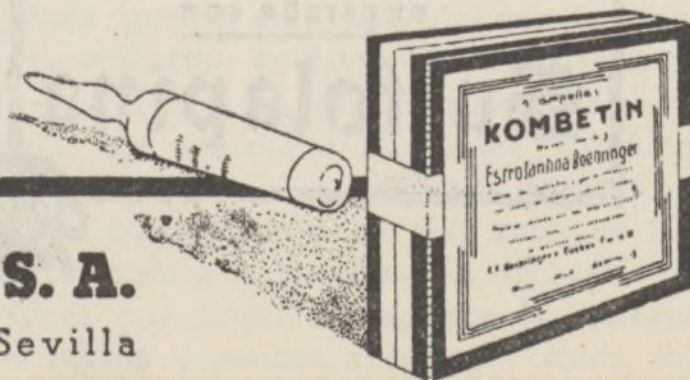
*Máximo beneficio con un mínimo de dosis*

**"BOEHRINGER," S. A.**

Madrid

- BARCELONA

Sevilla





en la mama, pero también difundida a la aréola en ambos sexos, pero más destacada en el masculino, como una de las molestias originadas por el tratamiento hormonal femenino, hasta considerarla como necesaria de provocar si se quiere obtener resultado eficaz, tanto, que las lesiones rebeldes responden a él cuando se intensifican las dosis, originando aquélla, tiene la única ventaja que, en los más de los casos, suele ser unilateral, y por excepción, bilateral; pero es tan molesta en muchas ocasiones, que impide casi la ocupación habitual y los movimientos, en evitación de rozos con la ropa, que tanto la exacerban, y obliga a veces hasta a llevar una especie de vendaje suspensorio protector.

A la mamelodinia, que, desde luego, persiste casi todo el tiempo de la cura, desapareciendo entre el quinto y séptimo días de su cesación, pero continuando en algunos sujetos, suele sumarse con frecuencia ginecomastia, tumefacción muy evidente, en ocasiones bastante considerable, hasta cambiar el aspecto exterior del enfermo, ya que casi siempre es unilateral, y, de ser bilateral, existe marcada diferencia entre ambas mamas. Su persistencia suele ser mayor que la mamelodinia, a la que siempre se asocia, sobre todo en personas jóvenes, produciendo evidentes dificultades para el trabajo; y la preocupación en esto, por su presentación, mayor, debido al narcisismo, las más de las veces larvado, propio de la edad juvenil. La regresión de la ginecomastia no es nunca total, subsistiendo siempre una pequeña diferencia, que en nada molesta.

Al propio tiempo, parece notarse disminución de la libido, más señalada por los jóvenes, que no debe confundirse con la potencia, aun cuando ésta también disminuye algo, quizá más bien por motivos psíquicos. Esto llega a preocupar e inquietar más, por concomitar, en los más de los ulcerosos gástricos con alteraciones psiconeuróticas, por fondo orgánico de tal naturaleza. Por enfermos muy preocupados y pusilánimes se llega a expresar el temor de una posible inversión sexual, al enterarse, al propio tiempo, del empleo de sustancias femeninas, ya que también se modifica la voz, afinándose o atiplándose, estado muy parecido al denominado sosiego eunucoïdal. Pero es temor que debe ser desechado con enérgica persuasión.

También suele ser frecuente la presentación de estados ligeros de excitación general, con reacciones inmotivadas por su violencia a la respuesta; éstas desaparecen con la cesación del tratamiento, son más manifiestas en su comienzo y se presentan a las pocas horas de la inyección.

Estas manifestaciones secundarias, desagradables o molestas, pueden ser modificadas con el empleo simultáneo de productos hormonales masculinos, que, además, producen en ambos sexos favorable influencia sobre el estado general; pero

suelen ser caros, y, con ello, encarecer el tratamiento.

Los resultados observados con su empleo son evidentes; en primer término, con modificación de los dolores espontáneos y menos los provocados, que suele ser temprana, aun cuando no tan inmediata cual aseguran algunos autores. Esta modificación llega hasta la total desaparición en los más de los casos de la espontánea, con impresión subjetiva de curación; pero persistiendo mayor tiempo el dolor a la presión, sobre todo en presencia de fenómenos flogísticos periviscerales; mas, en cambio, perduran las molestias determinadas por la hiperacidez gástrica en forma de ardores, sialorrea y sensaciones de pesadez e inflazón difusas en epigastrio, molestan el uso de prendas ceñidas.

De acuerdo con otros autores, hemos observado reiteración de molestias o recaídas, todas ellas dentro del año de establecido el tratamiento. Y con la reiteración de éste, algunos se modificaron sólo con mayor severidad en el régimen alimenticio descuidado, tomas de alcalinos cuando precisaron y cura local aislante. Recaídas quizá erróneamente interpretadas como los fracasos, estimados de verdadero síndrome hipertesticular.

Pero los mayores riesgos en el empleo de las hormonas sexuales femeninas no suelen ser los anteriores aparatosos, sino, por el contrario, otros menos perceptibles de momento, pero de mayor peligro. Ha sido señalado y comprobado por C. LAMKE su efecto estimulante sobre el crecimiento de los órganos genitales masculinos accesorios (determinada porción prostática, vesículas seminales, glándulas de Cowper) en los animales (ratón, rata, perro, mono), por lo que existe el temor de que pudiera producir algunas veces en los viejos hipertrofia prostática, sobre todo en los casos incipientes de esta alteración o eunucoïdismo, que desaparece espontáneamente al cesar el tratamiento.

El máximo pudiera radicar en la posible producción de fenómenos celulares mitóticos atípicos, con formación de tumoraciones malignas de gran gravedad, sospecha que, afortunadamente hasta ahora, no parece haberse confirmado.

En cuanto al peligro de producción de abortos en las mujeres embarazadas, que ha sido rebatido por PORTES y VERANGOT, conviene, además, recordar la escasa frecuencia con que suelen concomitar gestación y úlcera gástrica recientes, y aun la posibilidad de emplear en estos casos otras medicaciones no sospechosas.

Estimamos que la vasodilatación determinada por las estronas, de ser inmediata a la hemorragia, puede constituir riesgo por su posible reiteración, sumándonos a uno de los grupos en que se han dividido las opiniones; pues en tanto que unos autores señalan graves accidentes en estos casos, otros aseguran haber realizado con



éxito la terapia hormonal en úlceras sangrantes.

Tal vez cupiera pensar su adecuada indicación casi específica en las lesiones gastroduodenales que padecen personas voluntariamente célibes (sacerdotes, miembros de Ordenes religiosas); pero las molestias secundarias presentadas han sido bien manifestas, y en ocasiones, y precisamente por su estado, les han llegado a preocupar más.

Para considerar curada una lesión gastroduodenal precisa la observación reiterada durante muchos años, y más aceptado el concepto de enfermedad ulcerosa. Por eso, tal vez los autores españoles se muestran más escépticos en cuanto

a posibles curaciones, pidiendo tiempo al tiempo (GONZÁLEZ GALVÁN, ROCHA), sin ser maravillosos los resultados logrados (ALVAREZ UDE); este criterio lo compartimos de modo absoluto. De haber sido aquéllos tan evidentes, que algunos no lo consiguieron (CARRO), la terapéutica hormonal femenina hubiese alcanzado mayor difusión y, posiblemente, su unánime adopción; ante sus riesgos, hipotéticos si se quiere, y molestias comprobadas, parecería preferible recurrir a otras parenterales, quizá más lentas en la producción de beneficios, pero, desde luego, menos peligrosas, aun cuando los riesgos mayores parecieran muy remotos.

## Divulgaciones nacionales

### TRATAMIENTO CRENOTERÁPICO DE LAS ARTROSIS (1)

por el

Doctor E. CONDE GARGOLLO

Médico-director del Balneario de Betelu (Navarra).

Estimo que toda intervención, comunicación o trabajo que procure aclarar o mejorar un juicio interpretativo clínico o terapéutico debemos plantearlo.

Este es el caso de esta breve nota a la Sociedad Española de Hidrología Médica; sé que nada nuevo voy a deciros; pero por ser el problema de los enfermos articulares tan frecuente en la práctica médica de toda dirección balnearia, y el haberse planteado aquí durante el curso actual varias intervenciones con motivo de la comunicación presentada por el doctor MORENO, sobre «Balneoterapia en los procesos agudos infantiles», que sirvió de base para plantear en general la acción crenoterápica en las artritis reumatoideas y poliartritis más o menos agudas, y como se pidió la aportación de criterios y datos, me interesa traer hoy esta pequeña comunicación para aclarar datos clínicos que ayuden a establecer un mejor diagnóstico y un tratamiento crenoterápico más eficaz.

Sabemos que en patología reumática, como en la renal, etc., y en general en todos los demás grupos, es peligroso delimitar las lesiones inflamatorias (aquí artritis) de los progresos evolutivos de tipo degenerativo (aquí artrosis), ya que en un gran número de casos ocurre que ciertas artrosis deformantes llamadas primitivas, en un fino análisis objetivo, podemos considerarlas como

fases finales de una artritis corriente de evolución escasa y solapada, que pasa inadvertida a la crítica del propio paciente.

Fueron los patólogos alemanes los que emplearon la palabra *artrosis* en contraposición con las artritis; artrosis, equivalente a proceso osteoarticular de tipo degenerativo, frente a la artritis, de naturaleza infecciosa e inflamatoria.

En el año 1931 se acuerda una sola nomenclatura clasificadora de las artropatías por los autores de las escuelas alemana y francesa. Sin embargo, los ingleses, y principalmente RICHARDSON, clasifican las artrosis con los términos de artritis degenerativa, y las artritis reumáticas, en artritis reumatoideas.

Pero, en fin, no es lugar en esta comunicación plantear una crítica a las nomenclaturas adoptadas y en vigor. Sobre las clasificaciones hay que evitar aquello que pueda ser artificioso y complicado en el sentido biológico y clínico. Sobre este punto nos parece acertado el fino juicio de MARAÑÓN cuando dice que puede ser un error toda clasificación de los reumatismos que no se base en un criterio etiológico.

Pero como sabemos muy bien, existe un contraste—en la mayoría de los enfermos—en el aspecto clínico-anatómico y patológico, radiológico y hemático, que no conviene olvidar, sino, por el contrario, tener muy presente cuando estemos en la Dirección del balneario ante todo *enfermo articular*, y de este modo precisar mejor la cura balnearia.

(1) Comunicación leída en la Sociedad Española de Hidrología Médica el día 11 de mayo de 1946.



## DATOS CLÍNICOS DIFERENCIALES ENTRE LOS ENFERMOS PORTADORES DE ARTRITIS Y ARTROSIS

Es interesante siempre definir bien la etiopatogenia de la artritis y de la artrosis.

Las artritis tienen un comienzo casi siempre brusco, con fiebre; surgen en edades comprendidas entre los veinticinco y cuarenta años; son más frecuentes en la mujer, y tienen una distribución que podemos llamar simétrica.

Estos caracteres clínicos, que corresponden, como decimos, a las artritis, sólo nos interesa conocerlos para diferenciarlos de las llamadas artrosis, motivo de esta comunicación y objeto fundamental de nuestra terapéutica en el balneario.

Se nos presentan estos enfermos en la práctica médica, oficial o privada, con molestias subjetivas u. objetivas de curso insidioso y casi siempre apirético; si el enfermo plantea un cuadro febril ligero, en forma de febrícula, podemos asegurar sin temor a error que no es una pura artrosis; es posible que el enfermo sea portador de un foco oculto. Esto puede ocurrir con frecuencia ya que por presentarse las artrosis en casi su totalidad en edades por encima de los cuarenta años, en la época de la vida más propicia a los focos ocultos que producen febrícula (boca, aparato digestivo, principalmente vesícula biliar; procesos genitales anaxiales, prostatitis, etc.); otras veces son febrículas de origen neuroendocrino de la crisis climática que acompaña a los reumatismos endógenos, donde al mismo tiempo se pueden valorar disociaciones diencefálicovegetativas y disfunción hormonal; entonces es cuando nosotros podemos dudar en nuestro juicio clínico y no nos atrevemos a poner la etiqueta de artrosis a nuestro enfermo, porque creemos hallarnos ante un cuadro de artritis mixta infecciosa degenerativa.

Pero podemos fácilmente aclarar la duda con poco que nos fijemos y analicemos al enfermo, y, en último extremo, la interpretación radiológica y hemática del paciente soluciona el problema, como veremos un poco después.

Las artritis sabemos que son más frecuentes en la mujer, y las artrosis no ofrecen preferencia; aproximadamente se presentan en ambos sexos. Aquí podemos decir que el factor constitucional de los biotipos infantiles hipoplásicos y asténicos favorecen el reumatismo infeccioso poliarticular agudo; en esencia, las artritis. Por esta razón el biotipo de la mujer, más frágil, y la edad, siempre más precoz, son elementos que influyen destacadamente en la etiopatogenia.

Todos tenemos ocasión de repasar estadísticas de enfermos articulares en la práctica balnearia, y observaremos que sin género de duda los procesos de artrosis, en su mayoría, son padecidos por pacientes de uno y otro sexos, con biotipos la mayoría de ellos braditrofos, pícnicos, y en edades superiores a los cuarenta años. Yo, en este

sentido, puedo aportar los siguientes datos, obtenidos en la temporada anterior.

En 254 pacientes varones, hemos observado:

	Casos
Reumatismo articular endógeno de tipo artrosis.....	14
Diátesis uricémica con manifestaciones localizadas de artrosis .....	12
Obesidades con clínica articular.....	46

En total 72 pacientes, o sea el 28,38 por 100 de los diagnósticos planteados, coincidiendo con edades que comienzan a los cuarenta años en adelante y que representan el 85,07 por 100 del total.

En 152 pacientes hembras, hemos observado:

	Casos
Reumatismo articular endógeno de tipo artrosis.....	9
Diátesis uricémica con manifestaciones localizadas de artrosis .....	9
Obesidades con clínica articular.....	32

En total 43 pacientes, o sea el 28,28 por 100 de los diagnósticos establecidos, coincidiendo con edades que también comienzan a los cuarenta años en adelante y que representan el 78,26 por 100 del total.

Vemos, pues, que el dato clínico de la edad se justifica razonadamente con las artrosis.

Otro dato clínico es la asimetría de su presentación contra la simetría de las artritis reumatoideas infecciosas. Esto en cuanto a los datos de orden clínico; para su diagnóstico diferencial anatemopatológico entre las artritis y las artrosis, tenemos dos elementos de gran ayuda en la exploración de los enfermos: el primero, el movimiento articular; el segundo, la atrofia muscular. Sabemos que el movimiento articular queda pronto limitado en las artritis, a diferencia con los procesos de artrosis, que conservan sus movimientos un tiempo casi indefinido; al mismo tiempo, las características atrofas musculares se marcan muy precozmente en las artritis, a diferencia con las artrosis, que conservan, en general, bien los grupos musculares, o bien sólo al final del proceso se inician pequeñas atrofas.

Nos interesa profundizar algo más sobre la etiopatogenia de las artrosis. Sabemos que existe localmente una deficiente circulación nutricia ósteo-articular por alteración anatómica o funcional, o bien una sobrecarga funcional, con el subsiguiente desgaste de las epífisis articulares y sus cartílagos, sin que a este desgaste le siga la acción reparadora fisiológica.

Por esta razón, y partiendo de la base de que existe un déficit circulatorio articular que es debido a causas generales y locales, vamos a estudiar brevemente estas concausas, que justifican un diagnóstico fácil y, a su vez, seguro. Este déficit circulatorio articular está muchas veces en relación con la involución senil vascular de arterias y venas.



Otras veces observaremos las artrosis en relación con discrasias y modificaciones humorales, tales como el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas, o secuelas de infecciones generales o locales; juega un gran papel la sífilis, por su acción agresiva vascular en sus túnicas, produciendo, como sabemos, una esclerosis que forzosamente disminuye la cuantía del material nutricio osteoarticular.

Entre las otras causas que actúan como sobrecarga que producen las artrosis, debemos no olvidar las siguientes: obesidad, profesiones y oficios, los traumatismos y, muy especialmente, los microtraumatismos, que muchas veces pasan inadvertidos al sujeto.

Existen, por último, dos puntos que nosotros hemos citado al comienzo y que debemos utilizar para valorar el diagnóstico; son: la exploración radiológica y los datos hematológicos. Escollo que encontramos en la práctica balnearia, el primero de difícil solución. Justo es reconocer que un auxiliar tan valioso, como la pantalla radioscópica, no debería faltar en ningún balneario.

Sabemos que todo enfermo con artrosis presenta osteofitos y tiende, a su vez, a la reducción de la interlínea e hipertrofia de la epífisis, a diferencia de los procesos agudos inflamatorios infecciosos, que son más precoces y presentan normalidad de las partes duras y decalcificación de epífisis en las artritis.

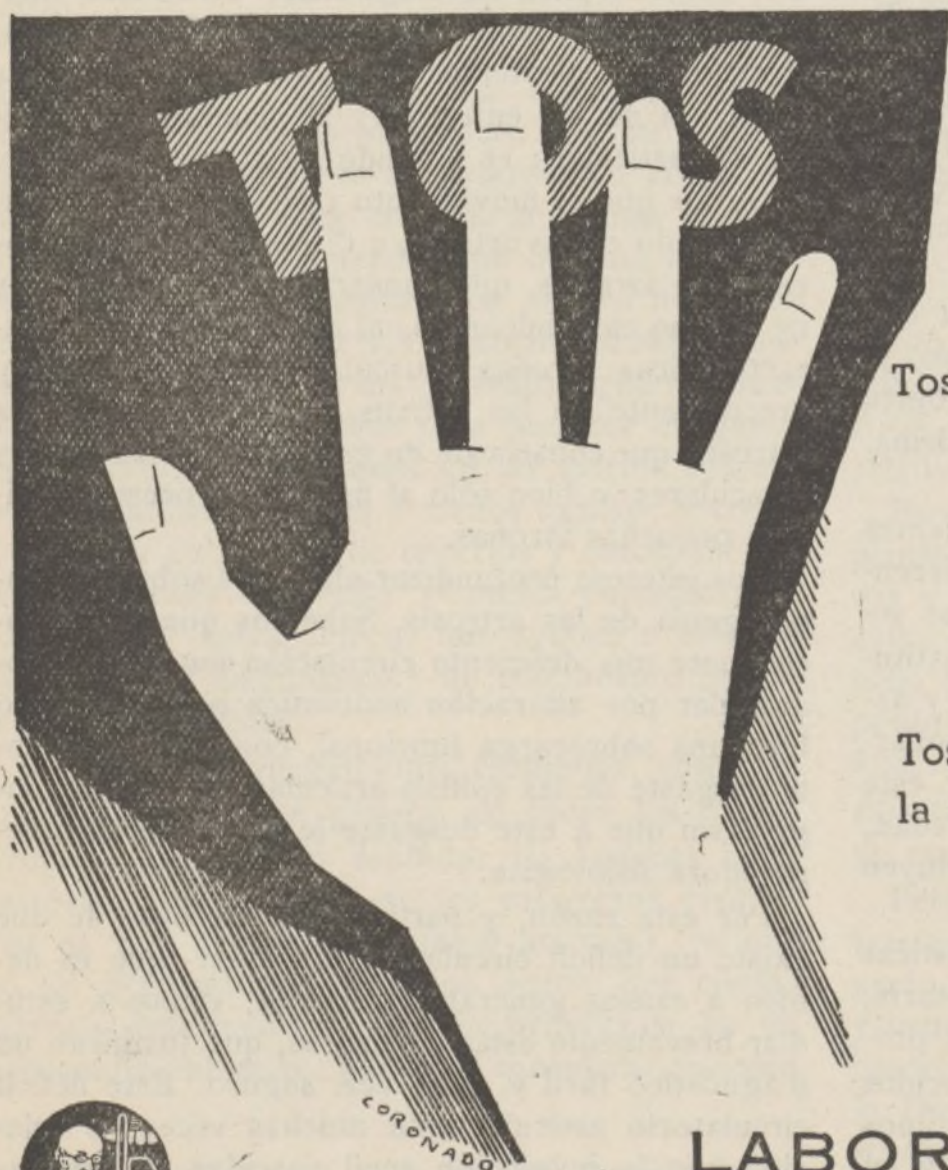
Un examen, por último, hematológico acabará por aclarar cualquier duda o perplejidad de diagnóstico diferencial; en este punto estoy de acuerdo con el doctor HERNÁNDEZ, cuando nos hablaba en su interesante comunicación de la ayuda tan eficaz y necesaria de un pequeño laboratorio en el balneario.

Sabemos que la velocidad de sedimentación globular, el recuento globular y el hemograma son indispensables para establecer un buen diagnóstico. Las artrosis cursan con velocidad de sedimentación normal, recuento y fórmula leucocitaria normales, a diferencia de una velocidad de sedimentación acelerada, anemia, leucocitosis con linfomonocitosis que presentan las artritis.

Dejamos al margen otras pruebas más finas, como la uricemia y la colesterinemia, que precisan aparatos de colorimetría y fotolorimetría, con técnicas difíciles de plantear en el balneario.

Y pasemos, por último, al tratamiento de las artrosis. Nada voy a decir sobre el tratamiento farmacológico general de orden químico y opoterápico o del tratamiento local, hoy más de actualidad, empleando fármacos, tales como la novocaína, acetilcolina, carbamiloilcolina (doryl), histamina, etc., etc.; sólo me ocuparé de la terapéutica por la cura balnearia.

Como hemos dicho antes, existe una deficiente circulación de los vasos nutricios, de los cuales



Tos aguda y espasmódica

**Jarabe Robert** (con Efedrina y Codeína)

Tos crónica, con acción tónico-balsámica

**Bronquiaséptico Robert**

ELIXIR

Tos de todos los tipos y para reforzar la acción de los preparados anteriores

**Bronquiaséptico Robert**

INYECTABLE

**LABORATORIOS ROBERT**

Maldonado, 9. - MADRID

Valencia, 314. - BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid



depende el curso clínico de la artrosis; por consecuencia, la acción termal general o local, favoreciendo la circulación cutánea y los reflejos cutáneoviscerales, al actuar sobre la superficie de la piel en un sentido vasodilatador y, por consiguiente, derivativa en aquellas zonas donde existe congestión activa o pasiva.

En el orden general de la fisiología del enfermo, se facilita el trabajo del miocardio, y, por lo

tanto, de toda la circulación; aumentan la diuresis y la transpiración cutánea.

Desde el punto de vista local de la artrosis, es útil, entre varias razones, por el factor térmico, al aumentar la vasodilatación periférica, mejorando la circulación local y capilar a nivel de las artropatías, y favoreciendo la reabsorción de los procesos inflamatorios crónicos, al mismo tiempo que calma el dolor.

## Divulgaciones del exterior

### EL JUBILEO CIENTÍFICO DEL PROFESOR VINCENT <sup>(1)</sup>

por el

Doctor RENE SUDRE

El Servicio de Sanidad del Ejército francés no comprende solamente médicos agregados a los regimientos y a los hospitales militares, sino también hombres de laboratorio que se dedican a resolver problemas especiales y que hacen descubrimientos lo mismo que los médicos civiles. Y algunos de estos descubrimientos son de primer orden y de interés general. Así, MAILLOT introdujo el uso de la quinina contra el paludismo, en tanto que otro médico militar, LAVERAN, descubría el agente de esta infección. VILLEMÍN reveló la naturaleza contagiosa de la tuberculosis. VAILLARD creó, con ROUSS, la seroterapia contra el tétano. VINCENT, en fin, se ha dedicado a la fiebre tifoidea y a las infecciones tíficas. En una magnífica serie de trabajos iniciados al final del siglo XIX y que duran todavía, ese gran sabio ha aportado a la Medicina general una contribución considerable, que le ha valido una cátedra en el Colegio de Francia y dos sillones, uno en la Academia de Medicina y otro en la Academia de Ciencias. Ha sido, además, médico inspector general del Ejército.

Es por esto que su jubileo científico, que se ha celebrado últimamente en el Hospital Militar de Val-de-Grâce, ha revestido una solemnidad excepcional. El ministro de los Ejércitos le citó en la orden del día de la nación. Los presidentes de las Academias de Ciencias y de Medicina, el director de Sanidad, sus discípulos y sus compañeros médicos le rindieron homenaje científico. Un busto y una sala-museo consagrados a su obra perpetuarán su recuerdo entre las venideras generaciones de médicos militares que completan sus estudios en el Val-de-Grâce.

La vida de JACINTO VINCENT es un ejemplo de alta virtud. A los ochenta y tres años va todos los días al laboratorio donde durante medio siglo ha

realizado tantos y tan extraordinarios trabajos. Los últimos han sido comunicados a la Academia de Ciencias hace apenas tres años, y se hubieran proseguido más activamente si la ocupación y la crisis actual del equipo científico no los hubiesen entorpecido. Para mantener ese ardiente y fecundo entusiasmo por la investigación, los profesores del Colegio de Francia decidieron, en 1925—cuando por su edad le correspondía retirarse del Ejército—ofrecerle una cátedra de Epidemiología. Para los sabios de ese temple no debe existir la jubilación.

\* \* \*

Comenzó esa carrera tan brillante, en 1892, con un descubrimiento de gran importancia: la naturaleza de la angina ulcerosa, llamada hoy angina de Vincent. Demostró que era debida a la fusión de dos microbios del bacilo en uso y un bacilo nuevo en espiral, un spirocheta como el de la sífilis. VINCENT era entonces médico mayor en Argel, donde lo ilustró su colega LAVERAN. Allí fué donde comenzó a ocuparse de la fiebre tifoidea, que era el terror de los ejércitos. EBERTH había descubierto el microbio de esta infección. Se trataba de utilizarle para hacer una vacuna a la manera de PASTEUR, es decir, atenuando su virulencia. CHANTEMESSE y VIDAL, desde el año 1888, habían demostrado que se podía preservar al conejo de la fiebre tifoidea inyectándole cultivos de bacilos muertos por un calor moderado (53°). Este sistema fué aplicado en gran escala en el Ejército de las Indias y también en Inglaterra, por medio de una vacuna análoga preparada por WRIGHT y LEISHMAN. Los resultados fueron alentadores, porque hubo tres veces menos enfermos y cuatro veces menos muertos en los vacunados que en los no vacunados. Sin embargo, la eficacia no era perfecta, puesto que los vacunados que se contagiaban del mal acusaban

(1) Artículo inédito y en exclusiva para SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA.



una mortalidad superior a la de los no vacunados.

VINCENT demostró que ese defecto no radicaba en el sistema de vacunación con microbios muertos, sino en el modo de preparar la vacuna. La técnica preconizada por él fué mucho más eficaz. Tomó cultivos de bacilos de Eberth, viejos, de veinticuatro horas, los emulsionó con sal marina y los agitó con éter. A las veinticuatro horas quitaba el éter por medio del vacío, y ponía la vacuna en ampollas. Una grave epidemia que surgió en las tropas marroquíes en 1911 dió ocasión de experimentar la nueva vacuna y constatar su éxito. Se puede decir que no hubo casi ningún enfermo entre los vacunados.

De tal manera se convencieron los Poderes públicos de que el peligro de la fiebre tifoidea estaba, desde luego, conjurado, que, por una ley de 28 de marzo de 1914, se estableció la vacuna obligatoria en el ejército. Desde el comienzo de la gran guerra esta ley apenas se aplicaba. Entonces se declararon gravísimas epidemias de tifus en nuestras tropas, extenuadas a causa de los primeros reveses. El mando tomó medidas enérgicas. Impuso la vacuna a todos los combatientes. Ningún soldado iba a las trincheras sin ser vacunado.

Sin embargo, todavía había enfermos; a decir verdad, no de tifus puro causado por el bacilo de Eberth, sino «estados paratíficos», debidos a dos bacilos diferentes que producían afecciones semejantes. VINCENT se apresuró a combatir a esos microbios, que se denominaron A y B. Preparó una vacuna mixta, conteniendo mitad de bacilos de Eberth y mitad de bacilos A y B en igual proporción, muertos por el éter. Es esa vacuna llamada T. A. B. que se empleó en lo sucesivo en los ejércitos y con la que pronto fueron dominadas las epidemias tíficas. En los últimos años de la guerra, la mortalidad era casi nula. Por esta razón, el mariscal Joffre proclamó que la vacuna de Vincent había sido uno de los factores de la victoria.

\* \* \*

Desde el punto de vista teórico, el estudio de la fiebre tifoidea estaba lejos de ser completo. Se había notado que el bacilo específico está presente en la sangre en el período de incubación y durante la primera semana de la dolencia. Luego desaparece, en el momento en que los síntomas llegan a ser alarmantes. Se observan entonces, por una parte, perturbaciones graves en el intestino y en la circulación sanguínea, y, por otra, perturbaciones nerviosas: pasmo, delirio, agitación motriz. VINCENT se consagró a demostrar que esos fenómenos no podían ser atribuidos más que a las toxinas secretadas por el microbio an-

tes de la destrucción de su cultivo. Ya había estudiado esas toxinas en el bacilo del intestino, el *coli*, y había descubierto que tenían una doble naturaleza. Una era «neurotrope», es decir, que operaba en el sistema nervioso, particularmente en el cerebro y en la medula; la otra era «enterotrope», y se fijaba en las vísceras abdominales.

WIDAL había negado la existencia de los venenos tíficos. VINCENT hizo ver que eran dobles como el *coli*. El veneno nervioso era muy frágil, y por eso había pasado inadvertido. El veneno intestinal era más resistente; se fijaba, preferentemente, sobre las cápsulas suprarrenales, y, como en la difteria, era a la toxina y no al microbio mismo a quien se debían los síntomas más usuales de la tifoidea. La muerte se producía por la lesión de las glándulas suprarrenales.

Este descubrimiento, que VINCENT comunicó a la Academia de Ciencias en 1913, fué confirmado por experiencias que demostraban los efectos independientes de las dos toxinas sobre cobaya. Daba resultados clínicos bastantes importantes, explicando por qué los sueros preparados con caballos inmunes no habían dado jamás resultados satisfactorios, a pesar de la autoridad de CHANTEMESSE, que se destacó en esta clase de estudios. Esos sueros no tenían más objeto que destruir el microbio, cuando lo que hacía falta era neutralizar sus venenos solubles. VINCENT demostró que no protegían en absoluto al cobaya contra débiles inyecciones de las dos toxinas. Para preparar un suero eficaz hace falta, por consiguiente, inmunizar al caballo, no solamente contra ese microbio, sino, además, contra sus secreciones, en particular contra la toxina neurotrope.

Con los precarios recursos de caballos de que disponía bajo la ocupación, VINCENT trató de preparar un suero que reuniera esas condiciones fisiológicas. Tuvo un gran éxito, puesto que un grupo de 17 cobayas inoculados con dosis excepcionalmente fuertes de microbios y de toxinas y a punto de morir, se salvó con una cantidad insignificante de su suero. «La evolución que la fiebre tifoidea causa al hombre—escribía VINCENT en su informe a la Academia—, aun en sus formas más graves, es mucho más prolongada. No podrá ser, evidentemente, comparada con la infección experimental a marcha casi fulminante que presenta en el cobaya.» De hecho, los experimentos llevados a cabo en el hombre han tenido el mejor éxito. Se tiene, pues, ahora un medio de curación en los casos en que la vacuna no se hubiera hecho o fuese inoperable. Así, gracias a este gran biólogo militar, se puede decir que la Humanidad ha visto desaparecer una de sus plagas microbianas.



# Academias y Sociedades científicas

## Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina de Madrid

Profesor: J. Botella Llusá

Curso de 1946

Sesión octava

### «FUNDAMENTOS DE LA RADIOLOGÍA OBSTÉTRICA»

*Doctor Bedoya.*—Algunos diagnósticos no requieren métodos espaciales; así, el diagnóstico del embarazo avanzado, de la presentación y posición, embarazo gemelar, mecánica del parto, malformaciones fetales, etc. Hay varios signos radiológicos de muerte fetal, siendo de ellos el más constante el acabalgamiento de los parietales.

Para la demostración de la localización placentaria, además de la radiografía simple con rayos blandos, se emplea la inyección de medios opacos en la vejiga para el diagnóstico de la placenta previa, y también la inyección de aire en la vejiga o en el recto.

Por inyección de medios de contraste en la cavidad uterina, se hace el diagnóstico precoz del embarazo, método que tiene el peligro de provocación del aborto.

Requieren métodos especiales la pelvimetría y fetometría; las imágenes sufren dos distorsiones, de divergencia y de oblicuidad, que dificultan la medida. Hay procedimientos de medición que tienen en cuenta estas distorsiones, y también por comparación con la distorsión sufrida por un objeto de dimensiones conocidas y colocado en la misma posición que el diámetro a medir.

Los métodos más exactos son los que se fundan en el desplazamiento que sufren las imágenes cuando se desplaza el tubo y se hacen dos radiografías sucesivas (paralaje). La medición se puede hacer por cálculo geométrico, por construcción geométrica, por coordenadas cartesianas, o también midiendo la imagen virtual en el estereoscopio.

La fotometría se funda en los mismos principios, y mediante ella se pueden obtener medidas que sirven para conocer la edad fetal.

### «EL SÍNDROME DE HIPERESTRONISMO» (Conferencia.)

*Doctor Botella Llusá.*—Llamamos hiperestronismo a un síndrome patológico debido al exceso de hormonas estrógenas. No es un síndrome exclusivamente ovárico, ya que los estrógenos pueden originarse fuera de este órgano y en otras ocasiones el hiperestronismo se debe a falta de destrucción. Tampoco es un síndrome exclusivamente femenino, pues a veces se encuentra en varones.

Se ocupa a continuación de la circulación, metabolización e inactivación de los estrógenos, viéndose, sobre todo, la acción del hígado. Cuando existe una insuficiencia hepática los estrógenos se acumulan en la sangre y producen hiperestronismo.

En síndromes suprarrenales se ha encontrado también en algunas ocasiones hiperestronismo, lo cual nos obliga a reconocer un síndrome de hiperestronismo cortical. Por último, también existe en el embarazo un síndrome de hiperestronismo de origen placentario.

El hiperestronismo experimental, estudiado sobre todo en roedores, demuestra una serie de alteraciones que sirven de substracto a modificaciones clínicas en la mujer. Sin embargo, es dudoso que pueda obtenerse un verdadero carcinoma.

A continuación pasa revista a las diferentes formas de ovario productores de hiperestronismo y a la patogenia de estos cambios.

Por último, analiza las formas clínicas, tanto en el varón como en la mujer, y en ésta, a su vez, dentro y fuera del embarazo. Finalmente, se examina el papel de los estrógenos en el desarrollo del mioma, de la endometriosis y del carcinoma.

### Sesión novena

### «ESTUDIO DE LAS ANEMIAS GRAVÍDICAS Y SU TRATAMIENTO POR EL HIERRO»

*Doctores Montoya y Pereira.*

(Leído por el doctor Pereira.)

Las anemias del embarazo son de muy diferente etiología. En primer lugar, existe la anemia falsa o pseudoanemia originada por la plétora hídrica. En segundo lugar, el grupo de las anemias hipocrómicas por falta exógena o endógena de hierro. Hay también anemias normocromas por hemorragia, y, finalmente, anemias hiperterómicas, casi nunca verdaderamente perniciosas, sino perniciosoides. Las más importantes y frecuentes son las que se producen por falta de hierro. Para estudiar bien la sangre de la embarazada, no nos podemos conformar con el estudio de la sangre periférica, sino que ha de hacerse en la sangre central tomada por punción esternal. Con este medio, estudian catorce casos de anemias hipocromas en el embarazo. Estos casos son luego tratados con hierro, y seguido el curso del tratamiento con mielogramas seriados. La adición de ciertas vitaminas (B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> y C) y de proteínas específicas es fundamental para la obtención de resultados satisfactorios.

*Doctor Cano.*—Como comentario al trabajo, se añaden dos casos tratados con hierro (ferrotriptojanol) en enfermas con infecciones anxiales,



mejorando el recuento globular y el valor. Debiendo tratarse las enfermas de procesos inflamatorios con hierro, además del tratamiento típico, puesto que mejora el estado general y la cantidad de glóbulos rojos.

*Doctor Iglesias.*—Se pregunta el porqué en el caso de anemia hipercrómica, cuya fórmula era un millón de hematíes y con un valor globular de 1,54 después de una transfusión de 300 c. c. y del tratamiento durante pocos días de Fe y Bi, más extractos hepáticos, mejoró en tal forma el valor globular, que se hizo casi normal, de 0,84. ¿No sería una anemia hipercrómica pseudoperniciosa? ¿Sería una anemia pernicioide benigna? Ya que todos sabemos que las anemias perniciosas tales ceden tardíamente al tratamiento y la transfusión de sangre sólo momentáneamente, ya que lo que falta son los dos factores, extrínseco e intrínseco.

Convendría poder recoger nuevos casos de anemias hipercrómicas y observar el resultado con el tratamiento.

*Doctor Botella.*—Las formas de anemia más frecuentemente observables en el embarazo son las anemias carenciales. Esta carencia no supone una anemia microcitaria hipocrómica, sino que puede ser también hipercrómica, normo o macrocítica.

La forma más común es la anemia ferropénica, que no supone un aporte deficitario en la dieta de un modo constante, pues puede ser debida a un aumento de consumo de hierro y también a una defectuosa absorción. Lo mismo sucede en el caso de carencias proteicas, en las que hay una anemia hipocrómica igual que en la ferropenia. Por último, en otras carencias (factor B) hay una anemia hipercrómica por falta de factor extrínseco.

## Consultorio Médico Quirúrgico

Nuestro propio convencimiento y la reiterada invitación que se nos ha hecho por gran número de lectores y colaboradores, nos ha decidido a abrir desde el día de hoy en las columnas de nuestra Revista esta nueva sección dedicada a Consultorio Médico Quirúrgico.

Cuantos médicos españoles lo deseen podrán dirigirse a la Redacción de EL SIGLO MEDICO-SEMANA MEDICA ESPAÑOLA, sometiendo a su juicio las consultas de temas médico-quirúrgicos, clínicos y de investigación sobre los cuales les interese aclaraciones o consejos.

Igualmente podrán dirigirse a nosotros con aquellas sugerencias que estimen de actualidad y conveniencia acerca de publicación de trabajos sobre temas científicos-médicos y quirúrgicos, consulta de obras para estudios

que estén realizando e indicaciones bibliográficas pertinentes a sujetos de su interés en el momento.

No figura en esta sección ningún tema de índole profesional o polémico, debiéndose limitar las consultas a temas exclusivamente científicos.

La Dirección de la Revista someterá las consultas que reciba a estudio de sus colaboradores, según la índole del problema que se somete a su juicio, y contestará a la consulta en estas columnas, dirigiéndose al interesado en ellas.

Cuando la Dirección lo estime oportuno publicará la consulta que se le haga solicitando de los lectores la contestación por si a alguno o algunos de ellos interesase contestar especialmente.



# BETABION

Vitamina B<sub>1</sub>

**Acreditadísimo en la terapéutica y profilaxis**

Tabletas de 3 mg. — Ampollas de 5 mg.

«Fuerte»: Ampollas de 25 mg. — «Fortísimo»: Ampollas de 100 mg.

*E. Merck*

C. S. 1100. 110



# BIBLIOGRAFÍAS

*Dermatología rural (afecciones cutáneas profesionales de los trabajadores del campo)*, por el doctor Javier M. Tomé Bona.

En época de aciertos de la Dirección General de Sanidad, la Sección de Propaganda de este organismo ha tenido la feliz iniciativa de publicar unos folletos para médicos, en los que se propagan importantes temas de carácter sanitario. El de aparición más reciente, con el título que queda señalado, ha de ser, sin ningún género de duda, uno de los que más destaquen por su utilidad, debida a la frecuencia de dermatosis de este origen, la escasez de bibliografía al alcance del no especializado, la competencia y claridad de exposición del autor.

El doctor BRAVO SANFELIÚ, que, con señalado acierto, dirige esta Sección de Propaganda, por su cualidad de dermatólogo, conoce perfectamente a todos los compañeros de especialidad, y al decidir, afortunadamente, que uno de los folletos versase sobre este tema, no pudo tener la menor duda al pensar a quién podía confiarse. Sólo el doctor TOMÉ BONA merecía esta designación. Joven aún, lleva ya lustros dedicándose con perseverancia, tenacidad e inteligencia a esta rama de la Dermatología sanitaria, en la que le auguramos continuarán ininterrumpidamente los éxitos que bien mercedamente viene cosechando desde hace unos cuantos años; primero el conseguido en Budapest, en el IX Congreso Internacional de Dermatología, con su comunicación sobre los eczemas debidos al cemento; en 1943, con la *Dermatología del trabajo*, prologada por el profesor FERNÁNDEZ DE LA P. RTILLA (q. e. p. d.), quien, con toda ecuanimidad y máxima autoridad resalta las condiciones particulares del doctor TOMÉ BONA y de tan importante monografía; en 1944 se le nombra jefe del Servicio de Dermatología de la Clínica del Trabajo, de la C. N. S. A. T. del Instituto Nacional de Previsión, en donde intensifica su ya considerable labor, dejando en el *Boletín de Información* del Instituto buenas pruebas de ello; recientemente se le nombra ponente oficial del Primer Congreso Hispanoportugués de Dermatología, celebrado en Valencia en mayo del año actual, y con su cuidada ponencia sobre «Dermatología profesional», logra se reconozca oficialmente la señalada importancia de esta parte de la patología cutánea.

En el folleto que comentamos, el doctor TOMÉ BONA, después de señalar la importancia del tema, sobre todo en un país como en el nuestro, en el que la agricultura y las labores del campo son la base de la economía; con una orientación etiológica clasifica los agentes determinantes en fisi-

cos, químicos, vegetales, infecciosos y parasitarios. Después de describir cada una de las dermatosis ocasionadas por estas diversas acciones con abundantísima bibliografía nacional y extranjera, se detiene en la exposición de algunas afecciones típicas de determinadas profesiones, a las que mercedamente, en atención a sus especiales cuadros clínicos, concede un marcado interés; tiene un capítulo sobre dermatosis de los trabajadores de la madera y otros dos sobre las padecidas por los cultivadores del arroz y del sorgo.

Todo ello, magníficamente ponderado, denota la sobra de conocimientos del que hace años dedica particular atención a un problema sobre el que escribió ya repetidas veces y sabemos está a punto de terminar una importante obra. Pero, además, se hace ágil y airoso, porque como todos los médicos saben, JAVIER MARÍA TOMÉ BONA, además de competente dermatólogo, es conocido y destacado entre los publicistas y escritores médicos.

Al leer de un tirón este folleto, nos satisface conocer la extraordinaria difusión que tienen todos los de esta colección, y estamos completamente seguros de que será detenidamente leído por todos aquellos compañeros que ejercen en el medio rural. Siempre hemos sentido especial devoción por estos compañeros, a los que corresponde la parte más difícil e importante de la Sanidad nacional. Este folleto completará, sin ninguna duda, los conocimientos tan variados de aquellos competentes y queridos camaradas, y le consideramos por ello de inestimable utilidad.

Doctor Contreras Dueñas.

*Cáncer del recto. Su tratamiento con la roentgen-terapia de Chaoul.* Con un apéndice sobre terapéutica de los tumores benignos del recto, por el doctor Emilio Larrú, radiólogo jefe del Hospital Central de la Cruz Roja Española. Prólogo del profesor León Cardenal. Un volumen de 280 páginas en 4.º, con numerosos grabados y láminas de documentación gráfica. Madrid, 1946. Precio, 40 pesetas.

Podemos afirmar sin exageración alguna que este libro del doctor Larrú es el libro médico del día.

La importancia del tema patológico que en él se trata y la modernidad del sistema de tratamiento acaparan impositivamente la atención de los médicos, que en este libro encuentran, en primer término, un verdadero modelo de lo que debe ser hoy día el libro de ciencia médica que se destina a una gran masa de lectores.

No puede calificarse la obra del doctor Larrú



como un libro de divulgación acerca de un problema patológico y de tratamiento que se encuentra en primer término de la actualidad mundial. El libro es mucho más que esto, y no creo equivocarme al decir que es un verdadero curso admirablemente sistematizado y refundido para todos los médicos al margen o dentro de la especialidad de la roentgenterapia.

Y es un curso dictado por el doctor Larrú con una ejemplarísima conciencia de la responsabilidad que le compete al llevar su saber propio, su experiencia personal y su convencimiento acerca de un sistema terapéutico y de un problema diagnóstico de grandísima valoración para el ejercicio médico general.

Para leer y estudiar en este libro de Larrú, no hacen falta exquisitos conocimientos especializados sobre las técnicas y fundamentos de la roentgenología. El doctor Larrú ha sabido ponerse al nivel medio de los conocimientos técnicos aludidos para exponer al médico general cuanto debe saber para el diagnóstico precoz y para la ordenación de un tratamiento de fundada esperanza en

los casos del cáncer del recto y de otros tumores benignos de este tramo intestinal.

Y al lado de ello examina los numerosos casos de su experiencia personal con fidelidad y detalle en las historias clínicas que reproduce, sin sobrepasar nunca los límites de un sincero juicio por arrebatos de entusiasmo, siempre peligrosos.

Larrú, como decimos, nos enseña en su obra mucho que no conocemos los médicos generales, y que nos es preciso conocer para no aguardar a las evidencias impositivas en una actitud dudosa o expectante, que perjudica muchas veces fatalmente al enfermo.

Tal es nuestro juicio sobre la obra de Larrú, notablemente bien editada por Gráficas Uguina y con una presentación práctica muy difícil de conseguir en las actuales circunstancias editoriales.

Felicitemos al doctor Larrú y le agradecemos, en nombre propio y de todos los médicos generales, este esfuerzo generoso que dedica a la enseñanza precisa de sus compañeros.

F. J. Cortezo.

## REGISTRO DE SUMARIOS

### JORNAL DO MEDICO

(Oporto, 4 de mayo de 1946.)

Castro.—Negativismo y neurosis infantiles.

(11 de mayo de 1946.)

Madeira.—Especialistas sin cursos de especialidad.

(18 de mayo de 1946.)

Guerreiro.—Casuística medicolegal de los accidentes del trabajo.

Pires de Lima.—El centenario de Roentgen.

### ARCHIVA MEDICA BELGICA

(Bruselas, marzo de 1946.)

Reuse.—Revista de conjunto sobre los trabajos farmacodinámicos y terapéuticos efectuados en las Universidades belgas desde mayo de 1940 a septiembre de 1944.

### LE MEDECIN FRANÇAIS

(París, 10 de mayo de 1946.)

Cherigie y Proux.—Radioterapia en las afecciones inflamatorias.

Netter.—Funcionalismo de las proteínas sanguíneas.

### BULLETINS ET MEMOIRES DE LA SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

(París, marzo de 1946.)

Leblanc, Depouilly, Stephanovich y Kolochine-Erber.—Diagnóstico retrospectivo de una leptospirosis gripotifosa.

Seze, Ordonneau y Godlewsky.—Ictericia hemolítica adquirida.

Idrac, Cazeilles y Tingaud.—Cardioespasmo.

Gras y Vautier.—Peritonitis reumática aguda.

Ledieu, Baudelot y Brenet.—Anemia grave febril con agranulocitosis.

Decourt, Rubens, Guillemín y Bouttier.—Leucosis aguda de plasmocitos.

Gennes, Briskier, Courjaret y Durupt.—Endocarditis maligna lenta.

Decourt y Bastin.—Osteoartropatía hipertrófica néumica. Aparición tardía de un tumor pulmonar.

Bethoux.—Septicemia grave por estreptococos hemolíticos.

Masselot.—Quiste seroso de mediastino.

Mattei, Paillas, Tristani y Bourdoncle.—Meningitis por neumococos.

Hillemand, Porcher, Verne y Sarrazin.—Enfermedad de Hodgkin gástrica primitiva.

Lechelle, Vialard y Rosey.—Leucemia linfóide crónica sin esplenomegalia ni adenopatía periférica.

Merklen, Sallet y Crosnier.—Desfallecimiento cardíaco latente.

Cattan, Corcos y Cohen.—Anemia eritroblástica mediterránea.

Ameuille, Pruvost, Lemoine, Depierre y Schweisguth.—Epiteliomatosis respiratoria difusa.

Seze, Ordonneau y Godlewski.—Osteopatía de hambre con fracturas.

Seze, Guillaume, Boulard y Mazars.—Cirugía mínima de las ciáticas.

Fiessinger, Aussannaire y Mantoux.—Manifestaciones cutáneas en el curso de las ictericias graves.

Lebon y Faugères.—Meningitis cerebroespinal aguda.

Roudinesco, Jupeau y Greil.—Encéfalotifus.

Blanc y Siguier.—Tratamiento de las formas graves del reumatismo articular por la perfusión continua de salicilatos.

Jacob.—Adenopatías tráqueobronquiales en los adultos. Patogenia.

Delay, Desclaux y Shentoub.—Narcoanálisis psicossomático.

Girard, Blass y Ely.—Dos casos de tularemia humana observados en París.

Richet, Boltanski, Deschamps, Rymer y Delbarre.—Arriboflavinosis.

Jacquelin, Turiaf y Duhamel.—Asmas de esfuerzo.

### THE JOURNAL OF LARYNGOLOGY AND OTOTOLOGY

(Londres, octubre de 1945.)

Leegard.—Traumatismos corrosivos del esófago.

Moffett.—Heridas laríngeas.



### SECCIÓN PROFESIONAL

#### PROGRAMA

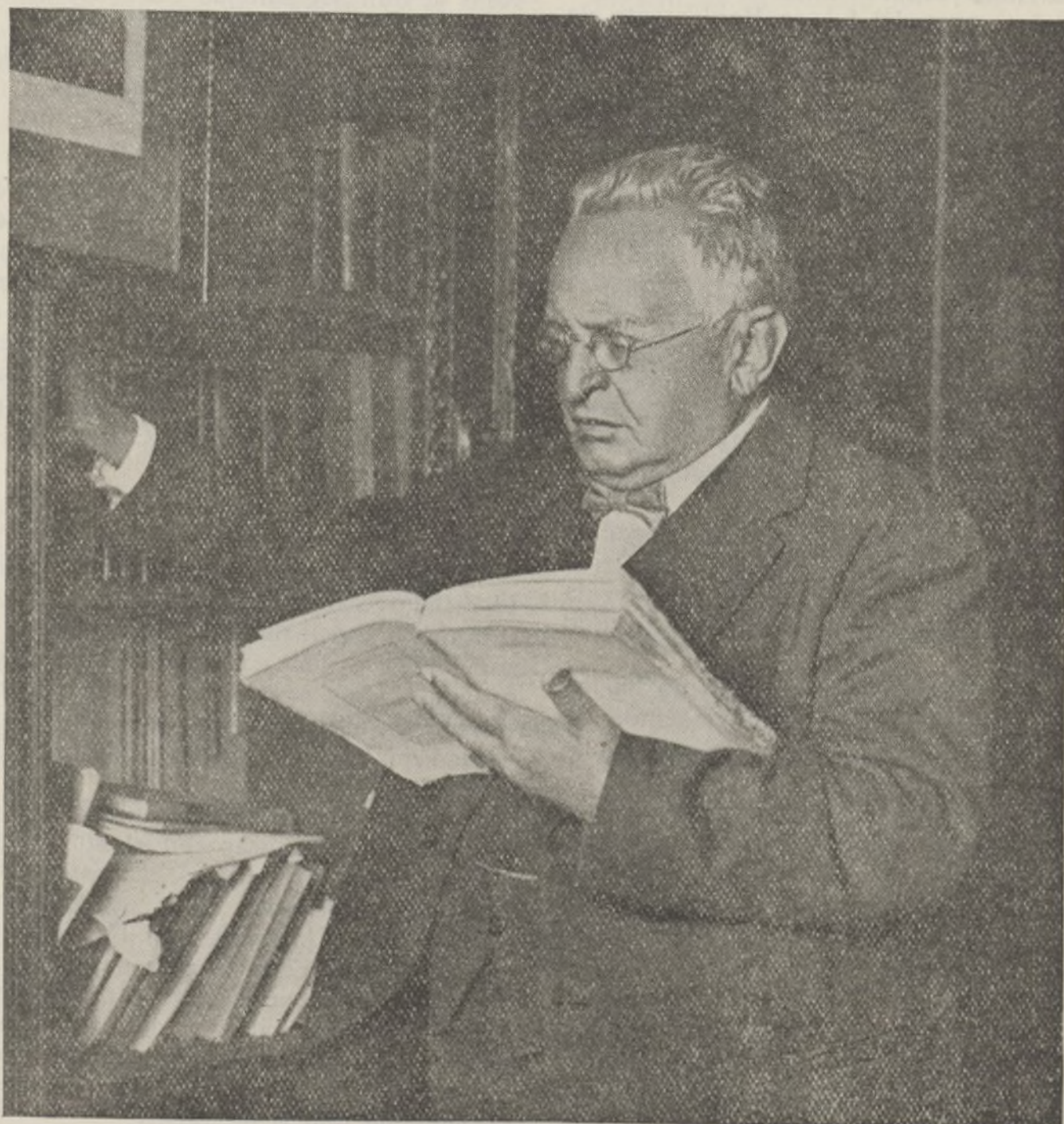
**Problemas sanitarios.—Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.—Expansión de cultura paramédica, humanística, histórica y literaria.**

**SUMARIO DE ESTE NUMERO.**—SECCIÓN PROFESIONAL: *Boletín de la semana*, por Decio Carlán. TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES: *Hace un siglo médico*, por el «Dottore Baloardo». *Nunca es tarde...*, por el Dr. Víctor María Cortezo. *El monopolio de la penicilina*, por el Dr. Juan Fernán-Pérez. TERTULIA MÉDICA: *Los Pulido en EL SIGLO MÉDICO. Recuerdos*, por el Dr. Angel Pulido Martín. *Cuando EL SIGLO vuelve*, por el Dr. Juan Sampelayo. SILVA LITERARIA: *Los Borgia y los médicos*, por el Dr. Victoriano Juaristi. *Higiene refraneada de la alimentación*, por el Dr. Castillo de Lucas. INFORMATORIO PROFESIONAL: *Sección oficial*.

### BOLETIN DE LA SEMANA

¡Boletín de la Semana..., Boletín de la Semana! En mi mano tiembla la pluma y en mi pecho se estremece el corazón... Va a hacer diez años que se suspendió esta costumbre mía de comunicar con mis queridos lectores, semanalmente, en

este Boletín, puesto de honor para mí por quienes desde tantísimos años usaron de tal tribuna con tamaño prestigio y autoridad. Sinceramente entiendo que mi menguada y humilde capacidad sólo está autorizada en este sitio por cuanto de



Con honda emoción dedicamos en este lugar un recuerdo al Excmo. Sr. Profesor Carlos María Cortezo, maestro de todos en todo, y particularmente en el arte exquisito con que redactó durante muchos años estos «Boletines de la semana».



representativo tiene en sí, a la manera que un monarca constitucional desempeña su función por juro de guardar el estatuto y con la responsabilidad de sus consejeros, que aquí sois todos vosotros.

Suspendiome hace diez años el ejercicio de esta prerrogativa del Boletín de la Semana la airada decisión de los milicianos marxistas, que me entraron de *hoz y de coz* en la inolvidable Cárcel Modelo, en aquellos tiempos de la sangrienta, cruel y heroica guerra fratricida, y después, todo, todo lo pasado hasta hoy, ¡bien pronto diez años de tiempo!, hasta hoy, que reanudo nuestro simpático coloquio.

Pero, *vamos a continuar*, como diría mi inolvidable profesor don Eugenio Piñerúa y Alvarez; y vamos a continuar sin hablar de mí, que no estamos para ello en este sitio.

Comencemos por decir a nuestros amigos que forzosamente hemos de darles hoy una desilusión, pues muchos habrán leído en el último suplemento informativo de *Gaceta Médica Española* que el director general de Sanidad, doctor Palanca, declaraba simpática y afectuosamente que había prometido para el primer número de reanudación de EL SIGLO MÉDICO un artículo de singular importancia acerca del futuro Reglamento de Sanidad Municipal y precisamente sobre tema tan interesante como la fórmula hallada por él para resolver el conflicto económico que habrá de plantear el aumento de sueldo de los médicos que en el futuro Reglamento se establezca.

Y añadía en su declaración nuestro muy querido amigo el doctor Palanca que este artículo suyo lo brindaba a EL SIGLO MÉDICO como *homenaje a la historia de luchas por los titulares que nos recuerda esta revista*.

Gracias mil al querido amigo e ilustre jefe de la Sanidad nacional, y gracias también a nuestros compañeros los doctores Noguera por la alegría que manifiestan a continuación por la nueva salida de EL SIGLO MÉDICO, al que cariñosamente llaman *Abuelo*.

Los directores de *Gaceta Médica Española* anuncian que transcribirán el artículo prometido por el doctor Palanca, pidiendo nuestra venia para ello, y desde luego cuentan con ella de todo corazón facilitada.

Pero lo malo está en que el artículo no ha llegado todavía a nuestro poder y no podemos retrasar la salida del número, porque somos esclavos del deber de puntualidad.

Así, pues, quédese hasta la próxima semana cuanto de este asunto hubiere, ya que comprendemos perfectamente que las muchas y graves ocupaciones del director general de Sanidad son impedimentos de que cumpla a veces un buen deseo.

\*\*\*

Hablemos ahora de este V Congreso Hispano Portugués de Urología, que se celebró en Madrid los días 17 al 22 de junio, con un éxito verdaderamente subrayable y trayendo a Madrid grandes autoridades científicas de nuestra nación hermana.

Bien organizado y con un programa científico de altura en sus materias, las labores del Congreso han destacado principalmente por la ponencia del profesor Gil Vernet sobre *Tratamiento quirúrgico del cáncer de vejiga*, en cuya discusión intervinieron personalidades como Reinaldo dos Santos, Joao Manuel Bastos, Cifuentes, Carneiro de Moura, Oreja Elósegui, Alcalá Santaella, Moares, Cid dos Santos, Picatoste, Puigvert, Compañ, Pinto Monteiro, Gausá, Humberto Madureira, Insausti, Levi Paez, etc.

Se han presentado al Congreso cerca de ciento cincuenta comunicaciones, nacionales y portuguesas, todas ellas de indudable mérito. En suma, una magna reunión, de la que esperamos dar a conocer trabajos muy interesantes a nuestros lectores.

\*\*\*

Hemos de registrar en la pasada semana el trágico episodio del grave accidente ocurrido al doctor don Segismundo Garzón, ginecólogo de sólido prestigio, a causa de un violento choque de automóvil, del que resultaron la muerte del hijo del doctor Garzón, Jesús Garzón Merayo, y las gravísimas heridas que tienen en riesgo las vidas de don Segismundo Garzón y del señor Dobarro.

Hacemos patentes nuestro duelo y votos para la pronta mejoría de los heridos.

\*\*\*

El *Boletín Oficial* del martes, día 2 de los corrientes, publicó la Orden ministerial en que se aprueba con carácter definitivo el Escalafón de médicos clínicos y bacteriólogos del Servicio Oficial Antivenéreo; dénse de ello por enterados nuestros lectores, aun cuando no aparezca la referida disposición en la Sección Oficial de este número, debido a la falta material de espacio para ajustar lo extenso de dicha Orden y el Escalafón que se acompaña.

\*\*\*

También merece comentario la desilusión que se refleja en dichos y escritos al tratar del acontecimiento espeluznante de las pruebas realizadas con lo que se llama bomba atómica. Los muchos grandes daños causados por ella parecen encontrarse insignificantes para los comentaristas, y la verdad que ello no habla en elogio de la humana espiritualidad.

¡Cuántos bienes para el sufrido género humano se podrían realizar con el dinero que se emplea en estas investigaciones destructivas!

Ni se escarmienta ni se escarmentará nunca, por lo visto, y la palabra de Dios parece ser primer motivo de censura en todas las propagandas mundiales, pues no la vemos nunca por ninguna parte, aunque se alardee de buscar la paz para todos, que nadie sino todos debíamos buscar conjuntamente y no aceptarla por el temor y la imposición de uno o de varios.

\*\*\*



La Asociación Nacional de la Prensa Médica Española celebró junta general en la pasada semana, con gran asistencia de directores de revistas y numerosos adheridos de fuera de Madrid. Se escuchó todo lo actuado en defensa de los intereses de la clase, y parece encontrarse en buenas vías de resolución de este gravísimo problema, provocado por actitudes que no tienen posible explicación, y que, como dijimos no hace muchas

semanas, entendemos condenadas al fracaso más absoluto.

Según parece, se va fijando la verdadera causa impulsora, bien pequeña, y que refleja intereses personales de quien, sin tener ninguna relación con la clase médica, por sus estudios ni por su carácter, es el verdadero beneficiario, y ya sabemos que en toda investigación de este orden es norma buscar el *qui prodest*.

DECIO CARLAN.

## TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES

### HACE UN SIGLO MÉDICO

por el

«DOTTORE BALOARDO»

Hace exactamente un siglo, el 5 de julio de 1846, no estaba la Magdalena para tafetanes en nuestra ciencia y profesión de la ciencia médica.

La situación política de España venía atravesando una serie de circunstancias convulsivas y de crisis gubernamentales, que dificultaban todo progreso científico al par que favorecían la psicosis románticoliberal que tantos genios produjo para el teatro, el libro y la prensa periódica establecida, con sus normas inicialmente modernas, desde 1834.

Por necesidad de establecer un jalón de referencia firme, podemos decir que desde la caída del regente Espartero y su dimisión redactada a bordo del «Betis», para partir en seguida a tierra extranjera; las luchas y cambios políticos alzamientos populares y sublevaciones militares se mantuvieron casi constantes hasta la revolución del 68.

Entre Narváez, Olózaga, Miraflores, Pezuela, Pidal, Mon y tantos otros, vinimos a dar, para el mes de abril de 1846, en el Ministerio Istúriz, con una situación cultural y económica deplorable, casi tanto como la situación política que admitía pocos planes firmes de reformas progresivas.

Mi tocayo don Francisco Javier Istúriz era una gran persona, de abolengo muy liberal, gran talento, educación muy siglo XVIII, pero llegado al Gobierno con verdadera saturación de disgusto hacia el populacho, la populachería y las milicianadas nacionales. Con carácter generoso e independiente, hombre rico, Istúriz, si no fué un gran político era un buen patriota y un desinteresado gobernante libre de preocupaciones vulgares, torcidas pasiones y deseo de encauzar la civilización y la cultura nuestra por las vías europeas sin dejar de ser un castizo español.

Mon, Armero, don Laureano Sanz, don Joaquín Díez Caneja, y cuantos formaron su Gobierno, no hay duda que estaban capacitados para hacer mucho en pro de la Sanidad nacional y de

la ordenación de la enseñanza y del ejercicio médico en España.

Sin embargo, la prensa médica de entonces, representada en Madrid por el *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, periódico con que inició su vida el que había de llamarse EL SIGLO MÉDICO en el año 1854, no da muestras de grandes movimientos polémicos ni doctrinales en esta fecha de 5 de julio de 1846, ahora hace exactamente un siglo.

En el aspecto científico publica el *Boletín* unas notables reflexiones sobre el influjo de las causas en las enfermedades, obra de don Agustín María Acevedo y trabajo de muy interesante lectura. Se ocupa también extensamente del Congreso Científico Italiano, que se celebraba por los meses de octubre y noviembre del año anterior, haciendo de él una reseña muy detallada.

Trae también la observación clínica de dos casos de tétanos, que califica de espontáneo el doctor don José María de Aguayo y Trillo, que ejerció en Montilla por aquellos tiempos.

Sobre moral médica se publica una carta firmada con las iniciales L. B., en que se plantea el caso de una asistencia a un parto clandestino.

La consulta es curiosa, pues los padres de la joven paciente (que vivían en otra localidad e ignoraban en absoluto la situación de su hija y los antecedentes de ella) plantean la primera cuestión al médico. Estando la enferma en extrema gravedad, si llegara a morir y los padres preguntasen la causa, ¿debía el médico decir la verdad?

Instada la enferma por sus padres para que regresase al seno de la familia, y no pudiendo hacerlo por la gravedad en que se halla, la familia achaca la dilación y desobediencia a su mandato a falta de cariño, y se persona sin previo aviso en la casa de su hija a tiempo que el médico se encuentra allí en su visita profesional. Interrogado el médico sobre el padecimiento y su causa, ¿deberá declarar la verdadera dolencia, satisfaciendo los deseos de un padre amante de su hija?

El médico oculta al padre su deshonra hábil-





mente, y para conducir a la enferma a su hogar, el padre pide la historia de la enfermedad vencida a fin de iniciar en ella al médico del pueblo si tuviese la desgracia de recaer. La enferma suplica reserva y suposición de otra causa. ¿Debe complacerla el médico, faltando a la verdad, o decírsela al compañero?

Enterado al fin el padre de todo lo sucedido, se apiada y perdona. Sin embargo, se ve obligado a trasladar la enferma a su pueblo, y en defensa de su honor familiar y de *un interés contraído por compromiso invencible*, pide al médico la his-

la enfermedad reproducida. ¿En qué términos, de qué manera, evasiva o franca, deberá obrar el primer médico respecto a la justa demanda del segundo, ya que está al tanto del compromiso entre éste y la enferma?

En el párrafo final de la carta, el médico se dirige a los señores redactores del *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* para que le ilustren en bien de la Humanidad y sosiego de las conciencias, no habiendo, según declara, oído las necesarias explicaciones acerca de estos problemas durante los cursos de estudio de su carrera, ni



Grupo de asistentes a la cena con motivo del Congreso Hispano Portugués de Urología, formado por los doctores Reinaldo dos Santos, Angel Pulido Martín, Calero, Bastos, Pérez Castro, Casanova, Galván, Hidalgo, Díez, Heras y Rojas, del Servicio de Urología del Hospital Provincial de Madrid.

toria clínica, exigiendo ocultación de causa, ya que del médico del pueblo dependerá la suerte de la enferma.

Añade el padre que el médico está dispuesto, si no regresan en breve, a trasladarse para informarse de lo acontecido. ¿Cuál debe ser la resolución, el comportamiento del médico de cabecera?

Porque el médico del pueblo es *a quien se alude* en el párrafo anterior con *el interés contraído por compromiso invencible*, y de quien depende el porvenir de la interesada.

La enferma llega a su pueblo, pero el viaje reproduce su estado de gravedad con síntomas mortales y la historia clínica no ha sido presentada. El médico del pueblo ignora totalmente lo ocurrido. Entra en sospechas sobre la moralidad y conducta de la enferma. Escribe al médico que la asistió, pidiéndole la historia clínica para informarse en lo que duda y en las circunstancias de

encontrándolos resueltos en libros de autores sobre moral médica y religiosa, por lo que lo somete a juicio público por intermedio del acreditado periódico.

He aquí lo que las autoridades que gobernaban el periódico, que eran nada menos que don Mariano Delgrás, don Manuel Codorníu, don Serapio Escolar y don Francisco Méndez Alvaro responden al consultor:

«Para contestar a estas cuestiones, basta tener presente que el médico jamás debe revelar los secretos de su enfermo, a no ser que semejante revelación sea indispensable para salvarle; y aun en este caso debe procurar convencer antes a su cliente, si su estado y la urgencia del mal lo consienten. Si la perspicacia de otros o los hechos y consecuencia que no pueden ocultarse descubren el secreto, ninguna responsabilidad pesa entonces sobre el médico.»

Trae, además, el número del *Boletín de Medi-*



cina de 5 de julio de 1846 un comunicado del doctor don Manuel Aguirre e Iriépar, de Barajas.

Este comunicado, que intitula el doctor Aguirre «Congreso médico», es del máximo interés profesional, pues en él se hace una exacta pintura de la espantosa situación por que atravesaban en su vida económica y en su ejercicio profesional los médicos de entonces, aparte las contadas celebridades y excepciones de los grandes centros de población en España. Ciertamente es que nada nuevo nos cuenta el doctor Aguirre respecto a trapacerías, bellaquerías y atropellos rurales y ciudadanos contra los médicos; pero interesa constar el momento en que se inicia la defensa, precisamente argumentando sobre la proposición que en el *Boletín de Medicina* se hacía en el mes de diciembre de 1845 para establecer en Madrid un Congreso médico como funcionaba en París.

Por último, y dejando a un lado la sección de correspondencia, muy curiosa, y el anuncio de las *vacantes*, entre las que figuran la de la villa de Allerve, con 6.000 reales anuales; la de Rueda (Valladolid), con 7.920 reales; la de Illana (Guadalajara), con 400 vecinos y dotada con 500 ducados (1) anuales; la de Barcial de la Loma (Valladolid), con cuarenta cargas de trigo al año; la de Mejorada, con 300 ducados para el cirujano, excluyendo la barba, y la de Baraimbio (Alava), con sesenta y cuatro fanegas de trigo, y otras dieciséis más pagadas por los vecinos de Amurrio, Lezama y Zulla, llegamos, por fin, a la Sección oficial, ocupada por completo por la circular que la Junta Suprema de Sanidad del Reino dirigió a sus delegados, *siempre celosa por el decoro de la ciencia y honor de sus profesores*.

Dice así la referida circular:

«Habiendo llegado a conocimiento de la Junta Suprema de Sanidad los abusos que cometen algunos profesores de la ciencia de curar y los funestos resultados sobrevenidos de la impresión e imprudencia de administrar sustancias venenosas de la clase de medicamentos de conformidad con lo prevenido en las leyes del reino, reales órdenes e instrucciones relativas a la política sanitaria y a las facultades que por las mismas le competen, ha resuelto que ínterin recae la aprobación de Su Majestad sobre el proyecto de ordenanza propuesto a su real deliberación para el gobierno y ejercicio de las profesiones médicas, se observen las reglas siguientes:

1.<sup>a</sup> Los médicos, los cirujanos y farmacéuticos están obligados a desempeñar los deberes que les imponen sus respectivos títulos con la precisión, moralidad, exactitud y decoro que exige el sagrado objeto de su ministerio.

2.<sup>a</sup> Ningún profesor de Medicina o de Cirugía podrá entrometerse a visitar enfermo alguno que se halle al cargo de otro, a no ser de acuerdo con éste, o que fuese elegido por los interesados, después de haberse enterado el paciente por medio de una junta.

3.<sup>a</sup> Sólo a los profesores es lícito, según sus respectivos títulos, hacer el uso oportuno del magnetismo animal.

(1) Cada ducado equivalía al valor de 11 reales de vellón.

4.<sup>a</sup> Profesor alguno de Medicina ni de Cirugía puede administrar por sí medicamentos, sino prescribirlos con receta escrita en términos y caracteres claros y precisos, en latín o castellano, de modo que pueda ser despachada por cualquier farmacéutico. Se expresará en ella el modo de usarla y la fecha, para evitar equivocaciones y abusos. Los contraventores a esta disposición quedarán sujetos a las penas establecidas y la responsabilidad que exijan la vindicta pública o los interesados por haberse administrado sustancias desconocidas de una manera misteriosa e imposible de comprobar sus propiedades.

5.<sup>a</sup> Los farmacéuticos no pueden expender, aunque sea en pequeña dosis, medicamento alguno, cuyo abuso pueda ser perjudicial, sino con receta firmada por profesor conocido y con las formalidades prevenidas en el artículo anterior, archivándola luego en la botica, para evitar una repetición intempestiva y poder responder con ella en cualquier evento desgraciado.

6.<sup>a</sup> Se prohíbe el uso, aplicación y venta de todo remedio secreto, tanto a los farmacéuticos como a los que no lo son, en los términos que prescriben las leyes, bajo las penas que imponen.

7.<sup>a</sup> Siempre que los profesores de Medicina y Cirugía tengan que recetar alguna fórmula que no esté expresa en la farmacopea española, están obligados a dar conocimiento de ella al farmacéutico, si éste lo exige de palabra o escrito.

8.<sup>a</sup> Cuando algún profesor de Medicina y Cirugía observare por el pueblo de su residencia existen causas topográficas capaces de producir enfermedades o viesen en su práctica indicios o la existencia de alguna enfermedad, endémica, epidémica o contagiosa, lo pondrán inmediatamente en conocimiento de las autoridades civiles y facultativas del distrito, expresando los medios convenientes para evitar sus consecuencias.

9.<sup>a</sup> Las autoridades facultativas tomarán las medidas que estén a su alcance a fin de que en todas las oficinas de farmacia sean conocidos los profesores existentes en sus inmediaciones que estén en aptitud de ejercer la Medicina o la Cirugía, a fin de que los farmacéuticos puedan recurrir a ellos cuando les convenga para cubrir su respectiva personalidad.

10. Todos los profesores de Medicina, Cirugía y Farmacia del reino, en el mes de julio de este año darán conocimiento de las fechas, condiciones de sus títulos y las señas de su habitación a los respectivos subdelegados, éstos a las Academias y Subdelegaciones principales y estas últimas a la Junta Suprema.

11. Esta operación se repetirá todos los meses de diciembre por los particulares, y de enero por las Academias y Subdelegaciones principales.

12. También se repetirá en particular por cada profesor que en los intervalos se establezca o mude de domicilio.

13. Las autoridades facultativas cuidarán bajo su responsabilidad de que estas disposiciones y demás prevenidas en las leyes del reino, reales órdenes e instrucciones relativas a la conservación de la salud pública tengan el más cumplido



efecto en sus respectivos distritos, reclamando en caso necesario el auxilio de las gubernativas, locales o provinciales, y últimamente el de la Junta Suprema, si no hubiera podido conseguir su objeto.

De acuerdo de la Junta Suprema, lo comunico a usted para su conocimiento, circulación y demás efectos correspondientes.

Madrid, 17 de junio de 1846.—El oficial mayor, *Fermín Sánchez Toscano.*»

## NUNCA ES TARDE...

por el

Doctor VICTOR M.<sup>a</sup> CORTEZO

Inspector general de Sanidad.

Los sanitarios españoles, más atentos al cumplimiento de los deberes que les impone su disciplina que a las manifestaciones corporativas de tipo sentimental, han dejado pasar una fecha que debe ser inolvidable para ellos por su trascendental importancia en la organización y desenvolvimiento de nuestra Sanidad nacional; y me refiero al cincuentenario de la fundación del Instituto de Higiene de Alfonso XIII.

Bien es verdad que no hubieran podido celebrarlo a su tiempo, pues coincide la fecha con la liberación de España, por término de su última guerra civil, de la que resultó materialmente destruida y económicamente exhausta, no escapando a esta destrucción el organismo a que me refiero.

El lugar en que estaba emplazado fué frente de guerra, y no pudo recuperarse ni un ladrillo, ni un papel, ni una preparación, ni un tubo de ensayo. La reorganización de nuestra Sanidad, paralela a la del país en estos siete años, ha absorbido todas nuestras actividades, y a ello, sin duda, hemos sacrificado las expansiones de nuestro espíritu.

Pero esto no supone el olvido, por parte de los sanitarios, de aquel Centro rápida y modestamente instalado en un hotel de la calle de Ferraz y del que se hicieron cargo, por iniciativa del primer director general, y por angustiosas premuras de vital urgencia, media docena de hombres que, al nivel de su prestigio científico, supieron elevar su patriotismo, su buena voluntad, su laborioso esfuerzo y su desinterés. ¿Será preciso citar los nombres de Cajal, Mendoza, Gómez-Pamo, Serret y García Izcará? ¿Será preciso citar nominalmente a los sanitarios que, sin más bagaje que el que representaba la insuficiente enseñanza de Higiene pública en nuestras Facultades (me refiero a la época), lograron en nuestra institución una serie de conocimientos teóricos y prácticos, cuya aplicación ha situado a la Sanidad española en el lugar y rango que tan justamente se la reconoce? Sería tanto como publicar el Escalafón del Cuerpo de Sanidad Nacional.

El Instituto de Higiene, destruido en la guerra, fué salvado por sus sanitarios en una instalación provisional y deficiente, pero en la cual durante estos años ha venido desarrollando su actividad, supliendo las deficiencias de locales e instalaciones con el esfuerzo de sus funcionarios. En breve, quizá en el transcurso de este verano, será instalado

en edificio digno de su historia y de su alcurnia científica, y ya que no pueda disponer del antiguo solar, testigo de grandezas pasadas, nos cabrá la satisfacción de volver al recinto de la Ciudad Universitaria.

La institución, en su nueva sede, funcionará con nombre distinto, debido a su fusión con la Escuela Nacional de Sanidad, y bajo una rectoría diferente, por intervención de elementos que han de aportar su autoridad docente y su caudal científico; pero el 90 por 100 de los actuales sanitarios sabremos leer y ver a través de la nueva denominación y de la nueva Junta el rótulo desvaído de la calle de Ferraz y la figura excelsa de don Santiago y de los discípulos que le substituyeron en la dirección y supieron honrar su memoria no saliendo de la senda y normas por él marcadas; y no cito nombres, pues no es mi ánimo adular a los vivos, y temo incurrir en alguna omisión que no me perdonaría.

Pues bien; se podría remediar el olvido, o las dificultades de la celebración del aniversario a que me refiero al comienzo de este artículo, haciendo coincidir la inauguración oficial de la nueva instalación con el II Congreso de Sanidad Nacional, con el descubrimiento de una lápida en la que figuren los nombres de los que iniciaron la institución, presidida por un busto de don Santiago Ramón y Cajal; con la imposición de condecoraciones a los sanitarios que las han merecido, con la colocación de la primera piedra del «Hogar del Sanitario», fundado por la señorita Ramona Gascón, y la del edificio destinado a viviendas para funcionarios de Sanidad, para cuya construcción ha sido autorizada nuestra Mutualidad.

No sé el eco que esta iniciativa, del más modesto de los sanitarios españoles, encontrará entre sus compañeros de Cuerpo y sus jefes; pero el buen deseo me inclina a un decidido optimismo.

TRATAMIENTO  
EFICAZ Y BIEN  
COMPROBADO DE  
LOS ESTADOS DE  
DEBILIDAD Y  
ANOREXIA  
INFANTILES

**HEPATORRADIL**  
DEL DR. GRAINO  
JARABE AGRADABILISIMO

VIGOROSO  
RECONSTITUYENTE  
VITAMINICO PRE-  
DOMINANDO EN  
SU COMPOSICION  
LOS FACTORES  
A-D y B1

(Aprobado por la Censura Sanitaria)



## EL MONOPOLIO DE LA PENICILINA

Desde que el mundo es mundo no se ha inventado una energía de mayor potencia que la producida por la desintegración del átomo, y esto ha puesto en las manos de algunas naciones la más terrible arma de combate. Al mismo tiempo, otros sabios han logrado descubrir y poner generosamente al servicio de la Humanidad uno de los medicamentos que mayor número de vidas humanas y animales puede salvar: la penicilina. Pero, al revés de lo que ocurre con la bomba atómica, la penicilina ha sido puesta inmediatamente a la disposición incondicional y a un modestísimo precio de cualquier médico o enfermo que la necesite. Las grandes fábricas norteamericanas e inglesas del maravilloso medicamento descubierto por Fleming, Florey y Chain, los tres premios Nóbel de Medicina últimamente otorgados, se han esforzado por acrecentar la producción en grandes cantidades de la penicilina, y es muy posible que el número de enfermos salvados por esta droga mágica haya sobrepasado con creces el de víctimas sufridas por la Humanidad durante la guerra que ha asolado al mundo.

Pero, como siempre que se logra la maduración de un invento de tan vital importancia y nunca mejor empleado el adjetivo *de facto*, se ha producido un monopolio natural a favor de los países mejor dotados de materias primas para obtener la penicilina, que en este caso concreto son los Estados Unidos y la Gran Bretaña, que han instalado fábricas gigantescas, que han costado muchos millones de dólares, para producir y poner a disposición de todo el mundo la cantidad necesaria de penicilina, hasta llegar a ofrecerla a un precio infinitamente más reducido que otros muchos medicamentos, aun cuando todavía no sea tan barata como el bicarbonato, por ejemplo.

En la actualidad, el frasco de 100.000 unidades Oxford de penicilina norteamericana puesto en Madrid, cuesta de 10 a 12 pesetas, según haya sido enviada por avión directo a Madrid, con escala en Lisboa, o por barco. Este precio está legalmente gravado por el importador con el 18 por 100; por la Dirección General de Sanidad, con una peseta por ampolla, y por el farmacéutico expendedor con el 25 por 100, lo que quiere decir que cada 100.000 unidades vienen a resultar de venta al público al moderado precio de 25 ó 30 pesetas. Pero como quiera que la penicilina es un medicamento de conservación, transporte y aplicación al enfermo muy delicados, se eleva algo el precio por el coste de la caja de corcho y de la nieve carbónica con que ha de ser transportada y conservada, así como por el suero fisiológico que se precisa para disolverla e inyectarla. Mas, en fin de cuentas, no resulta demasiado costoso este tratamiento si, al socaire de la nueva medicina, no hubiese surgido el mercado negro, ese pulpo de millones de tentáculos que se extiende implacable sobre todo el comercio en el que la materia objeto del mismo escasea o se distribuye mal.

Y este mercado negro de la penicilina ha adquirido proporciones extraordinarias en España, donde la escasa cantidad de este medicamento que se importa, ya que no llega al 10 por 100 de lo que se necesita, y su deficiente distribución por culpa de imponderables que desconocemos, ha dado lugar a crear de hecho—aunque no de derecho—un verdadero monopolio.

Toda la penicilina que llega a España legalmente está intervenida por la Dirección General de Sanidad, que ha nombrado un Comité de distribución, que preside el doctor don Carlos Jiménez Díaz, ilustre catedrático de San Carlos, para el que tenemos, naturalmente, toda nuestra admiración y respeto.

Este Comité de distribución de la penicilina ha desarrollado una labor titánica, penosa e ingrata. Lo reconocemos. Pero no es menos cierto que esta labor distributiva ha sido influenciada severamente por un criterio centralista de verdadero monopolio. Veámoslo serenamente y tratemos de ponerle remedio.

Los médicos de Madrid disponen generalmente de la cantidad de penicilina que pueden precisar sus enfermos. Hecho el diagnóstico, basta con presentar en la Dirección General de Sanidad una instancia pidiendo la cantidad de unidades Oxford que, a juicio del facultativo, se requiere para el tratamiento. El médico redacta la historia clínica del enfermo; la acompaña de certificados de análisis, de radiografías y de cuantos elementos de juicio considera necesarios para informar al Comité, y éste concede el permiso para adquirirlo en las farmacias autorizadas para la conservación y venta de la penicilina, y han sido muy contados los casos en que, disponiendo de existencias de penicilina, no ha sido concedida la dosis necesaria para el tratamiento, que en la mayor parte de los enfermos ha producido resultados verdaderamente maravillosos, teatrales. Una neumonía, una septicemia, una gonococia, completamente curadas en quince horas. Pero este triunfo casi milagroso de la ciencia sobre la muerte puede considerarse como casi exclusivamente monopolizado por Madrid. En Barcelona, en Valencia, en Granada, en Santiago de Compostela, y no digamos en poblaciones pequeñas, la obtención de una dosis media para tratar a un enfermo es tarea punto menos que imposible de lograr.

En mayo último ha tenido lugar en Valencia un Congreso Hispanoportugués de Dermatología, y en la semana pasada se ha celebrado otro, también Hispanoportugués, de Urología, en Madrid. Y en ambos certámenes se ha puesto de relieve el sentimiento de los médicos de provincias por no poder disponer de las cantidades de penicilina con que cuentan los médicos madrileños, al mismo tiempo que los colegas portugueses presentaban brillantísimas estadísticas de enfermos tratados con esta medicación, que en Portugal se vende libremente en las farmacias.

Pero aún existe otro dato que no queremos silenciar, porque acusa el matiz de monopolio de



hecho en la distribución de penicilina. El noventa y tantos por ciento de la penicilina importada en España ha sido vendida por una farmacia de la Puerta del Sol, llegándose incluso al caso excepcional de que un farmacéutico haya importado legalmente penicilina, de la que una gran proporción ha sido entregada para su venta a la farmacia de la Puerta del Sol. ¿No es esto un verdadero monopolio? ¿Quién lo ha concedido? No nos importa saberlo. Lo que interesa es que ur-

gentemente, con la rapidez que hay que poner al servicio del salvamento de muchas vidas, se proceda a una más equitativa distribución de la penicilina y llegar cuanto antes a obtener el abastecimiento necesario para atender a los enfermos del resto de España, siquiera sea en la proporción que hasta ahora tienen los de Madrid.

DR. JUAN FERNÁN-PÉREZ.

(Reproducido del diario *Madrid* de 28 de junio de 1946, con autorización de su autor.)

## T E R T U L I A M É D I C A

### LOS PULIDO EN «EL SIGLO MÉDICO». RECUERDOS

por el

Doctor ANGEL PULIDO MARTIN

A EL SIGLO MÉDICO, el periódico de más autoridad entre los médicos de España, fué llevado mi padre por el más autorizado de los periodistas médicos que en nuestro país han existido: por el doctor Méndez Alvaro.

Como esos trabajadores que hallan en unos metros de tierra, junto a su chabola, el descanso para una labor, acaso menos dura, así mi padre se encerraba en EL SIGLO MÉDICO o se encerraba en su casa, *en su cuarto de trabajo*, y escribía para EL SIGLO MÉDICO cuando deseaba reposar. Durante los muchos años de actividad clinicoliteraria de mi padre, su aportación a EL SIGLO MÉDICO fué copiosísima. Artículos firmados con su nombre y apellidos, artículos rubricados con sus iniciales, artículos signados con anagramas o con seudónimos para no fatigar a los suscriptores con el mismo nombre y para que imaginaran en el periódico una mayor cantidad de colaboradores... De la colección de EL SIGLO MÉDICO se podrían sacar varios volúmenes con que aumentar la ya larga lista de las obras del doctor Angel Pulido Fernández.

Alguna vez me llevaba mi padre a EL SIGLO MÉDICO, instalado en un viejo casón de la calle de la Magdalena. En aquella casa conocí al doctor Nieto y Serrano, marqués de las Guadalerzas, director entonces del periódico. El marqués de las Guadalerzas iba por EL SIGLO MÉDICO de pasada; sólo los viernes tenía con los redactores una hora de conferencia; y si volvía en alguna otra ocasión, era para despachar asuntos administrativos. Pero, evidentemente, una cosa era la persona del señor marqués de Guadalerzas y otra la Redacción de EL SIGLO MÉDICO. Falleció el doctor Nieto y Serrano en 1902, y se pusieron al frente del periódico los doctores Cortezo, Serret y Pulido. Era la época de la exaltación profesional y política de Cortezo, y apenas si tenía tiempo para dedicarlo a EL SIGLO MÉDICO ni de ocuparse de él.

Aunque atenuado, por su concepto rígido, austero, del deber, he de confesar que también había disminuído mucho la aportación de mi padre al periódico. Pero quedaba don Ramón Serret, ¡don Ramón Serret! Un hombre maravilloso, una personalidad tal, que merecería ser presentada por un genio literario, seguro de que, si la descripción era exacta, quien resultaría beneficiado por el escrito sería el escritor. Mientras la Humanidad no coloque en la gloria que les corresponde a hombres como don Ramón Serret y se dedique a exaltar paranoicos, ambiciosos, esquizotróficos y positivos imbéciles, la Humanidad será digna de su suerte, y todavía se podrá decir de ella que tiene mejor suerte de la que merece.

El doctor don Ramón Serret cayó en la Redacción de EL SIGLO MÉDICO. El doctor don Ramón Serret había nacido para caer en la Redacción de EL SIGLO MÉDICO, y la Redacción de EL SIGLO MÉDICO se había ido formando a lo largo del tiempo para servir de marco, de estuche, a la figura de don Ramón Serret. Una escalera de tramos carcomidos; en lugar de barandilla, unos maderos entre dos altas vigas que sostienen los tramos superiores. Una puerta de hule verde oscuro con un rótulo que dice: «Redacción y Administración de EL SIGLO MÉDICO»; un recibimiento cubierto con un papel a rayas, y por mobiliario, dos sillas de paja, desde donde se penetra en la Administración, donde hay una mesa, y detrás de ella el complemento de don Ramón Serret, el llorado Ambrosio España, *Españita*, que conoce a todos los miles de suscriptores del periódico, y cuya vida se ha centrado en el periódico. En la Administración, dicho sea de paso, ningún detalle ornamental puede distraer al visitante más que las flores, ya agostadas, marchitas por los años, del amarillento papel que recubre sus paredes. De la Administración se pasa a la Dirección; ante la mesa se halla siempre, siempre, siempre sentado don Ramón Serret,



menudo, de rostro fino, con una barbita en punta en sus primeros años y bigotes caídos después, envuelto en un amplio chaquetón, y seguramente con una gorrita con borla colgante y manguitos para preservarse las mangas; estos dos últimos detalles debo confesar que no los conozco por haberlos visto; pero eran tan fatalmente necesarios, dado el tipo, que no tengo más remedio que hacerlos constar, porque... si no existieron, debieron existir. En torno a la mesa donde trabajaba don Ramón había unas viejas sillas de cuero y dos armarios, un poco desvencijados..., de pintado pino, pero con desconchaduras en la pintura. En esos armarios, algún fichero de suscriptores, algún libro de Derecho administrativo. Un volumen en el cual están pegadas las sentencias del Tribunal Supremo relacionadas con la práctica médica, y otros que contienen disposiciones oficiales sobre nuestra profesión. Detrás de la mesa, un mapa amarillento de España con muchos puntos: unos marcados por el tipógrafo, otros dejados por las moscas.

Don Ramón sonaba el timbre, e inmediatamente acudía *Españita*. Don Ramón le decía: «Don Antonio Clavijo, el médico de Tomillares de Segovia, que le envíen el segundo tomo del *Método de Eslava* para la niña...» Volvía a sonar el timbre. «Este giro es para pagar las matrículas del cuarto año del bachillerato del chico de don Eugenio, el de Arganzuela de la Jara...» Otra vez el timbre. «Que se pase usted por casa de X. Dice el doctor Reguera, de los Molinos de Ciudad Real, que esperan impacientes el braguero de su suegra, que debía haber llegado hace más de quince días y no saben nada de él... Que se lo entreguen a usted; nosotros lo enviaremos...» Y todavía el timbre, siempre el timbre, para insistir sobre los encargos de una masa de suscriptores a quienes se conocía desde sus padres, desde sus años de escolares, con los cuales se tenía una relación familiar, de los que se recibían confidencias, se sabía de sus deseos y hasta sus debilidades.

Y para don Ramón no había otra vida que la del periódico y la de cuantos con el periódico tenían relación.

¡Bendito don Ramón! ¿Cuál hubiera sido su existencia si ésta no coincide con EL SIGLO MEDICO? Su constancia en la bondad me lo hacía superior a cuantos trataba yo por aquellos tiempos. Jamás un deseo para él, y siempre una efusiva alegría por los triunfos de los otros. Hallándose en el Olimpo, donde se fabricaban las gracias y desde donde se fulguraban los rayos, nunca quiso nada; él hizo académicos, hizo reputaciones, hizo clientelas para los otros; pero tal vez por su espíritu sinceramente religioso, todo aquello lo consideró baladí y sólo puso empeño en perfeccionar sus cualidades afectivas, que parecían ya perfectas. Vuelvo a repetirlo: ¡Bendito don Ramón Serret! Dios quiso tener junto a sí un

alma tan pura, y don Ramón nos dejó... Mi padre, gravemente enfermo, había tenido que renunciar a toda actividad, y el periódico pasó a manos del doctor don Carlos Cortezo, que entonces, entonces sí que trabajó, trabajó con todas sus fuerzas, sacándolas del fondo de su ser, enfermo, acorralado, ciego, teniendo que llevarse lectores para que le informaran de la actualidad médica y profesional, que él no podía recoger directamente, porque su ceguera le impedía conocer las novedades de primera mano... Al final, si comparamos la actividad y servicios prestados al periódico por los tres directores del triunvirato, resultará que los tres dejaron en el periódico la misma cantidad de esfuerzo; pero el esfuerzo más doloroso fue el que perdió allí el doctor Cortezo.

Cortezo pudo llevar a cabo su cometido gracias a su hijo Javier, quien por el amor a su padre... y, por qué no decirlo, al periodismo médico, renunció al brillantísimo porvenir que debía esperar de sus excepcionales, de sus geniales cualidades.

Un buen día apareció en EL SIGLO MEDICO la firma del *Dottore Baloardo* (?). Y eso ¿qué es?... ¿Quién era el *Dottore Baloardo*? Era un joven alrededor de la treintena, de recia apostura, alto, bien conformado, erguido, hermosa cabeza, pecho abombado, continente marcial, de pisar seguro, ostentoso en su figura, en su atuendo, en sus gustos. Completamente seguro de sí y de sus juicios. Alguna vez me he complacido en imaginarme una escena que puede haber sido real. Es el momento en que, desaparecido Serret, anulado mi padre, Cortezo se posesiona de la Redacción y Administración de EL SIGLO MEDICO... Y de esa toma de posesión se encarga su hijo... Javier entra allí, y con el junco que lleva en su diestra va señalando el mobiliario existente... Y, lacónico, dice: «Estas mesas, al Rastro... Estos armarios, al Rastro también... Estas sillas, que acompañen a las mesas, y estas otras, al fuego. Al fuego el mapa... Estos ficheros, que se copien inmediatamente, y los viejos, quemarlos...» Ya está dispuesto el destino de todos los muebles y trebojos que hay en la Administración y en la Dirección, cuando, allá en una silla, percibe un envoltorio... «¿Y eso, qué es?», exclama, y *Españita* contesta tembloroso: «El braguero de la suegra del doctor Reguera, de Val de Molinos, que por fin hemos tenido que ir a recoger...» Al *Dottore Baloardo* la exaltación de los ojos le quita los lentes, y rojo, rojo primero, morado después, sale de la Redacción de EL SIGLO MEDICO dando gritos en italiano, en castellano, en tagalo..., y todavía le queda indignación para dejar muda a la portera y asustar a los chicos que se tiran piedras en la esquina de Lavapiés y Magdalena, donde está el periódico.



Serret había muerto a su hora; con él acababa España la era de la tolerancia... Se aproximaban tiempos muy diferentes.

La Humanidad, por femenina y por humana (¡¡hum!!), tiene períodos en los cuales, como la mujeres, debe su organismo ser purgado o, si les parece mejor, purificado por la sangre... Esas pérdidas van anunciadas por diversos trastornos, exactamente como ocurre en el organismo femenino, y suele ser uno de sus signos una disminución del concepto de moralidad privada y pública... Luego viene la guerra, la hemorragia, y... consecuencia de la guerra es... la disminución de la moralidad, pública y privada... De donde se deduce que la moralidad lleva siempre las de perder, y, por lo tanto, hemos de admitir que si la guerra existe es por razones suprahumanas, a las cuales no llega nuestra razón... Pero queda el hecho de que la paz continuada lleva a una tolerancia con procedimientos y conductas que un espíritu recto, justiciero, considera indigna, y... aquí tenemos explicadas las campañas que firma *Dottore Baloardo*. El hijo, acumulando brasas en sus artículos; el padre (don Carlos), espolvoreando sobre ellos la nieve de sus años y de su experiencia... Y el periódico cada vez más interesante, en plena calle de Serrano, abandonada, ya sabemos cómo, la casucha de la calle de la Magdalena... El doctor Cortezo, amargado por la injusticia de quienes más le debían, víctima de la infamia, de la maldad, de la canallería de muchos a quienes había levantado de la vulgaridad donde siempre debieran haber estado, falleció poco antes del Movimiento nacional, y quedó su hijo al frente del periódico... Es sabido que, durante nuestra guerra, en la zona roja se suspendió inmediatamente toda actividad intelectual, y EL SIGLO MÉDICO corrió la suerte de las demás publicaciones científicas. El doctor don Javier Cortezo, preso primero, pudo pasar después a la zona nacional, donde, respetuoso con los derechos de sus copropietarios, empezó la publicación de otra revista médica con título diferente al de EL SIGLO MÉDICO. Su nuevo periódico, la SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA, vino a Madrid.

Del doctor don Javier Cortezo, director antes de EL SIGLO MÉDICO, fundador y director de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA y de nuevo director y refundador de EL SIGLO MÉDICO, atortunadamente, ni puedo ni debo emitir sobre él juicio alguno en su revista; si le elogiara o parecía que le elogiaba, se considerarían mis palabras como adulterios; si mi juicio fuera menos benévolo; se las incluiría entre las *salidas* mías o que me atribuyen y que tanto me disgustan. Una afirmación puede hacerse, y ésta de tal evidencia, que creo estarán todos conformes con ella. EL SIGLO MÉDICO o EL SEGUNDO SIGLO MÉDICO, porque hace ya más de un siglo que fué fundado, es el primero de los periódicos médicos españoles, lleno de

autoridad, de tradición, de excelencias, y hoy tiene como director al primero de los periodistas médicos de España, al hombre que posee más conocimiento de la Prensa médica en todas sus múltiples e insospechadas complejidades: un escritor clásico, un pensador, un imaginativo... y un carácter. Todo un carácter. Es ya sabido, porque se lee en los epítomes para los niños y en las hojas de los almanaques, que para llegar a cualquier sitio hace falta ser un carácter..., y se hace el elogio de los caracteres de hierro, los famosos *caracteres férreos*... Yo he tratado con esos caracteres férreos y me han preguntado mi opinión sobre ellos porque sabían mi experiencia con su roce, y mi respuesta ha sido: «Un carácter férreo es un don del cielo para quien ha de llevar a cabo una obra de arrastre de masas; las masas no entienden de sutilezas; hay que ser rotundo y tajante, de modo que un fundador de religión, o un político, o un revolucionario, o un impulsor de muchedumbres, un Mahoma, un Hitler, un Marx, un Pedro el Ermitaño, etc., etc., sólo llevarán a cabo su obra siendo férreos en su carácter; pero el resto de los mortales necesita atemperar ese hierro con un poquito de carbón, porque el carbón le quita al hierro su rigidez y le da *elasticidad*. Yo estoy seguro de que el doctor don Javier Cortezo y Collantes, que empezó en EL SIGLO MÉDICO su carrera de periodista férreo como *Dottore Baloardo* (seudónimo que es ya en sí una contradicción, porque si hay un ser en el mundo que atemple el hierro con el carbón, es el italiano), utilizará menos—los años no pasan en balde—ese pseudónimo, y lleno de la triste, de la amarga experiencia recogida durante nuestros años de sufrimiento, sonreirá hoy ante muchas cosas que antes le indignaran...

Yo aprendí a escribir en EL SIGLO MÉDICO. Si algún curioso *desorbitado* deseara un día conocer toda mi obra escrita, en la colección de EL SIGLO la encontraría, pues allí se halla casi todo mi original, y lo poco que he publicado en otros sitios tuvieron la bondad de recogerlo en ese periódico o en el que le sustituyó durante estos últimos años: SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA.

El amor de mi padre a EL SIGLO era tan grande, que le parecía que nada podría darme tanto prestigio como actuar de colaborador en el periódico. Impaciente, siempre fué impaciente, al despedirme en la estación en mi viaje para Viena, lo último que me dijo fué: «Envíame pronto una crónica para EL SIGLO...» Yo nunca había hecho una crónica. Yo nunca había escrito nada para ningún periódico, y no hallaba la manera de cumplir el deseo de mi padre... Pasaron unos días, muy pocos, y ya mi padre me acuciaba desde Madrid: «¿Y esa crónica? Pero ¿en qué pierdes el tiempo?» Hasta que, transcurridas apenas tres semanas de mi estancia en Viena, recibí un número del periódico, acompañando una carta de mi



padre en la que me decía: «Como ésta quiero que sean las crónicas sucesivas..., en este estilo...» Mi padre, con retazos de las cartas que yo le había escrito y había escrito a mi madre, había compuesto la primera de *mis* crónicas... Debo confesar que sentí el mismo rubor que debe de experimentar la joven a quien ponen de largo al sacarla por primera vez a bailar. «¡Y esto lo habrán leído personas serias! ¿Y esto se habrá podido comentar en sitios donde me conocen?» Pero como el chico que para enseñarle a nadar le tiran a la charca, tuve que mantenerme a flote como pude... Cuando volví del extranjero, don Ramón Serret me asignó el cargo de traductor universal de EL SIGLO. Me enviaba revistas inglesas, francesas, alemanas, sobre todo alemanas, escritas en un idioma que conocían pocos, y me pasaba todas las semanas bastantes horas traduciendo o condensando de aquellas revistas para el periódico, alternando esos escritos con la exposición de temas clínicos vividos o con estudios de la especialidad... Ya estaba yo metido de lleno en EL SIGLO MÉDICO cuando pasó a don Carlos y su hijo, que tenían círculos más dilatados de amigos y colaboradores, pero era raro el número en que no saliera algo mío. Al interrumpirse por la guerra la publicación del periódico fué su ausencia una de las más sentidas por mí entre tantas de la época trágica, y soñaba con su reaparición apenas terminada la contienda; pero intereses publicitarios, cuestiones de índole diversa, todas ellas solucionables, impedían la coaptación de las voluntades, de cuya unión dependía la vida del periódico. En esas circunstancias se me indicó la decisión tomada de nombrarme director de EL SIGLO MÉDICO, y hasta creo que se publicó, sin comunicármelo previamente, una nota que así lo decía, nota que llegó a los antiguos suscriptores. Yo estaba firmemente convencido de la resurrección de EL SIGLO MÉDICO por infinitas razones, porque la clase médica española tenía y tiene necesidad de EL SIGLO MÉDICO, y hasta por la afirmación de

aquel maestro de obras de Alcalá, que decía que las cosas al ser cogen *vicio de ser*, y de que un siglo de publicación había dado al periódico el vicio de publicarse, que no podía cesar por diferencias mínimas de conceptos o por compromisos; pero aun teniendo en cuenta estas circunstancias y las razones patrióticas y científicas que me hubieran impulsado a actuar en ese sentido, mi conciencia, como amigo de don Carlos Cortezo, y el amor que por igual profesó a sus hijos, me dieron valor y autoridad para reunirlos a todos, hablarles como si representara el espíritu de su padre, y se aplazó esa publicación hasta el momento en que esa publicación ya puede hacerse con la alegría y la esperanza de todos los Cortezo y de todos los amigos de los Cortezo y de todos los médicos españoles.

La reaparición de EL SIGLO MÉDICO confirma mi fe absoluta en la vida del periódico. Espero y temo que llegue a mi casa el número inicial de su segunda época. Recuerdo a mi santa madre, que sabía el entusiasmo de mi padre por su revista, entrar en el *cuarto de trabajo*, y, satisfecha, sonriente por el placer que daba a mi padre, decirle: «Ángel, aquí está EL SIGLO MÉDICO.» Y mi padre, ignorante del tesoro de ternura que encerraba aquella escena, dejar todo lo que tenía entre manos y abrir con ansia el periódico para repasar sus escritos. Recuerdo, años después, en mi propia casa, a mi adorada mujer entrar sonriente en mi despacho y dejar sobre mi mesa el periódico, repitiendo las palabras de mi madre: «Ángel, aquí está EL SIGLO MÉDICO.» La vida continúa, la vida se renueva; pero esas palabras ya no sonarán más en mis oídos, y cuando unas manos cualesquiera me dejen con indiferencia este periódico, entre mi afán para cogerlo y el periódico mismo se interpondrán un telón lleno de imágenes amadas y, por qué no confesarlo, una cortina de lágrimas, y es posible que este número se quede sin abrir.

## CUANDO «EL SIGLO» VUELVE

### Perfiles de una tertulia

por el

Doctor JUAN SAMPELAYO

Ahora, cuando EL SIGLO MÉDICO vuelve al mundo vario de los periódicos, vienen a nuestra memoria muchos recuerdos. Imágenes y perfiles de un ayer, unas y otros con nostalgia y emoción de cosas felices que ya se fueron. Aquel despacho de EL SIGLO..., con su empapelado oscuro y sus dos grandes balcones sobre un patio antiguo. Aquel despacho con fotografías de otros tiempos, en cuyo centro una gran mesa nos traía cada miércoles

—felices miércoles de EL SIGLO...—las últimas revistas, los libros de Francia, de Inglaterra, de Alemania, aún frescos de tinta, y también la fresca cerveza cuando llegaban las jornadas veraniegas...

Han pasado ya más de diez años de aquellas tertulias de los miércoles; pero aún los recuerdo a todos como si acabara de verlos, cual si acabara de abandonarlas. Aún están todos aquí, junto a



mi chica mesa de periodista humilde, en donde voy escribiendo estas cuartillas. Aún están aquí como si fuera en una de aquellas tardes que todo se hablaba y se comentaba todo.

Es esto gozoso por un lado, pero es triste a la vez. Muy triste el evocar en esta hora feliz en que *EL SIGLO...* vuelve, porque no todos van a estar a nuestro lado. Y entre ellos el primero, don Federico González Deleito.

Con su alta figura de gran caballero, él era quien todo lo sabía, quien conocía en la Medicina el último descubrimiento y en la política la última noticia. Sabía don Federico también muchas cosas de música, conocía las últimas novedades literarias. Era, además, por si todo esto fuera poco, un hombre bueno tras de una cáscara que al principio parecía dura, pero que luego era dulce y blanda.

Puntal firme de todos los miércoles era también Renedo. Renedo, oftalmólogo de categoría, era hombre de silencios. Unos silencios largos que se rompían de vez en cuando para hablar de viajes, evocando con don Angel Pulido, siempre inquieto y apresurado, excursiones por lejanas tierras de la Europa norteña.

Javierito Tomé llegaba siempre cargado de nuevas, de noticias y de libros, con su simpatía ancha y cordial. El traía a la tertulia un aire joven y alegre, que no por ello andaba reñido con su conocimiento hondo de la especialidad dermatológica, en que hoy es uno de los primeros maestros españoles.

Luego, a veces, venían Mariano Azaña, serio y grave; Rafael Tapia, García Vicente, Martina Bescor, doctora y femenina, y otros cuyos nombres ahora se me escapan de la pluma.

Eran dos horas de charla sin pausas, de contar anécdotas, de discusiones nobles y serenas presididas por Javier. Por don Javier, que heredó de su padre toda la inteligencia y la bondad que tuvo a raudales en su sangre aquel buen y sabio anciano que fué don Carlos María Cortezo.

Hablar aquí, en *EL SIGLO MÉDICO*, de Javier Cortezo es realmente pueril; es como decir a los pescadores de las cosas del mar y contarles a los amantes que gustan de pasear bajo la luna noticias de las estrellas. Pero hay lectores nuevos, y no es posible, al hablar de aquel cuádrilo de época, dejar fuera su silueta.

Javier Cortezo, de buena apostura y sonrisa siempre a flor de labios, con su flor en el ojal, estaba allí todas las tardes.

Cuando llegábamos acaba de terminar un *Cronicon* hiriente o delicioso, deliciosamente hiriente las más de las veces, que nos leía con una voz bien timbrada. Luego seguía siendo él, el de la voz cantante, el que preguntaba y el que nos contaba a todos el suceso más desconocido, la más divertida anécdota.

Hoy, cuando en la mañana de junio he sabido que volvía *EL SIGLO...*, aquel *SIGLO* de la vieja casa de la calle de Serrano, donde una tarde de un agosto lejano llegué por vez primera, he sentido una dulce y dolorida emoción.

Una emoción que me ha traído a evocar—acaso con demasiados personalismos—aquellos que, con con alegre y noble tesón, lo hacían ahora hace ya más de diez años, en el viejo despacho donde hace muchísimos más, lo pilotara don Carlos María Cortezo, a quien con devoción respetuosa dedico estas cuartillas.

## SILVA LITERARIA

### LOS BORGIA Y LOS MÉDICOS

por el

Doctor VICTORIANO JUARISTI  
Miembro de la Asociación de Escritores Médicos.

Durante más de un siglo el mundo giró alrededor del eje Roma-España, que afirman los papas, los reyes, los príncipes, los grandes capitanes, los descubridores, los teólogos, los juristas...

Una gran familia española se trasplanta de Játiva a Roma: los Borgia; dan como fruto a Calixto III y Alejandro VI; estos Borgia intervienen poderosamente en la turbulenta vida de los Estados de Europa. Y como son de carne mortal, están sujetos a sus padecimientos y miserias; el llamarse el rey Sol no libra de almorranas, ni el ser emperador de gota y paludismo, o de pudrirse en vida. Lo que supone que todos los Borgia tuvieron que ver con los médicos, y lo que ha ocasionado innumerables diagnósticos retrospectivos de las enfermedades que sufrieron.

Los médicos seremos siempre augures del pasado, aunque con la vista y las manos puestos en un paciente nos quedemos tantas veces a oscuras.

No tengo la intención de hacer diagnósticos (¡ya para qué!), sino de recordar algunas ocasiones en que los distinguidos colegas de aquellas cortes actuaron cerca del Papa Alejandro, de César y de Lucrecia, personajes que no pierden su interés a través de los siglos y a pesar de las horribles conmociones de la vida presente, y dan temas para que se publiquen, aun en las naciones más perturbadas, libros biográficos sobre aquéllos; después del magnífico estudio de Onieva, entre nosotros, ha salido la historia de Lucrecia, escrita por María Bellonci en Italia.

Ocasión saliente y crítica fué la enfermedad



que rápidamente cortó la vida de Alejandro VI (1503) y puso en gravísimo trance al mismo tiempo la de César, que, aunque restándole energías, pudo retardar el brusco apagamiento de su buena estrella e intervenir decisivamente en el nombramiento del nuevo Papa, gracias a sus incondicionales, cardenales y capitanes, frente a la avalancha de las poderosas casas rivales, especialmente la de los Médicis, en cuyo escudo campea la lanceta de sangrar, que su fundador manejó.

Aquella enfermedad, cinco días después de un banquete que les había sido ofrecido en el campo, fué atribuida a un envenenamiento, cosa frecuente (la atribución y el hecho) en aquel tiempo. Pero no hay duda de que se trató de una infección aguda: el tifus o la malaria, que asolaban la campiña romana; ya dije que no quería hacer diagnósticos.

Padre e hijo (ahora hay una tesis que niega que César y Lucrecia fuesen hijos de Alejandro VI) estaban abrasados de fiebre en sus habitaciones y asistidos por varios médicos, entre los que figuraban Gaspar Torrella, que escribió un informe o historia clínica de la enfermedad de César. Al Papa le extrajeron cinco onzas de sangre al sexto día; la enfermedad tomó un carácter pernicioso, y la muerte sobrevino a la semana siguiente.

César, mucho más resistente, se salvó, a pesar de la terapéutica de Torrella, en la que figuraban extraños remedios como éste: se llevó a la estancia una mula viva, se la despanzurró y metieron entre las entrañas palpitantes al paciente. Otro día, según el cardenal Corneto, le tuvieron un buen rato en una gran tinaja aceitera llena de hielo. «El valentino salió de la crisis con el cuerpo pelado, la cara violácea y casi desfigurado.» Pero salió de la tinaja y de la enfermedad; hizo que eligieran Papa a Piccolomini (Paulo III), que murió pocas semanas después, quedando César obligado a pactar con el que fué Julio II, pacto incumplido por ambas partes. César, engañado por Gonzalo de Córdoba (órdenes del Rey Católico), fué traído preso a Chinchilla primero, y a Medina del Campo después. De este castillo se escapó descolgándose por una ventana y dañándose seriamente las muñecas; fué asistido por el médico del conde de Benavente. Poco después pudo llegar, disfrazado, a la corte de su cuñado Juan de Labrit, rey de Navarra, entonces en guerra con los partidarios de Fernando de Aragón. Y en una escaramuza nocturna le atravesaron a lanzadas, dejándole muerto y desnudo. «O César o nada», era su lema, y *nada* fué, pues sus restos fueron recogidos por su real cuñado en un mausoleo que se labró en la iglesia de Santa María, de Viana. Pero años después, a consecuencia de la campaña antiespañola y anticatólica levantada en Europa—y que aún se mantiene—, el sepulcro fué destruido, y los restos de Cé-

sar enterrados fuera del recinto sagrado, sin señal ni mención alguna que lo advirtiese al que pasara encima de aquella tierra.

La tradición señalaba un lugar, aproximadamente, en mitad de lo que hoy es una calle asfaltada y continuamente transitada por hombres y bestias. Un día de agosto del pasado año, una nutrida Comisión de arqueólogos, médicos y autoridades nos presentamos en el lugar armados de picos, palas y azadones. Excavamos en el supuesto yacimiento, y, efectivamente, dimos con un esqueleto, aislado por losetas en bruto, que cuidadosamente recogimos y examinamos, incluso radiográficamente, el titular y forense, don Santiago Becerra y el que suscribe. Después de argumentar sobre la autenticidad de aquellos huesos, formamos un informe, cuyas conclusiones son:

1.<sup>a</sup> Que no hay ningún dato que *indubitablemente* identifique a una persona determinada.

2.<sup>a</sup> Que sus caracteres generales de sexo, edad, talla y herida de arma blanca en escápula izquierda, hecha en vida, corresponden a un sujeto de las circunstancias corpóreas de César Borgia.

3.<sup>a</sup> Que ni la fecha de la inhumación primera de este cuerpo (o sea la de la muerte) ni la de su permanencia en su actual yacimiento se pueden precisar; pero sí se puede afirmar que su permanencia en la tierra no ha sido menor de doscientos años.

O sea que nada de lo investigado se opone a la tradicional afirmación de que los restos de César Borgia fuesen trasladados desde su sepulcro en la iglesia hasta este lugar, situado fuera de su recinto y del atrio.

El señor duque de Alba, poseedor del título de conde de Lerín, cuyos soldados mataron a César, desea dar a éste honrada sepultura, si hay probabilidades de que los restos hallados sean tales. En tanto, están guardados en una arqueta que yo costeeé, como lo hice (y labré personalmente), en un sepulcro con la figura yacente del famosísimo personaje; pero los vianeses, torpemente inducidos a ello por ignorantes presuntuosos, lo destruyeron; quedan copias en Játiva y en San Sebastián. Reconozco el poco valor artístico de la obra; pero nadie ha hecho más ni mejor hasta el presente en memoria de César Borgia, generalísimo de la Armada pontificia y del reino de Navarra.



(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.013)



# HIGIENE REFRANEADA DE LA ALIMENTACIÓN <sup>(1)</sup>

por el

Doctor CASTILLO DE LUCAS

Al doctor Nicasio Mariscal, presidente de la Sociedad Española de Higiene, ofrece esta conferencia, pronunciada en tan prestigiosa entidad.

Si clasificáramos los refranes de aplicación médica con arreglo a las tres funciones orgánicas básicas del hombre, veríamos que predominaban los referentes a la nutrición, a los que seguirían los que atañen a las funciones de relación, y, por último, aparecen los dedicados a la conservación de la especie, aunque bien creemos que éstos, por su color y por delicadeza moral, dejan de consignarse por escrito en los refraneros.

La preferencia refraneril, respecto a los que tratan de la conservación del individuo, mediante la alimentación, tiene por fundamento el de ser la primera de las demás funciones orgánicas, y sin la cual no tienen razón de existencia las demás: *primum vivere, deinde philosophare*, y para vivir hay que comer, según nos lo dice el refranero, en aluvión de ellos, nada más que abrirle:

*Sin comer y sin beber, no hay placer.*

*El que no come, su casa aescompona.*

*El hambre es mala consejera.*

*Hambre y frío, entregan al hombre a su enemigo.*

*Con hambre, Venus tiene frío.*

*Estómago con hambre, no quiere razones sino panes.*

*El que bien come y bien bebe, razón es que carga lleve.*

Y tantos otros que pregonan cómo las demás funciones se subordinan a la alimentación pues sin ella no hay placeres, ni relaciones de convivencia, ni ganas de trabajar, ni paz duradera posible.

El gran instinto natural de vivir está recogido en los refranes; sin embargo, conviene revisarlos, pues algunos adulan las pasiones humanas, no precisamente conformes con la higiene física ni con la moral.

## LOS ALIMENTOS

Clasificándolos por su origen, y sólo citando los refranes más interesantes, después de un detenido cribado de la inmensa cosecha de ellos que contiene el refranero castellano, sólo citaremos a modo de ejemplo los que siguen:

*Aceite de oliva, todo mal quita.*

*Aceituna, una es oro, dos plata y la tercera mata.*

En esto los autores creen que la unidad se refiere a la docena; de todos modos, discreto es no abusar de las olivas como aperitivo; pues si en pequeña cantidad estimulan el apetito por su grato sabor, pueden llegar a la inhibición de la digestión por su riqueza oleosa.

*Espinacas, comida sana.*

*El tomate, hasta que se remate.*

*Con tomate, hasta el chocolate;* tal es su fama antiescorbútica desde tiempos antiguos.

*De lo que come el grillo, poquillo,* aludiendo a la lechuga, escarola y, en general, a las ensaladas, de las que otro dice más a lo claro: *Ensalada y agua bendita, poquita*, ya que las verduras crudas, además de ser más indigestas, pueden ser portadoras de infecciones intestinales cuando las aguas con que se riegan están contaminadas.

El arroz tiene un copioso refranero, ya que la paella valenciana, lo mismo que con los garbanzos en el cocido castellano, son platos básicos de la alimentación popular. Del primero, sólo a título de muestra, diremos en lengua valenciana: *Arros, que fa el ventre gros;* y en cuanto a la olla, llega a tanto su ponderación refraneril, y en realidad lo merece, por ser un alimento completo y fácilmente digestible: *Después de Dios, la olla; todo lo demás es bambolla*, pues me parece muy fuerte encomiar por su segunda parte aquel que dice: *Una olla y una vara, el gobierno de una casa.*

En general, el pueblo no estima con exceso las verduras, prefiriendo las carnes; por eso dice: *Si quieres tener el cuerpo sano, no le metas a hortelano.* Y como demostración de esta falta de interés por determinados vegetales, tenemos:

*Coles y nabos, para en una, son entrambos.*

*Caldo de nabos, ni lo quieras ni lo des a tu hermano.*

*La calabaza, ni engorda ni embaraza; sólo llena la tripaza.*

*La berenjena, para nada es buena.*

*Caballero, tente en piernas; mal te harán las acelgas.*

*¡Como verdolaga en huerta!* Es adagio alusivo a aquellas personas que presumen, y que está originalmente glosado formando parte de una copla:

Te anduviste extendiendo,  
como verdolaga en huerta,  
y te viniste a casar  
con el de las patas tuertas.

Las verdolagas sólo se han conocido que las tome el hombre durante la guerra, en la que se tomaban sus tallos cocidos y aderezados con salsa a la vinagreta; hacían la ilusión de que eran espárragos, de los que, por cierto, hace excepción el refranero, y hasta nos da una regla para indicar cuándo son más gustosos:

*Los espárragos de abril, para mí; los de mayo, para mi amo, y los de junio, para ninguno.*

Respecto a las frutas, para ser higiénicas, han de estar bien sazoadas y maduras; bien nos lo advierte el adagio: *A la fruta verde y al hombre mal barbado, dales de lado.* Y como esta fruta

(1) Remitido por su autor para publicación exclusiva en EL SIGLO MEDICO.



verde es la temprana y, además, la más cara, bueno es recordar a las amas de casa estos refranes:

*Fruta cara, no es sana.*

*La fruta, para que no haga daño, cuando la coma el soldado, porque entonces estará bien madura, abundante y barata.*

Reglas para saber si la fruta está madura, las tenemos de algunas:

*Pera que dice «Rodrigo», no vale un higo.*

*Pera que cruge y melón que rechina, a la cocina.*

*La mujer y la pera, la que calla es buena*

Por lo que se refiere a la calidad y preferencia, hay muchos gustos:

*La naranja y la granada, antes que nada.*

*De los colores, la grana; de las frutas, la manzana.*

*Una manzana diaria, aleja el médico de casa.*

*¿Quieres un buen bocado? El nispero despes-  
tañado.*

*Fruta como la uva, ¿quién la ha visto? Pues le  
dió su sangre a Cristo.*

Como vemos, todas tienen sus admiradores. Por algo se viene diciendo:

*Las frutas bien sazonadas, con razón son estimadas*

#### CARNES Y PESCADOS

Elemental condición sanitaria es que las carnes procedan de animales sacrificados, es decir, que no hayan muerto de enfermedad:

*Toda carne es sospechosa, mas la muerta es venenosa.*

Exige también la sanidad que esté fresca, y ninguna tanto como la del día:

*Carne de hoy, pan de ayer y vino de antaño.*

Naturalmente que con los medios actuales de refrigeración puede utilizarse carne no sacrificada tan recientemente; pero bueno es recordar que no sea demasiado atrasada, pues las carnes congeladas, por ejemplo, no tienen la riqueza vitamínica ni el valor higiénico de la carne fresca. Anticuado está el refranero respecto al valor nutritivo de las carnes, ya que pondera reiteradamente la de carnero sobre las demás:

*Comida de caballero es el carnero.*

*De enero a enero, carnero.*

*Ave por ave, el carnero si volase.*

*Si carnero asado cenó, no preguntes de qué murió.*

Cuando se trata de carne de vaca, aconseja este guiso: *La vaca bien cocida y mal asada.* Tratándose de la carne de cerdo, insiste en guardar precauciones, sobre todo cuando son personas de edad: *De la carne de cerdo, cuanto más, menos.*

El jamón y el tocino son justamente valorados en estos refranes:

*Ni olla sin tocino, ni sermón sin agustino*

*El jamón y el vino añejo estiran el pellejo.*

Las aves también son muy elogiadas:

*Carne de pluma, aunque sea de grulla.*

*La gallina hace la cocina.*

*De las aves, la perdiz, y sobre todo la codorniz.*

Y es curioso cómo a propósito de las aves nos da no solamente consejos respecto a su guiso,

tiempo de comerlas, cantidad, etc., sino la necesidad de variar de alimentos, con ser muy exquisitos: *Siempre perdiz, hasta al obispo cansó. De las perdices hastiado, el rey pidió un gazpacho.* Y con un sentido filosófico, dícese que *Todos los días gallina, amarga la cocina.*

#### PESCADOS

Como en lo antiguo llegaban a Castilla los pescados siempre en malas condiciones, dadas las dificultades de transporte desde los puertos, no es de extrañar que los viejos refranes abominen de los pescados en general y se les conceptúe, además, de tan escaso valor nutritivo, que decíase: *Todo pescado es flema y todo juego postema.* Esto último ya es más cierto, pues se refiere a los males que en el alma producen los juegos y las pasiones. Una regla de higiene es la que sigue: *El pez fresco, gástale presto, pues El huésped y el pece, a los tres días hiede.*

#### EL PAN

El pan es tan necesario para la alimentación como lo es la autoridad en el ejército: *Ni mesa sin pan, ni ejército sin capitán.* Higiénicamente, el pan mejor es como dice el refrán: *Pan de trigo—y añade—, leña de encina y vino de parra, sostienen la casa;* con buena harina, desde luego, porque *De harina mala, mal pan se amasa.* Y como solamente en casa se hacía con toda honradez, decía un refrán: *Pan casero, de ese quiero.* El pan debe estar frío para ser sano, ya que fuera del horno continúa su fermentación y sigue evaporando parte del agua que contiene y se hace más digerible por dejarse penetrar mejor por los jugos digestivos. Certísimo es a todas luces aquel refrán que dice: *Pan caliente, mata la gente.* Y derivado de él puede ser el que sigue: *Pan de ayer, vino de antaño y carne del día, dan al hombre la vida.*

El queso es altamente beneficioso para la digestión, pero tomado en pequeña cantidad diariamente: *Todo el año, queso, y al año, un queso.* Solamente a esta pequeña cantidad alude este otro refrán: *Bueno es el queso que da el avaro.*

El agua y el vino complementan la alimentación. En un plebiscito refranero se favorecería el vino, pues pasan de ciento los que a él se refieren, no sólo favoreciendo su uso, sino elogiando su abuso muchos de ellos; mas a todos se opondrían estos tan solamente que voy a citar: *El vino, en la botica.* Alude a que allí debiera venderse para tomarlo por prescripción médica; pero sin llegar a este extremo, tenemos un consejo de oro: *El vino como rey y el agua como buey* debieran beberse, ya que *El agua ni emborracha ni adeuda,* y para demostrar que el refranero no se inclina por los abstemios, dice entre otros refranes: *Beber con medida, alarga la vida,* siempre que sea un vino de calidad: *Beber buen vino no es desatino.*

El agua tiene también su copioso refranero, y muy tamizados podíamos seleccionar estos que siguen:

*El agua cara es siempre mala, porque es escasa,*



y traída a grandes distancias se contamina y altera. Muy sabio es este consejo: *En tierra donde compres el agua, no hagas tu morada.*

*Sin olor, color ni sabor, es el agua mejor.* Y aún añade otra variante: *Y hala de ver el sol; por eso, Agua que huele, no la bebas.*

El agua ha de ser: *De manantial, fresca y limpia*, ya que *Agua corriente no mata la gente*, porque no da lugar a que vivan los gérmenes; en cambio, sí lo hacen en los sitios donde está el agua retenida: *Agua estantía, mala bebía.*

El concepto del valor nutritivo de los alimentos que hoy demostraríamos con cifras de equivalencias de calorías y riqueza de vitaminas, está desde antiguo empíricamente recogido en el refranero:

*Más valen dos bocados de vaca que siete de patatas.*

*A poca carne, mucha berza.*

*Más abrigan dos copas que buena ropa* (esto es sólo aparente).

*El vino es pan y medio.*

*Más vale agua de carne (caldo) que carne de agua (pescado).*

*Carne, carne cría, y peces, agua fría.*

Mas con ser tan agudas estas observaciones, súperalas la que sigue, pues, en verdad aunque la mesa sea pobre, si la comida se realiza con satisfacción y tranquilidad, superará con mucho su provecho a los más exquisitos alimentos tomados con zozobra: *¡Más valen patatas con amor que gallina con dolor!*

#### LA DIGESTIÓN

*No es lo mismo tragar que comer.*

*No aprovecha lo comido, sino lo digerido.*

Para una buena digestión precísase tener apetito; cuando éste es de causa orgánica, ha de remediarse por los aperitivos adecuados que el médico prescribe, pues los que tiene el vulgo son hartos precarios; sin embargo, da un consejo de alto valor psicológico: *Comiendo, comiendo, el apetito se va abriendo.* Y lo refrenda otro: *El comer y el rascar, hasta empezar.* Cuando esta anorexia es por empacho, debe observarse dieta, ya que entonces *El comer sin apetito hace daño y es delito.* Es, por tanto, una regla de higiene esta de: *De lo que no te agrada, no comas nada*, y, por el contrario, es absurdo el seguir este anti-higiénico dicho: *De lo que me gusta, hasta que me tupa.*

El exceso de comer produce más enfermedades que la moderación; de no ser así no se repetiría tanto esa idea contenida en los refranes: *Más mató la gula que la espada.* Quien más come, menos come, porque enfermará y morirá más pronto. Y en todos los refraneros se encuentra este o parecido adagio: *Más se han muerto de hartos que de faltos.*

El apetito, fisiológicamente, está regulado para comer a horas determinadas, aunque el hombre, por su precisión de acomodar sus necesidades a las ocupaciones, hace que sean muy variables; en general, en los pueblos la comida es al filo de las doce, hora que conocen perfectamente por la po-

sición del sol cuando están en el campo; mas no por eso se quedan sin comer estando nublado, pues, como dice el refrán: *No hay mejor medio día que cuando hay gana.* El niño expresa instintivamente con quejidos la sensación de hambre, y se ha hecho un refrán que tiene, además, un sentido amplio para otras necesidades de la vida: *El que no llora no mama.* Conviene que los intervalos de las comidas no sean nunca menores de tres horas. El comer a hora fija es muy saludable; por eso dice el refrán: *A la mesa y a la cama, a la hora horada;* aunque otro, hablando más al instinto, diga: *La mejor hora de comer es cuando hay hambre, habiendo de qué.*

Todos los refranes coinciden en que por la noche las cenas deben ser más ligeras y nunca acostarse inmediatamente después de cenar:

*Cena temprano y vivirás sano.*

*Más mató la cena que sanó Avicena*

*Por grandes cenas están las sepulturas llenas.*

*No le quiere mal quien hurta al viejo lo que ha de cenar.*

*Por mucha cena, nunca noche buena.*

Antes de sentarse a la mesa «ha de lavarse uno las manos», como se dice diplomáticamente; pero el refrán, que no entiende de esas finuras, dice así: *Ni en tu casa ni en la ajena te sientes con la vejiga llena.* Y ya libre de preocupaciones, procura que en la comida no se trate de cosas desagradables (*En la mesa no se debe hablar de muertos*) y estar con la mayor comodidad (*Comer y beber, sentado, y dormir, echado*), y procurar no ocasionar molestias (*En la mesa y en el juego, la educación se ve luego*), y deseará que tampoco se las ocasionen, ya que es de un comprobado pronóstico lo que afirma esta alocución: «de cortarse la digestión por un disgusto».

Ha de comerse despacio, pues *Comer y engullir no es todo uno*, ya que *Quien come despacio, come dos veces*, porque *Bocado engullido, sabor perdido*, por la razón de que mientras los alimentos están en la boca es cuando se gustan y se paladean.

Después de comer debe reposarse no solamente física, sino cerebralmente, y una lógica explicación tiene el refrán que dice que *Después de comer, ni un sobreescrito leer*, pues la circulación cerebral precisa para ese esfuerzo mental y la atención nerviosa será con detrimento de la actividad gástrica. Respecto al reposo la siesta es aconsejada después de la comida, ya que por ser corta y el sueño no completo, no alterará la digestión; no así después de la cena, en que fisiológicamente el sueño ha de ser prolongado; de ahí estos dos refranes: *Cena temprano y vivirás sano; Después de comer, dormir, y de cenar, pasos mil.* Y que dicho en otra variante es: *Tras la cena, pasea; tras la comida, siesta tranquila.*

Nunca debe levantarse uno de la mesa absolutamente harto, pues *Mejor es gana que empacho*; además de la razón económica de que *Quien come y deja, dos veces pone la mesa*, y sobre todo por la bien comprobada regla de higiene de que *Mejor es quedar con gana que estar enfermo mañana.*



La evacuación intestinal, como último acto de la digestión, es muy difícil refranerilmente decirla en público, pues todos los refranes hablan demasiado claro y algunos tienen trascendente mal olor; mas no queriendo dejar incompleto este trabajo—que hartó lo es por muchas razones—, escojo entre docenas el que alude a la lentitud con que se ha de realizar todo el acto digestivo, sin prisas ni preocupaciones: *El comer y el verter, despacio han de ser*, y otro referente a la consistencia de las deposiciones: *Entre cámaras y tapón, está la buena elección*, ya que las primeras debilitan por cuanto no aprovecha lo comido, y lo segundo, por

el factor de autointoxicación intestinal que representan las fermentaciones fecales retenidas. Tan cierto es esto, que muy aguda es la antigua observación del que trataba de solicitar un empleo y antes de presentar el memorial preguntaba al criado cómo había ido el señor de vientre, recordando sin duda aquel refrán que dice: *A hombre recién levantado, ni le propongamos negocio ni le pidamos prestado*.

Como un aforismo precioso de higiene podemos por eso considerar este antiguo refrán: *Quien bien come y bien digiere, sólo de viejo se muere*.

## Informatorio profesional

### Nuevo director del Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo

El doctor don Alfonso de la Fuente Chaos ha sido nombrado por el Ministerio de Trabajo director del Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo, designación que hace esperar que la Medicina social adquiera en España desarrollo proporcionado, ya que la competencia y preparación del nuevo director del Instituto de Medicina son conocidas por la brillantez de toda su carrera.

### Participación de la Medicina española en los Congresos norteamericanos

La Medicina norteamericana ha dado en este primer año de paz especial relieve a las tareas de los dos Congresos profesionales más importantes: el de la American Medical Association y el de Neurología y Oftalmología, Congresos que acaban de inaugurarse en San Francisco.

A ambas reuniones asisten centenares de médicos norteamericanos y extranjeros, y entre éstos los españoles doctor Subirana y doctor Ferrarón, de Barcelona. Entre las ponencias más interesantes presentadas al Congreso de la American Medical Association figuran varios estudios inéditos sobre el empleo y resultados del benadril y del ácido fólico. El benadril está dando en Estados Unidos resultados sorprendentes para el tratamiento de todas las enfermedades alérgicas. El ácido fólico es un nuevo preparado a base de otro empleado hasta ahora en las anemias.

El interés de este Congreso se centra, asimismo, en torno a una ponencia que trata del aislamiento de una nueva hormona pancreática, cuyo empleo posiblemente impedirá la diabetes como una complicación de la diabetes. Autores de este trabajo lo son, conjuntamente, el médico español doctor José Luis R. Candela, catedrático de Patología de la Universidad de Valladolid y el médico norteamericano doctor Louis Bauman, catedrático de la Universidad de Columbia y jefe del Departamento de Investigaciones del Hospital Medical Center, de Nueva York.

Los doctores Candela y Bauman, aislando una

nueva hormona pancreática, han perfeccionado grandemente el conocimiento de la acción del páncreas en la formación de las proteínas, sobre todo de la «gamma», avance que podrá aclarar la facilidad con que los diabéticos sufren las infecciones.

Otras dos notorias ponencias presentadas al Congreso de San Francisco tratan de la Cirugía vascular y de los resultados obtenidos en el tratamiento del cáncer de la piel con fósforo radiactivo.

### Funerales en Nueva York por el doctor García Miranda

En la iglesia española de la Milagrosa se ha efectuado un solemne funeral por el eterno descanso del alma del doctor don Antonio García Miranda, catedrático de Oftalmología de la Universidad de Salamanca, fallecido recientemente en Nueva York.

A la ceremonia religiosa asistió una representación oficial del Consulado de España y numerosos miembros de la colonia española.

El cadáver del doctor García Miranda será trasladado en breve a España.

### Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona

ESCUELA DE PATOLOGIA DIGESTIVA

Profesor: F. Gallart Monés

Ampliación de estudios 1946

XXX CURSO DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

organizado por F. Gallart Monés

Este curso empezará el 5 de octubre y terminará el 21 de diciembre. Será eminentemente práctico. Sólo se admitirán treinta alumnos. Todos los días, de ocho y media a diez de la mañana, presentación de enfermos y discusión sobre los mismos en la clínica y el dispensario. Las lecciones del programa se ilustrarán con fotografías, proyecciones, piezas patológicas, etc., alternando con prácticas radiológicas, endoscópicas, de laboratorio y demostraciones operatorias.



Sesiones gastroscópicas: martes y viernes, desde las ocho de la mañana. Sesiones proctoscópicas: lunes, desde las nueve de la mañana.

#### PROGRAMA

Lección 1.<sup>a</sup> «Interrogatorio y exploración clínica de un enfermo del aparato digestivo. El dolor abdominal en patología digestiva», doctor Gallart. Lección 2.<sup>a</sup> «Fisiopatología de la digestión. Síndromes coprológicos; su interpretación, doctor Barberá.

#### Esófago:

Lección 3.<sup>a</sup> «Afecciones benignas del esófago», doctor Andréu. Lección 4.<sup>a</sup> «Cáncer del esófago», doctor Raméntol.

#### Estómago y duodeno:

Lección 5.<sup>a</sup> «Examen del contenido gástrico. Su valor clínico», doctor Babot. Lección 6.<sup>a</sup> «Gastroscopia», doctor Badosa. Lección 7.<sup>a</sup> «Dipepsias. Concepto actual», doctor Raméntol. Lección 8.<sup>a</sup> «Gastritis», doctor Vidal Colomer. Lección 9.<sup>a</sup> «Úlcera gastroduodenal. Estado actual de su etiopatogenia», doctor Pinós. Lección 10. «Síntomas y formas clínicas de la úlcera gastroduodenal», doctor Vidal Colomer. Lección 11. «Radiología de la úlcera gastroduodenal», doctor Valls Colomer. Lección 12. «Valor de la endoscopia en el diagnóstico de la úlcera gástrica», doctor Pinós. Lección 13. «Terapéutica médica de la úlcera gastroduodenal. Indicaciones quirúrgicas», doctor Gallart. Lección 14. «Fisiopatología del gastroenterostomizado y del gastrectomizado», doctor Romero Calatayud. Lección 15. «Diagnóstico clínico del cáncer del estómago», doctor Balagué. Lección 16. «Radiología y endoscopia del cáncer del estómago, especialmente en su comienzo», doctor Vidal Colomer. Lección 17. «Fundamentos de la terapéutica quirúrgica del cáncer del estómago», doctor Prim. Lección 18. «Tumores benignos del estómago», doctor Badosa. Lección 19. «Enfermedades no ulcerosas del duodeno», doctor Andréu.

#### Intestino:

Lección 20. «Enteropatías del delgado», doctor Valls Colomer. Lección 21. «Apendicitis aguda», doctor Lloret Barber. Lección 22. «Apendicitis crónica. Criterio clínico y radiológico», doctor Pinós. Lección 23. «Otras afecciones de la fosa ilíaca derecha», doctor Andréu. Lección 24. «Colitis ulcerosa grave. Poliposis intestinal», doctor Gallart. Lección 25. «Colitis específicas (amibiana, disenterica y tuberculosa)», doctor Gallart Esquerdo. Lección 26. «Falsas colitis. Interpretación e importancia clínica», doctor Balagué. Lección 27. «Estreñimiento. Patogenia y terapéutica», doctor Badosa. Lección 28. «Megacolon y cecocolon», doctor Gallart Esquerdo. Lección 29. «Cáncer del colon», doctor P. Figueras. Lección 30. «Oclusión intestinal», doctor Raméntol.

Lección 31. «Métodos de exploración de la región anorrectosigmoidea», doctor Barberá. Lección 32. «Estenosis inflamatoria del recto. Otras afecciones benignas anorrectales», doctor Barberá. Lección 33. «Cáncer anorrectal, especialmente su diagnóstico precoz», doctor Barberá. Lección 34. «Tratamiento de las afecciones benignas anorrectales», doctor Barberá. Lección 35. «Normas directrices en la operabilidad del cáncer rectosigmoideo», doctor Puig Sureda. Lección 36. «Patología del diafragma», doctor Valls Colomer. Lección 37. «Peritonitis aguda generalizada. Estudio clínico y terapéutico», doctor Gallart Monés.

#### Hígado y páncreas:

Lección 38. «Exploración biliopancreática por el sondeo duodenal», doctor Badosa. Lección 39. «Insuficiencia hepática en Clínica», doctor Sierra. Lección 40. «Hepatitis y cirrosis. Estudio anatomopatológico», doctor Pinós. Lección 41. «Hepatitis y cirrosis. Estudio clínico y terapéutico», doctor Pinós. Lección 42. «Quistes y abscesos del hígado», doctor Llauradó. Lección 43. «Cáncer del hígado, de las vías biliares y de la ampolla de Vater», doctor García Paredes. Lección 44. «Colecistopatías. Estudio clínico», doctor Vidal Colomer. Lección 45. «Estudio radiológico de la vesícula y de las vías biliares», doctor Valls Colomer. Lección 46. «Terapéutica médica de las colecistopatías», doctor Vidal Colomer. Lección 47. «Litiasis del colédoco», doctor Gallart Esquerdo. Lección 48. «Terapéutica quirúrgica de las afecciones de la vesícula y de las vías biliares. Fundamentos de las anastomosis biledigestivas», doctor Puig Sureda. Lección 49. «Pancreatitis aguda y crónica. Litiasis y quistes del páncreas», doctor Gallart. Lección 50. «Cáncer del páncreas», doctor Gallart Esquerdo.

\* \* \*

Lección 51. «Neumoperitoneo y laparoscopia», doctor Pinós. Lección 52. «Patogenia y Clínica de las ascitis», doctor Raméntol. Lección 53. «Procesos precancerosos del aparato digestivo», doctor Roca de Viñals. Lección 54. «Síndromes esplenomegálicos en patología digestiva», doctor Sierra. Lección 55. «Estudio etiológico y clínico de las hematemesis y las melenas», doctor García Paredes. Lección 56. «Síndromes digestivos relacionados con el aparato genital femenino», doctor Rusca. Lección 57. «Síndromes abdominales en las afecciones del aparato urinario», doctor Oller. C. de Sobregráu. Lección 58. «Ictericias hemolíticas», doctor Guasch. Lección 59. «Trastornos digestivos en la radiculitis y en la tabes. Crisis ulcerosas pseudotabéticas», doctor Font. Lección 60. «Terapéutica hidromineral», doctor Gallart. Lección 61. «Valoración y concepto de los síndromes funcionales en patología digestiva», doctor Gallart. Lección 62. «Complicaciones respiratorias en la cirugía abdominal», doctor Caralps. Lección 63. «El médico frente a los procesos quirúrgicos del aparato digestivo. La enfermedad operatoria», doctor Gallart.



## CURSO DE RADIODIAGNOSTICO

T. A. Pinós Marsell y E. Vidal-Colomer, con la colaboración de L. Andréu Oller y J. Valls Colomer.

## PROGRAMA

Lección 1.<sup>a</sup> «Técnica general. Aparatos. Interpretación de un negativo. Preparación del enfermo. Comida opaca. Neumografía Neumoperitoneo. Radiografía de la mucosa gastrointestinal», doctor Vidal-Colomer. Lección 2.<sup>a</sup> «Esófago. Técnica radioscópica y radiográfica. Esófago normal. Esófago patológico», doctor Andréu. Lección 3.<sup>a</sup> «Estómago. Técnica radioscópica y radiográfica. Estómago normal, atónico y ptótico», doctor Vidal-Colomer. Lección 4.<sup>a</sup> «Estómago patológico. Úlcera gástrica», doctor Pinós. Lección 5.<sup>a</sup> «Cáncer gástrico», doctor Vidal-Colomer. Lección 6.<sup>a</sup> «Estómago operado. Síntomas gástricos por lesión extragástrica», doctor Vidal-Colomer. Lección 7.<sup>a</sup> «Duodeno. Técnicas radioscópicas y radiográficas. Úlcera duodenal», doctor Pinós. Lección 8.<sup>a</sup> «Otras lesiones duodenales. Malformaciones del duodeno», doctor Vidal-Colomer. Lección 9.<sup>a</sup> «Exploración radiológica de la fosa ilíaca derecha. Apendicitis crónica», doctor Pinós. Lección 10. «Falsas apendicitis», doctor Andréu. Lección 11. «Exploración del intestino. Técnicas especiales», doctor Valls Colomer. Lección 12. «Neoplasias intestinales. Tuberculosis intestinal», doctor Pinós. Lección 13. «Estasis intestinal. Estreñimiento», doctor Valls Colomer. Lección 14. «Eventración y hernia diafragmáticas», doctor Valls Colomer. Lección 15. «Vesícula biliar. Técnica radioscópica y radiográfica. Colorantes opacos. Síntomas radiológicos directos e indirectos de la vesícula biliar patológica. Angiocolegrafía», doctor Pinós.

En este curso, por ser esencialmente práctico, bajo ningún concepto se admitirán más de diez alumnos. Las lecciones se darán los martes y viernes, de seis a siete y media de la tarde.

Cada lección constará de tres partes: 1.<sup>a</sup>, explicación teórica resumida; 2.<sup>a</sup>, lectura de imágenes radiográficas; 3.<sup>a</sup>, prácticas de radioscopia y de radiografía por los alumnos.

## CURSO PRACTICO DE LABORATORIO

P. Babot Boixeda y J. Badosa Gaspar, con la colaboración de I. Garreta Jaques y J. Blasi Masgoret.

## PROGRAMA

Práctica 1.<sup>a</sup> «Examen del contenido gástrico. Contenido en ayunas. Secreción en vacío. Bebidas de prueba. Histamina. Cromoscopia», doctor Babot. Práctica 2.<sup>a</sup> «Examen del contenido gástrico. Secreción gástrica propiamente dicha: agua, sales, ácido clorhídrico y fermentos. Procedimientos de valoración. Elementos anormales. Examen microscópico», doctor Babot. Práctica 3.<sup>a</sup> «Técnica del sondeo duodenal. Prueba de Meltzer-Lyon. Caracteres macroscópicos, químicos, biológicos y microscópicos del jugo duodenal», doctor Ba-

dosa. Práctica 4.<sup>a</sup> «Examen de la capacidad funcional y secretoria del páncreas. Métodos directos e indirectos», doctor Badosa. Práctica 5.<sup>a</sup> «Exámenes hematológicos en las afecciones del aparato digestivo», doctor Garreta. Práctica 6.<sup>a</sup> «Metabolismo proteico. Albúminas totales en el suero. Cociente serina-globulina. Reacciones de Takata Ara y de Weltmann. Formol y lactogelificación», doctor Babot. Práctica 7.<sup>a</sup> «Pruebas funcionales hepáticas. Sobrecarga de galactosa y de ácido benzoico. Hiperbilirrubinemia. Tiempo de protrombina. Urobilinuria», doctor Babot. Práctica 8.<sup>a</sup> «Pruebas metabolimétricas y trastornos digestivos. Metabolismo basal. Acción dinámicoespecífica de las proteínas», doctor Blasi. Práctica 9.<sup>a</sup> «Estudio coprológico de la digestión intestinal», doctor Babot. Práctica 10 «Parásitos intestinales. Estudio especial de la amibiasis», doctor Babot.

Los trabajos serán esencialmente prácticos, y se harán por la mañana, a las once, los martes, jueves y sábados. Cada práctica irá precedida de una breve explicación teórica.

## CURSO ESPECIAL DE GASTROSCOPIA

T. A. Pinós, E. Vidal-Colomer y J. Badosa Gaspar.

## PROGRAMA

Lección 1.<sup>a</sup> «Instrumental. Preparación del enfermo. Técnica general. Indicaciones, contraindicaciones y dificultades de la gastroscopia». Lección 2.<sup>a</sup> «Estómago normal». Lección 3.<sup>a</sup> «Gastritis». Lección 4.<sup>a</sup> «Úlcera gástrica». Lección 5.<sup>a</sup> «Cáncer gástrico. Diagnóstico precoz». Lección 6.<sup>a</sup> «Tumores benignos del estómago». Lección 7.<sup>a</sup> «Estómago operado».

En este curso, bajo ningún concepto se admitirán más de cinco alumnos.

Las lecciones se darán los martes y viernes, de once de la mañana a una de la tarde.

Cada lección constará de tres partes: 1.<sup>a</sup>, explicación teórica resumida; 2.<sup>a</sup>, lectura de láminas gastroscópicas; 3.<sup>a</sup>, prácticas de manejo e introducción del gastroscopio por los alumnos.

Precio de la matrícula, 350 pesetas.

Precio de la matrícula con el curso de radiodiagnóstico, 850 pesetas.

Precio de la matrícula con el curso práctico de laboratorio, 500 pesetas.

Precio de la matrícula para los tres cursos, 1.000 pesetas.

Precio de la matrícula para el curso especial de gastroscopia, 1.000 pesetas.

Para la inscripción, dirigirse a la Administración del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Depositaria. Barcelona.

*Nota.*—Estos programas se repetirán anualmente en la misma época, añadiendo todos los años aquellas cuestiones de más actualidad, así como las materias especialmente estudiadas por la Escuela.

Para más detalles, dirigirse a la Secretaría del Dispensario del Servicio de Patología digestiva del Hospital.



## SECCION OFICIAL

*DECRETO de 31 de mayo de 1946 por el que se aprueba el Reglamento de la Escuela Nacional de Sanidad.*

Para dar cumplimiento a cuanto establece el apartado A) de la base tercera de la Ley de Sanidad de 25 de noviembre de 1944, a propuesta del Ministro de la Gobernación, previa deliberación del Consejo de Ministros, y de acuerdo con el informe del Consejo de Estado,

## DISPONGO:

Artículo único. Se aprueba el adjunto Reglamento de la Escuela Nacional de Sanidad.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en Madrid a 31 de mayo de 1946 — *Francisco Franco*.—El Ministro de la Gobernación, *Blas Pérez González*.

# REGLAMENTO DE LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD

## Objeto y fines.

Artículo 1.º La Escuela Nacional de Sanidad, con sus Escuelas filiales de Puericultura, Tisiología u otras que se creen, dependerá del Ministerio de la Gobernación, a través de la Dirección General de Sanidad, constituyendo una institución de interés primordial de dicha Dirección, incluida dentro del grupo F, «Servicios Especiales», a que hace referencia la base primera de la Ley de Sanidad.

La Escuela Nacional de Sanidad tendrá como misión genérica la enseñanza y la investigación sanitarias. Por su carácter de Escuela especial, por la preparación de su personal técnico y por el sentido esencialmente práctico que ha de imprimirse a sus enseñanzas, a dichas funciones se agregan la de Epidemiología y de Medicina social y la de preparación de elementos sanitarios.

## Función docente.

Art. 2.º La función docente queda perfectamente encajada dentro de la Universidad española con el nuevo y peculiar carácter de una Escuela de postgraduados, en donde se atienda a la formación de especialistas sanitarios entre médicos, farmacéuticos y veterinarios y, en general, entre profesionales de muy distintos grados.

La labor de la Escuela Nacional de Sanidad quedará concretada en las siguientes funciones:

- a) Preparación de oficiales sanitarios.
- b) Formación sanitaria de especialistas médicos al servicio de la Sanidad nacional.
- c) Preparación técnica de diplomados de Sanidad.
- d) Instrucción y formación de médicos especialistas de Higiene escolar.
- e) Enseñanza de la Epidemiología e Higiene escolar a los maestros.
- f) Preparación del personal auxiliar sanitario, muy preferentemente instructoras sanitarias y agentes sanitarios.
- g) Perfeccionamiento científico de los sanitarios y extensión cultural de los problemas de este

orden que requieran para su solución una comprensión y activa colaboración ciudadana.

## Investigación.

Art. 3.º Toda la labor que realice la Escuela Nacional de Sanidad estará orientada y ejecutada dentro de un plan y método que la haga susceptible de constituir material de investigación. Además de ello, la Escuela Nacional de Sanidad auxiliará o promoverá planes que tengan este carácter, destinados a cooperar al mejor conocimiento o solución de las cuestiones sanitarias. En este aspecto científico, dentro de su propia autonomía de iniciativa y realización, la Escuela Nacional de Sanidad actuará de acuerdo con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

## Epidemiología y producción.

Art. 4.º Bajo el control directo de la Dirección General de Sanidad, la Escuela Nacional de Sanidad realizará una constante labor epidemiológica, teniendo establecido, a través de la Oficina de Estadística, una vigilancia constante de la situación sanitaria de todo el territorio nacional, con inclusión de las zonas coloniales.

En colaboración con las Jefaturas Provinciales de Sanidad, estudiará las condiciones en que se desenvuelven las luchas contra las epidemias locales y auxiliará a estos organismos provinciales o a los locales autónomos en acontecimientos epidémicos, cuando la Dirección General de Sanidad así lo disponga. Para estos fines epidemiológicos, un Médico de la Brigada Sanitaria Central, que ejercerá sus funciones con carácter de agregado en comisión en la Escuela Nacional de Sanidad, servirá de enlace técnico entre ambas instituciones.

Siempre que la doble finalidad de actuación epidemiológica y de enseñanza así lo aconseje, la Dirección General de Sanidad podrá encomendar a la Escuela Nacional de Sanidad la gestión directa de ciertas luchas sanitarias.

La producción de ciertos elementos sanitarios necesarios para el cumplimiento de la misión epidemiológica será señalada trimestralmente en relación y cuantía por la Dirección General de Sanidad. La preparación de material para la enseñanza se acomodará a las necesidades de ésta.

## Del Alto Patronato directivo.

Art. 5.º La Escuela Nacional de Sanidad estará regida por un Alto Patronato integrado por el Ministro de la Gobernación como Presidente, el Ministro de Educación Nacional, el Subsecretario del Ministerio de la Gobernación, directores generales de Sanidad y Enseñanza Universitaria, Rector de la Universidad de Madrid y el Director de la Escuela Nacional de Sanidad, que actuará como Secretario. Por su carácter y rango, los cargos del Patronato de la Escuela Nacional de Sanidad serán indelegables.

Art. 6.º La razón y la misión de este Alto Patronato es garantizar una coordinación en el orden docente de las Leyes de Sanidad y de Ordenación Universitaria y de las disposiciones de orden inferior que de ambas se deriven. Con este fin, serán funciones suyas las siguientes:



a) Establecer conciertos entre ambos Ministerios, de la Gobernación y de Educación Nacional, para la prestación a los escolares de servicios de Medicina preventiva eficiente y totales.

b) Organizar de modo completo los servicios de Higiene escolar, señalando los derechos y deberes de uno y otro Ministerio.

c) Redactar todos los planes de coordinación de la Sanidad civil con los servicios del Ministerio de Educación Nacional.

d) Señalar las orientaciones a seguir en la enseñanza de la Escuela Nacional de Sanidad.

e) Sancionar anualmente los planes de estudios y programas de los cursos generales que sean presentados por el Director de la Escuela.

f) Realizar por medio del Inspector delegado la supervisión del espíritu, gestión y trabajo del personal docente de la Escuela.

g) Informar las propuestas de nombramientos y cese del personal docente que, por la Dirección de la Escuela, sean hechas al Ministerio de la Gobernación.

h) Informar en todos los expedientes que, para la concesión de premios o imposición de sanciones, se incoen al personal docente.

i) Proponer al Ministerio de la Gobernación la inclusión en el presupuesto de la Dirección General de Sanidad las consignaciones que se juzguen precisas, al de Educación Nacional y otros Departamentos las que, con el carácter de subvención, estime deban cifrar, y señalar los derechos de expedición de títulos y diplomas.

j) Proponer al Ministerio de la Gobernación la distribución de gastos, dentro de las partidas presupuestarias consignadas expresamente para la Escuela Nacional de Sanidad, subvenciones del Ministerio de Educación Nacional, Patronato Nacional Antituberculoso, Institutos Provinciales de Sanidad y de otras organizaciones oficiales o privadas. Estas propuestas, tanto en lo que respecta a personal como a material, habrán de atenerse a las consignaciones señaladas, y en ningún caso supondrán un aumento de gastos ni nuevas cargas presupuestarias.

#### *De la Dirección y el profesorado.*

Art. 7.º La Escuela Nacional de Sanidad tendrá a su frente un Director, a quien estará encomendada, en el orden docente, la orientación didáctica, la disciplina y la organización general de la actividad científica de la institución, y la buena marcha de los servicios epidemiológicos, todos dentro de las líneas generales y del espíritu de este Reglamento.

El Director representará a la Escuela en cuantos actos pedagógicos, administrativos y oficiales, nacionales o internacionales, lo exijan, y sólo podrá delegar su función directora en casos concretos y con autorización de la superioridad, en el Jefe de la Sección de Estudios, siendo en todo caso responsable de la buena marcha de la institución ante la Dirección General de Sanidad y Alto Patronato.

El Director de la Escuela quedará encargado de la docencia de una de las disciplinas escolares

elegida por él, de acuerdo con su preferente orientación científica.

El nombramiento de Director de la Escuela se hará en lo sucesivo por el Ministerio de la Gobernación mediante concurso de méritos entre doctores en Medicina que sean funcionarios del Cuerpo de Sanidad Nacional, con más de diez años de servicios efectivos en éste y que, además, sean catedráticos de Facultad o se hayan distinguido notoriamente por sus trabajos de investigación científica o publicaciones de carácter sanitario. En este último caso corresponde al Consejo Nacional de Sanidad informar si el solicitante cumple exactamente dichas condiciones. El concurso será juzgado por el Alto Patronato de la Escuela.

Art. 8.º Ejercerá las funciones de Subdirector el Jefe de la Sección de Estudios, a quien, además de la enseñanza que tenga encomendada, corresponderá suplir al Director en los casos señalados, el mantenimiento de la disciplina dentro de la Escuela, la ordenación de estudios y la vigilancia de trabajos del personal y de cuantos servicios le sean delegados permanentemente por el Director.

Art. 9.º Los Profesores tendrán, según los casos, el carácter de numerarios y extraordinarios. Los primeros serán designados por concurso y los segundos se nombrarán de modo directo. Los Profesores numerarios serán elegidos entre Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional con el siguiente orden de preferencia:

a) Haber desempeñado por oposición la misma o análoga cátedra en la Escuela Nacional de Sanidad.

b) Tener, al promulgar la Ley de Sanidad, el nombramiento en propiedad de Jefe de Servicios del Instituto Nacional de Sanidad sin nota desfavorable.

c) Haber desempeñado labor docente en la Escuela Nacional de Sanidad sin nota desfavorable.

d) Tener el título de Catedrático de Universidad de la misma o análoga disciplina.

Art. 10. El Patronato, oyendo previamente al Consejo Nacional de Sanidad, decidirá el concurso, y tendrá facultades, en caso de haber quedado desierto, para anunciar la plaza a oposición libre o nombrar directamente profesores extraordinarios entre Catedráticos de Universidad o personal de notoria solvencia en la especialidad.

Art. 11. El Profesor de Epidemiología general y especial tendrá a su cargo el control de los Servicios de Lucha Epidemiológica y de producción.

Art. 12. Entre los Profesores numerarios y extraordinarios deberán figurar Farmacéuticos y Veterinarios con acreditada preparación sanitaria. El nombramiento de los numerarios será hecho preferentemente entre el personal farmacéutico y veterinario procedente del Instituto Nacional de Sanidad que, con carácter propietario, han sido confirmados en sus cargos dentro de este nuevo Centro.

Art. 13. Los servicios de Secretaría de la Escuela Nacional de Sanidad y filiales estarán rigu-



rosamente unificados e integrados en sendas Secciones correspondientes a las propias de Sanidad nacional: Tisiología, Puericultura, Enfermeras y otras Escuelas que se creen. El nombramiento de este personal será hecho por la Dirección General de Sanidad.

Art. 14. También existirán en la Escuela Nacional de Sanidad Profesores ayudantes encargados de auxiliar a los titulares en sus trabajos, tanto técnicos como prácticos, y de sustituirlos cuando fuere necesario. Los nombramientos, que deberán recaer en turno preferente en el personal del Cuerpo de Sanidad Nacional, serán hechos por la Dirección General de Sanidad, a propuesta de la Dirección de la Escuela y previa aceptación del Alto Patronato.

Art. 15. El personal subalterno y auxiliar procedente del Instituto Nacional de Sanidad, confirmado en sus cargos en la Escuela Nacional de Sanidad, será acoplado en los distintos servicios de este último organismo, adecuadamente al carácter de su nombramiento.

#### *Junta técnica.*

Art. 16. La Dirección de la Escuela estará asesorada por una Junta técnica constituida bajo su presidencia, por el Jefe de la Sección de Estudios, Jefe de la Sección de Epidemiología, dos Profesores de la Escuela, los Directores o Jefes de Estudios de las Escuelas centrales filiales de la de Sanidad y tres Directores de Escuelas departamentales de Sanidad, designados por la Dirección General de Sanidad.

Actuará de Secretario el Profesor numerario o auxiliar nombrado por el Director.

Art. 17. A la Junta técnica compete: la distribución de los trabajos entre el personal docente, fijar el horario y duración de clases, admisión de alumnos, la vigilancia en la administración del presupuesto y fondos de la Escuela Nacional y sus filiales, la redacción de programas y, en general, el examen de todas las cuestiones que le sean sometidas por el Director, por la superioridad o por los mismos miembros que la forman.

La Junta técnica, después de oír al inculcado, podrá expulsar de la Escuela, por acuerdo unánime o mayoritario, a aquellos alumnos que, por su comportamiento, no deban continuar en ella.

La Junta técnica se reunirá, cuando menos, una vez por trimestre o cuando crea oportuno convocarla la Dirección de la Escuela, o lo pidan, justificando por escrito el objeto de la reunión, tres de sus miembros.

Art. 18. Todas las cuentas de la Escuela Nacional de Sanidad y sus filiales, tanto las referentes a la inversión de las consignaciones presupuestarias como las procedentes de subvenciones y derechos de matrícula y expedición de títulos, deberán ser informadas por la Junta técnica antes de ser sometidas a la aprobación de la superioridad.

#### *Enseñanzas sanitarias especiales.*

Art. 19. La Dirección de la Escuela Central de Puericultura será provista por el Catedrático de Pediatría de la Universidad de Madrid en las

condiciones determinadas por el Decreto de Coordinación del Servicio sanitario y asistencial con la enseñanza.

El Profesorado de la Escuela de Puericultura tendrá también, según se determine por el Alto Patronato, el carácter de numerarios y extraordinarios. Los Profesores numerarios serán nombrados por concurso entre Médicos puericultores que sean preferentemente Oficiales sanitarios o Catedráticos universitarios.

Art. 20. La provisión del personal docente de la Escuela de Tisiología y las de otras de especialidades que se creen, se adaptarán en todo lo posible al régimen establecido para la Nacional de Sanidad.

Art. 21. La Escuela Central de Instructoras Sanitarias estará dirigida por un Médico de Sanidad Nacional. En ocasión de vacantes será nombrado por concurso de méritos entre funcionarios de dicho Cuerpo, doctores en Medicina, que, además, reúnan las condiciones de Catedráticos de Facultad, o que, sin serlo, se hayan distinguido por sus trabajos de investigación científica o publicaciones sanitarias. En este último caso corresponde al Consejo Nacional de Sanidad determinar si en el solicitante concurren estas circunstancias. El concurso será juzgado por el Alto Patronato de la Escuela.

El Profesorado de la Escuela de Instructoras Sanitarias estará constituido por el propio de la Escuela Nacional de Sanidad, que explicará las asignaturas de este carácter y el encargado de la preparación complementaria. Este último personal será nombrado directamente por la Dirección General de Sanidad, a propuesta del Director de la Escuela de Instructoras y previa aceptación del Alto Patronato.

#### *De los alumnos y planes de estudios.*

Art. 22. Anualmente, en el mes de septiembre, la Dirección de la Escuela Nacional de Sanidad someterá a la aprobación del Alto Patronato los planes de estudios y programas de los cursos generales, recibiendo las orientaciones que los miembros del mismo, con su especial autoridad, se sirvan darle.

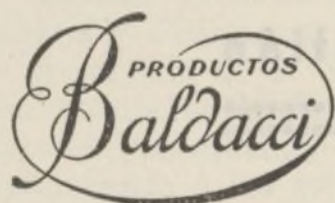
Art. 23. La Dirección General de Sanidad, oyendo al Director de la Escuela, determinará el número de alumnos que hayan de ser admitidos a cada uno de los cursos, firmará las convocatorias y fijará los derechos de matrícula.

#### *Oficiales sanitarios.*

Art. 24. El curso de Oficiales sanitarios dará comienzo el 1 de noviembre. Constará de dos cuatrimestres de enseñanza teóricopráctica y tres meses de trabajos en el campo y en el medio epidemiológicos. Al finalizar este curso de estudios, los alumnos dispondrán de un semestre para realizar una tesis de investigación.

Para este curso se hará una convocatoria especial con plazas limitadas, reservándose cierto número de ellas a Farmacéuticos y Veterinarios. Tendrán preferencia de admisión como alumnos Médicos los que durante cinco años, como mínimo, hayan desempeñado en propiedad cargos sa-





### IODARSOLO

primer producto de yodo y arsénico.  
Frascos elixir.  
Inyectable, amp. de 1.º y 2.º grado.

### ZIMEMA

hemostático fisiológico.  
Cajas 1 ampolla 5 cc., 4 de 3 cc.  
y 6 de 1 1/2 cc.

### AGLICOLO

Diabetes y glucosurias.  
Frasquitos para gotas.

### TIARSINA

Sal sintética arsenical  
CON FOSFORO COLESTERINA  
MAGNESIO-CLOROFILA.  
Cajas 10 ampollas 1 cc.  
Frasquitos para gotas.

### OXIDAL

Activador de las combustiones  
orgánicas.  
Cajas 10 ampollas 2 cc.

### GUAIACOL CALCICO

Guayacolglícolato de calcio.  
Terapia calcio-guayacólica.  
Cajas 10 ampollas de 5 y 2 cc

Rápido y persistente mejoramiento  
de la fórmula sanguínea.

Favorable influencia sobre  
el estado físico y psíquico.

# TIARSINA

## TÓNICO NERVIOSO

Indicado en el agotamiento,  
convalecencias, anemias secun-  
darias y estados de depresión.

**Agente: "DYP SA" - Apartado 942 - BARCELONA**

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.982.)

Ayuntamiento de Madrid



# Sanatorio SAN ESTEBAN

**USURBIL (Guipúzcoa)**

**A 11 kilómetros de San Sebastián**

**TELÉFONO 7005**

**Asistencia y tratamiento de los  
enfermos nerviosos y mentales**

**Médicos Directores...**

**Dr. Vidarte**  
**Dr. Larrea**

**Médico Subdirector...**

**Dr. Pino Ascarza**

**Para solicitar habitación y detalles de coste de las pensiones dirigirse al  
Señor Administrador del Sanatorio San Esteban, USURBIL (Guipúzcoa)**

(Aprobado por la Gensura Sanitaria núm. 4105.)



**SICUNANTIGEN**



**Suspensiones microbianas desecadas para  
reacciones serodiagnósticas de aglutina-  
ción en porta-objetos**

**Proceder científico, sencillo y práctico para el diagnóstico  
de los procesos tíficos, salmonellosis, fiebre de Malta  
y tifus exantemático**

**Información. Apartado 5.039 - MADRID**



nitarios especiales, como los del Servicio Antipalúdico, Institutos Provinciales de Sanidad, Laboratorios Municipales, Patronato de las Hurdes, Médicos del Protectorado de la zona española de Marruecos y colonias, Directores de Centros primarios de Sanidad, Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria y Tisiólogos, Puericultores y Especialistas al servicio de la Sanidad nacional.

La Junta técnica de la Escuela examinará los expedientes de los solicitantes, establecerá una selección atendiendo a los méritos de orientación profesional, publicaciones e idiomas que poseen y hará la oportuna propuesta al Alto Patronato de la Escuela, que resolverá en la forma que estime justa.

Art. 25. Las pruebas escolares se efectuarán al fin del primer cuatrimestre, al terminar el segundo y al leerse las tesis de investigación sanitaria.

Las enseñanzas correspondientes al grado de Oficial sanitario son exclusivas y privativas de la Escuela Nacional de Sanidad.

#### *Especialistas sanitarios.*

Art. 26. Las enseñanzas de las Escuelas de Especialistas al Servicio de la Dirección General de Sanidad (Escuelas de Puericultura, Tisiología, Dermatología y Enfermedades sexuales, etc.), serán acopladas al plan general de Sanidad. El ingreso en estos Centros será hecho por concurso, atendiéndose a la orientación científica, méritos y publicaciones de los aspirantes. Estos deberán estar en posesión del diploma de Sanidad. Después de haber cursado sus estudios en la Escuela correspondiente a su especialidad, recibirán las enseñanzas complementarias de organización de luchas y administración sanitaria nacional y comparada en la Escuela Nacional de Sanidad, donde, con la intervención del Profesorado especialista, serán realizadas las pruebas fin de curso.

Art. 27. La Escuela Nacional de Puericultura dará las enseñanzas especiales para la formación de Médicos puericultores sanitarios y Médicos maternólogos sanitarios, los cuales, con esta denominación, ingresarán en los servicios de la Dirección General de Sanidad.

Esta Escuela realizará también las enseñanzas de los Médicos puericultores que, con carácter libre o en otras instituciones estatales, deban ejercer esta especialidad.

También se darán en ella las enseñanzas precisas para la formación de Auxiliares femeninos de Puericultura y las complementarias de Higiene y Puericultura a las Maestras puericultoras.

Complemento de esta labor será la organización y gestión de la Obra de Propaganda de la cultura sanitaria maternal.

Art. 28. La Escuela de Tisiología, dentro del plan general de la Nacional, organizará los cursos oficiales de Tisiología para cubrir las necesidades del personal técnico en el Patronato Nacional Antituberculoso. Además realizará la enseñanza de la especialización tisiológica de los Médicos generales aspirantes a ejercer libremente la Tisiología o a ocupar plazas de tisiólogos

en Servicios ajenos al Patronato Nacional Antituberculoso.

Corresponde también a esta Escuela la docencia de las nociones precisas de la especialidad a los practicantes y personal subalterno de los Centros tisiólogos, dispensariales y asistenciales.

#### *Diplomados de Sanidad.*

Art. 29. La matrícula correspondiente a los cursos de Diplomados de Sanidad será hecha en la Escuela Nacional y departamentales. El número de alumnos será señalado en todas ellas por la Dirección General de Sanidad.

La selección de aspirantes será hecha atendiendo a los años de profesión, a la hoja de estudios, méritos de actuación sanitaria y publicaciones. La Dirección General de Sanidad, por medio de la Inspección de Servicios Médicos, de la General de Farmacia y de la de Veterinaria, hará la selección de aspirantes.

Art. 30. Las enseñanzas comprenderán todas las correspondientes al primer cuatrimestre del plan general de estudios de la Escuela, común con el de Oficiales sanitarios.

Los alumnos Farmacéuticos y Veterinarios cursarán asignaturas complementarias y serán dispensados de algunas disciplinas esencialmente médicas. También para ellos habrán de realizarse enseñanzas prácticas especiales en relación con su profesión.

Las disciplinas correspondientes a la enseñanza de Diplomado sanitario podrán cursarse en la Escuela Nacional o en las Escuelas departamentales de Sanidad, pero las pruebas de fin de curso habrán de hacerse en la Escuela Nacional de Sanidad o con la intervención de la misma. Estas serán realizadas en grupos de alumnos y en ejercicios comunes, que tendrán el carácter de oposición, ya que en sus resultados se expresará por el Tribunal no sólo la insuficiencia de cada alumno, sino, mediante puntuación, el grado de ésta.

#### *Instructoras sanitarias.*

Art. 31. La Escuela Central de Instructoras Sanitarias, como filial de la Nacional de Sanidad, tiene por misión la capacitación y formación profesional del personal femenino que intervenga como auxiliar técnico en la función sanitaria y social. Funcionará en régimen de internado.

Art. 32. El ingreso central en la Escuela de Instructoras sanitarias será hecho por oposición entre Enfermeras previamente seleccionadas por las Jefaturas Provinciales de Sanidad y cuyos cupos serán señalados por la Dirección General de Sanidad con arreglo a las necesidades de cada región. El programa de ingreso será propuesto por la Junta Técnica de la Escuela y sancionado por el Alto Patronato.

Art. 33. El programa de enseñanza comprenderá todas las disciplinas precisas para la formación de Instructoras sanitarias polivalentes. Será cursado en tres semestres.

#### *Obra de Perfeccionamiento Sanitario.*

Art. 34. La Obra de Perfeccionamiento Sanitario quedará encajada, a todos los efectos, tan-



to presupuestario como de organización, dentro del régimen administrativo y funcional de la Escuela Nacional de Sanidad. Los Institutos Provinciales de Sanidad seguirán consignando en sus presupuestos cantidades para la concesión de becas.

#### *Otros planes.*

Art. 35. La enseñanza de la Higiene y de la Epidemiología escolar será hecha, en lo que respecta a los alumnos y planes, en la forma que se proponga por el Ministerio de Educación Nacional. Las enseñanzas serán dadas en la Escuela Nacional de Sanidad, en colaboración con los Servicios de la Escuela de Puericultura.

Art. 36. Los cursos de capacitación de Auxiliares sanitarios y Agentes sanitarios se darán en las Escuelas Nacional y departamentales, con arreglo a los planes y convocatorias que se dicten por la Dirección General de Sanidad y en relación con los fines que señalen los Reglamentos de la Ley de Sanidad y las necesidades del servicio.

Art. 37. La Escuela Nacional y las departamentales de Sanidad, aparte de los cursos de formación de personal sanitario, darán otros libres, generales o monográficos, cuando la Dirección y la Junta Técnica así lo estimen, pudiendo expedir a los alumnos certificados de asistencia.

#### *Pruebas finales.*

Art. 38. La pruebas finales de curso se verificarán en todas las enseñanzas, agrupando las asignaturas y constituyendo los Tribunales que el Director de la Escuela y la Junta Técnica juzguen precisos, dando preferencia a las de carácter práctico.

El alumno que resulte suspenso en alguna de las pruebas de fin de curso perderá todo derecho a recibir el justificante de aptitud, no pudiendo repetir más que un nuevo curso.

#### *De los títulos y diplomas.*

Art. 39. La más esencial labor docente de la Escuela Nacional de Sanidad estará dirigida, como ya ha sido señalado, a la formación de Oficiales sanitarios y de Especialistas sanitarios. Estos títulos representan la especialización superior en Higiene y Sanidad. Los que le reciban habrán de estar en posesión del de Licenciado o Doctor en Medicina, Farmacia o Veterinaria. En aquellos títulos quedará especificado el grupo de Facultad de origen (Oficial sanitario Médico, Oficial sanitario Farmacéutico y Oficial sanitario Veterinario).

#### *Título de Oficial sanitario*

Art. 40. El título de Oficial sanitario Médico es indispensable:

a) Para ingreso en el Cuerpo de Sanidad Nacional.

b) Para dirigir Centros Secundarios de Higiene.

El título de Oficial sanitario Médico, Farmacéutico o Veterinario se exigirá para desempeñar:

a) Cargos dependientes de la Dirección Ge-

neral de Sanidad, con función inspectora, central o provincial.

b) Para ejercer la docencia de la Higiene y técnicas sanitarias en las Escuelas superiores especiales.

c) Para desempeñar Jefaturas de Servicios en los Institutos Provinciales de Sanidad.

d) Para el nombramiento de Directores de Laboratorios Municipales.

#### *Título de Especialista sanitario.*

Art. 41. El título de Especialista sanitario será exigido a todo el personal que con este carácter ingrese en los Servicios de la Dirección General de Sanidad.

#### *Diploma de Sanidad.*

Art. 42. Tendrán que estar en posesión del Diploma de Sanidad:

a) Los Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios que por sus cargos tengan una función sanitaria inspectora.

b) Los aspirantes a ingreso en las Escuelas Especiales de Sanidad (Puericultura, Tisiología, Dermatología, etc.).

c) Los Médicos de Higiene escolar.

d) Los Médicos de Sanidad colonial.

e) Los Médicos de la Marina civil, Inspectores de Emigración.

f) Los Directores de Centros Primarios de Sanidad.

#### *Otros títulos y diplomas.*

Art. 43. El diploma de Maestra Puericultora será necesario para el ejercicio de la enseñanza en todas las Escuelas oficiales de párvulos y en los casos que se señalen por el Ministerio de Educación Nacional.

#### *De las Escuelas departamentales de Sanidad y Provinciales de Puericultura.*

Art. 44. En los Institutos Provinciales de Sanidad de Barcelona, Cádiz, La Coruña, Granada, Las Palmas, Palma de Mallorca, Salamanca, Santander, Santa Cruz de Tenerife, Sevilla, Valladolid, Valencia, Vizcaya, Zaragoza, y en otros que por sus condiciones para la docencia determine la Dirección General de Sanidad, se crearán las correspondientes Escuelas departamentales de Sanidad, que funcionarán en régimen de dependencia con la Escuela Nacional.

Su finalidad es realizar, dentro del ámbito regional, las misiones señaladas en los apartados c), d), f) y g) del artículo 2.º de este Reglamento.

Estarán regidas por el Jefe provincial de Sanidad, quien actuará por delegación del Alto Patronato de la Escuela Nacional y de su Director. Formarán parte de sus cuadros docentes el Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina, Catedráticos de Farmacia y Veterinaria, personal del Cuerpo de Sanidad Nacional y Directores y personal técnico de los Institutos Provinciales de Sanidad y de los Laboratorios Municipales.

Administrativamente, funcionarán con cargo a los fondos de los Institutos Provinciales de Sanidad, incrementados con subvenciones que reciban del Patronato Nacional Antituberculoso, de la



Dirección General de Sanidad, del Ministerio de Educación Nacional y de entidades profesionales.

Art. 45. Las Escuelas Provinciales de Puericultura, subordinadas a las Escuelas Nacionales, darán todas las enseñanzas correspondientes a la formación de Médicos Puericultores, Maestros Puericultores y Auxiliares femeninos de Puericultura.

Art. 46. En todas las Escuelas departamentales de Sanidad y provinciales de Puericultura, el Reglamento de orden interno, el plan de enseñanza y la admisión de alumnos, habrán de ser aprobados por la Dirección General de Sanidad.

*Relaciones y dependencias docentes con otros Centros.*

Art. 47. Para las necesidades de la enseñanza, sin perjuicio de las organizaciones que se creen para este fin, la Dirección General de Sanidad asignará a la Escuela Nacional y a las Escuelas departamentales un cierto número de instalaciones dispensariales, Centros de Higiene, Nosocomios y otros similares. Estas Instituciones tendrán con la Escuela, en unos casos, carácter de dependencia, y en otros, de simple relación con finalidad docente.

Art. 48. Dependerá directamente de la Escuela Nacional de Sanidad el Centro de Higiene de Vallecas, cuyos servicios y dotaciones serán acoplados a esta nueva faceta funcional. Su Director tendrá a todos los efectos la consideración de Profesor de la Escuela.

Serán asignadas también a la Escuela Nacional de Sanidad y utilizadas preferentemente con fines de enseñanza, las instalaciones sanitarias dispensariales, especiales o polivalentes que para servicio de los escolares existen en la actualidad o se creen en lo sucesivo por convenio de los Ministerios de la Gobernación y de Educación Nacional.

Art. 49. El Centro Técnico de Farmacobiología a través de la Inspección General de Farmacia, colaborará estrechamente en la enseñanza de los Farmacéuticos candidatos a Oficiales sanitarios o Diplomados de Sanidad.

Art. 50. El Instituto de Biología Animal será utilizado, previo asenso y en las condiciones que se determinen por el Departamento ministerial correspondiente, en las enseñanzas que los alumnos Veterinarios cursen en la Escuela Nacional de Sanidad.

Art. 51. El Hospital del Rey será el centro de enseñanza de las enfermedades infecciosas, cuya disciplina docente estará a cargo de su Director, auxiliado por el personal médico de Sanidad a sus órdenes.

Art. 52. La enseñanza de Higiene del Trabajo e Industrial será dada por el Director del Instituto de Medicina del Trabajo, auxiliado por el personal técnico de este organismo.

Art. 53. La Escuela Nacional de Sanidad mantendrá una estrecha colaboración con el Instituto de Higiene de la Alimentación, y su Director será encargado de esta disciplina escolar.

Art. 54. El personal técnico de los Laboratorios Municipales colaborará en las enseñanzas

para que los alumnos puedan conocer de modo práctico el funcionamiento de las instalaciones de saneamiento, los procedimientos de control sanitario de los mismos y, en general, los problemas de Sanidad municipal, todo previo asenso o concierto con las Autoridades municipales.

(B. O. del E. de 27-VI-1946.)

*ORDEN de 24 de junio de 1946 por la que se dispone el programa que ha de regir en las oposiciones a Médicos de aguas mineromedicinales, Inspectores de establecimientos balnearios, así como el Tribunal que ha de juzgarlas.*

Ilmo. Sr.: Como continuación a la Orden ministerial de 13 de marzo último, inserta en el *Boletín Oficial del Estado* de 18 del mismo mes, por la que se convocaba a oposición para cubrir las vacantes existentes en el Escalafón de Médicos de Aguas Mineromedicinales, Inspectores de establecimientos balnearios,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer que en dicha oposición rijan los preceptos de la Ley de 25 de agosto de 1939 respecto a los cupos establecidos en favor de ex combatientes, ex cautivos, etc. Los aspirantes que han presentado ya sus solicitudes podrán completarlas con la adición de los documentos que justifiquen su inclusión en los beneficios de la referida Ley.

Asimismo, y conforme a lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad, se publica a continuación el programa por el que se ha de regir la práctica del ejercicio escrito de la referida oposición, y se hace público que el Tribunal juzgador de la misma estará compuesto por don Enrique Álvarez Sáiz de Aja, Consejero Nacional de Sanidad, como Presidente, y por don Víctor María Cortezo y Collantes, Inspector general de Sanidad, en representación de la Dirección General de Sanidad; don Manuel Bermejillo, Catedrático, por las Facultades de Medicina; don Oscar Piñerúa, en representación del Consejo General de Colegios Médicos, y don Justo Martínez Mata, Médico de aguas mineromedicinales, Inspector de establecimientos balnearios, por la Delegación nacional de F. E. T. y de las J. O. N. S., como Vocales. Este Tribunal será auxiliado en sus labores por un funcionario de la Sección de Personal y otro de la Sección de Balnearios de esta Dirección General.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 24 de junio de 1946.—Pérez González.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 30-VI-1946.)

## PROGRAMA QUE SE CITA

### Primera parte.

1.º Hidrología general. Hidrología médica. Conocimientos que abraza su estudio. Fuentes de conocimiento.

Formación de las aguas minerales. Mecanismo de la mineralización. Conocimientos de Geología en relación con la emergencia de las aguas minerales y de su estado sanitario.



2.º Las aguas minerales; análisis químico. Clasificación actual. Elementos fundamentales en su composición. Elementos frecuentes poco abundantes.

Energética de las aguas minerales (electrolitos, presión osmótica, tensión superficial, energía calorífica, radiactividad). Coloides. Fenómenos catalíticos. Gases de las aguas minerales. Materia orgánica. Sedimentos. Barros. Alteración.

3.º Aguas potables y aguas minerales; diferencia. Aguas superficiales y aguas profundas. Aguas de mar. Caracteres peculiares a cada una de estas clases. Termalidad de aguas minerales. Su origen.

4.º Flora de las aguas minerales.

*Hongos. Algas. Confervas*: Descripción de las principales que se encuentran en las aguas sulfurosas y en las ricas en sustancias orgánicas. *Infusorios*: Funciones que desempeñan.

Origen de los seres que existen en las aguas minerales.

5.º Análisis biológico de las aguas minerales. ¿Cómo debe recogerse el agua mineral para someterla al análisis microbiológico?

Material necesario para la recogida y transporte.

Investigación micrográfica del agua mineral. Medios de cultivo.

6.º Los coloides y su importancia en Biología. Los Geles y los Soles. Carácter polifásico del protoplasma vivo.

El agua en Biología; sus propiedades y funciones.

7.º Radiactividad de las aguas minerales. Medios para medir la radiactividad de un agua mineral (fontanoscopios, unidades de medida). Génesis. Gases raros.

Acción fisiológica y radiológica de los cuerpos reactivos en las aguas minerales.

8.º Catálisis y enzimas. Influencia de la concentración de hidrogeniones en los fenómenos catalíticos. Efectos de iones especiales. Reversibilidad de las reacciones enzimáticas. Clasificación de los fermentos atendiendo a su actividad sobre el substrato. Estudio de la hidrolasa, desaminasas, proteasas, hexosidasas, poliasas y esterases.

9.º Los procesos biológicos de oxidación y reducción. Concepto y clasificación de los sistemas Redox más importantes. Teorías de Wieland y de Warburg. Ciclos de Szent-Giorgy y de Frebs. Cofermentos o grupos prostéticos. Sistemas enzimáticos complejos. Influencia posible de las aguas minerales sobre las procesos enzimáticos.

10. Los fenómenos de permeabilidad en los organismos vivos. Su relación con los diversos procesos fisiológicos. Excitación e inhibición. Fisiología de la secreción y de la contracción. Reflejos. Tropismos. Fenómenos de recepción y de la correlación en el sistema nervioso.

11. El equilibrio ácidobásico en el organismo y la terapéutica hidromineral.

Los procesos del metabolismo. Resumen del metabolismo hidrocarburado. Idem de los protidos. Relación de éstos con el tratamiento hidromineral.

12. Los procesos biológicos de la alimentación. Influencia de las aguas minerales sobre los excretas.

Conocimientos actuales sobre dietética y vitamina. Los requerimientos en los principales factores de la dieta.

13. Regulaciones fisiológicas. Regulación química de los procesos fisiológicos por las secreciones internas. Análisis de las llamadas sustancias efectoras de Eldbacher.

14. Los procesos de hematopoyesis y de hemolisis. Los requerimientos de hierro del organismo y de las aguas ferruginosas.

Intervención en esta regulación de los «órganos de depósito» de Rein.

15. Hidroterapia en general. División. Agente: de la medicación hidroterápica. Calor y frío. El calor animal y la regulación de la termogénesis.

Agua fría y caliente. Acción física. Variaciones de la acción del agua fría y caliente según el modo de aplicación. Acción fisiológica y terapéutica.

Indicaciones más frecuentes

16. Técnica de las aplicaciones hidroterápicas. Su prescripción para que el personal auxiliar las interprete y cumpla adecuadamente.

Aplicaciones hidroterápicas generales. Ablución; sábana mojada; baños y duchas; aplicaciones hidroterápicas; compresas; baños y duchas locales.

Clases de baños, carbogaseosos, de vapor caliente y seco, de luz.

Clases de duchas: fijas y móviles; variedades según su temperatura y localización.

Indicaciones y contraindicaciones de la hidroterapia.

17. Modernas orientaciones acerca de la composición de las aguas minerales.

Relaciones entre la composición química y las propiedades biológicas y terapéuticas. Discordancias entre la composición química y los efectos fisiológicos y terapéuticos. Cationes que se encuentran en todas las aguas minerales. Aplicación de los diversos métodos analíticos. Métodos espectrográficos para el estudio de la mineralización secundaria.

Acción oligodinámica. Otros posibles actores de acción tóxica para el organismo.

18. Atmosferología: aire, presión atmosférica, observaciones meteorológicas.

Climatología en relación con la terapéutica hidromineral.

Las aguas minerales en los climas de altura.

19. ¿Pueden las aguas minerales emplearse como sueros naturales en forma de inyecciones? ¿Puede ser peligrosa esta forma de aplicación? ¿Pueden emplearse todas las aguas minerales? ¿Qué dosis, bajo qué forma y por qué vías podrán utilizarse?

Razones biológicas que fundamentan su empleo. Funciones reaccionales producidas por las inyecciones de aguas minerales.

20. Taxonomía hidrológica. Clasificación española de las aguas minerales; ejemplos. Regio-



nes hidrológicas de España; distribución geográfica.

Deducciones sacadas del estudio de las agrupaciones de aguas en las diversas regiones

21. Efectos inmediatos y tardíos de las aguas mineromedicinales. Importancia de su conocimiento en terapéutica hidrológica. Valor terapéutico de la materia orgánica que contienen las aguas minerales. Sus aplicaciones. Lodos minerales; sus aplicaciones.

22. Factores de la cura termal. Administración interna de las aguas minerales. Ingestión, inyección, introducción por vía rectal, pulverización, inhalación. Baños de aguas y de lodos. Técnica de aplicación sobre las cavidades naturales del organismo. Precauciones higiénicas y terapéuticas que debemos aconsejar a los enfermos en esta clase de aplicaciones.

Condiciones que se deben tener en cuenta para la administración de las aguas: en el balneario, en la localidad, en el medio rural o urbano, etcétera.

23. Métodos auxiliares de las curas termales (gimnasia, masaje, dieta, otros tratamientos). Cocina dietética; su importancia actual.

Accidentes de la crenoterapia. Influencia de la menstruación, embarazo y otros estados fisiológicos. ¿Qué es la cuarentena de baños?

24. Instalaciones balnearias. Ideas generales. Perímetro de protección. Captado. Depósitos. Conducción, elevación, calefacción, refrigeración, fuentes, piscinas, baños generales, baños locales, chorros o duchas, pulverizaciones, inhalaciones, estufas, baños gaseosos, lodos.

25. Administración sanitaria en los balnearios. Legislación balnearia. Historia y crítica de las mismas.

### *Segunda parte.*

1.º Las aguas minerales como agentes terapéuticos.

Elementos que constituyen la medicación hidromineral. Importancia que puede concederse a cada uno de ellos.

Medicaciones; concepto general de las medicaciones hidrominerales.

Diferencias entre medicación y tratamiento.

2.º Medicación sulfurosa.

Aguas sulfuradas hipotermas. ¿Cuál es su origen? ¿Cómo actúan?

Caracteres peculiares a la medicación sulfurada.

Balnearios españoles de aguas sulfurosas.

Indicaciones y contraindicaciones de esta medicación.

3.º Medicación clorurada.

Elementos que integran su composición, grado de concentración molecular y temperatura de emergencia como características para sus aplicaciones terapéuticas. ¿Cuál es su origen? ¿Cómo actúan? Características de esta medicación.

Indicaciones y contraindicaciones de esta medicación.

Balnearios españoles de aguas cloruradas.

4.º Medicación alcalina.

Aguas alcalinas. ¿Cuál es su origen? Elementos que integran su composición. Variedades.

Reacción en la emergencia y reacción potencial.

Acción interna de esta clase de aguas.

Indicaciones y contraindicaciones de esta medicación.

Balnearios españoles de aguas alcalinas.

5.º Medicación ferruginosa.

Variedades de manantiales ferruginosos. ¿Cuál es su origen? Su composición y características. Requerimientos del organismo humano en hierro.

Indicaciones y contraindicaciones de esta medicación.

Indicación fuera del grupo de las anemias.

Balnearios españoles de aguas ferruginosas.

6.º Medicación por aguas de mineralización indeterminada. Características, variedades, radiactividad. Aguas radiactivas, su origen. Relaciones entre la composición química, termalidad y grado de radiactividad.

Efectos fisiológicos de estas aguas.

Indicaciones y contraindicaciones de esta medicación.

Balnearios españoles de esta clase de aguas.

Medicación nitrogenada. Sus características; acción fisiológica; indicaciones y contraindicaciones.

Balnearios españoles de estas clases de aguas.

7.º Condiciones necesarias al Médico Director para el mejor desempeño de su cargo.

El estudio clínico del paciente. Elementos indispensables para su diagnóstico rápido y que le permita llenar la indicación hidromineral.

8.º Conceptos indispensables sobre las llamadas «enfermedades degenerativas» que dan mayor contingente a la crenoterapia.

La Patología constitucional y la herencia.

Los factores condicionales, las infecciones; las intoxicaciones; las deficiencias de la dieta y el terreno neoplásico.

La Patología funcional y la individualización del tratamiento.

9.º Fundamento de las indicaciones y contraindicaciones en terapéutica hidrológica desde el punto de vista de la acción fisiológica y terapéutica del agente hidromineral.

Importancia para la profilaxia.

10. Contraindicaciones de las aguas minerales. Casos que pueden obligar a la suspensión del tratamiento.—Las llamadas «fiebre y brote terminales». Valor clínico y terapéutico de estos fenómenos.

Enfermedades y circunstancias que exigen el empleo simultáneo de la crenoterapia y de la dietoterapia. Empleo simultáneo de medicaciones farmacológicas y tratamiento hidromineral.

Enfermedades intercurrentes durante el tratamiento termal.

11. Crenoterapia de las alteraciones del metabolismo.

Metabolismo de las sales, exceptuada la actividad hemopoyética.

Equilibrio ácido-base y aguas minerales.

Valor antitóxico de la terapéutica hidromineral (toxinas endógenas y toxicopatías exógenas).



Acción phyláctica y antianaphyláctica de las aguas minerales.

12. Desintegración del concepto del artrismo en la actualidad. El metabolismo de los nucleoproteidos y la gota.—Diagnóstico diferencial de esta enfermedad rara en la actualidad. Los falsos gotosos y la crenoterapia.

Crenoterapia como complemento al tratamiento de la obesidad.

Los síndromes diabéticos. Papel coadyuvante del tratamiento hidromineral. Importancia del tratamiento dietético y opoterápico en estos procesos.

13. Los síndromes reumáticos propiamente dichos. Clasificación clínica actual; formas de etiología conocida y desconocida. La artritis reumatoidea y sus formas mixtas. Necesidad de un diagnóstico diferencial en la crenoterapia de estos síndromes.

14. Las artropatías degenerativas y su tratamiento actual en las diversas formas clínicas. Osteoartritis de la rodilla, de la columna vertebral, de la articulación sacroilíaca, de la cadera, de las articulaciones costovertebrales; etc.

Espondilitis reumatoidea y mixta. Fibrositis. Hombro doloroso. Pie doloroso. Lumbago Ciática. Formas clínicas y tratamiento crenoterápico de estos síndromes.

Contraindicaciones de la crenoterapia. Balnearios españoles para el tratamiento de estos síndromes.

La iontoforesis con aguas minerales. Los lodos y los tratamientos auxiliares.

15. Aguas minerales y tuberculosis osteoarticular. La crenoterapia en las adenopatías tuberculosas. Crenoterapia y afecciones quirúrgicas de los miembros. La crenoterapia en el tratamiento de la sífilis.

Balnearios españoles más importantes para el tratamiento de estos procesos.

16. Aguas minerales y aparato urinario.

¿Cómo se puede hacer un diagnóstico rápido y sencillo de la insuficiencia renal en el balneario?

Variedades de litiasis renal y su crenoterapia. Hiperparatiroidismo y litiasis renal.

Crenoterapia en otros síndromes del aparato urinario.

Indicaciones y contraindicaciones.

Balnearios españoles más importantes para el tratamiento de estos procesos.

17. Aguas minerales y ginecopatías.

¿Cómo actúan las aguas minerales en estas afecciones? ¿Cómo en la lesión? ¿Cómo en el organismo?

Necesidad de un diagnóstico diferencial preciso. Acción fisiológica de la hidroterapia. Acción especial de los distintos grupos de aguas minerales en las ginecopatías.

Indicaciones y contraindicaciones de la crenoterapia en las ginecopatías.

Balnearios españoles más importantes para el tratamiento de las mismas.

18. Aguas minerales y vías respiratorias.

La crenoterapia en la rinitis alérgica y en el asma bronquial propiamente dicha.

Necesidad de un diagnóstico diferencial. Indicaciones y contraindicaciones en otros síndromes de vías respiratorias.

¿Debe emplearse la crenoterapia en algunas fases y variedades de la tuberculosis pulmonar?

Contraindicaciones de la crenoterapia en síndromes de vías respiratorias.

Balnearios españoles más importantes para el tratamiento de estos procesos.

19. Aguas minerales y síndromes cardiovasculares.

Fundamentos de la terapéutica hidromineral en estos síndromes.

Crenoterapia en los síndromes funcionales y en algunas fases de las cardiopatías orgánicas.

Crenoterapia en los síndromes de hipertensión. Enfermedad hipertensiva y nefritis.

Influencia de la atmósfera y el clima en los síndromes cardiovasculares. Características de las aguas minerales para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

Indicaciones y contraindicaciones.

Balnearios españoles más importantes.

20. Aguas minerales y aparato digestivo.

Indicaciones de la crenoterapia en algunas gastropatías. Papel de la crenoterapia en el tratamiento del estreñimiento funcional y de otras enteropatías funcionales orgánicas (alergia digestiva, etc.).

La crenoterapia como complemento de la dieta y medicación de estos procesos. Necesidad de un diagnóstico preciso.

Balnearios españoles más importantes para el tratamiento de estos síndromes.

21. Hepatopatías y tratamiento hidromineral. Hepatopancreopatías.

La crenoterapia como tratamiento complementario de algunas formas clínicas de hepatopatías y hepatocolecistopatías.

La colecistopatía no calculosa y su tratamiento hidromineral.

22. La crenoterapia en la litiasis biliar.

Fases en las que es conveniente el tratamiento hidromineral.

Necesidad de un diagnóstico diferencial y funcional.

Contraindicaciones de la crenoterapia en las colecistopatías calculosas y no calculosas.

Balnearios indicados en las diversas fases de la litiasis biliar.

23. Crenoterapia en Pediatría.

Acción profiláctica de las aguas mineromedicinales durante el crecimiento y desarrollo.

Elementos químicos y físicos de las aguas mineromedicinales eficaces en la terapéutica pediátrica. Fundamentos patogénicos de las observaciones clínicas.

Acción combinada de la crenoterapia, la helioterapia y la talasoterapia.

Los climas en terapéutica infantil.

Diferentes tipos de aguas para las indicaciones de cada caso.

Balnearios españoles especializados en Pediatría.

Razones de esta especialización.



## 24. Crenoterapia y sistema nervioso.

Síndromes neurovegetativos y crenoterapia.

Acción sedante de la crenoterapia en diversas psicopatías.

Factores coadyuvantes de la crenoterapia.

Establecimientos españoles indicados en los diversos síndromes psiconeuróticos.

## 25. Aguas minerales y dermatosis.

Fisiología de la piel. La piel como vía de administración de los medicamentos.

Influencia de la balneación sobre los distintos tipos de lesiones elementales. Idem sobre las dermatosis, y características de éstas.

Los productos de desintegración cutánea como agentes terapéuticos.

Madrid, 24 de junio de 1946.

(B. O. del E. de 30-VI-1946.)

*ORDEN de 24 de junio de 1946 por la que se dispone la convocatoria para proveer por oposición libre plazas de Médicos Tocólogos vacantes en Municipios de 12.000 o más habitantes.*

Ilmo. Sr.: Con el fin de normalizar los servicios propios de las plazas vacantes de Médicos Tocólogos afectas a la Administración municipal en poblaciones de 12.000 o más habitantes,

Este Ministerio, de acuerdo con el informe emitido por el Consejo Nacional de Sanidad, ha tenido a bien disponer que por esa Dirección General de Sanidad se proceda con toda la urgencia posible a la publicación en el *Boletín Oficial del Estado* del anuncio de las plazas de Médicos Tocólogos en poblaciones de 12.000 habitantes en adelante, para su provisión en propiedad mediante oposición libre, con arreglo a las siguientes normas, teniendo en cuenta, además, los preceptos de la Ley de 25 de agosto de 1939:

1.ª Las Jefaturas Provinciales de Sanidad, así como las de Sanidad Civil de Ceuta y Melilla, procederán a enviar a esa Dirección General, en el plazo de quince días, a contar desde el siguiente a la fecha de publicación de la presente Orden en el *Boletín Oficial del Estado*, los datos correspondientes a las plazas vacantes en su demarcación afectadas por las disposiciones de esta convocatoria, consignando tales datos en una ficha por cada plaza, en la cual se expresarán los siguientes extremos:

Municipio a que pertenece la plaza

Distrito municipal al que pertenezca.

Causa y fecha de la vacante.

Facultativo que la ha producido.

Facultativo que la desempeña con carácter interino y fecha del nombramiento.

Dotación de la plaza.

Número de familias de Beneficencia municipal que tiene asignadas.

Censo total del Municipio.

Observaciones. (Se harán constar al reverso de la ficha.)

Estas fichas deberán ser autorizadas con la firma del Jefe de Sanidad que las remita y sello correspondiente, con expresión de la fecha en que

sean remitidas, acompañando a su vez relación nominal de todas ellas.

2.ª Los aspirantes deberán ser españoles, estar en posesión del título de Licenciado o Doctor en Medicina, carecer de antecedentes penales y encontrarse con aptitud física suficiente para el ejercicio del cargo.

Las instancias, debidamente reintegradas, se dirigirán a esa Dirección General y serán presentadas en la Sección de Médicos titulares de la misma en un plazo improrrogable de treinta días hábiles, a partir de la fecha siguiente a la inserción de la convocatoria en el *Boletín Oficial del Estado*, durante las horas de seis a ocho de la tarde, debiendo acompañar la documentación que a continuación se cita:

a) Partida de nacimiento, legalizada si no pertenece el interesado al distrito de la Audiencia de Madrid.

b) Título de Licenciado o Doctor en Medicina.

c) Certificación de aptitud física.

d) Certificación de antecedentes penales.

e) Declaración jurada en que conste el resultado de la depuración políticosocial con arreglo a la Ley de 10 de febrero de 1939, expresando a la vez que no han sido expulsados de ningún Cuerpo por Tribunal de honor. Los que hayan obtenido el título de Licenciado con posterioridad a la fecha de 1.º de abril de 1939 acreditarán su adhesión al Glorioso Movimiento Nacional con certificación expedida por el Gobierno Civil de la provincia de su residencia o por la Delegación Provincial de Información e Investigación de F. E. T. y de las J. O. N. S.

Los aspirantes femeninos deberán acreditar, además, tener cumplido el Servicio Social, justificando en otro caso la causa de exención de esta obligación.

f) El correspondiente justificante que acredite la condición alegada por los interesados de las comprendidas en la Ley de 25 de agosto de 1939, siempre que no hayan obtenido al amparo de aquella Ley ningún cargo del Estado, Provincia o Municipio, cuya negativa harán constar en forma de declaración jurada.

g) Cuantos documentos estime convenientes el opositor en concepto de méritos demostrativos de su capacidad científica en relación con la especialidad de que se trate.

Los que se encuentren desempeñando en propiedad plaza de Médico Tocólogo, adquirida mediante oposición o concurso convocado en el *Boletín Oficial del Estado*, o cuando menos en el *Boletín Oficial* de la provincia, estarán exentos de presentar la documentación comprendida en los apartados c) y d), debiendo en este caso acreditar con la oportuna certificación el nombramiento correspondiente a la plaza que se hallen ejerciendo, con expresión de las circunstancias indicadas, toma de posesión y que continúa en activo servicio al frente de la plaza.

Al presentar la instancia con la documentación complementaria abonarán los interesados la cantidad de 75 pesetas, en concepto de derechos, sir-



viendo el número del recibo para determinar el orden de actuación en los ejercicios.

3.<sup>a</sup> Los aspirantes admitidos a la práctica de los ejercicios serán convocados oportunamente por el Tribunal, que señalará local y fecha en que han de comenzar los ejercicios, que tendrán lugar siguiendo rigurosamente el número de inscripción consignado en el recibo de cada opositor, ajustándose la fecha de comienzo de los ejercicios a las disposiciones de la Orden de la Presidencia del Gobierno de fecha 6 de marzo de 1942.

Los ejercicios de oposición serán tres:

El primero, escrito, que consistirá en desarrollar en el plazo máximo de cuatro horas dos temas sacados a la suerte del programa que oportunamente será aprobado por el Consejo Nacional de Sanidad y publicado en el *Boletín Oficial del Estado*. Este ejercicio será leído públicamente por cada opositor.

El segundo, clínico, se desarrollará en la forma que disponga el Tribunal, con arreglo a los elementos que pueda utilizar.

El tercero consistirá en prácticas de Laboratorio, en aplicación en la especialidad de que se trata.

En cada ejercicio podrá otorgar cada miembro del Tribunal de cinco a diez puntos a cada opositor, siendo necesario obtener un mínimo de 25 puntos para poder pasar al ejercicio siguiente, quedando eliminados en caso contrario.

La calificación se hará pública a la terminación de cada sesión que celebre el Tribunal.

Una vez terminados los ejercicios, el Tribunal formará la lista general de opositores aprobados, cuyo número no podrá exceder del de plazas anunciadas en la convocatoria, para lo cual deberá tenerse en cuenta la calificación definitiva, que será la resultante de la suma de puntos obtenidos en todos los ejercicios, dividida por el número de éstos. La lista general de aprobados será publicada en el *Boletín Oficial del Estado*; convocando al propio tiempo a los aprobados para la elección de plaza, por orden de puntuación obtenida.

Una vez verificada la elección de plazas, el Tribunal elevará propuesta unipersonal de nombramiento para cada una de ellas a la Dirección General de Sanidad, y este Centro, a su vez, la dirigirá a este Ministerio para su aprobación, previo informe del Consejo Nacional de Sanidad.

4.<sup>a</sup> El Tribunal que ha de juzgar las oposiciones estará constituido en la siguiente forma:

Presidente: un miembro del Consejo Nacional de Sanidad.

Vocales: El Catedrático de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Madrid.

El Jefe de la Sección de Médicos Titulares de la Dirección General de Sanidad.

Dos Médicos tocólogos con ejercicio en propiedad en plaza de Municipio de 12.000 o más habitantes, obtenida mediante oposición; propuestos, uno por el Consejo General de Colegios Médicos, y otro, por F. E. T. y de las J. O. N. S.

5.<sup>a</sup> Los que resulten nombrados para cubrir una plaza de Médico tocólogo titular deberán fijar su residencia en el Municipio correspondiente, y desempeñarán por sí mismos los servicios, no pudiendo ser sustituidos sino en los casos de licencia obtenida reglamentariamente.

Lo comunico a V. I. para su conocimiento y efectos oportunos.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 24 de junio de 1946.—Pérez González.  
Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.  
(B. O. del E. de 30-VI-1946.)

*ORDEN de 22 de junio de 1946 por la que se declara desierto el concurso para proveer las Forensías de categoría de entrada que se mencionan, y ordenando su provisión*

Ilmo. Sr.: Habiendo resultado desierto el concurso de traslación anunciado para proveer las plazas de Médicos forenses de categoría de entrada vacantes en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Arnejo y San Vicente de la Barquera,

Este Ministerio, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Decreto de 17 de junio de 1933, modificado por el de 7 de enero de 1936, acuerda que se proceda a su provisión en la forma prevenida en la disposición de que queda hecho mérito, previo el anuncio correspondiente.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes.

Dios guarde a V. I. muchos años

Madrid, 22 de junio de 1946.—P. D., I. de Arcenegui.

Ilmo. Sr. Director general de Justicia.  
(B. O. del E. de 27-VI-1946.)



# BARACHOL

**Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.**

**Evita enormes molestias y gastos.**

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

BOLAÑOS Y AGUILAR, S. L.—Gral. Sanjurjo, 20, Madrid.

Ayuntamiento de Madrid



CONTRA CATARROS  
BRONQUIALES Y  
NASALES

# EFEDRINA

INYECTABLE,  
COMPRIMIDOS,  
JARABE,

POMADA,  
Y  
ACEITE NASAL



LABORATORIOS ESPAÑOLES  
Zeltia, S.A.  
PORRIÑO  
(PONTEVEDRA)



EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

# *Corfilamin*

TEOFILINA ETILENO - DIAMINA

DIURÉTICO Y VASODILATADOR  
CARDÍACO, RENAL Y CEREBRAL

**Presentación:**

Cajas de 5 inyectables intravenosos de 10 c.c.

Tubos de 10 comprimidos de 0.10 grs.

**LABORATORIO PADRÓ, S. A.**

CONCESIONARIOS EXCLUSIVOS DE



DEPARTAMENTO FARMACÉUTICO

**BASILEA (Suiza)**

Muestras y literatura: Laboratorio Padró, S. A., Avenida del Emperador Carlos I, 206, Barcelona

(C. S., núm. 8.641)

EN LAS DIARREAS INFANTILES...

# *Irgafem*

N<sub>1</sub> - 3, 4 - dimetilbenzoil - sulfanilamida

Reúne a su enérgica acción contra los colibacilos  
y gérmenes disintéricos las ventajas de su mínima toxicidad,  
y de permitir la sulfamidoterapia a dosis reducidas

**Bibliografía**

Ekstein: Schweiz. Med. Wehr. 1944, 148

Allué: Rev. Esp. Pediat. 1945, 719

PREPARADO POR J. R. GEIGY, S. A. - BASILEA (SUIZA) - DEPARTAMENTO FARMACÉUTICO

CONCESIONARIOS EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA:

**Laboratorio Padró, S. A.**



Muestras y literatura: Laboratorio Padró, S. A., Avenida del Emperador Carlos I, 206, Barcelona

(C. S., núm. 8.642)