



EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MEDICAS

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 13 de julio de 1946

NÚMERO 4.708



**Nuevo derivado químico de
extraordinario interés en
pediatría y medicina interna**

Editeno

TANIN-AZO-SULFOTIAZOL

Quimioterápico-anesosmótico que actúa rápida y favorablemente sobre el estado general y los síntomas gastrointestinales.

I. EN PEDIATRÍA

a) Trastornos nutritivos del lactante de origen toxi-infeccioso.

1. Dispepsia simple aguda.
2. Formas clínicas de transición a la toxicosis.
3. Dispepsia tóxica (enterocatarro, cólera infantil).

b) Dispepsia en las infecciones paraenterales.

Dispepsia o toxicosis secundarias a infecciones diversas de localización extraintestinal: nasofaringitis, otitis media (manifiesta o larvada), pielocistitis debidas a coli-infecciones, etc.

c) Infecciones enterales.

Enteritis infecciosas de máxima frecuencia de presentación en la época estival. De origen exógeno (por ejemplo, por mastitis de la madre, infección enteral estreptocócica), o de origen endógeno, por exaltación de los mismos gérmenes intestinales (*coli*, *enterococo*, etc.).

Bajo las formas clínicas de enteritis, propiamente dicha, de colitis mucosa o de colitis disenteriforme producidas por el *estreptococo*, *estafilococo*, *neumococo*, o las diferentes razas de *b. disentéricos* (SHIGA, FLEXNER e HIS).

II. EN MEDICINA INTERNA

Colitis ulcerosa.

- 1) En la forma infecciosa, casi siempre de etiología *estreptocócica*, a menudo relacionada con la existencia de focos sépticos latentes.
- 2) En la forma disentérica de origen bacilar.

ES MUY BIEN TOLERADO POR EL ESTOMAGO

NO PRODUCE TRASTORNOS GENERALES

Tubos de 20 comprimidos de 0,50 grs.

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS "FAES"

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 proceso psicológico e histórico de las intervenciones lentas*, por el Dr. E. Fernández Sanz. *Hipertiroidismo centrógeno*, por los Dres. Antonio Quirarte y Alvaro Jáuregui. *Glosas endocrinas a un puñado de refranes*, por el Dr. Castillo de Lucas. DIVULGACIONES NACIONALES: *Tradiciones de las fuentes españolas*, por los Dres. Paulino Pérez Rodríguez y Julián Bernal García. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *La penicilinterapia en la endocarditis bacteriana aguda*, por los Dres. A. Dolphin y R. Cruickshank. «*La señora Vitamina*» *ingresa en la Academia*, por el Dr. Henri Gerbert. ACADEMIAS Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS. CONSULTORIO MÉDICO QUIRÚRGICO. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

El proceso psicológico e histórico de las intervenciones lentas

por el

Doctor E. FERNANDEZ SANZ

Del Instituto de España (Real Academia de Medicina.)

Podrá parecer extraño que figure en una revista de Medicina un tema como el enunciado en el título precedente; pero se explica por qué precisamente en el ámbito médico se halla uno de los más típicos ejemplos de invención lenta: el descubrimiento de la circulación de la sangre; la exposición de este descubrimiento, realizado en pausadas etapas, en el curso de muchos siglos, exposición desde luego muy sumaria y concisa, pero a la vez exacta, completa y metódica, es el objeto principal de este artículo; pero antes de entrar en ella he de hacer algunas advertencias de carácter general, y, además, he de bosquejar en sus líneas generales y con máxima brevedad otro ejemplo de invención lenta de mucho mayor alcance; este último para demostrar la enorme importancia psicológica, social e histórica del tema escogido.

Me interesa mucho hacer constar, desde un principio, la considerable significación que los conceptos integrados en el contenido de dicho tema tienen, han tenido y tendrán siempre en el destino de la Humanidad. La facultad de inventar y de perfeccionar los inventos es la característica definidora que permite separar radicalmente al hombre de los demás animales, orgánicamente tan parecidos a él, pero que son incapaces de inventar nada, aun los que más inteligentes parecen, como el perro y los cuadrumanos. El inmortal LINNEO atribuyó, con supremo acierto, al reino hominal, para distinguirlo de los otros reinos naturales,

esa facultad inventiva, y los progresos ulteriores de la ciencia han confirmado en este punto la sagacidad del genial naturalista sueco, y téngase muy presente que éste, no sólo mencionó la aptitud de inventar, sino también la de perfeccionar lo inventado, lo que supone una evolución mejoradora de los inventos, una labor sucesiva y duradera, porque da cabida a la noción de tiempo y supone en cada invento etapas seguidas en serie progresiva, y esto representa ya por sí mismo una cierta lentitud en el proceso.

Si insistimos más aún en este aspecto del asunto, al profundizar más en su contenido, se ha de hacer constar que los inventos humanos no son producto de una inspiración, intuición o improvisación, como quiera llamarse, súbita e instantánea, sino, por el contrario, son lentos y graduales, elaborados asidua y reiteradamente en sucesivos períodos de duración más o menos dilatada, pero siempre bien apreciables, y precisamente son estos caracteres de lentitud escalonada tanto más señalados y relevantes cuanto mayores sean la importancia y amplitud del invento, como se verá en los dos ejemplos que voy a exponer.

Esta tesis que defiende, la de la lentitud de las invenciones humanas, viene a representar en Psicología, en Sociología y en Historia lo que en Cosmología y Geología la teoría del Lyell sobre las causas actuales, según la cual, y sus ampliaciones y derivaciones ulteriores, la desmesurada, la

inmensa evolución del Universo, y en especial la del planeta que habitamos, se ha verificado siempre a impulsos de las fuerzas ahora en juego; cierto que ha habido en todos tiempos catástrofes geológicas como las hay ahora, erupciones volcánicas, terremotos, ciclones, etc.; pero la acción de estos episodios catastróficos es ínfima, comparada con la mucho más constante, continua y, en último término, poderosa de las calladas y mansas causas, persistentes y permanentes: la erosión, la precipitación, la sedimentación, la evaporación, etcétera. En suma, que lo mismo en la inmensidad cósmica que en la intimidad de la mente humana, la Naturaleza no procede por saltos, sino por continuidad, muy lenta y gradualmente, como afirma un aforismo bien conocido.

Demostrada con todo lo dicho la importancia de las invenciones lentas en la historia de la Humanidad, voy a proceder a la exposición de los dos ejemplos antes mencionados, a grandes rasgos el primero y con más detalle el segundo.

El lenguaje escrito fué con mucho posterior, necesariamente había de serlo, al hablado; del origen de éste no pueden aventurarse más que falaces conjeturas, y lo más acertado es sustraer su investigación a la esfera del raciocinio y elevarla al más alto plano de la fe en la revelación; pero con el escrito no ocurre lo propio, porque la escritura apareció en tiempo muy ulterior, en plena Historia ya, con los ojos de ésta muy abiertos y vigilantes, y ha ido evolucionando en ella, dejando huellas indelebiles de sus peripecias, que pueden ser reconocidas por documentos fidedignos, hallazgos arqueológicos, testimonios fehacientes, etcétera. La invención de la escritura en las remotas y confusas fronteras de la Prehistoria y de la Historia propiamente dicha, en la que pudiéramos llamar sin mucha impropiedad Protohistoria, responde a una interesante peculiaridad de la mente humana a la tendencia a elaborar signos y símbolos, a representar por determinados trazos y rasgos, apreciables sensorialmente, ciertas ideas, conceptos y abstracciones, en sí mismas siempre subjetivas, pero que pueden tener o no tener correspondencia objetiva; esta tendencia, muy fecunda en aplicaciones y resultados prácticos, se ha manifestado siempre intensamente activa desde que el hombre dió sus primeros pasos sobre la tierra, y es el origen del simbolismo, de la semántica y, además, de la heráldica, de la numismática, y no en último, sino en primer término, del lenguaje escrito; a ello contribuyó como poderoso factor auxiliar la aptitud a la estilización, que tan elevado papel había de jugar en el desarrollo de las artes, no sólo plásticas, sino también literarias.

Los documentos históricos, de una veracidad comprobada, que se conocen, demuestran que la escritura fué en sus comienzos una reproducción más o menos convencionalmente estilizada de los

objetos que se deseaba designar; fué, por lo tanto, una escritura pictórica, estrictamente visual y objetiva; después, en virtud del simbolismo a que anteriormente he aludido, fueron creándose más y más signos nuevos, a los que se hacía representar sentimientos, ideas poco o mucho abstractas (más bien poco), sentimientos, seres imaginarios, etcétera, y la escritura se fué haciendo ideográfica, sin dejar todavía de ser pictórica, y ésta es la apariencia de la escritura jeroglífica; pero haciéndose cada vez más complicado el lenguaje oral y más heterogéneo el funcionamiento de la mente humana, para mantener el paralelismo con la complejidad de lo hablado, hubo lo escrito de subordinarse a la palabra, dejando de representar objetivamente a las cosas y a los sucesos, para significar, no a las unas ni a los otros, sino a los nombres que los designaban oralmente. Con esto, la escritura dejó de ser pictórica e ideográfica, y se convirtió en fonética, quedando con ello subordinada a la expresión oral.

Esta evolución, que tan rápidamente se expone en unos cuantos renglones, tardó en verificarse en realidad muchos siglos, varios milenios, y sólo llegó a su plenitud una vez ya bien entrada la edad histórica propiamente dicha. Establecido el paralelismo, o, mejor dicho, la subordinación a la palabra hablada de la escrita, la labor perfeccionadora de ésta fué mucho más fácil, pero continuó siendo muy lenta, y se fueron aumentando y mejorando los signos escritos; con más o menos espontaneidad y sincronismo fueron surgiendo los alfabetos en las diferentes regiones de la tierra que empezaban a destacarse en la naciente civilización; así, en las riberas del Mediterráneo apareció el alfabeto que se atribuye al fenicio CADMO, y que fué adoptado por los griegos, que hicieron en él importantes mejoras (entre otras, la separación de vocales y consonantes); en Egipto persistía, pero muy modificada, y en modo alguno exclusiva, la escritura jeroglífica; en Mesopotamia dominaban las inscripciones cuneiformes, y en la aislada China se inventaba un alfabeto propio, de extraordinaria complicación y de grandes dificultades para su empleo, no obstante lo cual ha subsistido hasta el presente, y fué adoptado, aunque con importantes alteraciones, por Corea y Japón; en la actualidad existe tendencia, hasta en la misma China, a conservar el antiguo alfabeto como una reliquia arqueológica y a sustituirle en la vida práctica por el alfabeto occidental, mejor dicho, mediterráneo, o por alguno afín a este último.

La evolución perfeccionadora de la escritura se continuó y completó, lo mismo en Europa que en China (en ésta antes que en aquélla), por la invención de la Imprenta; es ésta otra invención lenta de sumo interés, pero no puedo hacer más que mencionarla, pues su detallada descripción me llevaría demasiado lejos, y, además, no es necesaria para la exposición del tema principal de este

artículo, en el que voy a entrar sin más consideraciones preliminares.

* * *

Con fines didácticos, de claridad y brevedad expositivas, puede circunscribirse la historia de la circulación sanguínea entre dos nombres, el de ERASÍSTRATO y el de HARVEY. Ciertamente que antes de ERASÍSTRATO ya se opinaba acerca de los movimientos de la sangre y, en general, de los líquidos orgánicos, y que después de HARVEY todavía quedaba mucho por averiguar, y aun hoy mismo falta bastante que investigar en Fisiología circulatoria; pero de todas suertes puede condensarse entre las dos fechas citadas lo que de más substancial importa decir acerca de su historia, que aun así, recortada todavía, abarca desde el siglo III antes de Jesucristo hasta el XVII de la Era Cristiana, es decir, veinte siglos, un par de milenios, lo que me parece suficiente para demostrar la lentitud con que se ha realizado.

Desde un principio, desde que comenzó a despuntar el alba de la Medicina científica, las opiniones sobre el movimiento de la sangre se relacionaron con dos asuntos, que en tan remota época preocupaban intensamente a los médicos, que empezaban a pensar científicamente, con la teoría humoral, de la que fué HIPÓCRATES el más preclaro mantenedor y definidor, y con la noción del neuma; muy pronto se advirtió la existencia de dos factores que, con el carácter de imprescindibles, intervenían en la vida del hombre y de los animales: un factor líquido representado por los humores orgánicos, el principal de todos la sangre, y otro factor gaseoso, más concretamente, aéreo, el hálito vital (indeleblemente cifrado en el fatal último suspiro), el llamado neuma; precozmente se conoció también que estos dos factores no permanecían quietos dentro del organismo, sino que en el interior de éste iban y venían sin cesar, y que este trajín constante de los flúidos intraorgánicos, este su ir y venir sin tregua es indispensable para que la vida subsista; y así las cosas, con el apoyo de las dominantes concepciones humoristas y neumáticas en la embrionaria ciencia médica, llegamos a la época de ERASÍSTRATO, en la que encontramos el primer jalón plenamente histórico, del que vamos a hacer que arranque nuestra resumida narración del descubrimiento de la circulación de la sangre. Describiremos sucesivamente, y con la parvedad obligada, primero, la etapa de ERASÍSTRATO; segundo, la de GALENO; tercero, la de SERVET, o de la circulación pulmonar; cuarto, la de HARVEY, o de la circulación general; quinto, las de las ampliaciones ulteriores, que llegan hasta nuestros días.

1.º ERASÍSTRATO, anatómico alejandrino, que vivió en el siglo III antes de Jesucristo, se especializó en el estudio del corazón y del sistema vascular; prescindiendo de sus descubrimientos

morfológicos, para limitarnos a su opinión sobre la circulación sanguínea y neumática, diremos que, según él, las arterias contenían sólo aire absorbido en el pulmón y llevado al corazón, por la que llamaba arteria venosa, entraba en el corazón izquierdo y era de allí conducido por las arterias a todos los órganos; no admitía comunicación entre arterias y venas en estado normal. Esta errónea opinión de ERASÍSTRATO se fundaba en el hecho de que, en las disecciones y autopsias, se encontraban las arterias vacías; era, pues, la opinión de un anatómico disector, no la de un fisiólogo, ni aun la de un médico. ERASÍSTRATO dividía el aparato circulatorio en dos grandes mitades: una, el corazón izquierdo y el sistema arterial para el neuma, y otra, el corazón derecho y el sistema venoso para la sangre.

2.º GALENO.—Es GALENO, indiscutiblemente, la segunda figura de la Medicina; la primera, HIPÓCRATES, fundó los cimientos de nuestra ciencia, apoyándola en la *observación*, como arranque del llamado empirismo racional, y GALENO completó la obra de HIPÓCRATES, inaugurando, en el siglo II de nuestra Era, la *experimentación*, con lo que se adelantó en muchos siglos a los dos BACON (ROGER en el siglo XIII y FRANCISCO en el XVII).

Al tratar de la circulación de la sangre, GALENO no procedió como un simple anatomista disector, cual ERASÍSTRATO, sino como un fisiólogo experimentador, y le fué muy fácil deshacer el error de la vacuidad de las arterias en vida, mediante un experimento tan sencillo como técnicamente impecable; mucho antes se había ya observado que, pinchando una arteria en un hombre o en un animal vivos, salía la sangre a saltos, en sacudidas rítmicas, pero se objetaba que esa sangre era procedente de las venas, de las que refluía a las arterias; GALENO demostró la falsedad de esta falaz explicación, desnudando en un animal vivo una arteria y cortándola entre dos ligaduras, con lo que la encontró llena de sangre; de esta manera tan sencilla se dió un paso enorme en el conocimiento del movimiento intraorgánico de la sangre.

Con estos nuevos datos, GALENO formuló una teoría en la que afirmaba que la sangre se producía en el hígado a expensas de los alimentos digeridos en el estómago; del hígado, la sangre iba al corazón derecho, y de éste pasaba al izquierdo a través del tabique interventricular, que suponía permeable; en el corazón izquierdo se mezclaba con el neuma que allí llegaba desde el pulmón (en este punto, como se ve, GALENO mantenía la idea de ERASÍSTRATO); una vez mezclados en el corazón izquierdo la sangre y el neuma, aquélla, ya neumática, era repartida por las arterias a todos los órganos.

Salvando dos capitales errores, el de la formación de la sangre en el hígado, y, sobre todo, el más importante aún, el de la permeabilidad del

tabique interventricular, admitida gratuitamente, sin ninguna prueba, GALENO se aproximó mucho a la realidad de los hechos; no hay más que cambiar el concepto de neuma por el de oxígeno para advertir cuán cerca estuvo de la verdad; el oxígeno (neuma) se absorbe en el pulmón, la sangre vuelve al corazón izquierdo, y desde allí, ya oxigenada (neumatizada), es distribuida por las arterias en todo el organismo; la semejanza no puede ser mayor entre una y otra versión; parece muy sencillo el paso de la una a la otra; basta quizá un simple cambio de nombre, y, sin embargo, faltaba que pasaran dieciséis siglos, que vivieran SERVET, HARVEY, MALPIGHI, LAVOISIER, y que, respectiva y sucesivamente, descubrieran la circulación pulmonar, la circulación general, los capilares, el oxígeno, para que, al fin, resplandeciera entera la verdad.

3.º SERVET y la circulación pulmonar.—Durante toda la Edad Media subsistió la doctrina galénica en su total conjunto; en aquellos tiempos era GALENO para la Medicina lo que ARISTÓTELES para la Filosofía, y encajada en el integral dogmatismo galénico, persistía su opinión sobre la circulación de la sangre y del neuma, con sus geniales premoniciones y también con sus crasos errores; éstos se advertían, o, por lo menos, se sospechaban, por los espíritus inquietos e hipercríticos, que llegaron a convencerse que no todo estaba dicho ni probado acerca de la circulación sanguínea, y por ello intentaban buscar solución a las dificultades, ya muy evidentes. En primer término, se negaba la permeabilidad del tabique interventricular, por nada ni por nadie comprobada; además, llamaba la atención el grueso calibre de la arteria pulmonar, que acarrea un volumen de sangre enormemente superior a la precisa para atender a la nutrición de los pulmones; también extrañaba la diferencia de aspecto de la sangre que entra y sale de los pulmones, roja ésta y negra aquélla; por fin, la disposición de las válvulas cardíacas no se compaginaba ni bien ni mal con la hipótesis galénica. Todas estas suspicacias críticas predisponían a un cambio de opinión.

En esta disposición de los ánimos, no es de extrañar que en unos cuantos años, a mediados del siglo XVI, comenzaran a surgir discursos y publicaciones que combatían la opinión de GALENO, y acabaron por dar al traste con ella.

Entre todas las manifestaciones antigalénicas, cupo la prioridad, legítimamente demostrada por la fecha de su aparición impresa, a una obra de nuestro compatriota MIGUEL SERVET, médico aragonés, por su mala ventura metido a teólogo, fanatizado por extraviadas ideas heréticas y tan dominado por ellas, que, por dedicarse a su descabellada propaganda, desdeñó el cultivo de la Medicina, tanto teórica como práctica, llevó una accidentada vida de persecuciones y encarcela-

nientos, y acabó siendo quemado vivo por el cruel Calvino, el tiránico heresiarca de Ginebra. En uno de sus varios libros heréticos, en el llamado *Restitución del Cristianismo*, SERVET alude incidentalmente a la opinión de GALENO sobre la circulación, declarando que es falsa, y que, lejos de ocurrir lo que en ella se dice, la sangre afluye al pulmón en cantidad muy superior a la precisa para nutrirle y volvía al corazón izquierdo, ya aireada, para desde allí repartirse por las arterias a todo el organismo; negaba también que la aireación de la sangre tuviera lugar en el corazón izquierdo, por la estrechez de su espacio; consideraba al pulmón como el único camino posible para pasar la sangre del corazón derecho al izquierdo, porque la permeabilidad del tabique interventricular era completamente falsa.

Al mismo tiempo casi que SERVET, más bien un poco después, a juzgar por la fecha de las respectivas publicaciones, algunos profesores médicos de las Universidades italianas, en especial COLOMBO, profesor de Padua, y CESALPINO, profesor en Pisa y Roma, expresaron, en términos análogos a los del médico español, sus opiniones. unos, oralmente desde sus cátedras, y otros, en publicaciones impresas. Estos autores italianos, no obstante su coincidencia de opinión con la de SERVET, no parecen haber tenido conocimiento de la de éste, al que casi no mencionan; pero esto no tiene nada de particular ni en nada empaña la buena fe de los maestros italianos, pues la obra de SERVET, por su carácter teológico, apenas era conocida por los médicos; además, fue siempre de ediciones muy limitadas, y a mayor abundamiento, por su contenido herético, condenada lo mismo por católicos que por protestantes, fue tan perseguida y tan quemada como su propio autor, y por verdadera casualidad ha podido conservarse algún ejemplar.

En suma; al terminar el siglo XVI puede considerarse como definitivamente combatida y abandonada la hipótesis circulatoria de GALENO y aceptada la nueva opinión, que admitía la circulación de la sangre desde el corazón derecho al izquierdo, pasando por los pulmones.

4.º HARVEY y la circulación en general.—Con lo averiguado en la etapa anterior, quedaba deshecho el nudo fundamental que enredaba y embrollaba el conocimiento de la circulación sanguínea, al quedar probado: primero, que la sangre no pasaba del corazón derecho al izquierdo a través del tabique interventricular, que es impermeable, sino a través de los pulmones, que sí son permeables; segundo, que la mezcla del neuma (oxígeno) con la sangre no se verifica en el corazón izquierdo, sino en los pulmones mismos; la sangre ya neumatizada (oxigenada) volvía al corazón izquierdo, y desde allí era repartida por las arterias a todo el organismo. Con esto quedaba descubierta y descrita la circulación pulmo-

nar, y *virtualmente* desvelada también la general, porque si todo el mundo médico admitía ya que la sangre con el neuma (oxígeno) adherido salía del corazón izquierdo por las arterias para regar todo el cuerpo, ¿por dónde había de volver al corazón derecho, ya sin neuma (desoxigenada), sino por las venas? ¿No era esto ya reconocer tácitamente la existencia de la circulación general?

Pero entonces se dirá: ¿qué es lo que descubrió HARVEY, cuál es su papel en la historia de la circulación sanguínea? Realmente, HARVEY no hizo ningún descubrimiento absolutamente nuevo ni sorprendente ni extraordinario. Lo que hizo, y ya era más que bastante, era muchísimo para aquella época (y para todas), fué reunir un formidable y definitivo acopio de experimentación. un inmenso acúmulo de datos experimentales, en cuya ejecución consumió la mayor parte de su vida, y con ello demostrar, dar la prueba concluyente de lo que muy oscura y confusamente se perfilaba en la mente, no sólo de los médicos, sino también de otras personas cultas de aquel siglo XVII. HARVEY insistió principalmente en el papel del corazón como motor central de la circulación, y estudió minuciosamente el juego de sus válvulas, considerando a aquél como una perfecta bomba aspirante-impelente.

Gracias a la labor colosal de HARVEY, lo que sólo era una vaga prenoción indeterminada, se convirtió en una sólida e inatacable verdad científica, y quedó desde entonces indestructiblemente unida a la armazón fundamental de la ciencia médica, y esto tiene muchísimo más mérito que la invención de una o de mil hipótesis, por muy ingeniosas y originales que sean (que seguramente serán, cuanto más ingeniosas y originales, tanto más fantásticas), y, por consiguiente, no son injustos, sino al contrario, muy merecidos los elogios que la posteridad ha dedicado a HARVEY, al que legítimamente se le considera como el coronador y feliz rematador de la laboriosa obra del descubrimiento de la circulación sanguínea. Y con él damos por terminada, según advertimos, la parte substancial de nuestra historia, a la que sólo falta un apéndice, que luego se expondrá. Pero antes hay que hacer constar que, no obstante no haber HARVEY en sus escritos enunciado apenas algo nuevo, y, desde luego, nada sensacional ni revolucionario, no por eso dejó de encontrar impugnadores, que fueron muy numerosos, algunos muy afamados y tan rencorosos como tercios; eran los contumaces, los tozudos de siempre, los aferrados a la rutina tradicional, que aborrecen todo lo nuevo o lo que les parece serlo, todo lo que los aparta del trillado camino de reata que siguen; entre estos tozudos se destacan el célebre GUY PATIN y RIOLAN, médico éste también de gran renombre en la corte de Francia, quien llegó a decir que si las afirmaciones de HARVEY eran

verdad, habría que reconocer que la Anatomía y Fisiología contemporáneas sayas habían cambiado con el transcurso del tiempo y eran muy diferentes de las de la época de GALENO, pues eso era más verosímil que no que GALENO pudiera equivocarse. Dejemos en un piadoso olvido estas lamentables muestras de la debilidad de la mente humana, y vamos a ocuparnos del apéndice, al que aludí unos renglones más arriba.

5.º *Etapá complementaria.*—Con sus concluyentes estudios experimentales y las lógicas consecuencias que de ellos se derivaban, HARVEY había completado el doble círculo, el ocho de guarismo, que representa el circuito intraorgánico de la sangre, impulsada como motor principal por el corazón, actuando como una bomba aspirante-impelente, y con el concurso de otros factores, que no es ésta la ocasión de detallar; pero, al completar ese doble círculo, quedaba un hiato, una solución de continuidad, que HARVEY no había logrado llenar, pues ignoraba cómo pasaba la sangre de las arterias a las venas; suponía que habría alguna forma de anastomosis, pero esto no era más que una suposición, que sólo se convirtió en realidad algunos años más tarde, cuando MALPIGHI descubrió los capilares; entonces sí que quedó definitivamente cerrado y completo el doble círculo sanguíneo. Este nuevo descubrimiento mereció también las iras de los tradicionalistas, y es curioso recordar que uno de los detractores fué FABRICIO DE ACQUAPENDENTE, precisamente el observador que había hecho un minucioso y exacto estudio de las válvulas venosas, las que, por su disposición, son la más acabada y convincente prueba de la certeza de la opinión de HARVEY y de MALPIGHI; estas extrañas paradojas son muy frecuentes en las historias de las ciencias, no sólo en la médica, sino en todas ellas.

Andando el tiempo, no mucho, se fué ampliando el conocimiento de la circulación de la sangre con el de la de otros humores orgánicos afines a aquélla, con el estudio de los conductos y reservorios linfáticos y afines, debido, en primer término, a RUDBECK, BARTHOLINI, ASELLI, PECQUET, y ya bien entrado el siglo XVIII, el descubrimiento por LAVOISIER del oxígeno, reveló el verdadero carácter fisiológico de la respiración y de su consecuencia, la conversión de la sangre venosa en arterial, asimilándose este fenómeno como preliminar a los de combustión intraorgánica, con absorción del comburente, oxígeno del aire en los pulmones, para ser llevado por la sangre y utilizado en los tejidos en una combustión intratricular.

En nuestros días mismos continúan aún los adelantos en Fisiología circulatoria; hay todavía muchos problemas por investigar; citaremos sólo algunos: la permeabilidad meníngea, la función de los plexos coroides, los lugares de destrucción y de formación de los elementos formes; hasta se

habla ahora de la posibilidad, en determinadas circunstancias, de comunicaciones arteriovenosas, extra o yuxtacapilares, según la añeja sospecha de HARVEY.

Con esto doy por terminado mi modesto trabajo, en el que he tratado de demostrar cuán tra-

bajosa y despaciosamente va avanzando la Humanidad por la incierta, penosa y árida senda del conocimiento de la Naturaleza en esta vida terrenal, áspera senda que será intransitable si no está iluminada por la fe, animada por la esperanza y fecundada por la caridad.



HIPERTIROIDISMO CENTRÓGENO

por los doctores

ANTONIO QUIRALTE y ALVARO JAUREGUI

BLANCO SOLER, en la inauguración del curso 1944-45 de la Academia Médico-Quirúrgica, expuso la necesidad de agrupar bajo la denominación de bocio o hipertiroidismo centrógeno una serie de grandes o pequeños signos de abolengo tiroideo, que muchas veces pasan inadvertidos, y que una observación cuidadosa permite ponerlos de manifiesto, siendo estos síntomas auténticos altavoces de disregulaciones endocrinas, tiroideas principalmente, pero cuya fisiopatología abarca no solamente a la citada glándula, sino que, para encontrar una explicación satisfactoria, tenemos

que dirigir la atención hacia centros y glándulas situadas en plano superior, anatómica y jerárquicamente. Ya en 1938, BLANCO SOLER afirmaba en la Real Academia de Medicina que todo síndrome endocrino era pluriglandular, por lo que no podemos referirnos al tiroides, como órgano aislado, sino que es necesario, en una visión de conjunto, relacionarlo con los demás, con los que entra a formar parte del complejo organismo humano, y, especialmente, del sistema incretor.

Si volvemos a llamar la atención sobre el hipertiroidismo y bocio centrógenos, es no sólo por la



NICOTILAMIDA *Merck*

(Amida del ácido nicotínico)

Pelagra, enterocolitis crónica, dispepsias pertinaces,
trastornos de absorción de las grasas,
malestar producido por los rayos X.
trastornos de las sulfonamidas,
dermatosis con hipersensibilidad a la luz, etc.

Tabletas de 0,20 g. - Ampollas de 0,10 g.

E. Merck

FÁBRICA DE PRODUCTOS QUÍMICOS : DARMSTADT

C. S. n.º 110

Ayuntamiento de Madrid

ausencia de descripciones clásicas, sino, además, por la gran frecuencia con que se presentan cuadros de esta índole pasando inadvertidos.

Continuamente se ven enfermos con sintomatología más o menos discreta de hipertiroidismo, pero con metabolismo basal normal o casi normal. Son los que LABBE etiquetó de «parabasedowianos»; pero si estos enfermos son seguidos durante años, se ve instaurarse en ellos un verdadero síndrome hipertiroideo o se observan elevaciones graduales o bruscas de su metabolismo basal, como respuesta a un trauma psíquico o episodio infeccioso, por lo que desde hace tiempo se hacen en los Servicios que frecuentamos diagnósticos de hipertiroidismo en un amplio sentido del concepto, en los enfermos que presentan esta sintomatología, aun cuando su metabolismo basal sea normal.

El problema está aún en plena evolución; pero si consideramos el estado actual de nuestros conocimientos sobre el hipertiroidismo, en comparación con pasados años, los progresos alcanzados han sido enormes, aun cuando, desde el punto de vista del tratamiento, no se ha logrado aún todo lo que fuera de desear, ya que, por muy bien tratado que sea un hipertiroideo, vemos que siempre mejora; pero siempre también, tarde o temprano, vuelven a reaparecer los síntomas, aun en los tratados quirúrgicamente, en los que, ciertamente, es donde se obtienen los mayores períodos de latencia, ya que se ha extirpado el «altavoz», pero queda intacta la «central», y estos enfermos mueren víctimas de su enfermedad primitiva, que ha lesionado en la gran mayoría de los casos su corazón y en otros los riñones, etc.

Las enfermedades del tiroides, en su común denominador de bocios, eran conocidas aun antes de los estudios y descripciones hechas, a partir de 1772, por SANIT-IVES, PARRY, FLAINT, GRAVES y BASEDOW, y desde esa época, y a través del siglo pasado, se han ido acumulando nombres de los que han contribuido al mejor conocimiento de la Clínica tiroidea, entre los que merece ser citado MOEBIUS, que fué el que, en 1876, atribuyó a una hiperfunción tiroidea la enfermedad descrita por los anteriores. A partir de esta fecha, se han sucedido los estudios encaminados a aclarar el problema etiológico, y se han hecho grandes avances en este sentido; pero actualmente se encuentra sin resolver, como lo demuestra la diversidad de teorías que tratan de explicar el síndrome hipertiroideo, y que se pueden resumir en la siguiente forma:

Endocrinas: a), las que suponen responsable al tiroides; b), las que sitúan el origen patogénico en el timo; c), las que hacen responsable a la hipófisis.

Nerviosas: a), las que suponen un trastorno diencefalopático; b), las que defienden un origen

simpático; c), las que admiten una combinación de ambos factores.

Periféricas: las que hacen recaer el elemento desencadenante del hipertiroidismo sobre el área del metabolismo celular.

Lo más acertado es considerar todos estos factores en conjunto y dependientes del centro vegetativo superior, bajo cuyo impulso y control funcionan el tiroides, la hipófisis y el timo, así como el resto de las glándulas inductoras.

Ya los fisiólogos del siglo XVI relacionaban al tiroides con trastornos cerebrales y lo consideraban como regulador de sus congestiones. KOEBEN (1855) apuntó la posibilidad de que el hipertiroidismo fuera producido por alteraciones del sistema nervioso, teoría apoyada por ARN y KOCHER, entre otros, que localizan las lesiones en los centros nerviosos. Corroboró todo esto CL. BERNARD, al provocar exoftalmos por excitación del simpático. En 1896, JABOULAY propone y practica con éxito la extirpación del simpático cervical para el tratamiento del basedow. TROUSSEAU y CHARCOT colocan al basedow entre las neurosis simpáticas, y el segundo indica ya el valor constitucional y la tara neuropática en esta enfermedad.

Actualmente va teniendo cada vez más adeptos la concepción del origen psicógeno y neurógeno del hipertiroidismo, siendo los modernos estudios histológicos, por una parte, los que más fuerza dan a la misma. STOER, BOECKE y SUNDER-PLASSMANN han demostrado que existe en los órganos y tejidos un sincitio neurovegetativo periférico, y que, como consecuencia de ello, hay en el tiroides un «plexo preterminal» (SUNDER-PLASSMANN) y un retículo terminal nervioso en conexión con las células y vasos tiroideos; pues bien, al ponerse en contacto el plexo terminal y el preterminal, regulan la irrigación tiroidea y la función de los tirodocitos o células foliculares, encargadas de la secreción folicular y de tapizar los folículos, regulando al propio tiempo la función de otras células tiroideas, las células de núcleo claro, neurohormonales o Nh, que sirven para licuar la materia coloide y trasladarla al resto del organismo bajo la influencia del sistema nervioso parasimpático, del que forman parte, constituyendo la terminación del mismo. En este sentido son también interesantes las experiencias de LISI, que demuestra que la destrucción de los centros encefálicos produce hiperplasia tiroidea.

FENZ y FALTA han confirmado la participación encefálica en el hipertiroidismo al demostrar que el ácido N. metil-etifenil barbitúrico (prominal) provoca en los hipertiroideos un descenso de su metabolismo basal.

Cada vez son más frecuentes las observaciones clínicas respecto a la asociación de trastornos encefálicos y procesos hipertiroideos. FERREOL, en 1874, fué el primero en señalar esta coincidencia en un enfermo de tabes y basedow.

Una razón más en apoyo de la etiología central o centrógena del hipertiroidismo son las consecuencias producidas por la intoxicación por plomo, mercurio, etc., que comienzan por una neurosis vasomotora, para abocar en un franco hipertiroidismo. Lo mismo sucede con la intoxicación nicotínica. En la vejez se encuentra con gran frecuencia un cuadro neurovegetativo que recuerda al hipertiroidismo. El basedow senil es muy frecuente, encontrándose en los cerebros de los viejos lesiones de capilaritis y en núcleos talámicos, subtalámicos, etc. BLANCO SOLER, que ha hecho rejuvenecer este tema, dijo que el cuadro de la vejez recuerda a uno diencefálico, y dividió la forma de envejecer, en lo morfológico, en «simoniano» y «cushiniano».

En la menopausia se encuentran también más o menos síndromes claros de hipertiroidismo provocado por alteración tireotropa, o por actuar como factor desencadenante el estado citado.

En los sujetos predispuestos constitucionalmente, basta un estímulo psicógeno, excitación, trauma psíquico, etc., para que se instaure un típico síndrome hipertiroideo por participación de los núcleos parasimpáticos del encéfalo, como afirma SUNDER-PLASSMANN.

Hay que recalcar la importancia fundamental de tal constitución en esta endocrinopatía, como, en general, en todo trastorno incretor, ya que sobre esta base actúa como agente desencadenante cualquier estímulo interno o exterior (infeccioso, tóxico, psíquico, etc.), que hace que afloren los trastornos endocrinopáticos, aunque esta cuestión se encuentra actualmente sin resolver, ya que es corriente ver emerger una alteración endocrina sin antecedentes claros respecto a una glándula determinada, y sí, en cambio, con respecto a otras.

Tanto las neurosis taquicárdicas de GALLABARDIN como los pseudohipertiroideos de MARAÑÓN, los hipertiroidismos frustrados, larvados, de PENDE, etc., son estados vegetativos que asientan en sujetos constitucionalmente predispuestos, y que, en un momento dado, se transforman en auténticos basedowianos, no llegando a este estado los no predispuestos constitucionalmente.

En resumen: estimamos fundamental, en primer lugar, la existencia de un factor constitucional sobre cuya base se instaura el síndrome hipertiroideo a partir de la acción que ejerce sobre el tiroides, por medio del centro vegetativo superior, cualquiera de los siguientes factores desencadenantes: a), las infecciones (encefalitis, sífilis cerebral, etc.); b), los tóxicos (endógenos o exógenos); c), los estímulos físicos sobre centros diencefálicos (frío, calor, dolor); d), los traumas psíquicos; e), el predominio de la hormona tireotropa.

* * *

Recogemos algunas de las historias clínicas que presentan características que apoyan estos conceptos.

Enferma E. G. P., treinta y nueve años, casada. Natural de Logroño, habiendo residido, además, en Bilbao, Salamanca y Madrid. Propietaria de un bar. Antecedentes familiares: cuatro hermanos sanos, siendo la enferma la tercera de ellos. Su madre, cuatro abortos. Antecedentes personales, sin interés. Menarquia, a los trece años; reglas, tipo 28/3-4, escasas, sin dolores. No ha tenido hijos ni abortos. Hace dos años se incendió el bar, donde trabajaba, y a partir de entonces, y durante un mes o dos, presentó irritabilidad, cambio de carácter, nervosismo y adelgazamiento; mejoró posteriormente, para volver a empeorar en la época en que viene a consultar (20 de octubre de 1944). El adelgazamiento se hacía cada vez más intenso, y se quejaba, además, de algias generalizadas.

Exploración: Hábito, asténico; talla, 1,54 metros; peso, 51.900 kilogramos. Piel, morena, sudorosa; dermatografismo, positivo. Mirada, fija, húmeda. Signo de Giffor, positivo. Faltan varias piezas dentarias. Faringe, normal. En cuello no se observan ni palpan ganglios ni alteración tiroidea. Reflejos tendinosos moderadamente exaltados. Temblor fibrilar. Fosas supra e infraclaviculares, pronunciadas; clavículas, muy prominentes. Percusión, auscultación y radioscopia de tórax, normales. Tonos cardíacos, reforzados; taquicardia de 120 pulsaciones. Metabolismo basal, más 15 por 100.

Análisis de sangre: Serología, negativa. Morfológico, glucemia, urea, normales. Orina, normal.

Tratada intensamente durante un año, engorda, y desaparece casi completamente la sintomatología. Pasado este tiempo, presenta en cuello una tumoración correspondiente a lóbulo derecho de tiroides del tamaño de una nuez, con persistencia de la mudez clínica. Una nueva determinación metabolimétrica da un más 25 por 100.

A. L. J., cincuenta y cinco años, soltera. Padres, muertos de tuberculosis pulmonar. Un hermano, muerto también de tuberculosis pulmonar. Antecedentes personales: sarampión, nefropexia. Menarquia a los catorce años; reglas, tipo 28/3, escasas, al principio dolorosas en el premenstruo; flujo en ocasiones. Menopausia hace seis años, sin trastornos.

Achaca el comienzo de su enfermedad a las impresiones y amenazas que sufrió durante la guerra, y refiere que, a partir de esa época, empezó a notar gran nervosismo, palpitaciones, intranquilidad, pero no insomnio, continuando con esta sintomatología en progresivo aumento, añadiéndose últimamente un intenso adelgazamiento y algias generalizadas y rebeldes, escalofríos, temblor, sobresaltos.

Exploración: Displásica. Talla, 1,55 metros. Peso, 41.300 kilogramos. Palidez de mucosas; piel, morena, con algunas efélides. Dermatografismo, negativo. Sólo conserva cinco piezas dentarias; faringe, normal. Midriasis; reacción, normal a la luz, y acomodación. Signo de Giffor, positivo. No se palpan ganglios ni tumoración tiroidea en cuello. Fosas supra e infraclaviculares muy marcadas. Exploración radioscópica de tórax: fibrosis en vértice izquierdo. Tonos cardíacos, apagados. Ciento siete pulsaciones. Presión arterial, 15,5-8,5. Abdomen, normal. Reflejos tendinosos, ligeramente exaltados. Metabolismo basal, más 15 por 100. Sangre: Serología, negativa; 4.320.444 hematíes, 4.600 leucocitos, 72 polinucleares, 21 linfocitos, cinco monocitos. Velocidad de sedimentación, 5-12. Tratada con normosedín, cal, etc., mejora notablemente.

B. P. B., treinta y tres años, casada. Padre, muerto de afección pulmonar. Madre, vive sana; siete hermanos; uno, muerto no sabe de qué; los demás, sanos; la enferma hace el número cinco de ellos. Su madre no tuvo abortos. Antecedentes personales: Tos ferina; menarquia a los trece años; reglas, tipo 28/5, no dolorosas, sin leucorrea. Ha tenido tres hijos, que viven sanos; no ha tenido abortos. Embarazos y partos, normales. Marido, sano. Durante la guerra fué detenida, y desde entonces dice no encontrarse bien, acusando intranquilidad, cefalalgias intensísimas, gran adelgazamiento, irritabilidad, no insomnios. Presenta un metabolismo basal practicado en otro Servicio con una cifra de más 22 por 100. Hipoplásica. Peso, 39.200 kilogramos. Talla, 1,48 metros. Piel, húmeda; dermatografismo, positivo. Mirada, fija. Signo de Giffor, positivo. Boca, séptica. Amigdalitis crónica. Cuello sin particularidades. Reflejos tendinosos, normales. En tórax se observa a través de la piel el relieve de costillas y clavículas muy marcadas. Percusión y auscultación, normales. Radiografía de pulmón y corazón, sin particularidades. Metabolismo basal, más 40 por 100. Temblor, taquicardia. Serología negativa; 3.748.000 hematíes, 7.800 leucocitos; neutrófilos, 69; linfocitos, 26; monocitos, cinco.

A. B. C., treinta y nueve años, soltera. Padre, muerto de apoplejía. Madre, de uremia; tuvo un aborto, hija única. Ante-

cedentes personales, sin interés. Menarquia a los catorce años; reglas, tipo 28/3, normales. Entre los factores emocionales que precedieron a la aparición de los síntomas, señala que en su residencia sufrió un violento e intenso bombardeo y encarcelamiento durante la guerra. A partir de entonces viene padeciendo una sintomatología traducida en ansiedad, intranquilidad, algias generalizadas, «sensación de cosas que le suben de estómago a boca», indolencia, apatía. Enferma muy delgada, apenas hay panículo adiposo. No hay anomalía de pigmentación. Dermografismo, negativo. Boca, séptica. Faringe, normal. No se palpan ganglios ni tumoración tiroidea en cuello. Tórax de piel muy fina, a cuyo través se hacen muy acusados los relieves óseos; disminución de murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. Tonos cardíacos, normales. Radioscopia: vértices, ligeramente velados. Taquicardia; ciento siete pulsaciones. Presión arterial, 12/8. Reflejos tendinosos, ligeramente exaltados. Temblor de finas oscilaciones en manos. Metabolismo basal, más 33 por 100, 4.180.000 hematíes, 5.200 leucocitos, 73 neutrófilos, 22 linfocitos, uno eosinófilo, cuatro monocitos. Velocidad de sedimentación, con índice de Katz, de 5,25. Wassermann y complementarias, negativas.

No se hace corrientemente el diagnóstico de estos enfermos por no pensar que el tiroides pueda jugar un papel tan interesante, en unos casos y en otros, por haber sido ya etiquetados con otro diagnóstico que desvía nuestra atención, llevándonos por otros derroteros.

En estos enfermos es posible descubrir, tras un minucioso interrogatorio, la presencia de un factor desencadenante, que en nuestra estadística es en gran parte de los casos de origen psíquico, siendo el resto de naturaleza infecciosa o sexual, cambios bruscos de temperatura, etc. Este factor, desencadenante por sí solo, no justifica el proceso; tiene que actuar sobre un terreno abonado, sobre un fondo constitucional sobre el que queremos hacer hincapié, no sólo al referirnos a las enfermedades del tiroides, sino de un modo general en todas las endocrinopatías en las que aparece en forma clara; pero no siempre es este factor constitucional predisponente de tipo similar, encontrando en todo enfermo endocrino antecedentes también de tipo endocrino, aunque referidos en muchos casos a otras glándulas distintas.

Ante un enfermo dudoso, el adelgazamiento es quizá lo que nos haga orientarnos hacia el tiroides. El adelgazamiento de estos enfermos es tan característico, que sorprende la poca atención que se le presta. Adelgazan con intensidad, y este acusado adelgazamiento se verifica sin aparentes lesiones orgánicas; pero hay más; según nuestras observaciones, que coinciden con las de CASTILLO, este adelgazamiento se verifica preferentemente en la parte superior del cuerpo, recordando un poco al Barraquer-Simonds, o lipodistrofia progresiva (MARAÑÓN-BLANCO SOLER), como queriéndonos indicar su participación hipofisaria. Así, en nuestras enfermas la emaciación de la parte superior del cuerpo, la atrofia muscular de la cintura escapular, en las que se ponen de relieve las eminencias óseas, con escápulas y clavículas muy prominentes, e igualmente—y ello nos aproxima más al Barraquer-Simonds—desaparece la bola adiposa de BICHAT. Fuera de estos lugares, es en las manos donde se hace muy visible este adelga-

zamiento, la atrofia de los interóseos deja bien marcados los metacarpianos, hasta el punto de ser para nosotros éste uno de los síntomas más decisivos en enfermos endocrinos; ya al estrecharles la mano en unos casos sabemos que estamos frente a un acromegálico (mano grande, de boxeador), o en otros, como en estos que hemos estudiado, ante un hipertiroideo (mano estilizada, de Greco).

Por regla general, no hemos encontrado alteración termogenética alguna. El metabolismo basal, o es normal o con ligera tendencia a la anomalía en el sentido de aumento de oxidaciones. Siguiendo su curso, se ve cómo los tratamientos apenas lo modifican, y en los casos en que la espina irritativa subsiste, puede aumentar, incluso, considerablemente.

El metabolismo hidrocarbonado de estos enfermos está generalmente alterado. Una vez más, insistimos sobre el escaso valor diagnóstico y pronóstico de la glucemia basal aislada. Con la técnica de doble sobrecarga, el tipo de curva hallado en estos enfermos corresponde a la que hemos denominado erética, con rápido y desatentado incremento glucémico seguido de brusca caída.

Respecto al metabolismo del agua, no se han obtenido datos constantes; mientras en unos existen auténticas poliurias, acompañadas de polidipsia, en otros no hemos encontrado ninguno de estos factores. Más adelante, cuando la enfermedad avanza, aparece la sudoración profusa, diarreas, etc.; es ésta una cuestión que tenemos en estudio.

La taquicardia es constante, el número de pulsaciones varía de 100 a 125 por minuto. No se modifica por el reflejo oculocardíaco. No se observan, generalmente, síntomas de insuficiencia ni hipertrofia cardíaca. La tensión arterial tiene en casi todos estos enfermos tendencia a la hipotensión.

Existe exoftalmia más o menos marcada; los signos de Graefe, Kocher, Moebius, Rosembach, Stelvag, parpadeo, etc., pueden ser discretos. Con mucha frecuencia encontramos el signo de Gifford positivo (retracción hacia arriba del párpado superior y lagrimeo) unido a una mirada fija, no la tan corrientemente descrita en los Basedowianos, sino de una fijeza tal, que recuerda—y perdónesenos el barbarismo—la de un perro fiel al mirar a su amo.

En aparato respiratorio no hemos encontrado la tos descrita en el Basedow; pero sí, en cambio, es bastante frecuente el signo de Bryson (respiración frecuente y superficial).

La astenia es constante y uno de los síntomas precoces. La fatigabilidad la hemos medido con la sencilla técnica de LAHEY (una persona normal sentada, dice LAHEY, con la pierna extendida horizontalmente, puede permanecer durante más de

un minuto en esta postura, mientras que en los hipertiroideos descendería a treinta minutos).

El temblor es un síntoma muy frecuente también, y afecta en su intensidad a toda la mano, y en algunos casos a la lengua.

En todos estos enfermos encontramos cefaleas intensas y algias, generalizadas ya desde los comienzos de la enfermedad. No se queja ninguno de los pacientes de insomnio al principio de la enfermedad; pero en cuanto avanza el proceso, se instaura un insomnio pertinaz. Los reflejos suelen estar exaltados, no guardando relación con el grado de adelgazamiento.

Es frecuente en estos enfermos frigidez e indiferencia sexual. La atrofia de mamas, considerada por muchos autores como síntoma característico de alteraciones tiroideas, no la hemos observado tan frecuentemente en nuestras enfermas.

En la mayoría de estos enfermos encontramos una discreta leucopenia, ya observada por CINF-FINI y KOCHER. Tiene gran valor; pues si va acompañada de linfocitosis, nos indica que el síndrome se está basedowificando. La velocidad de sedimentación globular la encontramos normal, en contra de lo observado por CASTEX y SCHTINGART.

Es frecuente encontrar una ligera anemia hipocrómica.

La coloración de la piel es blanco-parduzca (¿participación suprarrenal?). El dermatografismo no es síntoma precoz; pero aparece en casi todos los casos a medida que avanza la enfermedad. El cabello es fino, con caída de vello axilar. La piel es fina, suave.

TRATAMIENTO

Sistemáticamente hemos empleado en todos los enfermos el normosedin, siguiendo la técnica de BLANCO SOLER (durante cuatro días, una gragea en ayunas; los cinco siguientes, dos diarias, continuando, después de un descanso de dos días, otros cinco con dos de normosedin, y tomando los días de descanso prominal).

La astenia, mejorada en todas ellas con preparados arsenicales, ferrohepáticos, fosforados, etcétera.

También se les administra sistemáticamente vitamina A en dosis masiva y vitaminas B y C en dosis fuertes. Calcibronat intravenoso alterno, tratamientos insulínicos con gran aporte hidrocarbónico, etc., habiendo obtenido en todas ellas ostensibles mejorías.



INSTITUTO DE PATOLOGIA MEDICA

Profesor: doctor Marañón.

GLOSAS ENDOCRINAS A UN PUÑADO DE REFRANES

por el

Doctor CASTILLO DE LUCAS

Un carácter de los refranes es su múltiple aplicación, según el aspecto con que se los estudie. En las obras clásicas de nuestra literatura y en la magna colección de refranes de Rodríguez Marín tienen los refranes que se citan muy distinto uso; por ello, los comentarios que se hacen, desde el punto de vista endocrino, no tienen otra pretensión que la de demostrar cuán profunda es la observación y experiencia popular respecto a los caracteres somáticos y psíquicos que determinan en el individuo las distintas alteraciones de las glándulas de secreción interna.

El empirismo y antigüedad de la opoterapia están reflejados si no con exactitud, sí con intuición en los siguientes refranes, fundados en el principio de *Similia similibus curantur*: *Carne, cría carne*, y *el vino, sangre*; variante del anterior es: *Carne, carne cría*, y *peces, agua fría*, dado el poco valor nutritivo que el vulgo da a los pescados.

En las regiones bociógenas se considera esta tumoración del tiroides tan natural como estético.

En Suiza recuerda BERARD que en ciertos cantones bociógenos, cuando salían los pordioseros, cretinos en su mayoría, a pedir a las diligencias, se burlaban de los viajeros porque tenían el cuello «tan delgado como los pollos y las cabras». MARAÑÓN recoge en su libro sobre el cretinismo este refrán asturiano: *El que non tien pepu, non ye cuepu*. («El que no tiene papo, no es guapo».)

Rasgos psicofisonómicos de los hipertiroideos son, en general, los que señalan estos refranes: *Hombre narigudo, ingenio agudo*; *Hombre narigón, solapado burlón*; *Hombre narigudo, hombre sesudo*.

Por el contrario, los chatos, y tipo de ello son los cretinos, tienen un temperamento ciclotímico en alto grado, acomodaticio y de poca formalidad; dice de ellos el adagio: *Con hombre chato no tengas trato*, y señalando particularmente a los cretinos: *La chatedad es del cuerpo fealdad, y del alma, enfermedad*.

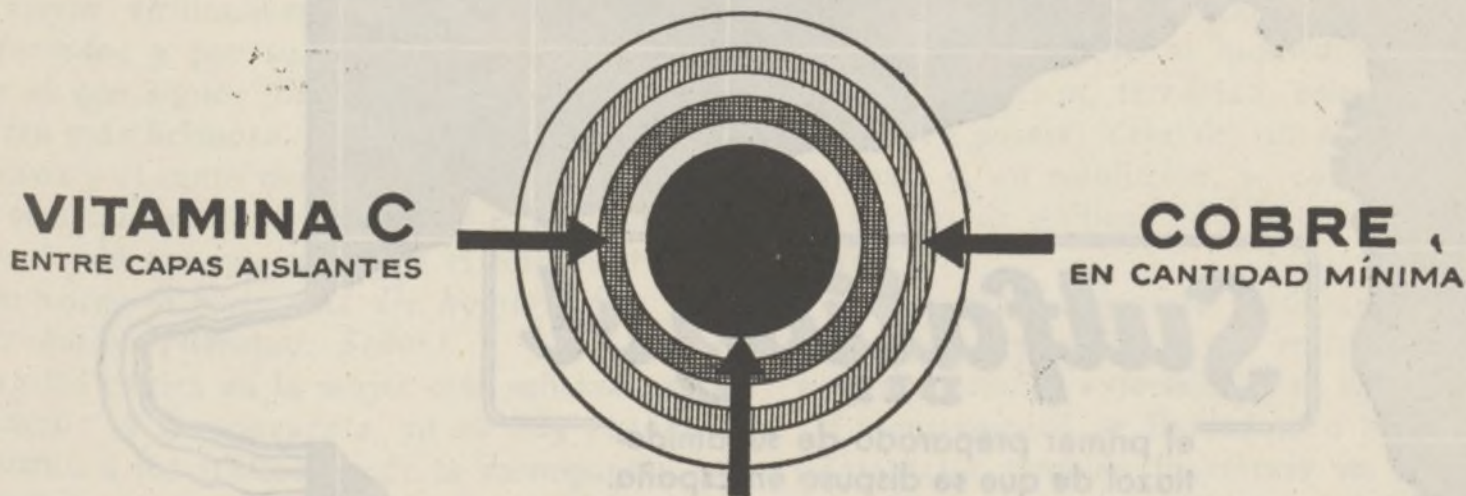
Idiicia y cretinismo van parejos, y como estos

INSTITUTO LLORENTE

Ferrosorbil



**ESQUEMA DE LA GRAGEA
POLIFARMACA**



**COMBINACIÓN FERROSA
EN EL NÚCLEO CENTRAL**

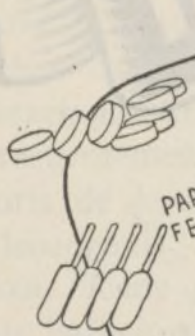
**DOSIS ELEVADA DE GRAN EFICACIA
ACCIÓN RÁPIDA Y SEGURA
ANTIANÉMICO Y RECONSTITUYENTE**

PUB. MED Garsi

EN TODOS LOS SÍNDROMES ESPÁSTICOS

ESPASMOPAVER

ESPASMOLÍTICO REFORZADO



COMPRIMIDOS

PAPAVERINA • DIMETILOAMIDOANTIPIRINA
FENILETILBARBITÚRICO • ATROPINA SULFATO

INYECTABLE

PAPAVERINA • ATROPINA SULFATO

PRESCRÍBASE SIN RECETA OFICIAL DE TÓXICOS!



MADRID

TELEFONO 55386

APARTADO 9030

F^{co} NAVACERRADA, 62

CENSURA SANITARIA N° 5426

Sulfatiazol DIF

el primer preparado de sulfamido-
tiazol de que se dispuso en España.

De indicación preferente en in-
fecciones debidas a **estafilococo**,
gonococo y **neumococo**, es hoy
el sulfamídico de elección por su
pronta y decisiva acción y magnífi-
ca tolerancia, bien superiores a las
de los preparados «tiazólicos meti-
lados». (M. Truffi. Reforma Medica 1942,
LVIII.p.221; O. Gsell, Schweiz. M. Wochen.
1941, 71, 1576; etc.)

SE EXPENDE TAMBIÉN EN
TUBOS DE 20 COMPRIMIDOS

Así como Piridazol y Sul-
fatiazol DIF fueron los dos
primeros preparados de
sulfapiridina y de sulfami-
dotiazol que pudieron utili-
zar los clínicos españoles,
también ha cabido a este
Laboratorio el honor de
presentar en España el pr-
mer derivado sulfamídico
con núcleo pirimidínico: la
sulfametazina, bajo el nom-
bre AZOLMETAZIN. De
parecidas indicaciones al
Sulfatiazol, resulta muy
recomendable en los casos
de Sulfatiazol-resistencia.

LABORATORIOS Dr. ANDREU

Carretas, 10
M A D R I D



Rambla Cataluña, 66
B A R C E L O N A

estados son todavía menos curables que las vesanias, de ahí que se diga: *Más vale loco que necio*, o también: *Jesucristo curó ciegos y leprosos, pero no tontos*.

Las ciclonosis se explican en gran parte por la influencia de las glandulillas paratiroides, tanto por el metabolismo del calcio como por la regulación neurovegetativa, que tanto se desequilibra en las personas de excesiva sensibilidad meteoropatológica; como estos trastornos al cambio de tiempo son tan rebeldes, en refrán quedó este dicho, que alguno lanzara sobre un aspirante a yerno que tenía «reló», como así llaman en los pueblos a los individuos barométricos: *Joven y calendario, no te casarás con mi hija*.

La frigidez sexual de los acromegálicos, gigantes y eunucos está interpretada en el refrán: *Hombre muy grandón, poco varón*.

Colúmbrase el síndrome suprarrenogenital en los que siguen: *Mujer velluda, varonil y forzada*; *A la mujer velluda, de lejos se la saluda*.

La aparición de los caracteres sexuales secundarios, y con ellos las primeras apetencias por el sexo opuesto, está ya picarescamente advertido desde el siglo xv en *La Celestina*: *Moça, guárdate del moço cuando le salga el boço*; y más posterior dicese esta variante: *Cuando al mozo le apunta el bozo, ya quiere retozo*.

Los caracteres sexuales secundarios reflejan una mayor virilización: *Hombre velludo, hombre forzado*; y por su atracción femenina debió nacer el que sigue: *El hombre y el oso, cuanto más feo más hermoso*.

La voz y el canto tienen sus particularidades en cada sexo: *El canto del gallo se parece al de otro gallo*; de ahí que nos prevenga el refranero cuando las voces se invierten: *De hombre tiple y de mujer bajón, ¡líbranos, Señor!*

La edad crítica en la mujer está señalada en el refranero: *A los cincuenta, ya no hay cuenta*, y en cuanto a los trastornos de la menopausia, virilizando a la hembra, recoge estas observaciones: *Cuando la gallina canta como el gallo, el amo no irá a caballo*; *La gallina no debe cantar como el gallo*; en ambos se refiere a las gallinas viejas que crían espolones y modifican su canto; no ha de interpretarse, pues, como superstición popular, sino como un fenómeno de evolución genital, como pasa en la especie humana. Dada la mayor vitalidad del germen, en comparación con la caducidad del soma, según la teoría de WEISMAN, es interesante recordar el siguiente refrán: *El viejo pierde el diente, pero no la simien-*

te, ya que la actividad sexual en el hombre llega a edades avanzadas y muy posteriormente a la pérdida de la dentadura.

La libido no está en relación exacta con el poder genético, pues éste, además, reclama en el hombre condiciones sociales, morales e intelectuales que no tienen los profesionales del amor, cuyo cerebro, erotizado como el del Don Juan, los hace incapaces de procrear: *hombre besador, poco empuñador*.

MAÑÓN recoge en su libro sobre Enrique IV un refrán que retrata la típica mano hipogenital: *Manos frías, amor para un día; manos calientes, amor para siempre*; las primeras tenía el citado monarca, y la Clínica lo confirma diariamente respecto a las enfermas de insuficiencia tiroidea y ovárica. El decir *manos frías, corazón caliente*, no es tan verdadero literalmente, y ha de entenderse como una fórmula galante e irónica en su segunda parte.

Capón de ocho meses para mesa de reyes; este refrán lo comenta el doctor SORAPÁN DE RIEROS en su *Medicina en proverbios*, publicada a principios del siglo xvi, y que constituye una magnífica lección sobre los efectos que en la morfología y actividad de los animales, ocurre por el castrado, y así dice: «Es cosa de admiración ver la mudanza que causa en un animal privarle de los testículos, pues el gallo, no sólo se convierte en suave y tierna carne luego que padece aquella afrenta, pero al momento se desarraiga de él la ambición, ferocidad, soberbia y valentía que antes poseía; deja de ser reloj, no cela las gallinas, y, en resolución, se convierte en humilde y cobarde gallina. Sólo procura comer y engordar.»

La obesidad endocrina patológica también es, sin duda, expresada en el refranero: *Hombre gordo y hombre enfermo, viene a ser lo mismo*.

La enfermedad de Barraquer o lipodistrofia céfalotorácica también la retrata un refrán castellano, aunque por emplear una palabra tan rotunda me prive en público de expresarle, máxime que en Portugal, según leemos en el reciente adagiaric sobre el cuerpo humano publicado por el director del Instituto de Anatomía, profesor PIRRES DE LIMA, tenemos una versión que no desmerece en claridad: *Doença de tordo, rosto magro, corpo gordo*.

No sé si estas glosas endocrinas a los viejos refranes serán las más oportunas; pero sí puedo afirmar que este rebusco lo hice con la mejor voluntad.

Divulgaciones nacionales

CÁTEDRA DE HIDROLOGÍA MÉDICA. — Profesor: Dr. San Román

TRADICIONES DE LAS FUENTES ESPAÑOLAS

Según Simón Montero en su obra «Espejo cristalino de las aguas de España» (1697).

por los doctores

PAULINO PEREZ RODRIGUEZ y JULIAN BERNAL GARCIA

De la Fuente del Toro y sus facultades.—En El Molar, villa del reino de Toledo cercana a Torre-laguna y distante de Alcalá seis leguas, está la Fuente del Toro, cuyas aguas son dignas de recomendación y alabanza por las muchas virtudes que encierran. Esta fuente dista de la villa de El Molar como un tiro de arcabuz, en la falda de un cerro, sin ser allí su primer origen, porque a este sitio ya viene encañada. Este nombre procede de una tradición de los naturales de dicha villa del Toro; parece que la adquirió por un suceso que cuentan de sus aguas; pues se da el caso de que había en compañía de las vacas de dicha villa un toro de los que acostumbraban a tener en sus rebaños, que llaman padre de vacas. Este enfermó de bazo y se le hinchó mucho; viéndole con aquella enfermedad, le dejaron estar en un vallecillo sin recogerle con las vacas, y él acudió a beber las aguas de aquella fuente, que el vaquero y los que le vieron sano quedaron admirados y le volvieron a recoger con las vacas, atribuyendo aquel efecto tan admirable a las aguas de aquella fuente; de esto la llamaron la Fuente del Toro, y tomó para ellos estimación, teniendo dichas aguas por medicinales y buenas para males de vientre y opilaciones.

De la Fuente de Antequera (o de la Piedra).—A dos leguas de la muy antigua, leal y noble ciudad de Antequera está situada esta fuente.

Refiere Ambrosio de Morales que en el lugar citado se halló una piedra en una huerta junto a una fuente; la halló dicho autor puesta en la puerta del Hospital de la Concepción, en la ciudad de Antequera. La mayor de las virtudes que esta agua tiene es la que experimenta contra la gravísima y cruel enfermedad de la piedra, la cual se expele de nuestro cuerpo; de ahí que también tomó el nombre de Fuente de la Piedra.

De la Fuente de Gravalos (o Fuente Podrida). En Gravalos, pueblo distante dos leguas de la ciudad de Arnedo, en la provincia de Castilla la Vieja llamada Rioja, se halla situada esta fuente.

Los naturales llaman a esta fuente la Fuente Podrida por causas de un hedor que tiene semejante al hedor que exhala el cieno cuando se agita;

este hedor es tan grande, que se siente algunos pasos antes de llegar, y es mayor en tiempos húmedos y nebulosos.

De la Fuente de Paracuellos de Giloca.—Está situada en Paracuellos de Giloca, pueblo que dista media legua de la ciudad de Teruel, en el reino de Aragón. Asienta cerca de las casas de este pueblo, en las eras de coger pan, al pie de un promontorio o monte pequeño de tierra de arcilla, salobre, gredoso, albicante, ceniciento; tiene un caudal de agua como el grueso de un brazo humano; el color de estas aguas es cristalino.

De la Fuente Hedionda de la villa de Hardades. La villa de Hardades dista cinco leguas de la ciudad de Antequera; a su poniente, dos leguas de Campillos y otras dos de Teba; su demarcación se pone en el antiguo convento Jurídico Hispalense entre los pueblos que Plinio llama célticos.

Media legua de esta villa, caminando al Mediodía hacia la ciudad de Málaga y en la jurisdicción ya de su obispado, en una montañuela cuya cumbre visten y hermocean silvestres pinos y algarrobos, al pie de una crecida peña por diversos lados, nace una fuente que por tener sus aguas el olor de azufre, o porque su sabor es como de huevos hueros, la llamaron los del país con el nombre de Hedionda.

De la Fuente del Múnico.—Aunque la llaman Fuente del Múnico, con más propiedad la debían de llamar del Pozo, pues la fuente ha de verter aguas afuera, y como ésta no las vierte, se llama del pozo.

El sitio de dicho pozo y aguas de Múnico se encuentra en término de la villa de Labaxos, distante del Monasterio de Santa María de Parraces, de la provincia de Avila.

Es utilizada para curar los que padecen achaques de piedra de riñones.

De la Fuente de la ciudad de Vitoria.—Esta fuente, llamada también Fuente de Armentia, que dista media legua de dicha ciudad. En su nacimiento no hay cosas extrañas que la puedan alterar: corre por pura arena, beneficiosa en males de riñones y bexiga.

De la Fuente de Falces.—Situada en Falces,

villa del reino de Navarra, nace en un pequeño prado desierto de árboles; de caudal moderado, el agua sale templada.

Estas aguas, bebidas, evacuan los humores gruesos, pituitosos y porráceos del estómago, intestino, y excitan el apetito. También se aprovechan de estas aguas los hidrópicos.

De la Fuente de Cevica.—Esta fuente está situada cerca de Brigüega. En cierta ocasión pasó por dicha fuente un señor oidor del Consejo, que se hallaba con dolor de estómago; pidió un vaso de agua de esta fuente, y lo bebió; sentándole bien, pidió otro, que le quitó el dolor de estómago. También se dice que los que beben dichas aguas en cierta cantidad se les suelta el vientre a las dos o tres horas; también son eficaces para abrir las ganas de comer y ayudar la digestión aunque hayan comido demasiado. Y dicen también son útiles para algunos achaques de orina.

De la Fuente de Llero de Valdecabras.—Nace al Poniente, a la falda de un monte alto, cerca de Cuenca. Los naturales aprovechan este agua para las carnosidades del caño de la orina y para ayudar la cocción, y no útiles para el «mal francés», y cuentan de un labrador vecino del mismo lugar que habiéndose comido una oveja entera y bebiendo agua de esa fuente, a las dos horas, y después de haber orinado en cantidad, se halló de nuevo tan hambriento que se hubiera comido otras tres.

De la Fuente de Isaba.—Situada en el valle del Roncal, límite del reino de Navarra con Francia, entre los montes Pirineos, en término de la ilustrada villa de Isaba, de poco caudal. Se bañan en estas aguas, especialmente, los que tienen sarna, y hasta los animales irracionales sanos; con dichos baños, si se bañan bien, son buenas en destemplanzas calientes de hígado, y en destemplanzas que quedan después de las fiebres ardientes.

De la Fuente Santa de Liérganes.—Situada en el término del lugar de Liérganes, junta de Cudeyo y Merindad de Trasmiera, su cantidad de agua es como un brazo de hombre de mediana estatura.

Útiles en todas las enfermedades que dependen de humores fríos, serosos, pituitosos; son también aperitivas y desecantes, así como para el mal de piedra, de riñones y vejiga.

De la Fuente del Cavallo.—Situada cerca de Talavera, es estimada por ser útil para muchas enfermedades. Por ser más delgadas sus aguas que las de los pozos de esta villa, aun sin ser medicinales las usan para bebida.

De la Fuente de Fuenfría.—Situada seis leguas poco más o menos de Talavera, en el territorio de Azután y a media legua de las casas de labor que llaman Fuente Lapio.

Cuenta el doctor Villora que una señora padeciendo mal de piedra vino a Madrid a tratarse por

los grandes médicos y cirujanos de aquella época, y no encontrando remedio, volvió a su casa, hasta que unos campesinos le aconsejaron que bebiera agua de la Fuente Fría, cerca de Talavera, y yendo allí, bebiendo mucha agua y llevándose dos botijas llenas para el camino, al ir a su casa tuvo grandes deseos de orinar, y al hacerlo expulsó una piedra del tamaño de una nuez.

De la Fuente del Pilar.—Situada en la villa de Mestanzas del Campo de Calatrava, en Sierra Morena, nacimiento al Mediodía; sale templada todo el año, es muy suave y cristalina.

Es admirable este agua por sanar los dolores nefríticos que proceden de piedra o arenas, así como para los humores crasos que obstruyen las vías de la orina, atribuyendo sus propiedades a la participación de las raíces de lentiscos que cubren todo aquel suelo, especialmente por donde se cree vienen las aguas.

De la Fuente de Caramanchel.—No sólo los vecinos del lugar, sino también los más distantes, aseguran tienen efecto estas aguas de esta fuente frente a los camarientos (¿diarreicos?); incluso alguna gente de Madrid ha ido a buscarla para enfermos de cámaras (diarreas), y creen necesario que se tomen antes de salir el sol en la misma fuente y en ayunas, mojando en ella una miga de pan y comiéndola.

De la Fuente de Melón.—Situada en el reino de Galicia, y también llamada de la Merced, dista a media legua corta del Monasterio de Melón, de la sagrada religión del meliflúo San Bernardo, junto al camino de Túy, apartado de él como cosa de quinientos pasos. Nace de una peña, medio pizarra, quebrada a modo de siete de guarismo.

Su efecto principal es muy medicinal para los que padecen achaques de piedra, riñones y vejiga, para achaques procedentes de cólera, siendo nocivas para los que abundan de flema.

De la Fuente de Canalón.—Situada en la aldea de Durón, cabe la villa de Bereta. Como la tierra tiene mucho ganado, se hizo la prueba algunas veces con una pierna de oveja, que metiéndola atada en la fuente, a las pocas horas sacan el hueso limpio, sin carne alguna, atribuyéndolo a la gran delicadeza del agua que lo penetra todo con su sutileza.

De la Fuente de Pitres.—Situada en el lugar de las Alpujarras, corre una fuente entre Pitres y Portugos, algo colorada, donde metiendo hilo o seda, sin otra diligencia, sale teñido de finísimo negro. Exhala malignos y venenosos aires, que ocasionan la muerte de animales que a ella se aproximan.

De la Fuente de Fuencaiente.—Situada en la villa del Campo de Calatrava, en Sierra Morena, causa a los moradores de aquel terreno gran daño en su dentadura, especialmente en las mujeres,

por lo que pocas personas del lugar tienen la dentadura sana y entera.

De la Fuente de Corpa.—Corpa, villa de las veinticinco que fueron de la jurisdicción de Alcalá de Henares, y distante de ella como dos leguas a la parte de Oriente en invierno, tiene en su término y suelo fuentes de muy excelentes aguas, entre las cuales hay una que, por su nobleza, se ha levantado con el nombre de la Fuente de Corpa. Nombre que sobrevino de excepción y privilegio que ha gozado entre las demás de los reinos de España, siendo escogida para bebida ordinaria de los señores reyes y más poderosos monarcas del mundo. La comenzó a usar el prudentísimo rey Don Felipe II, nuestro señor, sintiendo mucho provecho con el uso de estas aguas, para facilitar el vientre inferior y hacer cámara. Continuaron el uso de dichas aguas el señor rey Felipe III el Santo y el señor rey Felipe IV el Grande.

Estas aguas pasan con facilidad sin agravar ni detenerse en los hipocondrios, y aunque se beben en gran cantidad, no embarazan ni hiran; antes bien, descienden y mueven orina y cámara, excitando también las ganas de comer; se calientan y enfrían con mucha brevedad.

De la Fuente de las Siete Hogazas.—En el término de dicha villa de Corpa hay otra fuente de aguas delicadísimas y muy suaves, incoloras, inodoras, llamada de las Siete Hogazas.

La historia, de donde toma el nombre, la refiere Ambrosio Morales de esta manera:

«A dos leguas de Alcalá de Henares está la villa de Corpa, y en su término hay una fuente llamada de las Siete Hogazas.» La causa del nombre la cuentan de dos maneras. Dicen que un pastor, aquejándole el hambre, sin mirar lo que hacía, se comió siete hogazas que tenía para toda la semana; acabada la comida se sintió tan hinchado, que le parecía querer reventar; fué con gran fatiga a beber de esta fuente, que estaba cerca, y comenzó a digerir su mala repleción, de tal manera que, con más y más beber, pronto se vió libre de su peligro. Otros dicen que un pastor comenzó a comer de su pan junto a esta fuente, y bebiendo de ella digirió tanto y cobró tal hambre, que no paró hasta comerse siete hogazas que tenía.

Sea una de éstas u otra la causa, la fuente de este nombre, y es muy estimada por lo mucho que ayuda la digestión.

Esta Fuente de las Siete Hogazas está en la varranca que llaman de la Cárcava, en el término de la villa de Corpa, cerca de la raya del término de Pezuela, y su nacimiento le tiene al Oriente.

De la Fuente de la Retuerta.—En el término de la villa de Pezuela hay una fuente que llaman de la Retuerta, que baja despeñada de un risco que

llaman «el Hundidero», por haberse hundido allí aquel risco. Es un agua muy delgada, suave y cristalina, y bebiéndola mueve cámaras.

De la Fuente Pelaya.—En la villa de Paracuellos, en tierra de Madrid, a media legua, entre Mediodía y Poniente de invierno, está la Fuente de Pelaya, de aguas delicadísimas, muy suaves, mueve el vientre a cámaras, incolora, inodora. La usan la gente regalada de Paracuellos y los lugares comarcanos, y cuando están enfermos llevabanla a Madrid para el señor duque de Avero y para el señor marqués de Malagón, cuya es aquella villa.

De las fuentes de la coronada villa de Madrid. Las fuentes más principales dentro de Madrid son la Fuente del Ave María, la de Santa Isabel, la de la Puerta del Sol y la de la Puerta Cerrada. La de la plazuela de Santo Domingo; la Fuente Castellana es muy excelente, y de ella bebió nuestro rey y señor Don Carlos II, que Dios guarde, y la fuente que llaman de Húmera, que está junto a la Casa de Campo, y bebió de ella algún tiempo también este rey,

Más importantes y de más estimación hay dos fuentes en el término de Brañigal en unas huertas, que, como afirman los hortelanos, son del mismo agua, por venir encañadas por una misma mina.

Del Pozo Santo, de Madrid.—Está situado en la calle de las Capuchinas, frente al convento del mismo nombre, en las casas que dicen ser de don Juan Morante de la Madrid, pozo en forma de noria, oval.

No se ha averiguado por qué causa le llaman Pozo Santo; puede ser por tratarse de aguas medicinales, o bien por alguna circunstancia accidental, pues hay algunas fuentes que las dan tal nombre de fuentes santas sin ser medicinales.

De la Fuente de San Isidro.—Esta fuente, aunque no la tiene por medicinal, la pone entre las notables de la Corte por la nobleza de su origen, por la cual es muy estimada y tratada con veneración, especialmente de los enfermos y achacosos, que imploran su remedio a Dios por intercesión del glorioso San Isidro, bebiéndola como cosa santa, aunque algunos la debieran beber en menos cantidad de lo que beben, pues para remedio santo como la buscan, con una gota tienen hartos, pues no ha de darles la salud por su cantidad, sino por su veneración debida al santo, que la alcanzó de Dios. Mas suele ser más el apetito que la devoción, y así no consiguen salud con ella, antes muchas veces grave daño. La historia de esta fuente la traen muchos escritores, especialmente los que escriben la vida de San Isidro.

De las fuentes de Cifuentes.—Esta villa de Cifuentes recibió este nombre por el gran número de fuentes que allí nacen.

También como fuentes notables cita Ambrosio

de Morales la Fuente Redonda de Veles, que, situada en la villa de Veles, la llaman la Redonda. Sale con tanta furia su agua, que, por el peligro de poder caer dentro niños y ganados sin remedio, está toda su abertura cerca de pared de cal y canto un estado en alto; yendo el agua a entrar en un estanque redondo, del que toma el nombre la fuente, con doscientos pies en derredor. Frontero de donde salió, sale del estanque el agua por un caño de dos pies de ancho por casi un palmo de hondo; con esto es uno de los mayores golpes de agua que hay en España, y de él sólo se hace el río de Veles, que llaman de la Redonda.

De la Fuente de Celda.—En Celda, pueblo del reino de Aragón, de la comunidad de Teruel, hay una fuente de un gran caudal de agua, pues vierte cantidad para moler seis piedras de molino a la par. Es agua cristalina, delgada, y sale en invierno caliente y muy fría en verano.

También de gran caudal es la Fuente de Cabrera, que está cerca del puerto de Navafría. La Fuente de Caballar, cerca de Sepúlveda y del río Duraron. La Fuente de Xiriego es muy insigne y renombrada. La Fuente de la Magdalena, en Jaén, por el gran caudal de aguas que vierte. Grandísimo es el golpe de agua de los caños de Carmona, en Sevilla, que nace en el lugar llamado Gandul. Y en Bornos, lugar del marqués de Jara, junto a la ciudad de Arcos, nace un golpe de agua tan grande en la falda de una sierra, que luego muelen muchos molinos con él. Muy grande es el caudal de la fuente de la villa del Campo, tres leguas al este de Alcalá, que vierte por siete caños de más que mediana magnitud, que aprovechan con otras fuentes para regar muchas tierras, en que ponen cañamares, arboleda y hortalizas.

En la aldea del Rey, en el campo de Calatrava, hay otra fuente de gran abundancia.

De la Fuente de los Jacintos.—En la imperial ciudad de Toledo, en el convento del melifluido Bernardo, llamado del Monte Sión, extramuros de dicha ciudad, hay una fuente que llaman de los Jacintos, llamada así por nacer a la falda del monte de los Jacintos, que es todo de peña viva, todas ellas esmaltadas de jacintos verdaderos.

De la Fuente de La Guardia.—En La Guardia, villa del obispado de Jaén, y cercana a dicha ciudad, hay una fuente. Es dicha villa de La Guardia un pueblo pequeño de 200 vecinos, cerca del cual hay un fuerte castillo, que fué en tiempos de los romanos un pueblo grande, cuyas ruinas y señales aún hoy se miran en dicho sitio. A la falda de dicha villa hay una placeta pequeña empedrada, la mayor parte formada por arcos pequeños, por los que pasa el agua de una fuente que hay allí, la cual es de cinco gruesos caños de hierro, que arrojan mucha cantidad de agua, y como

toda el agua que arroja no cabe por esos caños, tiene un quebradero por donde desagua otra tanta cantidad de agua, que basta para dar riego a unas grandes huertas de árboles frutales.

De la Fuente de Ramendi.—En el término y jurisdicción de la muy ilustre villa de Azcoyta, de la nobilísima provincia de Guipúzcoa, tiene su asiento y nacimiento la fuente llamada de Ramendi. Está dicha fuente en una llanada o valle como isleta en medio de cuatro calerías que la cercan con sus sebradíos, y llaman a todas juntas la Ramendi, por cuya causa la fuente se llama la Fuente Ramendi. Tiene un arco de piedra de sillería bastante capaz y decente, donde nace el agua y se recoge con cualquier vaso o cántaro.

De la Fuente Sosa.—Esta Fuente Sosa es la más excelente de todas cuantas tiene la ciudad de Placencia. Su fábrica es antiquísima, como lo muestra un rótulo que tiene en su cantería donde nace, escrito con letras góticas, «que no se dexan leer». El llamar a este agua sosa no es porque en ella haya sabor alguno, sino por ser insípida.

De la Fuente del Corcho.—La fuente que llaman del Corcho está en el término de la ciudad de Xerez; nace en un valle cerca de un arroyo y cerca también de un convento de religiosos de nuestro Padre San Francisco de la Observancia, llamado el convento de Nuestra Señora de la Luz. La fuente está en cuadro, vierte agua en cantidad abundante, su color es desblanquizado y se experimenta sabor en ella, que es como de leche.

De la Fuente de Boecio.—Sobre la ciudad de Burgos, como veinte mil pasos de ella, hay un pago que llaman Boecio que cae debajo de un alto risco, del que nace una fuente pequeña, que, corriendo al llano, entra en dos lagos, a los cuales comunica tan saludable virtud, que todos aquellos que padecen flujo de sangre sanan luego con sus aguas si en ellas se lavan. En la eminencia de este monte, del cual nace esta fuentecilla, hay un sagrado templo, dedicado con advocación de Santa Casilda, por haber sanado de un flujo de sangre que padecía, que llamamos sangre lluvia.

De Fuente de Gayangos.—En el lugar de Gayangos, pueblo de una de las siete Merindades de Castilla la Vieja, hay una fuente de un caudal grande como un muslo. Tiene un olor hediondo, y de ella se dice que metiendo en la misma una vasija de plata se dora casi súbitamente.

De la Fuente de Viana del Volo.—En término de Viana, que comúnmente llaman de Volo, o bozo, puesta casi en raya del reino de Galicia, que divide al de León, junto a la Puebla de Sanabria, hay una fuente, que no hace diez años (antes de 1697) que fué descubierta a una legua de la villa de Viana, pues estaba tapada por unas grandes losas, acudiendo tanta gente a ella, que en cargas se llevaba por toda Castilla hasta la Andalu-

cia y se vendía por las calles a azumbres, en que muchos pobres hombres ganaban de comer con ella. Hasta que fué tanta la contradicción que los médicos hicieron a esta cura o medicina, que casi se ha dejado de usar.

Otra relación dice que está esta fuente de Viana a una legua de esta villa de Viana, en término desde lugar de Bembibre, metida de dentro de un edificio a modo de arca de acueducto basto y ya medio desbaratado, en cuyo hueco cabrán dos personas. En la cima de este arco hay una cruz de madera de altura de dos varas. Su labor es hediondo, como de azufre, aunque estando al sereno una noche fuera de la fuente en vasija se pierde el mal olor y sabor, quedando buena para beber sin fastidio.

Echando en dichas aguas una pieza de plata por espacio de un cuarto de hora, se pone muy fea, tomando colores varios, cerúleos y verdinegros.

De la Fuente de Texadillo.—En Castilla la Vieja, en la jurisdicción de Boadilla de RíoSeco, cerca de la villa de Villada o de Villalón, está la Fuente de Nuestra Señora de Texadillo, que da aguas no potables, de color malo que parece agua de mar o aceite muy claro y avándose con ella las manos más parece quedan huntadas que lavadas, especialmente en verano, empleada para curar niños enfermos.

De la Fuente de San Bartholomé de Añover.—En la villa de Añover de Taxo hay una fuente en una cueva que hay dentro de una hermita del glorioso Apóstol San Bartholomé, a cuyas aguas acuden muchos dolientes como único asilo de sus enfermedades.

Donde trata de las aguas azedas del Campo de Calatrava.—Estas aguas azedas son de las mismas facultades que las de Aspan y la fuente de Lieja, de la fuente de Nava de Almagro, así co-

mo de la fuente de la ciudad de Tungri, de Francia. Siendo de las más importantes de España, las aguas azedas, de la villa de Puertollano, del Campo de Calatrava, patria de Limón Montero.

De la fuente azeda del ejido de San Gregorio.—En esta fuente azeda de San Gregorio hay mina de metales en el sitio donde está mina, que lleva una caja cortada a pico de quince pies de ancho.

De la fuente de Zafra.—Hay en la villa de Zafra, en Extremadura, una fuente azeda que llaman de las Aguzaderas, en la falda de la sierra llamada de Castellar, agua muy delgada de azedía fuerte que pierde a dos o tres días de tomada, y dejada destapada quedándola sabor dulce.

Otras fuentes azedas son las de la Nava, de la ilustre villa de Almagro; los hervideros de Xabálón, en la villa de Ballesteros; los pozos de aguas azedas, de la villa de Gravatula y Bolaños; la fuente azeda del Diezgo, en término de la villa de Aldea del Rey; hay otra fuente en el sitio que llaman de Valverde, que es de la sacristía de dignidad de Calatrava, ésta es de agrio fuerte; en la villa de Mestranza, de dicho Campo de Calatrava, hay tres fuentes azedas, una de ellas en el término que llaman de las Riñosas; la segunda fuente está en la parte que llaman de la Encomienda de Mestranza, brontando por entre una piedra tan fuerte, que no ha sido posible romperla para poder sacar la fuente a mejor sitio, y la tercera está en el término que llaman de pajares.

Y para terminar, citaremos la fuentes de los baños de Prexiguero, por otro nombre llamados de Cerves. Estos baños son de Galicia, subiendo del río Miño, en el pueblo pequeño de Prexiguero. De cada uno de estos baños nace una fuente por debajo de un guizarro, que arroja un golpe de agua mayor que el grueso de un brazo de hombre.

Divulgaciones del exterior

La penicilinterapia en la endocarditis bacteriana aguda ⁽¹⁾

por los doctores

A. DOLPHIN y R. CRUICKSHANK

Traducción del inglés por el doctor A. Curieses del Agua.

La enfermedad de las válvulas del corazón, producida por bacterias procedentes de la sangre periférica, se clasifica generalmente en endocarditis aguda o ulcerativa y en endocarditis subaguda. La primera comúnmente reconoce como causa cocos piógenos — estreptococo hemolítico estafilococo dorado y neumococos—. El estreptococo viridans es el agente causal de la mayor parte de las en-

docarditis bacterianas subagudas, pero también pueden intervenir como agentes patógenos otros estreptococos no hemolíticos, el *H. influenzae*, microorganismos difteroides, etc. La enfermedad aguda ofrece los caracteres de una septicemia, desarrollándose la endocarditis durante el curso de una infección generalizada y terminando fatalmente en el plazo de pocos días o semanas. Habitualmente es insidioso el comienzo de la endocarditis bacteriana subaguda, y la afección se caracteriza por fiebre baja, manifestaciones embóli-

(1) Publicado en *British Medical Journal* el 30 de junio de 1945.

cas, anemia progresiva y curso prolongado, de muchas semanas o meses, antes de que se presentara la muerte. La sulfonamidoterapia ha frustrado todas las esperanzas en el tratamiento de las dos formas de la afección. En la actualidad se está ensayando el tratamiento por la penicilina, y esta comunicación da cuenta de los buenos resultados del medicamento en seis enfermos que padecieron la forma aguda de la enfermedad. En la mayoría de los casos, después del tratamiento por la penicilina, se obtuvo la prueba evidente de que la endocarditis se había producido por una septicemia que no respondió a la sulfonamidoterapia. Antes de describir los casos propios, ofrecemos una revisión de los trabajos más recientes sobre el tratamiento de la endocarditis bacteriana aguda y subaguda por las sulfonamidas y por la penicilina.

SULFONAMIDOTERAPIA

Se han publicado comunicaciones relativas a la curación de la endocarditis por estreptococos viridans con el empleo de las sulfonamidas; pero WILLIUS (1942) ha manifestado que un análisis cuidadoso de los datos expuestos, referentes a muchos casos, justifica la duda sobre el diagnóstico. De esta suerte, la presentación de fiebre, soplo cardíaco y hemocultivo positivo han sido a menudo los fundamentos para establecer un diagnóstico de endocarditis bacteriana, aunque no se presentaron los síntomas esenciales, tales como embolia, esplenomegalia, anemia y marasmo progresivo. En muchos casos, el tiempo subsiguiente a la observación fué demasiado breve para justificar la pretendida curación, y, por desgracia, los autores han acabado ulteriormente por corregir sus conclusiones prematuras. KATZ y ELEK (1944), según su propia experiencia y los informes de otros autores, llegaron a la conclusión de que las sulfonamidas combinadas con heparina fueron ineficaces en el tratamiento de la endocarditis por estreptococo viridans.

El estudio de los casos comunicados no sugiere que haya tenido eficacia la sulfonamidoterapia en la endocarditis aguda. La literatura inglesa de los últimos diez años da cuenta de 14 casos de endocarditis aguda, debida a estreptococos hemolíticos, distintos de los del grupo A de LANCEFIELD (grupo B 9, grupo C 1 y grupo G 4); todos los pacientes fallecieron, a pesar del tratamiento por las sulfonamidas administradas en ocho casos a dosis masivas. En una serie de casos de infección puerperal estreptocócica, COLEBROOK y PURDIE (1937) hallaron un caso de endocarditis por el grupo B y dos casos de septicemia por el grupo B; los tres pacientes murieron. Según FRY (1938), la septicemia estreptocócica por el grupo B, que sobreviene como complicación de la sepsis puerperal *postabortum* y *postpartum*, es capaz de ocasionar particularmente una endocar-

ditis. Este autor da cuenta de dos casos fatales de endocarditis estreptocócica por el grupo B que se presentaron en el puerperio. McDONALD (1939) informa sobre dos casos fatales de endocarditis cuyo agente patógeno fué el estreptococo del grupo B. HILL y BUTLER (1940), entre una serie de 12 casos de infección puerperal por estreptococo del grupo B, tuvieron dos pacientes con endocarditis bacteriana, los cuales fallecieron, a pesar de la sulfonamidoterapia. ROSENTHAL y STONE (1940) informaron sobre dos casos fatales de endocarditis por el estreptococo hemolítico—una, debida al grupo C, y otra, al grupo B—. La infección por el grupo C fué tratada con 79 gramos y la debida al grupo B con 162 gramos de sulfonamidas, sin efecto manifiesto. KOLETSKY (1941) comunica un caso de endocarditis puerperal por el estreptococo del grupo B, en el que fracasó la sulfonamidoterapia en adición con numerosas transfusiones sanguíneas; la muerte sobrevino tres semanas después del parto. RAMSAY y GILLESPIE (1941), en una serie de 16 infecciones puerperales debidas a estreptococos del grupo B, dan cuenta de dos pacientes que presentaron septicemia y endocarditis bacteriana; ambos murieron a pesar de la sulfonamidoterapia. Entre 12 casos del grupo G hubo una enferma cuyo hemocultivo resultó positivo, falleciendo ésta de endocarditis bacteriana, aunque se trató con dosis masivas de sulfonamidas. KEHR y ADELMAN (1942) trataron sin éxito una endocarditis por estreptococo del grupo A presentada en un niño de dos años; la droga no influyó sobre el curso de la enfermedad. KEITH y HEILMAN (1943) relacionan un caso de endocarditis provocada por el estreptococo del grupo G en una muchacha de ocho años con afección cardíaca congénita; aunque durante tres meses de permanencia en el hospital se la administraron dosis de sulfonamidas suficientes para alcanzar una concentración en sangre de 14 miligramos por 100 c. c., los hemocultivos resultaron constantemente positivos. CUNLIFFE, GILLAM y WILLIAMS (1943) exponen un caso fatal de endocarditis debida a *staph. albus* (coagulasa positiva); la sulfapiridina produjo un descenso térmico, pero no logró ninguna mejoría clínica.

Son rasgos salientes de esta revisión de casos registrados la frecuencia del estreptococo del grupo B como causa de la endocarditis aguda y el fracaso de la sulfonamidoterapia en ambas formas de la afección: la aguda y la subaguda.

PENICILINTERAPIA

FLOREY y FLOREY (1943) trataron un caso de endocarditis, producida por estreptococo viridans, con 4.760.000 unidades de penicilina, durante treinta días; el enfermo parecía muy mejorado al finalizar el tratamiento, pero los hemocultivos resultaron positivos tres semanas después y sobrevino la muerte tres semanas más tarde. KEEFER

y sus colaboradores (1943) trataron con penicilina 17 casos de endocarditis bacteriana subaguda; tres de ellos fallecieron, 10 no fueron influídos por el tratamiento y tres experimentaron una mejoría transitoria; la dosificación total osciló entre 240.000 y 1.760.000 unidades, administradas por períodos repetidos de nueve a veintiséis días. Mejores resultados obtuvieron LOEWE y sus colaboradores (1944), quienes emplearon penicilina y heparina (administrada por vía subcutánea) en el tratamiento de cinco enfermos de endocarditis bacteriana subaguda; todos los pacientes curaron, y su sangre permaneció siempre estéril varios meses después de terminar el tratamiento. Un ensayo en gran escala se ha publicado recientemente por DAWSON y HUNTER (1945); quince de los veinte enfermos tratados de endocarditis bacteriana subaguda se curaron, al parecer, de la infección con penicilina y con o sin heparina; doce de ellos han permanecido perfectamente durante el tiempo de cinco a veintidós meses. Estos autores recomiendan una dosis diaria de 200 00 unidades de penicilina como tratamiento tipo de la endocarditis bacteriana subaguda.

Se han presentado pocas comunicaciones sobre la eficacia de la penicilina en la endocarditis bacteriana aguda. KEEFER y sus colaboradores (1943) trataron noventa y un pacientes afectados de bacteriemia por *staph. aureus* (al parecer no se hicieron hemocultivos cuantitativos); de treinta y cuatro casos funestos, nueve presentaron endocarditis y ninguno de ellos acusó mejoría durante el tratamiento. Ningún paciente restablecido tuvo endocarditis bacteriana y en ningún enfermo se presentó endocarditis bacteriana después de haber comenzado el tratamiento por la penicilina. De seis enfermos de endocarditis neumocócica primaria tratados con penicilina, cinco murieron y uno se restableció. LOEWE y otros (1944) dan cuenta de la curación de un caso de endocarditis por estreptococo hemolítico (no mencionan el grupo) y de un caso de endocarditis neumocócica. El hemocultivo del paciente de endocarditis por estreptococo hemolítico acusó 130 bacterias por placa (probablemente por centímetro cúbico) inmediatamente antes de iniciarse el tratamiento por la penicilina; durante trece días se aplicaron diariamente 100.000 unidades de penicilina. Se manifestó una respuesta tataral al medicamento; pero hacia el fin de la segunda semana se presentó edema pulmonar, y fué necesaria la digitalización. El paciente de endocarditis neumocócica (tipo 27) era una muchacha de siete años y medio con cardiopatía congénita. Fracasaron las dosis masivas de sulfadiazina (concentración en sangre de 74 miligramos por 100 c. c.), resultando positivos los repetidos hemocultivos. Durante el tratamiento por la penicilina se desarrollaron numerosos infartos pulmonares, pero se restableció lo suficiente para volver a la escuela.

Los resultados de la penicilinterapia en ambas endocarditis bacterianas, la aguda y subaguda, son bastante alentadores para justificar nuevos ensayos en estas infecciones, habitualmente fatales. Hasta ahora, en la comarca de Hampstead no disponíamos de penicilina para el tratamiento de la endocarditis bacteriana subaguda; pero en la actualidad se realizan ensayos cooperativos por el Comité del Consejo Médico de Investigación para las pruebas clínicas de la penicilina (CHRISTIE, 1945).

HISTORIAS CLÍNICAS ORIGINALES

En la Sección de Sepsis puerperal del Hospital Noroccidental se trataron seis casos de endocarditis bacteriana aguda, los cuales constituyen una serie no seleccionada. Tres de las infecciones fueron debidas al estreptococo hemolítico del grupo B, una al estreptococo hemolítico del grupo A y dos al estafilococo dorado.

Caso 1.º—Múltipara, de treinta y un años, sin antecedentes patológicos de interés en su historia personal. La enfermedad actual comenzó después de un aborto, acaecido a los tres meses de gestación, y, cuando se la admitió en la sala, llevaba enferma una semana, durante la cual había tenido accesos de escalofríos. Su estado general era bueno, y no parecía enferma. La temperatura ascendía a 99° F. (poco más de 37,2° C.), la frecuencia del pulso era de 80 y la presión sanguínea 116/70. El corazón estaba normal salvo el primer tono, algo «chasqueante» en la punta; los pulmones y el sistema nervioso central, normales, y en el aparato genital no existía ningún signo local de sepsis. Los cultivos procedentes del cuello y los hemocultivos resultaron negativos, y el recuento de los elementos sanguíneos acusó 4.900.000 eritrocitos y 12.000 leucocitos, alcanzando el 90 por 100 la proporción de hemoglobina.

Cinco días después, la temperatura ascendió a 104° F. (40° C.), y los hemocultivos mostraron la presencia del estreptococo hemolítico del grupo B (tres microorganismos por centímetro cúbico). Se administró sulfanilamida (concentración en sangre, 9 miligramos por 100 c. c.); pero tres días después se suspendió este fármaco a causa de los vómitos, sustituyéndose por 6 gramos diarios de sulfamezatina durante seis días. La temperatura fué normal durante el tratamiento sulfonámico, si se exceptúa un moderado aumento en tres ocasiones; pero la frecuencia del pulso se mantuvo a 120. Apareció un soplo sistólico en punta, el cual era apagado al principio; después de algunos días adquirió gran intensidad y rudeza, tenía el foco máximo apical, se propagaba perfectamente hacia la axila izquierda, acompañándose de estremecimiento catario. Simultáneamente se presentaron nodulos de OSLER en los dedos de las manos, y la paciente se quejaba de un dolor de la pierna y pie izquierdos, el cual consistía en una sensación semejante a la del magullamiento. A la inspección ofrecían los dedos y mitad distal de los pies una palidez cadavérica, siendo imposible palpar el pulso de las arterias femoral, poplítea y dorsal del pie del lado izquierdo. No se manifestaron esplenomegalia, petequias o hematurias; el recuento dió 22.000 leucocitos y el hemocultivo cuantitativo acusó 170 microorganismos por centímetro cúbico. La temperatura era de 99° F.; pero veinticuatro horas más tarde ascendió a 101° F. (poco más de 38,3° C.). La enferma fué explorada por el doctor TERENCE EAST, quien confirmó el diagnóstico de endocarditis bacteriana. Se comenzó el tratamiento con penicilina. Excepto los tres primeros días, en que se aplicó gota a gota por vía intravenosa, la penicilina se administró por vía intramuscular, gota a gota también, utilizando el aparato Eudrip número 2, durante quince días. Los siete primeros días de tratamiento se dieron 100.000 unidades diarias de penicilina (tasa máxima de penicilina en sangre, 1:4), mas durante este tiempo resultaron positivos los hemocultivos; se aumentó la dosificación a 200.000 unidades diarias durante el resto del tratamiento, en cuyo tiempo resultaron negativos los

hemocultivos efectuados. El total de penicilina administrada ascendió a 2.300.000 unidades.

Veinticuatro horas después de iniciado el tratamiento, la temperatura descendió a 98° F. (36,6° C.), y permaneció normal ulteriormente durante el tratamiento por la penicilina, excepto un ascenso ocasional a 99° F. El estado general continuó mejorando; en los dos meses consecutivos al tratamiento se obtuvieron doce hemocultivos negativos, y cuando la enferma abandonó el hospital, la velocidad de sedimentación y el número de leucocitos habían sido normales durante seis meses. Continuaba el soplo sistólico, resonante y áspero, de la punta, acompañado del estremecimiento catario; las radiografías del corazón eran normales; la paciente se sentía completamente bien, y la pierna izquierda no acusaba impotencia, aunque se percibía en la arteria femoral izquierda un pulso muy pequeño.

Caso 2.—Múltipara, de cuarenta y dos años, con antigua historia de estrechez mitral. Presentó manifestaciones de sepsis puerperal después de un aborto, y antes de su admisión en la sala, el cuarto día de fiebre, había tomado 30 gramos de sulfanilamida. Tenía hábito de enferma, con temperatura de 100° F. (37,7° C.); presión sanguínea, 100/50, y la lesión mitral, compensada. No se observaron Petequias o nódulos de OSLER; estaban ausentes los síntomas locales de sepsis del aparato genital, y no se notó nada anormal en abdomen, pulmones y sistema nervioso central. El recuento de los elementos sanguíneos acusó 2.500.000 hematíes y 7.000 leucocitos, y la proporción de hemoglobina, 46 por 100. Se cultivaron del cuello uterino estreptococos del grupo B de LANCEFIELD, y el hemocultivo cuantitativo dejó ver 35 estreptococos hemolíticos por centímetro cúbico.

Se administró sulfamezatina durante cinco días a la dosis diaria de 6 gramos, pero el estado general de la enferma empeoró; sudaba profusamente, tenía fiebre remitente, que ascendía hasta 105° F. (algo más de 40,5° C.), y la frecuencia del pulso, por término medio, era de 140 por minuto. El noveno día, inmediatamente antes de que se empezase el tratamiento con la penicilina, el hemocultivo cuantitativo acusó 127 microorganismos por centímetro cúbico. La penicilinterapia se prosiguió durante once días. Durante los seis primeros se administró el medicamento gota a gota por vía intramuscular a la dosis de 100.000 unidades diarias (la proporción de penicilina en sangre alcanzó 1:4) y ulteriormente en inyecciones intramusculares de 15.600 unidades cada seis horas. El total de penicilina dada ascendió a 960.000 unidades.

Doce horas después de comenzado el tratamiento con penicilina descendió la temperatura de 105° F. a 97° F. (36,1° C.), permaneció normal dos días, luego subió a 102° F. (38,8° C.), y, finalmente, bajó por lisis. El estado general mejoró; pero al tercer día del tratamiento aparecieron algunas Petequias en el cuello, presentándose al día siguiente entumecimiento y dolor de comienzo súbito en el pie derecho; los dedos y la parte distal del pie tenían una palidez cadavérica, y no podía notarse ninguna pulsación de las arterias poplitea y dorsal del pie en el miembro inferior derecho. Aunque durante seis semanas, aproximadamente, no se pudo palpar el pulso, de estos vasos, no se presentó gangrena. Se consideró improbable que la obstrucción arterial reconociera como causa un coágulo procedente de la aurícula izquierda, puesto que la enferma no presentó fibrilación u ondulación cardíacas. Durante el tratamiento con penicilina se obtuvieron cinco hemocultivos negativos, resultando también estériles las siembras de sangre realizadas cuatro veces en los dos meses siguientes. Cinco días después de interrumpida la penicilinterapia se presentó un exantema urticarial generalizado, con intenso prurito. Probablemente se trataba de una reacción alérgica contra el medicamento, ya que fueron eliminadas otras causas posibles. La temperatura y velocidad de sedimentación han sido normales durante cuatro meses, pero la convalecencia fué lenta, a causa de la considerable disminución de la energía cardíaca, debida a la reciente lesión endo y miocárdica sobreañadida a la cardiopatía antigua.

Caso 3.—Primípara, de veintisiete años. No pudo conocerse exactamente la fecha de comienzo de la enfermedad, pero verosíblemente enfermó dos días antes de su admisión en el establecimiento. Al ingresar, el estado general era malo; la enferma estaba soñolienta y apática, con una temperatura de 101° F. (poco más de 38,3° C.) y una presión sanguínea de 110/70 mm. No se apreciaron Petequias o nódulos de OSLER, y la exploración de pulmones, abdomen y sistema nervioso central, aparte la soñolencia, no acusó anormalidad ninguna. El examen hematológico dió 3.500.000 hematíes, 64 por 100 de

hemoglobina y 19.000 leucocitos. Existía aumento del tamaño del útero, pero faltaban síntomas precisos de sepsis. Se obtuvieron cultivos de estreptococos del grupo B de LANCEFIELD con siembras procedentes de faringe, cuello uterino y sangre (el cultivo cuantitativo de sangre dió 109 microorganismos por centímetro cúbico). Se empezó el tratamiento con la sulfanilamida, logrando una concentración del medicamento en sangre de 9,5 miligramos por 100 c. c.; mas a los dos días de establecer esta terapéutica, el cultivo de sangre dejó ver 15 microorganismos por centímetro cúbico, y dos días después, al observar que empeoraba el estado general de la paciente, se suspendió la sulfanilamida y se comenzó la penicilinterapia. Excepto un breve período inicial durante el que se aplicó gota a gota por vía intravenosa (1), la penicilina se administró cada tres horas en inyecciones intramusculares de 15.000 unidades. Se continuó diez días el tratamiento, ascendiendo a 1.157.000 unidades el total de la penicilina inyectada.

El mismo día que se inició la penicilinterapia aparecieron nódulos de OSLER en los dedos de la mano, y el segundo día la enferma acusó dolor súbito y entumecimiento del pie, siendo imposible palpar el pulso de las arterias poplitea y dorsal del pie izquierdas, observándose por inspección la palidez cadavérica del pie del mismo lado. Excepto un descenso ocasional a la normal, la temperatura se mantuvo alrededor de 100° F. (casi 37,8° C.), y se suspendió la penicilinterapia tres días después de permanecer alrededor de 99° F., pequeña febrícula ocasionada probablemente por la gangrena que se había desarrollado en el pie izquierdo. Resultaron negativos los cultivos de sangre efectuados el segundo, quinto y séptimo días de tratamiento y el noveno día después de suspenderse éste.

En este período de la enfermedad, la paciente fué trasladada al Hospital de Santo Tomás para el tratamiento quirúrgico de la gangrena del pie. La temperatura fué normal durante los tres días siguientes, al cabo de los cuales se desarrolló la supuración; entonces la elevación térmica llegó a 104,4° F. (algo más de 40,2° C.), y un frotis, obtenido del pie izquierdo, mostró la flora de *staphylococcus aureus* y *albus* y estreptococo hemolítico (no se le clasificó por grupos). Resultaron estériles las siembras de sangre. Después de una tanda de sulfatiazol, la temperatura descendió otra vez a la normal al cabo de siete días. Cuatro días después, la enferma tuvo otro acceso pirético, probablemente dependiente de la sepsis del pie. A los cuarenta y un días de su traslado se le amputó el muslo por la mitad del tercio medio, presentándose bronconeumonía y falleciendo cinco días después de la operación.

En la autopsia presentó el corazón estrechez mitral e hipertrofia ventricular izquierdas. Las valvas mitrales estaban adheridas entre sí y un poco engrosadas; existían algunas vegetaciones verrugosas a lo largo del borde del cierre. También se observó gran esplenomegalia y se apreciaron en bazo numerosos infartos sépticos que contenían muchos estreptococos. No se hicieron siembras. Los riñones presentaban numerosos infartos antiguos y pequeños. La arteria femoral izquierda contenía trombos antiguos en su cabo terminal. Puede afirmarse que la enferma padeció una endocarditis bacteriana aguda, curada evidentemente por la penicilinterapia, y que falleció de bronconeumonía consecutiva a una intervención quirúrgica.

Caso 4.—Primípara, de treinta y un años, con historia antigua de estenosis mitral. Se la desarrolló una sepsis puerperal después de un parto a término y fué admitida en la sala a los seis días de enfermedad. El estado general era franca

(1) Nos parece conveniente advertir que no es indiferente la vía de elección para introducir la penicilina, así como tampoco la espaciación de las dosis. Conviene saber que es casi nulo el paso de este precioso antibiótico desde sangre a las cavidades serosas, según demuestran las investigaciones de FLEMING, FLOREY y otros; por consiguiente, para el tratamiento de las meningitis, peritonitis, empiema, etc., debe inyectarse localmente. La penicilina se elimina rápidamente por la orina, alcanzando gran concentración en riñón, dato el último interesante para el tratamiento de la infección urinaria y el primero para orientarnos sobre la frecuencia de su administración en otros estados, en los que sería preferible la infusión permanente gota a gota, sin olvidar la trombosis local, que puede presentarse a consecuencia de impurezas.—Nota del traductor.

mente bueno; tenía 103° F. (poco más de 39,3° C.) de temperatura, 136 pulsaciones por minuto y 110/60 de presión sanguínea. No había aumento del contorno cardíaco; se percibía un soplo sistólico en punta, pero no soplo presistólico ni temblor catario. No existía ningún signo de sepsis local del aparato genital ni anomalía alguna en pulmones y sistema nervioso central. Resultaron negativos los cultivos intentados con materiales procedentes del cuello uterino, y también las siembras de sangre. La orina no contenía pus ni hemáties, pero las siembras revelaron estreptococos hemolíticos del grupo A. Se puso en práctica la sulfonamidoterapia durante seis días (total de sulfanilamida ingerida, 28 gramos). La mañana del cuarto día de tratamiento, la temperatura descendió a 97° F. (poco más de 36,1° C.), y por la tarde subió a 100° F., continuando después una fiebre remitente, que algunas veces ascendía a 103° F. Una siembra de sangre, efectuada diez días después de su ingreso, acusó la presencia de estreptococos del grupo A y se comenzó una segunda tanda de quimioterapia con sulfapiridina. Mientras se continuó administrando la droga prosiguieron los resultados positivos de los hemocultivos, y al final del tratamiento con sulfapiridina se contaron 129 microorganismos por centímetro cúbico. Entonces el estado general de la enferma era peor; se auscultaba, como antes, un soplo apical durante el sístole, pero ningún soplo diastólico; el pulso latía 144 veces por minuto, y se presentaron petequias y zonas levemente rojas en los dedos de las manos. No se apreció esplenomegalia; apareció hematuria por primera vez; la proporción de hemoglobina era de 55 por 100 y el recuento dio la cifra de 30.000 leucocitos. A los trece días de haber obtenido el primer hemocultivo positivo se instituyó el tratamiento por la penicilina. El medicamento se aplicó al principio cada tres horas en inyección intramuscular de 15.000 unidades cada una, y ulteriormente se espaciaron más los intervalos entre las dosis. El tratamiento duró catorce días, y la cantidad total de penicilina administrada se elevó a 960.000 unidades.

Dentro de las veinticuatro horas de comenzar el tratamiento se presentó considerable mejoría clínica; reiterados hemocultivos resultaron negativos; la temperatura bajó, de 104,6° F. (algo más de 40,3° C.) a 100° F. (casi 37,8° C.), y prosiguió la curva térmica a esta altura hasta que se suspendió el tratamiento cuando descendió a lo normal. La frecuencia del pulso mejoró más lentamente, y cuatro días después del tratamiento se empezó a oír un soplo diastólico en foco aórtico y a lo largo del borde esternal izquierdo. La mejoría se mantuvo, y cuando la enferma abandonó el hospital, tres meses después, era normal la velocidad de sedimentación, tenía 38 por 100 de hemoglobina, ligeramente disminuida la energía cardíaca, se oían los soplos sistólico y diastólico en focos mitral y aórtico, la presión sanguínea era de 130/60 y el pulso débil.

Después de abandonar el hospital, la paciente fué explorada por el doctor JENNER HOSKIN, quien comunicó: «En la actualidad presenta regurgitación aórtica y una doble enfermedad mitral, a mi parecer de origen reumático. Opinamos que la enfermedad reciente ha agravado definitivamente la lesión valvular.»

Caso 5.—Múltipara, de treinta y nueve años, sin antecedentes de interés. Ingresó en la sala dos días después de un aborto. Se sentía ligeramente enferma; tenía 99° F. de temperatura; el corazón, normal, si se exceptúa una taquicardia de 116; la presión sanguínea, 130/80. Los cultivos del material recogido del cuello uterino dejaron ver el estafilococo dorado; el hemocultivo resultó negativo. A las veinticuatro horas de su ingreso en el hospital presentó una hemorragia grave y se efectuó la evacuación manual del útero. Se la administraron 47 gramos de sulfanilamida durante los siete días siguientes. Once días después de la operación, la temperatura alcanzó 104° F. y el hemocultivo demostró la presencia del *staphylococcus aureus*. Se comenzó una nueva tanda de sulfonamidas, administradas durante ocho días (30 gramos de sulfatiazol en inyección intravenosa gota a gota y 42 gramos por vía oral; además, 28 gramos de sulfapiridina *per os*); el máximo de concentración de medicamento logrado en sangre fué de 3,7 miligramos de sulfapiridina por 100 c. c. El estado general empeoró; cuatro siembras de sangre extraída durante la quimioterapia dieron resultado positivo, y los hemocultivos cuantitativos efectuados el sexto, séptimo y octavo días del tratamiento dieron, respectivamente, 75, 120 y 703 microorganismos por centímetro cúbico. Entonces se inició la penicilinterapia. El cuadro clínico correspondía al de una septicemia grave sin endocarditis evidente.

Se administró penicilina durante cinco días en inyecciones intramusculares de 15.000 unidades, cada tres horas, y los dos días siguientes la dosis fué de 10.000 unidades por inyección; la cantidad total de penicilina empleada fué de 790.000 unidades. El estado general mejoró considerablemente con el tratamiento, siendo negativos los hemocultivos; pero tres días después del tratamiento se presentó un escalofrío tardío, el hemocultivo acusó 167 microorganismos por centímetro cúbico, se estableció una insuficiencia cardíaca con edema pulmonar y se auscultó un soplo pulmonar áspero y clangoroso. Se aplicó una segunda tanda de penicilina, ascendiendo a 879.000 unidades la cantidad total de penicilina administrada durante nueve días en inyecciones intramusculares intermitentes. Otra vez mejoró considerablemente el estado general de la paciente, y resultaron negativos cuatro hemocultivos; la insuficiencia cardíaca llegó a desaparecer progresivamente, mas seis muestras de orina contenían numerosos hemáties. Tres días después de la interrupción del tratamiento se presentó nuevamente la debilidad cardíaca, que respondió muy bien al oxígeno y a los diuréticos; no hubo pirexia durante este acceso, pero el pulso se mantuvo alrededor de 120 por minuto. Seis días después, la temperatura ascendió a 103° F. y el hemocultivo dejó ver 186 microorganismos por centímetro cúbico. No pudo descubrirse ninguna causa extracardíaca de septicemia, y aunque se supuso que el motivo más probable de la recidiva y de la hematuria era la endocarditis, ésta no se diagnosticó definitivamente, debido a la ausencia de petequias, esplenomegalia y otros soplos cardíacos que no fueran el sistólico pulmonar. El examen hematológico dio 4.100.000 eritrocitos, 68 por 100 de hemoglobina y 15.000 leucocitos.

Se administró una tercera tanda de penicilina (375.000 unidades, durante ocho días, en inyecciones intramusculares espaciadas). Dos días después del tratamiento se notó, por auscultación en foco aórtico y a lo largo del borde esternal izquierdo, un soplo suave que seguía inmediatamente al segundo tono. La orina contenía numerosos eritrocitos, y cultivos de la misma acusaron la presencia del *staph. aureus*. Los hemocultivos efectuados durante la tercera tanda, y todos los sucesivos, resultaron negativos. La mejoría prosiguió, pero continuó en el hospital a causa de una cistitis crónica. Abandonó el hospital recuperada y bien seis meses después de terminar el tercer tratamiento por la penicilina. Entonces era normal la energía cardíaca, mas el soplo aórtico continuaba bien perceptible.

Doce meses después fué vista la enferma en el hospital; en el ínterin había continuado bien y capaz, y en la actualidad estaba otra vez en período de gestación. Aún se auscultaba en base de corazón, y a lo largo del borde esternal izquierdo, un soplo diastólico, aunque menos áspero que antes. La presión sanguínea es de 140/70; las radiografías del corazón no muestran anomalía alguna y la reacción de Wassermann resultó negativa.

Caso 6.—Esta paciente, múltipara, de treinta y un años, fué admitida por sepsis puerperal *postpartum* y septicemia debida a *staph. aureus*. Antes de su ingreso en la sala (a los siete días de enfermedad) había tomado 31 gramos de sulfonamidas (13 gramos de sulfamezatina y 18 gramos de sulfapiridina). Experimentaba gran sensación de enfermedad, tenía 100,6° F. (38,1° C.) de temperatura, 128 pulsaciones por minuto, estaba cianótica y disnéica y se auscultaban algunos estertores en base pulmonar. La auscultación cardíaca reveló un soplo diastólico sordo y prolongado y otro sistólico, ambos apicales. Tenía numerosas petequias, especialmente en cuello y brazos, existiendo ligera esplenomegalia. Se cultivó el estafilococo dorado mediante siembras de material procedente de cuello uterino y de sangre; el hemocultivo cuantitativo mostró 3.800 microorganismos por centímetro cúbico (una siembra repetida veinticuatro horas después acusó 4.820 microorganismos por centímetro cúbico). La orina contenía numerosos hemáties y algunas células de pus, y el cultivo de la misma reveló el *staph. aureus*. El examen hematológico dio 58 por 100 de hemoglobina y 33.000 leucocitos.

Se comenzó la penicilinterapia el noveno día de enfermedad (segundo día después de su ingreso), y se prosiguió durante doce días. Durante los tres primeros días se dieron diariamente 120.000 unidades en inyecciones intramusculares de 15.000 unidades, repetidas cada tres horas; pero como estaba retardada la eliminación del medicamento a causa de una nefritis crónica (la prueba de la eliminación de urea llegó sólo a 16 por 100 de lo normal), se espaciaron gradualmente más los intervalos entre las dosis, hasta que, finalmente, se

inyectó 15.000 unidades en una dosis única diaria, porque la eliminación de 15.000 unidades no era completa hasta treinta y seis horas después. El total de penicilina administrada fué de 646.000 unidades. A las veinticuatro horas de comenzar el tratamiento mejoró el estado general de la paciente. La temperatura descendió de 103° F. a la normal, permaneciendo así durante seis días; mas después tuvo fiebre intermitente, que algunas veces llegaba a 100° F. Las siembras de sangre, tomada durante el tratamiento, resultaron negativas, pero no se mantuvo la mejoría clínica. El quinto día de tratamiento se presentó la uremia, y la enferma empeoró progresivamente, falleciendo de uremia al veintiún días de enfermedad.

El informe de la necropsia fué el siguiente: Válvula tricúspide, engrosada. Estenosis mitral y vegetaciones recientes y pequeñas en la válvula. Infiltración oscura del hígado. En bazo existían varios infartos grandes y algunos pequeños, la mayor parte de ellos sépticos (las siembras procedentes de los infartos acusaron colonias de *b. proteus*; cocos Gram-positivos se vieron en las manchas, pero no fué posible determinar si eran o no estafilococos dorados). Riñones: nefritis crónica y pequeños infartos en el riñón izquierdo, aumentado de volumen. El útero estaba ligeramente aumentado de tamaño y sin sepsis ostensible. En cerebro existía una gran hemorragia subdural; ninguna embolia, y las arterias estaban normales.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Los microorganismos patógenos se mostraron en todos estos casos sensibles a la penicilina en los ensayos *in vitro*. La tasa de penicilina en sangre y orina se determinó por los métodos de FLEMING (1944). Se agregó penicilinas a las siembras de sangre en medios líquidos. Los hemocultivos se realizaron en todos los casos colocando en un tubo, que contenía 10 ó 12 c. c. de agar fundido, 1 c. c. de sangre y vertiéndolo, al lado de la cama del enfermo, en una cápsula de Petri. Consideramos muy valiosos los hemocultivos cuantitativos como ayuda pronóstica en ambas septicemias, estafilo y estreptocócica, y creemos que deben aceptarse con prevención (véase MCLELLAN y GOLDBLOOM, 1942) las comunicaciones de curación de septicemias sin este control. La presencia o ausencia de penicilina bacteriostática se determinó por las estrías de una colonia de estafilococos en un ángulo de la placa antes de la incubación.

DIAGNÓSTICO DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA AGUDA

THAYER (1931) escribió que en la endocarditis aguda estreptocócica y estafilocócica el curso breve de la enfermedad y la septicemia intensa dominan de tal modo el cuadro, que los síntomas clínicos de petequias, embolia, etc., que acompañan a la endocarditis por estreptococo viridans se presentan raramente, por lo que muchas veces no pueden diagnosticarse clínicamente. En su material de infecciones agudas por estreptococo hemolítico, las petequias y embolias se presentaron solamente en el 25 por 100 de los pacientes, y en los casos debidos a estafilococos dorados fueron infrecuentes (13,8 por 100), excepto cuando siguieron un curso subagudo, en el que se observaron comúnmente embolias y nefritis después de algunas semanas. En las infecciones estafilocóci-

cas generalmente no fué palpable el bazo (solamente pudo tocarse en el 12,5 por 100 de los casos); las artritis supuradas se presentaron en el 6 por 100; no se observaron los dedos en forma de palillo de tambor y se descubrieron hematíes en orina únicamente en cuatro entre 32 casos. La pericarditis fué excepcional en la endocarditis estreptocócica aguda (11 por 100 de los casos), presentándose en el 13 por 100 de casos de infecciones estafilocócicas siempre bajo la forma de pericarditis purulenta. Se advirtió particularmente que, tanto el estreptococo hemolítico como el viridans, atacaron el lugar en que asentaban los vicios congénitos y las válvulas previamente lesionadas; en su serie se comprobó la preexistencia de lesión valvular en el 58 por 100 de las infecciones estreptocócicas agudas y en el 71 por 100 de las producidas por estreptococo viridans. El estafilococo dorado no mostró predilección por las válvulas afectadas, y aunque atacó más comúnmente el lado izquierdo del corazón, también se afectó frecuentemente la tricúspide.

Hasta los grupos B, C y G de la serie de estreptococos hemolíticos de LANCEFIELD dió lugar a endocarditis, la cual no se distinguió de la provocada por los microorganismos del grupo A: pero comunicaciones recientes sobre endocarditis producida por estas bacterias confirman nuestra experiencia acerca de la sepsis puerperal, y, según la cual, las petequias y nódulos de OSLER no serían frecuentes en la endocarditis por los grupos B y G, y la obstrucción de las arterias gruesas, especialmente de los miembros inferiores, se encontraría comúnmente en las infecciones debidas al grupo B. De esta suerte, este síntoma se presentó en todos los tres casos de la presente serie debidos al grupo B, mientras que de los nueve casos encontrados en la literatura debidos al grupo B se desarrolló gangrena completa de un pie y parcial de otro en un paciente; se presentó hemiplejía en otro y en un tercero se observó la obstrucción de una arteria iliaca. En el único caso de endocarditis por el grupo C hallado en la literatura (confirmado en la autopsia), se presentó obstrucción de ambas arterias ilíacas, debida a una embolia aórtica. La frecuencia de la embolia de los grandes vasos podía guardar relación con la naturaleza de las vegetaciones. FRY y también RAMSAY y GILLESPIE señalaron que en este estado las vegetaciones endocárdicas eran grandes y friables, debido quizá al hecho de que los estreptococos del grupo B no producen fibro-lisina como los del grupo A, de suerte que el trombo depositado en la válvula lesionada no se separa. También se han observado grandes vegetaciones en las endocarditis debidas a los grupos C y G, y también se encuentran, sin duda, en las endocarditis neumocócicas y estafilocócicas. De todos modos, en las últimas infecciones el curso de la enfermedad suele ser tan agudo,

que no hay tiempo para que se presenten los síntomas embólicos.

Con los datos registrados a la vista sería provechoso resumir en cuáles de los seis casos de nuestra serie se hizo el diagnóstico de endocarditis bacteriana aguda. En los tres primeros casos, aun antes de presentarse los signos de lesión valvular, constituía una prueba muy presumible de endocarditis el aislamiento repetido del estreptococo del grupo B de la sangre circulante, juntamente con las manifestaciones clínicas de una infección generalizada y la ausencia, excepto en un caso de foco extracardíaco. Aunque antes de comenzar el tratamiento por la penicilina se diagnosticó la endocarditis solamente en una de las tres enfermas, las tres pacientes presentaron síntomas inequívocos de la participación endocárdica con fenómenos embólicos; en un caso se confirmó el diagnóstico en la necropsia. Sólo en una de las tres pacientes existía la prueba de lesión valvular precedente (consecutiva a fiebre reumática aguda), de manera que estreptococos del grupo B pudieron atacar las válvulas del corazón sanas, dato que concuerda con la experiencia de otros investigadores. La presentación de síntomas de oclusión de los grandes vasos de la pierna en los tres casos (seguida de gangrena del pie en uno) se debió verosímilmente a la embolia arterial producida por las vegetaciones endocárdicas friables. No coexistía manifestación de fallo cardíaco o de fibrilación auricular que crease una predisposición a la obstrucción arterial.

En una de las pacientes de septicemia estafilocócica eran evidentes los síntomas de endocarditis en el momento de su ingreso en el hospital. Aunque el diagnóstico se confirmó en la necropsia, el tamaño pequeño de las vegetaciones y los resultados negativos del hemocultivo durante la penicilinterapia constituyen testimonio de que se había logrado dominar la infección estafilocócica. Sin embargo, el tratamiento se empezó demasiado tarde (los hemocultivos dieron, aproximadamente, 5.000 microorganismos por centímetro cúbico); se habían producido lesiones irremediables, y la enferma falleció de uremia. La otra paciente de endocarditis estafilocócica tuvo dos recaídas septicémicas, y durante la segunda se observó por vez primera el soplo aórtico diastólico, manifestación evidente de la lesión endocárdica, en tanto que la hematuria, anemia y taquicardia se presentaron más pronto. Se aceptaron como demostración del desarrollo de endocarditis bacteriana el soplo diastólico aórtico, la hematuria y los datos negativos de antecedentes sífilíticos o de infección reumática. Aunque la lesión valvular persiste todavía, la enferma se encuentra bien y capaz diez meses después de abandonar el hospital.

La enferma de septicemia estreptocócica del gru-

po A manifestó síntomas de endocarditis recién durante el curso de la enfermedad. Ingresó con una historia clínica de estenosis mitral, y tenía un soplo sistólico apical, pero ninguno diastólico en punta ni en foco aórtico. Los hemocultivos fueron constantemente positivos, a pesar del intenso tratamiento sulfonamídico, y prosiguieron la taquicardia, anemia y extenuación progresiva. Cuando se empezó la administración de penicilina se manifestaron los nódulos de OSLER y la hematuria, apareciendo cuatro días después el soplo aórtico diastólico. Al abandonar el hospital y, aproximadamente, un mes más tarde, en que la exploró un cardiólogo, tenía regurgitación aórtica, además de la estrechez mitral.

En vista del fracaso de dosis semejantes en la endocarditis subaguda, es interesante la respuesta benéfica con que han reaccionado estas pacientes de endocarditis bacteriana aguda a las dosis moderadas de penicilina. En parte, la explicación puede consistir en una mayor sensibilidad del microorganismo infectante a la penicilina o quizá en que las vegetaciones más voluminosas y friables podían permitir más fácilmente la penetración de la penicilina en el coágulo. Es imposible predecir el pronóstico a largo plazo, si bien tres de las pacientes están bien y una mejorada actualmente, o sea de seis a doce meses después de la suspensión de la penicilinterapia. Una gran lesión valvular representa un gran trabajo para la reserva cardíaca, y es obvio que estos enfermos quedan a merced de las infecciones (verbigracia, sepsis dentaria) que pueden conducir a la bacteriemia y a la infección endocárdica.

RESUMEN

Se trataron con dosis moderadas de penicilina seis casos de endocarditis bacteriana aguda—tres debidos al grupo B del estreptococo hemolítico, dos al estafilococo dorado y uno al grupo A del estreptococo hemolítico. Cuatro de las pacientes viven de seis a doce meses después de la suspensión del tratamiento con la penicilina, tres están bien y una ha mejorado.

Llama la atención la frecuencia de la infección de las válvulas sanas del corazón por el estreptococo del grupo B, que causa no pocas veces sepsis benignas del tracto genital, particularmente después del aborto.

Se discuten los puntos de vista del diagnóstico de endocarditis bacteriana aguda, que puede presentarse durante el curso de una infección generalizada.

APÉNDICE

Después de terminar este trabajo ha muerto la paciente número 2 de la serie seis meses después de cesar el tratamiento con penicilina. Durante este tiempo, la temperatura fué normal, los hemocultivos en cuatro ocasiones, negativos, y normal

también la velocidad de sedimentación. Padecía enfermedad mitral grave, progresó el estado congestivo crónico, que durante algún tiempo respondió a los diuréticos mercuriales. La muerte fué debida al edema pulmonar consecutivo a la insuficiencia aguda del corazón izquierdo.

En la autopsia se descubrieron dilatación e hipertrofia de ambas aurículas y del ventrículo derecho y dilatación del ventrículo izquierdo. El orificio tricúspide estaba ensanchado y las válvulas ligeramente engrosadas. El orificio mitral era más pequeño; las valvas, engrosadas y retraídas, presentaban dos perforaciones. La siembra procedente de una pequeña vegetación de la válvula mitral dió una flora de *b. coli* y de enterococos. Los riñones estaban aumentados de tamaño e hiperémicos, observándose en uno cicatrices de dos infartos. Se puede asegurar que esta enferma padeció una endocarditis bacteriana aguda, la cual se curó, ciertamente, con la penicilinterapia, y que falleció a consecuencia de la insuficiencia aguda del corazón.

Deseamos expresar nuestro agradecimiento, por su interés y ayuda, a Mr. JAMES WYATT, médico consultor del Departamento de Sepsis puerperal; a sir BERNARD SPILSBURY, por los informes *postmortem* de los casos segundo y cuarto; a Mr. B. C. MAYBURY y al profesor W. G. BARNARD, por su acceso a la clínica y datos de la necropsia del caso tercero; a las hermanas CORCORAN y WALSHE y al Cuerpo de enfermeras del Departamento de Sepsis puerperal, por su activa co-

operación en el cuidado de las enfermas; a Mr. GREGORY, por su ayuda técnica, y al Comité del Consejo Médico de Investigación de la Penicilina, por los suministros de este medicamento.

REFERENCIAS

- CHRISTIE (R. V.).—*British Medical Journal*, 1, 232. 1945.
 COLEBROOK (L.) y PURDIE (A. W.).—*Lancet*, 2, 1237. 1937.
 CUNLIFFE (A. C.), GILLAM (G. G.) y WILLIAMS (R.).—*Ibid.*, 2, 355. 1943.
 DAWSON (M. H.) y HUNTER (T. H.).—*J. Amer. Med. Ass.*, 127, 129. 1945.
 FLEMING (A.).—*Lancet*, 2, 620. 1944.
 FLOREY (M. E.) y FLOREY (H. W.).—*Ibid.*, 1, 387. 1943.
 FRY (R. M.).—*Ibid.*, 1, 199. 1938.
 HILL (A. M.) y BUTLER (H. M.).—*Med. J. Austral.*, 1, 273. 1941.
 KATZ (L. N.) y ELEK (S. R.).—*J. Amer. Med. Ass.*, 124, 149. 1944.
 KEEFER (C. S.), BLAKE (F. G.), MARSHALL (E. K.), jun., LOCKWOOD (J. S.) y WOOD (W. B.).—*Ibid.*, 122, 1219. 1943.
 KEHR (H. L.) y ADELMAN (M.).—*Amer. J. Dis. Child.*, 64, 487. 1942.
 KEITH (H. M.) y HEILMAN (F. R.).—*Ibid.*, 65, 77. 1943.
 KOLETSKY (S.).—*Ohio State Med. J.*, 37, 866. 1941.
 LOEWE (L.), ROSENBLATT (P.), GREENF. (H. J.) y RUSSELL (M.).—*J. Amer. Med. Ass.*, 124, 144. 1944.
 MACDONALD (I.).—*Med. J. Austral.*, 2, 471. 1939.
 McLELLAN (N. W.) y GOLDBLOOM (A.).—*Canad. Med. Ass. Journal*, 46, 136. 1942.
 RAMSAY (A. M.) y GILLESPIE (M.).—*J. Obstet. Gynaec. British Emp.*, 48, 569. 1941.
 ROSENTHAL (A. H.) y STONE (F. M.).—*J. Amer. Med. Association*, 114, 840. 1940.
 THAYER (W. S.).—*Gibson Lectures, Edimb. Med. J.*, 38, 237. 1931.
 WILLIUS (F. A.).—*Proc. Mayo Clin.*, 17, 216. 1943.

«LA SEÑORA VITAMINA» INGRESA EN LA ACADEMIA ⁽¹⁾

por el

Doctor HENRI GERBERT

La Academia de Medicina, que agrupa los nombres más egregios de la ciencia médica francesa, acaba de abrir sus puertas ante una mujer, la señora LUCIE RANDOIN. El honor es casi único, ya que, hasta la fecha, una sola mujer, la señora PIERRE CURIE, había gozado del derecho de sentarse entre los académicos de la calle Bonaparte. Pero es que los trabajos de la señora RANDOIN pueden ser comparados, en valía y en alcance, con los de la señora CURIE. Esta había consagrado la mayor parte de su vida al radio; la señora RANDOIN no se ocupa, desde 1918, sino de las vitaminas; por ello algunos la denominan jocosamente «La señora Vitamina».

Pero esa labor de cerca de treinta años merece, en realidad, ante todo, la seriedad, y seguidamente, la más respetuosa admiración.

* * *

LUCIE RANDOIN posee las tres dotes mayores del sabio: la claridad de inteligencia, el vigor y

(1) Artículo inédito en exclusiva para EL SIGLO MEDICO.

la intuición. Sabe también que el trabajo de laboratorio ha de ser, por definición, oscuro, desinteresado y paciente. Pero no por ello deja de señalar su espíritu lúcido el punto en que sus investigaciones ejercen una influencia directa sobre los problemas prácticos.

Declara, en efecto, la señora RANDOIN que la conservación de los seres y el propio porvenir de la raza están íntimamente ligados con la cuestión de nuestra alimentación diaria. En un tema de tal trascendencia, la ciencia fisiológica ha de intervenir, no ya porque su intervención pueda tener por efecto el subvenir a la escasez de recursos alimenticios normales, sino porque ha de permitir el sacar, en cada temporada, el mayor provecho posible de todos los alimentos de que podamos disponer.

A lo que aspira sobre todo la señora RANDOIN, en ese terreno de la ciencia aplicada, es a evitar el «error alimenticio», fruto, ya sea de una carencia total, ya sea, como ocurre con mucha mayor frecuencia, de un desequilibrio de las diver-

sas raciones. Todo el mundo sabe, por ejemplo, que la ausencia de vitamina D y el desequilibrio entre el calcio y el fósforo de los alimentos produce la carie dental; que la insuficiencia de vitamina A o de «carotene» acarrea la xeroftalmia, que puede llevar hasta la ceguera; que la caren-



cia de vitamina E puede provocar una esterilidad parcial o total en el adulto de uno u otro sexo; que una alimentación sin yodo hipertrofia la glándula tiroides y produce el bozo, etc...

De manera general, el régimen alimenticio deficiente implica varios de esos desequilibrios. Ninguno de ellos es, por lo general, mucho más notable que los demás; pero es el organismo, en su totalidad, el que se hace vulnerable. La señora RANDOIN señala que, en ese caso, «se derrumba el terreno», como si hubiera sido minado por un trabajo invisible de zapa. Pero cuando se produce el «derrumbe», después de muchos años, incluso a veces después de muchas generaciones, el sujeto fisiológico—individuo o nación—queda hondamente afectado y a veces de modo definitivo. Las enfermedades más graves (tuberculosis, diabetes, cáncer) son entonces el saldo de esa salud aparente de un organismo minado.

Pero, ¿cómo llegó la señora RANDOIN a esos resultados?

Ya hace mucho tiempo—BUNGE, en 1801; HOPKINS, en 1906—se había intentado constituir raciones alimenticias para animales de laboratorio, suministrándoles todos los principios constitutivos de la leche: albúminas, azúcar, grasa, sales minerales. Pero los animales se morían.

Se buscó entonces si no había algo más en la leche natural. HOPKINS, especialmente, previó que la leche tenía que contener, en dosis totalmente imperceptibles, algunos estimulantes, que denominó «factores accesorios» de la alimentación, y que iban a ser reconocidos, analizados, descritos (e incluso reconstituídos por síntesis) bajo el nombre de «vitaminas». Ahora bien; ha sido la señora RANDOIN la que, en Francia, ha llevado a cabo la mayor parte de esos trabajos. Puede, incluso, afirmarse que, con sus colaboradores SIMONET, LECOCQ y ALQUIER, ha logrado que la Biología diese un paso adelante, al completar la noción de vitaminas con la de equilibrio alimenticio. Esta última noción ha sido la que permitió en Francia, en 1940, pese a la insuficiencia de las raciones, el dar a los consumidores una alimentación equilibrada y preservarlos durante muchos años de las asechanzas temibles de la subalimentación prolongada.

Lo que sorprende es que la obra científica de la señora RANDOIN, que llegaba así al descubrimiento de una realidad positiva, había partido también de esa misma realidad. En efecto, durante los veinticuatro meses de 1937-1938 había realizado investigaciones acerca de la alimentación de 50 colectividades durante una semana y de 250 familias durante un mes. Cuando llegó la época del hambre, sólo tuvo que poner en práctica las tres leyes que había deducido tempranamente y que esa incomparable experiencia había confirmado:

1.^a La ración diaria ha de brindar al organismo humano la energía de su funcionamiento, bajo forma de prótidos, glúcidos y lípidos, con un mínimo de 1.500 y de 2.400 calorías, en realidad, para una actividad moderada.

2.^a Esa ración ha de incluir, además, los principios no energéticos, igualmente necesarios para la vida: vitaminas, agua, sales minerales, celulosa, los cuales regulan las funciones vitales.

3.^a Los diversos integrantes de la ración han de estar equilibrados. De donde se impone la distribución a los niños de bombones vitaminizados, de frutas frescas, de leche, etc., productos todos ellos susceptibles de compensar los desequilibrios alimenticios, especialmente graves en la edad de la formación.

Sin duda, tales medidas no fueron y no son sino paliativos, y la raza francesa necesitará mucho tiempo, décadas tal vez, para recuperarse desde

el punto de vista fisiológico. Pero hubiera quedado mucho más afectada sin la regulación juiciosa de las raciones alimenticias, y ésta es una de las razones, la más conmovedora, que han llevado a

la Academia de Medicina a recompensar a la mujer generosa, cuya ciencia, inspirada tan sólo por el amor al prójimo, ha permitido limitar la «matanza de los inocentes».

Academias y Sociedades científicas

Facultad de Medicina de Madrid

CATEDRA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

(Prof. encargado: DR. BOTELLA LLUSIÁ.)

X sesión clínica: Dres. Funcasta y B. Pardo.

LA SULFAMIDOTERAPIA LOCAL EN LA PROFILAXIS DE LA OPERATORIA DEL ABORTO

Este trabajo tiene por objeto dar a conocer los resultados obtenidos en la Maternidad Provincial, en el Servicio del doctor Botella Llusíá, de las enfermas allí tratadas por nosotros con sulfamidoterapia local en la profilaxis de la sepsis y de las complicaciones genitales que el legrado trae consigo.

Está fundado el procedimiento que a continuación reseñamos en la mayor concentración en sulfamidas a que se someten los posibles gérmenes o las infecciones locales ya existentes, al hacer la aplicación localmente; de aquí que el éxito ha sido mejor que el que veníamos empleando de la profilaxis sulfamídica por vía oral, ésta muchas veces limitada a consecuencia del estado anémico de las enfermas.

La sulfamida empleada ha sido para-amino-benzol-sulfonamida al 4 por 1.000, cuya concentración es suficiente para ejercer localmente efectos bacteriostáticos, con la particularidad que su acción es polivalente, y con la ventaja sobre los clásicos antisépticos de no provocar irritación alguna, de no poseer acción leucolítica y sí más efectos antibacterianos.

La técnica empleada es la siguiente: Después de la intervención, y sin haber retirado la valva, para que la sulfamida no se derrame, se vierte en cavidad vaginal como unos 10 c. c. del medicamento, que fácilmente penetran en cavidad uterina por estar el cuello dilatado; a continuación se introduce una gasa empapada de la misma sulfamida, que se retira a las diez horas.

Se hace en este trabajo la comparación de los efectos obtenidos en 50 enfermas con otras 50 no tratadas por este procedimiento.

En los 50 casos no tratados encontramos los siguientes resultados: Legrados en curso postoperatorio apiréticos, 29, que dan un porcentaje de 58 por 100.

De estos 29 casos nos encontramos con que hay dos complicaciones.

Veintiún casos cursaron con fiebre después de

la intervención, que da un 42 por 100. En tres de ellos con complicaciones.

En estos casos febriles, solamente en nueve de ellos la temperatura fué inferior a 38° y el resto por encima de ella.

De los 50 casos tratados 48 son apiréticos, lo que da un 96 por 100, cifra muy superior a la de 58 por 100 que arrojan los no tratados; febriles solamente dos, que son precisamente los que padecen complicaciones.

Si tenemos en cuenta que en 13 casos no hubiera estado indicado el legrado conforme a las normas clásicas, por padecer fiebre en siete casos y putrefacción fétida en seis, vemos de una manera más evidente el buen efecto profiláctico conseguido.

Para terminar, expondremos un caso interesante, cuya enferma se encuentra todavía hospitalizada en esta Maternidad.

Historia 4.111. E. R., de treinta años, sin antecedentes de importancia, múltipara. El día 1 de enero tiene un parto normal, prematuro, de ocho meses; a los veintitrés días se le presentan metrorragias intensas; el día 27 ingresa en la Maternidad, persistiendo aún estas metrorragias. Por exploración abdominal se aprecia matriz del tamaño de una gestación de tres meses; febrícula de 37°.

Se hace un legrado extrayendo restos placentarios; se deja gasa intrauterina impregnada en sulfamida. Curso postoperatorio apirético.

En vista de estos resultados tan satisfactorios, nos animamos a seguir tratando a las enfermas de nuestra clínica con este procedimiento y al mismo tiempo continuar trabajando sobre este particular haciendo cultivos para que de esta forma sea más correcta la técnica a seguir, empleando en cada germen las sulfamidas oportunas.

Discusión: Doctor Coterilla.—La consideración de los casos expuestos hace surgir en nuestro ánimo la duda sobre el porqué de la eficacia que se atribuye al método.

Por un lado sabemos que existen dos variedades de aborto febril: el aborto pútrido y el aborto séptico. En el primero, la fiebre es producida por las toxinas que emanan los restos, y basta un legrado para terminar con ella.

En sepsis, por el contrario, la infección gana terreno rápidamente, y los gérmenes transforman pronto la endometritis inicial en una miometritis, avanzando en su marcha progresiva por vía lin-

fática, venosa e intersticial. En esta situación, ¿qué ventajas teóricas puede tener la sulfamidoterapia local?

Sabemos por los conocimientos actuales que las bacterias necesitan para subsistir del ácido paraaminobenzoico, y que cuando éste resulta escaso, su similitud química con la paraaminobenzenosulfamida hace que le sustituya ésta por aquél, siendo la sulfamida el anzuelo que tiene el paraaminobenzeno por carnada. Sin embargo, cuando el ácido abunda, las bacterias desprecian las sulfamidas.

Estas condiciones son las que se ven precisamente cuando existen restos postabortum y, por consiguiente, una suficiente cantidad de material de desintegración proteica.

¿Cómo explicarnos, pues, que por esta vía, en donde lógicamente se debe neutralizar la mayor parte de la medicación, se lleguen a conseguir concentraciones de 10 a 15 miligramos en sangre, que son las que actualmente se consideran necesarias para obtener el efecto bacteriostático con las sulfamidas, si teóricamente deben ser neutralizadas éstas «in situ»?

Esta es la duda que me gustaría ver aclarada por los doctores Funcasta y Pardo.

¿Es una cosa más, de tantas? ¿Por qué es mejor que la ingestión por vía oral?

Doctor Pereira.—Presenta un caso de legrado efectuado en la Maternidad, que, después de tener 31,6° al ingresar y hacerle el raspado en estas condiciones, habiéndose dudado si hacer o no el legrado, se puso gasa empapada en famidal y previamente se le había lanzado intraútero con medio frasco.

Al día siguiente 37°, y posteriormente apirética.

Doctor Sopena.—Felicitamos a los comunicantes y

añade dos casos de aplicación de sulfamida líquida; el primero fué un caso de provocación de parto con rotura de bolsa, y el segundo una missed abortion de cinco meses. Propone que se emplee siempre en las roturas de bolsa para provocación artificial del parto.

Doctor Botella.—La sulfamidoterapia intrauterina plantea una revisión de los procedimientos de tratamiento de la infección puerperal y una vuelta a costumbres que estaban abandonadas hace medio siglo. Sin embargo, creemos que la sulfamidoterapia postparto, según el método de M. Luis Pérez, debe ser todavía observado con cierta reserva. En cambio, este tratamiento en legrados por aborto parece muy eficaz.

Se nos plantea un problema de modo de acción; nosotros creemos que lo que hace la sulfamida local es realizar una bacteriostasia temporal que permite el establecimiento de procesos de defensa local. La concentración local alcanzada es mucho mayor que la de las sulfamidas por vía oral y parenteral.

Doctor Funcasta: Rectificación.—Al doctor L. Cotrilla: La concentración en sangre de la sulfamidoterapia oral sólo llega a los 3 centigramos por 1.000; por lo tanto, al actuar sobre el foco, la concentración será muy inferior a la utilizada.

La asociación con el ácido salicílico impidiendo ésta la coagulación de las albúminas, posiblemente favorece a la acción sobre el germen. Con el taponamiento inmediato se logra la casi desaparición de detritus orgánicos y, por lo tanto, la escasez o desaparición de las antisulfamidas.

Posiblemente, el legrado con sulfamidas dará un menor contingente de estériles que las tratadas con toques de yodo.

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.

Cuanto 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.

BIBLIOGRAFÍA

Enfermedades de la sangre, por el profesor doctor Ludwig Heilmeyer. Tomo II del Tratado de Medicina interna, de G. V. Bergmann, R. Staehlin y V. Salle. Editorial Labor, S. A. Barcelona, 1946. Un volumen de 832 páginas, con 320 grabados en negro y en color. Precio: 210 pesetas.

La Editorial Labor, continuando sus tareas en pro del libro científico en nuestra patria, nos presenta ahora la traducción del magnífico tratado de *Enfermedades de la sangre*, del profesor Heilmeyer, que forma parte integrante de la Medicina interna, del profesor Von Bergmann y sus colaboradores.

No pretendemos descubrir la obra de Heilmeyer, conocida por la mayor parte de los médicos españoles por la lectura de revistas alemanas y de sus traducciones y extractos en los últimos años. El patólogo de la Universidad de Jena constituye hoy una de las figuras más destacadas en el campo de la Hematología. Sus penetrantes dotes de observación clínica, su infatigable labor junto al profesor Veil durante más de quince años y, sobre todo, sus originales puntos de vista y su capacidad didáctica para exponer, clasificar y resolver los problemas y temas que la patología de la sangre presenta, hoy son conocidos de todos. En el presente tratado estudia las hemopatías, dedicando amplio espacio a la patología funcional, abarcando, por tanto, los problemas del metabolismo, renovación y desgaste celulares, y fundamentando sobre esta directriz el tema terapéutico. No obstante, ello no relega a segundo término el estudio de la morfología sanguínea, puesto que ella constituye la razón del examen hematológico, del medulograma y del examen de los ganglios linfáticos y del bazo, bases diagnósticas que han permitido en gran modo el avance de la Hematología en los últimos años.

El estudio de las enfermedades de los sistemas eritrocitario, leucocitario y retículoendotelial de las diátesis hemorrágicas de las mielopatías aplásicas y de las parasitosis sanguíneas constituye el tema de las principales partes de la obra. En sus páginas, la descripción clínica y clasificación de las anemias constituye un todo irreprochable que, una vez leído, no se olvida durante muchos

años; la exposición de la policitemia, de las leucemias, de la hemofilia, de las púrpuras, de la enfermedad de Banti, de las filariosis, de toda la patología hemática, en fin, está hecha con una madurez de criterio y, al mismo tiempo, con un conocimiento tan extenso y profundo de todos los problemas que en ella existen, que difícilmente puede ser superado en nuestros días.

La obra del profesor Heilmeyer constituye un libro indispensable de consulta y lectura para el médico general, para el especialista y aun para el estudiante de nuestra carrera. Su contenido y su redacción se adaptan a todas las mentalidades y preparaciones, puesto que en ella se encuentran, junto al dato práctico que interesa en cualquier momento para estudiar un tema o a la cabecera del enfermo, la teoría y su discusión que precisamos abarcar para enfocar un estudio hematológico profundo.

La traducción del alemán ha sido hecha por el profesor Farreras Valentí, destacado clínico español, autor de varias publicaciones sobre Hematología, buen conocedor del tema, que ha sabido, por tanto, verterlo a nuestro idioma con pulcritud encomiable.

La edición es tan lujosa como todas las que presenta Editorial Labor.

E. Arias Vallejo.

Enfermedades del metabolismo, por Garfield G. Duncan. Trad. de Oriol Anguera. Salvat. Barcelona, 1946.

Nos parece la obra más importante que ha visto la luz en la materia desde hace muchos años. Desde el Tanhauser no hemos hallado nada más completo.

El libro es de consulta y en él hallamos cuanto nuestra curiosidad requiere en el momento actual de la ciencia.

Sería absurdo hacer una crítica de semejante volumen; bástenos decir que el capítulo VI, que trata del Balance acuoso en la salud y en la enfermedad, es lo más bello y completo que hasta hoy se ha hecho.

Si pasa sobre ascuas en algunas enfermedades es por imposibilidad material de dar la cabida necesaria a tanto cuanto comenta y enjuicia el autor.

Los colaboradores Newburgh, Evans, Cantarow, etc., son dignos del director, y Salvat ha cuidado la edición y presentación de manera magnífica y brillante.

Doctor Blanco Soler.

Antes que te cases..., por el doctor Vallejo Nágera. Ed. Plus Ultra. Madrid, 1946.

El doctor Vallejo Nágera tiene fácil la pluma; y con ella recorre los más variados campos de la divulgación médica.

El librito que criticamos es un Manual de diversas materias, algunas que parecen contradecirse y todas con un fin excelente, como es el preparar a las mujeres para la vida matrimonial.

Si parece pecar a veces de ligero en el tono y aun en el concepto, es indudable que el autor ha querido con eso dar al libro facilidad para ser leído y comprendido por quienes no saben—aunque presuman muchas veces—le más leve noción de Biología médica.

En todas las páginas campea un humor fino que hace atrayente su lectura.

La Editorial Plus Ultra ha cuidado la impresión, y con *Antes que te cases...* inaugura una biblioteca a la que auguramos un buen éxito.

Doctor Blanco Soler.

Las insuficiencias circulatorias periféricas, por el doctor Ignacio Maldonado Allende. Manuales de Medicina Práctica. Salvat, 1946.

Magnífico librito, donde, con una claridad a la que no estamos acostumbrados, se describe un problema tan necesario de saber en los momentos actuales.

Toda la obra—casi un artículo de periódico—

está llena de sabor clínico, y al concluir de leerla se ha formado el médico un verdadero concepto de lo que significa la insuficiencia circulatoria periférica.

El capítulo de tratamiento tiene la ingenuidad que requiere el que, sin otro fin que salvar a un enfermo, necesita conocer la técnica para hacerlo.

Es una de las monografías de Salvat más sugestivas.

Doctor Blanco Soler.

Historia clínica de la Restauración, por el doctor Manuel Izquierdo. Ed. Plus Ultra Madrid, 1946.

Conocíamos al doctor Izquierdo como clínico y lo estimábamos como amigo. Fué en nuestra juventud paladín esforzado en aquellos debates de la Academia Médico-Quirúrgica y luego buen compañero y excelente persona. Pero ignorábamos sus manes de historiador, y he aquí que cae en nuestras manos la *Historia clínica de la Restauración*, deleitándonos y haciéndonos añorar tiempos venturosos.

Bien traídas las citas y bien discurridos los momentos, el doctor Izquierdo, no sin cierto aire de novela, nos lleva y nos trae episodios y tipos que entretienen y enseñan.

La gentileza del autor pasa por alto insidias y murmuraciones; su natural caballeroso se ajusta a los documentos oficiales, y al acabar—de un tirón—de leer la *Historia clínica de la Restauración* se ha impregnado el alma de simpatía y de emoción.

Doctor Blanco Soler.



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR (6-julio-1946)

- El sistema nervioso vegetativo en las enfermedades infecciosas, por J. Torres Gost.
Las hormonas sexuales femeninas en la terapéutica de la úlcera gastroduodenal, por J. Luis Yagüe.
Tratamiento crenoterápico de las artrosis, por E. Conde Gargollo.
Nunca es tarde, por Víctor María Cortezo.
Los Borgia y los médicos, por Victoriano Juaristi.
Higiene refraneada de la alimentación, por Castillo de Lucas.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO (20-julio-1946)

- Extenso epiteloma espino-celular de pene tratado por roentgenterapia de Chaoul, por E. Larrú.
Estado actual del tratamiento de la blenorragia masculina, por F. Martino Savino.
Lucía Randón en la Academia de Medicina, por René Sudre.
Benito Pérez Galdós y la Medicina, por F. J. Cortezo.

EL DIA MEDICO

(Buenos Aires, 4 de marzo de 1946.)

- Blumenfeld.—Artritis degenerativa de cadera.
Joselevich y Zwaig.—Pericarditis con derrame.
Steinberg y Mengoni.—Accidentes áuricos e hipovitaminosis C.
Hernández Loeches y Cañas.—Las bronquiectasias y su tratamiento por las inyecciones intratraqueales de penicilina.

(11 de marzo de 1946.)

- Losada.—Mecanismo de la reacción neurovegetativa.
Capdehourat, Lavarello y Martínez Marchetti.—Sobre la bronquitis crónica del adulto y su terapéutica racional.

(18 de marzo de 1946.)

- Tapella.—Tratamiento actual de la endocarditis bacteriana subaguda.
Noguera.—Sobre la técnica de raquianestesia.
Landívar y Leoni.—La osteotomía intertrocantérea, correctora de los resultados deficientes en las fracturas del cuello femoral.
Blumenfeld.—Sobre temas tratados en el Congreso de la American Academy of Orthopaedic Surgeons.
Valle.—Resección precoz en el tratamiento del absceso crónico del pulmón con penicilina y sin drenaje.

(25 de marzo de 1946.)

- Picó.—Criterio funcional en la organización hospitalaria.
Lascalea, Avogrado y Cabo.—Latirismo.

Benham.—Tratamiento de la poliomielitis.

Wernicke.—La ley de Hugling y el síncope anestésico.

Rusconi.—Coxa vara en los indígenas prehispánicos de Mendoza.

LA CRONICA MEDICA

(Lima, octubre de 1945.)

- Mercado.—Investigación de ácidos grasos y colesterol sanguíneos.
Tipian.—Extracción de estrona a partir de orina de mujer grávida.
Bambarén.—Organización y funciones del Instituto de Criminología.

GALICIA CLINICA

(La Coruña, junio de 1946.)

- Echeverry.—Retículosarcoma de la medula ósea.
Pereiro Cuesta y Pereiro Miguéns.—Blenorrágicos tratados con penicilina.
Sánchez Calvo.—Accidentes por tiouracilo.
Martínez Gómez.—Pelagra primaria.
Arraste.—Acciones fármacodinámicas de las sulfamidas.

GACETA MEDICA ESPAÑOLA

(Madrid, junio de 1946.)

- Bañuelos.—Etiología de las leucemias.
Ramón.—Anatoxina diftérica.
Villar, León y Chozá.—Equilibrio proteico en los resecados de estómago.
Alcalá.—Nefrectomía por riñón degenerado con lipomatosis litiásica.
Peláez.—Meningitis agudas benignas.
Lucas.—Polarografía en Hidrología.
Delgado.—Fisiopatología de la coloración de la orina.
Arrate.—Tuberculosis y diabetes.
Rernier.—El electroshock subliminar empleado aparte de la psicosis.
Mena.—Apendicitis crónica.
Megías y Pellicer.—Penicilinoterapia.
Peral.—Flemón del suelo de la boca tratado con penicilina.

SER

(Madrid, número 49, de 1946.)

- Cosín.—Oxidación de los ácidos grasos en la suprarrenalectomía.
Valdés.—Patología clínica del sistema neurovegetativo del aparato circulatorio.
Symonds.—Pronóstico de las lesiones cerradas de cabeza.
Gómez Romero.—Cesárea en agónica por apoplejía útero-placentaria.
Bonnet.—Neumopatías consecutivas a operaciones abdominales con anestesia etérea.

Bustamante.—Nuestra Psiquiatría.

Arroyo.—Síndromes de urgencia en la hipertrofia de próstata.

ACTA MEDICA HISPANICA

(Barcelona, febrero de 1946.)

Rodríguez Delgado.—Fisiopatología de la vasomotilidad.

FARMACOTERAPIA ACTUAL

(Madrid, abril de 1946.)

De Soto.—Heparina.

Lorenzo Velázquez, Armijo y Andolz.—Estudio de la acción bacteriostática de los estilbenos.

Córdoba, Framis, Pigem, Gurría y Pelach.—El electroshock en las neurosis vasomotrices tróficas.

Sotelo.—Curas de sustitución de fitoterapia.

Mateo Tinao y Peyrolón.—Taquifilaxia efedrina y senos carotídeos.

Ruiz Gijón.—Toxicidad de la vitamina A.

(Mayo de 1946.)

De Soto.—Acción fisiológica del *lithospermum ruderae* sobre el ciclo oestral y la fecundación.

Sanz y García de Jalón.—Acciones iónicas y vena porta.

Zubiri.—Efectos sobre presión sanguínea del 914, arsenóxido y clorarsina y su relación con la crisis nitritoide.

San Román.—Estudios sobre microcristalización de nuestras aguas minerales.

CLINICA HISPANICA

(Alicante, mayo de 1946.)

Mata.—Cirugía del simpático ganglionar.

Laporta.—Dispepsias de origen vesicular.

Madariá.—Enfermedad de Reclinghausen.

Sánchez Cosido.—Diagnóstico de la lúes adquirida en la fase de secundarismo reciente.

Más.—Fisiología del sistema hematopoyético.

Alonso.—Remedios contra la tristeza y la aflicción en la época teórica de la Medicina.

Rivera.—Evolución histórica del concepto sobre la tuberculosis pulmonar.

PRACTICA MEDICA

(Madrid, 15 de mayo de 1946.)

Sarabia.—Leyes que rigen el proceso biológico del crecimiento.

Cardenal.—Sobre la cura de rejuvenecimiento.

García Olmedo.—Intoxicaciones por ingestión de castañas de Indias.

Martínez Sellés.—Quemaduras en Medicina forense

Pérez Moreno.—Inmunidad en el lactante sano.

Huertas.—Badianas tóxicas.

Piga.—Ley de la apetencia tóxica.

Yagüe.—El cuerpo flagelado de Jesucristo.

MEDICINA

(Madrid, junio de 1946.)

Enríquez, Llobregat y García Morato.—Las hiperclorhidrias.

Viver.—Sulfamidoterapia en la erisipela.

Cardá.—Distrofias óseas.

Ruiz.—Hernias diafragmáticas traumáticas, hepáticas y de colon.

Montalvo.—Un nuevo método sencillo y práctico para el diagnóstico de la actividad estrogénica de la mujer.

Carreras.—Causticación ocular por fosforo de calcio.

Lapuente.—Fundación del Real Colegio de Cirugía de San Carlos.

FARMACIA NUEVA

(Madrid, mayo de 1946.)

Fernández y Regueiro.—Fragmentación enzimática de las ligninas.

Maravall.—Quimismo de la fermentación acetobutílica.

Rodríguez Suárez.—Plantas medicinales existentes en la comarca de Grado.

Agner.—Aspectos bioquímicos del hierro y terapéutica del mismo.

MEDICINA ESPAÑOLA

(Valencia, abril de 1946.)

Montoya y Pereira.—Las anemias del embarazo y su tratamiento por el hierro.

Antolí Candela.—La carótida interna en la amigdalectomía.

Navarro Sala.—Estudio de la microbiología de la boca.

Báguena.—Estudio especial de la neumonía atípica primaria.

Pérez Moreno.—Acrodinia infantil.

Martínez Gómez.—Del mal de Pott al edema pulmonar.

Alcácer.—Cirrosis compensadas.

De la Peña.—Cuatro técnicas de resección transuretral de la próstata.

ACTUALIDAD MEDICA

(Granada, mayo de 1946.)

Guirao.—Una figura médica de hace un siglo: don Mariano López Mateos.

Hernández Rubio.—Síndromes clínicos del lactante determinados por una alimentación láctea exclusiva o predominante.

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. *Hace un siglo médico*, por el «Dottore Baloardo». TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES: *De Previsión Sanitaria Nacional*. *Corazonada*, por el Doctor J. Luis Yagüe y Espinosa. TERTULIA MÉDICA: *Idearium de «Ich»*. SILVA LITERARIA: *Pergolesi y su idilio truncado*, por el Dr. Leopoldo Cortejoso. INFORMATARIO PROFESIONAL: *Sección oficial*.

BOLETIN DE LA SEMANA

GRATITUD

Nuestro primer número de EL SIGLO MÉDICO ha dado ocasión a numerosas y muy significadas felicitaciones y elogios, que cordialmente agradecemos. La generosa apreciación con que se ha estimado nuestro esfuerzo nos alienta y sostiene en el propósito de continuar lo que durante tantos años fué obra meritoria de varones ilustres y amantes de su profesión y de su patria.

Nuestro programa no es otro que el que siempre mantuvo EL SIGLO MÉDICO. Y hemos de manifestar nuestra satisfacción cuando, al redactar la cabeza de la revista, observamos que era preciso suprimir bastantes enunciados de los que figuraban en tiempos pretéritos como empeños fundamentales de la publicación.

Muchos de estos enunciados, que suponían la solución de problemas importantísimos de las profesiones médicas, se han logrado plenamente, y otros se hallan en franca vía de resolución.

No obstante, aún queda mucho y de singular volumen para emplear en ello nuestros medios y nuestra constancia y, sobre todo, en pro de esas banderas que tremolamos con sin igual energía: *Unión y solidaridad de los médicos. Fraternidad, mutuo auxilio.*

¡Cuánto cabe dentro del planeamiento de estas cuestiones! ¡Cuánto hay que hacer aún para conseguir que sean realidad lo uno y lo otro!

Pero aquí estamos para que sin descanso se emplee nuestro esfuerzo y nuestro sacrificio, y la ayuda de Dios nos permita ofrecer a nuestros antepasados la victoria que ellos no llegaron a conocer.

DE LA ALIMENTACIÓN HABLAMOS

De las innumerables facetas que presenta el todo de la cuestión alimenticia, son muy raras las que no atañen de modo directo e impositivo a la Medicina y a la intervención, informe y consejo de los profesionales de las ciencias médicas. Si quisiéramos hacer una frase ligera, muy siglo XIX, diríamos que toda la patología humana nace del matrimonio, del mal frío y la mala alimentación.

Pero no es ésta nuestra finalidad. Queremos ha-

blar de la alimentación en este sitio porque nos viene causando, desde hace mucho tiempo, dolorosa sorpresa el observar que cuando en la Prensa y en las conversaciones se trata de problema de tan singular trascendencia, se hace ello en tono ligero y humorista, sin duda porque los españoles somos siempre muy amantes de la vaya y el remoquete, dando razón al famoso personaje quinteriano, que exclamaba: «¡En casa comer, no comeremos, pero reírnos nos reímos la mar!»

Y la verdad es que ya va siendo hora de tratar seriamente estos extremos, porque, para enfermos y para médicos, la alimentación es una cosa muy seria.

Y no empecemos a citar casos peores que el nuestro, porque también es español aquel sucedido entre dos amigos cierto día en que el calor de Madrid alcanzaba 40° a la sombra. Uno de los dos amigos quejóse al otro dolorosamente del tremendo calor que hacía, y el otro le contestó: «¡Peor están en Bombay...!» A lo que el otro replicó: «¡Por eso yo vivo en Madrid y no voy a Bombay!»

A nosotros nos tiene sin cuidado, desde muchos puntos de vista, lo que ocurra en otras partes. A lo que debemos tender es a mejorar nuestra propia casa, a evitar que la carestía y el desbarajuste en la alimentación sean como están siendo venenos de un empobrecimiento de la salud, que si Dios no lo remedia habrá de dar muchos disgustos a España y originar cuantiosísimos gastos al Estado.

Y hablamos del Estado, no porque intentemos hacer una crítica contra sus medidas y esfuerzos, que estimamos muy merecedores de consideración y elogio.

Nuestro propósito es acudir precisamente en servicio y ayuda del Estado, que bien lo merece, y a quien, por lo general, en nuestro país sólo se sabe hacer plataforma de la crítica, con finalidades políticas, al propio tiempo que negándole todo informe, consejo y ayuda ciudadana, y se le exige que por el hecho de ser el Estado resuelva y resuelva con acierto todos los problemas de todos los órdenes.

Ningún Estado, ni ninguno de sus Gobiernos,

tiene obligación ni juro de ser infalible, y es lógico y frecuente que los Estados y sus Gobiernos se equivoquen en muchas cosas, pese a su buena voluntad y deseo, ya que conveniencias de otra índole son bellaquerías el suponerlas.

Para los médicos, en estos problemas de la alimentación, es un obligado deber intevenir máximamente, y lo ideal sería que toda la cuestión del abastecimiento alimenticio estuviese aconsejada, administrada y regida por médicos y por amas de casa con más de veinte años de experiencia y familias superiores en número a cuatro o seis.

Y, sin embargo, no es así, ni cosa que se le parezca.

Se da el caso peregrino de que contando nosotros con organismos altísimos para el consejo médico, todavía no hayamos conocido un informe de altura sobre el problema alimenticio y, en cambio, nos enteremos de tanto debate inútil en torno a cuestiones de interés muy secundario.

Es singular que a estas alturas no se le haya ocurrido a ningún ingenioso cronista comentar el hecho que se impone diariamente a la observación española.

En todo centro de reunión, cafés, casinos, tertulias públicas y particulares, era hecho consagrado el que en España, hasta hace muy poco tiempo, no se hablaba más que mucho de política, cálculos y cábalas de crisis más o menos trascendentes, y, a través de todo el siglo XIX, en cualesquiera historias o memorias personales se ve la confirmación de nuestro aserto.

¿Es que no se ha observado todavía que hoy no se habla o casi no se habla de política? ¿Es que todavía no se dan cuenta los observadores de la opinión de que los enormes problemas de la vida actual han hecho completamente indiferente para el noventa por ciento de los españoles que mande don Fulano o don Mengano?

Cualquier conversación que hoy se escuche, el noventa y nueve por ciento de los casos, será sobre dificultades y precios de la comida o de cosas de primera necesidad, y si algún contertulio mete baza en política, maldito si se le escucha ni se toma en consideración lo que diga.

No hará cuarenta y ocho horas que oímos a un grupo de bellas señoritas que discutían el lugar adonde ir a pasar la tarde, y ante la propuesta de dos o tres sitios de reunión, contestó una graciosa joven con singular presteza: «¡Ay, hijas, no, porque hay señoras que hablan del precio del aceite!»

No podemos en un *Boletín de la Semana* explicar como queremos estas cuestiones de la alimentación con toda seriedad y desde el punto de vista exclusivamente médico, que es el que nos compete. Y así lo haremos sin pérdida de momento en sección más oportuna de nuestra revista.

FRANCAMENTE, NO

Nosotros sentimos que con tanta frecuencia se nos dé ocasión e impulso, que ni pedimos ni buscamos, para tratar una cuestión que nos desagrade tanto como ir por la calle a pie un día de lluvia y barro. Pero no hay más remedio que resolver, y estimamos que como nosotros no somos ninguna organización misteriosa ni empresa más o menos aprovechada, debemos contestar públicamente y desde este sitio a quienes sobre ello dan ocasión.

El caso es que en menos de un mes hemos recibido dos cartas, cada una de ellas de una revista de las que se llaman de anuncio y propaganda de empresas industriales de productos medicofarmacéuticos. A la primera de ellas ni contestamos siquiera, y ahora, con motivo de la segunda, vamos a contestarles a las dos de una vez y a todas las que en su caso estuvieren:

FRANCAMENTE, NO.

No se molesten ustedes en pedirnos intercambio con la revista que ustedes editan, porque pueden y porque quieren y porque les da la real gana, cosa que nosotros no discutimos ni hemos discutido nunca. Pero..., como decía la Reina Doña Leonor: «Cada uno en sus Estados»

Nosotros ni podemos ni queremos tener intercambio con revistas de finalidad de anuncio y propaganda industrial. Nosotros somos lo que hemos sido siempre desde hace ciento dos años, y procuramos y procuraremos mantener nuestra seriedad en todo momento.

Ninguno de los argumentos que ustedes hacen pueden convencernos. Respetamos su derecho y el de quienes colaboran con ustedes, porque aunque otra cosa se haya dicho nada tiene que ver esto con el *decoro*.

Lo que se hace porque se puede hacer, porque nada hay que impida que se haga, no puede ser nunca indecoroso. Por ejemplo: una persona a quien se le ofrece una bandeja de pasteles para que se sirva, puede ponerse cuatro de una vez y no es indecoroso, porque le han ofrecido la bandeja y nada le limita su apetito. Podrá estimarse indelicado, inoportuno, hasta ineducado, pero no indecoroso. La señora de la casa quizá critique en privado al glotón; pero no se le ocurrirá decir que es indecoroso si conoce el valor del vocablo castellano y su alcance filosófico.

Pues esto hacemos nosotros y seguiremos haciendo, y con nosotros mucha, mucha gente. Respetamos el derecho y comentamos lo que a nuestro entender nos parece, y por toda resolución adoptamos la lógica: no tener trato con quienes no nos gusta, como la señora de la casa de nuestro ejemplo resolvería posiblemente no volver a invitar al glotón.

DECIO CARLAN.

HACE UN SIGLO MÉDICO

por el

Dottore BALOARDO

En Madrid, y a 12 de julio de 1846, continuaban ocupando la atención de la Prensa médica las reflexiones sobre el influjo de las causas en las enfermedades, trabajo de gran curiosidad que publicaba el *Boletín de Medicina y Cirugía*, debido al médico de Villaviciosa don Agustín María Acevedo, e igualmente seguíanse reseñando las sesiones del Congreso Científico Italiano.

Más curiosa actualidad se refleja en el estudio que sobre la Hidroterapia moderna escribió aquellos días don Mariano Delgrás, joven director y propietario del *Boletín* y más luego fundador y propietario de EL SIGLO MÉDICO.

Al definir la Hidroterapia en 1846, decía Delgrás: «Este es el nombre adoptado para designar un nuevo método terapéutico, que consiste en la aplicación del agua fría al interior y al exterior bajo diversas y variadas formas, si bien es necesaria la concurrencia de otros modificadores, como el régimen de alimentos, el ejercicio, el aire de las montañas y, sobre todo, el sudor, procurado por un nuevo y especial método.

La historia del agua pura, añadía Delgrás, como remedio a las enfermedades, es tan antigua como el mundo, y ella ocupó el primer lugar entre los agentes terapéuticos, y continúa siendo uno de los más universales medios higiénicos. Pueblos y legislaciones han existido y aun existen que prescribían el baño y las abluciones, así como el uso exclusivo del agua por bebida, como un deber religioso imprescindible; y aun en nuestra sagrada religión forma el agua pura la materia y esencia de uno de sus más grandes sacramentos.»

Pero no paró aquí el entusiasmo por el agua. Recuérdense los sistemas médicos entre los cuales se señaló tanto el célebre Pérez, el médico del agua, de quien uno de sus discípulos, el doctor Caro, aún llegó a los tiempos del autor del trabajo que comentamos.

Pero, a pesar de todo lo que podía preverse, los métodos de la Hidroterapia moderna no se deben a profundos y estudiosos filósofos y naturalistas, sino a un humilde e ignorado labriego de la Silesia. Este labrador, Vicente Priessnitz, nació en un caserío llamado Groeffenberg, que forma parte del pequeño pueblo de Freiwaldau (hablamos en 1846), situado al pie de los montes Sudetes, en la Silesia (Austria), a unas 260 millas de Berlín y 175 de Viena. El padre de Vicente era dueño de una pequeña alquería, que en 1846 era ya un concurrido y acreditado establecimiento *Hidropático* que dirigía Vicente.

La intuición genial de Priessnitz probóse con hombres y animales, y desde los primeros ensayos las resultas del método debieron ser muy afortunadas, por la rapidez con que se divulgó hasta llegar a ser una verdadera y firme rama de la ciencia de curar.

En los procedimientos para lograr la sudación, intervino para su estudio y mejoras el doctor Lu-

banski, y al través de algunas extrañas maniobras iniciales se llegó a la perfección de su empleo, tanto por la vía húmeda como por la vía seca, estando en 1846 muy perfeccionada su práctica.

Es el baño general lo que más ocupa el trabajo de Delgrás de fecha 12 de julio de 1846.

Este baño general del plan hidropático se usa casi siempre acto continuo de la sudación a temperaturas entre 10 y 20 grados Beaumur. Por lo general, 20 grados el primer año, 15 el segundo y 10 en los siguientes, aunque hay enfermos en que no puede bajarse de los 20 grados y otros que resisten los 10 grados y aun menos.

Al enfermo después de la sudación se le deja solo, con la manta más inmediata a su cuerpo, y con ella marcha por su pie o en un sillón de ruedas o silla de manos al sitio del baño, que debe ser grande, mejor un estanque, y de agua corriente. Priessnitz aconseja el uso de las sandalias de paja, y Delgrás las alpargatas de cáñamo.

Se dan a continuación con meticoloso orden los detalles de la forma en que debe introducirse y moverse el enfermo dentro del agua, y se señala la opinión de Lubanski, quien, en más de 2.000 baños de este tipo y en personas de todas edades, diferentes temperamentos y diversas enfermedades, no se observó ningún accidente ni daño. Se argumenta que si el objeto de esta Hidroterapia es realizar la mutación rápida e igual en la temperatura del cuerpo, o robarle de pronto la mayor cantidad de calor, produciendo una impresión violenta y procurando una enérgica reacción, nada como el agua, a la que se asegura (hace un siglo) que hasta las señoritas más delicadas se precipitan sin repugnancia. (¡Ay piscinas del día!)

Se ocupa el estudio citado de la acción disolvente del agua, de la violenta reacción de la piel y de las temperaturas perfectamente estudiadas del cuerpo a la salida de estos baños *hidropáticos*. Se aconsejan las frotaciones y el evitar los enfriamientos parciales. En fin, se da una verdadera lección sobre la Hidroterapia, que, de entonces acá, no ha hecho más que perfeccionar los métodos y el estudio de los resultados.

Se publican también en este *Boletín* unas reflexiones sobre la fractura del cuello quirúrgico del húmero, debidas a don A. B. de Almeyda.

Este artículo es polémico con los redactores del *Boletín* por una observación publicada en la *Gaceta Médica* de Oporto.

En la sección de Odontología, el doctor Macelo Cirioli se ocupa del uso del nitrato de plata (1) en las caries de los dientes, procediendo nuevamente empleado frente a los usos del hierro ardiendo y la creosota, publicando datos clínicos observados en que, tras un efecto rápido y beneficioso, se señalan trastornos de importancia y neu-

(1) Piedra infernal.

ralgias de consideración. También hay casos en que los efectos fueron totalmente felices.

Se contesta en este número numerosa correspondencia, casi toda dedicada a crítica del estado del arte de curar y medios que pueden emplearse para su remedio y también reflexiones sobre la educación de los hijos de los médicos que se dedican a la facultad.

Propone don Pablo Támara, desde Dueñas, que la Excelentísima Junta Suprema de Sanidad del Reino llame la atención del Gobierno acerca de que se fije la inamovilidad o derecho de propiedad de los facultativos a las plazas que como tales desempeñan en los partidos, siempre que no las desmerezcan por su conducta. Que las dotaciones sean constantes, adoptadas por una ley y proporcionales al número de vecinos, propiedad y riqueza de éstos, y que las dotaciones sean decentes, para que el facultativo pueda sostenerse con decoro, para lo cual deberían ser cobradas y satisfechas por el Ayuntamiento. ¡Un siglo le hubiera costado de más vida a don Pablo Támara para ver ello conseguido..., y todavía colea!

Se recomienda por don Angel Igualador a los médicos, cirujanos, legistas y teólogos, para resolver cuestiones medicolegales, la lectura de la obra en cuatro tomos del Padre cisterciense don Antonio José Rodríguez, *Palestra crítico-médica*, que también supo utilizar Broussais, aunque con la poca generosidad de no hacer ni siquiera mención de su autor.

La Sociedad Médica General de Socorros Mutuos publica un artículo de oficio, en el que palpa la buena organización y marcha de esta magnífica entidad, verdadera madre y original autora de la previsión médica nacional, cuyos estatutos, cálculos e historia hubiera sido tan beneficioso estudiar para evitar muchos trastornos a cosas posteriores que se enseñaron como originales y que tienen muy poco de ello.

He aquí las principales novedades que se señalaban hoy hace un siglo:

En primer término, el maravilloso sistema de un profesor de Cirugía de la Facultad de Padua para estrangular a los condenados a muerte. Esta invención se adoptó por varios Estados italianos, y en resumen consistía en un cierto mecanismo por el que tan pronto como el reo estaba sujeto al cadalso, que era una especie de horca, se le tiraba violentamente de la cabeza y de los pies a un mismo tiempo, produciéndose la muerte instantánea por dislocación y fractura de la primera y segunda vértebras cervicales con el hueso occipital.

La Comisión de vigilancia de salud pública de Londres adoptó en aquellos días todas las medidas de precaución en vista del rumor de existencia de cólera morbo en algunos países de Europa.

En Barcelona dió a luz la mujer de un zapatero tres robustas criaturas, a las que su madre criaba, y, hablando de fecundidad, se señala que en Madrid una mujer de sesenta y nueve años ha parido dos gemelos (2).

(2) Hoy estas cosas pasan casi todos los días... y se premia la gracia.

En Cádiz se suicidó en aquellos días, con una infusión de vinagre en que había puesto un paquete de fósforos, cierta notable actriz del teatro del Balon. Vivió ocho días en medio de grandes tormentos, muriendo al cabo con síntomas muy análogos a la hidrofobia, sin que surtiera efecto ningún tratamiento curativo.

También en aquellos días, y en su casa de Beresfort-Street-Wolvich, falleció el célebre químico Marsch, autor del aparato y procedimiento para reconocer la presencia del arsenico.

Se da la noticia, por último, del fallecimiento en Corrientes (Paraguay) del célebre naturalista Bompland, compañero en sus viajes del ilustre Humboldt.

La subdelegación principal de Farmacia de la provincia de Madrid, que era entonces el Colegio de Farmacéuticos, y su Junta ejecutiva de gobierno, resuelve que se haga saber oficialmente que una vez comunicadas las órdenes oportunas para que el artículo sexto de la instrucción aprobada por la Excelentísima Junta Suprema de Sanidad del Reino tenga exacto cumplimiento y poder llevar a cabo lo prevenido en la regla 10 de la circular de S. E. de 17 de junio último, se hace preciso que todos los profesores de Madrid remitan una nota a la Secretaría del Colegio de Farmacéuticos, en la que se dé conocimiento de las fechas, condiciones de sus títulos y señas de su habitación en el improrrogable término de veinte días. El Colegio se hallaba entonces en la calle de Atocha, núm. 147.

Se refiere esta nota a la circular que publicamos en nuestro número anterior, y la regla 10 a que se hace referencia dice: «Que todos los profesores de Medicina, Cirugía y Farmacia del reino, en el mes de julio de este año (1846), darán conocimiento de las fechas, condiciones de sus títulos y señas de su habitación, a los respectivos subdelegados; éstos a las Academias y Subdelegaciones principales, y estas últimas a la Junta Suprema.

Terminemos nuestra reseña centenaria señalando las notas bibliográficas.

Se repartía la 113.^a entrega del quinto tomo de la *Patología interna*, de Dubois.

Estaba a la venta la *Historia de la Medicina Española*, de Hernández Morejón, los tomos I, II y III, a 54 reales en Madrid y 65 en provincias.

El *Tratado práctico del parto*, de F. J. Moreau, con dos tomos y láminas, 36 reales en Madrid y 42 en provincias.

El *Tratado de Materia médica*, de Trousseau y Pidoux, con tres tomos y complemento; 54 reales en Madrid y 63 en provincias.

La *Clínica médica*, de G. Andrán, cinco tomos; 96 reales en Madrid y 112 en provincias.

Las *Lecciones clínicas acerca del reumatismo y gota*, de A. F. Chomel, un tomo; 14 reales en Madrid y 16 en provincias.

El *Ensayo sobre la Filosofía médica*, de J. Bouillaud; 16 reales en Madrid y 18 en provincias.

Y el *Resumen práctico y razonado del diagnóstico*, de M. A. Racinorski, dos tomos; 50 reales en Madrid y 55 en provincias.



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



Calcio por via bucal

EN COMPRIMIDOS
DE SABOR AGRA-
DABLE A CACAO
VAINILLADO

2 MODALIDADES
=SIMPLE=
Y CON
Vitamina D

Por su bondad y tolerancia
CALCIO «GEVE»
suprime la vía parenteral

DOSIS CORRIENTE PARA AMBÁS MODALIDADES:

ADULTOS.— Dos comprimidos, antes o después de cada,
una de las tres comidas.

NIÑOS.— Mitad anterior dosis.

MUESTRAS GRATIS PARA ENSAYOS CLÍNICOS

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



C. S. 7864

Tiroidina

de acción regularizada

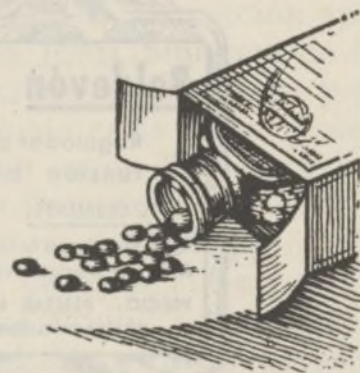
¿Por qué regularizada?

Porque está en alto grado desintoxicada por la acción de la Ergocolina, excelente remedio de los trastornos tireotóxicos y de los del Basedow. La amortiguación de los efectos secundarios de la tiroidina permite aplicar con el APONDON dosis relativamente altas (corresp. a 0,5 mgrs. de yodo por gragea), conservando el preparado una amplitud terapéutica superior a la de los preparados de tiroidina corrientes.



Apondon

Envases originales:
Frascos de 25 y 50 grageas.



SALIA, S. A. - Prod. Químico-Farmacéuticos, San Sebastián



ANEMIA PERNICIOSA



...CAUSADA POR DEFICIENCIAS hepatogástricas

En los procesos morbosos en que existen trastornos más o menos profundos de la hematopoyesis, ésta tiende a normalizarse con rapidez, aun en caso de anemia perniciosa, bajo la influencia de HEPAGASTRON, que constituye el medio eficaz y biológicamente comprobado para la restauración de las funciones hepatogástricas.

INDICACIONES PRINCIPALES: Síndromes anémicos, insuficiencia hepática funcional o anatómica, enfermedades alérgicas, intoxicaciones, edemas, derrames viscerales, etc.

Presentado en cuatro formas:

INYECTABLE NORMAL • INYECTABLE FUERTE
INYECTABLE FUERTE VITAMINADO • LIQUIDA

Ap. C. S. 121

HEPAGASTRON

EXTRACTO HEPÁTICO
Y MUCOSA GÁSTRICA

LABORATORIOS ORZAN, S.A.
• LA CORUÑA •

Ayuntamiento de Madrid

De las vacantes anunciadas, la más curiosa es la de cirujano de Martos, en la provincia de Jaén, dotada con 300 reales para todo el año, con obligación de asistir gratis a los pobres de solemnidad.

También se anuncia que en la villa de Alejos

(Valladolid) se ha creado una Asociación particular con una plaza de médico para asistir a 300 vecinos, de los 800 de la población. Se dota el cargo con 6.000 reales anuales, pagaderos por trimestres adelantados y asegurados por doce de los mayores contribuyentes.

TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

CORAZONADA

La vida actual, con su economía creciente, se hace difícil para los médicos senectos, y aún más para los retirados de su ejercicio oficial, muy menguado o desaparecido el libre, sobre todo en el medio rural. Los ingresos no aumentan, sino, a veces, tienden a disminuir, y los gastos se acrecientan, sin conseguir, por ahora, el ansiado y preciso equilibrio económico familiar.

A mitigar algún tanto el desnivel acudió Previsión Sanitaria Nacional con la implantación del Subsidio de Vejez y su concesión graciosa a los previsionistas mayores de setenta años, aun cuando no hubiesen aportado nada con tal fin desde el momento de su implantación. Mas esto no parecía suficiente; y se halló otro pequeño medio de acrecer aquél, haciéndole, además, extensible a los médicos de A. P. D., pertenecieran o no a la Mutua, al repartir parte proporcional de los derechos de habilitación percibidos por los Colegios entre aquellos cuyo estado pudiera ser más difícil, en subsidio complementario de jubilación. Y se cifró la pequeña ayuda en 75 pesetas mensuales.

Pero esto no satisfacía las ansias del Consejo. Y con decisión acordó en reciente fecha aumentar aquél 25 pesetas mensuales durante el segundo semestre de este año, y hasta tanto lo permita la situación de la Caja especial destinada a esta finalidad, nutrida con el 90 por 100 de la parte correspondiente a los derechos de habilitación.

El acuerdo establecía un equilibrio muy compensado entre ingresos y gastos. ¿Y si éstos últimos se incrementaran? Pero, ¿por qué no pensar que los primeros también pudieran serlo? ¿No existía la posibilidad de un aumento en los haberes de los médicos de A. P. D., y con él de la cifra descontada por la habilitación colegial?

Acabamos de tener una gran alegría íntima. Ese aumento soñado será realidad en fecha muy próxima. Así lo ha anunciado el director general de Sanidad, quien ya tiene estudiado lo más difícil: la fórmula de lograr aquél. Y la realidad no va a tardar más tiempo en manifestarse que el de los trámites burocráticos necesarios.

Alguien hubo en el Consejo de Previsión que defendió el aumento con verdadero tesón, y lo presentó por la faceta tal como la realidad nos lo ofrece, desconociendo en absoluto su relativa proximidad y las interesantes revelaciones del doctor Palanca. ¿Fue corazonada o telepatía? Tal vez lo primero, en relación con una hipertrofia cardíaca afectiva.

Para nosotros, bástanos con esa pequeña alegría, quizá no la última, que el Consejo ha podido proporcionar a nuestros compañeros senectos. Tal vez la propuesta aceptada pueda servir de acicate para el estudio de implantación de algo similar en otra rama sanitaria, carente de tan corto pero necesario apoyo. Y entonces, la alegría íntima se acrecería considerablemente.

Doctor J. Luis Yagüe y Espinosa.

TERTULIA MÉDICA

IDEARIUM DE « ICH »

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, nuestro inolvidable director don Carlos María Cortezo publicaba en la sección «Tertulia Médica» de esta Revista apogemas, glosas breves y pensamientos originales que firmó siempre con el seudónimo «Ich», que, como todos sabemos, significa en lengua tudesca «Yo».

Estando en posesión de los cuadernos en que don Carlos recogía cuanto le sugerían sus lecturas y meditaciones, así como numerosos relatos de su interesante diario, nos proponemos pu-

blicar en esta sección, para continuar su deseo, los que a nuestro análisis nos han parecido aún inéditos y de general interés.

Este es el propósito que nos lleva a organizar los actuales artículos.

* * *

Cuando considero las condiciones y manejos de algunos de mis enemigos, les deseo que triunfen y consigan lo que apetecen, esto no por bondad, generosidad ni nobleza de alma, sino porque presumo lo que habría de reírme y de considerarme

vengado con las torpezas que les vería cometer si alcanzasen la prosperidad que pretendían. La mejor venganza de un funámbulo injustamente silvado estaría en poner en la maroma al que airadamente le censuró sin poder imitarle. (8 de enero de 1930.)

* * *

El médico debe estudiadamente mezclarse en los regocijos y en las tristezas de otras clases sociales a las que realmente no pertenece. El médico rural, en una partida de bolos, de pelota, pasando por el baile de la plaza y refrescando con los vecinos en la fiesta del pueblo, lleva, al propio tiempo que una nota de cariño, una sensación de respeto, que limita en algún grado los excesos de la ordinareiz y las violencias de las disputas. El médico de alta sociedad, en las comidas, en los bailes de aparato, en los concursos elegantes, recuerda su derecho a figurar entre los que por selectos se tienen, y al propio tiempo les garantiza una intervención de capacidad y de cultura en que el cretinismo de ciertas aristocracias no siempre cree. ¡Hay que saber aburrirse entre los patanes y entre los aristócratas; pero no hay que confundirse ni con los unos en lo zafio ni con los otros en aspiración a una igualdad deficiente! De mí sé decir que muchas veces he sentido que la corbata blanca me ahogaba, y muchas veces me ha enfriado el estar en mangas entre aquellos que me recibían con agrado.

Nunca el exceso, como decían los griegos.

* * *

Ventajas de las visitas puramente sociales. Sostienen el crédito, enseñan lo que es el mundo fuera del concepto del dolor y dan flexibilidad a nuestro pensamiento ampliando su esfera de acción. No siempre perfeccionan; pero siempre enseñan. Nos hace distinguir lo que hay de permanente y

básico en el espíritu de los hombres, aparte de lo que hacen transitorio las clases sociales y las improvisaciones jerárquicas, las llanezas populares, las petulancias de los eruditos y las finezas de espíritu de los humildes. Siempre debe huirse de las clasificaciones no orgánicas. Lo mismo se encuentran espíritus finos y ordinarios entre los ricos que entre los pobres. El que tiene esqueleto de gran señor siempre conserva la *línea*, lo mismo cuando carga baúles que cuando asiste a una recepción diplomática, y el que tiene barriga de burgués es inútil que trate de ceñirla con un uniforme de embajador o una faja de carretero. Siempre le ahogará y le impedirá moverse con la suprema elegancia que se llama *naturalidad*.

* * *

Cuando sufráis un revés de la suerte, consolaos con pensar que la fortuna es un vaso comunicante, que, al bajar en su nivel, pierde de fuerza sobre los otros y os nivela con su poderío hasta aniquilarse a sí misma, aniquilando las prosperidades que antes os dió. El poeta Núñez de Arce expresa este pensamiento por boca de uno de sus personajes cuando dice:

La fortuna fué oportuna,
llevándose una por una
las glorias que me dió ayer.
¡Ya no tengo que temer
los golpes de la fortuna!

* * *

El niño romántico es una monstruosidad patológica. El hombre romántico es una anomalía. El viejo romántico es una reliquia inútil. La edad del romanticismo es la adolescencia. Los cabellos la marcan: comienza con el bozo y cesa al llegar las canas.

Ich.

SILVA LITERARIA

PERGOLESI Y SU IDILIO TRUNCADO

por el

Doctor LEOPOLDO CORTEJOSO

De la Asociación Española de Escritores Médicos.

Realmente, la fábula, por ese cálido aliento emocional que la envuelve como un sahumero, merecía ser cierta, tan cierta como evidentes son su vida, menguada y estrecha, de enfermo desesperanzado y la expresión casi divina de su arte. Y, sin embargo, se pone en duda con malabarismos intransigentes. ¿Por qué, Señor, detrás de la fantasía de los biógrafos apasionados ha de venir siempre la fría disección analítica de los eruditos cotejando fechas y exhumando datos?

El caso es que sobre la vida de Juan Bautista Pergolesi pesaba, con esa clara y limpia ponderación de lo tradicional, la más bella leyenda dramática que pudo soñar un poeta, la fábula que

estaba aguardando desde hace dos siglos esa pluma maravillosa que podría hacer de la iglesia de Santa Clara, de Nápoles, un monumento poético tan imperecedero como lo es el balcón de Verona. Y ahora la rígida argumentación de los negadores sistemáticos hace tambalear el curioso episodio.

Fué el marqués de Villarroza quien, transcribiendo una supuesta carta del príncipe de Colubrano, lanzó por primera vez la noticia de unos amores infelices, en los que Pergolesi y María Spinelli aparecen con toda la fuerza evocadora de los protagonistas de un idilio inmortal. Dice la leyenda que ambos jóvenes, desiguales en la noble-

za de la sangre, pero no en la de los sentimientos, se amaban apasionadamente, con esa entrañable ternura que alisa caminos y encoge distancias; mas un día, la dulce novia, identificada en las primeras crónicas con aquella Ana María del árbol genealógico de los Spinelli, recibe la visita de sus tres hermanos, los cuales, con la espada desenvainada, conminan a la enamorada infeliz para que, en el plazo de tres días, elija por esposo a un hombre parejo a ellos por la altura de su nacimiento; en otro caso, aquellas tres espadas desenvainadas darían cuenta de la vida sencilla y gloriosa del maestro de música Juan Bautista Pergolesi.

María queda aprisionada en las redes de su infortunio; y cuando, a los tres días justos, como en la ingenua sencillez de un cuento, retornan los tres hermanos, ella les dice con una grandiosa altivez empapada en lágrimas que ha elegido por esposo a un ser sublime, más alto y más noble que todos ellos: su esposo va a ser Dios, y a El quiere consagrarse en la iglesia de Santa Clara, pero con una condición: la misa de toma de hábito será dirigida por aquel maestro de música que ella había amado tanto, y cuyo solo recuerdo envolvía su alma en celestiales afectos. Todo sucede de esta manera teatral y bella; y, al cabo de un año, un 11 de marzo de 1735, las campanas de Santa Clara doblan a muerto; entre velas encendidas y crespones funerales aletean las severas notas polifónicas de una misa de réquiem por el alma de María Spinelli. Dirige la capilla, asaeteado por Dios sabe qué infinitas angustias, Juan Bautista Pergolesi.

He aquí, en esqueleto, la fábula maravillosa que si ahora los eruditos y hasta los filósofos—Benedetto Croce es uno de los impugnadores más constantes—nos niegan como verdad, merecía serlo. Porque Pergolesi, «el Rafael de la música», como le ha definido D'Alembert, tiene una personalidad lírica de mayor contenido espiritual todavía que la del propio Romeo, y María Spinelli atesora en sus virtudes y en su gesto una fuerte contextura dramática que la misma Julieta no puede superar.

Como siempre, en este torneo irreductible entre biógrafos y eruditos, si el entendimiento busca la recta precisa de la verdad, el alma prefiere la línea melódica de la poesía. La ficción, si lo es, tiene en este caso mayor aceptación entre los que conceden al mundo de lo espiritual un acusa-

do valor de vital permanencia. Pero todavía podemos interrogar a los eruditos sobre las fuentes de su seguridad, pues las aguas siguen siendo turbias en muchos aspectos de la vida del músico; Casoria, Nápoles, Pergola y Jesi se han ufanado sucesivamente de haberle servido de cuna; tampoco el año del nacimiento tiene en los múltiples escritos una exactitud inviolable; ni siquiera el Conservatorio donde se formó y el número de sus obras aparecen claros. Queda, eso sí, la delicada transparencia de su oratoria musical vertida en páginas de poesía sacra, tales como el *Stabat Mater*, el famoso *Réquiem* y la *Salve Regina*.

Y ya es bastante para su vida breve de tuberculoso, acosado por el afán de crear y de pervivir en sus obras. Cuando al dolor físico de la dolencia inexorable se hermana la pesadumbre del amor fracasado, Juan Bautista Pergolesi es una sombra humana que se esconde en los claustros hospitalarios del convento de franciscanos de Pozzuoli con más esperanza en la muerte que gusto por la vida. Y es entonces cuando su música adquiere calidades emocionales tan altas, que, oyéndola, se tiene una impresión vivísima de su dolor humano.

Ficción o realidad, la leyenda es el más digno marco en que puede encerrarse la vida de Pergolesi, vida de gran enamorado, no sólo por el ímpetu, sino también por la elevación del objeto amado. Y acaso por la imposibilidad de alcanzarle, que nada robustece mejor las fuerzas del alma como aflojar las ligaduras que la atan a la carne física.

De todos modos, los filósofos y los eruditos de Italia han dejado, por ahora, en silencio a Pergolesi y María Spinelli, atraídos por problemas que nada tienen que ver con la ternura y la delicadeza. Es muy posible que en el rincón sideral donde la huella de los dos enamorados se encuentre, el polvo de sus huesos habrá sido recorrido por un estremecimiento de gozo y se habrán sentido de nuevo estrechamente unidos al conjuro del estrépito bélico. Porque era demasiada crueldad de los hombres, tras haber separado violentamente sus vidas terrenales, tratar de desunir ahora, con el pretexto de alumbrar una verdad histórica, dos nombres que solamente en la quietud de la muerte habían podido hallar juntos la vida.

Informatorio profesional

EL NUEVO SUBDIRECTOR MEDICO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

El jueves día 4 tomó posesión de su cargo el nuevo subdirector médico de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, coronel médico del Ejército del Aire don Miguel Lafont.

El director, señor Criado del Rey, pronunció en dicho acto unas palabras para presentar al nue-

vo subdirector, elogiando su labor en la guerra de liberación, cuando organizó la Sanidad de las primeras Banderas de la Legión y luego de las de Falange que operaron en el frente de Madrid y en la batalla del Ebro, y al crearse el Ejército del Aire.

El nuevo subdirector médico agradeció las frases de elogio, y dijo que refuerzan aún más su ánimo, anhelo y decisión de superarse en el ser-

vicio, lo que lo conseguirá con la buena voluntad de todos.

REUNION DE MEDICOS POSTGRADUADOS EN LA CASA DE SALUD VALDECILLA

Bajo la presidencia de los marqueses de Valdecilla y Pelayo, se celebrará en Santander, en los días 27 al 31 de agosto, la primera reunión de los antiguos médicos internos de la Fundación Valdecilla. La inscripción, que es gratuita, debe mandarse, en el plazo de quince días, al secretario de la Comisión organizadora, doctor Pelaz, calle del General Sanjurjo, 40, Madrid.

LA DIETA DE GUERRA FUE MUY BENEFICIOSA PARA LOS DIABETICOS

Comunican de Londres que el delegado de Bélgica en la Conferencia de Nutrición, profesor Bigwood, ha manifestado que los resultados de la dieta impuesta por la guerra han sido muy beneficiosos para los aquejados de diabetes.

DE PORTUGAL

PRIMER CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA Y MEDICINA DE URGENCIA

Del 15 al 31 del presente mes se celebrará en los hospitales civiles de Lisboa el Primer Curso Internacional de Medicina de Urgencia. Entre los médicos extranjeros que tomarán parte figuran los clínicos españoles don Carlos Monseguí y el doctor López de la Carma. El Congreso está patrocinado por el Servicio de Transfusión de Sangre de los hospitales lisboetas. En honor de los cursillistas extranjeros se celebrarán diversos actos.

SECCION OFICIAL

DECRETO de 10 de mayo de 1946 por el que se aplican los beneficios del de 9 de marzo de 1940 al Instituto Rubio, de Terapéutica Operatoria, emplazado en la Ciudad Universitaria, de Madrid.

El Decreto de 9 de marzo de 1940 preceptúa que el Estado podrá tomar a su cargo la reconstrucción de edificios dañados por la guerra propiedad de Asociaciones que cumplan fines benéficos de carácter gratuito.

El edificio que ocupaba en la Ciudad Universitaria, de Madrid, el Instituto Rubio, de Terapéutica Operatoria, quedó totalmente destruido por acción de guerra.

Teniendo en cuenta que el Instituto Rubio, de nombre y prestigio internacional, es una institución benéfica que realiza una función sanitaria de carácter gratuito y que, por lo tanto, es necesaria su reconstrucción, a propuesta del excelentísimo señor Ministro de la Gobernación, y de acuerdo con el Consejo de Ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Se aplicarán los beneficios del De-

creto de 9 de marzo de 1940 al Instituto Rubio, de Terapéutica Operatoria, emplazado en la Ciudad Universitaria, de Madrid.

Art. 2.º La Dirección General de Regiones Devastadas, que redactará el oportuno proyecto, llevará a cabo las obras, y las subvencionará con cargo a sus presupuestos del corriente ejercicio económico y de los venideros.

Art. 3.º Por el Ministerio de la Gobernación se dictarán las disposiciones complementarias para el mejor cumplimiento de lo que anteriormente se dispone.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en Madrid a 10 de mayo de 1946.—Francisco Franco.—El Ministro de la Gobernación, Blas Pérez González.

(B. O. del E. de 6-VII-1946.)

ORDEN de 1 de julio de 1946 por la que se dispone se celebre concurso-oposición para proveer la plaza de Practicante del Servicio Oficial Antivenéreo en el Dispensario Martínez Anido, de Madrid.

Ilmo. Sr.: Vacante, por fallecimiento de su titular, una plaza de Practicante del Servicio Oficial Antivenéreo en el Dispensario Martínez Anido, de Madrid, dotada con la indemnización anual de 5.000 pesetas,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer se celebre concurso-oposición para la provisión de dicha plaza, con sujeción a las siguientes normas:

1.ª Los aspirantes habrán de ser españoles, Practicantes en Medicina, aptos físicamente para el desempeño de cargos públicos y carecer de antecedentes penales.

2.ª Los interesados dispondrán de un plazo, que terminará el día 31 de julio actual, para presentación de instancias en el Registro de esa Dirección General, plaza de España, Madrid, acompañadas de los documentos siguientes:

- a) Partida de nacimiento.
- b) Título profesional o la correspondiente certificación de estudios.
- c) Certificación facultativa de aptitud física.
- d) Certificación negativa del Registro Central de Penados y Rebeldes.

e) En el caso de estar comprendido en alguno de los turnos de preferencia fijados por la Ley de 25 de agosto de 1939, el justificante documental que acredite este extremo y la consiguiente declaración jurada de no haber obtenido ya cargo alguno en condición de preferencia con arreglo a dicha Ley.

f) Declaración jurada de no haber sido expulsado de ningún Cuerpo u organismo del Estado, Provincia o Municipio.

g) Los justificantes de cuantos méritos o servicios desee alegar el interesado.

h) Recibo de haber satisfecho en la Habilitación de esa Dirección General 25 pesetas, en concepto de derechos de oposición.

3.ª El Tribunal que ha de juzgar el presente concurso-oposición será oportunamente designado por esa Dirección General.

4.ª Los ejercicios darán comienzo una vez transcurridos tres meses, a partir de la fecha de publicación de esta convocatoria, y consistirán:

1.º Ejercicio práctico, establecido libremente por el Tribunal juzgador.

2.º Exposición oral durante veinte minutos de dos temas sacados a la suerte de entre los comprendidos en el programa publicado en el *Boletín Oficial del Estado* número 206, de 25 de julio de 1943.

3.º Ejercicio práctico ante enfermo, fijado asimismo por el propio Tribunal.

5.ª Una vez realizados los ejercicios de oposición y valorados los méritos de los aspirantes, el Tribunal elevará a esa Dirección General la correspondiente propuesta unipersonal de nombramiento.

A los efectos de su legal tramitación, el expediente de la presente convocatoria será elevado a informe del Consejo Nacional de Sanidad.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 1 de julio de 1946.—Pérez González.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 5-VII-1946.)

ORDEN de 1 de julio de 1946 por la que se declaran Médicos especializados en la Lucha Antipalúdica a los señores que se mencionan, y se convoca concurso entre los mismos para la provisión de los destinos que se indican

Ilmo. Sr.: Visto el expediente del concurso-oposición convocado en 28 de noviembre de 1945 para proveer diez plazas de Médicos jefes especializados en la Lucha Antipalúdica;

Vista la Orden de convocatoria, la Ley de 25 de agosto de 1939, el Decreto de 9 de noviembre del mismo año, la Orden de la Presidencia del Gobierno de 6 de marzo de 1942, así como la propuesta formulada por el Tribunal juzgador y el informe al efecto emitido por el Consejo Nacional de Sanidad;

Considerando que en la tramitación del presente expediente se han cumplido todos los requisitos legales prevenidos al efecto,

Este Ministerio, de conformidad con lo propuesto por esa Dirección General y lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad, ha tenido a bien aprobar el presente concurso-oposición, y, en consecuencia:

1.º Declarar Médicos especializados en la Lucha Antipalúdica, y por el orden de prelación que se cita, a don Alvaro Lozano Morales, don Carlos Rico Avello y Rico, don Fernando Rey Vila, don José Aparicio Garrido, don Angel Hernández Cuadrado, don Esteban Marín Bueno, don Eugenio Luengo Arroyo, don Juan José Fernández Maruto, don Luis Díaz Martín y don Andrés Lorente Calama.

2.º Convocar concurso entre los mencionados Médicos para la provisión de los siguientes destinos vacantes en la Lucha Antipalúdica: Dirección

del Instituto Antipalúdico de Navalmoral de la Mata; Jefatura de la Sección de Paludismo de Cáceres; ídem íd. de Salamanca; ídem íd. de Jaén; Dispensarios de la Zona de Cenajo (Murcia); Dispensarios de las Marismas del Guadalquivir (Sevilla); Dispensario de los Servicios de Paludismo de Camporredondo (Jaén); Dispensario del Robledo (Losar de la Vera, Cáceres); Dispensario de la Bazagona (Cáceres), y Dispensario de Plasencia (Cáceres), para lo cual dispondrán de un plazo de diez días hábiles, contados a partir de la publicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*, para la presentación de instancias en el Registro de esa Dirección General, en las cuales expondrán, por orden de preferencia, los destinos que deseen ocupar.

3.º Una vez posesionados de sus destinos, dichos Médicos quedan obligados a desempeñarlos, sin interrupción, por un periodo mínimo de dos años, conforme previene la Orden de convocatoria, percibiendo el haber anual de 6.000 pesetas cada uno de ellos, que se les harán efectivas del capítulo primero, artículo primero, grupo sexto, concepto 18 de la Sección tercera del Presupuesto vigente.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 1 de julio de 1946.—Pérez González.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 6-VII-1946.)

ORDEN de 1 de julio de 1946 por la que se nombran Médicos Puericultores del Dispensario de Puericultura del Centro Secundario de Higiene Rural de las localidades que se citan a los señores que se mencionan.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente de la prueba de aptitud convocada en 6 de febrero último para proveer por un periodo de dos años plazas de Médicos Puericultores de los Dispensarios de Puericultura de los Centros Secundarios de Higiene Rural;

Vista la Orden de convocatoria, la propuesta elevada por el Tribunal juzgador, así como el informe emitido al efecto por el Consejo Nacional de Sanidad;

Considerando que en la tramitación del presente expediente se han cumplido todos los requisitos legales prevenidos al efecto,

Este Ministerio, de conformidad con lo propuesto por esa Dirección General y lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad, ha tenido a bien aprobar el presente expediente y, en su consecuencia, nombrar Médico Puericultor del Dispensario de Puericultura del Centro Secundario de Higiene Rural de Gandía a don Francisco Pastor Mulet; ídem íd. de Miranda de Ebro, a don Esteban Rodero Lafarga; ídem íd. de Cabra, a don Lucas Zamarriego García; ídem íd. de Peñarroya, a don Jaime Nieto Feroselle; ídem íd. de Talavera de la Reina, a don Pablo Jara García; ídem íd. de Azuaga, a don Antonio Ramos Fuentes, e ídem

idem de Villagarcía de Arosa, a don Manuel Santos Hervás; todos ellos por un período de dos años, prorrogable por otro de igual duración, previc informe de los respectivos Jefes provinciales, y cada uno de ellos con el haber anual de 5.000 pesetas, que percibirán del capítulo primero, artículo primero, grupo sexto, concepto décimo de la Sección tercera del Presupuesto vigente.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 1 de julio de 1946.—*Pérez González.*

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad

(B. O. del E. de 6-VII-1946.)

ORDEN de 1 de julio de 1946 por la que se modifica la plantilla de destinos de Médicos puericultores ayudantes de los Servicios de Higiene Infantil de Bilbao y Santiago de Compostela.

Ilmo. Sr.: Por así requerirlo las necesidades del servicio,

Este Ministerio, de conformidad con lo propuesto por esa Dirección General, ha tenido a bien disponer que la plantilla de destinos de Médicos puericultores ayudantes de los Servicios de Higiene Infantil, fijada por Orden de 13 de febrero último (*Boletín Oficial del Estado* del 18), quede modificada en el sentido de que las plazas asignadas a los Servicios de Higiene Infantil de Bilbao y Santiago de Compostela quedan suprimidas de la misma, creándose en su lugar una en los Servicios de Higiene Infantil de Santa Cruz de Tenerife y otra en los de Vigo.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 1 de julio de 1946.—*Pérez González.*

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 7-VII-1946.)

ORDEN de 1 de julio de 1946 por la que se convoca concurso voluntario de traslado entre Médicos Puericultores del Estado y Médicos Puericultores Ayudantes de los Servicios de Higiene Infantil para la provisión de las vacantes que se indican.

Ilmo. Sr.: Vacantes en la Plantilla de destinos de Médicos Puericultores Ayudantes de los Servicios de Higiene Infantil las siguiente plazas:

2 en Barcelona.

2 en Málaga.

1 en Melilla.

1 en Oviedo.

1 en Santander.

2 en Sevilla.

1 en Santa Cruz de Tenerife (creada por Orden de esta fecha).

1 en Vigo (creada por Orden de esta fecha), y una en cada uno de los Centros Rurales de Villarrobledo, Segorbe, Mahón, Vall de Uxó, Castro del Río, Lucena, Motril, Guadix, Alcalá la Real,

Andújar, Baeza, Martos, Torrecilla de Cameros, Jumilla, Estepa, Utrera, Burgo de Osma, Carlet, Sueca, Utiel y Puerto de la Luz, dotada cada una de ellas con el haber anual de 5.000 pesetas,

Este Ministerio, de conformidad con lo propuesto por esa Dirección General, ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Se convoca a concurso voluntario de traslado entre Médicos Puericultores del Estado y Médicos Puericultores Ayudantes de los Servicios de Higiene Infantil, en activo servicio o en expectación de destino, para la provisión de las citadas vacantes. Los interesados dispondrán de un plazo de quince días hábiles, contados a partir del siguiente al de la publicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*, para la presentación de instancias en el Registro de esa Dirección General (plaza de España, Madrid), en las que expondrán por orden de preferencia las plazas a que aspiren. Para la resolución del presente concurso regirá la rigurosa antigüedad determinada por la colocación de los concursantes en el correspondiente escalafón.

2.º Los Médicos Puericultores del Estado que fueran designados para ocupar algunas de las plazas anunciadas serán automáticamente declarados excedentes en su plantilla, de conformidad con lo preceptuado por el artículo 42 del Reglamento de 7 de septiembre de 1918, dictado para aplicación de la Ley de Bases de 22 de julio del mismo año.

3.º El expediente del presente concurso será sometido, a los efectos de su legal tramitación, a informe del Consejo Nacional de Sanidad.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 1 de julio de 1946.—*Pérez González.*

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 6-VII-1946.)

Convocando a oposición una plaza de Médico de número del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General del Estado, Jefe del Servicio de Laboratorio y Autopsias del Hospital de la Princesa.

En cumplimiento de lo dispuesto por la Orden de este Ministerio de 28 de febrero del año en curso, convocando a oposición una plaza de Médico de número del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General, dotada con el sueldo anual de 6.000 pesetas, con destino exclusivo de Jefe del Servicio de Laboratorio y Autopsias del Hospital de la Princesa, de Madrid, para debido conocimiento de los interesados de las normas a seguir, se detallan a continuación las condiciones necesarias para tomar parte en dicha oposición, forma de celebración y demás reglas a ella referentes, de conformidad con las disposiciones vigentes.

1.º El número de plazas a cubrir es el de una, y será sometida para ser provista a la rotación que preceptúa el artículo sexto de la Ley de 25 de agosto de 1939, teniendo en cuenta que se trata de primera convocatoria, y que si en su caso que-



Dosis Única **400.000 u.i.**

Las ventajas de la administración de una dosis única de vitamina "A", por **vía oral**, suficiente para lograr el efecto terapéutico necesario para la curación, han sido puestas recientemente de manifiesto por nuestros técnicos y especialistas.

Esta administración masiva está particularmente indicada en la Xeroftalmía, Queratomalacia, Hemeralopia, etc. y es recomendable en todos aquellos casos en que las condiciones de la alimentación o del organismo puedan conducir en un plazo más o menos largo a la presentación de manifestaciones carenciales, como sucede en los regímenes defecuosos, afecciones digestivas, enfermedades infecciosas, embarazo, lactancia, etc. Una ampolla de Biominol "A", administrada por **vía oral**, basta para proteger al organismo de todo síntoma de hipovitaminosis "A" durante un plazo de varios meses de duración.

BIOMINOL • A

El Biominol "A"—dosis masivas—se presenta en cajas de una ampolla de 2 c. c. conteniendo 400.000 u. i. de vitamina "A", debiendo ser administrada únicamente por **vía oral**.



Ayuntamiento de Madrid

DOSIS MASIVAS
600.000 u. i.

Enérgica acción

La enérgica acción terapéutica del VITALTER, vitamina D₂ en dosis masivas (600.000 u. i. = 15 mg) tiene su especial indicación en todos aquellos casos en los que es necesario instituir un tratamiento más rápido e intenso posible.

La eficacia de este tratamiento, denominado "choque", dosis única de 15 mgs. está indicada en los casos graves de raquitismo complicado con infecciones agudas o asociado a enfermedades crónicas febricitantes, y en la tetania, consolidación tardía de fracturas, en la tuberculosis de la infancia y también ha sido empleado con éxito en la endocarditis reumática de los adultos.



ALTER
MADRID

VITALTER

Se presenta en cajas de 1 ampolla de 1 c. c. conteniendo 600.000 u. i. de vitamina D₂.

SOLUCIÓN OLEOSA: Frascos de 8 c. c. conteniendo 12.000 u. i. de vit. D por c. c.

10401-VOLUNTAS-MADRID

Ayuntamiento de Madrid

dara sin proveer en el turno correspondiente, se aplicará a los siguientes por el orden y forma que determina el citado artículo sexto.

2.º El plazo de presentación de solicitudes, por los que pretendan tomar parte en la oposición, es el de treinta días naturales, a contar del siguiente a la publicación de estas normas en el *Boletín Oficial del Estado*, y si el último fuese festivo, expirará el plazo el primer día hábil siguiente, debiendo presentarse las solicitudes únicamente en el local de esta Dirección General y exclusivamente a las horas de oficina.

3.º Las instancias deberán ser elevadas al ilustrísimo señor Director de Beneficencia y Obras Sociales, acompañando los siguientes documentos:

a) Certificación de nacimiento, legalizada, en su caso.

b) Título de Licenciado o Doctor en Medicina, o testimonio notarial del mismo.

c) Relación de méritos y servicios, debiendo justificar haber ejercido la profesión durante tres años como mínimo.

d) Certificación negativa del Registro de Penados y Rebeldes.

e) Certificación de buena conducta moral, expedida por la Alcaldía, y de adhesión al Movimiento Nacional de Falange Española Tradicionalista y de las J. O. N. S., así como los datos y noticias que pueda aportar el interesado, o solicitar el Tribunal.

f) Acreditar el pago de cien pesetas por derechos de examen.

4.º El Tribunal que ha de juzgar los ejercicios de la oposición, y cuyo nombramiento será de Orden ministerial, estará integrado por el Decano Jefe del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General, como presidente, y como vocales, cuatro facultativos, representantes, respectivamente, de la Sanidad Nacional, de la Delegación Nacional de Sanidad de Falange Española Tradicionalista y de las J. O. N. S., Facultad de Medicina de Madrid y Colegio de Médicos de esta provincia, y cuatro médicos de número del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General.

5.º La oposición constará de tres ejercicios. El primero consistirá en contestar a cuatro preguntas sacadas a la suerte, de un cuestionario de 250 referentes a Histología, Anatomía, Patología, Bacteriología, Serología y Análisis bioquímicos y micrográficos aplicados a la Clínica, así como lo concerniente a autopsias clínicas. El plazo máximo para contestar a estas cuatro preguntas será de una hora.

El segundo ejercicio consistirá en la práctica de una autopsia clínica con examen anatomopatológico del órgano, u órganos lesionados y examen micrográfico de una de las piezas recogidas.

El tercer ejercicio consistirá en la interpretación de preparaciones micrográficas sacadas a la suerte de un grupo de cincuenta, como minimum, escogidas por el Tribunal.

En los ejercicios segundo y tercero de esta oposición, el Tribunal determinará el método de forma y tiempo concedido para su realización, según el problema o investigación a resolver, de-

terminando también si la trunca ha de actuar en el segundo o en el tercer ejercicio.

6.º Los plazos y forma de celebración de los ejercicios se llevarán a efecto con arreglo a lo determinado en el artículo anterior, y en todo lo que no se hubiera previsto, conforme a lo dispuesto en el Reglamento del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General y con sujeción al programa que oportunamente se hará público por el Tribunal, una vez que éste se haya constituido.

7.º Las oposiciones darán comienzo después de transcurridos tres meses, a partir de la fecha de la publicación de esta convocatoria, el día que fije el Tribunal, anunciándose en el *Boletín Oficial del Estado* para conocimiento de los opositores.

8.º La propuesta del Tribunal tendrá que ser necesariamente unipersonal, resolviéndose los empates, caso de haberlos, mediante la valoración a juicio del Tribunal, del expediente y méritos de cada opositor, dentro de sus respectivos grupos y por el orden de prelación que establece para éstos la Ley de 25 de agosto de 1939.

Lo que comunico a V. S. para su conocimiento y efectos, debiendo publicarse esta convocatoria en el *Boletín Oficial del Estado* para general conocimiento.

Dios guarde a V. S. muchos años.

Madrid, 29 de junio de 1946.—El Director general, *Manuel Martínez de Tena*.

Sr. Jefe de la Sección de Beneficencia General de este Ministerio.

(B. O. del E. de 7-VII-1946.)

ORDEN de 24 de junio de 1946 por la que se aprueba con carácter definitivo el Escalafón de médicos clínicos y bacteriólogos del Servicio Oficial Antivenéreo.

Ilmo. Sr.: Vistas las reclamaciones presentadas a la relación por antigüedad de los médicos clínicos y bacteriólogos de los Servicios Oficiales Antivenéreos inserta en el *Boletín Oficial del Estado* correspondiente al 13 de febrero último; y Considerando: 1.º Que procede estimar las de don Adolfo Vila Rodríguez, de Cádiz; don Eusebio Torres Carranza, de Sevilla, y don Enrique Jimeno Riera y otros, de Barcelona, y, en consecuencia, colocarles en el lugar que les corresponde dentro del orden con que fueron aprobados en sus respectivas oposiciones locales; las de don Manuel Mazo, de Melilla, y don Víctor de Amaniel Domínguez, excedente, y situarles en el sitio que deben estarlo atendiendo al orden con que fueron propuestos en las oposiciones centralizadas por las que ingresaron en el Servicio; y las de don Ramón González Medina, de Valencia, reconociéndole como antigüedad la originada por las primeras oposiciones en que fué aprobado, o sea las celebradas en el año 1928 para la provisión de la plaza de médico clínico del Dispensario de Vitoria.

2.º Que de igual modo es procedente estimar la reclamación formulada por don Agustín Estaún Llanas, en cuanto a la indebida inclusión de don Arturo Belenguer Alcalá, toda vez que el nom-

bramiento de este señor se hizo con carácter interino, y aunque convalidado con sujeción al Decreto de 15 de junio de 1934, lo fué con la consideración de eventual.

3.º Que también debe accederse a lo solicitado por don Juan Briaes del Pino y conceptuársele en servicio activo, por haber sido dejada sin efecto la Orden que le declaró excedente; por don Nicolás Peña Martínez, al que se consignó como prestando servicio en Pontevedra en lugar de en Vigo; por don Enrique Fernández Pellicer, al que deberá incluirse entre los excedentes, por haber acreditado que en virtud de oposición local fué nombrado médico clínico de Barcelona (provincia) en el año 1919; y las de don Joaquín Gortari Polí y don Tomás Díaz García, cuyos apellidos han aparecido equivocados en el *Boletín Oficial del Estado*.

4.º Que aunque no haya sido objeto de reclamación, también es procedente incluir entre los excedentes a don Julio Alvarez Pueyo y a don Manuel Pereiro Cuesta; rectificar el apellido de don Manuel Ochando González y la antigüedad de don Aquilino Martínez Pazos y eliminar a don Juan Durán Sánchez, fallecido cuando se hallaba en situación de excedencia; y

5.º Que se impone desestimar la petición formulada por don Antonio Escartín Dañoveitia, en el sentido de que se le incluya en Escalafón, toda vez que nunca ha desempeñado en el Servicio cargo alguno cifrado en presupuesto,

Este Ministerio, de conformidad con lo informado por la Comisión Permanente de la Sección de Lepra y Enfermedades Sexuales, del Consejo Nacional de Sanidad, y propuesto por la Dirección General del ramo, ha tenido a bien aprobar, con las modificaciones expuestas, la relación definitiva de los referidos médicos, que se publicará a continuación de la presente Orden.

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 2-VII-1946.)

Relación definitiva, por orden de antigüedad, de los señores Médicos clínicos y bacteriólogos del Servicio Oficial Antivenéreo.

ACTIVOS

- 1 D. Juan Sebastián Teijeiro. Fecha de ingreso, 14-8-900. Destino, Alicante.
- 2 D. Arturo Hellín Mulleras. 25-6-901. Lérida.
- 3 D. Ladislao Sáenz de Cenzano Castejón. 22-7-914. Zaragoza.
- 4 D. Juan Solsona Isern. 17-6-918. Tarragona.
- 5 D. Juan Antonio Martínez Limones. 17-12-918. Almería.
- 6 D. Tomás Díaz García. 29-12-918. Málaga.
- 7 D. Juan Briaes del Pino. 29-12-918. Málaga.
- 8 D. Eduardo Cobos Ordóñez. 29-12-918. Málaga.
- 9 D. Luis Hidalgo Recalde. 4-1-919. Logroño.
- 10 D. Luis G. Guilera Molas. 29-1-919. Barcelona.

- 11 D. Narciso Serrallach Mauri. 29-1-919. Barcelona.
- 12 D. Mariano Bretón Plandiura. 29-1-919. Barcelona.
- 13 D. Joaquín Puchades Aviñó. 29-1-919. Barcelona.
- 14 D. Antonio Carreras Verdaguer. 29-1-919. Barcelona.
- 15 D. Enrique Gimeno Riera. 29-1-919. Barcelona.
- 16 D. Vicente Lillo Gil. 21-1-919. Barcelona.
- 17 D. Antonio Lorca Ruiz. 29-1-919. Barcelona.
- 18 D. Polión Buxó e Izaguirre. 29-1-919. Barcelona.
- 19 D. Fernando Albadalejo Guardiola. 29-1-919. Barcelona.
- 20 D. Sixto Cambra Alberti. 29-1-919. Barcelona.
- 21 D. José Tragant Carles. 29-1-919. Barcelona.
- 22 D. Salvador Coderch Niella. 29-1-919. Barcelona.
- 23 D. Marcelino Lloréns Rivas. 14-4-919. Manresa.
- 24 D. Manuel López Coll. 14-4-919. Tarrasa.
- 25 D. Juan Valenzuela Ladaria. 15-6-919. Baleares.
- 26 D. Juan María Rubies Manjonell. 16-6-919. Mataró.
- 27 D. Cleto Martín León. 13-7-919. Málaga.
- 28 D. Manuel Aubán Amat. 4-12-919. Valencia.
- 29 D. Juan Segura Gisbert. 2-2-920. Alcoy.
- 30 D. Enrique Fernández Crespo. 29-9-920. Murcia.
- 31 D. Francisco López Muélledes. 22-10-920. Salamanca.
- 32 D. Francisco Cantó Ibáñez. 6-12-920. Castellón.
- 33 D. Alfonso García Santiago. 29-12-920. Zamora.
- 34 D. Máximo Muñoz Casas. 28-1-921. Burgos.
- 35 D. Francismo Garrido Quintana. 12-4-921. Granada.
- 36 D. Antonio Hernández Ortiz. 12-4-921. Granada.
- 37 D. Antonio Herrera Carmona. 7-5-921. Sevilla.
- 38 D. Eusebio Torres Carranza. 7-5-921. Sevilla.
- 39 D. Juan Ruiz de la Riva. 7-5-921. Sevilla.
- 40 D. José Vallinas y Bonilla. 23-12-921. León.
- 41 D. Florencio María Mozo Ocio. 1-2-922. San Sebastián.
- 42 D. Ramón López Ríos. 6-5-922. Vigo.
- 43 D. José López Martínez. 28-10-922. La Coruña.
- 44 D. Antonio Chaos Losada. 28-10-922. El Ferrol.
- 45 D. Amalio Rodríguez Vigón. 1-11-922. Gijón.
- 46 D. Ricardo Bertoloty Ramírez. 1-1-923. Madrid.
- 47 D. Antonio Cordero Soroa. 1-1-923. Madrid.
- 48 D. Julio Bravo Sanfelú. 1-1-923. Madrid.
- 49 D. Carlos Guitián Fábrega. 31-3-923. Orense.
- 50 D. Joaquín Gortari Polí. 2-7-924. Pamplona.

- 51 D. Domingo Solís Cagigal. 1-9-924. Santander.
- 52 D. Manuel Lezcano Mendoza. 4-11-924. Las Palmas.
- 53 D. Alberto García Ibáñez. 5-11-924. Las Palmas.
- 54 D. Guillermo López Fernández. 31-12-925. Oviedo.
- 55 D. Francisco Roca Sánchez. 18-1-926. Granada.
- 56 D. Adolfo Vila Rodríguez. 1-6-926. Cádiz.
- 57 D. Enrique Muñoz Beato. 1-6-926. Cádiz.
- 58 D. Carlos Sureda Costas. 26-10-926. Gerona.
- 59 D. Manuel Zurita Susino. 23-1-926. Ceuta.
- 60 D. Francisco Bellvert Domenech. 4-5-927. Alicante.
- 61 D. Laureano Echevarría Ledesma. 25-4-928. Madrid.
- 62 D. Jesús Senra Calvo. 25-4-928. San Sebastián.
- 63 D. Eduardo de Gregorio y García Serrano. 25-4-928. Zaragoza.
- 64 D. Ramón González Medina. 25-4-928. Valencia.
- 65 D. Manuel Miñón Calvo. 25-4-928. Valladolid.
- 66 D. José Gay Prieto. 23-1-929. Madrid.
- 67 D. Miguel Fernández Criado. 26-1-929. Madrid.
- 68 D. Manuel Mazo Mendo. 26-1-929. Melilla.
- 69 D. Francisco Daudén Valls. 26-1-929. Madrid.
- 70 D. Luis de la Cuesta Almonacid. 26-1-929. Madrid.
- 71 D. Jenaro Mañeru Bago. 26-1-929. San Sebastián.
- 73 D. Julio Montesinos Navarro. 26-1-929. Palmas.
- 73 D. Julio Montesinos Navarro. 26-1-929. Jerez.
- 74 D. Ceferino Aguilera Maruri. 26-1-929. Santander.
- 75 D. Félix Arcocha y Olarte. 20-1-930. Salamanca.
- 76 D. Tomás Caro Patón y Merlo. 3-1-931. Valladolid.
- 77 D. Pelayo Lozano Arcos. 3-1-931. Madrid.
- 78 D. Angel Iglesias Vicente. 3-1-931. La Línea.
- 79 D. Angel Carrilero Prat. 3-1-931. Albacete.
- 80 D. Rafael Castelo Elguero. 3-1-931. Carmona.
- 81 D. Manuel Sánchez Barriga. 2-1-931. Badajoz.
- 82 D. Ramiro Sanz Maldonado. 3-1-931. Linares.
- 83 D. Luis Sánchez Velasco. 3-1-931. Salamanca.
- 84 D. Luis Soler Moltó. 3-1-931. Tortosa.
- 85 D. José Arredondo Bermejo. 3-1-931. Gijón.
- 86 D. Emigdio Menéndez y Fernández. 27-1-931. Oviedo.
- 87 D. Jesús Aranguena y Aranguena. 10-7-931. Lugo.
- 88 D. Fernando Martínez Sarmiento. 10-7-931. Cuenca.
- 89 D. Angel Rodríguez Alonso. 9-8-932. Valladolid.
- 90 D. Antonio Carrillo Ausejo. 9-8-932. Oviedo.
- 91 D. Jesús Muñuzuri Galíndez. 2-6-933. Sevilla.
- 92 D. Manuel González Rey. 2-6-933. Valencia.
- 93 D. Juan Ontañón Carasa. 2-6-933. Ciudad Real.
- 94 D. José Madaria Garriga. 2-6-933. Alicante.
- 95 D. Nicolás Peña Martínez. 2-6-933. Vigo.
- 96 D. Juan Martínez Higuera. 2-6-933. Ceuta.
- 97 D. José Gómez Orbaneja. 30-6-934. Madrid.
- 98 D. Silverio Gallego Calatayud. 30-6-934. Al-cira.
- 99 D. Antonio Berengena del Rey. 30-6-934. Jerez.
- 100 D. Julio Cañada Salcedo. 30-6-934. Cádiz.
- 101 D. Antonio Cáceres Uclés. 30-6-934. Ecija.
- 102 D. Julio Miró Carbonell. 30-6-934. Sueca.
- 103 D. Antonio Ruiz García. 30-5-934. Córdoba.
- 104 D. Pedro Heredia Ruiz de Castañeda. 30-6-934. Andújar.
- 105 D. Agustín Estaún Llanas. 30-6-934. Huesca.
- 106 D. Luis Gráu Barberá. 6-8-935. Reus.
- 107 D. Fernando Benavente Fernández. 23-1-936. Cartagena.
- 108 D. Manuel Molina García. 23-1-936. Santiago.
- 109 D. Antonio Ugalde Urosa. 23-1-936. Baleares.
- 110 D. Segismundo Cabrera Machado. 23-1-936. Tenerife.
- 111 D. Saturnino Peñín Balbás. 23-1-936. Gandía.
- 112 D. José Farriols Centeno. 18-1-941. Barcelona.
- 113 D. Ricardo Moraga Gracia. 18-1-941. Barcelona.
- 114 D. Marino Gallego Burín. 12-8-942. Granada.
- 115 D. Joaquín M.^a Urrutia Salsamendi. 12-8-942. Vitoria.
- 116 D. Antonio Utrilla Domínguez. 11-3-943. Madrid.
- 117 D. Julio Cifrián López. 24-5-944. Baracaldo.
- 118 D. Antonio Beltrán Alonso. 24-5-944. Jaén.
- 119 D. Ramón Megía Cruz. 24-5-944. Valdepeñas.
- 120 D. Angel M.^a Rezola Azpiazu. 24-5-944. Eibar.
- 121 D. Bernabé Jiménez Roldán. 24-5-944. Córdoba.
- 122 D. Benito Cárdenas Gutiérrez. 24-5-944. Huelva.
- 123 D. Guillermo Bellod Salmerón. 24-5-944. Orihuela.
- 124 D. José Luis Espejo González. 20-6-945. Antequera.
- 125 D. Alfonso Conde Cantó. 20-6-945. Elche.
- 126 D. Cándido Rodríguez Pascual. 20-6-945. Puertollano.
- 127 D. Eladio Viñuela Bordallo. 20-6-945. Don Benito.
- 128 D. Antonio Infante Venero. 20-6-945. Cáceres.
- 129 D. José Crespo Galiana. 20-6-945. Ronda.

- 130 D. Fernando García Rodríguez. 20-6-945. Mieres.
 131 D. José M.^a Jaén Freán. 20-6-945. Ubeda.
 132 D. José Sánchez Martínez. 20-6-945. Játiva.
 133 D. José M.^a de la Lastra y Soubrier. 1-8-945. Madrid.

EXCEDENTES

Don Enrique Fernández Pellicer. Fecha de ingreso, 14-4-919.

- Don Marcelino Díaz de Guevara. 2-4-922.
 Don Rafael Andrés Blanco. 26-1-929.
 Don Juan de Dios García Ayuso. 3-1-931.
 Don Perfecto Peña Martínez. 3-1-931.
 Don Sandalio González Calvo. 27-1-931.
 Don Julio Alvarez Pueyo. 10-7-931.
 Don José Luis Posada Sáenz. 9-8-932.
 Don Miguel Salinas González. 2-6-933.
 Don Víctor Amanuel Domínguez. 2-6-933.
 Don Antonio López Villafuertes. 2-6-933.
 Don Manuel Ochando González. 23-1-936.
 Don José Cabral Gil. 23-1-936.
 Don Manuel Pereiro Cuesta. 23-1-936.
 Don Eduardo Isla Carande. 23-1-936.
 Don Félix Contreras Dueñas. 23-1-936.
 Don Francisco Palenzuela Sáinz. 21-5-944.
 Don Luis Azúa Dochao. 24-5-944.
 Don Francisco Martínez Torres. 24-5-944.
 Don Ramón Morán López. 24-5-944.
 Don Gerardo Jaqueti del Pozo. 24-5-944.
 Don Bernardo López Martínez. 24-5-944.
 Don Juan José Apellániz Fernández. 24-5-944.
 Don Ricardo Gutiérrez Mendiola. 24-5-944.
 Don Diego Carrillo Casaux. 24-5-944.
 Don Bernardo Salom de la Hoz. 24-5-944.
 Don Aquilino Martínez Pazos. 24-5-944.

ORDEN de 24 de junio de 1946 por la que se dispone se constituya una Comisión que estudie y redacte un proyecto para la organización y reglamentación de la profesión de Enfermera.

Ilmo Sr.: De acuerdo con la proposición hecha al efecto por el Consejo Nacional de Sanidad,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer se constituya una Comisión que, en el plazo de dos meses, como máximo, estudie y redacte un proyecto para la organización y reglamentación de la profesión de Enfermera, que, previo informe de esa Dirección General y del Consejo Nacional de Sanidad, será sometido a la aprobación definitiva de este Ministerio.

Dicha Comisión quedará integrada en la siguiente forma:

Presidente: Excmo. Sr. D. Antonio Valero Navarro.

Vocales: Sor Pilar Romea, Hija de la Caridad; Sor María Arsenia, Religiosa de la Esperanza; Excmo. Sra. Marquesa de Valdeiglesias, señorita Mercedes Milá Nolla, señorita María de

Madariaga, señorita María Benavente, señorita Encarnación Soler, señorita Consuelo Muñoz Monasterio, señorita María Josefa Moncada, señorita Rosario Barbachano Cayuela y señorita Aurora Mas Gaminde.

Lo digo 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 29-VI-1946.)

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—Circular por la que se convoca cursillo restringido para la obtención del Diploma de Auxiliar sanitario.

Vistas las instancias de varios funcionarios de esta dependencia solicitando su capacitación como auxiliares sanitarios y la Real Orden de 10 de abril de 1930,

Esta Dirección General tiene a bien convocar para la celebración en el Instituto Nacional de Sanidad de un cursillo restringido a los funcionarios en propiedad o interinos, dependientes de esta Dirección, con arreglo a las siguientes normas:

a) Los aspirantes podrán inscribirse en la Secretaría del Instituto Nacional de Sanidad hasta el día 10 de julio próximo, exhibiendo en el acto de su inscripción credencial o documento acreditativo de estar desempeñando cargo sanitario y abonando 25 pesetas en concepto de derechos de matrícula, examen y expedición del diploma correspondiente.

b) El curso se ajustará al programa publicado en la Gaceta de Madrid de 24 de abril de 1930.

Dará comienzo el día 11 y terminará el 20 del mismo mes, en cuyo día se constituirá un Tribunal integrado por el Inspector general de Sanidad Exterior, como Presidente; el Médico Jefe de la Brigada Epidemiológica Central y el Perito mecánico de la misma, como Vocales, que someterá a los aspirantes a las pruebas necesarias para asegurarse de su preparación, concediendo las calificaciones únicas de «apto» o «no apto». A los calificados «aptos» les será expedido por esta Dirección el correspondiente Diploma de Auxiliar sanitario.

Madrid, 24 de junio de 1946.—El Director general, José A. Palanca.

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

ANÁLISIS

de ORINAS, en comparación con la normal.
 SANGRE, ESPUTOS, EXUDADOS, etc.

Dr. E. ORTEGA, sucesor del Dr. CALDERON

Análisis de aguas mineromedicinales, etc.
 FUNDADO EN CARRETAS, 14, EN 1896

Carmen, 12 - MADRID - Teléf. 16388

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 4.218)

Un sedante inocuo **VALNODIN**



Raíz de valeriana valorada biológicamente.

3 grageas corresponden a 100 unidades raton, que es la dosis que se considera como óptima calmante.

Preparado de alta concentración y de actividad siempre uniforme, desprovisto de olor y sabor.

2-3 grageas varias veces al día como sedativo.

VALNODIN no es hipnótico y su actividad terapéutica es debida exclusivamente a la valeriana.

(Muestras a disposición de los señores Médicos)

INDUSTRIAL FARMACEUTICA CANTABRIA S. A. - INSA -
CALLE DEL MONTE, 30 - 32
SANTANDER

F. ALLUÉ

Mesas de operación y curas

Sillones americanos

Sillones y tornos para dentistas

Vitrinas

Estufas de desinfección

Muebles y útiles para consultorios médicos

**Especializado en construcción bajo modelo,
y reparación y niquelado de instrumental de cirugía**

Calle de Roma, 29⁽⁷⁷⁾ - MADRID - Teléfono 61403

CONTRA CATARROS
BRONQUIALES Y
NASALES

EEDRINA
"Zeltia"

INYECTIONABLE,
COMPRIMIDOS,
JARABE,

POMADA,
Y ACEITE NASAL



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