

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 27 de julio de 1946

NÚMERO 4.710





Comisaría de Organización y Propaganda

AVISO

**a los Sres. Jornadistas de número de la IV Reunión
celebrada en Sevilla los días 30 de abril
y 1, 2, 3 y 4 de mayo de 1946.**

Terminada la edición de los tomos I y II del Libro de Actas de la IV Reunión de las Jornadas Médicas Españolas, esta Comisaría de mi cargo pone en conocimiento de los señores jornadistas de número que asistieron a la Junta de Sevilla que desde el día 1 de agosto comenzarán a recibir, en su domicilio, los dos referidos volúmenes, contra reembolso de cinco pesetas, que suponen los gastos de correo, embalaje, portes y mano de obra.

Los señores jornadistas que habiten en Madrid y cuantos quieran recibir dichos volúmenes sin este gasto, se servirán pasar a recogerlos por el local de esta Comisaría de Organización, calle de López de Hoyos, núm. 11, piso bajo, previa la justificación de su derecho.

Interesa a esta Comisaría hacer constar que el retraso sufrido en la edición de estos volúmenes se debe a que, recibidos de Sevilla la oportuna liquidación y los materiales del libro con fecha 30 de agosto de 1945, no pudo comenzarse la edición a causa de estar paralizado el trabajo de las imprentas por las restricciones del fluido eléctrico y, a pesar de los esfuerzos de esta Comisaría, no pudo comenzarse el trabajo hasta la segunda quincena de enero. Desde esta fecha a la del presente aviso se han editado estos volúmenes, el primero de los cuales consta de 890 páginas y el segundo de 847, con más de 500 figuras en el texto.

A consecuencia de la escasez y coste del papel, esta Comisaría advierte que no se entregarán más que los ejemplares de los señores jornadistas de número, no haciéndose responsable esta Comisaría de extravíos ni otras causas que llevarán a solicitar ejemplares duplicados.

Madrid, 22 de julio de 1946.

El Comisario de Organización de la Junta Rectora Central,
F. J. CORTEZO-COLLANTES

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: *Extenso epitelioma espinocelular de pene tratado con roentgenterapia de Chaoul*, por el Dr. E. Larrú. *Sobre tratamiento de las meningitis*, por el Dr. Francisco Iofre de Villegas. DIVULGACIONES NACIONALES: *La inducción del parto por procedimientos médicos*, por Luis Botella Llusá. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *La Medicina en Estados Unidos de América*, por R. M. B. ACADEMIAS y SOCIEDADES CIENTÍFICAS. CONSULTORIO PROFESIONAL. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

Extenso epitelioma espinocelular de pene tratado con roentgenterapia de Chaoul

por el

Doctor E. LARRU

Radiólogo del Hospital Central de la Cruz Roja Española.

Si para la terapéutica de las lesiones cancerosas en su fase inicial disponemos en la actualidad de armas francamente eficaces cuando éstas son manejadas con los conocimientos técnicos y científicos que aseguran la eliminación total de los tejidos afectados por la neoplasia y los que de un modo inmediato la rodean, y en esto existe una completa uniformidad de criterio por parte de los familiarizados en cuestiones oncológicas, no sucede lo mismo cuando hemos de enfrentarnos con enfermos portadores de extensas neoplasias, y mucho menos si éstas han dado lugar a manifestaciones metastásicas regionales o asintan en órganos cuya conservación juzgamos fundamental por una u otra razón; por desgracia es en esta última circunstancia cuando vemos una gran parte de enfermos portadores de dicha afección. Los motivos de esta triste realidad están relacionados con numerosas causas, no siendo las de menor importancia las que se derivan del propio enfermo, así como del médico que asistió a la iniciación de las referidas lesiones. Mucho se ha escrito sobre dicho particular y todavía será preciso insistir en lo por venir, de modo «machacón», en cuanto a dicho tema, dada su importancia en la lucha contra el cáncer. Por el momento, siguiendo esta labor profiláctica, nos circunscribiremos en este trabajo al cáncer del pene, aun cuando muchas de

las consideraciones que más adelante hagamos de esta afección en dicho sentido, pueden ser aplicadas a buen número de otras localizaciones del cáncer.

El enfermo al cual, de modo preferente, vamos a referirnos en este trabajo fué presentado por mí, con la colaboración del distinguido dermosifiliógrafo doctor SICILIA, en la sesión científica del día 12 de marzo de 1945 celebrada en la Academia Médico-Quirúrgica Española. Por creer de sumo interés cuanto entonces se dijo sobre el paciente y su enfermedad, tanto por dicho ilustre colaborador como por los destacados especializados que tomaron parte en la discusión entonces habida sobre el particular, a continuación transcribo del libro de actas de dicha corporación el desarrollo de aquélla.

El doctor SICILIA, que me había enviado el paciente para su tratamiento con la roentgenterapia de Chaoul, expuso lo siguiente:

«Eitelioma espinocelular, de origen papilar, evolución rápida y a tipo noduloso úlcerovegetante, localización glandoprepucial y peniana.

La neoplasia, con características de magnitud y malignidad acrecida, como la toxemia, que determinaba ya signos de carencia en joven impresor, de veinticuatro años, nativo meridional y de constitución media.

Antecedentes familiares.—Padres, sanos; han sido siete hermanos, de los cuales murieron cuatro de pequeños; un quinto, de viruela, quedando el único aparentemente sano. Como antecedentes personales, tan sólo recuerda el de pulmonía ya remota. Destaca el de un chancro el año 32, único en escoria del glande, que le duró unos tres meses, tratado con neo y bismuto; terapia mixta durante cuatro años.

Es de significación el dato de que en el año 1941, o sea nueve después, notó en el mismo punto una manchita blanca, que no molestaba, creciendo hasta formar una verruga que le dolía mucho, exhalando fetidez. Aparecen muchos elementos de este tipo hasta cubrir el rodete del glande. Repiten terapia mixta y cauterizan producción verrugosa, que modifica, quedando heridita, la cual, a fines de 1942, empieza a crecer formando una tumoración. Hasta el mes de mayo de 1943 no se hospitalizó ni trató debidamente, hasta que le dirigimos en última instancia al doctor LARRÚ, con la fe y esperanza puesta en él, ya que el estado en que apareció el enfermo en la consulta hospitalaria resiste a toda descripción. Nuestro ilustre compañero y fraternal amigo el doctor LARRÚ revelará a la Academia la inteligente actuación seguida en la técnica organizada y sucesiva del método de Chaoul ante caso tan excepcional, que ha curado, y así aparece hasta el presente, y en el cual nuestro papel se redujo al acierto en la orientación, siendo testigo de mayor excepción, ya que pudimos seguir el curso paso a paso hasta la victoria final del radioterapeuta contra el proceso maligno que amenazaba su existencia.

Es confesión de sinceridad absoluta y deber de conciencia profesional manifestar públicamente y en toda Sociedad científica reputar de incurable el morbo, y aun mortífero a breve plazo, no tan sólo por el destrozo del órgano, ya tan profundo como extenso, irregular, excavante, sí que por la caquexia y desorganización que ocasionaba en la totalidad. *El suicidio le obsesionaba*, y nos obligó a pensar hondo.

La serie antiluética seguida del 10 de febrero al 8 de abril de 1944 = 9,75 neo.

El bismuto, en febrero, el 11, 14, 18, 21, 25 y 28; en marzo, el 3, 6, 10, 13, 17, 24 y 30; en abril, el 8 y 11, siendo en dicha fecha Wassermann y citochol, negativos; Khan, dudoso.

El alta fué dada el 18 de octubre de 1944; pero ya meses antes, desaparecido epiteloma, quedaban tejidos cutáneomucosos en reparación.

CONSIDERACIONES

Dada la frecuencia de lesiones venéreas, específicas o no, en la mucosa glandoprepucial, el hallazgo de tumores, y entre ellos epitelomas, es hecho muy raro, a pesar de las cicatrices tan diversas, siendo más observado entre los secundarios y simbiosis el lupuscarcinoma; pero éste re-

cae en facies perisensorial electiva, en tanto apenas se ven en balanitis, postitis, balanopostitis, chancros, sífilides, etc.

Por tanto, la iniciación aquí sobre lesión cicatricial postchancrosa que señala el enfermo tiene cierta significación para la evolución pronóstica, tal vez más invasora y grave, así como hace indispensable desde el comienzo y la prescripción total de toda maniobra terapéutica, sobremanera la cáustica tan repetida, siendo caso de conciencia y lógica intervención del radiólogo y analista con la rapidez requerida. Así nos lo enseñan los que llevamos observados, muy evolutivos.

Algunas lesiones especiales podrían contribuir, aun en el limitado porcentaje con que concurren a la génesis epitelial, y esto en ambos sexos.

Singularmente podrían tener tan triste determinación las de orden xerósico, queratósico y atrófico senil (kraurosis, estiomene, balanitis xerósica obliterante de STÜONER, como modalidad a veces de flogosis postoperatoria, la eritropiasia de QUEYRAT y NEGRE, meta e hiperplasia (leucoplasia), disqueratosis de BOWEN, etc.).

Los que hemos visto tras de fimosis congénitos operados, aun en los primeros años de la vida, las *extensas adherencias obliterantes* del saco prepucial con desaparición del surco coronario, fistulización, transformación cartilaginea en capas superpuestas, cuya disección no podía extremarse si no es a trueque de perforación uretral y de fosa navicular, comprendemos su importancia en la preparación del terreno canceroso de ciertos individuos en bases general y local, siendo sabido cómo intervienen irritación e inflamación sucesivas en la génesis, contrastando con la mayoría de observaciones en las cuales la lesión neoplásica es primitiva.

Aquí, en el sector urogenital, pueden encontrarse, análogamente a lo que ocurre en otras mucosas, como la de boca y garganta, disturbios anatomopatológicos singulares y susceptibles de incurrir en degeneración cancerosa, siendo muy en primer término los estados leucoplasiformes y de pigmentación macular, senil, verrucoide, que, como en piel, pueden incluirse en precancerosas.

Esporádicamente, la Clínica hospitalaria nos ha presentado algunos casos del terrible mal, epiteloma del pene, cuya terapéutica antaño era tan brutal cual la emasculación total con «toilette» inguinal, quedando el que salva en condiciones tan contrarias a las funciones orgánicas y sociales, abocado a complicaciones sin cuento. A más de acudir tardíamente, al año y meses más tarde.»

Por mi parte, completando la historia clínica expuesta por el doctor SICILIA, expuse lo siguiente:

Al acudir el referido paciente a la consulta que dicho compañero regenta en el Hospital de San Juan de Dios, el pronóstico establecido por los cirujanos que le habían explorado anteriormente,

tanto en Madrid como en la ciudad donde tenía su residencia habitual (Almería), no podía ser más sombrío desde todos los puntos de vista, y en ello no exageraban, justificando plenamente el estado de desesperación de aquél.

El enfermo, al ser visto por mí, presentaba un aspecto de gran desnutrición, quejándose de agudos dolores en el pene y de grandes dificultades para orinar, llegando en ocasiones a no poderlo realizar. Intermitentemente tenía hemorragias en la tumoración peneana; ésta despedía un olor nauseabundo. Las fotografías 1, 2 y 3 dan una idea, mejor que ninguna otra descripción, de la extensión de aquélla. Desde la terminación del cuerpo del pene no quedaba ninguna zona anatómica respetada por la neoplasia; su aspecto era sanioso, con proliferaciones de tipo vegetante, en fase de necrosis algunas de ellas, lo que producía abundante secreción y hemorragias, ya espontáneas o provocadas al menor contacto. El cuerpo del pene tenía un grosor casi el doble del normal, como consecuencia de un intenso edema del mismo.

Ambas regiones inguinales con abundantes adenopatías, algunas del tamaño de avellanas; entre ellas existían dos grupos en el lado izquierdo, con



Figura 1.

marcada fijeza a los planos subyacentes, no siendo apenas dolorosas a la presión.

Una biopsia dió lugar al informe histológico siguiente:

«Se observa una erosión del epitelio de la mucosa del glande con gran infiltración leucocitaria. Cordones de células epiteliales que avanzan hacia la profundidad, con abundantes globos epidérmicos.

Diagnóstico histológico: Epitelioma espinocelular con globos córneos.» (Doctor Díe y Más. 21 de junio de 1943.) (Microfotografías números 1, 2 y 3.)

Las reacciones serológicas efectuadas en el Hospital de San Juan de Dios dieron resultado negativo.

El peso del enfermo en dicha fecha era de 55 kilogramos, habiendo adelgazado unos seis.



Figura 2.

Un examen hematológico demostró los datos siguientes:

Hematíes	4.600.000 por mm. c.
Hemoglobina	90 por 100.
Valor globular.....	0,9.
Leucocitos	7.000 por mm. c.

Fórmula leucocitaria:

Mielocitos	0	} 72 por 100.
Metamielocitos	0	
Bastonados	3	
De dos núcleos.....	24	
De tres núcleos.....	37	
Neutrófilos.....	De cuatro núcleos..... 8	}
	De cinco núcleos..... 0	
Pleiocariocitos	0	
Eosinófilos	3 %	
Basófilos	0	
Linfocitos	25 %	
Monocitos	0	

Velocidad de sedimentación (Westergreen): Primera hora, 25 milímetros.

El tratamiento con roentgenterapia de Chaoul se comenzó el día 23 de junio de 1943, terminándole el día 30 del mes siguiente. La dosis total administrada por campo fué de 11.046 r., aproximadamente, siendo necesario, por el tamaño de la tumoración, emplear al principio hasta cinco campos de entrada de la irradiación, utilizándose los localizadores números 1, 2, 8 y 10, conforme fué reduciéndose el volumen de aquélla. Filtraje complementario de un milímetro de goma. Dosis parciales de 400 y 500 r. El tiempo total empleado en las irradiaciones fué de treinta y ocho minutos con veintidós segundos. Se intercaló una fase de descanso de doce días, además de la de los días festivos.

El resultado inmediato fué el siguiente:

Desaparición rápida de los dolores, así como de las hemorragias. Los primeros cesaron al recibir 1.630 r. por campo

(cuarta irradiación), y las segundas, cuando se habían administrado 2.630 r. (quinta irradiación). El estado de ánimo del enfermo sufrió un cambio extraordinario, mostrándose ya op-



Figura 3.

timista en el curso del tratamiento, durmiendo normalmente y comiendo con apetito.

Las modificaciones locales que se iban consiguiendo pueden apreciarse claramente en las fotografías números 4 y 5, obtenidas el día 27 de julio de 1943, es decir, un día antes de terminar la fase de reposo en la irradiación antes citada. La superficie irradiada aparece en pleno período de epidermitis exudativa, habiendo desaparecido macroscópicamente la voluminosa masa neoplásica y distinguiéndose ya, de un modo perfecto, la anatomía del órgano.

Las adenopatías inguinales fueron irradiadas con roentgenoterapia profunda, administrando 3.000 r. en cada lado desde el día 3 de agosto de 1943 al 7 de septiembre siguiente.

El día 18 de septiembre se hicieron las fotografías números 6 y 7, en las cuales se puede apreciar el estado de normalidad anatómica del pene. El enfermo continuaba con un perfecto estado general, eufórico y deseando trabajar, lo que comenzó a hacer poco tiempo después, con pleno rendimiento.

El peso del enfermo era entonces de 60 kilogramos. Un examen hematológico nos ha demostrado los datos siguientes:

Hematíes	5.360.000 por mm. c.
Leucocitos	6.600.
Hemoglobina	100 por 100.
Valor globular.....	0,93.

Fórmula leucocitaria:

	Por 100
Polinucleares neutrófilos.....	87
En forma de juveniles.....	1
En forma de cayado.....	28
En forma segmentada.....	58
Polinucleares eosinófilos.....	3
Polinucleares basófilos.....	1
Monocitos	3
Linfocitos	6

No se han visto formas anormales en ninguna de las dos series

Velocidad de sedimentación globular (Westergreen): A la hora, siete milímetros; a las dos horas, 17.» (Doctor Tarruel. 5 de marzo de 1945.)

Como podrán observar los señores académicos, el enfermo presenta un magnífico estado general y local; en ambas ingles sólo se aprecian pequeños núcleos duros, que se deslizan sobre los tejidos subyacentes, sin signo alguno de malignidad, y que corresponden a ganglios escleróticos. Localmente, nada hace suponer que su pene haya podido estar afecto por una tumoración maligna del tamaño que le invadía. El enfermo trabaja de un modo normal en una imprenta; tiene buen apetito y su nutrición no deja nada que desear.

Al considerar por nuestra parte como curado a dicho enfermo, después de cuatro años desde la iniciación de la neoplasia y de dos desde el comienzo de nuestra actuación, nos basamos, tanto en la observación del conjunto de su organismo como en el estado del pene, que no presenta signo alguno de reactivación neoplásica, pudiendo cohabitar aquél con perfecta normalidad.

En la discusión se expusieron los conceptos siguientes:

Doctor Maza.—Felicita a los autores de la comunicación por el feliz resultado obtenido; sólo desea decir que es interesante cómo en un epiteloma cuyo estudio anatomopatológico nos dice espinocelular, es decir, al tumor por antonomasia resistente a todas las terapias, que, incluso, se admite que se suelen reactivar, no queda ninguna lesión, ni en sus cuerpos cavernosos ni esponjosos, pues la palpación nada revela, y el propio paciente nos dice que sus erecciones son normales.

Doctor Fernando Sánchez-Covisa.—Mi inter-

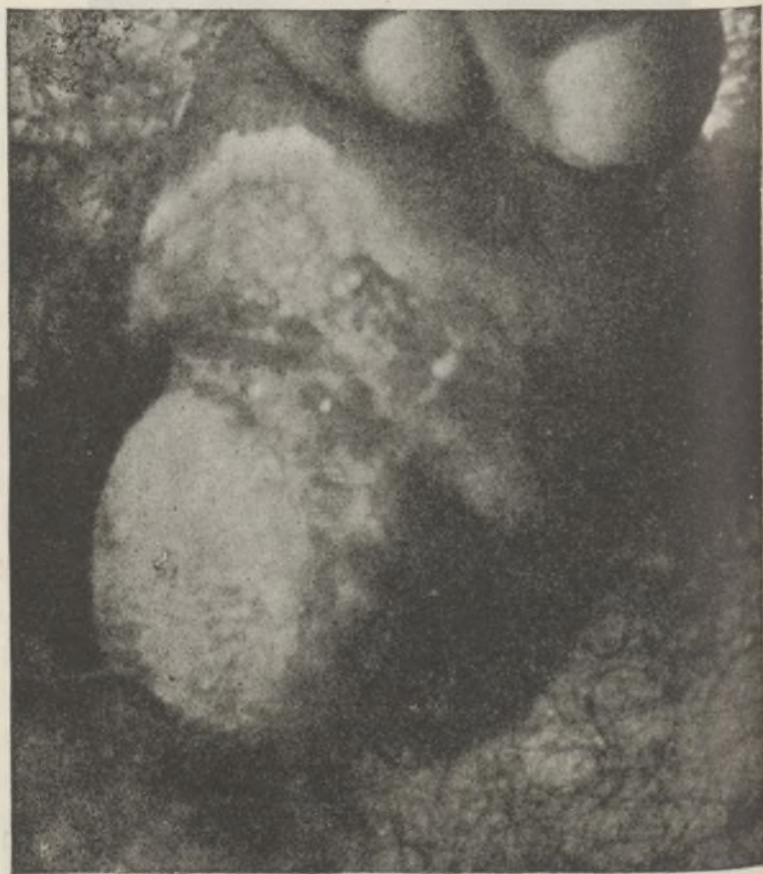


Figura 4.

vención se va a limitar a dar cuenta de un caso que el doctor LARRÚ ha tratado de cáncer de pene; esto hace dos años y en un enfermo en el que habíamos realizado una amputación parcial de



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



clásica en el tratamiento
interno de las dermatosis

~ Azufre y Bardana ~
justamente reivindicada y
superada con

Sulfolapina



SULFOLAPINA

COMPOSICIÓN Y FORMA

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

INDICACIONES

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

DOSIS

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

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

Censura Sanitaria N.º 2810



OVEX LEO

**ESTRONA DANESA DE ORIGEN NATURAL, VALORADA
EN UNIDADES INTERNACIONALES**

PRESENTADO *en*

FRASCOS CONTENIENDO
20 TABLETAS DE
1000 Y 10.000 U.I.
APTAS PARA DISOL-
VERSE EN LA CAVI-
DAD BUCAL

FRASCOS DE 15 Y 12 MLG.
DE ESTRONA EN 15 c.c.
DE SOLUCION HIDRO
ALCOHOLICA PARA
SU REABSORCION POR
VIA PERLINGUAL

GUSTOSOS ENVIAREMOS LOS EXTRACTOS MAS RECIENTES DE PRENSA MEDICA SOBRE LOS PREPARADOS
HORMONALES "LEO"



COMERCIAL IBERO DANESA, S.A.
MADRID APARTADO 439 COPENHAGUE BARCELONA SARRIA, 7

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 4.222.)

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

pene cuando todavía no tenía ganglios inguinales; pero antes de dos meses ya presentaba una ulceración peneana al tiempo que se acompañaban metástasis ganglionares inguinales. Entonces es cuando fué tratado por el doctor LARRÚ; así tratado, hace tres meses que le hemos vuelto a ver y está completamente curado y sin la menor apariencia de metástasis ganglionares. También tenemos otros dos casos de cáncer de pene, que también los está tratando el doctor LARRÚ; como son de corta fecha, nada decimos de ellos; pero, por lo que vamos viendo, creemos que también serán de un gran éxito.

Doctor Alfonso de la Peña.—El problema de esta clase de casos clínicos, como el de toda neoplasia maligna, es cuando se emplea la palabra curación. Este enfermo presenta metástasis ganglionares inguinales aparentes a la vista, pero no debemos pensar en que asimismo existan ganglios satélites profundos (tórax, abdomen). Creemos que mientras este caso no se estudie su tórax y no se exploren las cadenas ganglionares, es algo extraño hablar de curación, y mucho menos, cuando todavía no han pasado cinco años, que se considera como tiempo mínimo, en materia de cáncer, para poder empezar a hablar de curación. Todo ello sin poder negar la curación clínica externa de este en-



Figura 5.

fermo, lo que es, indiscutiblemente, de notar, pero siempre admitiendo estos pequeños puntos de reserva para afirmar y menos admitir su curación.

Doctor Carmona Camón.—Una vez más quiero hablar sobre cáncer de aparato urinario. Como persona imparcial, y por mis años, diré que se nos presenta un enfermo que padece de una afección tan seria, con un diagnóstico tan grave como

el de cáncer de pene; enfermo que ha sido visto por varios médicos y que, tratado de manera racional y científica, se ha llegado a una situación de satisfacción para el enfermo; a una situación de curación clínica. Y sobre una enfermedad que todavía es uno de los terrores de la Medicina, y sobre la que no hace todavía muchas noches, cuando hablábamos de cáncer de vejiga, conve-



Figura 6.

níamos que era verdaderamente imposible tratar de fijar el tratamiento de resultado.

Esta comunicación del tratamiento del cáncer del pene, con motivo de un caso clínico, con un extraordinario éxito, éxito que consideramos alentador y ante el que no debemos tratar de desvirtuarlo por esta o la otra limitación de datos exploratorios. Creemos que hemos de sostener la esperanza de una terapéutica que sea de algún resultado, y en especial ante estos casos de cáncer de pene hemos de felicitarnos por los resultados de esta terapéutica, única manera de fijar el pronóstico de esta afección.

Ante el caso presentado, no creo haya dudas diagnósticas, mucho más comprobado por la evolución clínica, aunque la edad del enfermo, hombre joven, no concuerde con el diagnóstico de cáncer de pene. Pero después hemos visto varias fotografías que fijan la progresión de la curación, y como se nos presenta como una esperanza terapéutica de cáncer, debemos admitirlo como si se nos hiciera de la sífilis, de la tuberculosis, etc.

Yo, desde luego, pienso que en los casos de cáncer de vejiga, como en el cáncer de pene, nos gustaría levantar la sentencia de inoperable y poner estos enfermos ante el método de Chaoul.

RECTIFICACIÓN

Doctor Sicilia.—Creemos y estimamos públicamente, una vez más, que todas las Academias científicas deben tomar muy en consideración todo

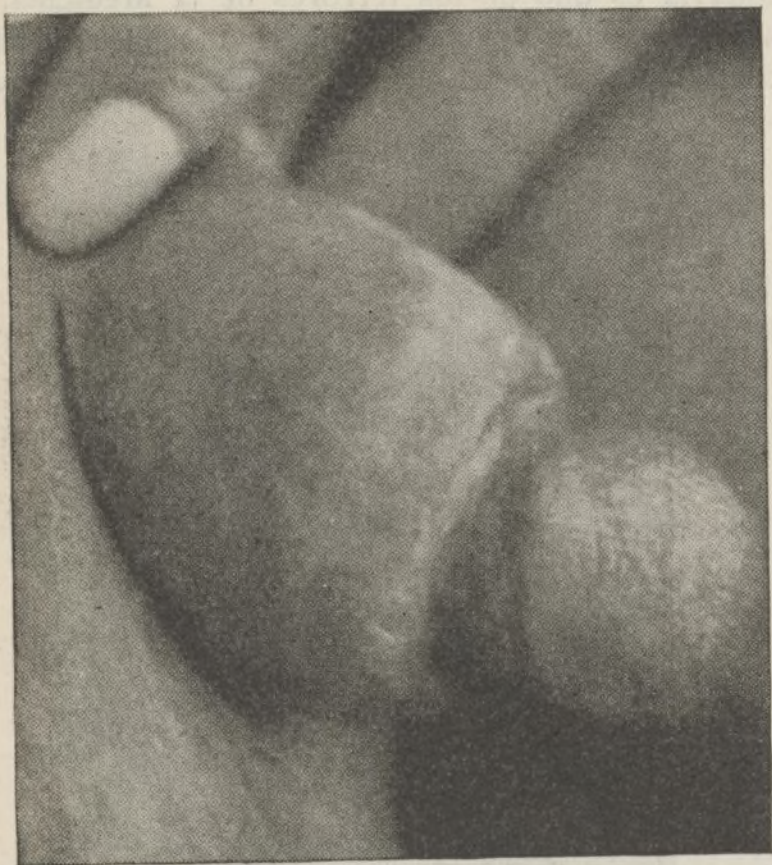


Figura 7.

cuanto señale un avance humanitario que, bajo la dirección y normas de la ciencia médica, se realicen. Unidos y en vanguardia lo humanitarioso-

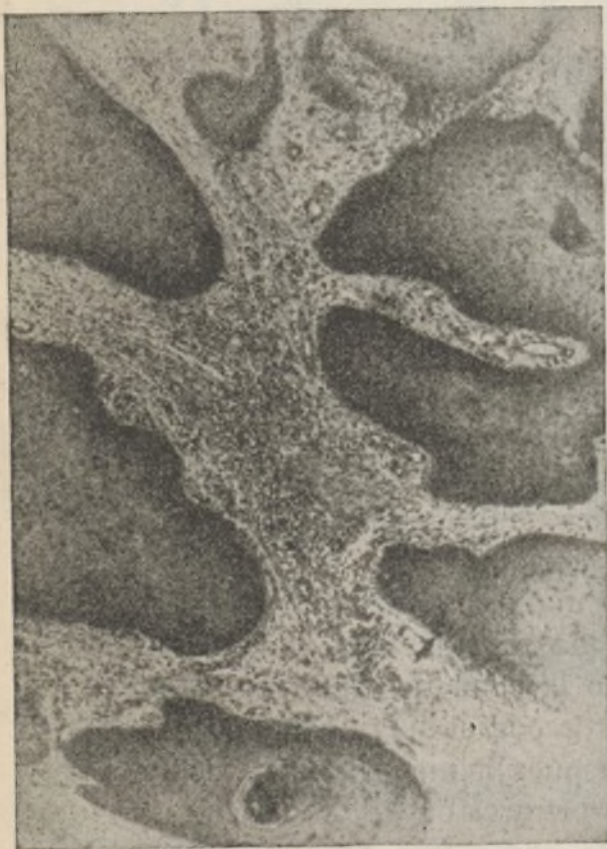
cial, avalado y contrastado por el avance cultural, debe tener el apoyo más ferviente de todos el tratamiento de ciertos padecimientos incurables para que vaya disminuyendo su porcentaje morbosidad-mortalidad, que en este sector neoplásico pueden alcanzar hasta el paralelismo, haciendo así que el sello de incurabilidad sea menor.

Hemos de mostrar nuestro agradecimiento a todo el que con su buena voluntad haga Medicina con esta aspiración, la única suprema, el bien de los enfermos.

Doctor Larrú.—El doctor MAZA muestra su extrañeza ante la calidad de los tejidos de reparación; en los enfermos tratados con el Chaoul, nuestra destreza técnica debe aspirar a conseguir la formación de tejidos elásticos y distensibles, y en estos enfermos no se observa la menor producción de tejido retráctil. Al presentar este enfermo ha sido nuestra falta no hacerlo con la preparación anatomopatológica, como igualmente el anatomopatólogo que lo ha realizado informar en esta comunicación. Si la Academia lo desea, esto podrá hacerse en sesión próxima.

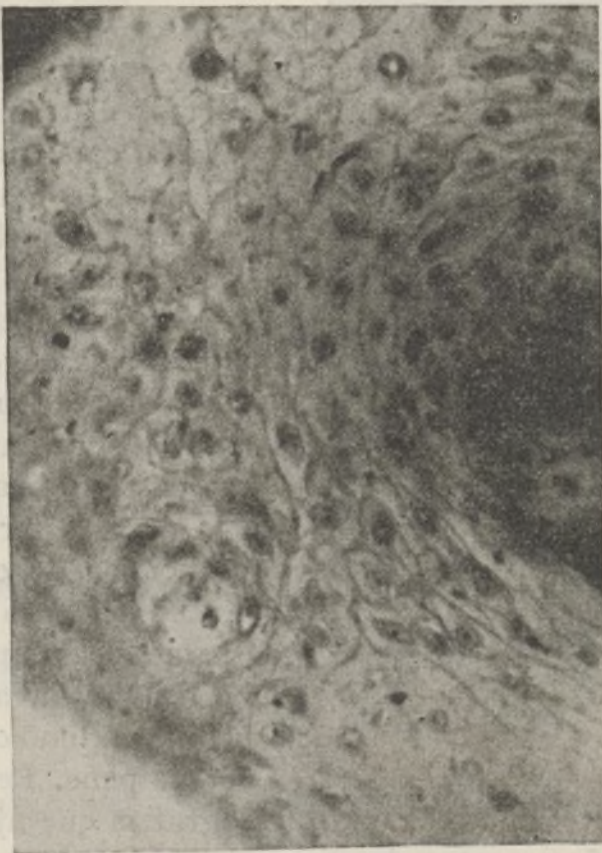
Al doctor COVISA, darle las gracias por su colaboración; en los casos que él nos ha enviado hemos observado también una marcha alentadora hacia la curación.

Al doctor ALFONSO DE LA PEÑA, ¿qué le voy a decir?, que el caso presentado lleva cerca de dos años; ¿es poco?; para nosotros es mucho; en un enfermo con esta categoría de proceso es mucho. Digo curación porque así lo creo, y así su-



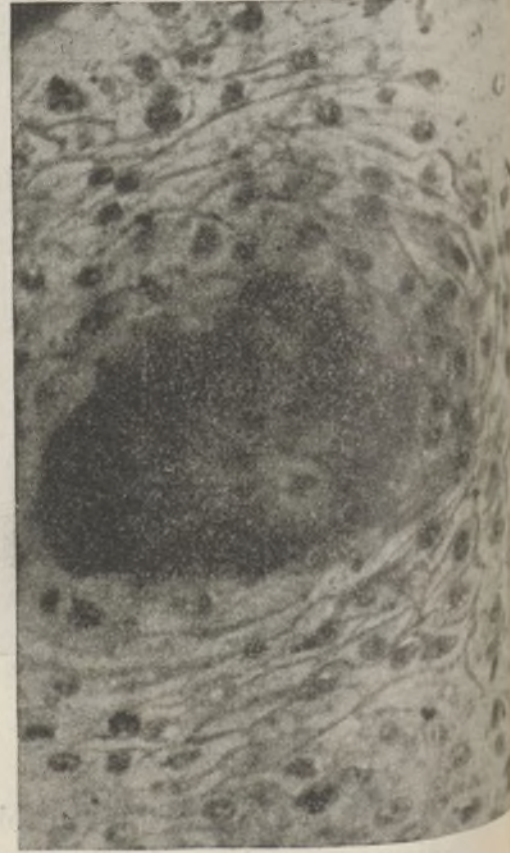
Microfotografía núm. 1.

Se observan numerosísimos cordones de células epiteliales de tipo espinoso, con globos córneos (Dr. Die y Mas).



Microfotografía núm. 2.

El cordón epitelial de la microfotografía núm. 1, visto a mayor aumento, en el que se observase la estructura de un globo epidérmico, así como algunas células en mitosis. Por las numerosas mitosis que se observan en la preparación y por la abundancia de tejido epitelial maligno, que infiltra la casi totalidad del corte, se trata de una neoplasia epitelial maligna, muy infiltrante e invasora. Diagnóstico histológico: epitelio espinocelular (Dr. Die y Mas).



Microfotografía núm. 3.

cede clínicamente; histológicamente ya será otra cosa; pero hasta ahora no presenta metástasis, y su trabajo diario lo realiza con toda eficacia y sin síntomas que nos hagan sospechar recidiva. El tiempo que se precisa para afirmar que está curado un enfermo de cáncer ya podemos decir que dos años es suficiente, y ya podemos hablar de curación. En cuanto a la exactitud del diagnóstico, creo estamos en la obligación de fiarnos del anatomopatólogo, y si no, ¿qué vamos a hacer?

Al doctor CARMONA, muy agradecido por sus palabras, sus entusiasmos y por la colaboración que nos ofrece.

Finalmente, decir que hemos presentado un caso desahuciado de una enfermedad neoplásica maligna, y por no haber abandonado al enfermo le hemos tratado y hemos conseguido el resultado visto por todos los señores académicos.»

Desde la fecha de dicha sesión científica de la Academia Médico-Quirúrgica Española he dejado, intencionadamente, transcurrir catorce meses más antes de dar a la publicidad el resultado conseguido con el enfermo en cuestión. Es decir, la curación clínica del mismo se mantiene ya tres años y un mes desde que se inició el tratamiento roentgenterápico y algo más de cinco años a contar desde la fecha de comienzo de la enfermedad neoplásica. De este modo he podido ir comprobando los resultados de la terapéutica empleada por mí y ratificar cuanto entonces expuse, ya que es mi deseo llegar a aquilatar, con el máximo de garantía, si la dicha curación era una realidad permanente y no un hecho transitorio.

En el momento actual, julio de 1946, puedo seguir afirmando:

- 1.º Que las adenopatías inguinales, desaparecidas merced al tratamiento con roentgenterapia profunda, no han vuelto a aparecer.
- 2.º Que, localmente, el enfermo no presenta signo alguno de reactivación de su neoplasia.
- 3.º Que las erecciones son normales, así como la posibilidad de cohabitar el paciente (actualmente el enfermo está sometido por el doctor Sicilia a un tratamiento antiblenorrágico).
- 4.º Que en ningún órgano visceral presenta síntoma alguno de metástasis, siendo su estado general del todo normal y trabajando de este modo en su oficio en una imprenta.

El cáncer del pene, como es bien sabido, no es de una presentación frecuente en Europa. Si pasamos una rápida ojeada por algunas estadísticas publicadas, comprobaremos que, por ejemplo, GUNSETT, en el Centro Anticanceroso de Estrasburgo, ha observado, entre 10.000 cancerosos, quince casos; DUCUING, en el Centro Anticanceroso de Toulouse, siete casos entre 2.500 cánceres; WINIWARTER considera que el cáncer del pene constituye el 3 por 100 de todos los cánceres observados en el sexo masculino, y VOELCKER y BOEMINGHAUS elevan esta cifra al 4 ó 5 por 100.

Por el contrario, tanto en la Indochina como en las Indias, inglesas y neerlandesas, la frecuencia del cáncer del pene es bastante acentuada.

M. RIOU encuentra una proporción de 31 por 100 sobre todos los cánceres masculinos en Tonkín y el 18 por 100 en Cochinchina. Para LE ROY DE BARRES, esta proporción no llegaría sino al 17 por 100; pero para B. JOYEUX se elevaría al 40 por 100; para DAN, al 50 por 100, y el 60 por 100 para KOWENAR, en Annam. Este último autor, en Java, ha comprobado que dicha proporción se eleva al 80 por 100. Ciertas prácticas orientales tendrían, entre otras causas, como factor etiológico, una buena culpa de tan elevada cifra de aparición de dicha modalidad de neoplasia.

Un hecho muy interesante referente a la relación entre el cáncer del pene y el del útero, es el siguiente, referido por JOYEUX:

En Indochina, para 552 cánceres de los órganos genitales externos masculinos, ha observado 51 cánceres de órganos genitales externos en la mujer. Esto demuestra la gran rareza de los cánceres del cuello uterino con relación a los del pene. El hecho contrario sucede en Europa, así como en América, siendo estos datos una contribución sumamente interesante en cuanto se relaciona con la no contagiosidad directa de los cánceres, como muy bien hacen destacar WICKHAM y DAUVILLIERS en un trabajo comunicado a la Sociedad de Electro-Radiología Francesa (8 de junio de 1943) sobre «Curioterapia de los cánceres del pene».

La presentación de dicha localización neoplásica se observa con más frecuencia después de los cincuenta años, siendo más raro encontrarla en hombres más jóvenes. Sin embargo, DEMARQUAY, entre 1.340 casos, ha comprobado 23 pacientes entre los veinte y los cuarenta y un años.

Como factor etiológico o, mejor dicho, como causa secundaria del cáncer del pene, la fimosis ocupa un lugar importante, y así es señalado por la mayoría de los autores, siendo para algunos una causa esencial, llegándose a afirmar que «todo enfermo no diabético que presente exudado serosanguinolento bajo una fimosis debe ser considerado, casi con toda seguridad, como portador de un cáncer del pene».

BAWING, FRIKE y otros han notado la ausencia total de dicha localización del cáncer en los judíos, salvo en un caso en el cual la circuncisión había sido hecha defectuosamente y el glándulo no llegaba a quedar al descubierto por completo en la maniobra de deslizamiento.

FERRARI y VIALE estiman que una vez sobre dos existe fimosis, siendo de la misma opinión DEAR y KOWENAR.

Pero para los dos autores últimamente citados, la época de la circuncisión constituye un dato muy importante, ya que cuando aquélla se practica tardíamente, el resultado de la misma favorece la presentación del cáncer casi en la misma propor-

ción que la fimosis. Para WORINGER, BURGUN, PONTHEU y HIEL, las circuncisiones tardías jugarían un papel traumatizante, provocando la aparición de cánceres sobre cicatrices.

La *sífilis* se encuentra en el 80 por 100 de los enfermos portadores de cáncer del pene, pensando TOURAINE que esta afección no es sino la expresión de una sífilis en su cuarto período; WEISENBACH se extraña de no encontrar ningún síntoma de dicha afección en dos enfermos afectos de cáncer de pene por él observados. RIOU ha comprobado en Indochina la asociación frecuente de sífilis en su segundo período, chancro y cáncer; el diagnóstico entre estas lesiones no deja en ocasiones de ser difícil, incluso con examen histológico, pudiéndose asistir a la transformación de un chancro mixto en cáncer. Para un paciente, la coexistencia de sífilis serológica y cáncer no deja de resultar peligrosa, ya que, como dicen WICKHAM y DAUVILLIERS, por lo general, se diagnostica la primera de dichas afecciones y se trata, siendo el orden inverso el que debiera seguirse, en razón de la necesidad absoluta de atacar al cáncer lo más rápidamente posible para tener el máximo de posibilidades de conseguir su curación; es decir, la sífilis debe pasar a un segundo plano.

Del mismo modo son procesos que se encuentran, como tiempo preliminar en la aparición del cáncer del pene: las leucoplasias, verrugas, papilomas, antiguas cicatrices, etc.

Desde el punto de vista *histológico*, el cáncer del pene es un epiteloma pavimentoso estratificado, espinocelular, paraqueratósico. Es más rara la presentación de un sarcoma.

Existe una gran variedad de clasificaciones en la literatura de dichos cánceres, basadas la mayor parte de ellas en interpretaciones personales más o menos ajustadas a la realidad. Resulta bastante fiel y sencilla la publicada por WICKHAM y DAUVILLIER, que agrupan los cánceres del pene en la forma siguiente:

- 1.º Cánceres superficiales, habiendo comenzado en la piel o en la mucosa.
- 2.º Cánceres del cuerpo cavernoso, profundos, mucho más raros.

Los primeros adoptan, por lo general, la forma vegetante, pero evolucionan frecuentemente con rapidez hacia la profundidad; los segundos tienden, por el contrario, a exteriorizarse de tal modo, que en poco tiempo el órgano es invadido en gran extensión.

Problema de suma trascendencia en el cáncer del pene es el que se refiere a su *capacidad metastásica*.

Es un hecho conocido que el mayor peligro en dicha localización neoplásica es la facilidad de producir metástasis en los ganglios inguinales. Ahora bien, revisando la bibliografía existente sobre el particular, se comprueba que no pocos autores

llaman la atención acerca del origen inflamatorio de aquéllas en no escaso tanto por ciento al ser estudiados histológicamente los ganglios extirpados (KÜTTNER, PETERS, etc.), exceptuando los referentes a casos en muy avanzada fase de la evolución neoplásica. Más adelante nos volveremos a ocupar de este aspecto del cáncer del pene.

Desde el punto de vista *terapéutico*, varios métodos curativos pueden ser puestos en práctica en relación con el grado de evolución del proceso neoplásico que nos ocupa. La Cirugía, con o sin electrocoagulación, diversas modalidades de roentgenterapia, sobre todo la de Chaoul, la radiumterapia por contacto o a distancia y la asociación radioquirúrgica, han sido y son empleadas para combatir el cáncer del pene.

No es mi intención en esta somera exposición de algunos datos referentes al cáncer del pene hacer un estudio crítico metódico sobre las posibilidades mayores o menores de cada uno de los citados medios curativos citados en relación con cada una de las fases evolutivas de dicha afección.

Sin embargo, haré ciertos comentarios acerca de algunos de aquéllos, por pensar que de este modo obtendrán los médicos generales alguna orientación sobre el particular.

Es evidente que la Cirugía, la más antigua de las terapéuticas citadas, en ésta, como en todas las localizaciones neoplásicas, es la que archiva una mayor experiencia, ya que no ha tenido, hasta no hace muchos años, otro elemento terapéutico eficaz que la disputara dichos pacientes, a pesar de la radicalidad con que en ciertos momentos de la evolución neoplásica hubiere de actuar. Nada de particular tiene, por tanto, que no pocos cirujanos, alentados todavía por la dicha velocidad adquirida, pretendan de buena fe seguir considerando el motivo de sus aficiones como el más apropiado para conseguir la curación deseada. Modernamente, al haberse incluido la electrocoagulación en el arsenal quirúrgico, el número de indicaciones ha podido mantenerse a cierta altura sobre los demás.

Por lo dicho, en el *período de comienzo* de un cáncer del pene, *histológicamente diagnosticado*, las estadísticas de curaciones publicadas y conseguidas por la Cirugía no dejan nada que desear, aunque algunas puedan prestarse a no pocos comentarios, como, por ejemplo, la de LAVAN, que llega hasta un 90 por 100 de éxitos y basada en diez enfermos, de los cuales murió uno, y como de los restantes no ha vuelto a tener noticias, dicho autor *deduce que siguen viviendo*. Como contrapartida, es interesante destacar la estadística de LEGUEN, en la que figura el 30 por 100 solamente de curaciones.

Ahora bien; en dicha fase de comienzo, ¿qué método quirúrgico será el más conveniente? ¿Resección simple de la lesión y tejidos subyacentes?

¿Emasculación total? Con la primera técnica se correrá el gran riesgo de una continuación de la neoplasia en los límites de la sección operatoria, y este hecho se comprueba, desgraciadamente, con gran frecuencia en la práctica diaria. Un ligero recuerdo anatómico de la circulación linfática en el órgano peneano explica de un modo sencillo esta complicación. Con la segunda modalidad de intervención se priva al enfermo del referido órgano, y esta sola contingencia, en un individuo joven, o relativamente joven, por sí sola debe constituir un motivo de meditación para pensar si dicha mutilación, en igualdad de circunstancias, pudiera ser sustituida por otra terapéutica que no la requiera.

Es indudable que la *electrocoagulación*, como ya hemos indicado anteriormente, ha contribuido, para justificar el acto quirúrgico, en dicha fase temprana del cáncer del pene. Pero no podemos ocultar que dicha terapéutica exige ciertas condiciones por parte de quien la practique para poder ser puesta en práctica con un mínimo de garantías para el paciente.

Precisamente por los reiterados fracasos de la electrocoagulación observados por mí en pacientes a los cuales se les intervino con motivo de neoplasias bien delimitadas, es decir, en fase francamente temprana de su evolución, es por lo que en diversas ocasiones he insistido llamando la atención acerca del porqué de aquéllos. La electrocoagulación, como terapéutica del cáncer, para que proporcione los éxitos curativos observados por todos los que nos hemos ocupado de ella desde hace ya muchos años, precisa una correcta técnica y un hábito quirúrgico indiscutible. Con una perfecta anestesia local se influyen dichas lesiones neoplásicas de una manera total con un mínimo de modificaciones anatómicas postoperatorias del órgano, siempre y cuando, además, no se pretendan tratar con este método terapéutico nada más que los casos en que está realmente indicada, si es que, como luego veremos, no se dispone de radium o, mejor aún, de la roentgenterapia de Chaoul.

Si bien es verdad que, como ya expuse anteriormente, las adenopatías que aparecen con extrema frecuencia en el cáncer del pene en un gran tanto por ciento son de índole puramente inflamatoria, no es menos cierto que, de no hacer un estudio histológico de las mismas, el empleo de la roentgenterapia profunda debe ser obligado, aun en el caso de tratarse de lesiones neoplásicas de las que ahora nos estamos ocupando, es decir, de las que se encuentran en la fase temprana de su evolución.

Así, pues, por muy pequeñas que sean las manifestaciones locales del cáncer peneano, sí, histológicamente, se ha comprobado su origen epiteliomatoso espinocelular, hecho el más frecuente, la labor del médico que las trate, incluso en su

estadio de comienzo, no debe quedar limitada a una simple electrocoagulación para dar por terminada su misión terapéutica.

He tenido ocasión de ver un paciente que constituye un magnífico ejemplo de fracaso por no haberse seguido la norma terapéutica acabada de exponer. Por motivo de un pequeño epiteloma espinocelular en surco balanoprepucial, fué tratado con electrocoagulación el enfermo X. X., de cuarenta y seis años de edad, en el mes de febrero de 1941 por un competente especializado en Dermatología, llegando a cicatrizar por completo la herida operatoria. En el mes de junio siguiente se me presentó el referido paciente en mi consulta por padecer intensos dolores en el «bajo vientre» y unos «bultos en la ingle izquierda». La exploración me demostró se trataba de metástasis inguinales del tamaño y forma de medio plátano, además de otras en fosa ilíaca del mismo lado; en el pene no aparecía signo alguno de reactivación de su primitiva neoplasia. El enfermo venía padeciendo de un estreñimiento pertinaz. Fué sometido por mí a un tratamiento con roentgenterapia profunda, no limitándome a la región inguinal citada, sino abarcando también la región de fosa ilíaca y de los grandes vasos ilíacos. Visto nuevamente el paciente en el mes de diciembre siguiente, no se comprobó signo alguno de la existencia de las referidas metástasis, habiendo mejorado considerablemente de su estado general, dedicándose a sus ocupaciones habituales, las labores del campo. Ya no volví a tener más noticias suyas hasta el mes de junio de 1942, en cuya fecha se me comunicó su fallecimiento, acaecido a consecuencia de un «cólico miserere», expresión empleada por un hermano del paciente. La presencia de metástasis en abdomen, ¿fueron la causa de dicha oclusión intestinal? La falta de más datos aclaratorios me impiden relacionar ambos hechos.

Si en dicho caso se hubiera empleado la roentgenterapia profunda a su debido tiempo, ¿la evolución del enfermo habría sido la misma que la descrita?

Así, pues, no me importa insistir; es mejor pensar en la posible malignidad de unas adenopatías secundarias a una neoplasia peneana y actuar en consecuencia, que confiarse en el concepto de su posible origen inflamatorio exponiendo al paciente a las contingencias anteriormente apuntadas.

El empleo de la *roentgenterapia basada en el método de Chaoul*, con su instrumental *ad hoc* en la terapéutica de las manifestaciones de comienzo de las neoplasias malignas del pene, la lectura de la historia clínica que motiva este trabajo es más que suficiente para que el lector pueda deducir con cuánta facilidad y seguridad ha de lograrse su desaparición.

La *radiumterapia* ha contribuido, sin ninguna duda, a aumentar el número de curaciones de los

cánceres del pene en su fase temprana. En este sentido, cualquier estadística que sea consultada confirma esta afirmación.

Ahora bien; como sucede en la mayor parte de las localizaciones neoplásicas, el cáncer del pene, en su fase verdaderamente temprana, por desgracia, muy pocas veces se presenta ante el cancerólogo; por una parte, los enfermos, con el empleo de remedios «caseros» o por despreocupación, acuden al médico una vez que las lesiones han tomado ya cierto incremento y hasta han proporcionado metástasis regionales, y, por otra, no pocos médicos, por no pensar en el cáncer, en primer lugar, dejan transcurrir un tiempo precioso, bien con tratamientos antisifilíticos o con terapéuticas locales erróneamente consideradas como anodinas, y que no hacen más que provocar estímulos a la incipiente neoplasia juzgada como benigna. La falta de una biopsia, investigación que debe ocupar el primer puesto en la preocupación diagnóstica, es el origen de dicha pérdida de tiempo, nefasta para los pacientes. Hasta tal punto esto es así, que, entre otros muchos autores, KAUFMANN y WINIWARTER han señalado el hecho de que los enfermos por ellos observados no se presentaron a su consulta hasta un promedio de veinte meses después de iniciarse la neoplasia peneana.

Ante dicha última contingencia, veamos rápidamente nuestro criterio ante los diversas terapéuticas que pueden utilizarse para combatir el cáncer del pene en su fase de difusión regional y cuando la lesión primaria ha adquirido ya determinadas proporciones.

Tanto la *radiumterapia* como la *Cirugía* y la *roentgenterapia de Chaoul*, asociadas a la roentgenterapia profunda, pueden lograr supervivencias muy dignas de tenerse en cuenta. Pero hacia los dos primeros métodos, creo de interés hacer unos breves comentarios.

La *radiumterapia*, exceptuando cuando se trata de emplearse en el tratamiento de diminutas lesiones neoplásicas, no es un método curativo que está al alcance de todo aquel que solamente pueda disponer de determinado número de miligramos de radium en cualquiera de sus formas. Precísase para su práctica, por una parte, de una serie de conocimientos especiales, *de tipo físico fundamentalmente*, nada fáciles de adquirir y cultivar, e incompatibles, desde luego, con las preocupaciones de una práctica profesional médica cultivada con una mediana intensidad, exigiendo, además, un instrumental de mediciones, así como de dispositivos para la aplicación del radium, que han de ser contruidos para cada caso y con los datos proporcionados por la Clínica, teniendo en cuenta el resultado de las mediciones realizadas previamente; éstas exigen, para ser lo más completas, exactas y útiles, el empleo de gran número de horas diarias para su determinación y confección de las tablas correspondientes.

Tan es cierto lo últimamente expuesto, que, concretándonos al tratamiento del cáncer del pene por e. radium, no hay que disponer de demasiada bibliografía para comprobar que, *al lado del clínico*, figura el *físico* en aquellos trabajos aparecidos sobre el particular, que son de verdadera seriedad científica.

Es decir, que, ante las grandes dificultades que, en general, presenta una precisa dosificación del radium, no obstante los innumerables aparatos ideados con tal fin, aquéllas son mayores cuando se trata de conseguir, en una neoplasia de pene, que todas las células cancerosas sean irradiadas de una manera uniforme con una ligera hiperdosificación de los bordes de la misma.

Modernamente se trata de conseguir la medición en unidades *r* de las dosis aplicadas en el tratamiento por curieterapia, a pesar de los inconvenientes que este propósito encierra, siendo el principal debido a la variación rápida de la intensidad de la energía en función de la distancia al foco. En efecto, las dimensiones de las cámaras de ionización que sirven para la dosificación son tales que la irradiación de su volumen sensible es sumamente heterogénea y la influencia de sus paredes provoca una perturbación de las medidas. Disminuyendo sus dimensiones se reduce su sensibilidad, lo que introduce otras causas de incertidumbre.

Para lograr conseguir la máxima precisión en las referidas mediciones, al tratarse de la terapéutica del cáncer de pene con dicho elemento radífero, DAUVILLIERS y FRILLEY en sus últimos trabajos han utilizado una pequeña cámara de ionización de aluminio de cinco milímetros de diámetro y de 20 milímetros de longitud (paredes de 0,5 milímetros). Esta cámara se coloca en el eje de un tubo de celuloide de cuatro centímetros de diámetro, sobre el cual disponen diez tubos con radium (6,66 miligramos; pared, un milímetro Pt; longitud activa, 20 milímetros).

En el espacio comprendido entre la cámara de irradiación y el tubo de celuloide se puede introducir un cilindro de cera rellenando este espacio. Dichos autores han comprobado que la corriente de ionización medida conserva, con o sin interposición de cera, la misma intensidad con un error de un 2 por 100.

Con dicho dispositivo, DAUVILLIERS y FRILLEY han confeccionado tablas de rendimiento con las cuales tienen una orientación dosimétrica, y aunque dicho modo de investigar la cuantía de la radiación tiene también errores, les ha permitido después calcular con bastante precisión las dosis a administrar en el tratamiento del cáncer del pene. Con este objeto han confeccionado una especie de «capuchón» que se amolda al órgano, y en el cual van dispuestos, por el físico DAUVILLIERS, los tubos de radium, no de un modo arbitrario o aproximado, sino de tal manera, que, con arreglo a

las características de cada neoplasia a tratar, según su extensión, profundidad, etc., la lesión recibía la radiación con las características antes apuntadas de uniformidad, etc.

Como se ve, resulta indispensable la citada colaboración fisicoclínica para que la radiumterapia rinda el máximo de garantías curativas, cuando se trata de cánceres del pene, a los que nos hemos referido en segundo lugar.

Al referirnos a las dificultades de la práctica radiumterápica en la citada localización neoplásica, como es lógico, hacemos alusión asimismo a las que se presentan en otras varias especialidades, Ginecología, Odontología, Dermatología, etc., etcétera, en su relación con los problemas oncológicos.

Por las anteriores razones, tengo el criterio, respecto a la práctica de la radiumterapia, para su mayor eficacia en Cancerología y, sobre todo, al objeto de conceder validez a sus resultados terapéuticos, que en España debiera implantarse la especialización médica de físicos, a su vez especializados en radiumactividad, que pudieran colaborar con los clínicos en las instituciones dedicadas a la lucha contra el cáncer. Porque de nada servirá que un médico desee enfocar sus actividades en radiumterapia clínica, y hasta asista a algún curso sobre este problema en alguna clínica extranjera, si de antemano no tiene una básica preparación física de radiumactividad y esté familiarizado con el muy diverso instrumental de mediciones, que en España apenas existe; si exceptuamos algún Centro universitario, por cierto, de sólido prestigio científico en radiumactividad, que yo sepa, no existe en España ningún laboratorio bien equipado del instrumental necesario para los referidos trabajos de radiumterapia clínica. De aquí que sean tan escasos los trabajos publicados en nuestra literatura sobre dichas investigaciones, resultando de un valor problemático los resultados, positivos o negativos, que puedan obtenerse en la clínica oncológica diaria con la terapéutica radiumterapia. En particular, los fracasos que a diario se comprueban deben imputarse al que pone en práctica el método y no a éste. Veamos un ejemplo, entre otros varios que pudiera publicar, de este último concepto.

Enfermo de setenta y tres años de edad. Entre los antecedentes familiares figura el que un hermano falleció a consecuencia de «un tumor en un muslo».

En cuanto a la enfermedad que motivó mi intervención, se me dijo lo siguiente:

En el mes de junio de 1941 trataron al paciente con radium (del día 12 al 15), por presentar «una ulceración de la piel que cubría el glande». Al cicatrizar, en el mes de septiembre siguiente, «dicha piel se cerró», teniendo necesidad de efectuarse una circuncisión, apareciendo un glande normal, y permaneciendo así hasta el mes de diciembre

del mismo año, en cuya fecha comenzó a crecer en la «extremidad del pene» una «caruosidad blanquecina», que fué aumentando de tamaño. En el mes de julio de 1942 le trataron nuevamente con radium, desapareciendo la lesión. En el mes de octubre de 1944 reapareció la úlcera, siendo de nuevo irradiado el día 12 de marzo de 1945. Como la lesión siguiera creciendo, en el mes de junio siguiente fuí consultado.

El paciente es un viejecito con buen estado ge-



Figura 8.

neral. Se quejaba de intensos dolores en todo el pene, tanto espontáneos como al orinar, que le impedían descansar, irradiándosele hasta la ingle y presentándose de vez en cuando hemorragias en la lesión peneana que padecía.

Localmente, la fotografía número 8 demuestra claramente las lesiones que el enfermo presentaba en el pene. El glande, ulcerado en sus tres cuartas partes, así como el surco balanoprepucial, con formaciones vegetantes que sólo respetaban una pequeña porción del lado derecho de la extremidad del pene, sangrantes con cierta intensidad al quitar la gasa que lo cubría. Consistencia dura, que llegaba hasta por debajo del retraído surco, y dolorosa a la presión. El meato se distinguía muy difícilmente entre los numerosos mamelones entre los que se encontraba.

En ingle izquierda, abundantes ganglios, algu-

nos del tamaño de huevos de paloma y adheridos a planos profundos.

Como, según los familiares, se habían hecho algunas biopsias en fechas anteriores que «demonstraron se trataba de un cáncer», quedaron en proporcionarme sus resultados, razón por la cual me abstuve de efectuar otras, comenzando el tratamiento con roentgenterapia de Chaoul el día 13 de junio de 1945, terminándole el día 5 de noviem-



Figura 9.

bre siguiente, administrando un total de 10.158 r., intercalando dos períodos de reposo en el tratamiento de quince días y tres meses, respectivamente, siendo el segundo de mayor duración por «voluntad del enfermo», ya que, creyéndose curado, «no juzgó conveniente hacer el viaje antes de dicho tiempo». Se emplearon los localizadores números 7, 8 (cinco centímetros f. p.) y 1 (1,5-f. p.) con filtro complementario de un milímetro de goma.

El día 24 de octubre se hicieron las fotografías números 9 y 10; el paciente en esta fecha había recibido 6.000 r. en la totalidad de la neoplasia. Esta zona irradiada presentaba, anatómicamente, un aspecto casi normal, gran blandura y flexibilidad, repartida ésta uniformemente, tanto por el cuerpo del pene como por el glande; en la parte izquierda de éste aparecían algunas diminutas formaciones de tipo «sesil», de una de las cuales se hizo una biopsia. La porción derecha del glande aparecía completamente normal,

El informe histológico remitido por el doctor, ORTIZ PICÓN (26 de octubre de 1945) fué el siguiente:

«Toda la superficie del trocito biopsiado está constituida por epidermis que presenta un aspecto perfectamente histotípico de sus diversos estratos. Sólo en algunos puntos de la zona basal-papilar se aprecia la anomalía de que existen algunos pequeños islotes del epitelio malpighiano, que, en conexión del resto de la epidermis por istmos epiteliales, son expresión de un crecimiento anormal del epitelio hacia la dermis papilar. La delgada franja de ésta, comprendida en el fragmento, aparece con ligeros signos de esclerosis y con una evidente infiltración de elementos plasmocitarios. Estos no muestran acusada tendencia a formar acúmulos en las partes subyacentes a las zonas de máximo crecimiento del epitelio (como signo de una estromarreacción inflamatoria defensiva ante la irrupción dérmica del mismo); y, por lo demás, aunque las células epiteliales de dichas zonas pre-



Figura 10.

sentan signos de actividad mitótica algo más acusada de lo normal, no se aprecia un gran desorden citogenético ni un polimorfismo nuclear exagerado. Sin embargo, no existe la regularidad celular característica de los estratos basales de una epidermis perfectamente normal.

Interpretación histopatológica.—La imagen histológica no evidencia, en modo alguno, la existencia de un epitelioma anatómicamente constitu-

do. Debe ser interpretada en sentido de que *existen signos de proliferación atípica de la epidermis*. Pero es imposible dilucidar si este crecimiento es debido a un dismorfismo (simplemente hiperplásico) regenerativo, consecutivo a la acción radioterápica, o si se trata de una proliferación (neoplásica) destructivo-invasora del epitelio, todavía en una fase muy incipiente. (El término «atípica» debe ser vinculado aquí en su estricto sentido, sin vincularlo al concepto de malignidad.) 26 de octubre de 1945.»

Como anteriormente indiqué, completé la dosis total a la cifra ya mencionada de 10.158 r.

El estado general del paciente en dicha última fecha era excelente; sueño normal, así como la micción.

La zona inguinal izquierda, que comenzó a tratarse el día 13 de junio de 1945 con roentgenterapia profunda, terminándose el día 9 de julio siguiente, no presentaba por palpación sino diminutos ganglios de consistencia dura y totalmente desplazables sobre los tejidos subyacentes.

Actualmente, julio de 1946, el enfermo continúa sin novedad, aun cuando, por no seguir las prescripciones ordenadas, se ha presentado una fimosis moderada. Como es natural, se continúa la observación del mismo.

Así, pues, nadie debe dudar del beneficioso efecto curativo de la radiumterapia en el cáncer del pene, aun en estadios algo avanzados del mismo, pero a condición de ser puesta en práctica de un modo verdaderamente científico para lograr una absorción uniforme y suficiente de la radiación emitida por el radium contenido en los diversos tubos, convenientemente colocados por la neoplasia objeto del tratamiento. Por muy diversas razones que no creo oportuno describir en este momento, rechazo de un modo absoluto la radiumterapia efectuada con el intermedio de agujas (radiumpuntura) que, con no escasa frecuencia, se realiza en la práctica diaria en cánceres del pene, no sólo en la fase algo avanzada de los mismos a que nos estamos refiriendo, sino mucho menos en sus períodos de comienzo.

¿Qué diremos de la Cirugía como tratamiento de las neoplasias del pene cuando éstas se salen del cuadro de las comprendidas en la fase temprana, es decir, en los casos en que la tumoración ha invadido una cierta proporción del miembro peneano y existen adenopatías palpables que por sus características sea lógico suponer que son de índole metastásica maligna?

En primer lugar, se trata de una «gran cirugía», exclusiva para determinados cirujanos de



E V I O N

Acetato de α -tocoferol sint. Para la terapéutica por la

Vitamina E

Abortos habituales e inminentes

Tendencia a partos prematuros

Esterilidad femenina y masculina

Distrofia muscular progresiva, etc.

Grageas: Tubos de 20 - Ampollas: Cajas de 5

E. Merck

(Censura Sanitaria núm. 8.770.)

Ayuntamiento de Madrid

gran experiencia y técnica quirúrgicas, ya que la emasculación total debe ir seguida de una «toilette» ganglionar lo más completa posible, hasta la zona de los grandes vasos ilíacos, siendo necesario e indispensable a continuación utilizar la roentgenterapia profunda con la extensión debida. Es fácil de comprobar, en la no escasa bibliografía existente sobre el particular, estadísticas hasta cierto punto favorables, dada la gravedad del proceso y de la intervención. Por la edad avanzada de los enfermos en que, como anteriormente indiqué, se suelen presentar estas lesiones neoplásicas, es evidente la gran cantidad de riesgos vitales a que con dicha terapéutica se les somete, siendo escasos los que sobreviven a ella. Mucho espacio me sería preciso para el análisis detallado de las opiniones emitidas por ilustres cirujanos extranjeros, verdaderamente especializados en esta modalidad de intervenciones, y con ello tratar de llegar a una conclusión sobre sus indicaciones en los diversos casos que pueden presen-

tarse en la Cirugía; pero no siendo éste mi objeto en este modesto trabajo, me limito a lo anterior y brevemente expuesto sobre dicho particular para poner de manifiesto que no soy opuesto a admitir las posibilidades curativas de dicho proceder terapéutico en las neoplasias de que nos venimos ocupando, a condición de que sea puesta en práctica por cirujanos de gran hábito quirúrgico, de los cuales tenemos en España magníficos ejemplos, para no limitar la intervención a una simple emasculación que no conseguiría apenas prolongar la supervivencia de los pacientes sin otra compensación a tan penosa y desagradable mutilización.

En cuanto a las posibilidades de la roentgenterapia de Chaoul, el caso de cáncer de pene primeramente expuesto en esta publicación puede servir de exponente del grado de las mismas, ya que las condiciones en que fué iniciado su tratamiento no eran precisamente para pensar de un modo optimista en cuanto a su porvenir.

SOBRE TRATAMIENTO DE LAS MENINGITIS

por el

Dotor FRANCISCO JOFRE DE VILLEGAS

El objeto del presente trabajo es llamar la atención de los médicos sobre el tratamiento de las meningitis. Son muchos los enfermos de meningitis que fallecen actualmente de esta enfermedad en nuestra patria (hay autores que cifran el número de fallecimientos por esta causa, anualmente en España, todavía en más de 100.000), y esto no debe ser así; porque esto, que era comprensible y razonable antes del descubrimiento de las sulfamidas, en cuyo tiempo, una vez que hacíamos el diagnóstico de meningitis, no podíamos hacer más que cruzarnos de brazos y contemplar al pobre enfermo, sin poder ayudarle en nada, pues en el mejor de los casos, si curaba, quedaban tales restos de su enfermedad, que era un ser inválido para toda su vida y un lastre para la sociedad.

Y habíamos únicamente de limitarnos a consolar a la familia lo mejor que podíamos, porque sabíamos tristemente que nuestra ciencia era impotente e inútil para curar al paciente. Hoy, afortunadamente, ha variado sensiblemente el tratamiento de estos enfermos, en el sentido de que la inmensa mayoría de los meningíticos (meningocócicos), diagnosticados y tratados a tiempo, se curan sin restos patológicos de su enfermedad gracias a la terapéutica sulfamídica. Es decir, se cura al enfermo, con restitución *ad integrum*. Hemos de ser nosotros los médicos (en esto como en tantas cosas) los que hemos de instruir y llevar al convencimiento de los familiares que el enfermo no su-

frirá nada a consecuencia de la punción lumbar; que curará de su enfermedad y no quedará ciego, lisiado, etc., etc. Prejuicios familiares que hemos de desvanecer. (Recuerdo, a propósito de esto, los trabajos enormes que hube de hacer para poder practicar una punción lumbar a una enfermita con síntomas meníngeos por oposición de sus padres. «Déjela usted, me decían; quedará ciega, inútil, idiota.» Yo, insistiendo, la practiqué. Se la trató con sulfamidas y curó radicalmente, quedando sus padres agradecidísimos y admirados. Así es que hube de salvar a la enferma aun en contra de sus familiares.)

Como este caso se han dado a todos los médicos. Es decir, que hemos de luchar contra su manera consuetudinaria de pensar e inculcarles otros modos de pensar más a tono con la realidad y adelanto de la ciencia. Porque el estado de cultura médica de la gente, del vulgo, va estrechamente unido al estado de cultura de los profesionales de la Medicina, esto es, de los médicos; y así se ve en la historia de la Medicina, que a mayor cultura médica de los médicos, paralelamente va unida mayor cultura médica del vulgo, como vemos en el auge de la gran cultura general en Medicina durante la época arábiga, en la Medicina en España, etc., etc. Pero no quiero insistir en esto, pues fuera algo largo por las citas y estudios y reflexiones a que diera ello lugar. La labor nuestra en este sentido es bien pesada (hay que re-

conocerlo); pero al fin es labor de nosotros y en bien de la Humanidad doliente; pero, a tenor con ello, nos queda la satisfacción íntima por nuestra parte del deber cumplido. Satisfacción moral que nos hace invulnerables al tedio, al cansancio o a la tristeza en el ejercicio de nuestra bella profesión.

Antes de pasar adelante, hemos de decir que muchos de los fracasos que se achacan a la terapéutica por las sulfamidas son debidos no al proceder terapéutico, sino a una mala dosificación de la droga, por insuficiente dosis generalmente, por administración de una dosis pequeña, corta y sin regularidad, como he observado en algunos casos en los que fui llamado a consulta.

En un artículo nuestro, que publicamos en SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA, sobre tratamiento de la pulmonía con sulfopiridina, fuimos de los primeros en España que aconsejamos el empleo de las sulfopiridinas (piridazol en aquellos casos) a dosis suficiente, en el comienzo del mal, de una forma regular y sostenida, hasta completa curación (en otro caso, decíamos, aumenta los procesos pulmonares postneumónicos y metaneumónicos); es decir, pronta, rápida y suficiente concentración del medicamento en la sangre.

Posteriormente, hemos visto cómo autores de la reconocida competencia profesional de TORRES GOST, etc., etc., opinan lo mismo. Más adelante insistiremos sobre esto, que es fundamental en esta terapéutica.

Hemos de hacer el diagnóstico de meningitis lo antes posible, pues cuanto más precoz hagamos el diagnóstico del meningítico y antes empleemos la medicación sulfamídica, más probabilidades tendremos de curar al enfermo. Esto es de tanta trascendencia, que se ve bien claro y de una forma ostensible la manera de obrar la medicación, según se empleen las sulfamidas el primero, segundo o tercer día del comienzo del mal. ¡Esforcémonos en hacer el diagnóstico precoz!, para lo cual la punción lumbar, hecha pronto, nos ayudará grandemente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento. A veces, con síntomas clínicos aparentes, no se tratará de un proceso meningítico, y, en ese caso, nada se habrá perdido. Recuerdo, a propósito de esto, a una pequeña enfermita, que su médico de cabecera la dió por desahuciada, por padecer, a su juicio clínico, una meningitis tuberculosa; fui llamado a consulta, y encontré un tremendo foco de bronconeumonía, en pulmón derecho. A la enferma no se la trataba ya con nada. Padecía realmente síntomas clínicos aparentemente meníngeos. La practiqué rápidamente la punción lumbar, y el análisis bacteriológico del líquido cefalorraquídeo (Instituto Provincial de Higiene de Palencia) no reveló nada anormal en dicho líquido cefalorraquídeo. Ante esto, dispuse suero antibronconeumó-

nico a dosis masivas, y la enfermita curó. ¡Era nada más que un meningismo!

La punción lumbar está al alcance de todos los médicos; es inofensiva en la mayoría de los casos (no en todos), y hecha con todas las precauciones asépticas, en nuestras manos todavía no hemos tenido ni un caso de molestias o complicaciones con su empleo. Por otra parte, como la gente ve que desde el empleo de las sulfamidas curamos los médicos pronto y bien a los pacientes, con facilidad se dejan puncionar, cosa que antes no ocurría.

También queremos adelantar al lector que todos nuestros casos han sido tratados con sulfamidas, producidas por Laboratorios Farmacéuticos Españoles (en estos casos que presentamos con Azol comprimidos, Azol inyectables y a veces Betazol y Sulfatiazol; en algún caso con supositorios en Azol), y hemos de agradecer públicamente al Laboratorio del doctor ANDRÉU (hijo), de Barcelona, su esplendidez y prodigalidad en el envío de muestras de sus medicamentos, que nos han permitido curar a meningíticos pobres, que, en otro caso, seguramente hubieran sucumbido a su mal por imposibilidad de recursos.

Afortunadamente, hoy tenemos en España varios laboratorios farmacéuticos que producen sulfamidas y todos sus derivados, que en nada tienen que envidiar a los extranjeros, y a veces son mejores los patrios, y parece ridículo se insista por parte de algunos médicos en procurarse a toda costa productos sulfamídicos con nombres raros extranjeros, cuando los tenemos en nuestra patria de toda solvencia y garantía. Más adelante insistiremos sobre esto.

Antes de comentar en mi trabajo el tratamiento de las meningitis, queremos dar una pincelada sobre su sintomatología y diagnóstico precoz, pues, como he dicho anteriormente, es interesante el diagnóstico rápido para su tratamiento acertado. Nos referimos en nuestro trabajo a las meningitis meningocócica, tuberculosa y al meningismo. La neumocócica, estafilocócica, purulenta, etc., no las estudiamos, y creemos son bastante raras en la práctica, pues en veinte años de ejercicio profesional, viendo diariamente gran número de enfermos, no las hemos hallado.

MENINGITIS MENINGOCÓCICA

El principio de la enfermedad es casi siempre (por no decir siempre) tumultuoso, generalmente vómitos, dolor de cabeza violento y estreñimiento grande. Signo de Kernig positivo, fenómeno de Brudzinsk; la rigidez de la nuca suele ser un síntoma temprano, y que generalmente aparece con fuerte manifestación; no es tan común al herpes, ni tan constante como afirman los autores; los reflejos tendinosos suelen estar exaltados, como manifestación lógica de la irritación cerebral; los

vómitos son frecuentes. Ante este cuadro, en todos los casos se impone la punción lumbar.

MENINGITIS TUBERCULOSA

La meningitis tuberculosa es en todos los casos un proceso que se desarrolla a consecuencia de una tuberculosis miliar en otros órganos; ya venimos anteriormente tratando de un proceso fímico al enfermo, desarrollado ora en pulmón, ora en articulaciones o bien óseo, etc.

La manera de comenzar es generalmente, al contrario de la meningocócica, de una forma asintomática, silenciosa. La fiebre y el pulso, al contrario que en aquélla, no aumentan bruscamente. El niño se vuelve apático, soñoliento, no juega, evita la luz y se hace irritable, malhumorado, huraño. Generalmente cursa con cefalalgia, vómitos y estreñimiento. Ante estos síntomas, es necesario que el médico tome la temperatura por la tarde y generalmente verá se halla aumentada; es muy importante observar la ineficacia de los medicamentos reconstituyentes, vitamínicos, hepáticos, etc., en estos enfermos, pues ello nos lleva a la pista del descubrimiento de la enfermedad en procesos silenciosos o larvados, en fímicos de otros órganos o aparatos. Más adelante notaremos anisocoria, rigidez de nuca, mirada vaga y dirigida al espacio, reflejos exaltados, pulso bradicárdico, abdomen deprimido. Está indicado practicar la punción lumbar.

MENINGISMO

A veces el médico se ve sorprendido con casos clínicos de un parecido sintomatológico tan sorprendente a la meningitis, que llega a confundirla con ella, por mucha práctica y ojo clínico que posea. En los lactantes, el estudio detenido de la fontanela puede hacernos llegar a rechazar en absoluto el diagnóstico de meningitis; empero, yo lo tengo muy bien observado en la práctica; el diagnóstico diferencial es difícil, pues su sintomatología es tan exactamente igual (rigidez, Fernig, exaltación de reflejos, hiperestesia, etc.), que para poder con seguridad hacer el diagnóstico hemos de recurrir a la punción lumbar y al análisis bacteriológico del líquido céfalorraquídeo para poder precisar su diagnóstico y tratamiento acertado, pues en otro caso es fácil confundir cuadros clínicos de insolación, digestivos, oxiuros, etcétera, etc., con la verdadera meningitis. De tal manera, que la punción lumbar y análisis bacteriológico del líquido céfalorraquídeo es la piedra de toque para el diagnóstico de las meningitis. Yo, por mi parte, no considero seguro (ni la mayoría de los autores) un diagnóstico de meningitis sin punción lumbar y consecuente análisis bacteriológico del líquido céfalorraquídeo.

PUNCIÓN LUMBAR

Su técnica es tan sencilla, que no vale la pena hablar de ello; únicamente diré que se procure dar con enfermo no sentado, sino acostado. Únicamente diremos que en el niño su ejecución es más fácil que en el adulto, y que todos, naturalmente, hemos tenido casos de dar punciones blancas; pero al fin esto es inevitable que ocurra alguna vez. Nosotros, repetimos, en veinte años de ejercicio profesional, y después de practicar gran número de punciones, jamás hemos tenido accidentes desagradables que pudiéramos achacar a su empleo.

LÍQUIDO CÉFALORRAQUÍDEO

Macroscópicamente.—La salida del líquido céfalorraquídeo es a presión y a chorro fuerte por el trocar; en la M. meningocócica y en la M. tuberculosa no suele ser a presión, sino sin fuerza en el chorro líquido; es normal en líquido sin enfermo meningítico; es también a presión en el meningismo. Pero ya a simple vista nos podemos hacer una idea de la enfermedad por sus caracteres; es con turbidez en la M. meningocócica; es claro en la M. tuberculosa; es claro normal en el meningismo.

Bacteriológicamente.—Nos resuelve todas nuestras dudas; normal, en el meningismo. Con meningococos, reacciones de las globulinas positivas (Nonne, Appel, Pandey, Ross-Jone), en la meningocócica; con linfocitosis y bacilos de Koch, en la tuberculosa.

Presentamos nuestra casuística, y hacemos luego unos comentarios.

Caso núm. 1.—B. Herrero, hembra, de veinticinco años de edad, de Paredes de Nava, soltera. Somos avisados por un fuerte y repentino dolor de cabeza, que aqueja la enferma, insoportable; la enferma pide a gritos la cierren las ventanas de su cuarto (fotofobia). Explorada, hallamos rigidez de nuca, Kernig positivo, fenómeno de Brudzinski, anisocoria; fiebre, $39\frac{1}{2}^{\circ}$; diagnosticamos meningitis, posiblemente meningocócica. Punción lumbar, líquido con gran turbidez y presión. Análisis bacteriológico (doctor P. M. Martínez, Palencia): positivo al meningococo; globulinas, reacciones positivas.

Tratamiento: dos comprimidos de azol cada tres horas; dos inyecciones intramusculares de azol diarias; seis ampollas de suero antimeningocócico; en total, el primer día, 10 granos de azol. Segundo día: cada dos horas, un comprimido de azol, dos inyecciones de azol; en total siete granos de azol. Tercer día: cada seis horas, dos comprimidos de azol y dos inyecciones de azol; en total, cinco granos de azol. Curación. En total, 22 granos de azol. El suero se empleó en forma intrarraquídea. Como restos de su enfer-

medad, la queda ruido de oídos, inmodificable con toda clase de tratamiento.

Caso núm. 2.—A. Garrido, hembra, de cinco años de edad, de Paredes de Nava. Soy llamado a consulta; se halla diagnosticada por su médico de cabecera de gripe; la encuentro en pleno ataque meningítico. Punción lumbar. Turbidez del líquido y salida a presión. Análisis bacteriológico (Laboratorio Atienza, Palencia): positivo a meningococos; glubulinas, reacciones positivas. Un comprimido de azol cada cuatro horas, dos ampollas de azol; curación en tres días, sin restos patológicos de su meningitis. En total se administraron 12 gramos de azol.

Caso núm. 3.—H. Rodríguez, hembra, doce años, de Paredes de Nava. Proceso típico, a mi juicio, de meningitis tuberculosa. Punción lumbar: líquido claro, sin presión. Análisis bacteriológico (Doctor P. M. Martínez, de Palencia): positivo al Koch. Azol, hepol. Cebión fuerte. Falleció.

Caso núm. 4.—A. Hoyos, hembra, tres años de edad, de Paredes de Nava. Proceso digestivo poco claro, ligero Kernig, anisocoria moderada, irritabilidad. Punción lumbar. líquido a presión, turbidez. Diagnóstico bacteriológico (Laboratorio Atienza, Palencia): positivo a meningococo. Azol en comprimidos, azol intrarraquídeo, suero antimeningocócico. Curación en dos días. En total, 10 gramos de azol. Sin restos de su meningitis.

Caso núm. 5.—P. Hoyos, varón, diez años de edad, de Paredes de Nava. Síntomas meningíticos, a mi juicio clínico; Kernig, etc. Punción lumbar: líquido claro y sin presión. Análisis bacteriológico (Laboratorio Atienza, Palencia): positivo a meningococo. Azol en comprimidos e inyectables; en total, 16 gramos de azol. Curación en ocho días, sin restos patológicos de su enfermedad.

Caso núm. 6.—H. Pérez, doce años de edad, de Paredes de Nava. Síntomas clínicos meningícos. Punción lumbar: líquido claro. Análisis bacteriológico (Laboratorio Atienza, Palencia): líquido, normal. Meningismo. Curación.

Caso núm. 7.—A. Rodríguez, herabra, de Paredes de Nava. Síntomas clínicos de meningitis. Punción lumbar. Análisis bacteriológico (Instituto Provincial de Higiene, Palencia): líquido, normal. Meningismo. Curación.

Caso núm. 8.—P. Díez, hembra, de Paredes de Nava. Síntomas clínicos meningícos. Punción lumbar: líquido claro y sin presión. Análisis bacteriológico: positivo a Koch. Cebión fuerte, hepal, calcio. Falleció.

Caso núm. 9.—A. Hoyos, hembra, de Mazuecos de Valdejinete. Síntomas de meningitis. Análisis bacteriológico (Laboratorio Atienza, Palencia): positivo al meningococo. Sulfatiazol, suero antimeningocócico. Curación, sin restos patológicos, en cinco días.

Caso núm. 10.—F. Fernández, varón, nueve años de edad, de Paredes de Nava. Síntomas claros de meningitis. Análisis bacteriológico: positivo a meningococos. Azol, comprimidos. Curación en cinco días.

Caso núm. 11.—P. Asenjo, varón, un año de edad, de Paredes de Nava. Síntomas clínicos meningícos. Análisis bacteriológico: líquido céfalorraquídeo, positivo a meningococo (doctor P. M. Martínez, Palencia). Azol, comprimidos e inyectables. Curación en cuatro días. (Enfermo tratado en colaboración con el doctor Serapio Pajares, de Palencia.)

Caso núm. 12.—J. Velázquez, doce años de edad, de Paredes de Nava. Síntomas clínicos meningícos. Análisis bacteriológico (doctor Payo, Palencia): positivo a Koch. Falleció.

Caso núm. 13.—A. Infante, varón, cuatro años de edad, de Paredes de Nava. Síntomas clínicos meningícos. Análisis bacteriológico: líquido céfalorraquídeo, positivo a meningococo. Sulfatiazol, comprimidos. Curación en cinco días. (Análisis, Instituto Provincial de Higiene, Palencia.)

Caso núm. 14.—J. Paredes, de seis años de edad, de Frechinilla de Campos. Síntomas clínicos de meningitis. Análisis bacteriológico: positivo a meningococos. Azol en comprimidos y supositorios. Curación en siete días.

Caso núm. 15.—M. Pesquera, de diez años de edad, varón. Síntomas clínicos meningícos. Análisis bacteriológico: líquido céfalorraquídeo, positivo a Koch (Laboratorio Atienza, Palencia). Falleció.

Caso número 16.—J. Aparicio, de cinco años de edad. Síntomas clínicos manifiestamente meningícos. Análisis bacteriológico (Laboratorio Atienza, Palencia): líquido céfalorraquídeo positivo a meningococo. Azol en inyectables y comprimidos. Curación en cinco días.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

De nuestras historias clínicas observamos que la meningitis meningocócica es, desde el descubrimiento por DOMAGH de las sulfamidas, un proceso perfectamente curable, pronto y bien, sin dejar restos indelebiles de la enfermedad; las sulfamidas obran en estos casos rápida y satisfactoriamente. Anteriormente al empleo de las sulfamidas, era éste un proceso de un pronóstico casi fatal; hoy es un proceso, gracias a ellas, perfectamente curable y con rapidez sorprendente, cuatro, cinco o seis días. Esto, en cierto sentido, es similar a lo que acontecía con la difteria, antes y después del descubrimiento del suero antidiftérico; pasa igual con las sulfamidas, respecto al tratamiento de la meningitis meningocócica.

Animado con la lectura de trabajos médicos de algunos autores (SÁNCHEZ LOBO, etc.) que han publicado casos curados de meningitis tuberculosa, hemos empleado en esos casos sulfamidas, inyec-

tables de hígado y vitamina C a grandes dosis, y todos nuestros pacientes afectados de ella fallecieron; en nuestras manos no dió resultado. Si que autor tan sabio y eminente como el doctor ANTONIO VALLEJO NÁGERA, publicista y clínico eminentísimo de Madrid, opina en este sentido, igual que nosotros: en la ineficacia de este proceder en la meningitis tuberculosa.

Y habremos de esperar al empleo de la penicilina en estos pobres pacientes de meningitis tuberculosa para ver si esta droga modifica el pronóstico fatal que ahora tiene. Por las lecturas en bibliografía sobre el asunto, parece ser que hasta ahora no ha respondido la penicilina en estos casos. No obstante, yo la emplearé en los primeros casos que tenga, y he de informar a los lectores verídicamente de sus resultados. En casos de meningismo, todo da resultado; de ahí la necesidad ineludible de la punción lumbar y consiguiente análisis del líquido céfalorraquídeo; en otro caso, nos engañaríamos a nosotros mismos, creyendo haber curado meningíticos que de ello no tenían absolutamente nada.

En todos nuestros casos hemos empleado sulfamidas de producción española; es más, en el caso número 4, que fuimos llamados en consulta, hubimos de suprimir un producto sulfamidico extranjero, por su mala tolerancia (vómitos, etc.), y poner inyecciones y comprimidos de azol exclusivamente, con lo cual curó el enfermo y evitamos la intolerancia gástrica al sulfamidado extranjero que se empleaba.

Es necesario dar la dosis alta, pronto y necesaria (dosis de ataque, dosis sucesiva, dosis de sostén); pues en otro caso, con dosis tímidas y cortas y sin regularidad, hacemos al enfermo sulfamidorrésistente, y luego no adelantamos nada con propinar una dosis fuerte, pues ya resultaría ineficaz; en estos casos se achacaría un fracaso al proceder sulfamidico, cuando, en realidad, era debido a mala dosificación del medicamento empleado por nosotros.

No hemos tenido en nuestros enfermos, a pesar de que en algunos nos fué necesario propinar dosis fuertes, efectos desagradables secundarios, a ha-

cables al empleo de las sulfamidas; administramos el medicamento con solución acuosa de bicarbonato de sosa, y damos jugo de frutas en abundancia y vehículo líquido *ad libitum*, al objeto de poder acelerar la eliminación del medicamento y favorecer su tolerancia. En los procesos de meningitis meningocócica curan los enfermos, sin quedar restos patológicos de su enfermedad; es decir, perfecta restitución a la normalidad.

CONCLUSIONES

Se hace un estudio de las meningitis más frecuentes en la práctica clínica diaria. Se hace un ligero esbozo sintomatológico de las meningitis meningocócica, tuberculosa y del meningismo. Se indica que es imprescindible para el diagnóstico acertado la punción lumbar y consiguiente análisis bacteriológico del líquido céfalorraquídeo. Sin ello no es posible sacar consecuencias formales en terapéutica meníngea. Se estudian dieciséis casos (diez meningitis meningocócicas, cuatro meningitis tuberculosas y dos meningismos). Se insiste en que los productos sulfamidados patrios dan, terapéuticamente, igual resultado o mejor que sus similares extranjeros. Se insiste en la conveniencia de administrar dosis pronta, necesaria y continuada, hasta la curación completa. En otro caso se hace al enfermo sulfamidorrésistente. Su efecto es sensiblemente igual, asociada al suero antimeningocócico o no, a nuestro juicio. Hemos encontrado sensiblemente igual resultado con la sulfamida simple (azol) que con la derivada (sulfatiazol). No hemos tenido efectos secundarios desagradables con el empleo de las sulfamidas en nuestros pacientes. La ciencia médica ha dado un paso de gigante, cual no podíamos sospechar, en el tratamiento de la meningitis meningocócica.

BIBLIOGRAFIA

- MULLER-SEIFERT (M. DE).—«Exploración clínica. Tercera edición española.
P. AMOR.—«Terapéutica clínica de urgencia».
F. J. COLLET.—«Manual de Patología interna».
AGASSE-LAFONT.—«El laboratorio moderno del médico práctico».
BALTHAZARD, CESTAN, H. CLAUDE, MACAIGNE, NICOLAS y VERGER.—«Manual de Patología interna». Tomo IV.



VERISCAL "C"

Gluconato de cal 10 % y Vitamina - C 1.000 U. I.

En ampollas separadas y cajas de 10 amp. de cada clase

Para inyección intramuscular o intravenosa

Puede administrarse indistintamente, mezclando el contenido de las dos ampollas o por separado.

CAJAS de 2, 5 y 10 cc.

«Publ. Med. Garbí».

NOGUER y MOLINS.—«Exploración clínica».
 R. RAMOS.—SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA, núm. 19.
 LAFFERRE DE ARRIE.—*Le Scalpel*, 12-8-1939.
 R. RAMOS.—*Rev. Esp. de Farmac. y Terap.* núm. 8.
 F. JOFRE DE VILLEGAS.—SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA, número 149.

E. FEER.—«Tratado de enfermedades de los niños». Octava edición.
 SALVAT y NAVARRO.—«Tratado de higiene». Tomo II, primera edición.
 DOMAGK.—«Quimioterapia de infecciones bacteriales». 1940. Discurso.

Divulgaciones nacionales

TRABAJOS DEL SEMINARIO DE LA SEGUNDA CATEDRA DE GINECOLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

(Profesor encargado: J. Botella Llusia)

La inducción del parto por procedimientos médicos

por

LUIS BOTELLA LLUSIA

Entendemos por *inducción* del parto la excitación artificial de la motilidad uterina con el fin de desencadenar el parto con todos sus fenómenos fisiológicos en una embarazada cuyo feto esté a término. Debemos distinguir de este concepto el de *provocación* del parto, que tiene lugar cuando todavía la gestación *no está a término*, siendo, sin embargo, el feto viable. Todavía debemos diferenciar esta provocación del parto de la provocación del aborto, la cual tiene lugar cuando nosotros desencadenamos la puesta en marcha del útero antes del séptimo mes de la gestación. Prescindiendo de la provocación del aborto, maniobra prohibida que nunca se intentará, la provocación y la inducción del parto son cosas muy diferentes y que nosotros debemos distinguir bien. El desencadenamiento de las contracciones es tanto más fácil cuanto más adelantada se halla la gestación, y *de aquí que sea mucho más sencillo inducir el parto que provocarlo*.

La inducción y provocación del parto pueden hacerse por procedimientos médicos, quirúrgicos y mixtos; nosotros nos ocuparemos aquí exclusivamente de los primeros, y haremos mención tan sólo de los otros en lo que se relaciona con ellos. Es interesante señalar que los procedimientos médicos, menos radicales, bastan casi siempre para inducir el parto, mientras que para su provocación suele ser necesario reunirlos a ciertas maniobras que, como la punción de las membranas o la metreurisis, tienen ya un marcado carácter quirúrgico.

Nosotros nos proponemos aquí tan sólo exponer los remedios medicamentosos que se pueden emplear con estos fines, ilustrándolos con una modesta casuística a modo de ejemplo.

Para una mejor comprensión de lo que vamos a decir, creemos necesario dar primero una idea de cómo se inicia fisiológicamente el parto, y después repetir unas nociones generales sobre fármacos de acción oxitócica.

I.—FISIOLOGÍA DEL DESENCADENAMIENTO DEL PARTO

Llega un momento en el embarazo en que se pone fin de un modo brusco a todo el complicado estado endocrino que ha tenido lugar durante la gestación, presentándose el fenómeno del parto.

La coincidencia de este fenómeno con la cuarenta semana del embarazo, es materia que ha hecho pensar mucho a los médicos, y si bien su causa primordial se desconoce actualmente, el proceso patogénico se conoce con bastante exactitud.

Como todos los fenómenos del embarazo, el desencadenamiento del parto está regulado por la placenta. Llegada la gestación a término, la placenta presenta signos de regresión y sensibilidad, que ponen de relieve que el oficio de este órgano llega a su ocaso, siendo su muerte la que provoca el fenómeno de la expulsión y no la expulsión la que condiciona su muerte.

De los experimentos de COLLIP y sus colaboradores (1) se desprende que es la placenta la que determina la duración del embarazo.

Veamos ahora de qué forma la placenta produce el desencadenamiento de las contracciones. Actualmente se sabe que la progesterona produce en el útero un estado refractario a la hormona oxitócica del óvulo posterior de la hipófisis, acción opuesta tienen los estrógenos, que como es sabido, sensibilizan el útero a la acción de dicha hormona hipofisaria.

Durante la vida de la mujer se alternan de un modo cíclico fases de acción estrogénica con motilidad interna y fases de acción enteínica con reposo. El embarazo representa una época de predominio de la progesterona, y, por tanto, el útero permanece en un estado de reposo que es indispensable para la continuación de la gestación.

Según TSCHERNE (2) y BERNHART y colaboradores (3), la acción inhibidora de las contracciones de la hormona del cuerpo lúteo es tan intensa, que no basta a interrumpir la gestación aun la administración de grandes dosis de oxitocina, sino que

hay que sensibilizarlo previamente con estrógenos si se quieren provocar contracciones (GUGGISBERG, 4).

Investigaciones sobre la cantidad de estrógenos durante el embarazo demuestran que momentos antes del parto aparece un brusco predominio folicular, lo cual vendría a explicar el por qué el útero se hace capaz de reaccionar a los estímulos de la contracción.

RUNGE (5) ha encontrado un aumento de la cantidad de estrógenos eliminados por orina durante el parto. Semejantes observaciones han hecho BROWNE, HENRY y VENNING (6). De todo lo cual cabe concluir que los estrógenos adquieren el máximo de eliminación en el momento del parto, mientras que el pregnandiol, que revela la cantidad de progesterona existente en el cuerpo, empieza a descender desde una semana antes del parto.

Hay un momento en el embarazo en que la cantidad de estrógenos vence a la progesterona, que actuaba manteniendo el útero en reposo; en este momento se desencadena el parto. Vemos, pues, que, en último término, a duración del embarazo depende de la actividad endocrina de la placenta.

Varios autores han podido influir en la duración de la gestación de los animales por medio de la administración de hormonas de los dos tipos; SNYDER (7) y MANDELSTAMM (8) lo han prolongado mediante la administración de progesterona; ROBSON (9), D'AMOUR y GUSTAVSON (10) y DRUCKREY y BACHMAN (11) lo han acortado con estrona.

Hasta ahora hemos expuesto el importantísimo papel que desempeña el balance hormonal en la gestación; sin embargo, hemos de reconocer que la acción de estas hormonas no es en modo alguno desencadenante, sino que su acción se limita a sensibilizar el útero, siempre preparándole para la acción de otra hormona, que es la verdaderamente responsable del desencadenamiento del parto. Esta sustancia es la orastina u oxitocina, hormona del lóbulo posterior de la hipófisis, que tiene acción estimulante sobre todos los músculos de fibra lisa en general, y sobre el del útero en particular. Esta hormona no aparece bruscamente al final del embarazo, sino que existe en la sangre en todo el curso del mismo, como SIEVERS (12) ha demostrado al encontrar oxitocina en la orina durante todo el embarazo. Si las contracciones del útero no aparecen antes, se debe a que el útero no está sensibilizado aún a la acción de dicha hormona.

Al llegar el parto, el nivel de oxitocina existente sufre un incremento, siendo este ligero aumento de la hormona el factor desencadenante de las contracciones uterinas definitivas y eficaces.

Muy poco se sabe sobre cuál es el estímulo para la secreción de oxitocina. JORES (13), basando sus estudios en el hecho, de antiguo conocido de que la mayoría de los partos se presentan de noche,

cree que el factor desencadenante sería la oscuridad, que actuaría por un reflejo optohipofisario.

Desde los estudios de SIEVER (14) (loc. cit.) se conoce la acción excitadora de la *acetilcolina* sobre el útero. La liberación de acetilcolina, que es normal de las terminaciones parasimpáticas, está notablemente aumentada al final del embarazo. En la placenta se forma también esta sustancia, que se libera por las contracciones, como han podido demostrar WERLE (15) y HAUPTSTEIN (16).

Recientemente, a la *histamina* se le ha atribuido un importante papel en la producción de las contracciones uterinas, ya que durante todo el embarazo existe un aumento de la formación y eliminación de esta sustancia, como han observado EFFKEMANN y WERLE (17). MARCOU (18) cree que durante el parto alcanzaría esta sustancia la suficiente concentración para provocar las contracciones del útero.

Aún existe otra sustancia, que es un oxitócico propio del organismo, y que se conoce con el nombre de sustancia DK. Su aumento no tiene lugar sólo en el momento del parto, sino mucho antes, pero no es capaz de desencadenar las contracciones por la acción renadora de la progesterona y otros mecanismos eficaces que a continuación exponemos.

DALE (19) ha descubierto en la sangre de la embarazada una sustancia que inhibiría la acción de la hormona retrohipofisaria, y que llama «oxitocinas». NAVRATIP (20) ha encontrado una gran cantidad de colinesterasa en la placenta, y, finalmente, WERLE y EFFKEMANN (21) han descubierto en el músculo uterino una activa secreción de histaminasa, que desaparece al comenzar el parto. Los mismos autores han demostrado que el útero gestante inactiva al oxitócico DK.

El útero, que posee estos enzimas destructores, es refractario a los oxitócicos naturales. Se tiende, pues, a pensar que la acción de la progesterona no sea otra que la de estimular la formación de los cuatro enzimas más arriba expuestos.

II.—FARMACOLOGÍA DEL DESENCADENAMIENTO DEL PARTO

La puesta en marcha de los procesos reseñados en el apartado anterior puede conseguirse de un modo artificial de tres maneras fundamentalmente distintas:

1.^a Mediante la introducción de hormonas o incretas de las que normalmente están implicadas en la aparición de las contracciones.

2.^a Mediante la acción de drogas excitadoras de la contracción, es decir, de oxitócicos. No hay que esperar que estas drogas sean capaces por sí mismas de producir el parto. La único que hacen es facilitar la iniciación de los fenómenos endocrinos y nerviosos correlacionados, que, por el mecanismo ya indicado en el apartado anterior, son

los que conducen a la aparición de contracciones rítmicas y regulares.

3.^a Mediante medidas inespecíficas, tales como purgas, baños, masajes o calentamientos, que son susceptibles de excitar indirectamente la actividad motriz del útero.

Conforme ya hemos dejado señalado, todas estas medidas farmacológicas tienen eficacia, cuando, habiendo llegado el embarazo a su término, el proceso endocrino del parto está ya preparado para iniciarse, es decir, en equilibrio inestable. Resulta mucho más difícil, en cambio, conseguir iniciar el parto cuando todavía el organismo no está preparado para él, por lo cual, usando la terminología más arriba expuesta, la *inducción* del parto resulta un objetivo relativamente fácil, mientras que, en cambio, la *provocación* del mismo es mucho más difícil de obtener, y, a su vez, la *provocación* del aborto es mucho más difícil aún.

A) Acción de los estrógenos sobre el útero.

Ya indicamos anteriormente que los estrógenos actúan sensibilizando el útero a la hormona oxitócica del lóbulo posterior y preparando, por lo tanto, la aparición de contracciones. Son, sobre todo, las investigaciones de ROSON (loc. cit.) (22) y AARVAY (23) las que han puesto en claro la acción experimental de la foliculina sobre el útero de los animales. Se ha conseguido, inyectando grandes cantidades de esta sustancia, provocar el parto prematuro, e incluso el aborto, en conejas. Pero los estudios de KEPP (24), FECHT (25) y el mismo AARVAY, demuestran que en la especie humana, aun empleando cantidades muy grandes, esto no se consigue.

Más modernamente se tiende a rechazar la idea de que la hormona estrógena es directamente excitadora del útero, y se piensa más bien que actúa inhibiendo la acción protectora de la progesterona (ROSENKRANZ, 26).

B) Lóbulo posterior de la hipófisis.

Después de una larga polémica, a principios de este siglo sobre los principios activos del lóbulo posterior de la hipófisis (OLIVER y SCHAFER (27), MAGNUS y SCHAFER (28), DALE (29) y CLARK (30), llegó KAMM (31), en 1931, al aislamiento del principio oxitócico de dicha glándula, que ha recibido el nombre de *orastina*, *pifocina* u *oxitocina*. Esta sustancia tiene la propiedad de excitar las contracciones del útero, produciendo, como han podido ver TRENDLENBURG (32) y STEHLE (33), contracciones aisladas y rítmicas de tipo clásico, sin producir, en cambio, hipertensión basal, como, por ejemplo, produce la histamina.

Los estudios de KNAUS (34) han puesto de manifiesto que el útero es más sensible a la acción de esta hormona en los períodos en que está bajo

la acción de dosis fuertes de hormona estrógena, y, sobre todo, en el momento del parto.

C) Incretas y sustancias de carácter hormonoide.

1.^o RUNGE (5), SIEVERS (12-14), HAUPSTEIN (16) y otros han señalado el papel oxitócico de la *acetilcolina*. Esta acción no es sólo una propiedad experimental de los úteros aislados, sino que, evidentemente, tiene lugar también en el útero humano, como lo demuestra el hallazgo hecho por NAVRATIL (20) de colinesterasa en el músculo uterino y en la placenta durante el embarazo.

La histamina ha sido señalada por DALE y LAIDLAW (35) como un potente oxitócico. Su papel en el parto ha sido señalado por MARCOU (36), así como también por UNGAR y POCOULÉ (37). En la pared de la matriz y en la placenta se encuentra histaminasa (EFFEKEMANN y WERLE, 40). J. BOTELLA LLUSIÁ (39) emplea la histaminasa con finalidad antiespasmódica en abortos habituales, lo cual es un argumento más en favor del poder oxitócico de la histamina.

Finalmente, no debemos omitir la sustancia DK de EFFEKEMANN y WERLE (38), de origen pancreático e íntimamente relacionado con la kallikreína.

D) Acción de la quinina sobre el útero.

En el segundo apartado, es decir, en el de las drogas, tenemos que considerar, sobre todo, la *quinina*. La acción farmacológica de la quinina es perfectamente conocida de todos.

Para el profesor B. L. VELÁZQUEZ, la quinina en forma de sal, sulfato o clorhidrato, y a concentraciones pequeñísimas, produciría ya un aumento del tono de la fibra uterina y un estímulo de las contracciones del mismo (KEHRER, 41). Según BIBERFELD (42-43), con concentraciones elevadas se obtiene un efecto opuesto.

La quinina tiene asimismo la propiedad de sensibilizar el útero para otros fármacos, como ha demostrado SCHÜBEL (44).

E) Preparados solubles de cornezuelo del centeno.

Clásicamente, el cornezuelo del centeno se incluía entre los oxitócicos del alumbramiento, y su empleo se consideraba como severamente contraindicado en los primeros períodos del parto. El descubrimiento de la ergobasina o extracto hidrosoluble por DUDLEY y MOIR (45) y los perfeccionamientos introducidos en esta droga por STOLL (46), KARASCH y LEGAULT (47) y THOMPSON (48) han permitido emplear la ergobasina durante las primeras fases del parto. Muy numerosos autores, entre los que citaremos solamente a BADERTEISEN (49), ANTOINE (50), HEYROWSKY (51), y PARDO y C. BOTELLA (52), emplean la ergobasina como oxitócico intraparto, si bien es de se-

ñalar que ha de ser administrada por vía oral y en dosis pequeñas, pues de lo contrario se pueden producir graves estados de hipertonia. Se admite la posibilidad de que la ergobasina pueda servir también para desencadenar el parto o para reforzar contracciones prodrómicas.

GUGGISBERG (53) ha introducido en la terapéutica la metilergobasina, llamada también metergina o partergina, cuya eficacia en este sentido parece haber sido puesta de manifiesto por BACHBAUER (54).

F) *Acción del calcio como reforzador de los oxitócicos.*

Investigaciones de WINKLER y VETTER (55 y 56) y de WIESSMANN y KLIPPEL (57) han señalado experimentalmente la acción reforzadora del calcio sobre las contracciones uterinas. Parece ser que el calcio por sí solo posee ya una acción excitante, pero que ésta se multiplica al asociarlo con la quinina. Desde entonces, el calcio-quinina se emplea como uno de los medios eficaces para iniciar el trabajo del parto.

G) *Estímulos físicos que favorecen el desencadenamiento de las contracciones.*

De siempre es conocido el efecto desencadenador del parto de una serie de estímulos inespecíficos, tales como ejercicios violentos, elevaciones febriles, trastornos psíquicos, etc.

No es intención nuestra repasar aquí de manera concreta este capítulo, que, por otra parte, es muy confuso y poco sistematizado. Digamos tan sólo que algunos medios físicos se han empleado como coadyuvantes del desencadenamiento del parto, y entre éstos figuran particularmente los baños calientes y la administración de purgantes, que todavía hoy se emplean asociados a la quinina u otros oxitócicos, en algunos procedimientos clásicos para desencadenar el parto, como, por ejemplo, el método de STEIN.

Habiendo examinado, como hemos hecho en los párrafos anteriores, los aspectos fisiológicos y farmacológicos del desencadenamiento del parto, vamos a pasar ahora en el capítulo siguiente a los diferentes procedimientos clínicos que se emplean en la práctica y los resultados obtenidos.

CLÍNICA DE LA INDUCCIÓN DEL PARTO

Al tratar de transportar a la Clínica los conocimientos esbozados anteriormente, nos encontramos con dos grandes grupos de métodos: aquellos que se basan solamente en el empleo de medios farmacológicos, solos y combinados, y aquellos otros en los que tratamos de facilitar la acción de las drogas con alguna maniobra de tipo mecánico, que, generalmente, es la punción de la bolsa de las aguas.

La rotura de la bolsa de las aguas actúa, en general, reforzando cualquier medio oxitócico. Todos los medios excitantes de la fibra muscular uterina lo son con más intensidad cuando se emplean estando la bolsa rota. Desconocemos exactamente el mecanismo en virtud del cual esto ocurre; podemos suponer únicamente que en el líquido amniótico se contiene alguna sustancia antioxitócica, que desaparece al romperse la bolsa y derramarse el líquido amniótico fuera de la cavidad de la matriz.

En la práctica no se suelen emplear los diferentes remedios oxitócicos de una manera aislada, y lo más frecuente es que se asocien varios de ellos en orden y proporciones distintas. Algunos de estos métodos son ya clásicos, y se emplean de una manera previamente estereotipada. Entre ellos tenemos los métodos de STEIN, WASTON, HOFBAUER, WILLIAM y SLEMIONS y MATHIEU. Como la base de estos métodos es, en unos, como el de STEIN, la pituitrina, y en otros, la quinina, los describiremos al hablar de cada una de estas drogas.

(Continuará en el número próximo.)



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

Divulgaciones del exterior

LA MEDICINA EN ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

UNA INSTITUCIÓN MODELO

El Instituto de Anatomía Patológica del Ejército de los Estados Unidos—el mayor Centro de su clase en el mundo—difunde ampliamente los conocimientos médicos de la Anatomía patológica, siguiendo la política del Gobierno norteamericano de compartir los conocimientos culturales y científicos con otras naciones.

Calificados especialistas estudian todas las piezas y datos enviados por los Centros militares americanos distribuidos por todo el mundo, y son consultados en los casos difíciles por los anatomopatólogos del Ejército. Este servicio está a la disposición también de las instituciones y de los especialistas civiles, quienes no tienen más que solicitarlo.

El diagnóstico de cada caso se basa en el inmenso material anatomopatológico del Instituto, compuesto de más de 150.000 piezas, preparaciones e informes quirúrgicos, que sirven como base de referencia para el estudio de los 3.000 ó 4.000 casos que se reciben cada mes. En la mitad, aproximadamente, se trata de material de autopsias, y en la otra mitad, de casos quirúrgicos. En junio de 1946 había sido estudiado ya por los especialistas de este organismo un total de 146.000 casos.

Este Instituto es el laboratorio central de Patología del Ejército de los Estados Unidos. Comprende cuatro departamentos: el Laboratorio Central de Anatomía Patológica, el Archivo Americano de Anatomía Patológica, el Servicio de Ilustración Médica del Ejército y el Museo Médico del Ejército. Estos cuatro departamentos están coordinados administrativamente por el director, que es un coronel del Cuerpo Médico del Ejército regular.

El personal profesional del Instituto está formado por más de treinta oficiales, seleccionados sobre la base de sus conocimientos especializados. De la labor auxiliar técnica y de oficina se encarga un grupo de veinte hombres y mujeres de las fuerzas armadas y noventa y siete empleados civiles. Aparte de la difusión de información médica, este organismo realiza investigaciones científicas y facilita enseñanza especializada a médicos militares y civiles.

Fundado en 1862.—El Instituto fué fundado en 1862 por el jefe de Sanidad Militar WILLIAM A. HAMMOND, quien reconoció la oportunidad de recoger piezas y dibujos de heridas de los campos de batalla y de los hospitales militares durante la guerra civil para su utilización ulterior en la en-

señanza de los médicos militares. Siete meses después de su fundación se habían recogido ya más de 1.300 piezas, demostrando los distintos tipos de heridas y los efectos de los proyectiles. Alojado primeramente en la oficina del jefe de Sanidad, un año después se requirió un edificio separado. En 1885 se votó un crédito para su alojamiento actual en Washington, terminándose en 1887, como Museo Médico del Ejército y biblioteca del jefe de Sanidad. La biblioteca, iniciada en 1835, es ahora la mayor del mundo, con más de un millón de volúmenes, entre los que figuran algunos de los más raros y valiosos incunables médicos del mundo.

En el curso de los años han acudido al Museo Médico del Ejército visitantes de todos los países. Ya en 1870, el francés BERENGER FERAUD manifestó que los Estados Unidos habían hecho en cinco años tanto como toda Europa en un siglo, y que el Museo Médico del Ejército contenía más piezas que todas las instituciones similares de Europa juntas. Hasta hoy es la única institución médica de su clase sostenida por el Gobierno de los Estados Unidos. Más de 200.000 personas visitan el museo anualmente.

El matiz internacional de los comentarios sobre el Museo Médico del Ejército a fines del siglo pasado era como un anuncio de sus perspectivas mundiales en años ulteriores. De vez en cuando son requeridos los anatomopatólogos del Ejército por instituciones y servicios oficiales extranjeros para que actúen como orientadores. El rápido intercambio de información por *radio* con cualquier parte del globo mantiene el contacto con los ejércitos americanos que operan en otras regiones.

Material a disposición de todos los países.—Logrando tan grandes éxitos diagnósticos mediante la rápida comunicación con los puntos más alejados de la tierra, las autoridades militares tratan de que todo el inmenso material anatomopatológico del Instituto esté siempre a la disposición de las organizaciones médicas de todas las naciones. El Instituto ha proporcionado material de enseñanza a puntos tan distantes como la Escuela de Medicina de la Universidad de Filipinas, países de Centro y Sudamérica, así como material para la enseñanza de los métodos de lucha contra las enfermedades tropicales a todas las Facultades de Medicina de los Estados Unidos y el Canadá.

Todos los anatomopatólogos o médicos interesados en los distintos campos de la Patología pueden obtener también información en todas las ramas del estudio histológico. Muchos médicos acuden a Washington para estudiar con los medios

que les facilita el Instituto, y otros son invitados periódicamente para utilizar el gran depósito de material anatomopatológico del Instituto y sus archivos de historias clínicas.

La enorme acumulación de datos ha hecho necesaria la instalación de una máquina especial para clasificar y catalogar el material. Esta máquina ha estado en funcionamiento menos de seis meses y ha clasificado ya más de 37.000 casos. Al ritmo actual se terminará el trabajo en todo el material anatomopatológico importante de la colección actual en dos años, a la vez que se clasifica todo el nuevo material recibido. Cuando esta labor esté terminada, será posible encontrar una serie completa de casos sobre cualquier enfermedad particular en pocos minutos mediante la selección mecánica.

Equipo fotográfico especial.—El Servicio de Ilustración Médica del Ejército, que se ha desarrollado a partir del Departamento Fotográfico establecido en 1863 por JOSEPH W. COWARD, uno de los precursores mundiales en el campo de la microfotografía, es sumamente útil en el estudio fotográfico del material y los procedimientos médicos. Todas sus funciones aumentaron enormemente durante la guerra. A principios de 1942, los fotógrafos clínicos profesionales y los artistas médicos, conforme ingresaban en el servicio militar, eran destinados al Instituto. Se ideó un equipo especial y se organizaron e instruyeron unidades de artes médicas, formadas por un oficial y seis soldados. La primera unidad fue enviada al teatro de operaciones de China-Birmania-India en enero de 1943. Ulteriormente, otros ocho grupos fueron enviados al extranjero. Estos grupos estaban equipados con todo lo necesario para obtener fotografías y películas cinematográficas en negro y en colores en cualesquiera circunstancias en campaña. Se proyecta la continuación, por lo menos,

de uno de tales grupos para satisfacer las necesidades fotográficas urgentes del Departamento Médico en los Estados Unidos y en Ultramar.

Además de las actividades en regiones extranjeras, unos sesenta hospitales generales en los Estados Unidos han sido equipados para la fotografía clínica. De estas distintas fuentes llega material gráfico al Servicio de Ilustración Médica del Ejército, a razón de 10.000 fotografías ordinarias, millares de fotografías en color y miles de metros de película cinematográfica al mes. En este momento, los archivos permanentes contienen más de 100.000 fotografías de cada clase y unos 30.000 metros de película cinematográfica.

Durante los años de guerra, los hospitales militares instalados en el país y en ultramar han enviado una gran variedad de valiosas piezas. Algunas se conservarán de modo permanente, y otras, que ordinariamente se destruirían después de su examen, se han apartado como una posible reserva para facilitarlas a los laboratorios de las instituciones médicas de los países asolados por la guerra en todo el mundo. Se ha invitado a los representantes extranjeros autorizados a que utilicen este valioso servicio.

Aunque las existencias actuales de piezas sobrantes son ya considerables, se esperan muchas más cuando se cierren la mayoría de los hospitales militares en los Estados Unidos. Desde el día en que los Estados Unidos entraron en la guerra hasta el día de la victoria sobre el Japón, más de 100.000 casos han sido comunicados al Instituto.

El alojamiento actual del Instituto, desde hace tiempo inadecuado, será pronto sustituido por un nuevo y ampliado Instituto de Anatomía Patológica y un hospital con 1.000 camas, que constituirán el núcleo de un Centro de investigación y enseñanza.

R. M. B.

Academias y Sociedades científicas

CATEDRA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

XI sesión clínica, 1946.

Discusión de la comunicación del doctor Bedoya.

Doctor Funcasta.—Habla de los tres procedimientos de producción de hemorragias en los tejidos, que pueden ser de tres órdenes: por resis o herida vascular, por diapedesis, por diabrosis o corrosión del vaso (neoplasias, tuberculosis).

El no cree que se trate de una hemorragia por resis, pues no ha visto en los casos por él observados que exista un vaso sangrante al que se pudiera imputar el hematosis. Diabrosis no existe,

y por ello no le queda para pensar que la hemorragia sea por una capilaritis tóxica gravídica y con diapedesis que favorece el anterior traumatismo del parto y la fácil distensibilidad de ellos durante la gestación.

Doctor Botella.—Los magullamientos y compresiones del canal del parto, que no es posible pensar que sin un factor facilitador pueda producirse un hematoma, pues de ser éste de origen traumático, se produciría con mucha más frecuencia. La causa facilitadora ha de ser una especial fragilidad vascular.

Doctor Bedoya.—Agradece al profesor BOTELLA y al doctor FUNCSTA su contribución valiosa.

Es indudable, como dice el profesor BOTELLA,

que el factor discrásico sea importante; su estudio no es fácil, porque esta afección es muy poco frecuente, y por ello se conoce poco de su patogenia.

No creo que se trate de hemorragias por diapedesis, en el sentido de salida de sangre con pared vascular íntegra; son hemorragias por resis generalmente de vasos pequeños. Las colecciones son muy grandes. Su aparición a la hora del parto se interpreta como «latencia clínica».

«TÉCNICA Y RESULTADOS DE LA HISTERECTOMÍA FÚNDICA»

Doctores Botella y Sopena.—Discuten las diversas intervenciones que se pueden practicar en las anexitis, concluyendo que, para poder garantizar suficientemente contra una recaída, al mismo tiempo que conservan en lo posible la función ovárica, la única intervención posible es la histerectomía fúndica. Presentan una estadística de setenta casos operados con éxito. De estos casos, treinta pudieron ser revisados y observados sus resultados lejanos. Hay un 10 por 100 aproximado de fracasos y el resto de los casos se acompañó de curación completa. Estos resultados son mejores que los de la histerectomía subtotal e incomparablemente mejores que los de las salpingectomías y salpingoovariectomías. La mortalidad operatoria es también muy reducida. El endometrio que queda es biopsiado en algunos casos, observándose su perfecto estado funcional. Si el ovario que se deja no va acompañado de una proporción semejante de mucosa uterina, se produce la degeneración o la transformación quística del mismo.

Doctor Iglesia.—Estas enfermas se les conservan el útero y un ovario o los dos, con lo cual se les conserva su función menstrual, muy necesaria para evitar los trastornos de una castración precoz; la extirpación de las dos trompas lo veo necesario, ya que, aunque macroscópicamente no se encuentre nada en una trompa, si le observamos microscópicamente se encontrarían lesionados y darían lugar a otros trastornos que exigirían otra intervención.

Doctor Funcasta.—Alude a la misión del profesor BOTELLA de haber resucitado la histerectomía fúndica.

La gran ventaja para él estriba en que no se presentan alteraciones psíquicas, con complejo de inferioridad, como presentan todas las operadas de histerectomía subtotal. Cita dos casos observados por él en que había degeneración quística del ovario.

Doctor Botella.—Es posible que la observación, por un plazo de tiempo más prolongado, de nuestras operadas nos demuestre una cifra mayor de transformaciones quísticas. Hoy por hoy es sólo de un 3,8 por 100 de los casos con una sola quistificación entre treinta mujeres revisadas.

XII sesión clínica, 1946

«SOBRE LA APARICIÓN DE CÉLULAS FUCHINÓFILAS EN LA CORTEZA SUPRARRENAL DE LOS ROEDORES»

Doctor Cano.—Continuando sus anteriores investigaciones, han coloreado la corteza suprarrenal de ratas y ratones. En el ratón albino se tiñen claramente las células fuchinófilas en la época embrionaria y hasta los primeros días del nacimiento.

En el ratón infantil, según va desarrollándose éste, van desapareciendo, no encontrándose al mes ninguna célula fuchinófila.

En el ratón castrado, macho y hembra, se ponen de manifiesto, al mes de la castración, en la corteza suprarrenal las células fuchinófilas.

En la ratona gestante, coincidiendo con una hipertrofia de zona reticular, se ven considerablemente aumentadas las células fuchinófilas.

Dichas células se encuentran fuera de la reticular con grandes vacuolas teñidas por fuchina; los núcleos algunas veces también se ven teñidos por la fuchina ponceau.

Con la hematoxilina y eosina se ve que en la zona donde se tiñen las células fuchinófilas hay espacios vacíos rodeados de fibrillas conjuntivas y células alrededor con protoplasma aumentado. Estas células se constituyen en grupos, y con la plata (carbonato) se ven estos espacios conjuntivos rodeando a los grupos de células fuchinófilas.

Con el uranoformol se manifiesta el aparato de mente aumentadas las células fuchinófilas.

Con la testosterona se inhibe la formación de células fuchinófilas al mismo tiempo que se produce una hipertrofia de la zona reticular.

Con los estrógenos en el ratón macho se inhiben las células fuchinófilas e hipertrofia de la zona reticular.

Se demuestra por primera vez el material fuchinófilo en la zona X del ratón, lo que hace evidente la identidad, al menos parcial, de la zona X y la zona fuchinófila.

Se demuestra también que la zona X fuchinófila del ratón sigue una evolución paralela a la zona fuchinófila de la zona humana, hipertrofiándose en la época fetal, embarazo y la castración.

Esta zona desaparece con la inyección de hormona sexual masculina; esto ya era sabido en cuanto a lo que en la zona X se refiere, pero no se había podido demostrar una evolución paralela con el material fuchinófilo.

También se inhibe la reacción fuchinófila suprarrenal con los estrógenos, lo cual aumenta el carácter bisexual de esta formación.

Posibilidad de emplear esta reacción como test de testosterona (preparado).

Dada la circunstancia de que la testosterona inhibe la formación de células fuchinófilas en el ratón castrado tratado con esta sustancia y la atrofia de la zona reticular.

Doctor Montalvo.—La comunicación del doctor CANO tiene dos puntos interesantes. En primer lugar, la ambisexualidad de la zona fuchinófila, como lo demuestra su influencia por la testosterona y estrógenos en los animales castrados, y su hipertrofia en estos animales. Resultados que pudieran interpretarse como una función vicariante de las gonadas, como lo demuestra su hipertrofia en los animales castrados y su atrofia en los animales castrados tratados con hormonas sexuales.

Doctor Rodríguez Pérez.—El hallazgo tiene tanto interés cuando posiblemente permite la utilización del método test cuantitativo de andrógenos.

El hecho de que con estrógenos se puedan obtener resultados idénticos, no es obstáculo que impida la utilización, puesto que en los métodos conocidos hasta el momento para valoración de andrógenos, el de la vesícula seminal (LARWE, YOSS y LANGE) y el de la asta del cajón, se obtienen igualmente resultados con los estrógenos.

Creo que se debe llegar a aquilatar la dosis mínima eficaz.

Doctor Botella.—En mi opinión, estos trabajos de histofisiología son importantes, porque contribuyen, mejor que los estudios de Fisiología pura, de Bioquímica o clínicos, a aclarar el sentido de la zona intermedia suprarrenal.

Su carácter sexual se pone cada vez más de manifiesto.

Doctor Cano.—En primer término, agradezco la opinión del doctor MONTALVO sobre la relación evidente de las células fuchinófilas con la gonada.

Al profesor BOTELLA he de manifestar que a él debemos la idea de considerar como verdadera tercera gonada o zona sexual a la zona androgénica, zona X o zona fuchinófila.

Además, agradecer la opinión de que nos pueda servir como test de hormona sexual masculina la inhibición de las células fuchinófilas en los ratones castrados inyectados con testosterona.

Al doctor RODRÍGUEZ PÉREZ, agradecer la aportación en parte de material de suprarrenales de ratón macho castrado y tratado con testosterona, y también agradecer la opinión de que sirva como test de valoración de hormonas masculina y femenina.

«TRATAMIENTO DE LAS ANEXITIS CRÓNICAS CON AZUFRE COLOIDAL»

Doctores Pardo y García del Alamo.—Se hace un ligero bosquejo de la terapia del azufre inyectado por vía parenteral y en suspensión oleosa, deduciéndose de los trabajos de HEUBNER-MEYER y BISCH que, entre las doce y veinticuatro horas de su administración, produce fiebre, acusando al mismo tiempo un aumento de urobilina en orina; la cantidad de urobilina y cloruro sódico disminuyen en los primeros días para aumen-

tar en los sucesivos; origina, además, alteraciones metabólicas, produciendo un aumento de desintegración de las proteínas orgánicas.

Hoy tiende a admitirse que, más que una acción del azufre mismo, estas acciones sobre la temperatura y metabolismo sean debidas a distintos productos que se originan en el sitio de la inyección. Se trataría, por lo tanto, de una variedad de proteinoterapia no específica.

El mecanismo por el cual el azufre administrado por vía parenteral actúa sobre el organismo es el mismo que el de la proteinoterapia parenteral.

En esta nota previa de los trabajos que están llevando a cabo en la Maternidad provincial, en el Servicio del doctor BOTELLA LLUSIÁ, tiene por objeto exponer el resultado obtenido en siete enfermas tratadas con suspensión oleosa de azufre al 1 por 100.

Se hace una exposición detallada de los siete casos antes mencionados, de los que se puede deducir resultados satisfactorios, llegando a la conclusión con esta pequeñísima estadística:

1.º Que estos resultados son dignos de tener en cuenta, a pesar de los pocos casos tratados.

2.º Que la reacción local es intensa, así como escasa o nula la general.

3.º Que los eritrocitos permanecen invariables; hay descenso de leucocitos, linfocitos.

4.º Marcado descenso de velocidad de sedimentación.

En la actualidad se están tratando más enfermas en la clínica, pensando en que, una vez ampliada la estadística, podamos hacer un juicio más exacto de los resultados obtenidos.

Doctor Botella.—Sabíamos ya que la hipertermia provocada favorecía considerablemente la marcha y curación de las flogosis anexiales. La acción de las vacunas no es específica, sino que se debe exclusivamente a la reacción febril producida.

Doctor Centenera.—PFALZ hizo en la *Klinische Wschr.* (aproximadamente en 1930) una comunicación seemejante. El encontró un aumento del poder bactericida de la sangre utilizando el método de Wright. Sin embargo, el preparado que utilizó era una suspensión de azufre en gelatina, y no una suspensión oleosa.

Sugiero a los comunicantes que estudien con algún método la evolución del estado inmunitario de las enfermas.

No extraña que con las altas dosis no se haya observado fiebre. ¿Acaso por alteración del producto?

Doctor Pardo.—Contesta al doctor PEREIRA diciendo no ha observado esta fiebre más que en dos casos.

Da gracias a los doctores CENTENERA y BOTELLA por las ideas que aportan para la futura evolución del trabajo.

Consultorio Médico Quirúrgico

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

Igualmente podrán dirigirse a nosotros con aquellas sugerencias que estimen de actualidad y conveniencia acerca de publicación de trabajos sobre temas científicos-médicos y quirúrgicos, consulta de obras para estudios que estén realizando e indicaciones bibliográficas pertinentes a sujetos de su interés en el momento.

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

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

Cuando la Dirección la 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.

Ayuda al compañero en duda

Consultas recibidas y acerca de las que se invita a todos los compañeros para que aporten las indicaciones que estimen oportunas a cada tema. Independientemente, la Redacción somete las consultas que recibe a sus colaboradores especializados en el asunto.

Número 1.—A. J.—Segovia.—Desea le indiquen bibliografía fácil de consultar sobre la reacción de Weltmann en la esquizofrenia.

Desea también indicación bibliográfica sobre las alteraciones sanguíneas (coagulación) en la misma enfermedad.

Número 2.—G. M. L.—Romanones (Guadalajara).—Pregunta si es posible que el traspulmín, por el hecho de entrar en su composición fundamentalmente la quinina, sea capaz por sí solo, y, a pesar de estar practicada la inyección correctamente, de producir necrosis en el músculo atacando al ciático y originando la disfunción del miembro.

¿Qué curso debería seguir este accidente? ¿Progresivo hacia la parálisis motora o regresivo a la normalidad?

¿Es posible que se trate de un fenómeno coincidente con la inyección de traspulmín y ajeno totalmente a ella en su consecuencia?

BIBLIOGRAFÍAS

Esbozo psicológico, enfermedades y muerte de la duquesa María del Pilar, Teresa, Cayetana de Alba. Un folleto en que se contiene la conferencia dada en la Real Academia de la Historia por el doctor don Carlos Blanco Soler el día 10 de mayo de 1946.

Hemos recibido este folleto en que el doctor Blanco Soler da a la publicidad la notable conferencia que leyó en la Real Academia de la Historia acerca de la vida y muerte de la duquesa Cayetana de Alba.

Con motivo de la conferencia aludida, nos ocupamos en SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA de este notable trabajo del ilustre médico y escritor don Carlos Blanco Soler, manifestando allí nuestra opinión y emociones recogidas, como oyentes, en aquel día. Ahora hemos vuelto a leer la conferencia editada, y ello ha sido para nosotros la confirmación de cuanto allí decíamos, a más de un nuevo y encantador solaz por la amenidad y curiosidades de su lectura.

El folleto, después de la introducción, traza, do-

cumentalmente estudiado, el tipo de conducta social de la duquesa, a nuestro modo de ver lo mejor del trabajo del ilustre clínicosociólogo. En el apartado segundo se ocupa Blanco Soler de la intimidad de la duquesa de Alba y Goya con muy oportuna apreciación de los documentos históricos. Por último, en un tercer apartado estudia Blanco Soler las enfermedades y la muerte de la duquesa Cayetana, haciendo primero un estudio constitucionalista, después, ocupándose de la psicología tuberculosa aplicada a la duquesa, y haciendo un juicio diagnóstico que convence plenamente a los lectores respecto a las enfermedades padecidas y a la que ocasionó la muerte. Termina ocupándose del posible envenenamiento de la duquesa de Alba, leyenda arraigada y que desmienten totalmente los estudios de Blanco Soler y los informes de los profesores Piga y Pérez de Peñinto.

La bibliografía y comentarios que se acompañan a la conferencia son de gran interés y utilidad.

F. J. Cortezo.

Suprarrenales y función sexual, por el doctor José Botella Llusia. Ediciones Morata. Madrid, 1946. Un volumen de 175 páginas, con 85 grabados en negro y en color. Precio: 40 pesetas.

El estudio de las cápsulas suprarrenales como glándulas que ejercen en el organismo una definida función sexual, ha sido objeto de numerosas publicaciones científicas dispersas en revistas extranjeras en los últimos años. El profesor Botella Llusia, espíritu inquieto no exento de madurez, ha dedicado una gran parte de su actividad al estudio profundo, experimental y clínico, de estos órganos endocrinos que hoy se conocen ya, con razón, como «la tercera gonada». Tomando como base la extensa bibliografía existente acerca del tema, emprende este ginecólogo español la investigación de la fisiopatología de las suprarrenales en su aspecto sexual, siguiendo una línea de estudio reciamente trazada. Tras de ocuparse en los primeros capítulos del libro de las relaciones embriológicas y anatómicas entre las suprarrenales y las gonadas propiamente dichas, describe detenidamente los cambios morfológicos de la corteza durante la vida sexual, deteniéndose particularmente en lo que se refiere a las modificacio-

nes que tienen lugar en los órganos interrenales durante la gestación. A continuación estudia las correlaciones endocrinas de las suprarrenales con la hipófisis y las gonadas, entrando después ya plenamente en el estudio químico-fisiológico de las hormonas corticoadrenales de acción sexual. El síndrome adrenogenital y los síndromes sexuales de la insuficiencia cortical son expuestos con claridad en otros tantos capítulos. En fin, el último cierra el tema, a modo de síntesis, resumiendo en él todo lo que puede considerarse como básico para el conocimiento de la tercera gonada.

El libro del profesor Botella Llusia está concebido y realizado con el entusiasmo que caracteriza toda la obra de este joven ginecólogo. Su lectura es apasionante y sugeridora de datos e hipótesis de trabajo acerca del tema. Los ginecólogos, los endocrinólogos y, en general, todos los clínicos, encontrarán en sus páginas hechos e interpretaciones que les ayudarán a comprender algunos puntos de diagnóstico hasta hace poco oscuros.

La edición es tan correcta como todas las que salen de las manos de Javier Morata.

E. Arias Vallejo.

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR (20-julio-1946)

- Traducción endocrinovegetativa de la alimentación insuficiente, por el profesor Díaz Rubio.
- Posibilidades de la cura marítima en España, por los doctores Aguirre de Cárcel y Valero Castejón.
- Estado actual del tratamiento de la blenorragia masculina, por el doctor Martino Savino.
- La asamblea de Colegios Médicos (conferencia del doctor Palanca), por el Licenciado del Agro.
- Benito Pérez Galdós y la Medicina, por F. Javier Cortezo.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO (3-agosto-1946)

- La segmentación del núcleo del granulocito, por el doctor Mas y Magro.
- Naturaleza de la relación secreción-úlcera, por el doctor Joaquín Tellería.
- Calculosis y cura balnearia, por el doctor A. Chamirade Yuste.
- Benito Pérez Galdós y la Medicina (III), por F. Javier Cortezo.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres, 1 de junio de 1946.)

- Rogers.—Control de la lepra en el Imperio Británico.
- Williamson y Lourie.—Acción terapéutica de las diferentes penicilinas sobre las infecciones por espiroquetos.
- Chesterman.—Ileo neurogénico.
- Bransby.—Dieta familiar en 1941.
- Wood, Rains y Bramley.—Analgésia extraoral por bloqueo nervioso en las extracciones dentarias.
- Cruikshank.—Métodos científicos en Medicina clínica.

(8 de junio de 1946.)

- Hare y Mackenzie.—Fuente y transmisión de las infecciones nasofaríngeas.
- Browne.—Amfetamina y cafeína en la anoxemia.
- Leitis.—Autorregulación del metabolismo del nitrógeno.
- Kneedler.—Agranulocitosis producida por novaldina.
- Jamieson.—Una nota sobre otitis externa.

LA MEDICINA COLONIAL (Madrid, 1 de julio de 1946.)

- Remlinger y Bailly.—La penicilina no tiene acción en la rabia.
- Frade.—Notas de actualidad sobre la fiebre reumática.
- Solsona.—Dos casos de neurogliomatosis de Recklinhausen.
- Reyes Pugnare.—Rectitis estenosantes. Ensayos de su tratamiento por la autohematoterapia perirrectal.
- Martín Sanz y Azagra.—Diamidinas aromáticas en el tratamiento de ciertas parasitosis.
- Piedrola.—Paludrina.

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

27 de julio de 1946.

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: *Permutas veraniegas*, por El Licenciado del Agro. *De Previsión Sanitaria Nacional*, por el Dr. J. Luis-Yagüe y Espinosa. TERTULIA MÉDICA: *Idearium de «Ich»*. SILVA LITERARIA: *Benito Pérez Galdós y la Medicina*, II, por F. J. Cortezo-Collantes. INFORMATORIO PROFESIONAL. Sección oficial.

BOLETIN DE LA SEMANA

FE DE ERRATAS

No sé si los calores o los alborozos propios del estío traen en confusión y torpeza a los excelentes muchachos de nuestra imprenta, y en pocos días nos han hecho dos *faenas* de a puño, que tenemos que salvar antes y con antes, aunque las dos suculentas erratas saltan a la vista, dando verdaderos volatines.

Lector y amigo: te rogamos enprecidamente corrijas, en primer lugar, la lamentable equivocación que figura en el artículo notabilísimo que publicamos en el número del 13 de julio, debido a nuestro muy querido amigo y maestro don Enrique Fernández Sanz.

Titulábase el artículo *El proceso psicológico e histórico de las invenciones lentas*. Vimos las pruebas, pero no la cabeza del artículo, que se compone en cajas y no en linotipias. Y al recibir el número nos encontramos con que, sin duda, le pareció mal al corrector que en un periódico médico se hablara de *invenciones* y no de *intervenciones*, como es más frecuente, y puso *intervenciones*, lo cual te rogamos corrijas.

Tampoco es floja la segunda errata que, en la portada del índice del primer semestre de 1946, que acabamos de entregar a los lectores, y sin duda por iguales motivos, el señor cajista ha creído que nos equivocábamos poniendo *primer* semestre en lo que publicábamos en el mes de julio, y ha puesto *segundo* semestre.

¡Qué le vamos a hacer! Corrígale tú, lector, y que Dios nos perdone a todos.

Porque tampoco está limpio de pecado Decio Carlán, quien patinó, por olvido involuntario, en la reseña que hizo del banquete ofrecido al doctor don Rafael García Tapia, y, al comentar los discursos e intervenciones que hubo en dicho acto, dejóse en el tintero la muy brillante, oportuna e ingeniosa que se debió a nuestro querido amigo el doctor Antonio M. Calderín, que, como presidente de la Academia Médico-Quirúrgica, intervino subrayando, no sólo los valores del homenajeado, Rafael Tapia, sino el singular valor que la Academia Médico-Quirúrgica tiene en la vida

científicomédica española, como tribuna de gran autoridad abierta a la juventud de mérito, que en la Academia Médico-Quirúrgica expone y debate su labor investigadora y clínica, tomando en ella sano y firme cimiento para su prestigio profesional.

¡CALLADITO, MAS MONO!

No nos gusta mucho el cotilleo; pero hay casos, como decía aquel divertido cura de Vitoria, al hablar de cierto pecado nefando, hay casos en que está justificado.

Por las tertulias médicas se comentaba estos días un tristísimo episodio hijo de la soberbia, que ya sabemos que no entra en el cielo. Según se *racontaba* (perdónese el galicismo), en un hospital se intervenía a cierto muchacho, y, por causas que no conocemos, el asunto iba mal, muy mal, y ello originó las consiguientes carreras, azoramiento y trastorno del personal ayudante y colaborador. Se dice que una hermana del operado, que se encontraba en el antequirófano, alarmada por cuanto veía y escuchaba, entró en la sala operatoria llorando, y el cirujano al verla no encontró nada mejor que decirla destemplado: «Ahora lloras, muchacha, y a lo mejor mañana te irás al «cine» con tu novio a... (a lo que dicen que van los novios a los «cines»).

Lamentable, muy lamentable. Por eso decimos que: *calladito, más mono*, o como la montañesa del cuento: *¿No te dijo padre que no hablaras?*

BANQUETE AL PROFESOR EUSEBIO OLIVER PASCUAL

Con ocasión de su triunfo en las oposiciones a jefe de Servicio en el Hospital Provincial de Madrid, se rindió, en la noche del martes 23, un cordial homenaje de admiración y aplauso al ilustre profesor don Eusebio Oliver Pascual.

Por vida nuestra, que, entre tantos banquetes a que asistimos, nunca habíamos registrado la ocurrencia del celebrado en honor de Eusebio Oliver, y fué ella que, teniendo el restorán en donde se dió la comida tres pisos y amplios patios, ni

en el piso destinado al banquete ni en los restantes patios y pisos hubo manera de que pudieran sentarse muchos de los que asistieron, quienes se vieron forzados a marcharse a cenar rápidamente para volver a la hora de los brindis. *Lo que digo no es cuento, que a mí me sucedió lo*



El doctor Oliver Pascual
visto por el Doctor Zhito.

que comento, y con el doctor Tapia y otros tuvimos que cenar en un restorán cercano y volver para escuchar los discursos. Y conste que entre los que llenaban el local eran muy pocos quienes no fueron por motivo del homenaje a Oliver.

Casi todo el Madrid médico, literario y artístico acudió a felicitar al ilustre médico

Así, pues, no sabemos por nuestra boca si se cenó bien o mal; pero sí sabemos que fué un acto brillantísimo.

A la hora de los brindis habló en primer término el profesor Camón Aznar, catedrático de Historia del Arte, y seguidamente don Edgar Neville, ocupándose ambos de la figura médica, literaria y social del profesor Oliver, y haciendo el señor Neville ingeniosos comentarios por los alrededores. Luego, el celebrado poeta Gerardo Diego dió lectura a una bella composición dedicada a Oliver, en que se paralelan la Medicina, la poesía y las artes amorosas.

Y después, y después decimos, se alzó a leer unas cuartillas el profesor Gregorio Marañón. Magnífico de prestancia y de voz; con esa cálida simpatía en que sabe encender cuanto dice y a su resplandor iluminar cuanto piensa, leyó Marañón unas cuartillas de tan asombroso contenido, de tan buído estilo, de tan emocionada génesis en cada pensamiento, y había en cada palabra un pensamiento...

Podemos asegurar que muy pocas veces hemos oído decir en diez minutos más cosas y mejor dichas. Todo el auditorio vibraba de entusiasmo, porque el contenido del brindis de Marañón, dedicado a la glosa de tres aspectos de la figura de Oliver: la *vocación*, la *generosidad* y la *humildad*, se adentraba en el cerebro de cada oyente, pasando antes por el corazón de muchos y por el hígado de algunos.

Y conste que a nosotros, en esta ocasión como en las muchas, muchas, que hemos oído y leído a Gregorio Marañón, lo que más nos cautiva en cuanto dice y escribe es el convencimiento que deja en nuestro ánimo de que la espontaneidad ocupa el genial lugar que en otros incomoda la intención.

Terminó el acto con un sencillo y cordial discurso del profesor Oliver, dando gracias a todos por el afecto que le demostraban.

DECIO CARLÁN.

HACE UN SIGLO MÉDICO

por el

DOTTOR BALOARDO

En su número de 26 de julio de 1846, nuestro progenitor el *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* publicaba un interesante artículo sobre higiene pública, dedicado a señalar los perjuicios del abuso de bañarse en el río que se halla a las inmediaciones de esta Corte (que Madrid lo era entonces).

Se firma este artículo con las iniciales S. R. M., y se dirige a los redactores de la revista para que lo den cabida en las columnas de su texto por lo que pudiera valer.

Según parece, tampoco es novedad esta costumbre del abuso de los baños fríos con que ahora tanto se dañan la salud y las buenas costumbres. También hace un siglo influía, según el autor

del artículo, en este abuso de los baños sin ton ni son, la mal entendida economía en que la necesidad, la imitación o la rutina conduce a procurarse la salud o algún alivio en ella, fuera de los casos en que sólo se tomaban por moda, comodidad y lujo. Señala el autor la inconveniencia de la temperatura de las aguas del Manzanares, para muchos casos improcedente, y de uso poco meditado.

Dice el autor que aquellos que se deciden a bañarse en el río sin consejo alguno de quien pudiera ilustrarles de su necesidad, utilidad o perjuicio, no son los que menos pagan esta falta que después el médico no puede remediar.

Unos marchan al baño, dice, sin la menor pre-

caución, haciendo gala de su salud en medio del calor más espantoso, sin acordarse de que quizá volverán sin ella, o que la perderán bien pronto por los excesos que antes y después de la inmersión suelen cometer; otros, sin reparar en la distancia a que se hallan del río, parten a pie en medio de una atmósfera de polvo, deseando por momentos entrar en el agua, a la que se arrojan tan luego como llegan al sitio destinado, en donde sustituyen con un baño frío al del sudor copioso que llevan. Es muy común hacer uso de toda clase de alimentos y bebidas, hasta en el mismo momento en que se bañan, saliendo y entrando sin reparo alguno en el agua, ora que haga un viento fuerte o un calor excesivo, ora que la atmósfera esté cargada de electricidad, o bien suceda a esta alternativa una tempestad que obligue a otro baño general, cual es el de la ropa mojada...

Se extiende en considerar los muchos perjuicios e inconvenientes de este tipo de baños, y pasa luego a la cuestión de moral pública con muy oportunos señalamientos.

Hace historia de cómo se reglamentaba este tipo de baños en todas las naciones del mundo desde las épocas de más remota antigüedad.

Se declara partidario del establecimiento de baños adecuados, con todas las reglas de la higiene y la moral, recomendando la decisión a los Gobiernos y a la buena fe de los grandes capitalistas.

Y no se crea que el autor, con su oportuno sermón, trata de ningún modo de privar a las gentes de un placer en que tan malamente viven engañadas por no haberlo comprendido.

Hace un siglo, como hoy, se llamaba y se puede llamar la atención respecto a los desatinos que se hacen, no sólo en el abuso de los baños en el Manzanares y demás ríos más o menos caudalosos, sino en esas piscinas, que están muy bien para usar de ellas con discreción y comedimiento, mas no como en multitud de casos se hace alternando los disparates hidráulicos con los no menos perjudiciales del soleamiento mal administrado.

Se continúa en este número la información del Congreso Científico Italiano. Se dedican también muy atinadas palabras y juicios respecto a los hospitales.

Como nota clínica, se da cuenta del caso de una herida hecha, al parecer, por instrumento perforocontundente, situada en la parte anterior y media del parietal derecho, con pérdida de substancia y subintración de hueso. Trepanado el enfermo, por don P. Alonso y Domínguez. Muerte, y autopsia, por los doctores R. Monteagudo y R. Morales, profesores de los Hospitales Generales de Madrid.

Como actos del Gobierno, se da cuenta de la Real Orden del Ministerio de la Gobernación de

la Península, por la cual S. M. la Reina se digna autorizar a los licenciados en Medicina que sean al propio tiempo cirujanos de tercera clase para que conmuten sus títulos por el de licenciado en Medicina, con las facultades que entonces confería este grado, siempre que, después de sufrir un nuevo examen de las materias quirúrgicas, obtengan la correspondiente aprobación. Lo firma el ministro Pidal.

Síguese a esta real disposición la comunicación que dirige el señor rector de la Universidad Literaria de Madrid al ilustrísimo señor decano de la Facultad de Medicina, en la cual, y en once artículos, se estatuyen las condiciones para autorizar el ejercicio de la Cirugía menor o ministrante a aquellos que desempeñaren o hubieren desempeñado el destino de practicante en los hospitales.

Viene luego un artículo de oficio de la Sociedad Médica General de Socorros Mutuos, y más luego la correspondencia en que se da cuenta de la propuesta de don Pedro Moreno para que se establezca un Congreso médico necesario para sacar a los profesores de partido del estado de abyección en que yacen.

Don J. A. D. manifiesta su singular placer por cuanto se ha dicho en la revista relativo a la oposición verificada para proveer la plaza vacante de cirujano de número de los hospitales civiles de la Corte.

Califica el programa de dicha oposición de incompetente en su origen y defectuoso en su realización, significando el principio de que todo país debe ser regido por leyes y no por hombres que a su antojo las hagan ilusorias, ya desestimando su contenido, ya haciéndolas tener una fuerza retroactiva sin respetar el poder que las sancionó.

Viene luego un remitido del profesor M. C., contestando a don Carlos Mestre y Maizal sobre un caso de picadura de tarántula.

Y termina el número con columna y cuarto dedicada a bibliografía, en que se anuncia, entre otras, la *Anatomía quirúrgica general y topográfica*, de Velpeau; los *Elementos del arte de los apóstolos*, por don Matías Nieto y don F. Méndez. El *Tratado completo de enfermedades de mujeres*, por M. Fabré, comentado por don Tomás Corral. *Tratado de Anatomía general*, de Henle. Las *Noiones de fronología, fisiognomía y magnetismo animal*, de Gall y Lavater; y, por último, un *Tratado elemental de Física general y médica*, por don Antonio Ribero Serrano, doctor en Medicina y Cirugía, que se publica ante la necesidad creada en la enseñanza por las últimas reformas sufridas en el plan de estudios, en lo que hace relación al estudio de la Física aplicada a la Medicina. La obra se adoptó como texto en las Facultades de Medicina de Madrid, Barcelona, Santiago y Valencia.

TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES

PERMUTAS VERANIEGAS

por el

LICENCIADO DEL AGRO

Vaya por delante una breve explicación acerca de mi seudónimo sobre cuyo significado me hace curiosa pregunta un distinguido médico rural, y antes prefiero recurrir al Diccionario de la Academia como tabla de salvamento de muchos escritores, aunque no tengan la sinceridad de confesarlo. Y el Diccionario dice así: «Agro (del latín, *ager*; *agri*, campo). En lo antiguo, territorio jurisdiccional de ciertas ciudades.—En Galicia, extensión grande de tierra labrantía, cercada, y en que, por lo común, tienen parte varios dueños o llevadores.» Pero agro quiere decir también agrio, acerbo, y aquí viene bien aquella redondilla de Rabbi Don Sem Tob, que he encontrado en el Diccionario Enciclopédico de Montaner y Simón:

Fallé boca sabrosa,
salina muy temprada;
non vi tan dulce cosa
más agra a la dexada.

Y de todo ello deduzco que «agros», en el sentido médico, debe entenderse como el campo en que trabaja el médico rural, el médico titular, el inspector municipal de Sanidad, el médico de Asistencia Pública Domiciliaria, que de todas estas maneras se viene llamando, pero debiendo advertir que este médico no tiene nada que ver con aquellos otros llamados de Sanidad del Campo, que en buen hora creó aquel ilustre médico del Hospital de la Princesa que se llamó don Antonio Muñoz, y que, por ser médico particular del inmortal hombre público don José Canalejas, logró de éste la creación del Cuerpo de Médicos de Sanidad del Campo, a los que dedicaré una de mis próximas *Facetas*.

Y mire usted por dónde coincide la doble acepción de agro, en campo, y agrio, en cuanto se refiere a la vida médica, porque seguramente no hay modalidad del ejercicio profesional más agria y amarga, penosa y desairada, desagradecida y peor pagada que la de médico titular. Y mi seudónimo puede referirse tanto a ser un modesto licenciado en Medicina que vive en el agro o un liberado o licenciado del verdadero presidio que es para el médico ese agro tantas veces citado en lo que llevo escrito de esta faceta. Sí; yo he sido médico titular y he luchado con caciques y con malos compañeros, y aun cuando tuve la suerte de dominar a los primeros y de educar a los segundos con quienes tuve la mala o buena fortuna de tropezar, es lo cierto que me liberé de la servidumbre médica en el medio rural; y por eso, anora que tengo una plataforma tan prestigiosa como ésta del veterano SIGLO MÉDICO, voy a dedicar algunos ratos a presentar facetas del ejercicio rural, procurando mejorar de calidad las que ya fuesen acep-

tables o destruir aquellas que lo merecieran. Y para ello invito o mis compañeros a que me envíen datos concretos, a que me sugieran orientaciones nuevas, a que me planteen «papeletas» para que yo exponga mi criterio sobre la forma de resolverlas. Y esta primera *Faceta* de hoy está inspirada precisamente en la carta de un compañero en que me pregunta si yo conozco de algún médico que ejerza en la montaña que quisiera pasar una temporada desempeñando su titular en la costa. «De esta forma—sigue diciendo mi amable comunicante—yo cambiaría el régimen de vida que llevo en esta titular por otro propio del clima de altura, y el compañero que viniera a reemplazarme, a su vez proporciona a su organismo las extraordinarias ventajas del cambio de presión y de ambiente. Claro es que él puede venir con su familia y yo ir con la mía a su residencia de altura.»

Y esto me ha hecho meditar sobre la conveniencia e interés que tendría para los dos médicos que se sustituyesen mutuamente, en la posibilidad de crear de derecho, es decir, con el asenso de las autoridades sanitarias, una clase de permutas transitorias que podrían durar de uno a tres meses. La fórmula legal es sencillísima, y nuestro ilustre y buen amigo don Ubaldo Trullano encontraría fácilmente la manera de llevarlo a la práctica, autorizando permutas en tal forma planeadas y expuestas.

Las ventajas de orden higiénico para los médicos permutantes y sus familias serían excepcionales. Cambiarían durante este periodo de vida en absoluto, y tanto en la alimentación como en el aire que respirasen encontrarían indiscutibles beneficios.

En el orden profesional, también serían ventajosos estos cambios. La patología de la llanura difiere considerablemente de la de las alturas. Los dos galenos trasplantados (aceptemos el vocablo) conocerían nuevos casos, diferentes costumbres, distintas modalidades del ejercicio profesional.

Y los pueblos a su vez se encontrarían con un nuevo médico que, con toda autoridad, viene a reemplazar al habitual de ellos, y aprenderían a conocer de hecho la existencia de unas organizaciones que defienden en todo caso (aun cuando a veces, por desgracia, los abandonen a sus propias fuerzas, como el caso de Corbera de Ebro, el de El Pobo y el de Cantalejo) a sus compañeros contra los atropellos y rufanadas de los monterillas locales (que todavía existen, por desdicha).

Acaso pudieran tener estas permutas transitorias el inconveniente de que el médico de montaña no quisiera volver a ella o el del litoral no deseara volver a sentir sobre sus arterias la presión

atmosférica del nivel del mar. Por otra parte, también podría ocurrir que el pueblo del litoral se negase a admitir de nuevo a su antiguo médico ante la diferente conducta del nuevamente llegado. Pero yo creo que todo ello sería fácilmente subsanable, y que de esta manera se lograría el establecer una especie de veraneo recompensado, sin gravar el presupuesto del Estado ni el bolsillo de los veraneantes, como no sea en el pequeño coste y en las molestias del viaje.

En fin; ahí queda la propuesta. Que, natural-

mente, sería extensible a los jefes provinciales de Sanidad (aunque me supongo que éstos no iban a querer), a los médicos forenses, etc., etc.

Como éste es el país de los precedentes, he tratado de buscar una fórmula análoga en los fastos de la Administración pública; pero o no supe buscarla bien, o es que no existe. Bueno. Pues seamos nosotros los médicos, innovadores en tantas cosas, los que llevemos a la práctica esta idea de un médico rural, que yo tengo el honor de someter a la consideración del amable lector.



DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

El subsidio dotal, nueva orientación previsionista

Uno de los argumentos manejados para la propaganda por las entidades que trabajaban los seguros de los tipos llamados tontinos o chatelusianos era que aquel hijo pequeño, en día de un mañana algo lejano, terminaría su carrera y precisaría cierta cantidad de dinero para establecerse, montar un pequeño negocio o industria, o adquirir el ajuar necesario para nuevo hogar, si se trataba de una hembra. Y esta cantidad pudiera ser difícil de allegar por los padres en el momento preciso o de reunir con anticipación, por carencia de suficientes dotes de ahorro, y estos últimos se los brindaba, tal vez un poco forzados, la entidad, que encauzaría su posible superávit u obligaría a restricción de gastos superfluos para la consecución de la finalidad propuesta. Entonces tomó esta forma la denominación de seguro dotal, ya que su fin era la formación de un capital o dote para los hijos. Pero, por diversos motivos, aminoraron sus funciones las tontinas y chatelusianas, y los seguros dotales pasaron a entidades generales como nuevas modalidades de las mismas.

A Previsión Sanitaria Nacional habían llegado demandas de mutualistas que solicitaban un préstamo sobre su subsidio de vida para cubrir, sobre todo, las mentadas necesidades de instalación de su hijo o boda próxima de su hija. Si bien su concesión ha sido recogida en los nuevos reglamentos, esto no satisfacía las orientaciones sociales de la mutualidad, ya que su percepción podía restar numerario a los beneficiarios en sus momentos más precisos por la pérdida de la mayor fuente de ingresos familiares, integrada casi siempre por el cabeza de familia. Y parecía conveniente la creación de una sección que cubriera las posibles necesidades de aquellos mutualistas a quienes interesase. Esta se encuentra ya sólo pendiente de trámites burocráticos muy esenciales.

Sus características fundamentales son: su voluntariedad, y en ella pueden inscribirse los previsionistas que lo deseen; su absoluta independencia económica de todas las demás secciones de Previsión Sanitaria Nacional, hasta en los gastos administrativos, con capitales y fondos de reserva propios, incluso dentro de cada clase de subsidios, siempre en el más estricto mutualismo, con iguales derechos y deberes para todos sus componentes; su baratura, que puede cifrarse sobre el

25 por 100 en menos de las entidades mercantiles; la fijación de cuota con arreglo a la edad del previsionista, formándose una capitalización individual más en consonancia; la posibilidad de poder percibir el subsidio el propio mutualista en vida.

Mediante el abono de una cantidad mensual, se entrega a la persona designada otra global, la elegida, entre 1.000 o sus múltiplos, hasta 25.000, a los diez, quince, veinte, veinticinco y treinta años, siempre que en éstos no rebase el mutualista los setenta de edad. Caso de fallecimiento del asociado, cesa el abono de las cuotas, percibiendo el beneficiario la cantidad íntegra, a su término fijo, integrando así la dote estipulada.

Pero quizá pudiera convenir al mutualista que esta cantidad, perceptible a su vencimiento, pudiérase ser también a su fallecimiento, de sobrevenir éste antes de aquél; y esto constituye el subsidio dotal anticipado, económicamente, y, como es lógico, algo más caro que el anterior, pero con iguales características de tiempo y cantidades. Como el fallecimiento puede estar relacionado con su estado de salud en el momento de solicitar la inscripción, parece justo que, en defensa de los intereses comunes del resto, se le exija reconocimiento médico previo que los salvaguarde.

Para la designación de beneficiarios, es decir, de quienes han de percibir el subsidio correspondiente, se siguen las mismas normas establecidas en los demás subsidios, con la adición de poderse designar a sí mismo el mutualista para recibir un apoyo, necesario en aquellos momentos de mayor dificultad económica por su edad. (¡Ya está salvado uno de los escollos y diatribas que se lanzaban contra Previsión, sin tener en cuenta su condición, esencialmente social!) Mas pueden surgir imprevistas necesidades antes de la fecha de percepción, y ser aquéllas sólo temporales o momentáneas, subsanables, por tanto, con un préstamo o adelanto, el que puede alcanzar hasta el 80 por 100 del subsidio a percibir, reintegrable en la forma que mejor convenga al mutualista; o, por el contrario, ser definitivas, concediéndose entonces el derecho de rescate, es decir, la devolución de todo lo aportado, más los intereses correspondientes, incrementado o disminuido, según la situación, por las sumas correspondientes

a los gastos administrativos, cuando falten menos de cinco años para el vencimiento de la obligación; el 95 por 100 de estas cantidades si faltan más de cinco años y menos de diez, y, al sobrepasar éstos, sólo el 90 por 100.

Las cuotas, calculadas a la edad del previsionista como más justas, son abonadas por mensualidades, y, al ser satisfechas por semestres, trimestres y meses, sufren un pequeño incremento.

Otra peculiaridad de este subsidio es que los recargos administrativos no son fijos, sino que representarán el 1 por 1.000 de las cuotas con un mínimo de seis pesetas anuales, modificación que se ha establecido como menos onerosa y más equitativa para el asociado. De existir superará

vit en su fondo, se destinará a incrementar los de reserva correspondientes a cada grupo de subsidios.

La puesta en marcha de esta nueva sección tendrá lugar en cuanto se cumplan los trámites previos precisos (aprobación por los diversos organismos oficiales). Y comenzará a funcionar al alcanzarse las quinientas inscripciones.

El máximo deseo de Previsión es siempre corresponder a la confianza de sus asociados. A ellos y por ellos se dedica, desvive y trabaja con fe, intenso espíritu de sacrificio y voluntad sin igual. Y modesta prueba de ello son los nuevos subsidios dotales que ahora crea.

Doctor J. Luis Yagüe y Espinosa.

TERTULIA MÉDICA

IDEARIUM DE "ICH"

Hay hombres a quienes no les basta tener el cerebro de piedra, sino que necesitan ser adosados para estar sujetos por todas partes y apoyarse en los demás.

Hay tres tiranías, o, mejor dicho, tres opresiones: de arriba abajo, la tiranía de los Gobiernos; de abajo arriba, la tiranía del populacho, y de enmedio, la tiranía del matrimonio. De todas ellas, la más violenta es la de abajo, la más fácil de evitar la de arriba y la inevitable la de enmedio.

Los tontos suelen ser gente de indiscutible probidad, porque desde luego demuestran que lo son y aún se esfuerzan en que las gentes lo comprendan. Lo que sucede es que el público es todavía más tonto que ellos, y tarda en descubrirlos y calificarlos mucho más tiempo del que emplea con las gentes de ingenio. Esto aparte de la molestia que en el vulgo produce el reconocimiento de la verdadera superioridad.

Los padres no son hombres más que en el momento de la generación.

Hay una cosa muy agradable para los holgazanes, y es el no hacer nada; pero hay otra que

constituye para ellos el mayor de los deleites, y es el no dejar hacer nada a los demás.

Si en el destino que nos señala nos impone la Providencia penas y sufrimientos que pueden conducir al mejoramiento, a la perfección y al consuelo de los demás, aquellos trabajos son gracia y premio, pues representan una asociación a que la Providencia nos llama para colaborar.

El espíritu perseverante de la caridad, lo que pudiera llamarse el instinto de la lástima buscando remedio a la desventura o la deficiencia ajenas, quizá no sea una virtud, como nosotros ordinariamente creemos. Su raíz más honda puede residir en un convencimiento inconsciente de nuestra superioridad en la eficacia intelectual y material sobre los demás hombres, que nos impulsa para acudir al remedio de sus deficiencias. Más claro, radica la tal virtud en el orgullo de supernos poseedores de una superioridad sobrehumana. Cuando ella es efectiva, se manifiesta en Jesús de Nazaret; pero ¿cuándo es efectiva?, ¿cuando no la eclipsa o la desfigura el deseo de querernos mostrar dotados de una bondad ingénita y gratuita de que vemos carecer a los demás hombres?

Ser buenos por serlo es casi imposible; parecerlo, puede ser útil a los desgraciados; pero no es menos pecaminoso que el ser malo. ¡Moneda representativa sin verdadera reserva metálica que la garantice!

«Ich».



Ya está

señalado el organismo que con plena autoridad
ha de juzgar los trabajos que se presenten al

**PRIMER CONCURSO ANUAL DE LA COOPERATIVA LECHERA S. A. M.
PREMIO DEL AÑO 1946**

Tema: «Tratamiento dietético de la distrofia y de la atrofia del lactante»
anunciado recientemente.

La SOCIEDAD DE PEDIATRIA DE MADRID ha aceptado
constituir el Tribunal que decida qué trabajo de los que se
presenten al concurso merecerá ser galardonado con el premio
de **treinta mil pesetas** que se instituye.

**COOPERATIVA LECHERA S. A. M.
RENEDO DE PIÉLAGOS (SANTANDER)**

SILVA LITERARIA

BENITO PÉREZ GALDÓS Y LA MEDICINA ⁽¹⁾

por

F. JAVIER CORTEZO COLLANTES

II

Pérez Galdós, que también supo immortalizar las emociones de una terrible epidemia de cólera, que él no conoció más que a través de sus documentaciones históricas y del encanto creador de su imaginación genial, hubo de preocuparse de modo muy singular al ser testigo de los episodios de la epidemia de 1885.

Numerosas fueron sus crónicas, cartas y apuntes sobre la epidemia, las medidas sanitarias, la actitud política y del Gobierno frente al azote del cólera, y aun el comentario exquisito a la actitud del Rey Alfonso XII con los coléricos de Aranjuez.

Todas estas notas periodísticas de Benito Pérez Galdós, con motivo de la epidemia de cólera, tienen un gran interés en estos días para nosotros los españoles y los médicos; pero de modo singular es digna de rememoración la carta de Pérez Galdós en que presenta a sus lectores a don Jaime Ferrán, cuando éste tenía treinta y tres años y se lanzó a la lucha de aplicación de sus teorías y procedimientos para combatir la epidemia.

Decía así don Benito desde Madrid y con fecha 13 de junio de 1885:

«Le ha salido al cólera un enemigo encarnizado: el doctor FERRÁN.

Parece que en sus formidables paseos por Europa jamás ha tropezado el viajero del Ganges con una entidad científica que de una manera tan resuelta se le ponga delante y trate de estorbarle el paso.

Es la primera vez que se ha visto la posibilidad de atajar definitivamente a tan fiero enemigo, mejor que con lazaretos, cordones y cuarentenas, que así le detienen, como podrían las telarañas detener una bala de cañón.

El pensamiento de curar los estragos de un mal con el mal mismo no es nuevo en Medicina. Lo prueban la variolización y la sifilización para evitar con la misma enfermedad benigna el desarrollo de la maligna.

JENNER fué el primero que redujo la cuestión a términos concretos inoculando la vacuna. En el presente siglo, el sabio francés M. PASTEUR, con sus experimentos sobre la rabia y el cólera de las

gallinas, ha dado un gran paso en este sistema profiláctico.

FERRÁN se propuso aplicarlo al cólera morbo asiático, y comenzó sus estudios con admirable paciencia en Marsella y Tolón, donde la epidemia hizo tantos estragos el año pasado. El primer resultado de sus experimentos fué descubrir que el microbio del doctor KOCH no es más que una fase de tan temido organismo vegetal, y que éste es susceptible de cultivo y atenuación sometiendo a condiciones especialísimas de temperatura y otros modificadores químicos.

El causante del cólera es el *bacillus virgula*, recogido directamente de las deyecciones. A tan formidable enemigo le encierra FERRÁN en matraces dispuestos para el caso. Lo cultiva allí con líquidos que le hacen inofensivo, y a los tres o cuatro meses ya está preparado el *bacillus* para producir el cólera profiláctico en los individuos que lo reciban.

Al principio hizo el experimento en distintos animales. Tal era su fe, que se inoculó a sí mismo; sus discípulos y admiradores hicieron lo mismo, y la inmunidad pareció comprobarse desde los primeros días.

La fama de este procedimiento tan fácil de comprender cundió rápidamente por los pueblos invadidos de la provincia de Valencia; los casos de inmunidad aumentaban de día en día, y acudían por centenares a vacunarse del cólera personas de todas clases.

La inoculación produce un cólera benigno con síntomas que alarman a los que no están profundamente penetrados de su escasa importancia.

Los inoculados, a poco de asimilarse el líquido que contiene el *bacillus* mediante inyección en ambos brazos, experimentan un fortísimo dolor en el bíceps; a éste sigue pesadez, cefalalgia, envaramiento de los brazos, enfocando la actividad mental en el sitio doloroso.

Rápidamente crecen el quebrantamiento de fuerzas y la pereza orgánica, y la temperatura suele ascender en algunos a 40° con 130 pulsaciones.

Entonces principian los síntomas propiamente coléricos, a saber: frío intenso, calambres y, por fin, delirio, que dura sólo breve tiempo. A las catorce horas, próximamente, el inoculado siente que se alivian sus molestias y los síntomas desaparecen al fin, sin dejar otra huella que algunos dolores locales, que desaparecen a las veinti-

(1) Véase el número anterior.

ticuatro horas. El cólera experimental apenas desfigura el semblante por uno o dos días, y, después de sufrido, la persona puede afrontar impunemente los focos miasmáticos más peligrosos.

La inmunidad es absoluta, al decir de los entusiastas del doctor FERRÁN.

Inútil es decir que estos hechos, propalados por la prensa de todos los países, han producido gran sensación.

Conocido en España el doctor FERRÁN como hombre profundamente serio, sus teorías no han podido en ningún caso ser consideradas como charlatanismo.

Hay quien las pone en duda; pero su buena fe no ha sido puesta en tela de juicio por nadie.

Todas las naciones han enviado a Valencia una Comisión para estudiar de cerca el interesantísimo problema, y actualmente se hacen en aquella comarca estudios de que ha de salir, al fin, una verdad clara y definitiva.

Parece indudable que la inmunidad de los vacunados es un hecho. Los que se asimilaron el virus colerígeno atenuado por el cultivo no han sido atacados.

Ahora bien; ¿cuánto tiempo dura la inmunidad?

Este es otro problema que sólo la experiencia puede resolver. Es cosa probada que todas las enfermedades infecciosas ocasionan inmunidad: la dan la peste de Levante, la fiebre amarilla, el tifus petequial, la viruela, el carbunclo y la hidrofobia.

En cuanto al cólera, por más que algunos tratadistas afirman que nunca repite, hay muchos casos que demuestran lo contrario. Individuos hay que lo han padecido dos y hasta tres veces.

Si la inoculación del cólera experimental nos preserva del mortífero, ¿cuánto tiempo dura esta seguridad?

Sobre esto aún no han sido muy explícitos los ferranistas, ni lo serán hasta que los hechos y el tiempo arrojen nueva luz sobre tan grande misterio.

Hay quien dice que la inmunidad prevalece durante diez años; hay quien los reduce a tres y aun a pocos meses. En este último caso, el remedio del cólera no sería de los más recomendables.

Pero parece natural que la inmunidad sea eficaz en todo el período de la invasión de una epidemia, el cual varía, en nuestras zonas, de uno a dos años.

No quiero dejar de hacer alguna indicación ligera de las causas que determinan la inmunidad.

Las doctrinas microbianas no han llegado aún a un punto definido. Tres hipótesis parecen gozar de más autoridad:

1.^a La de GRAWITZ, que se funda en la modificación que imprime al protoplasma celular el fitoparásito, la cual subsiste durante algún tiempo.

transmitiéndose de unos a otros elementos de nuestro organismo, hasta que se pierde el impulso y la inmunidad desaparece.

2.^a La de DUCLAUX, que sostiene que el microbio profiláctico se nutre a expensas de nuestro organismo, y por eso, cuando aparece el microbio malo, ya no encuentra campo de nutrición y desarrollo.

Traduciendo esta hipótesis al lenguaje vulgar e imaginativo, puede expresarse de este modo: Al recibir la inyección del *bacillus* atenuado o domesticado, nuestro cuerpo es como un terreno fértil, donde el inmenso plantío se extiende y crece maravillosamente. Vive algún tiempo hasta que esteriliza el terreno, absorbiendo todo su jugo.

Cuando viene el otro *bacillus*, el mortífero, encuentra un suelo completamente esquilado e infecundo, y no puede arraigar en él.

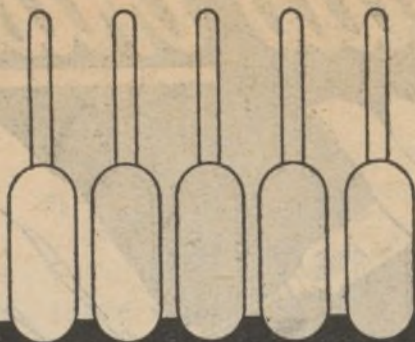
3.^a Consiste esta hipótesis en sostener que el microbio produce materiales ofensivos a su propia vida, y hace, por consecuencia, mortal el campo donde anteriormente estuvo.

De cualquier modo que sea, la inmunidad es un hecho. Falta sólo determinar el tiempo que dura, y esto en el cólera morbo asiático es de capital importancia.

FERRÁN y su sistema tiene partidarios decididos y entusiastas, y también tiene enemigos. Los primeros, entre los cuales hay médicos eminentes, hacen propaganda favorable por medio de conferencias y discusiones animadísimas. Entre los segundos hay también personas entendidas que aseguran no estar convencidas aún y que esperan mejores y más firmes datos.

Por lo general, todos miran al doctor FERRÁN con benevolencia reconociendo su talento, su profundo saber y su buena fe; pero, al paso que algunos dan como probados sus asertos, otros necesitan que la experiencia y el tiempo ilustren más este gran problema. No encontró FERRÁN apoyo muy caluroso en las regiones oficiales.

Al principio, y cuando las poblaciones de Valencia lo aclamaban como el mayor bienhechor de la Humanidad, la camarilla del Ministerio de la Gobernación se le mostró hostil. Cuando vino a Madrid a dar explicaciones de su sistema, aquellas prevenciones se suavizaron, y, por último, el Gobierno nombró una Comisión científica para que, acompañando al doctor FERRÁN por los pueblos invadidos, asistiera a los experimentos y emitiera su luminoso informe sobre la profilaxis del cólera según el novísimo sistema. FERRÁN ha sido autorizado por el Gobierno para continuar sus inoculaciones, y éstas se verifican hoy en Valencia con increíble entusiasmo. La fe de los inoculados, destruyendo uno de los principales agentes del mal, que es el miedo, ha de influir favorablemente en el éxito del sistema.



SALIVENAL

INYECTABLE ENDOVENOSO

SALICILATO SÓDICO Y GLUCOSA EN SOLUCIÓN ISOHIDROGENIÓICA
AFECCIONES REUMÁTICAS EN GENERAL • PROCESOS ENCEFALÍTICOS • ETC.

SALICITIRO

SALICILATO SÓDICO Y TIROIDINA
EN SOLUCIÓN ALCALINIZADA
SOLUCIÓN

ATOFTIRO

ÁCIDO FENIL-QUINOLÍN CARBÓNICO
Y GLÁNDULA TIROIDES POLVO
COMPRIMIDOS



FABRICA ESPAÑOLA DE PRODUCTOS QUÍMICOS Y FARMACEUTICOS

F.º NAVACERRADA, 62 • APARTADO 9030 • TELÉFONO 55386 • MADRID

ANEMIAS • DESNUTRICIÓN • CARENCIAS

hepal



FABRICA ESPAÑOLA DE PRODUCTOS
QUÍMICOS Y FARMACEUTICOS
MADRID

TELF. 55386 • APARTADO 9030

JARABE

INYECTABLE

PRINCIPIO ANTIANÉMICO Y COMPLEJO VITAMÍNICO B
DEL HÍGADO, CON HIERRO Y COBRE

Primer producto totalmente nacional
obtenido por métodos propios en nuestra
Fábrica, a partir de los hígados frescos de vacuno

ADMINISTRACIÓN CÓMODA • ACCIÓN TERAPÉUTICA
RAPIDA • MÁXIMA EFICACIA • ECONOMÍA



F.º NAVACERRADA 62

Un remedio indoloro



**PARA EL
TRATAMIENTO
DE LAS
ENFERMEDADES
HEPATO-GASTRICAS**

En su forma inyectable y líquida, HEPAGASTRON es el remedio que reúne extraordinarias condiciones para el tratamiento de las anemias, activando el proceso hemopoyético, tendiendo a hacer desaparecer los síntomas subjetivos y estabilizando el cuadro hemático.

HEPAGASTRON es la feliz asociación de los principios activos del hígado y de la mucosa gástrica con la vitamina B en forma estable.

HEPAGASTRON es un producto obtenido por el empleo de una técnica perfecta. Resulta altamente eficaz en el tratamiento de las dolencias hepatogástricas y, en su forma inyectable, de aplicación totalmente indolora, lo cual hace que sea especialmente recomendable en los casos agudos.

Presentado en cuatro formas:

INYECTABLE NORMAL • INYECTABLE FUERTE • INYECTABLE FUERTE VITAMINADO • LIQUIDA

HEPAGASTRON

EXTRACTO HEPATICO Y DE MUCOSA GASTRICA

**LABORATORIOS ORZAN, S.A.
LA CORUÑA**

Ap. C. 5.121

SANATORIO PEÑA - CASTILLO

(SANTANDER)

SISTEMA NERVIOSO. - APARATO DIGESTIVO. - NUTRICION

ONCE HECTAREAS DE PARQUE. - VARIAS VILLAS

SECCION ESPECIAL PARA TOXICOMANOS

Director: Dr. MORALES.

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 4.219.)

Informatorio profesional

EL FALLECIMIENTO DEL DOCTOR GARCIA MIRANDA

La Oftalmología española está de luto. García Miranda, el joven catedrático de la Universidad de Salamanca y profesor del Instituto Oftálmico Nacional, ha muerto. Y ha muerto fuera de España, cuando acababa de llegar a Nueva York, comisionado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Igual que todos los días de su existencia, sabiendo mucho y con el afán de aprender más.

La noticia corrió rápida, y a todos nos impresionó tristemente. No nos hacemos a la idea de que aquel compañero, optimista, dinámico y cordial, con su aspecto simpático de estudiante, y, sin embargo, con erudición y con criterio de maestro, haya desaparecido.

Formado científicamente al lado del profesor Díaz Caneja, éste le quería como a un hijo. Y mientras García Miranda, en las clínicas, en las reuniones científicas, en los Centros de la especialidad, no perdía ocasión de honrarse a sí mismo ensalzando al que siempre llamaba su maestro, Díaz Caneja, por su parte, reforzaba la personalidad, ya destacada, de aquel discípulo al que nunca designaba como tal, sino como colaborador. Hasta en eso eran afines, uno y otro mostraban la misma elegancia espiritual.

Y Díaz Caneja, en una carta íntima, nos escribe: «Nos unía una amistad que, por mis años, tenía mucho de paternal hacia él, y sé que me correspondía con igual afecto, tanto, que desfiguraba un poco la realidad dándome títulos que yo no merecía, y mucho menos en relación con él. Colaboramos aquí, en Valdecilla, hasta que yo mismo le empujé a que se fuera a Alemania con Schieck, pues en Santander poco o nada podía ver que ya no conociese. A petición mía informé al Márquez favorablemente su solicitud de pensión. Formé parte del Tribunal que le dio la cátedra después de unos ejercicios brillantísimos, y creo que todos los vocales nos honramos votándole. Después, por circunstancias de la vida, vino a ser vocal de mis oposiciones, y sé la alegría que le causó el resultado, tanta o más de la que yo pudiera sentir. Herido en Teruel, pidió ser evacuado a Valdecilla, y aquí le tuve hasta que yo mismo le llevé a su familia, a León. En su último viaje—último, desgraciadamente, en todos sentidos—también algo mío le acompañaba, ya que en el Consejo de Investigaciones está mi informe aconsejando el viaje, y diciendo que «pocos podrán honrar más a España que lo podía hacer García Miranda». Días antes de su marcha estuve con él en ésa, y le encontré rebosante de optimismo. Hemos de inclinarnos ante la suprema Voluntad, que dispone de nuestras vidas, y es inútil intentar comprender su suprema razón. Antonio pidió un confesor, y Dios le habrá permiti-

do terminar su magnífica vida, tan prometedora, gozando de su promesa imperecedera.»

Sean estas frases del profesor Díaz Caneja, a cuyo dolor nos asociamos, nuestro homenaje póstumo a la memoria del profesor García Miranda.

M. E.

XXIV ASAMBLEA DE LA SOCIEDAD DE OFTALMOLOGIA

La Sociedad de Oftalmología Hispánicoamericana celebrará su XXIV Asamblea del 9 al 14 de septiembre próximo en La Toja. La organización, a cargo de los oculistas gallegos, es perfecta y promete un gran éxito. El número de inscripciones es extraordinario, y entre ellas figuran las de muchos colegas portugueses e hispanoamericanos.

EL DOCTOR ANTONIO M. CALDERIN, PROFESOR DE LA ESCUELA DE TISIOLOGIA

Recientemente ha sido nombrado profesor de Otorrinolaringología de la Escuela de Postgraduados, que funciona en la Facultad de Medicina de la Ciudad Universitaria con el nombre de Escuela de Tisiología, el ilustre especialista doctor Antonio Martín Calderín.

El prestigio científico y el amor a la enseñanza, que tan demostrados tiene el doctor Calderín, aseguran la eficiencia de los fines docentes y de investigación que a la referida Escuela le han sido encomendados por los Ministerios de Educación Nacional y de Gobernación.

Ya conocemos que, para los cursos generales y monográficos de la Escuela, que se habrán de inaugurar el próximo 12 de octubre, están confeccionados programas de gran interés, que se harán públicos en breve.

CREACION DEL INSTITUTO MEDICO VALDECILLA

IMPORTANTE DISPOSICION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Se ha firmado por el ministro de Educación Nacional una orden autorizando al rector de la Universidad de Valladolid para que, de acuerdo la Facultad de Medicina de dicha Universidad y la Fundación benéfico docente Casa de Salud Valdecilla, de Santander, se establezca el Instituto Médico Valdecilla, como Escuela de Especialización Médica, dependiente de la citada Facultad.

El Instituto Médico Valdecilla estará regido por una Comisión ejecutiva, presidida por el Magnífico rector de la Universidad del Distrito, e integrado por el presidente de la Fundación Valdecilla.

lla, decano de la Facultad de Medicina y director de la citada institución, cuyo nombramiento se hará por el Ministerio de Educación Nacional.

Las enseñanzas se darán por los profesores de la Facultad, jefes de Servicios titulares de la institución y por aquellos otros profesores que sean propuestos por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas o por la Comisión ejecutiva rectora.

Con esta disposición se da público testimonio por parte del Ministerio de Educación Nacional de cuanto representa y significa la labor que viene realizando la Institución Valdecilla, de Santander.

Fundación, de alta categoría sanitaria y científica, que tan alto ha colocado el nombre de España, podrá en lo sucesivo, merced a la creación del Instituto Médico Valdecilla, debidamente coordinado con la Facultad de Medicina de Valladolid, realizar una gran tarea científica.

La creación del Instituto Médico Valdecilla, de acuerdo con las amplias normas establecidas por la ley de Ordenación Universitaria, permitirá en lo sucesivo incorporar a la gran tarea científica de la Medicina española la amplia cátedra de la cultura santanderina. Santander, con su Universidad Internacional de Verano y su Biblioteca Menéndez y Pelayo, participa singularmente la valorización cultural de España.

SECCION OFICIAL

ORDEN de 12 de julio de 1946 por la que se declara desierta la provisión de la cátedra que se cita de la Universidad de Salamanca

Ilmo. Sr.: Visto el expediente formulado con motivo de las oposiciones celebradas para la provisión en propiedad de la cátedra de Anatomía descriptiva y topográfica y Técnica anatómica, segundo, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, así como la actuación del Tribunal juzgador, que ha sido ajustada al Reglamento de oposiciones a cátedras de Universidad de 25 de junio de 1931,

Este Ministerio ha resuelto, de conformidad con el acuerdo adoptado por el indicado Tribunal, declarar desierta la provisión de la mencionada cátedra.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 12 de julio de 1946.—*Ibáñez Martín*.

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 23-VII-1946.)

DIRECCIÓN GENERAL DE JUSTICIA.—*Anunciando a concurso de traslación entre Médicos forenses de categoría de ascenso las Forensías vacantes que se relacionan.*

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 del Decreto de 17 de junio de 1933, modifi-

cado por el de 29 de agosto de 1935, y en la Orden complementaria de 20 de agosto de 1941, se anuncian a concurso de traslación, entre Médicos forenses de categoría de ascenso, las Forensías vacantes en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción que a continuación se expresan:

Sanlúcar de Barrameda. 21-6-1946. Traslación de don Joaquín Torrecilla.

Figueras. 21-6-1946. Traslación de don Manuel Capdevila.

Huesca. 21-6-1946. Traslación de don Fermín Toribio.

Los aspirantes presentarán sus instancias en este Ministerio dentro del plazo de quince días naturales, contados desde el siguiente al de la inserción de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*.

Los que se hallaren pendientes de depuración acompañarán a sus instancias declaración jurada de haber instado aquélla a su debido tiempo, sin cuyo requisito no se les dará curso, estándose a lo dispuesto en la regla sexta de la Orden de 20 de agosto de 1941.

Los aspirantes que residan fuera de la península podrán dirigir sus peticiones por telégrafo, sin perjuicio de cursar oportunamente las correspondientes solicitudes.

Madrid, 15 de julio de 1946.—Por el Director general, el Subdirector general, *Manuel Soler*.
(B. O. del E. de 22-VII-1946.)

Anunciando a concurso de traslación entre Médicos forenses de categoría de entrada las Forensías vacantes que se relacionan.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 del Decreto de 17 de junio de 1933, modificado por el de 29 de agosto de 1935, y en la Orden complementaria de 20 de agosto de 1941, se anuncian a concurso de traslación, entre Médicos forenses de categoría de entrada, las Forensías vacantes en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción que a continuación se expresan:

Priego (Córdoba). 22-7-1945. Fallecimiento de don José Pedrajas.

Tamarite de Litera. 4-6-1946. Promoción de don José María Campllonch.

Ayora. 22-6-1946. Traslación de don Ramón Battaller.

Requena. 24-6-1946. Fallecimiento de don Canuto Sánchez.

Ugíjar. 10-7-1946. Fallecimiento de don Domingo Leyva.

Los aspirantes presentarán sus instancias en este Ministerio dentro del plazo de quince días naturales, contados desde el siguiente al de la inserción de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*.

Los que se hallaren pendientes de depuración acompañarán a sus instancias declaración jurada de haber instado aquélla a su debido tiempo, sin cuyo requisito no se les dará curso, estándose a lo dispuesto en la regla sexta de la Orden de 20 de agosto de 1941.

Los aspirantes que residan fuera de la península

la podrán dirigir sus peticiones por telégrafo, sin perjuicio de cursar oportunamente las correspondientes solicitudes.

Madrid, 15 de julio de 1946.—Por el Director general, el Subdirector general, *Manuel Soler*.

(B. O. del E. de 22-VII-1946.)

Anunciando a concurso de traslación, entre Médicos forenses de categoría de ascenso, las Forensías vacantes que se relacionan.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 del Decreto de 17 de junio de 1933, modificado por el de 29 de agosto de 1935, y en la Orden complementaria de 20 de agosto de 1941, se anuncian a concurso de traslación, entre Médicos forenses de categoría de ascenso, las Forensías vacantes en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción que a continuación se expresan:

Aracena. 11-5-1946. Traslación de don Antonio González.

Mérida. 11-5-1946. Traslación de don Manuel Enciso.

Igualada. 22-6-1946. Traslación de don José Domínguez.

Los aspirantes presentarán sus instancias en este Ministerio dentro del plazo de quince días naturales, contados desde el siguiente al de la inserción de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*.

Los que se hallaren pendientes de depuración acompañarán a sus instancias declaración jurada de haber instado aquélla a su debido tiempo, sin cuyo requisito no se les dará curso, estándose a lo dispuesto en la regla sexta de la Orden de 20 de agosto de 1941.

Los aspirantes que residan fuera de la península podrán dirigir sus peticiones por telégrafo, sin perjuicio de cursar oportunamente las correspondientes solicitudes.

Madrid, 15 de julio de 1946.—Por el Director general, el Subdirector general, *Manuel Soler*.

(B. O. del E. de 22-VII-1946.)

ORDEN de 9 de julio de 1946 por la que se nombra el Tribunal que juzgará las oposiciones a las cátedras que se citan de las Universidades de Santiago y Zaragoza.

Ilmo. Sr.: Convocadas a oposición por Orden de 26 de febrero de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 12 de marzo siguiente) las cátedras de Obstetricia y Ginecología de las Facultades de Medicina de las Universidades de Santiago y Zaragoza,

Este Ministerio ha resuelto nombrar el Tribunal que habrá de juzgar las oposiciones de referencia, que estará constituido en la forma siguiente:

Presidente: ilustrísimo señor don Fernando Enríquez de Salamanca Danvila, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Vocales: don Jesús García Orcoyer, don Arcadio Sánchez López, don Alfonso de la Fuente Chaos, Catedráticos de las Universidades de Madrid, Granada y Valencia, respectivamente, y don Joaquín Segarra Lloréns, Profesor jubilado de la Facultad de Medicina de Madrid.

Presidente suplente: ilustrísimo señor don Leonardo de la Peña Díaz, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Vocales suplentes: don Francisco Martín Lagos, don Pedro Nubiola Espinós, don Miguel Martí Pastor y don Pedro Piulachs Oliva, Catedráticos de las Universidades de Madrid y Valencia el primero y el tercero, respectivamente, y de la de Barcelona los otros dos.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 9 de julio de 1946.—*Ibáñez Martín*.

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 22-VII-1946.)

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—Circular por la que se convocan oposiciones para ingreso en el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales.

En cumplimiento de lo dispuesto en Orden ministerial de esta fecha, y de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 4.º del Reglamento de Inspectores Farmacéuticos Municipales de 14 de junio de 1935, por esta Dirección General se convocan oposiciones para ingreso en el Cuerpo mencionado con arreglo a las siguientes condiciones:

1.ª Los aspirantes habrán de ser españoles, licenciados o doctores en Farmacia, afectos al régimen y carecerán de antecedentes penales.

2.ª Las instancias se presentarán en las oficinas de la Inspección General de Farmacia de la Dirección General de Sanidad en el plazo de treinta días hábiles, contados a partir del día 15 de septiembre próximo, acompañadas de los siguientes documentos:

a) Partida de nacimiento, debidamente legalizada si ha sido expedida fuera del territorio de la jurisdicción de la Audiencia de Madrid.

b) Título facultativo, copia notarial del mismo o recibo de haber efectuado el pago de los derechos correspondientes a su expedición.

c) Certificación negativa del Registro Central de Penados y Rebeldes.

d) Certificado de buena conducta expedido por la Alcaldía correspondiente.

e) Documentos acreditativos de la adhesión al Movimiento nacional del solicitante, expedidos por la autoridad gubernativa provincial o por la del Movimiento autorizada a estos efectos.

f) Declaración jurada en la que se haga constar que el interesado no ha sido expulsado de ningún Cuerpo del Estado, Provincia o Municipio por expediente gubernativo o político-social, ni estar sometido a él en el momento de la presentación de la instancia.

g) Para las mujeres, certificación con validez

oficial acreditativa del cumplimiento del Servicio Social, o de la exención legal del mismo.

3.^a Los aspirantes habrán de satisfacer, en el acto de la presentación de las instancias, 60 pesetas en metálico en concepto de los derechos de oposición. El número del recibo de pago de estos derechos será el que corresponda al opositor para la práctica de los ejercicios.

4.^a Los ejercicios de oposición serán tres: el primero, escrito; el segundo, oral, y el tercero, práctico, que consistirá en la solución de problemas de análisis clínicos o bromatológicos. Estos ejercicios se ajustarán al programa aprobado por la superioridad con fecha 31 de julio de 1944 (*Boletín Oficial del Estado* del día 6 de agosto). Los opositores que no alcancen la puntuación necesaria no podrán realizar el tercer ejercicio.

5.^a El Tribunal encargado de juzgar las oposiciones y la fecha en que han de dar comienzo las mismas se fijarán en momento oportuno, haciéndose público en el *Boletín Oficial del Estado*.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 17 de julio de 1946.—El Director general, *José A. Palanca*.

(B. O. del E. de 21-VII-1946.)

PRESIDENCIA DE LAS CORTES ESPAÑOLAS.—*Corrección de erratas en la Ley de Bases de Sanidad Nacional.*

Publicada en el *Boletín Oficial del Estado* número 331, de 26 de noviembre de 1944, la Ley de Bases de Sanidad Nacional, se ha advertido en dicha publicación la omisión de un párrafo en la base 16, «Servicios farmacéuticos», párrafo que figura en el dictamen emitido por la Comisión de las Cortes y en la Ley sancionada por el Jefe del Estado; y para corregir esta omisión y que pueda tener efecto dicha base 16 en su totalidad, a continuación del párrafo que figura en la página 8922 del citado *Boletín Oficial del Estado*, y que dice: «Los laboratorios destinados a la preparación de especialidades farmacéuticas podrán ser de dos clases: laboratorios individuales y laboratorios colectivos. Unicamente los farmacéuticos pueden poseer laboratorios individuales, salvo los casos en que éstos sean destinados a la preparación de productos biológicos, en que podrán ser propietarios de los mismos licenciados en Farmacia, Medicina o Veterinaria», se insertará el párrafo omitido, que dice así: «Recibirán el nombre de laboratorios colectivos los constituidos por dos o más propietarios, sean o no Farmacéuticos. El Director técnico será Farmacéutico. En los casos

en que se preparen exclusivamente productos biológicos, el Director y los demás técnicos serán indistintamente licenciados en Medicina, Farmacia y Veterinaria»; continuando luego en la forma que figura en la citada página del *Boletín Oficial del Estado*, que dice: «En los laboratorios de especialidades no podrán elaborarse especialidades farmacéuticas que no sean de la propiedad de sus titulares, bien sean personas jurídicas o naturales.»

Y a los efectos oportunos, se publica esta adición, corrigiendo el error de imprenta padecido.

Palacio de las Cortes, 16 de julio de 1946.—El Presidente de las Cortes, *Esteban de Bilbao y Eguía*.

Haciendo pública la solicitud de permuta de sus destinos de don Daniel Díez Fernández y don Angel Fernández Valladares, Médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria.

Don Daniel Díez Fernández y don Angel Fernández Valladares, Médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria con destino en los Ayuntamientos de Cubillas de Rueda y Gradefe, distrito 2.º, respectivamente (León), dirigen instancia a este Departamento solicitando permutar las plazas de referencia.

Y con el fin de que tenga lugar el debido cumplimiento de los preceptos contenidos en la Orden ministerial de 26 de julio de 1943, se hace pública la petición de permuta aludida en el *Boletín Oficial del Estado*, a fin de que los demás Médicos o los Ayuntamientos interesados puedan formular reclamaciones, si lo estiman conveniente, cuya permuta tendría lugar si en el plazo y condiciones señalados en la Orden ministerial citada no se hubiese formulado reclamación alguna.

Lo que se hace público para general conocimiento y oportunos efectos.

Madrid, 12 de julio de 1946.—El Director general, *José A. Palanca*.

(B. O. del E. de 21-VII-1946.)

≡ A N Á L I S I S ≡

de ORINAS, en comparación con la normal.

SANGRE, ESPUTOS, EXUDADOS, etc.

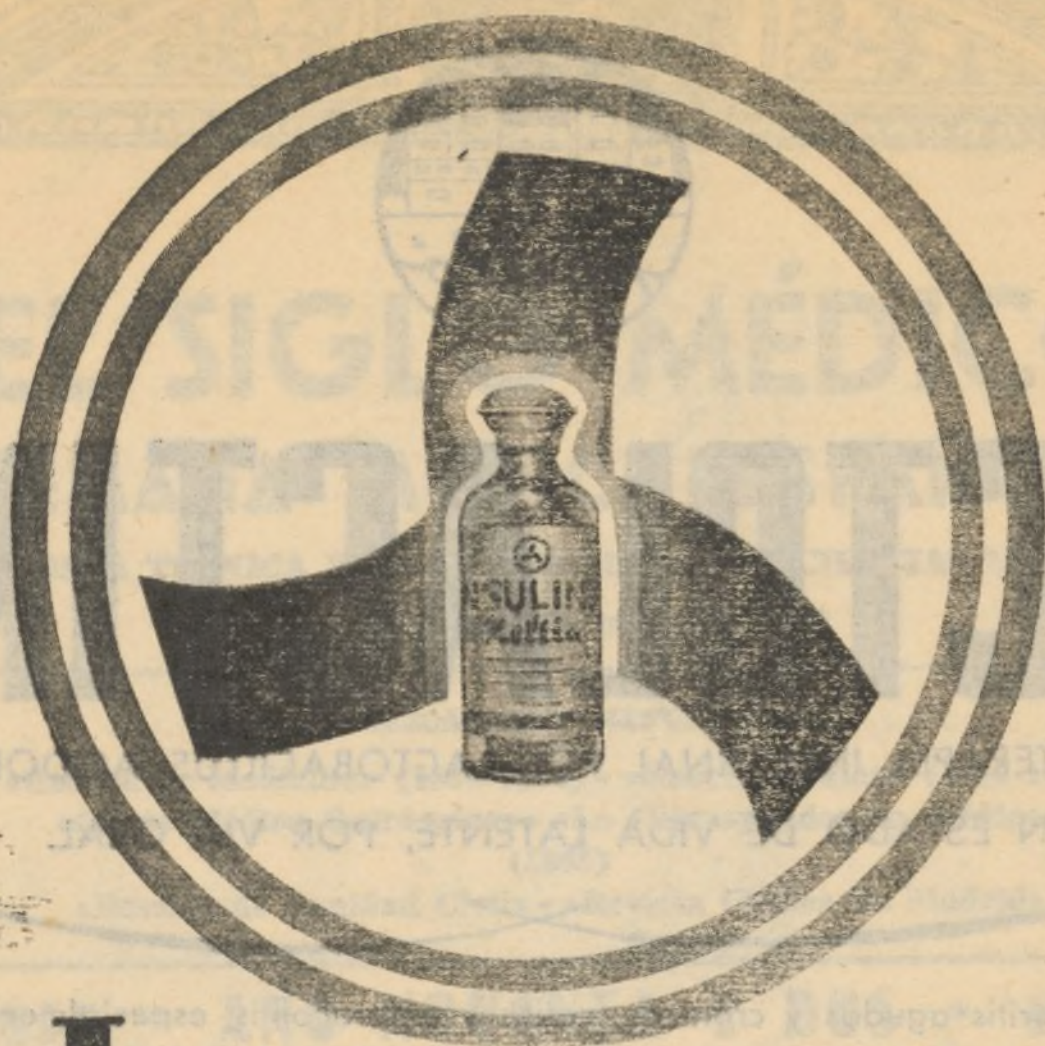
Dr. E. ORTEGA, sucesor del Dr. CALDERON

Análisis de aguas mineromedicinales, etc.
FUNDADO EN CARRETAS, 14, EN 1806

Carmen, 12 - MADRID - Teléf. 16388

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 4.218)

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



Insulinas

Zeltia

EXACTA TITULACIÓN ESTABILIDAD

INSULINA ORDINARIA

(FRASCOS DE 100 Y 200 U.I.)

PROTAMINA-ZINC-INSULINA

(INSULINA RETARDADA)

(FRASCO DE 200 U.I.)

LABORATORIOS ESPAÑOLES "Zeltia" S.A.



BACTOLACTINA

BACTERIOTERAPIA INTESTINAL POR LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS
EN ESTADO DE VIDA LATENTE, POR VIA ORAL.

Enteritis agudas y crónicas, colitis y enterocolitis, especialmente
la enterocolitis estival infantil (DIARREAS DE VERANO).

DOSIS

Niños: media o una ampolla diaria en agua poco templada o fría.

Adultos: una ampolla antes de las comidas disuelta en agua.

Agitar el contenido antes de su uso.

PRESENTACIÓN

Caja de 6 ampollas de 5 c. c.

Preparado de la Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos
-ABELLÓ-MADRID-LEÓN

