



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 3 de agosto de 1946

NÚMERO 4.711



HIPPOCRATES



GALENVS



AVICENA



RASIS



MESVE



PLATO



ARISTOTELES



THEOPHRASTVS



AVEROIS



DIOGENES





Comisaría de Organización y Propaganda

A V I S O

**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 1945.**

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: *La segmentación del núcleo del granulocito*, por el Dr. F. Mas y Magro. *Naturaleza de la relación de la secreción ulcerosa*, por el Dr. Joaquín Tellería. DIVULGACIONES NACIONALES: *La inducción del parto por procedimientos médicos* (conclusión), por el Dr. Luis Botella Llusá. *Genitalidad y psicopatología*, por el Dr. José M. Sacristán. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *La actualidad médica en los Estados Unidos*, por el Dr. Robert M. Barton. *Los trabajos de la señora Lucie Randoín*, de la Academia de Medicina de París, por el Doctor René Sudre. ACADEMIAS Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS. CONSULTORIO MÉDICO QUIRÚRGICO. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

LA SEGMENTACIÓN DEL NÚCLEO DEL GRANULOCITO

por el

Doctor F. MAS Y MAGRO

Director del Instituto de Citología Experimental y Hematología de Alicante.

La segmentación del núcleo del granulocito, a juzgar por nuestras observaciones, cuyo resumen expusimos en nuestra obra *La fórmula leucocitaria en las enfermedades infecciosas* (Madrid, 1945), ocurre en la medula ósea, en donde constituye la etapa terminal del proceso de maduración de la serie granulocítica. El control de este proceso complejo se realiza, según nuestras investigaciones, por la increción hormonal del tejido linfoide, como demostramos en 1921; en efecto, la sustancia activa del citado tejido, cuya presencia fué constatada por nosotros en los extractos acuosos de ganglios linfáticos, ejerce efectos de excitación sobre el mismo tejido linfoide y de inhibición sobre el tejido mieoloide. Los efectos de excitación se manifiestan en la sangre por linfocitosis, y en los folículos linfoides por el incremento de la cifra de sus mitosis, las que, de ocho por campo microscópico, cifra aproximadamente normal en los ganglios linfáticos, llegan a quince y hasta veintidós. Los efectos de inhibición sobre el tejido mieoloide se revelan por la disminución de la cifra de los eritrocitos y los neutrófilos en la sangre, con aumento de las formas neutrófilas insegmentadas hasta superar la cifra de las formas segmentadas. En la medula ósea los efectos de inhibición son menos aparentes; no obstante, cuando se administran dosis masivas de extractos acuosos gan-

glionares durante un tiempo relativamente largo, por ejemplo, durante cuatro a seis semanas, se producen hondas perturbaciones en los tejidos mie-loides, que se manifiestan especialmente sobre el proceso de maduración de los granulocitos neutrófilos. El citoplasma de estos corpúsculos y el de los mielocitos y los metamielocitos permanece basófilo, como el de los promielocitos o poco menos, y sus granulaciones o faltan o adquieren el carácter de granulaciones tóxicas o el de gránulos azurófilos. Tan graves alteraciones granulocíticas conducen a la muerte de los animales de experiencia, el cobaya, precedida de fuerte hipoglobulia, hasta 840.000 en un experimento, y de leucopenia. Por la excitación y la inhibición del tejido linfoide se logran efectos semejantes a los de los extractos de ganglios linfáticos, como demostramos en 1921 y en años posteriores. Los rayos X a dosis débiles de escaso poder penetrante (MARGARITA THOMAS, TAYLOR y WITTHEBEE), la albúmina (WISEMAN, MÁS y MAGRO), la pilocarpina (MÁS y MAGRO), producen linfocitosis en sangre y aumento de las figuras de mitosis en los folículos linfoides de los ganglios y en los corpúsculos de Malpighio del bazo (NAKAHARA, MÁS y MAGRO); por el contrario, los rayos X a dosis letales (HEINICKE, WARTHIN) o a dosis altas simplemente (HELBER y LINSER, MURPHY, MURPHY y

ELLIS, MURPHY y TAYLOR, WITTHEBEE y MURPHY) causan la destrucción de los folículos linfoides, con fuerte linfopenia en la sangre. En la medula ósea, la excitación del tejido linfoide determina una inhibición semejante a la de los extractos ganglionares, mientras que la destrucción del tejido linfoide se revela por una neutrofilia intensa, con fuerte predominio de formas segmentarias, ya que en estas condiciones, libre el tejido mieloide del contral de freno de la increción linfoide, se desborda en una hipergénesis hematopoyética.

Después de nuestro trabajo acerca de la increción del tejido linfoide, cuyas propiedades acabamos de referir de un modo sumario, aparecieron las sugerencias de AZKANAZY, en 1929, y de WISEMAN, DOAN y ERF, en 1936; en efecto, el primero explicó las correlaciones entre los tejidos linfoide y mieloide por la intervención del sistema general endocrino o, en todo caso, del sistema nervioso autónomo, mientras que WISEMAN, DOAN y ERF admitieron que las citadas correlaciones se realizaban por un mecanismo de balanza, como ya propugnó K. ZIEGLER en 1906. Es preciso llegar a las investigaciones experimentales de MILLER y colaboradores para encontrar un enlace con las nuestras del año 1921 y posteriores. MILLER, WEARN y HEINLE, en 1939, lograron aislar en la orina de los enfermos de leucemia linfática y mieloide dos sustancias de actividad diferente: la sustancia linfoide activa de la orina de las personas afectas de leucemia linfática produce metaplasias linfoides y determina, de una parte, efectos de excitación sobre el tejido linfoide y, de otra parte, efectos de inhibición de la proliferación mieloide; la sustancia activa mieloide causa hiperactividad en la proliferación mieloide e inhibición de la proliferación linfoide. Estos efectos, en fin de cuentas, no son, ni más ni menos, que los constatados por nosotros en 1921, esto es, excitación en el tejido homólogo y depresión en el opuesto. Pero MILLER y colaboradores han creído necesario distinguir, a los efectos del control incretor, un comportamiento distinto, según se refiera a la proliferación de la diferenciación específica y al proceso de la maduración celular: la proliferación se excita por la sustancia activa homóloga y la maduración por la sustancia activa opuesta. Los hechos recientes aportados por nosotros no son favorables a este modo de ver, puesto que la sustancia hormonal linfoide causa excitación de toda la linfopoyesis e inhibición de toda la mielopoyesis. Los autores norteamericanos sugieren la idea de que la orina normal contiene también las sustancias activas linfoide y mieloide, por ellos aisladas, si bien en proporciones mínimas; no obstante, hasta ahora no se ha logrado la obtención de tales sustancias en la orina normal, si bien, según las referencias de HEINLE, WEARN, WEIR y

ROSE, en 1942, presentaría cierta actividad linfoide y mieloide.

La cuestión del control de las correlaciones funcionales entre los tejidos linfoide y mieloide ofrece una evidente trascendencia en orden a explicar los fenómenos de la maduración celular granulocítica, y de un modo especial a su fase terminal, la segmentación del núcleo del granulocito. Sin el conocimiento previo de la increción linfoide no se podría plantear el problema, hasta ahora insoluble, de la polinucleosidad de este corpúsculo. Ni la teoría de ARNETH, según la cual la segmentación nuclear sería efecto de la edad celular, de tal modo que la forma insegmentada y la de cinco núcleos representan la máxima juventud y la extrema vejez del granulocito neutrófilo, ni la del amiboidismo de BRUGSCH y SCHILLING ofrecen una cabal explicación de la segmentación del núcleo de este corpúsculo. La conjetura del amiboidismo, fenómeno contingente y, en casos, aleatorio, no puede explicar la constancia de las cifras de las cinco clases del esquema de ARNETH en la sangre normal o de los segmentados e insegmentados. La segmentación se ha de atribuir, de consiguiente, de conformidad con nuestras investigaciones, a la intervención de un proceso biológico normal, que puede modificarse por causas experimentales y patológicas. En el presente trabajo intentamos realizar una comprobación, una nueva aportación al problema de la segmentación del núcleo de los granulocitos.

1. *La influencia de la edad celular del amiboidismo y de los efectos mecánicos sobre la segmentación del núcleo de los granulocitos neutrófilos.*

Desde nuestras investigaciones en 1934 y posteriores venimos defendiendo con pruebas experimentales la no intervención de los movimientos amiboideos, o de los efectos mecánicos, en la segmentación del núcleo granulocítico. Del mismo modo, tampoco puede referirse este fenómeno a la edad celular, como ha pretendido ARNETH.

INVESTIGACIONES CITOLÓGICAS Y EXPERIMENTALES

Los trabajos se han realizado solamente en el cobaya, cuyas reacciones sanguíneas y mieloides de respuesta a los estímulos o a los inhibidores ofrecen sendas facilidades de estudio. Hemos utilizado diversos medios de experimentación que se detallarán en su lugar. En la sangre y en la medula ósea se ha valorado la cifra de los neutrófilos segmentados (NS), de los insegmentados (NI) y del «coeficiente neutrófilo de insegmentación nuclear». Esto se obtiene, una vez referida a la unidad la cifra de los neutrófilos segmentados, dividiendo la cifra de los neutrófilos insegmentados por la de los segmentados. El «coeficiente neutrófilo de insegmentación nuclear» (CNIN) normal ofrece los valores siguientes: 0,04-0,12 en la sangre y 3,25-3,90 en la medula ósea. En la sangre normal, el núcleo de los granulocitos neutrófilos,

segmentados e insegmentados, ofrece un cierto aspecto de picnosis, por la que la cromatina se dispone en bastón periférico o en grupo central; en la medula ósea se advierte también la misma disposición estructural nuclear en cierto número de insegmentados, mientras que otros exhiben un núcleo relativamente grande, no picnótico, poco polimorfo y de estructura que recuerda vagamente la del mielocito, puesto que consiste en un retículo también, pero de mallas más robustas. Los distinguiremos con los nombres de insegmentados con núcleo normal e insegmentados con núcleo mielocitario. Estos últimos son indudables transiciones entre el meamielocito y el granulocito insegmentado del núcleo normal. He aquí el esquema nuclear de la medula ósea del cobaya normal:

NI de núcleo mielocitario, 22 por 100; MI de núcleo normal, 78 por 100; NS: de dos núcleos, 10 por 100; de tres núcleos, 3 por 100; de cuatro núcleos, 2 por 100.

Primera serie. Se ha tratado de determinar la influencia del amiboidismo o de los efectos mecánicos sobre la segmentación nuclear del granulocito. Se ha utilizado un lote de cobayas en eosinofilia, espontánea, por parasitosis, o provocada por una desencadenante de albúmina de huevo. Es muy importante que la eosinofilia sea alta, al menos superior al 25 por 100 de la fórmula leucocitaria, ya que, si en estas condiciones se provoca la producción de un exudado inflamatorio, predominarán en su citología los eosinófilos, constituyendo sus granulocitos, casi con exclusión de los neutrófilos. Entonces los neutrófilos originados experimentalmente sustituyen, en segunda fase, a los eosinófilos del exudado, con exclusión de los neutrófilos preexistentes en la sangre. Inyección intraperitoneal de la mezcla, no hemolítica, de tres miligramos de saponina de Merck y de cuatro miligramos de coleslerina purísima de Merck. Resultado: sobreviven todos los animales.

Sangre (control: término medio de tres determinaciones). Leucocitos, 8.800; NS, 30 por 100; NI, 2 por 100; eosinófilos (E), 35 por 100; CNIN, 0,06. *Exudado peritoneal normal.* Linfocitos, 98,7 por 100.

Inyección de saponina + coleslerina:

A las dos horas: *Sangre.* Leucocitos, 14.200; NS, 12 por 100; NI, 10 por 100; E, 28 por 100; CNIN, 0,83. *Exudado inflamatorio peritoneal.* E, 36 por 100; NI, 1 por 100; NS, 3 por 100; CNIN, 0,33. Neutrófilos, son de núcleo normal, picnótico.

A las seis horas: *Sangre.* Leucocitos, 8.000; NS, 9 por 100; NI (de núcleo mielocitario), 50 por 100; E, 10 por 100; CNIN, 5,55. Eosinofilia muy disminuída, por haber ingresado en el exudado peritoneal la mayor parte de los eosinófilos. *Exudado peritoneal.* E, 92 por 100; CNIN, 0,42.

A las treinta horas: *Sangre.* Leucocitos, 28.000; NS, 39 por 100 (la mayoría con núcleo mielocitario); NI (con núcleo mielocitario), 24 por 100; E,

2 por 100; CNIN, 0,61. Los NI han disminuído porque, a medida que pasan de la medula ósea a la circulación, ingresan en el exudado peritoneal. La cifra de los eosinófilos es ya normal. *Exudado peritoneal inflamatorio.* E, 19 por 100; NS, 5 por 100; NI, 69 por 100; CNIN, 13,18. Los NI son todos de núcleo mielocitario, idénticos a los de la sangre. También ofrece esa misma estructura nuclear una parte de los NS. Fragmentos de serosa peritoneal y epiploica. Intensa diapedesis de granulocitos neutrófilos insegmentados, raros segmentados. Es evidente que, no obstante la activa diapedesis de dichos corpúsculos insegmentados, su núcleo no presente estiramientos o masas fragmentadas por efecto del proceso emigratorio. La actividad amiboide de los granulocitos neutrófilos insegmentados de núcleo mielocitario es intensa en el tejido inflamado. La conclusión es que el amiboidismo, y del mismo modo los efectos mecánicos, no intervienen en la segmentación del granulocito.

Segunda serie. Como se sabe, ARNETH atribuye al NI la máxima juventud; ahora bien: en esta segunda serie experimental se pretende demostrar que no existe relación entre la edad celular y el fenómeno de la segmentación nuclear del granulocito neutrófilo. Cobayas normales de 189-270 gramos. Inyección intraperitoneal de tres centigramos de sulfato de atropina, y una hora después tres miligramos de saponina. Resultado: muerte de la mayor parte de los cobayas.

Sangre (control: término medio de tres determinaciones). Leucocitos, 7.600. NS, 42 por 100; NI, 5 por 100; CNIN, 0,11.

Inyección intraperitoneal de atropina

A una hora: Inyección intraperitoneal de saponina.

A cuatro horas: *Sangre.* Leucocitos, 23.900. NS (muy segmentados), 78 por 100; NI, 8 por 100; CNIN, 0,08. En 100 neutrófilos se han contado 310 núcleos, cifra algo mayor que la normal. Algunos neutrófilos exhiben seis-siete núcleos bien delimitados. Núcleo de los NS y NI en picnosis normal. *Exudado peritoneal inflamatorio.* NS, 64 por 100; NI, 7 por 100. Núcleos en picnosis normal. CNIN, 0,10. Neutrófilos muy segmentados, algunos son seis-siete núcleos.

En estos experimentos se demuestra que todos los neutrófilos, los de uno a siete núcleos, son de la misma edad, puesto que se han elaborado de un modo simultáneo, como respuesta reactiva a las sustancias de experiencia, en un corto plazo de menos de tres horas. No puede decirse, de consiguiente, que el NS de siete núcleos es más viejo que el de dos núcleos. Aquí la edad no cuenta, dado que en el mismo tiempo dos granulocitos han adquirido segmentación distinta; por ejemplo, el uno ha llegado a dos núcleos y el otro a siete núcleos.

2. El proceso de la segmentación nuclear del granulocito neutrófilo.

Hemos visto que la segmentación nuclear del granulocito neutrófilo es independiente de la edad celular, de su actividad amiboidea y de otros efectos mecánicos. Hemos demostrado también que el «coeficiente neutrófilo de insegmentación nuclear» aumenta paralelamente a la magnitud de la inhibición del proceso granulocítico de la maduración, y que, por el contrario, permanece inmodificado en sus límites normales cuando se produce una aceleración de la maduración, como en las condiciones de la segunda serie experimental. «El aumento del citado coeficiente—decíamos en la citada obra nuestra—se relaciona directamente con la inhibición de la maduración de los neutrófilos»; de donde se sigue que «el coeficiente neutrófilo de insegmentados» permite valorar las condiciones del trabajo de maduración de los neutrófilos». Ahora vamos a estudiar el fenómeno de la segmentación nuclear, que es estrictamente intramedular, esto es, se cumple en la misma médula ósea, en la que constituye la fase terminal del proceso madurativo mieloide.

INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES Y CITOLÓGICAS

Médula ósea normal.—Cobayas de 180-310 gramos de peso. Muerte por sangría. NI, 80-90 por 100; NS, 20-10 por 100; CNIN, 3,15. Ofrece las dos variedades de neutrófilos insegmentados: de núcleo normal y de núcleo mielocitario. A continuación se exponen los esquemas nucleares de ARNETH en la sangre y la médula ósea:

Sangre:

Neutrófilos por 100...	5	25	39	28	3
	—	—	—	—	—
Clases	I	II	III	IV	V

Médula ósea:

Neutrófilos por 100...	85	10	3	2	0
	—	—	—	—	—
Clases	I	II	III	IV	V

PRIMERA SERIE.—Como se sabe, los colorantes vitales determinan una excitación de las células mesenquimatosas (sistema histiocitario y sistema hematopoyético). Se intenta saber la respuesta mieloide a la excitación citada, a mayor abundamiento si determina efectos de proliferación celular. Cobayas jóvenes, tratadas por la técnica de la coloración vital hasta lograr un tñido total eficiente. Colorante empleado: el azul de pirrol en inyección intraperitoneal de la solución acuosa al 2 por 100.

Médula ósea.—CNIN, 3,10; NI, de núcleo mielocitario, 29,2 por 100; NI de núcleo normal, 50 por 100; NS de dos núcleos, 15 por 100; de tres núcleos, 6,2 por 100; de cuatro núcleos, 2,4 por 100; de cinco núcleos, 0,4 por 100.

SEGUNDA SERIE.—Efectos de inhibición de la saponina: tres miligramos, intraperitoneal. Resultados: algunos cobayas han sucumbido a los seis-ocho días.

Sangre (seis horas antes de la muerte). CNIN, 0,54. Esquema nuclear de Arneth: 45 (I), 29 (II), 23 (III), 10 (IV), 2 (V), 1 (VI) por 100; 228 núcleos por 100.

Médula ósea: CNIN, 12,33; NI, de núcleo mielocitario, 29 por 100; NI de núcleo normal, 63,5 por 100; NS de dos núcleos, 4,6 por 100; de tres núcleos, 2,3 por 100; de cuatro núcleos, 0,6 por 100.

TERCERA SERIE.—Efectos de una sulfopiridina en inyección intraperitoneal, reiterada, hasta llegar a administrar en dos días 90 centigramos a 1,10 gramos. Resultado: muerte. Durante las treinta horas primeras existe fuerte leucocitosis en sangre, luego va disminuyendo la cifra de los leucocitos hasta alcanzar la cifra normal a uno-tres millares más baja, sin llegar a una franca leucopenia, ya que los animales, cobayas, sucumben antes del tercer día. A las cuarenta y cuatro horas (dos horas antes de la muerte):

Sangre.—Leucocitos, 7,200. CNIN, 0,57. Esquema nuclear de Arneth: 36 (I), 44 (II), 13 (III), 6 (IV), 1 (V) por 100. Número de núcleos, 192 por 100 leucocitos neutrófilos. Leucocitosis hasta 28.400.

Médula ósea.—CNIN, 3,34. NI de núcleo mielocitario, 23,6 por 100; NI de núcleo normal, 53,4 por 100; NS de dos núcleos, 15,4 por 100; de tres núcleos, 6 por 100; de cuatro núcleos, 1,6 por 100. Evidente eosinofilia.

CUARTA SERIE.—Aquí se exponen los efectos de los extractos de ganglios linfáticos, los cuales, como queda dicho en la parte general de este trabajo, excitan fuertemente los tejidos linfoides, cuya respuesta se manifiesta, en sangre, por linfocitosis intensa y, en ganglios linfáticos, por fuerte aumento de las células en mitosis en los folículos linfoides. La médula ósea recibe una fuerte inhibición que se revela por neutropenia, fuerte hipoglobulia (hasta 830.000 eritrocitos por mm. c.) e incremento del «coeficiente neutrófilo de insegmentación nuclear», cuyos valores llegan a 11,40-16,30. Cobayas jóvenes: administración diaria, por vía intraperitoneal, de 60 centigramos de extracto seco de ganglios linfáticos. Dosis total en cuarenta y seis-cincuenta y ocho días: 18,60-34,80 gramos. Resultado: frecuentemente sucumben los cobayas.

Sangre.—Leucocitos, 1.200. CNIN, 15,35. Neutrófilos con citoplasma basófilo durante los dos últimos días que precedieron a la muerte.

Médula ósea.—CNIN, 22,38. NI de núcleo mielocitario, 52 por 100; NI de núcleo normal, 44 por 100; NS de dos núcleos, 3 por 100; de tres núcleos, 1 por 100.

QUINTA SERIE.—Efectos de dos microgramos de bromuro de mesenterio. Este cuerpo radiactivo in-

hibe, según nuestras investigaciones, la linfopoyesis y la elaboración de la hormona del tejido linfoide. Sus efectos se traducen por linfopenia intensa y disminución o casi desaparición de las células en mitosis en los folículos linfoides. En medula ósea, hiperactividad, neutrofilia en sangre, cuya cifra absoluta puede llegar a 12.000 sin modificación sensible del CNIN.

Sangre.—CNIN, 0.05. NI de núcleo normal, 4 por 100; NS, 79 por 100.

Medula ósea.—CNIN, 1.98. NI de núcleo mielocitario, 20 por 100; NI de núcleo normal, 66 por 100; NS, 14 por 100.

DISCUSIÓN

En la formación del granulocito intervienen fundamentalmente dos procesos citológicos, concernientes, uno, a la proliferación, en virtud de la cual las células reticulares fijas de la medula ósea generan, por diferenciación, los corpúsculos progenitores del granulocito, y el otro a la maduración específica de estas células. Dado que los mecanismos de excitación o de inhibición actúan sobre los tejidos linfoide y mieloide de un modo simultáneo y la reacción de respuesta se realiza en el mismo sentido, hiperactividad en la excitación e hipoinhibición en la inhibición, más que dos procesos, en realidad es uno, en dos fases, proliferativa y madurativa. La saponina, por ejemplo, no excita sólo los mecanismos de la maduración celular, sino que excita también los de la proliferación. No se comprende cómo MILLER y colaboradores establecen dos procesos, casi antagonistas por lo que se relaciona con la puesta en marcha de su actividad por medio de las sustancias aisladas en la orina de los enfermos de leucemia, de las cuales cada una actuaría sobre la proliferación homóloga y la maduración heteróloga en sentido de excitación. Por lo que concierne al tejido granulocítico de la medula, las acciones suaves afectan a la segmentación del núcleo del granulocito y las intensas llegan a la proliferación, alterando la fase intermedia madurativa, de tal modo que la profundidad que alcanza un efecto de estímulo o de depresión es proporcional a la magnitud del estímulo o de la depresión.

En la mayor parte de nuestros experimentos se han utilizado acciones de excitación o de depresión del tejido granulocítico a una intensidad tal que sus efectos no profundizarán más allá del metamielocito neutrófilo, ya que el objetivo de este trabajo se refiere de un modo estricto al fenómeno de la segmentación nuclear del granulocito, que, en nuestra opinión, representa la fase terminal del proceso de maduración de la serie granulocítica. En la primera serie experimental de la primera parte de este trabajo se demuestra que ni el amiboidismo ni los efectos mecánicos intervienen en la segmentación del núcleo del granulocito neutrófilo, conforme habían defendido BRUGSCH y SCHIL-

LING, no obstante la intensa diapedesis del área de inflamación. Si, como se ha hecho en los experimentos de esta primera serie, se utilizan solamente cobayas en elevada eosinofilia, en el exudado inflamatorio, como habíamos constatado ya en otro trabajo, ingresan solamente los granulocitos eosinófilos, en el que llegan a constituir más del 80 por 100 de su citología; algunas horas después se presenta un aumento insólito de neutrófilos insegmentados, con fuerte elevación del CNIN, cuya cifra es siempre muy superior a la unidad, solamente en la sangre, puesto que en el exudado inflamatorio la eosinofilia llega a alcanzar los valores máximos, entre 85 y 92 por 100. Entre las veintidós y treinta y cuatro horas, en el exudado inflamatorio predominan los neutrófilos, el 70-84 por 100 de su citología, de los que son insegmentados más del 67-75 por 100. Ahora bien; comparando la morfología y la estructura nuclear de los insegmentados neutrófilos de estos experimentos, como genuina respuesta a la saponina, se observa que todos ellos exhiben un núcleo grande, poco polimorfo y de estructura metamielocitaria, exactamente como la del NI de núcleo grande de la medula ósea. En películas epiploicas hemos podido observar la intensa diapedesis de estos granulocitos neutrófilos insegmentados: hemos visto hasta qué punto el núcleo sufre estiramientos, que, no obstante, en ningún caso han producido la fragmentación del mismo. En la segunda serie experimental, la atropina, sin perjudicar los efectos de excitación de la saponina, ha impedido su acción de inhibición sobre la segmentación nuclear, por lo que ingresan en la sangre casi exclusivamente neutrófilos segmentados, a veces con seis y siete núcleos, todos ellos de la misma edad celular, puesto que representan la respuesta a la saponina. Tanto los segmentados como los insegmentados de la sangre y el exudado son de núcleo con estructura picnótica. Si los neutrófilos muy segmentados de los experimentos de la segunda serie son el efecto de la reacción de la mezcla atropina-saponina, como así resulta, todos ellos, cualquiera que sea el número de sus núcleos, tienen la misma edad, pudiendo decir a este respecto que el granulocito insegmentado es de la misma edad que el de siete núcleos. De consiguiente, la teoría de Arneft, según la cual la segmentación nuclear es función de la edad celular, no se confirma por vía experimental: antes al contrario, se invalida completamente. De donde se infiere que la segmentación del núcleo del granulocito, no sólo no depende del amiboidismo o de otros efectos mecánicos, ni tiene que ver con la edad celular, sino que ni aún se realiza en la sangre, ya que en los experimentos de la primera serie sale insegmentado de la medula ósea y permanece insegmentado en los tejidos y en el exudado inflamatorio, y en los de la segunda sale segmentado, y del mismo modo subsiste en el exudado inflamatorio.

El llamado por nosotros «coeficiente neutrófilo de insegmentación nuclear» expresa de una manera satisfactoria el trabajo realizado en el fenómeno de la segmentación del núcleo del granulocito neutrófilo—y también del eosinófilo—en la medula ósea. Los valores de este coeficiente al estado normal son de 0,08 en la sangre y 3,45 en la medula ósea. No se modifican por la atropina aisladamente o asociada a la saponina; por el contrario, los inhibidores de la maduración nuclear del granulocito elevan los valores de dicho coeficiente, como se demuestra en la segunda parte de este trabajo. La saponina (segunda serie experimental) aumenta la cifra del mismo desde 0,08 a 1,95 o más en la sangre y desde 3,23 a 12,33 en la medula ósea. Los extractos acuosos de ganglios linfáticos, a dosis masivas reiteradas, según la cuarta serie experimental, producen aumentos aún más intensos del citado coeficiente; por ejemplo, 15,35 en la sangre y 22,38 en la medula ósea.

La ausencia de modificaciones en el «coeficiente neutrófilo de insegmentación nuclear» en los experimentos de la primera serie experimental (de la segunda parte) explica la independencia entre el «sistema histiocitario de células mesenquimatosas» y el «sistema hematopoyético», al menos por lo que concierne al proceso de la maduración granulocítica y más concretamente al fenómeno de la segmentación nuclear del granulocito. Por las investigaciones experimentales de SEEMAN, SIEGMUND, MÁS Y MAGRO, se ha determinado que la excitación del citado sistema histiocitario se revela por dos fenómenos: uno de ellos, puesto en evidencia por SIEGMUND, concerniente al aumento de superficie de sus células, y el otro se manifiesta por el incremento de su almacenamiento granulopéxico (MÁS Y MAGRO); acaso también se relacione con fenómenos de excitación la tendencia de las células mesenquimatosas a producir formaciones vagamente granulomatosas (PEKELIS). Lo cierto, y éste es el hecho más interesante derivado de la primera serie experimental, es que la coloración vital por el azul de pirrol no tiene aparentemente ninguna influencia sobre la segmentación nuclear. Este colorante tampoco ejerce efectos de excitación o de inhibición sobre el tejido linfoide, como hemos constatado nosotros en otras investigaciones. La negatividad de los resultados del azul de pirrol en coloración vital—posiblemente ocurrirá lo mismo con otros colores vitales, ácido o básicos—, no obstante afectar la excitación a las células mesenquimatosas hematopoyéticas, los corpúsculos endoteliales y reticulares de los órganos hematopoyéticos, es un argumento en contra del concepto de MILLER y colaboradores, según el cual la proliferación de estas células fijas hematopoyéticas es un proceso independiente de la maduración celular.

Hemos intentado determinar las reacciones mieloides de los fármacos del grupo de las sulfami-

das. Aunque los experimentos están aún en curso, damos una nota preliminar, desde luego muy incompleta, de los efectos de la sulfopiridina. A las dosis de nuestros experimentos, hipertóxicas o frecuentemente mortales, este compuesto produce hiperleucocitosis de 20.000-30.000 en un primer período y ligera leucopenia en un segundo período, si bien poco acusada, ya que la cifra de los leucocitos no llega a 3.000. En otro trabajo dimos la sugerencia de que los compuestos de este grupo actuaban produciendo fenómenos de Arthus sobre la medula ósea.

Existen, pues, íntimas relaciones entre el estado funcional del tejido linfoide y la modalidad reactiva de la segmentación nuclear del granulocito. Dichas relaciones se hallan, según nuestras investigaciones, bajo el control de la increación hormonal del citado tejido, que se halla presente también, probablemente con substancia hidrosoluble y resistente a 56°, en los extractos de los ganglios linfáticos. La hiperelaboración de la hormona linfática incrementa la actividad de los folículos linfoides y frena el proceso de la segmentación nuclear del neutrófilo en la medula ósea; el descenso de la increción linfoide produce linfopenia en la sangre y aumento de la actividad del proceso madurativo y segmentativo nuclear del granulocito en la medula ósea. La pilocarpina, la colina, el ión K y Na, los rayos X a dosis débiles excitantes y la albúmina, cuyos efectos se manifiestan por la hiperactividad del tejido linfoide, al aumentar la increción hormonal linfática, causan una disminución de la cifra de los neutrófilos en la sangre, con aumento del coeficiente neutrófilo de insegmentación nuclear, y, al mismo tiempo, un aumento del coeficiente citado en la medula ósea. La atropina, por antagonista de la pilocarpina, produce efectos inversos: neutrofilia en sangre, sin modificación del coeficiente de insegmentados en sangre y en medula ósea.

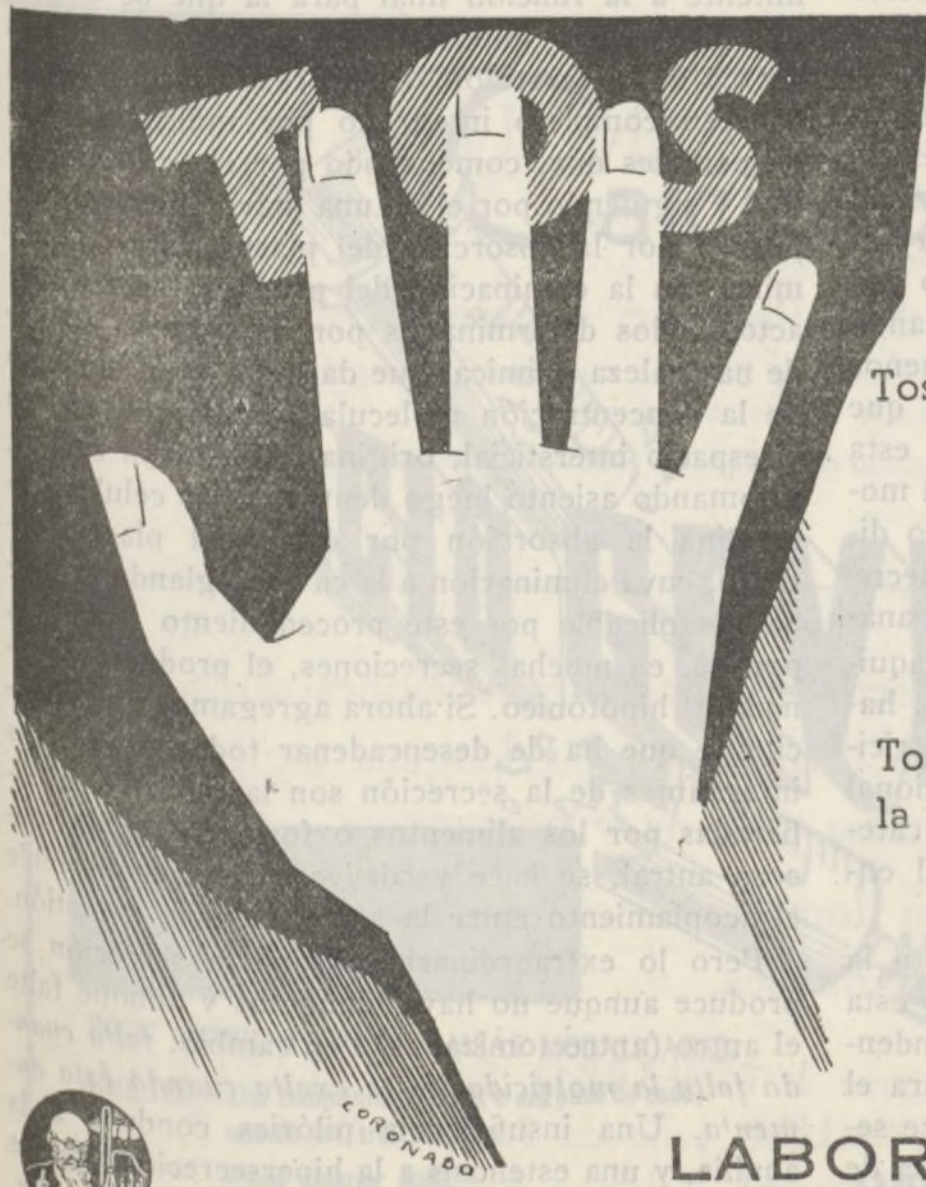
RESUMEN.—Se comprueban anteriores investigaciones del autor en el sentido de que la polinucleosidad del granulocito no depende de la edad celular, ni se relaciona con la actividad amiboide del mismo u otros efectos mecánicos. Se considera que la segmentación nuclear del granulocito es sencillamente un fenómeno biológico, siendo acaso la fase terminal de la maduración celular; debe de estimarse la segmentación nuclear como una actividad especial de núcleo granulocítico, que se realiza en el granulocito de núcleo insegmentado de estructura vagamente mielocitaria. Este granulocito realiza su total madurez en el curso de la segmentación de su núcleo mediante un proceso que termina en la picnosis de la cromatina, en virtud del cual ésta se fragmenta en bastón o en grumo, como se halla en el granulocito definitivamente maduro, segmentado o insegmentado. Se comprueba que todo el proceso de la segmentación nuclear se realiza en la medula ósea. Se tiene la evi-

dencia de que el proceso de la segmentación nuclear del granulocito está bajo el control de la increción del tejido linfoide, como demostró el autor en 1921 y MILLER y colaboradores comprobaron en 1939-1944. La citada increción aumenta el «coeficiente neutrófilo de segmentación nuclear» en la sangre y en la medula ósea; la disminución o la falta de la increción linfoide, al abolirse o debilitarse el centro frenomieloide, causa neutrofilia sin modificación del coeficiente citado y frecuentemente la hiperlobulación, por lo que no sólo disminuye la cifra centesimal de los neutrófilos insegmentados, sino que se producen corpúsculos con seis, ocho y hasta catorce núcleos.

BIBLIOGRAFIA

- BAUGMANM (W).—*Strahlenth.* 15, 620. 1923.
HEINLE (R. W.), WEARN (J. T.), WEIR (J. T.) and ROSE (F. A.).—*Am. Int. Med.*, 17, 902. 1942.
JONES (H. W.), MILLER (F. R.) and HAUSE (W. A.).—*Trans. Ass. Am. Physol.*, 45, 54. 1940.
LEE (F. C.).—*Journ. Exp. Med.*, 36, 247. 1922.
MAS Y MAGRO (F.).—*Rev. Valenciana de Cienc. Med.*, monografía. 1918.
— *Arch. Card. Hem.*, 2. 1921.
— *Ibidem*, 3, 105. 1922.
— *Ibidem*, 3, 340. 1922.
— *Ibidem*, 4, 344. 1923.
— «*Medicina*». 1923.
— *Arch. Card. Hem.*, 6. 1925.

- *Virch. Arch.*, 243. 1923.
— «*Estudio experimental sobre fisiología del tejido mieloide*». Valencia, 1925.
— *Rev. Med. Barcelona*, 3. 1925.
— «*Medicina*». 1928.
— VIII Congrès de Haute Culture Méd. Argel, 1927.
— *Le Sang.*, 13, 353. 1939.
— «*La fórmula leucocitaria en las enfermedades infecciosas*». Ed. Morata. 1945.
— *Clin. Hispánica*, 2. 1946.
MAS Y MAGRO (F.) (hijo).—*Clin. Hispánica*, 1, 51. 1945.
MILLER (F. R.), WEARN (J. T.) and HEINLE (R. W.).—*Proc. Soc. Exp. Med. and Biol.*, 41, 479. 1939.
MILLER (F. R.) and TURNER (D. L.).—*Am. Journ. Med. Soc.*, 206, 146. 1943.
MILLER (F. R.), HAUSE (W. A.) and JOEES (H. W.).—*Proc. Soc. Exp. Med. and Biol.*
MILLER (F. R.) and TURNER (D. L.).—*Simposium Med.*, 1, 376. 1944.
MURPHY (J. B.).—*Jour. Med. Ass.*, 67, 1,495. 1914.
— Monograph Rockefeller Institute, 4, 21. 1926.
MURPHY (J. B.) and STURN.—*Journ. Exp. Med.*, 39, 1. 1919.
MURPHY (J. B.) and TAYLOR (H. D.).—*Journ. Exp. Med.*, 28, 1. 1918.
MURPHY (J. B.) and ELLYS (H. D.).—*Ibidem*, 20, 397. 1914.
MURPHY (J. B.), NAKAHARA (W.) and STURN (E.).—*Ibidem*, 33, 423. 1929.
NAKAHARA (W.).—*Ibidem*, 29, 16. 1919.
NAKAHARA (W.) and MURPHY (J. B.).—*Ibidem*, 31, 13. 1920, y 33, 237 y 433. 1921.
TAYLOR (H. D.).—*Ibidem*, 29, 41. 1929.
TAYLOR (H. D.), WITHERBEE (W. D.) and MURPHY (J. B.).—*Ibidem*, 29, 53. 1919.
THOMAS (M.), TAYLOR (H. D.) and WITHERBEE (W. D.).—*Ibidem*, 29, 75. 1919.
TURNER (D. L.) and MILLER (F. R.).—*Journ. Biol. Chem.*, 147, 573. 1943.



Tos aguda y espasmódica

Jarabe Robert (con Efedrina y Codeína)

Tos crónica, con acción tónico-balsámica

Bronquiaséptico Robert

ELIXIR

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

Bronquiaséptico Robert

INYECTABLE

LABORATORIOS ROBERT

Madrid, 9. MADRID

Valencia, 314. BARCELONA

NATURALEZA DE LA RELACIÓN SECRECIÓN-ÚLCERA

por el

Doctor JOAQUIN TELLERIA

San Sebastián.

La relación entre la secreción gástrica y la úlcera gastroduodenal es un hecho innegable, y tan íntima, además, según la teoría péptica, que ya de antiguo fué considerada como de causa-efecto: el jugo gástrico era la causa inmediata del *ulcus*. Esta idea tuvo su fundamento en que, precediendo y acompañando a la úlcera, se observaba una exaltación de la acidez del jugo; la úlcera seguía a la hiperclorhidria, y se deduce que ésta era la causa. Observaciones posteriores, cada día en aumento, han comprobado que hay úlceras con normoacidez y también con jugos hipoácidos y aun anácidos. Esto parecía invitar a eliminar este factor, ya que no se puede admitir efecto sin causa; pero es que no hay úlceras sin jugo gástrico, es decir, nunca se dan fuera del lugar donde existe este elemento; no era posible descartar el factor péptico. La relación jugo gástrico-úlcera debía seguir y sigue siendo causal.

Esta deducción—a nuestro juicio no bien fundamentada, porque el argumento de la localización (el único, puede decirse, que prevalece en pro de la etiología péptica) requiere, para sentar una conclusión firme, descartar todo otro posible factor *ulcígeno*—proviene de que al enjuiciar la etiología de la úlcera ha habido una omisión o, si se prefiere, una preterición de una de las características funcionales del estómago. Se ha considerado como tal solamente la secreción, con su contenido ácido, que se ha asociado a su característica patológica, o sea, a la úlcera, enlazándolas sólo por esa circunstancia, como causa y efecto, olvidando otra característica de esa viscera, cuando menos tan importante en el aspecto fisiológico, y que bien puede serlo también en el patológico; esta otra función que caracteriza al estómago es su motricidad, muy superior a la del resto del tubo digestivo, y tan importante, que, sin ella, la secreción pierde su carácter especial, haciéndose anácida, y aun desaparece, constituyéndose la *aquilia*, obra de una insuficiencia pilórica, la cual, haciendo innecesario el suplemento de la motricidad, es motivo de grave perturbación funcional del estómago. Un factor fisiológico de esta categoría no parece debe permanecer alejado al enjuiciar la etiopatogenia de la úlcera.

Es un factor, además, íntimamente unido a la función secretora en los períodos digestivos, y esta asociación puede significar alguna interdependencia, cuya determinación quizá nos oriente para el esclarecimiento de la naturaleza real del enlace secreción-úlcera, ya que en la etiología mecánica de esta enfermedad tiene la motricidad categoría de factor condicional de primer orden.

MOTRICIDAD Y SECRECIÓN

La armonía funcional entre la secreción del jugo gástrico y la motricidad del estómago es una necesidad fisiológica; es, por lo tanto, una realidad durante el proceso de una digestión normal, pero sin explicación en las teorías clásicas, que conceden a la secreción un origen independiente, una génesis autónoma, sin relación alguna con el acto motriz, al que, no obstante, se halla tan indisolublemente asociado funcionalmente. Esta conjunción, este acoplamiento perfecto en tiempo y en intensidad entre el acto secretor y el motriz, tiene una finalidad concreta: la digestión gástrica, que es también el fundamento primero de que exista aquel acoplamiento; es el proceso digestivo, en efecto, la causa primera de los movimientos y también de la secreción, a los que regula; pero al tratar de explicar la correlación entre estos dos actos y su función final, o sea, la digestión, surgen en seguida las dificultades y las contradicciones.

La adaptación de una secreción externa intermitente a la función final para la que se destina es difícil, si no imposible, en las teorías clásicas acerca de la secreción. El proceso secretor es un proceso complejo integrado por múltiples actos elementales que, comenzando por el acto congestivo y siguiendo por el de una mayor filtración capilar y por la absorción del plasma filtrado, termina con la eliminación del producto secretorio; actos todos determinados por un proceso celular de naturaleza química, que da lugar a un aumento de la concentración molecular que, localizado en el espacio intersticial, origina la filtración capilar, y tomando asiento luego dentro de las células, determina la absorción por éstas del plasma filtrado, cuya eliminación a la cavidad glandular queda inexplicable por este procedimiento osmótico, porque, en muchas secreciones, el producto eliminado es hipotónico. Si ahora agregamos que el excitante que ha de desencadenar todos esos actos integrantes de la secreción son las sustancias liberadas por los alimentos o formadas en la mucosa antral, se hace verdaderamente inconcebible el acoplamiento entre la secreción y la digestión.

Pero lo extraordinario es que la secreción se produce aunque no haya alimentos y aunque falte el antro (antrectomizados); en cambio, *falta cuando falta la motricidad y se exalta cuando ésta aumenta*. Una insuficiencia pilórica conduce a la *aquilia*, y una estenosis a la hipersecreción. Perros gastrectomizados, con boca anastomótica estrecha, recuperan su secreción normal; en cambio, que-



Boldevón



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

Dosis

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

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

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

C. S. 8.303



Calcio por via bucal

EN COMPRIMIDOS
DE SABOR AGRA-
DABLE A CACAO
VAINILLADO

2 MODALIDADES
= SIMPLE =
Y CON
Vitamina D

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

DOSIS CORRIENTE PARA AMBÁS MODALIDADES:

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

NIÑOS.—Mitad anterior dosis.

MUESTRAS GRATIS PARA ENSAYOS CLÍNICOS

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



C. S. 7804

Myokombin

(Estrofantina "Boehringer")

Todas las ventajas
de la estrofantinoterapia por el
Kombetín,
en inyecciones intramusculares

Efecto indoloro



"BOEHRINGER", S. A.

Madrid

BARCELONA

Sevilla



Traductor médico de LENGUAS VIVAS

EL DOCTOR

Don Eduardo del Palacio Chevallier

Catedrático numerario de francés y Profesor diplomado de inglés
por la Escuela Central de Idiomas.

Médico y periodista diplomado de la Escuela Oficial de Periodismo.

OFRECE

sus servicios para traducciones directas e inversas de las lenguas inglesa, francesa, italiana y portuguesa.

Con dominio absoluto de la terminología médica.

Dirigirse a **EDUARDO DEL PALACIO CHEVALLIER**, calle de **Joaquín Costa, 9**, hotel, Madrid. Teléfono **41819**.

dan aquílicos los de boca ancha. Ocurre también así en el intestino: una oclusión intestinal produce tal hipersecreción que termina deshidratando al enfermo.

Pero ocurre aquí un hecho que parece en contradicción con la aseveración de que la falta de la motricidad da lugar a la hiposecreción. Un intestino ocluido y que ha llegado a la fase de parálisis, no por eso deja de segregar, sino, al contrario, la hipersecreción continúa; un estómago atónico puede contener gran cantidad de líquido segregado. Y esto exige una aclaración.

Todas las células, ante un excitante anormal, reaccionan eliminando líquido. Un cuerpo extraño, una sustancia química irritante, produce un derrame conjuntival, nasal, etc.; es una ley general que no puede tener excepción en el intestino ni en el estómago. La excitación irritante procede, en estos últimos lugares, de las sustancias originadas por la estancación del contenido intestinal o gástrico, y son las células que se hallan bajo la acción irritante las que segregan, o sea, todas las que recubren la mucosa; de ahí que el mejor medio, paliativo cuando menos, con que contamos en la oclusión intestinal, sea la eliminación de ese contenido mediante sondaie.

La repercusión de las dimensiones del orificio de evacuación sobre la secreción es, sin duda alguna, por su influjo sobre la motricidad. Por eso, aquellos perros en los que se ha practicado una extensa fundusectomía y han recuperado su secreción normal a causa de que el esfínter pilórico funcionaba, se vuelven aquílicos si se les hace una gastroenterostomía de boca ancha.

Pero la repercusión de un orificio estrecho no queda limitada a la secreción. Los animales en los que se ha practicado una gastrectomía subtotal, con orificio estrecho, dejando el estómago reducido al tamaño de una naranja (DELOYERS), este órgano recupera su tamaño normal, junto con su secreción. Esto significa que no sólo se ha desarrollado la capa muscular, sino también todas las partes constitutivas del estómago, incluso, por lo tanto, las glándulas. No sorprende el hecho referido al tejido muscular, pues estamos familiarizados con ese fenómeno, e incluso sabemos que ello es porque se mueve, y esto nos satisface, aunque ignoremos el mecanismo íntimo de su producción. Lo cierto es que el músculo se hipertrofia cuando le llega la excitación motriz que le obliga a moverse, y es lógico que apliquemos el mismo principio cuando se trata de tejidos no considerados de naturaleza y de función motriz, y más cuando, como en el caso presente, no tenemos otra excitación que no sea motriz, puesto que ella procede de un orificio estrechado que dificulta la evacuación, necesariamente de ejecución motriz. En consecuencia, la hipertrofia o la hiperplasia de las glándulas de un estómago reseca es porque a ellas llega esa excitación motriz, que pone en movi-

miento a sus elementos anatómicos y les hace funcionar y desarrollarse. El secreto de este desarrollo está en que el acto motriz en las células es de absorción y, por consiguiente, de nutrición, como tendré ocasión de exponerlo en un trabajo próximo.

¿De qué modo la motricidad puede hacer funcionar a la glándula? ¿Existen dispositivos adecuados que nos lo puedan explicar? Sí, los hay, y muy particularmente en las glándulas gástricas, en tal forma, que no puede haber duda respecto de su naturaleza motriz y de su función. Son prolongaciones auténticamente musculares, como que son emanaciones de la *muscularis mucosae* las que rodean y envuelven a cada glándula, formando sobre ellas «una especie de cesta calada», según expresión de los anatómicos. El efecto inmediato del funcionamiento de este dispositivo es la compresión de la glándula y la consiguiente eliminación de su contenido, efecto reconocido por los anatómicos.

Esos dispositivos anejos a los acini o tubos glandulares existen también en todas las glándulas de secreción externa intermitente. Así, en la parótida, entre la pared propia del acini y las células glandulares, se disponen unas células especiales, llamadas «células en forma de cesta», de BOLL, provistas de prolongaciones protoplasmáticas que, anastomosándose con las células vecinas, forman una ancha red que envuelve a las células glandulares. La propiedad contráctil de estas células de BOLL está reconocida. Estas células se describen asimismo en la glándula submaxilar y en el páncreas, e igualmente en la glándula mamaria; las células de la fila externa del acini adquieren, cuando esta última glándula entra en actividad, todos los caracteres de las células de BOLL (Testut), formando con sus prolongaciones anastomóticas una ancha red envolvente. En las sudoríparas, en la cara interna de la membrana propia del tubo glandular, se halla una capa muscular formada por elementos análogos a las fibras musculares lisas, adoptando una disposición ligeramente oblicua al eje del tubo sudoríparo, alrededor del cual describe espirales muy prolongadas, resultando de tal disposición que, cuando se contrae, disminuyen a la vez su longitud y su calibre, desempeñando, por sí solas el doble papel que verifican las fibras longitudinales y las transversales de otros tubos, como ocurre, por ejemplo, en el intestino (RANVIER).

Pero la función de estos elementos es un simple acto contráctil, apto, sin duda, para la expulsión del contenido celular, pero, al parecer, insuficiente para el desarrollo del complejo proceso de la secreción, y, sin embargo, es ese acto el que se acopla a las necesidades funcionales de la digestión o de otro orden, que la secreción debe satisfacer; en efecto, la eliminación debe ser tal que responda a las exigencias digestivas de los alimentos, lo que significa que todos los demás actos que completan

el proceso secretor deben, de algún modo, estar enlazados con ese acto que es su resultante; quiero decir que en el momento que acuda el estímulo secretor al estómago y origine la excitación eliminadora, debe, al mismo tiempo, desencadenarse el proceso de la congestión glandular, el de una mayor filtración capilar y de absorción celular, que den por resultado al acto final de eliminación. Parece poder deducirse de esto que en el estómago se origina una excitación motriz, causante de la contracción del aparato periacinoso o peritubular, cuya contracción sería, a su vez, la causa determinante de los demás actos formadores de la corriente líquida de excreción, o sea, de lo que entendemos por secreción.

Y es sorprendente que a esta conclusión lógica se llega también siguiendo leyes físicas elementales, puestas en juego por el acto contráctil periacinoso. En efecto, a toda reducción de volumen de una parte de un contenido debe acompañar una expansión correlativa del resto; es decir, que toda contracción del aparato motriz periacinoso o peritubular debe originar una depresión hidrostática a su alrededor. He aquí el hecho fundamental que va a presidir la formación de la corriente glandular, hecho que fué expuesto por nosotros hace ya algunos años (*Secreción gástrica y etiología de la úlcera gastroduodenal*, 1942), pero que ha pasado inadvertido, y que después creo he tenido la fortuna de evidenciarlo experimentalmente: es un hecho cierto que en lo íntimo de la glándula se produce una depresión manométrica que aumenta en los momentos en que está en actividad. Un desnivel presional es una fuerza de atracción, que en el interior de la glándula ha de movilizar todos los líquidos que por allí circulan hacia sí; esa fuerza tiene su centro de atracción en el espacio periacinoso, o sea, en el espacio por donde discurren los vasos capilares, a los cuales alcanza, distendiéndolos, aumentando el flujo sanguíneo, por consiguiente, y aumentando también su permeabilidad, cuyo resultado será un mayor riego sanguíneo y mayor filtración capilar, dos elementos primarios fundamentales en la secreción. Y es esa misma fuerza de atracción, desplazándose al interior del acini, en la fase de relajación, la que puede dar lugar al traslado del plasma filtrado al interior de las células secretoras y, finalmente, a su expulsión en la fase de contracción.

Aparece, pues, en este mecanismo el proceso de la secreción como un proceso fundamentalmente de índole mecánica, y todos los actos integrantes del mismo supeditados automáticamente al acto contráctil, el cual, a su vez, obedece a los estímulos procedentes del proceso de la digestión gástrica. Es fácil ver, en consecuencia, que el acoplamiento entre este proceso digestivo y el secretor, tan inconcebible en las teorías actuales, se logra con la sencillez que toda exactitud requiere; basta, en efecto, un simple estímulo motriz para lograr-

lo, por adaptación necesaria a él del efecto contráctil.

Y, sobre todo, por lo que ahora nos interesa, se ve clara la supeditación de la secreción a la motricidad. La secreción está provocada y dirigida por el acto motriz, en perfecta consonancia con aquellos hechos de vulgar observación que antes hemos mencionado, en los cuales se ve a la secreción oscilando según sea el tamaño del orificio de evacuación, es decir, según sean las excitaciones motrices.

Esta idea del origen motriz de la secreción, tan natural, por otra parte, si se considera que el proceso secretor es fundamentalmente un trabajo mecánico de traslación de líquidos, tiene firme apoyo en numerosos hechos observables en las secreciones en general. Los nervios por donde se transmite la excitación secretora, los llamados nervios secretores, proceden de nervios motrices, alguno tan típicamente motriz como el facial, hecho digno de tenerse en cuenta, y más si se considera que han recibido el nombre de secretores porque al excitarlos producen secreción; pero por la misma razón podrían llamarse vasodilatadores, porque su excitación va seguida de este efecto... Los fenómenos caloríficos, eléctricos y el de consumo de oxígeno que se observan en las glándulas, son enteramente similares a los observados en los músculos. Y hay, sobre todo, un hecho muy singular que denuncia la existencia en las glándulas de un esfuerzo mecánico, inexplicable si no es motriz: la saliva ostenta en el conducto de Warton una presión de 240 mm. de Hg.

SECRECIÓN Y ÚLCERA

Supuesta la naturaleza motriz de la secreción gástrica, estamos en condiciones de abordar el problema de la naturaleza de la relación secreción-úlcera, que aparece clara a través de la etiología mecánica alimenticia de esta enfermedad.

El primer efecto del roce alimenticio, siempre que sobrepase a la resistencia de la mucosa, resistencia limitada estrictamente a la ley de adaptación, será la irritación (gastritis), es decir, la creación de una zona hipersensible, de donde, por eso, han de partir excitaciones motrices exageradas, con su consecuencia fatal de hipersecreción, o sea, hiperclorhidria, síntoma precursor de la úlcera, que hizo caer en el sofisma de *post hoc ergo propter hoc*, sin que entre ambos términos hubiera más relación que la de precedencia.

Continuando la acción del roce, ha de originarse, necesariamente, la pérdida de substancia, nuevo foco ultrasensible a los estímulos que, transformados en excitaciones motrices, darán lugar al efecto hipersecretor, a la hiperclorhidria, que tantas veces acompaña a la úlcera, estableciéndose así una relación de coincidencia nada más.

Estas relaciones de precedencia y de coinciden-

cia no siempre existen, excepciones que serían absurdas si admitimos que la hiperclorhidria es la causa de la úlcera, pero que son naturales siendo la secreción de origen motriz. En efecto, los estímulos, actuando sobre el esófago o sobre la curvadura menor alta, no pueden originar excitaciones motrices-secretoras, porque el centro regulador de la secreción, por ser centro motriz, reside hacia el antro, como es bien sabido; de ahí que en las úlceras del esófago y de la curvatura menor pueda observarse normoacidez, fenómeno que no se da en las yuxtapilóricas, donde el estímulo actúa en plena zona motriz y, por ende, secretora; por eso, las úlceras duodenales y prepilóricas acusan hiperclorhidria.

Análoga interpretación tienen las hiper e hipoclorhidrias postoperatorias; aquélla va a menudo seguida de úlcera, no porque actúe como causa, sino porque es efecto de la hipermotricidad, factor importantísimo, aunque de categoría condicional, en la génesis de la úlcera.

Las alteraciones cualitativas de la secreción gástrica existen o pueden existir en la úlcera, no como causa de ésta, sino como efecto del estímulo irritativo de los alimentos que origina la úlcera. La hiperclorhidria y la úlcera tienen originariamente la misma causa, que pone en juego un mismo factor: el motriz, factor determinante de la hiperclorhidria y factor condicional de la úlcera; por eso puede haber hiperclorhidria sin úlcera, y, viceversa, úlcera sin hiperclorhidria, fenómeno éste que no podría darse siendo ésta la causa. La hiperclorhidria y la úlcera aparecen con frecuencia asociadas, no porque se hallen unidas por una relación de causa-efecto, sino porque tienen una causa común, la motilidad, necesaria, como causa determinante que es, para la secreción, pero no indispensable para la formación de la úlcera, razón por la cual puede aparecer ésta en los aquílicos, como aparece en el esófago o en un gastrectomizado, porque siendo efecto del roce alimenticio, puede éste adquirir carácter patogenético por la tosquedad de los alimentos o condiciones locales anatómicas, aunque la fuerza que los impulse sea moderada.

Esta idea motriz de la secreción lleva alguna

claridad a los oscuros problemas de la fisiología y de la patología del estómago, devolviendo también al esfínter pilórico la importancia que le corresponde, pues siendo la secreción obra de la motricidad, motricidad regualda por la función esfinteriana, que a su vez está dirigida por los alimentos desde el estómago (*Semana Médica Española*), la armonía funcional entre todos los factores que intervienen en el proceso digestivo aparece lograda con rigor automático. Del mismo modo, los tres factores, el alimenticio, el motriz y el secretor, se asocian en las perturbaciones patológicas; las dos primeras, para originarlas, y el último, como síntoma, para completar el cuadro clínico que ostentan. Es la irritación mecánica de los alimentos el punto de partida de los trastornos motriz y secretor, que se presentan exagerados cuando la irritación reside en la proximidad del píloro, por la participación activa de éste, obediente a los influjos motrices, y son más moderados, y quizá ausentes, cuando aquélla reside lejos, por la no participación del esfínter. No es necesario decir que estas excesivamente condensadas consideraciones se refieren a lo que es patología propia del estómago, y no a trastornos debidos a influjos extragástricos, predominantemente nerviosos, de fondo también motriz, aunque con expresión clínica secretora.

Pero no es esta aplicación a la fisiología y a la patología del estómago la más importante ni la más fecunda derivación de la teoría motriz de la secreción. No hay más que considerar que es un simple acto motriz el que provoca y dirige el riego sanguíneo de la glándula, su filtración capilar, la absorción y la eliminación celular, para ver el inmenso campo que la doctrina motriz, generalizada a todos los elementos celulares, abarca, y que se extiende a todas las funciones básicas de la vida elemental y de la organizada, esclareciendo el misterio de la circulación capilar, el de la tensión venosa, el de la formación de la corriente linfática, el del movimiento humoral en el seno de los tejidos..., como espero podrá apreciarse en un trabajo que muy pronto me propongo publicar sobre estos problemas.



BETABION

Vitamina B₁

Acreditadísimo en la terapéutica y profilaxis

Tabletas de 3 mg. — Ampollas de 5 mg.

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

E. Merck
Ayuntamiento de Madrid

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 el

Doctor LUIS BOTELLA LLUSIA

(CONCLUSIÓN)

A) *Desencadenamiento o inducción del parto por medio de los estrógenos naturales o sintéticos.*

Investigaciones experimentales de COHEN y MARRIAN (58) consiguieron desencadenar el parto en animales mediante la inyección de foliculina. Estas experiencias han sido más tarde confirmadas por WOBKER (59-60), así como SIEVERS y SCHENZ (61). Como indican DRUCKREY y BACHMANN (62), la inyección ha de ser intravenosa; de lo contrario, los resultados son medianos. GANET y colaboradores (63) realizaron estas experiencias en mujeres con buenos resultados; poco después STREIT (64) consiguió también la provocación del parto con dosis de 300.000 a 600.000 unidades. El porcentaje de fracasos con este método es considerable; según STREIT, en un 30 por 100 de los casos no se conseguiría nada, y según EMMRICH (65), el resultado de la administración de hormona folicular sería más bien el de reforzar la acción de la pituitrina; también reforzaría las contracciones uterinas. No debería emplearse más que en unión de un oxitócico, y, a ser posible con bolsa rota. Con este fin, SCHÜRGER (67) emplea la asociación de estrógenos con tifofisina, observando tan sólo un 12 por 100 de fracasos en lugar de un 25-30 por 100 cuando se emplea la foliculina sola. LABHARDT (68), LOUROS y KYRIAKIS (69) y TAPFER (70) se manifiestan de esta misma opinión.

FRIEDRICH (71) insiste en la utilidad de los estrógenos cuando se emplean con bolsa rota, por lo cual aconseja romper la bolsa antes de practicar la inyección de foliculina.

No faltan autores que critiquen la acción de los estrógenos para desencadenar el parto, basándose en el hecho de que, durante el embarazo, los estrógenos de la sangre están muy aumentados ya de un modo espontáneo.

Las investigaciones de COHEN y MARRIAN ante citadas demuestran que los estrógenos que circulan por la sangre en el embarazo están en forma esterificada inactiva, y que el desencadenamiento del parto va en gran parte precedido de una reactivación de los mismos. Basándose en esto, EFFKEMANN (72) administra estrógenos en inyección intravenosa, cuyos resultados son, al

parecer, mucho más decisivos que la administración intramuscular. FRIEDRICH (73) confirma esto mismo.

Con estrógenos sintéticos de la serie estilbénica han obtenido también resultados semejantes ROSENKRANZ (74), LOUROS y KYRIAKEYS y KOHLER (75). Un aspecto importante de la aplicación de estrógenos durante el parto, bien con la finalidad de desencadenarlo o bien con objeto de reforzar las contracciones, es el peligro de influir sobre la puesta en marcha de la lactación. FECHT (76), OSPALT (77) y HERBRANDT y JAEGER (78) han señalado que en mujeres a la que se han administrado dosis fuertes de estrógenos, la lactación se retrasa, y llega, incluso, a faltar. J. BOTELLA LLUSIA (79) examina esta cuestión con detalle, y llega a la conclusión de que, si bien, más o menos tarde, siempre aparece la secreción láctea normal, ésta puede, sin embargo, retrasarse hasta el décimo día de puerperio, dando lugar a una orientación errónea en el planteamiento de la alimentación infantil.

A continuación vamos a resumir tres casos clínicos tomados de las historias de la clínica del doctor BOTELLA LLUSIA; con ellos no queremos tratar de sacar conclusión alguna, sino solamente de poner un ejemplo:

Caso 1.º—Primípara, de veintitrés años; embarazo hasta la fecha, normal; dos semanas antes del término de la gestación, rotura prematura y espontánea de la bolsa de las aguas; se ordena reposo en cama y se adopta una conducta expectante. Tres días después continúa en el mismo estado, sin presentarse el parto. Ante el peligro de infección, se piensa en inducir el parto administrándose dos gramos de quinina, que no dan ningún resultado. Se vuelve a repetir al día siguiente la quinina con una purga de aceite de ricino, fracasando también este segundo intento. Finalmente se inyectan 100.000 U. B. I. de progynón, apareciendo contracciones regulares y rítmicas después de cuatro horas, y acabando con un parto rápido y fisiológico, que dura en total tres horas y media. En el puerperio, lactación muy débil, que no se establece hasta el séptimo día, y que obliga a lactancia artificial definitivamente.

Caso 2.º—Múltipara, de veintinueve años; an-

tecedentes familiares y personales sin interés; ha tenido dos partos normales. El embarazo actual, también normal. Retraso del parto sobre la fecha prevista en más de diez días. Estimándose que se trata de un embarazo prolongado, se administran 50.000 U. B. I. de progynon y gramo y medio de quinina, dando resultado positivo, y presentándose el parto a las pocas horas; no se observaron alteraciones en la secreción láctea.

Caso 3.º—Embarazada de siete meses y medio, ingresa en la clínica enviada por su médico con una lesión cardíaca descompensada; ha tenido un parto anterior con un ataque cardíaco, terminado por fórceps. Explorada, se encuentra una estenosis mitral, con gran dilatación pasiva de corazón y éstasis pulmonar y hepático. Se la somete a cura de reposo, dieta y digitalización, consiguiéndose ligera mejoría. Como el feto es viable, se considera necesaria la interrupción del embarazo; con este fin se le administran por la tarde 250.000 unidades U. B. I. de progynon, y a la mañana siguiente se le da una purga de aceite de ricino y dos gramos de quinina, fracasando, y acabándose por efectuar una cesárea vaginal.

B) Pituitrina.

La pituitrina para la inducción de parto ha sido recomendada, sobre todo, por STEIN (80); este autor recomendó en 1920 el empleo del siguiente procedimiento: De madrugada, dos cucharadas de aceite de ricino; a las dos horas, un baño caliente, y una hora después se comienza a inyectar 1/4 c. c. de pituitrina de media en media hora hasta cuatro veces. Modificaciones a este método son el de HOFBAUER (81), en el que la pituitrina se administra por vía tópica nasal, y los de PUPPEL (82), PFLUGMACHER (83) y MASSENBAUGH, en que se asocian a la quinina. METHIEU (84) recomienda romper, además, las membranas y poner un enema jabonoso caliente. EVERSMAAN (85), ADLER (86), VORON y colaboradores (87) y ERHARDT y v. HEUSS (88) han publicado los resultados con el método de STEIN. En embarazos a término sólo hay un 15 a un 20 por 100 de fracasos; pero en embarazos de menos tiempo, los resultados son muy dudosos, pues el útero grávido es refractario a la pituitrina por las razones hormonales y enzimáticas, de las que ya hemos hecho mención.

HAYNEMANN (89) indica que el método solamente es eficaz cuando la mujer hace ya varios días que ha salido de cuenta y se encuentra en un estado humoral sensible. BOEDEKER (90) aconseja la alcalinización previa de la madre como procedimiento de más eficacia. VORON y PIGEAUD (91) recomiendan romper bolsa, indicando con mucha razón que los modernos espasmolíticos uterinos permiten una mayor elasticidad en el empleo de la pituitrina como excitante de las contracciones. Nosotros hemos observado en la clínica

del doctor BOTELLA LLUSIÁ algo semejante en lo que se refiere al glicerofosfato sódico, teniendo hoy menos miedo a provocar una hipertensión por lo sencilla y rápidamente que puede ésta combatirse.

Caso núm. 4.—Múltipara, de treinta años; embarazo prolongado, al menos en diez días; se practica el método de STEIN tal y como se ha indicado más arriba, pero suprimiendo el baño caliente. Realizadas cuatro inyecciones de pituitrina, se obtiene una intensa hipertensión. Se inyectan 10 cen-



Fig. 1.ª—Caso núm. 11 (véase el texto).

tímetros cúbicos de glicerofosfato, disminuyendo lentamente el tono, pero no apareciendo contracciones. Cinco horas más tarde se inyectan tres U. V. de pituitrina, respondiendo el útero con pequeñas contracciones; tres horas más tarde se establecen ya verdaderos dolores del parto.

C) Quinina.

La quinina, sola o en combinación con otros medios excitantes, ha sido también muy recomendada. Así, tenemos el método de WASTON (92), el cual es, quizá, hoy día el más empleado para inducir el parto. Se procede de la siguiente manera:

- 1.º Purga con 30 gramos de aceite de ricino.
- 2.º Administración, una hora después, de un enema jabonoso.
- 3.º Un sello de 1/4 de gramo de quinina cada cuarto de hora, hasta un total de 2 gramos.

Hay varias modificaciones a este método, la de WILLIAMS y SLEMONS (93), en la cual se rompen, además, las membranas, y la de MATHIEU, en la que se inyecta, además, pituitrina.

Según se desprende de las investigaciones de SCHÜBEL (94), la quinina no tiene el peligro de hi-

pertonía que tiene la pituitrina, porque se emplea en dosis pequeñas para excitar las contracciones. Si estas dosis se sobrepasan, se produce una acción paralizante y espasmolítica, con lo cual todo efecto hipertonzante queda eliminado automáticamente. RUNGE y LAHRZT (95) y también TISCHER (96) aconsejan en época reciente el empleo de la quinina sola o unida a purgantes para producir el desencadenamiento del parto. TAUSCH (97) y MASSENBACH (98) prefieren el cardiazol quinina, cuyo efecto sobre la madre es idéntico, pero tiene la propiedad de estimular la circulación fetal.

A continuación reseñamos unos casos observados por nosotros en la Maternidad.

Caso núm. 5.—M. M.; lleva fuera de cuenta quince días; se intenta desencadenar el trabajo del parto, dando primero aceite de ricino, tres gramos por la mañana, y a la hora un gramo de sulfato de quinina en cuatro sellos, con diez minutos de intervalo; a la caída de la tarde se inicia el parto, terminando a las veinticuatro horas con un feto vivo, sexo masculino, de 4.250 gramos.

Caso núm. 6.—M. M., treinta y dos años, multipara; ha roto bolsa hace cuatro días, sin dolores. Se le da un gramo de sulfato de quinina en cuatro sellos, a pesar de lo cual no se presenta el parto. A las veinticuatro horas se le ponen 100.000 unidades de foliculina (dos inyecciones de progynón de 50.000 unidades cada una). Viendo que la enferma empieza a sentir pequeñas molestias, se la empieza a poner hipofisina Bayer,

enferma ha tenido anteriormente dos fetos muertos por parto prolongado. Al cumplir las nueve faltas se le dan:

1.º Treinta gramos de aceite de ricino.

2.º A la hora de esto, un gramo de sulfato de quinina en cuatro sellos.

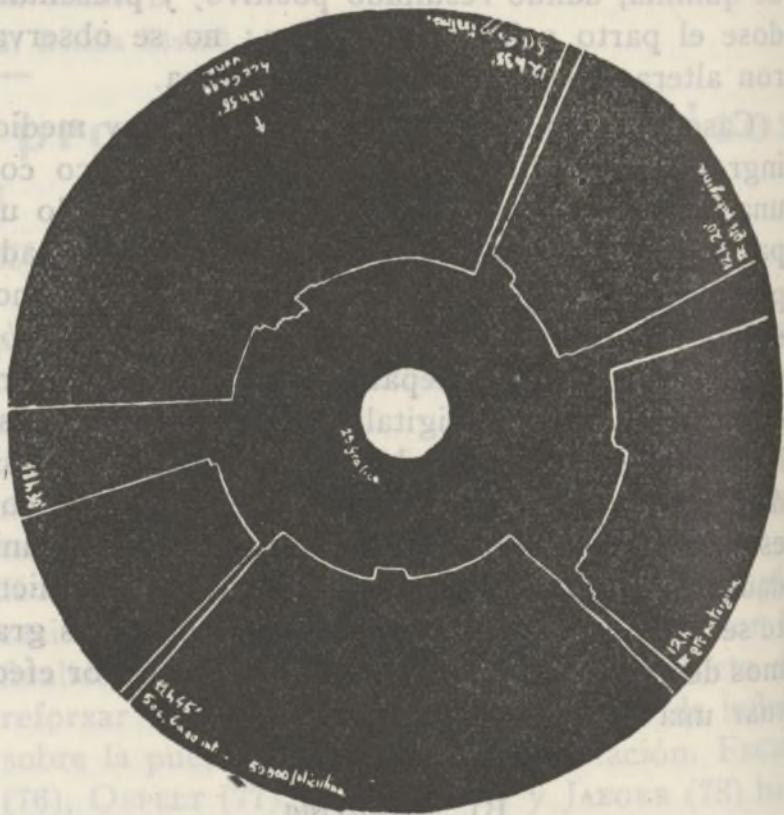


Fig. 3.ª—Caso núm. 12. Segundo registro al día siguiente (véase el texto).

3.º Seguido, se le ponen 50.000 unidades de foliculina.

4.º Inyecciones de dos U. V. de hipofisina Bayer; a pesar de esto, aun teniendo dolores, no llega a presentarse el parto, y a las veinticuatro horas, espontáneamente, sobreviene éste.

Caso núm. 8.—M. M., multipara, de treinta y dos años; rompe bolsa sin dolores. Pasan tres días más, y por no presentarse el parto, se le ponen 150.000 unidades de progynón en tres dosis, con intervalos de tres horas; a la hora de la última inyección se administra un total de dos gramos de sulfato de quinina y se desencadena el trabajo del parto, dando a luz un feto vivo del sexo masculino de 3.600 gramos de peso.

D) Quinina-pituitrina

La inyección de preparados asociados a base de estos dos productos, por ejemplo el pituquinol, ha sido propuesta por PUPPEL (99) y por LOUROS y KYRIAKYS (100). PFLUGMACHER, PHILLIP (101) y MASSENBACH (102) asocian también en distintas formas y proporciones la quinina y pituitrina, y obtienen un refuerzo de ambas. En realidad, las variantes del desencadenamiento del parto con estos procedimientos son numerosísimas, y casi puede decirse que constituyen la forma más usada hoy día del desencadenamiento del mismo, como queda evi-

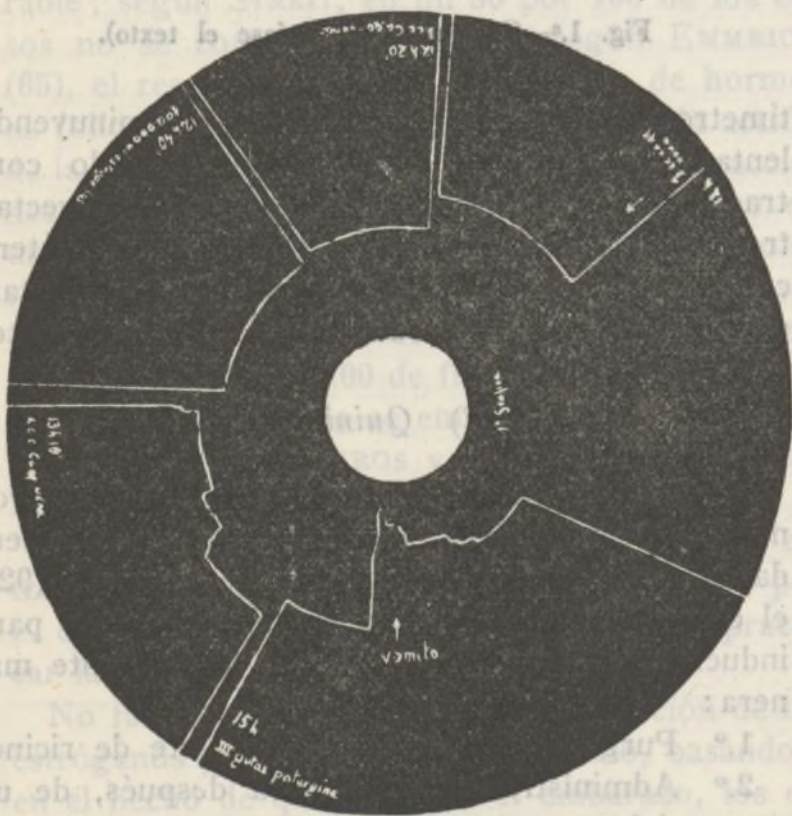


Fig. 2.ª—Caso núm. 12. Primera gráfica (véase el texto).

dos U. V. cada cuarto de hora; a la tercera inyección, no habiéndose puesto todavía más que seis U. V., empiezan los dolores, y a las cinco horas da a luz un feto vivo del sexo masculino de 3.100 gramos.

Caso núm. 7.—M. M., treinta y cinco años. La

denciado de leer las historias más arriba expuestas.

E) Calcio-quinina.

Hace ya mucho tiempo que se conoce la acción excitadora del calcio sobre la motilidad del

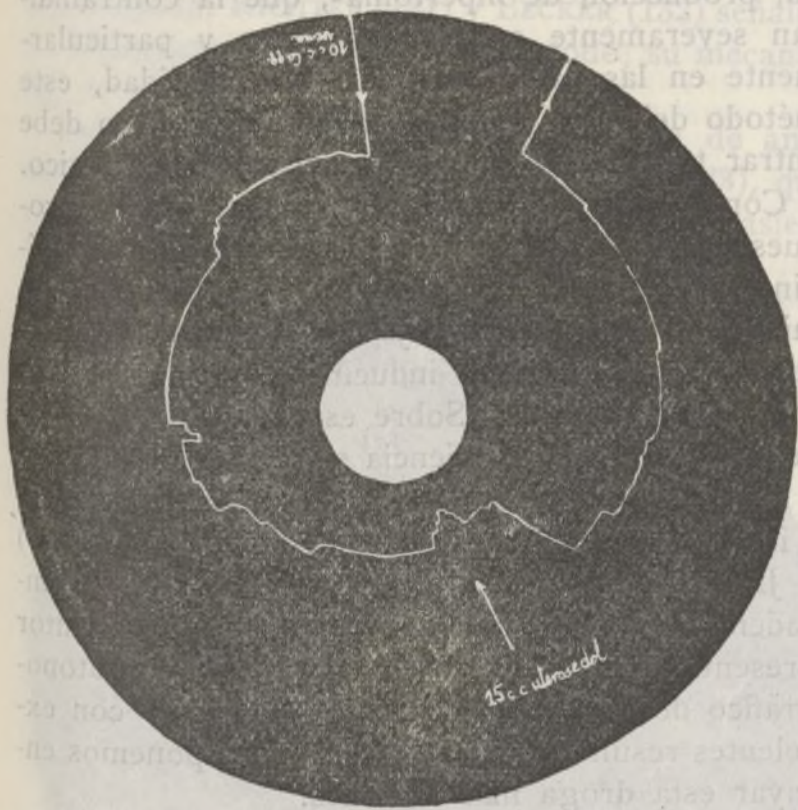


Fig. 4.a—Caso núm. 13 (véase el texto).

útero. Esta acción es, además, regularizadora de las contracciones, y evita la producción de hipertonías. Investigaciones experimentales de STAHNKE y ZELBERSWECHT (103) han demostrado la eficacia de la asociación calcio-quinina. En la Clínica humana, la acción oxi-tócica del calcio-quinina ha sido comprobada por HAMMERSCHLAG (104), ANTOINE (105), WINKLER (106) y HENKEL (107). La acción suave y continuada de esta combinación ha sugerido su empleo en el desencadenamiento del parto, habiendo sido empleada en tal sentido por WINKLER y VETTER, BUSCH (108), SCHRADER (109), ENG (110), WIESMAN (111) y STUBENDORF (112), PÉREZ (113) y PALACIOS COSTA (114). Este producto señala un progreso en cuanto a seguridad de acción y eficacia, como han demostrado MÜLLER (115) y DÖRR (116) con pituitrina y otros oxi-tócicos.

A continuación exponemos varios casos ensayados por nosotros en la clínica del doctor BOTELLA LLUSIÁ.

Caso núm. 9.—Primípara, de veinticuatro años. Embarazo a término. Al llegar la noche empieza a tener pequeños dolores, que por la mañana se le pasan; al llegar nuevamente la noche, se reproducen estos mismos dolores, quitándose de nuevo por la mañana, siguiendo este curso durante doce días, al cabo de los cuales se procede a inducir el parto con calcio-quinina, administrándose 10 c. c. de calcio-quinina intravenosa, con lo

que al cuarto de hora empieza el trabajo del parto, que concluye después de tres horas y media con un feto vivo del sexo masculino de 3.500 gramos de peso.

Caso núm. 10.—M. M., primípara, de veintidós años. Habiéndose retrasado en quince días el parto, se procede a su inducción. La administran primero 10 c. c. de calcio-quinina intravenoso; como no se pone en marcha el trabajo del parto, a la hora se administran otros 10 c. c., con lo que a la media hora empiezan ya las contracciones rítmicas del parto, que acaba felizmente a las dos horas con un feto vivo del sexo femenino de 3.800 gramos de peso.

Caso núm. 11.—M. M., múltipara; ha tenido cuatro partos, los dos últimos muertos por feto voluminoso (fig. 1).

Diabética. Embarazo de ocho meses, y se pretende provocar el parto.

Útero en reposo; se ponen 10 c. c. de calcio-quinina intravenoso. A los cuarenta y cinco minutos empiezan ligeras contracciones; se deja pasar una hora y media; se la pone medio c. c. de hipofisina para producir sinergia con el calcio-quinina, no consiguiéndose nada, y a las cuatro horas el útero sigue en reposo.

Al cabo de veintisiete días se pone el parto en marcha, y termina con una cesárea como los partos anteriores, con un feto de 5.200 gramos. (Este caso ha sido recogido también por BOTELLA,

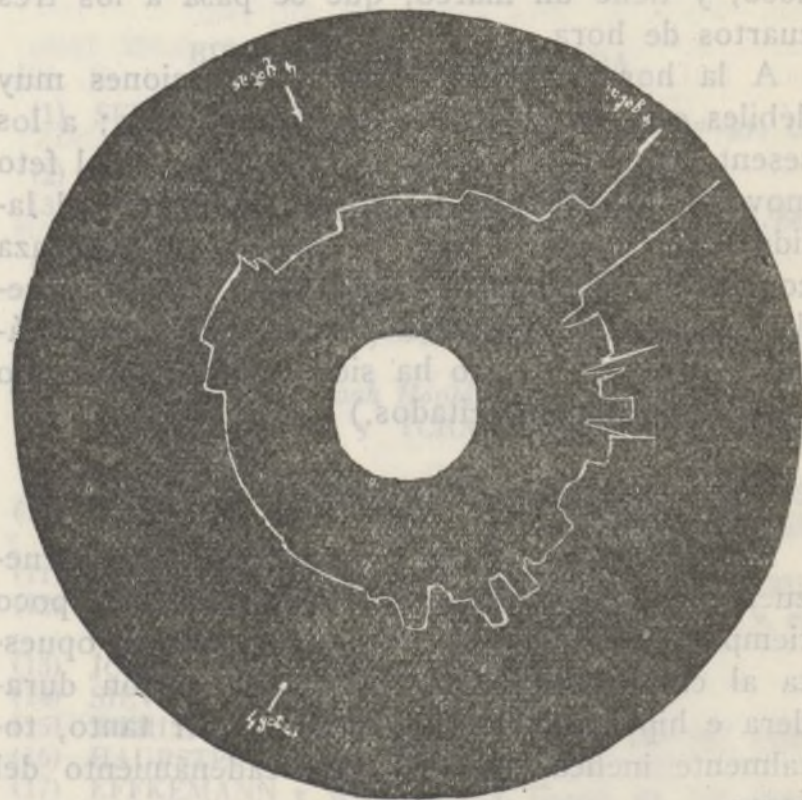


Fig. 5.a—Caso núm. 14. Muy buena iniciación del parto con Methergina (Partergina Sandoz). Véase el texto.

G DEL ALAMO y PEREIRA en una reciente publicación.

Caso núm. 12.—M. M., primípara; embarazo de ocho meses y medio; por afección cardíaca, intenta provocarse el parto, con útero en reposo.

Se administran: a las 12 horas, tres c. c. de calcio-quinina intravenosa; a las 12,20 horas, ídem

ídem íd.; a las 12,35 horas, 2.500 U. B. de estradiol; a las 12,50 horas, cuatro c. c. de calcio-quinina.

Sobreviene un vómito, que se registra en la gráfica, suspendiéndose el tratamiento ante la intolerancia; no presenta dilatación, y a la hora cesan los dolores.

Al día siguiente se empieza de nuevo con otra gráfica a las 11,30 horas.

A las 11,45 horas, cinco c. c. intramuscular de calcio-quinina y 50.000 U. B. de foliculina.

A las 12 horas, cuatro gotas de metergina; a las 12,20 horas, ídem íd. íd.; a las 12,35 horas, cinco c. c. de calcio-quinina intramuscular; a las 13 horas, cinco c. c. de calcio-quinina intravenosa.

Cinco minutos después empieza con náuseas y se abandona la provocación, por la noche ha tenido ligeros dolores; a los quince días rompe la bolsa de aguas, y seis días después sobreviene el parto espontáneamente. Con feto vivo del sexo masculino y de 4.900 gramos de peso (Este caso ha sido también publicado por los autores ya citados.)

Caso núm. 13.—M. M. Ingres a con diagnóstico de feto muerto, y se manda hacer un parto de prueba.

No se ausculta más que un latido sincrónico con el radial.

Se le ponen 10 c. c. de calcio-quinina intravenoso, y tiene un mareo, que se pasa a los tres cuartos de hora.

A la hora empiezan unas contracciones muy débiles que mantienen un tono en meseta; a los sesenta minutos, la enferma nota otra vez el feto moverse. Se ausculta y se oye, en efecto, el latido fetal. Como el tono es muy alto y amenaza con rotura de útero, se ponen 10 c. c. de úterosedol y cesan las contracciones y baja el tono rápidamente. (Este caso ha sido también publicado por los autores ya citados.)

F) Derivados del cornezuelo del centeno.

Los extractos totales y liposolubles de cornezuelo del centeno eran los que hasta hace poco tiempo se conocían; producen una acción opuesta al calcio-quinina, es decir, una acción duradera e hipertonzante del útero y, por tanto, totalmente ineficaz para el desencadenamiento del parto.

El descubrimiento de los preparados hidrosolubles de ergobasina ha conducido a una revisión de las indicaciones del cornezuelo en Obstetricia. Hoy día sabemos que la ergobasina puede administrarse en cualquier momento del parto, siempre que se haga con cuidado de evitar una sobredosificación. La posibilidad de administrar por vía oral esta substancia hace que su dosificación pueda graduarse suavemente, y ha sugerido su aplicación para inducir el parto.

THIES (117), SCHWALM (118), SOKOLOVA (119), BRENNER (120), PROBET (121), FRIEDRICH (122) y MEINJARDT (123) administran ergobasina en gotas; de 3 a 4 gotas en agua, repetidas cada veinte minutos o media hora, pudiéndose repetir hasta tres veces para la inducción del parto. PARDO y C. BOTELLA observan, sin embargo, con esta droga, producción de hipertónias, que la contraindican severamente en muchos casos y particularmente en las primíparas. En la actualidad, este método debe ser empleado con cautela y no debe entrar todavía en el arsenal del médico práctico.

Con el nombre de ermetrina compuesta ha propuesto una fórmula a base de clorhidrato de quinina, ergobasina y papaverina. Con este procedimiento, TENBERGE (124) y VON GYÖRGY (125) dicen haber conseguido inducir el parto con gran seguridad y eficacia. Sobre este remedio se carece todavía de la experiencia suficiente.

La hetil-ergobasina, sintetizada por STOLL (126) e introducida en terapéutica por GUGGISBERG (127) y JASCHKE (128), ha sido introducida para desencadenar el parto por BACHBAUER (51). Este autor presenta varios casos con registro histerotono-gráfico de las contracciones, y al parecer con excelentes resultados; nosotros nos proponemos ensayar esta droga más adelante.

Caso núm. 14.—M. M., primípara de veintidós años de edad; menarquía a los once años. Ingres a a las diez horas. Sin dolores, con rotura de bolsa hace veinticuatro horas; a las doce se dan 4 gotas de metergina; a las doce y veinte, otras 4 gotas, repitiéndose la misma dosis, a las trece y quince, apareciendo el trabajo del parto; a las dieciséis horas, dilatación total, con cabeza en tercer plano. A las dieciocho y cuarenta y cinco da a luz una niña viva, con un alumbramiento normal a los quince minutos (fig. 5.^a).

Caso núm. 15.—M. M., primípara de veintitrés años de edad; menarquía a los doce años. Ingres a sin dolores y rotura de bolsa del día anterior a las trece horas; a las once se dan 4 gotas de patergina; a las once y treinta, se repiten, y a las doce horas se la dan 4 gotas más, comenzando el trabajo del parto a las catorce horas; con dilatación completa, y a las quince y treinta da a luz un niño vivo, 3.400 gramos de peso, parto normal (figura 6.^a).

G) Otros medios.

Ya hemos indicado la existencia de otros medios para el desencadenamiento del parto; medios físicos, purgantes, enemas, etc., que se emplean más bien como coadyuvantes. La rotura de la bolsa de aguas, que venía empleándose de un modo casi empírico, ha sido objeto de atención científica en los últimos años. MACCORD (129) y KETTEL, DUDLEY y PLASS (130) examinan recientemente en Norteamérica este punto concluyendo que el líquido amniótico inhibe de una manera a la vez

química y mecánica la producción de contracciones. La respuesta uterina parece ser, en igualdad de circunstancias y ante cualquier clase de oxitócico, doble con la bolsa de las aguas rota que con la bolsa íntegra.

También ha sido objeto de revisión la antigua técnica de la metreusis, que estaba hoy día casi abandonada. RICHTER (131) y BECKER (132) señalan su importancia práctica y, sobre todo, su mecanismo de acción.

Por último, y como curiosidad digna de anotarse, está el procedimiento de LÜTTGE (133), que consiste en someter a la mujer a un baño de asien-



Fig. 6.ª—Caso núm. 15 Muy buena iniciación del parto con Methergina (Partergina Sandoz). Véase el texto.

to combinado con edema caliente, y el de GIUDICI (134), mediante la diatermización del diencéfalo.

CONCLUSIÓN

Revisados todos los métodos anteriores, nos encontramos con un hecho fundamental, y es que si hay tan gran variación de métodos propuestos, es porque ninguno de ellos resulta verdaderamente eficaz. Como GAVIOLI (135) y PUPPELL indican en artículos modernos de revisión y crítica, la provocación del parto está en razón inversa, en cuanto a dificultad, con lo avanzado que esté el embarazo. En gestaciones a término o hipermaduras, la puesta en marcha de las contracciones se consigue con cualquier procedimiento, no ocurriendo en cambio lo mismo en mujeres que no han salido todavía de cuenta.

Debemos distinguir estrictamente, como hemos hecho al principio, entre *provocación* e *inducción* del parto. Mientras en el segundo de los casos se trata de una cosa relativamente fácil de conseguir, no es así en el primero, en el que estamos ante una empresa difícil. Para dar idea de esto,

citaremos sólo la estadística de EMMERICH (136), una de las más recientes y numerosas en la cual, de 455 casos de puesta en marcha del parto por diversos procedimientos, solamente 214, es decir, 47 por 100, dieron resultado, fallando los restantes.

En la Obstetricia moderna, las indicaciones de la provocación del parto van siendo cada vez más limitadas; a ello contribuyen, además de esta inseguridad en los resultados, los continuos progresos de la operación cesárea. Ante una pelvis estrecha, una tuberculosis o una cardiopatía, resulta más sencillo que provocar el parto prematuro de una manera medicamentosa el realizar una cesárea abdominal con anestesia local.

No se han restringido, en cambio, las indicaciones de inducción del parto en embarazos hipermaduros; pero, en cambio, en éstos hemos visto que los resultados que se obtienen son mucho mejores.

Podemos decir, pues, que la inducción medicamentosa del parto conserva hoy día todo su valor, mientras que la provocación medicamentosa del parto prematuro cada vez se va empleando menos.

El concepto del parto a la hora fija por procedimientos parcialmente medicamentosos, parcialmente quirúrgicos, como, por ejemplo, el parto-Delmas, se sale fuera de los límites de este trabajo; pero nos parece totalmente rechazable.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- (1) SELYE, COLLIP y THOMPSON: *Endocrinology*, 19, 151. 1935.
- (2) TSCHERNE: *Zbl. Gynäk.*, 62, 1.122. 1938.
- (3) BERNHART y colaboradores: *Zbl. Gynäk.*, 62, 1.999. 1938.
- (4) GUGGISBERG: *Arch. Gynäk.*, 144, 185. 1931.
- (5) RUNGE: *Arch. Gynäk.*, 149, 608. 1932.
- (6) BROWNE, HENRY y VENNING: *Amer. J. Obst.*, 38, 927. 1939.
- (7) SNYDER: *Bull. Jonh Hopkins Hosp.*, 54, 1. 1934.
- (8) MANDELSTAMM y TCHAIKOWSKI: *Zbl. Gynäk.*, 56, 39. 1932.
- (9) ROBSON y colaboradores: *Brit. Med. Jour.*, 1749. 1935.
- (10) D'AMOUR y GUSTAVSON: *J. of Pharmacol.*, 51, 353. 1934.
- (11) DUCKREY y BACHMANN: *Zbl. Gynäk.*, 55, 101. 1931.
- (12) SIEVERS: *Oberrh. Ges. Geb. und Gynäk Stz.*, 7, v. en Heidelberg. 1939.
- (13) JORES: *Klin. Wschr.*, 2, 1.599. 1933.
- (14) SIEVERS: *Z. Biol.*, 87, 319. 1928.
- (15) WERLE y colaboradores: *Arch. Gynäk.*, 140, 367. 1930.
- (16) HAUPSTEIN: *Arch. Gynäk.*, 151, 263. 1932.
- (17) EFFKEMANN y WERLE: *Zbl. Gynäk.*, 64, 722. 1940.
- (18) MARCOU y colaboradores: *Presse Med.*, 1, 371. 1938.
- (19) DALE: *J. of Physiol.*, 37, 294. 1936.
- (20) NAVRATIL: *Klin. Wschr.*, 1, 905. 1939.
- (21) WERLE y EFFKEMANN: *Arch. Gynäk.*, 170, 91 y 210. 1940.
- (22) ROBSON: *Auer. Journ. Physiol.*, 99, 200. 1929.
- (23) AARVAY: *Endokrinol.*, 14, 6. 1934. *Zbl. Gynäk.*, 66, 954. 1942.
- (24) KEPP: *Gebh. u. Frhk.*, 1, 650. 1939.
- (25) FECHT: *Zbl. Gynäk.*, 65, 1.325. 1941.
- (26) ROSENKRANZ: *Gebh. u. Frhk.*, 1, 659. 1939.
- (27) OLIVER y SCHAEFFER: *J. of Physiol.*, 27, IX. 1901.
- (28) MAGNUS y SCHAEFFER: *J. of Physiol.*, 27, IX. 1901.
- (29) DALE: *Biochem. Journ.*, 4, 429. 1909.
- (30) CLARK: *J. of Physiol.*, 65, 421. 1931.

- (31) KAMM: *Journ. Biol. Chem.*, 92, 69. 1931.
 (32) TRENDLENBURG: «Die Hormone». J. Springer. Berlín, 1929-1934.
 (33) STEHLE: *Ergb. d. Vit. u. Hormforssch.* I, 305. 1938.
 (34) KNAUS: *J. of Physiol.*, 59, 383. 1926.
 (35) LAIDLAW: *J. of Physiol.*, 60, 121. 1927.
 (36) MARCOU: *Presse Medicale*, 1.181. 1938.
 (37) UNGARD y POCOULE: *Compt. Rend. Soc. Biol.*, 121 301. 1935.
 (38) EFFKEMANN y WERLE: *Arch. Gynäk.*, 171, 1. 1941.
 (39) BOTELLA LLUSIA: *Rev. Esp. Farmacol. y Ter.* Noviembre de 1941.
 (40) EFFKEMANN y WERLE: *Zbl. Gynäk.*, 64, 314. 1940.
 (41) KEHRER: *Arch. F. Exp. Path. Pharm.*, 58, 366. 1905.
 (42) BIBERFELD: *Arch. F. Exp. Path. Pharm.*, 70, 370. 1916.
 (43) BIBERFELD: *Verhand der Deut. Pharm. Gesselsh.* Hamburgo. 12-15. Münch. Septiembre de 1928.
 (44) SCHÜBEL: *Med. Wschr.*, 1.307, II. 1931.
 (45) DUDLEY y MOIR: *Brit. Med. Jour.*, 520 1935.
 (46) STOLL: «Altes. und Neues. über Mutterkorn. Pt. Hapt». Berna, 1943.
 (47) KARASCH y LEGAULT: *Science*, 81, 388. 1935.
 (48) THOMPSON: *Science*, 81, 636. 1935.
 (49) BAUERISEN: *Arch. Gynäk.*, 166, 140. 1938.
 (50) ANTOINE: *Zbl. Gynäk.*, 57, 2.770. 1933.
 (51) HEYROWSKY: *Zbl. Gynäk.*, 62, 2.425. 1938.
 (52) PARDO y C. BOTELLA: *Medicina*, 4 270. 1945.
 (52 bis) PARDO y C. BOTELLA: *Farmacoterapia Actual*, 20, 114. 1946.
 (53) GUGGISBERG: *Geburtsh. u. Frauenhkk.*, 1, 121. 1939.
 (54) BACHBAUER: *Geburtsh. u. Frauenhkk.*, 6, 278. 1944.
 (55) WINKLER y VETTER: *Münch. Med. Wschr.*, 21, 847. 1936.
 (56) WINKLER y VETTER: *Msch. Geburtsh.*, 100, 1. 1935.
 (57) WIESMANN y KLIPPEL: *Ref. Zbl. Gynäk.*, 63, 188. 1939.
 (58) COHEN, MASTER, MARRION y WASTON: *Lancet*, 1, 674. 1935.
 (59) WOBKER: *Arch. Gynäk.*, 169, 86. 1939.
 (60) WOBKER: *Arch. Gynäk.*, 170, 301. 1940.
 (61) SIEVERS y SCHENZ: *Zbl. Gynäk.*, 64, 1.522. 1940.
 (62) DRUCKREY y BACHMANN: *Zbl. Gynäk.*, 61, 191. 1937.
 (63) GANET y colaboradores: *Bull. Soc. Obst.*, 93. 1937.
 (64) K. STREIT: *Zbl. Gynäk.*, 62, 23. 1938.
 (65) EMMRICH: *Zbl. Gynäk.*, 63, 199. 1939.
 (66) LUBIN y WALTHMAN: *Surg. Gyn. Obst.*, 69, 155. 1939.
 (67) SCHURGER: *Zbl. Gynäk.*, 63, 207. 1939.
 (68) LABHARDT: II Congreso de la Soc. de Ginecólogos y Obstétricos de lengua francesa. Lausanne, 20 de julio de 1939.
 (69) LOUROS y KYRIAKYS: *Zbl. Gynäk.*, 64, 957. 1940.
 (70) TAPFER: *Arch. Gyn.*, 170, 68. 1940.
 (71) FRIEDRICH: *Hippokrates*, 739. 1941.
 (72) EFFKEMANN: *Zbl. Gynäk.*, 65, 333. 1941.
 (73) FRIEDRICH: *Amer. Journ. Obst. Gyn.*, 43, 914. 1942.
 (74) ROSENKRANZ: Soc. Obst. y Gin. del Bajo Rin y Westfalia. Reunión de 1 de julio de 1939 en Düsseldorf. *Ref. Zbl. Gynäk.*, 6, 96. 1940.
 (75) KOHLER: *Zbl. Gynäk.*, 6, 65. 1942.
 (76) FECHT: *Zbl. Gynäk.*, 65, 1.961. 1940.
 (77) OSPELT: *Zbl. Gynäk.*, 65, 1.382. 1941.
 (78) HERBRANDT y JAGER: *Zbl. Gynäk.*, 65, 77. 1941.
 (79) J. BOTELLA LLUSIA: «Endocrinología de la mujer». A. Aguado. Madrid, 1942.
 (80) STEIN: *Zbl. Gynäk.*, 44, 200. 1920.
 (81) HOFBAUER: *Zbl. Gynäk.*, 44, 131. 1920.
 (82) PUPPEL: *Med. Welt.*, 36, 1.241. 1937.
 (83) FLUGMACHER: Inaug. Diss. Berlín, 1938.
 (84) MATHIEU: *Bull. Soc. Obst.*, 321. París. 1916.
 (85) EVERSMAAN: *Zbl. Gynäk.*, 49, 24. 1925.
 (86) ADLER: *Zbl. Gynäk.*, 51, 17. 1927.
 (87) VORON y colaboradores: *Bull. Soc. Gyn. et Obst.* 68. 1935.
 (88) EHRHARDT y HEUUS: *Med. Klin.*, 50. 1936.
 (89) HEYNEMANN: *Z. f. Geburtsh.*, 114, 60. 1937.
 (90) BOEDEKER: *Amer. Journ. Obst. Gyn.*, 41, 84. 1941.
 (91) VORON y PIGEAUD: *Gyn. et Obst.*, 37, 94. 1938.
 (92) WATSON: *Amer. Journ. Obst. Gyn.* 3, 62. 1922.
 (93) WILLIAMS y SLEMONS: *Amer. Journ. Obst. Gyn.*, 6, 347. 1924.
 (94) SCHÜBEL: *Münch. Med. Wschr.*, II, 1.681. 1931.
 (95) RUNGE y LAHRTZ: *Med. Welt.*, 625. 1932.
 (96) TISCHER: *Zbl. Gynäk.*, 66, 660. 1942.
 (97) TAUSCH: *Deutsch. Med. Wschr.*, 1, 28. 1939.
 (98) MASSENBAACH: *Gebh. und Frauenhkk.*, 1, 36. 1939.
 (99) PUPPEL: *Münch. Med. Wschr.*, I, 20. 1937.
 (100) LOUROS y KYRIAKYS: *Zbl. Gynäk.*, 9. 1937.
 (101) PHILLIP: *Med. Klin.*, 39. 1937.
 (102) MASSENBAACH: *Ther. d. Gegenm.*, I, 18. 1941.
 (103) STAHNKE y ZELVERSWECHT.
 (104) HAMMERSCHLAG: *Med. Welt.*, 22, 520. 1930.
 (105) ANTOINE: *Zbl. Gynäk.*, 57, 2.770. 1933.
 (106) WINKLER: *Meschr. Geburtsh.*, 25, 101. 1935.
 (107) HENKEL: *Zbl. Gynäk.*, 60, 1.990. 1936.
 (108) BUSCH: *Med. Welt.*, 11, 52. 1937.
 (109) SCHRADER: *Fort. de Therap.*, 14, 187. 1933.
 (110) ENG: *Deutsch. Med. Wschr.*, 2, 37. 1938.
 (111) WIESSMANN: *Wschr. Geburtsh.*, 107, 144. 1938.
 (112) STUBENDORF: *Med. Welt.*, 50. 1937.
 (113) PEREZ: *Bol. Soc. Obst. y Gin. de Buenos Aires*, 19, 422. 1940.
 (114) PALACIOS COSTA y VERDINA: *Bol. Soc. Obst. y Gin. de Buenos Aires*, 19, 422. 1940.
 (115) MÜLLER: *Med. Klin.*, 3. 1938.
 (116) DOR: *Münch. Med. Wschr.*, 57. 1937.
 (117) THIES: *Arch. Gynäk.*, 166, 119. 1938.
 (118) SCHWALM: Soc. Obs. Gyn. del Rin. Reunión en Heidelberg. 7 agosto 1939.
 (119) SOKOLOWA: *Ber. Gyn. und Geburtsh.* 41, 381. 1941.
 (120) BRENNER: *Zbl. Gynäk.*, 66, 444. 1942.
 (121) PROBST: *Arch. Gynäk.*, 173, 594. 1942.
 (122) FRIEDRICH: *Zbl. Gynäk.*, 66, 1.622. 1942.
 (123) MEINHARDT: *Zbl. Gynäk.*, 66, 1.618. 1942.
 (124) TENBERGE: *Zbl. Gynäk.*, 65, 2.091. 1941.
 (125) VON GYORGY: *Zbl. Gynäk.*, 67, 1.403. 1943.
 (126) STOLL: *Schw. Med. Wschr.*, 1.077. 1935.
 (127) GUGGISBERG: *Geburtsh. u. Frauenhkk.*, 1, 57. 1939.
 (128) JASCHKE: *Zbl. Gynäk.*, 666, 1075. 1942.
 (129) MACCORD: *Amer. Journ. Obstetr.*, 38, 587. 1939.
 (130) KETTEL, DUDLEY y PLASS: *Amer. Journ. Obst.*, 40, 225. 1940.
 (131) RICHTER: *Zbl. Gynäk.*, 66, 1.426. 1941.
 (132) BEKER: *Zbl. Gynäk.*, 1.899. 1941.
 (133) LÜDTGE: *Zbl. Gynäk.*, 844. 1941.
 (134) GIUDICI: *Clin. Obstetr.*, 42, 7. 1940.
 (135) GAVIOLI: *Obstetr. y Gin. Lat. Amer.*, 3, 213. 1945.
 (136) EMMRICH: *Zbl. Gynäk.*, 63, 199. 1939.

“eregumil”
Fernández

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO A BASE DE CEREALES Y LEGUMINOSAS
 Especial para niños, ancianos, enfermos
 :: del estómago y convalecientes ::
 Insustituible como alimento, en los casos de
 intolerancia gástrica y afecciones intestinales

Fernández y Canivell, S.A.
-Málaga-

GENIALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

por el

Doctor JOSE M. SACRISTAN

¿Qué sentido tiene el tópico lombrosiano «genio y locura»? ¿El genio es locura? Inquirir la existencia del accidente psicopatológico y valorar forzosamente su significación en la génesis de la creación genial, cargando el acento sobre un falso concepto de degeneración, ha sido la causa principal del recelo y la animadversión que suelen despertar en el profano los estudios psiquiátricos sobre las grandes figuras de la Historia. En el problema biológico del genio, el elemento psicopatológico aislado nada nos aclara. «La alteración mental—escribió hace años el psiquiatra alemán KRETSCHMER—no es, ciertamente, un salvoconducto para el Parnaso.» No corresponde a la psiquiatría moderna la observación de una posible relación entre el genio y la alteración psíquica. Ya dijo SÉNECA: *Non est magnum ingenium sine mixtura dementiae*. Y un pensador como SCHOPENHAUER afirmó que el genio se halla más cerca de la locura que la inteligencia del hombre medio.

Para el profano se es loco o cuerdo. No hay término medio. Pero entre la salud mental y la perturbación psíquica no puede trazarse una línea absoluta de separación. Entre una y otra existe una amplia zona de límites vagos, borrosos y fluctuantes, integrada por las llamadas «personalidades psicopáticas», tan frecuentes en los hombres geniales. Por otra parte, es grave error valorar negativamente, en sentido ético, toda alteración psíquica. No hay duda de que gran número de enfermos mentales adolecen de defectos morales; pero no todo el que padece una alteración psíquica tiene forzosamente que sufrir tal deficiencia. Recuerdese que Dostoiewski, en su novela *El idiota*, describe un epiléptico destrozado intelectualmente, pero de condición moral superior.

En la vida de los pueblos, no los locos extremos, sino los «psicópatas», desempeñan un papel que metafóricamente ha sido comparado al de los bacilos y que depende de la temperatura del momento. «En las épocas frías—dice Kretschmer—somos los psiquiatras los que dictaminamos sobre ellos, y en las cálidas, son los psicópatas los que nos dominan, como acontece, por ejemplo, en las revoluciones.»

El hecho de que una obra de arte haya sido creada durante una fase de perturbación psíquica, ¿influye sobre su valor? Todos los psiquiatras modernos de mayor autoridad—Lange - Eichbaum, Kretschmer, Schilder, Jaspers, Prinzhorn y otros—afirman rotundamente que no. Jaspers, por ejem-

plo, en su magnífico estudio sobre el escritor Strindberg y el pintor Van Gagh, demuestra que la obra fundamental de ambos artistas fué creada, precisamente, en plena enfermedad mental. Pero sería insensato deducir de ello, como quería Lombroso, que genio es locura.

¿Qué es, pues, el genio? Desde un punto de vista puramente biológico, define el autor antes citado el genio como «una variante insólita y extrema de la especie humana». «Pero estas variantes extremas biológicas—añade—manifiestan con frecuencia suma gran inestabilidad en su estructura, elevada tendencia a la decadencia y enormes dificultades para su transmisión hereditaria.» Si esto es así, no puede en modo alguno sorprender que las variantes geniales de la especie humana muestren en el terreno psíquico gran labilidad y elevada predisposición para sufrir psicosis, neurosis y psicopatías. Con arreglo a este concepto biológico, es, en nuestro sentir, como debe abordarse el problema planteado erróneamente por el psiquiatra italiano Lombroso.

El estudio de la vida de los grandes genios de la Historia ha puesto de manifiesto que su curva vital no transcurre suavemente, sino en forma desigual, irregular. El concepto corriente de «hombre equilibrado» no corresponde al guerrero, al poeta, sino al plácido «burgués», libre de inquietudes. Sería, sin embargo, ingenuo suponer que la psicopatía lleva implícita la genialidad. Los psicópatas estúpidos constituyen legión.

¿Cuál es entonces el papel que desempeña el elemento psicopático en la génesis del genio? Según una hipótesis del psiquiatra alemán Kretschmer, reiteradamente citado en estas líneas, es necesario, no sólo que en una familia se dé el elemento de superioridad, sino que es indispensable, para que el genio se produzca, otro elemento, especie de fermento, que llama *daimonion*, el cual guarda gran semejanza con el elemento psicopático. *Quand la nature forma Rousseau*—decía la marquesa de Créquy—*la sagesse pétrit la pâte, mais la folie y jeta son levain*. En Goethe—al cual dedicamos hace años un estudio—se confirma plenamente la hipótesis de Kretschmer. De un lado, la sana estructura de su personalidad total, y de otro, el componente parcial psicopático, el fermento, el *daimonion*. «Mi vida—decía a Eckermann—ha sido el constante rodar de una piedra que siempre quería detenerse.»

(Del diario A B C.)

Divulgaciones del exterior

LA ACTUALIDAD MEDICA EN LOS ESTADOS UNIDOS

por el

Doctor ROBERT M. BARTON

EL SÍNDROME DE LA BOMBA ATÓMICA

En el número del *Journal of the American Medical Association* correspondiente al 8 de junio de 1946, el coronel PAUL D. KELLER, del Cuerpo Médico del Ejército de los Estados Unidos, informa sobre los datos obtenidos en el estudio de 21 pacientes que fueron ingresados en el Hospital de la Universidad de Osaka a fines de agosto y principios de septiembre de 1945, afectos de alarmantes trastornos designados por los japoneses como enfermedad de la bomba atómica. Diecisiete de estos pacientes experimentaron el bombardeo atómico en Hiroshima el 6 de agosto de 1945, mientras que los cuatro restantes fueron víctimas de la explosión de Nagasaki, tres días después. Entre ellos no figura ninguno con heridas graves o extensas quemaduras externas en el momento de la explosión. El promedio de edad es de treinta años, con extremos de veinte y cincuenta y dos. En total son tres mujeres y 18 hombres. Estas personas no fueron hospitalizadas hasta un mes, por término medio, después de la explosión. En los cinco casos mortales, el periodo medio de supervivencia fué de veintiséis días. Los que sobrevivieron necesitaron largos periodos de hospitalización antes de que su recuperación fuera suficiente para justificar el alta.

La situación de cada una de las víctimas en el momento de la explosión de la bomba atómica y sus relaciones con el centro de la explosión son especialmente interesantes. Las variaciones de distancia en los distintos casos oscilaron entre 50 y 4.000 metros. Diecisiete de los 21 pacientes se hallaban en edificios en el momento de estallar la bomba. Catorce de estos 17 pacientes se encontraban en edificios de madera, mientras que los otros dos estaban en edificios de hormigón.

Sólo cinco pacientes recordaban haber percibido una onda explosiva en el momento de estallar la bomba atómica. Uno de los cinco, que se encontraba en un edificio de madera, a unos 50 metros del centro de la explosión, fué lanzado a cuatro metros de distancia mientras se derrumbaba el edificio. Una de las dos víctimas que se hallaban al aire libre fué derribada sin conocimiento, mientras que la otra no sintió onda explosiva.

Tres pacientes recuerdan haber oído un ruido «como de una explosión». Uno describía un ruido que sonaba «como una bomba cayendo», y dos decían que el ruido que oyeron en el momento de

la explosión de la bomba atómica era «como lluvia». Dos manifestaron que no oyeron ruido de explosión, mientras que los 13 restantes no estaban seguros.

Nueve pacientes recordaban un «resplandor de luz» cuando estalló la bomba. Uno de estos nueve describió la luz como verde. Tres de los 12 restantes no experimentaron sensación de luz, mientras que los otros nueve casos no especifican en un sentido o en otro.

Todos los pacientes, menos cuatro, sufrieron pequeñas heridas (13 casos) o quemaduras (cuatro casos) en el momento de la explosión. Estas heridas fueron causadas por astillas, cristales u otros fragmentos o se originaron al caer el paciente, consistiendo en erosiones, contusiones y laceraciones. Menos en dos casos, estas lesiones habían curado antes de que el paciente solicitara el ingreso en el Hospital de la Universidad de Osaka.

Un síntoma precoz frecuente fueron anorexia, náuseas y vómitos de intensidad y duración variables. El comienzo de estos síntomas se produjo dentro de los primeros cinco días después de la explosión.

Doce pacientes manifestaron haber tenido fiebre o haberse sentido febriles antes de ingresar en el hospital. Cuatro pacientes no sabían, y un solo paciente manifestó que no había experimentado ascenso de temperatura antes de su ingreso en el hospital. En tres pacientes no había datos referentes a fiebre. El comienzo de la fiebre osciló entre dos y veinticinco días después de la explosión. La intensidad de la fiebre varió entre ligera y elevada.

Trece de los 21 pacientes experimentaron una insólita y en varios casos considerable pérdida de pelo. Una persona no perdió cantidades insólitas de pelo durante el curso de su enfermedad. Las historias de los restantes pacientes no contienen información relativa a la pérdida de pelo. El comienzo de la caída del cabello osciló entre siete y veintidós días después de la exposición a la explosión de la bomba atómica, con un promedio de dieciocho días. Algunas personas observaron hinchazón de las raíces del pelo uno o dos días antes del comienzo de la caída del cabello. Ninguno de los 21 pacientes observó pérdida insólita de pelo de las axilas o del pubis, pero uno notó pérdida de pelo de las cejas y otro de la barba.

Nueve pacientes presentaron manifestaciones

hemorrágicas antes de su ingreso en el hospital. Los nueve notaron estos fenómenos poco antes de su ingreso, cuando habían transcurrido, por término medio, veinticinco días desde el bombardeo. En dos se produjo este fenómeno después de su ingreso en el hospital. Así, pues, un total de 11 pacientes presentaron tendencias hemorrágicas insólitas durante el curso de su enfermedad. Las hemorragias gingivales fueron la manifestación más frecuente (seis casos), después las hemorragias subcutáneas (tres casos), las hemorragias nasales y las hemorragias tonsilares en último lugar.

La fatigabilidad fué una molestia casi general, usualmente leve después de la explosión, pero aumentando de intensidad, para convertirse en verdadera debilidad, en la mayoría de los pacientes, en el momento de su ingreso en el hospital.

Dos pacientes presentaron diarrea: uno al cuarto día de la explosión y el otro al noveno día. Este trastorno fué transitorio en ambos.

Otros síntomas de que se quejaron pacientes aislados fueron laxitud, sensación de tirantez en el pecho, mareos, dificultad para tragar y sed insólita.

La fiebre y un correspondiente aumento de la frecuencia del pulso son los más comunes y destacados hallazgos en la exploración física. Diez pacientes tenían una temperatura elevada en el momento de su ingreso, y todos los restantes pacientes presentaron elevaciones de la temperatura durante su período de hospitalización. La temperatura osciló entre 37 y 40° C., observándose ocasionalmente temperaturas ligeramente superiores a 40.

En el momento del ingreso o poco después, en 12 de los casos se observaron manifestaciones hemorrágicas en forma de hemorragias gingivales, petequias, equimosis y epistaxis. Cuatro de los cinco casos mortales presentaron tendencias a la púrpura.

La depilación del cuero cabelludo era determinable en 13 víctimas. La pérdida de pelo era difusa. En algunos casos era casi completa, mientras que en otros era difícilmente determinable, aunque claramente anormal.

En cuatro pacientes era palpable un ligero engrosamiento bilateral de los ganglios linfáticos cervicales.

En dos pacientes se observaron, en el momento del ingreso, zonas de edema que afectaban a los labios, cara y párpados.

Uno de los pacientes que fallecieron presentó ictericia terminal, mientras que un segundo paciente, que curó, presentó una ligera ictericia transitoria.

En una pequeña proporción de los casos se observaron grados variables de palidez.

Por lo demás, el examen físico, incluida la exploración neurológica, resultó negativo.

Los estudios de laboratorio que se llevaron a cabo en estos pacientes revelaron profundas alte-

raciones patológicas. De modo constante resultaron anormales el recuento de leucocitos y hematíes, la fórmula leucocitaria, el valor de la hemoglobina, la velocidad de sedimentación, la cantidad de proteínas del plasma y el tiempo de hemorragia. También se observaron importantes alteraciones en la orina.

Los hallazgos más espectaculares fueron cifras de leucocitos dramáticamente bajas, con pronunciada granulocitopenia, y, en muchos casos, la consiguiente linfocitosis relativa. Todos los casos mostraban la leucopenia, y en los pocos en los que se hizo un recuento de trombocitos se encontró una cifra baja. Se hallaron porcentajes muy bajos de la serie granulocítica en dos de los cinco pacientes en los que se practicaron punciones esternas y se estudió una medula ósea. Un hallazgo frecuente, pero no constante, fué anemia microcítica hipocrómica y anemia normocítica hipocrómica.

El método de Westergren, para la determinación de la velocidad de sedimentación de los eritrocitos, mostró que esta velocidad era excesivamente rápida, tanto a la hora como a las dos horas. Dicha determinación se considera de gran importancia diagnóstica y pronóstica en esta enfermedad.

Se determinó el tiempo de hemorragia en nueve pacientes, hallándose anormalmente prolongado en todos ellos. El tiempo medio de hemorragia, determinado por el método Duke, fué de trece minutos. Sin embargo, en los mismos nueve pacientes se encontró, dentro de límites normales, el tiempo de coagulación con un promedio de poco más de tres minutos. La prueba de Van den Bergh, directa en las siete muestras de sangre de siete pacientes distintos, fué negativa, mientras que la prueba de Van den Berg indirecta fué negativa en seis de los mismos siete pacientes. El estudio de la fragilidad de los hematíes de ocho pacientes no mostró desviación de lo normal.

El análisis de orina de la mayoría de los pacientes descubrió hallazgos positivos de pequeñas cantidades de albúmina, con indicios positivos de tirosina en la orina de tres pacientes. En nueve de 11 pacientes se hallaron cantidades anormales de urobilinógeno en la orina. Los análisis de orina fueron, por lo demás, negativos.

Se hicieron determinaciones de las proteínas totales en algunos pacientes, después de haber permanecido en el hospital durante cierto tiempo, y en todos ellos se encontró un profundo descenso de las proteínas totales, especialmente de la albúmina, con la consiguiente inversión de la relación albúmina-globulina.

ASAMBLEA ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA
AMERICANA

Más de 6.000 médicos se han reunido a primeros de julio en San Francisco en la Asamblea Anual

de la Asociación Médica Americana. La mayoría de las noticias médicas comunicadas a la Asamblea habían sido ya publicadas en lo esencial. He aquí algunos de los puntos más importantes de los 250 trabajos, aproximadamente, que fueron leídos:

El doctor WILLIAM D. STROUD, famoso cardiólogo de la Universidad de Pennsylvania, afirmó que muchos médicos convierten innecesariamente en inválidos a enfermos con ligeras alteraciones cardíacas. Muchos médicos generales—advirtió—han adquirido electrocardiogramos y obtienen sistemáticamente electrocardiogramas sin saber interpretarlos correctamente. Como consecuencia, «demasiados médicos apremian a sus pacientes para que abandonen su trabajo y se conviertan en inválidos, basándose en tales hallazgos electrocardiográficos de poca importancia».

En los niños, dijo el doctor STROUD, «hay muchos murmullos, especialmente en el foco pulmonar, que carecen en absoluto de importancia desde el punto de vista de la eficacia circulatoria o de la duración de la vida... Ciertamente, las vidas de estos niños pueden ser mucho más felices si no se restringen sus actividades físicas».

Los pacientes que han sufrido una oclusión coronaria pueden volver a un trabajo ligero después de unos tres meses, y «una vez que se ha desarrollado una adecuada circulación colateral, no parece tener, en realidad, importancia qué activi-

dades llevan a cabo estos individuos, dentro de límites razonables». Añadió que no hay razón para que los pacientes con hipertensión y afecciones cardíacas no beban con moderación, aunque los que son sensibles a la nicotina deberían abandonar el tabaco.

¿Es posible equipar a los ciegos con instrumentos semejantes al radar y que transmitan imágenes visuales a su cerebro? «Por fantástico que pueda parecer, estamos avanzando a lo largo de este camino», declaró el jefe de Sanidad de la Armada norteamericana, vicealmirante ROSS T. MCINTIRE. Los investigadores del Hospital Naval de Bethesda (Maryland) están buscando la forma de alcanzar las terminaciones del nervio óptico (si están indemnes) con ondas de radio, de tal manera que se conviertan en impresiones visuales, del mismo modo que el radar puede ahora captar la imagen de un objeto con ondas ultracortas y proyectarlo mecánicamente en una pantalla. «Aun tengo esperanza—declaró el doctor MCINTIRE—de que encontraremos un camino...»

Una sola dosis de yodo radiactivo curó 35 de 46 casos de bocio exoftálmico. La Cirugía resultó innecesaria, según declaró el doctor EARLE M. CHAPMAN, de Boston. Incoloro e inodoro, el yodo radiactivo se obtuvo en el ciclotrón M. I. T., a un coste de sólo 2,50 dólares por tratamiento.

Los trabajos de la señora Lucie Randoin, de la Academia de Medicina de París ⁽¹⁾

por el

Doctor RENÉ SUDRE

Por segunda vez acaba de ingresar una mujer en la Academia de Medicina. La primera académica fué la señora Marie Curie, esposa del ilustre físico y eminente química. Como es sabido, descubrió con él el radio y el polonio, y enseñó durante muchos años los principios de la radiactividad en la Facultad de Ciencias de París. La señora Lucie Randoin, que acaba de ser elegida en la Sección de Ciencias Biológicas, no es tan conocida entre el público, pero sus títulos científicos no son menos notables. «Agregada» de la Universidad, estaba destinada a enseñar en los colegios de muchachas si no hubiese tenido la vocación de la investigación. Obtuvo su doctorado de Ciencias con un trabajo acerca del azúcar libre y combinado de la sangre. Inmediatamente se interesó por la fisiología de la nutrición. Cinco obras y más de doscientas comunicaciones constituían,

en vísperas de la guerra, el fruto de sus investigaciones.

Directora del laboratorio de la Escuela de Altos Estudios y del Centro de Investigaciones acerca de la Alimentación, la señora Randoin ha sido una de las primeras personas que han estudiado en Francia la influencia de las vitaminas y los trastornos provocados por la insuficiencia de las mismas. Acerca de ese tema publicó dos libros de carácter general, el último de los cuales remóntase a 1931. En colaboración con el señor Simonnet, estudió más especialmente la vitamina B, y demostró que no era simple, sino que estaba integrada por tres factores con diversas propiedades. Hoy en día se distinguen seis factores, más dos o tres factores diferentes que convierten a ese grupo B en el más complejo de la química vitamínica.

El problema de la alimentación, en su conjunto, es el que atrajo la atención de la señora Randoin. Estudió experimentalmente todos los aspectos del

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

mismo, y las tablas de composición de los alimentos, que publicó antes de la guerra, gozan de pleno crédito tanto en Francia como en el extranjero. Durante esos tristes años en que el mundo entero ha padecido hambre, fueron frecuentemente consultadas por médicos e higienistas. Desempeñan aún un gran papel en los cálculos de los estadistas que se preocupan por el problema de la salud de los pueblos. Al elegir a la señora Randoin, ha llamado, por lo tanto, la Academia de Ciencias a uno de los peritos más calificados para aconsejar al Gobierno en lo que a política alimenticia se refiere.

* * *

La primera de las vitaminas B es aquella cuya privación provoca el beriberi, enfermedad que ataca a quienes comen arroz descascarillado. Funk demostró que la vitamina protectora está precisamente encerrada en la cáscara del grano. Esa vitamina, que se llama «aneurina», ha sido obtenida pura y cristalizada, y se conoce la fórmula química de la misma. Pero, ¿qué misión desempeña en el cuerpo? En 1923-24, la señora Randoin y el señor Simonnet establecieron, a través de numerosos experimentos sobre palomas y ratas, que es indispensable para la asimilación del azúcar en cuanto éste llega al intestino. Si falta dicha vitamina, se detiene la degradación de ciertos ácidos formados en la oxidación de los tejidos, y son las células nerviosas las que más sufren. Resultan afectados los centros del cerebro, lo que acarrea la polineuritis de los organismos deficientes. Todo hombre adulto requiere diariamente miligramo y medio de aneurina. Felizmente, se la encuentra en la levadura de cerveza, el pan, las legumbres secas, la lechuga, los huevos, las carnes de cerdo y vaca.

En cuanto a la vitamina B₂ o «lactoflavina», había demostrado la señora Randoin que su utilización era «nutritiva», en el sentido de que era necesaria para el crecimiento en general y para la vista especialmente, por existir en la retina. Es uno de los factores del «fermento amarillo», diástasis que regula la respiración celular. Resiste mejor al calor que la B₁.

La señora Randoin ha estudiado también la vitamina C o ácido ascórbico, cuya falta acarrea el escorbuto. Ha observado que el hombre, el mono, el conejo de Indias, están obligados a obtenerla de la alimentación, mientras que la mayoría de los animales saben fabricarla a base de los azúcares del organismo. Esa vitamina no es, pues, muy distinta de una hormona, y deben considerarse esas dos categorías de principios orgánicos como relacionadas entre sí. Toda insuficiencia de uno repercute más o menos sobre el otro. Esa insuficiencia puede ser parcial, provocando, en tal caso, en el niño, trastornos del desarrollo que sólo se advier-

ten a la larga, cuando son irreparables. La disminución de resistencia frente a las infecciones proviene muy frecuentemente de uno de esos desequilibrios. La vitamina C es la más exigente de todas ellas, puesto que todo adulto requiere 75 miligramos por día. Las legumbres y la fruta fresca son las que mayor cantidad contienen.

En resumen, «es imposible—escribe la señora Randoin—contemplar la acción de una vitamina sin tener en cuenta la presencia y misión de las demás, e incluso es imposible contemplar la acción de una de ellas sin tener en cuenta las demás vitaminas, las secreciones internas y los elementos minerales de la ración».

* * *

Es, por lo tanto, la noción de equilibrio la que caracteriza la enseñanza de la eminente fisióloga. Es ésa una noción fecunda, puesto que puede ser ampliada a todos los factores de la nutrición. No basta con que un régimen sea lo suficientemente variado para que agrade al gusto, ni que la suma de sus valores en calorías alcance esa cifra de 2.500 que se reconoce como indispensable para gozar de buena salud. Es preciso, ante todo, que dicho régimen esté equilibrado. Antiguamente se creía que un alimento podía reemplazar a otro si tenía el mismo valor energético. Hoy en día se efectúan las sustituciones con mucha mayor prudencia y atención. Tampoco se cree ya que únicamente los alimentos azoados, como las carnes, los cuerpos grasos y los azúcares, deben constituir la parte principal de la alimentación. Se atribuye capital importancia a los elementos minerales, a los que entran en dosis importantes en el organismo, como el fósforo, el cloro, el azufre, el calcio, el sodio, el potasio, el magnesio y también aquellos que constituyen los infinitamente pequeños químicos, como el hierro, el iodo, el flúor, el arsénico, etcétera. Finalmente, se ha reconocido que las vitaminas que existen en los alimentos naturales y que tienden a desaparecer de la alimentación civilizada, han de ser artificialmente agregadas al régimen en proporciones cuidadosamente calculadas. Ni demasiado, ni demasiado poco. Hay «hipervitaminosis» como hay «hipovitaminosis».

La señora Randoin y sus colaboradores han resuelto el problema de la ración alimenticia normal. Ello era muy difícil, ya que las relaciones que corresponden a los diversos equilibrios son numerosas, y no todas son perfectamente conocidas. Por ello, hay aún un margen de incertidumbre en lo que se refiere a las relaciones de los alimentos no azoados y los azoados. La relación entre los ácidos y las bases orgánicas es levemente inferior a la unidad, puesto que la reacción del medio interno humano es levemente alcalina. El abuso de la carne y del pan da demasiado acidez; el abuso de las legumbres y de la leche da demasiada alca-

linidad. Como siempre, la virtud reside en un justo medio.

La relación sodio-potasio ha de ser vigilada en la gente a quien le gusta la comida demasiado salada. Pero se corrige el abuso de sodio por medio de un exceso de calcio. Por su parte, el calcio está en relación muy estrecha con el fósforo a causa de la formación de los huesos. El adulto normal necesita diariamente un gramo de calcio y un gramo un tercio de fósforo, a más de una centésima parte de miligramo de vitamina D, sin lo cual no se fija la cal en los huesos.

* * *

La señora Randoin ha declarado la guerra a los espíritus sistemáticos que determinan su alimentación, según ideas preconcebidas. Y ello no constituye la parte menos original de su obra. Por ejemplo, asegura que el régimen vegetariano no es un régimen completo. Es vano pretender que ése era el régimen de ciertos pueblos primitivos, ya que ignoramos si gozaban de mejor salud que nosotros y si vivían más tiempo. El pretense «es-

tado de naturaleza» de la Humanidad no existe más que en la «edad de oro». Una dilatada experiencia nos ha mostrado que el hombre es omnívoro, y el mejor régimen alimenticio es un régimen semianimal, semivegetal bien equilibrado. Las proteínas o principios análogos a los de la carne se encuentran también en los cereales y en las legumbres secas; pero no es posible alimentarse sólo con ellos, ya que no producen, en el curso de la digestión, los mismos «ácidos aminorados», y el equilibrio de éstos es uno de los más importantes para la salud. La carne es, pues, indispensable. Incluso cuando no ha sido demasiado tamizado, no es el pan un alimento completo; los antiguos egipcios, que se alimentaban casi exclusivamente de vegetales, sufrían seguramente ciertas enfermedades de las que estamos exentos. Al pan es preciso agregarle, ya que no carne, al menos leche y, sobre todo, queso, legumbres, frutas secas, fruta cruda y ensalada (respecto de las vitaminas). La señora Randoin está científicamente persuadida de que la alimentación moderna, en las condiciones de abundancia y de higiene que aún no hemos recuperado, es mejor, en general, que la de antes.

Academias y Sociedades científicas

CLINICA DE GINECOLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

Profesor J. Botella Llusá.

«INFLUJO DE LAS HORMONAS SEXUALES SOBRE LA HOMATOPOYESIS» (estudio experimental).

Doctores Montoya y Bedoya.—Hace tiempo se sabe que los estrógenos en dosis fisiológicas estimulan la hematopoyesis, y las dosis altas las inhiben; se basaban estos conocimientos en estudios sobre sangre periférica.

Nosotros hemos investigado el influjo de las hormonas sexuales mediante el estudio de medula ósea en animales de experimentación, a los que hemos inyectado estrógenos en dosis débiles (una gamma), dosis fuerte (1 miligramo), estrógenos naturales en dosis fuertes (1 miligramo) y andrógenos (2,5 miligramos), diariamente, durante doce días, sacrificando a los animales al décimoquinto.

Estudiemos primero el cuadro normal en rata, sin castrar y castrada, hallando que la castración produce una inhibición de la maduración de los hematíes; los estrógenos, en dosis débiles, aumentan considerablemente la eritropoyesis; dosis altas de estrógenos, tanto sintéticas como naturales, producen una gran inhibición de la eritropoyesis, y los andrógenos conducen a un cuadro semejante.

Doctor Montalvo.—El trabajo de los doctores Bedoya y Montoya nos ilustra en una faceta del tratamiento de los estrógenos, que no deben prodigarse exageradamente, porque pueden inhibir la eritropoyesis, y, sobre todo, en esas madres cloróticas y cloroanémicas que tienen amenorrea y que el médico general trata con dosis fuertes de estrógenos y que por el presente trabajo vemos va a empeorar el cuadro hemático, por lo cual debemos ponernos en guardia en estos casos y tratar fundamentalmente su anemia y dosis moderadas de estrógenos.

Señor Pereira.—Pregunta el valor actual que pueden tener las transfusiones de sangre de mujeres en días premenstruales, que cita el doctor Gironés como una verdadera respuesta desconocida de estas medulas óseas a estas transfusiones con un alto nivel de hormonas sexuales en sangre.

¿Hay desviación hacia la izquierda de la fórmula hemática en enfermas tratadas con foliculinas?

Doctor Botella.—De los datos de la Clínica se deduce que, en efecto, si bien una función ovárica moderada es necesaria para una buena hematopoyesis, en cambio grandes hiperestrombenos tienen tendencia antihematopoyética.

Doctor Bedoya.—Los datos presentados son sólo labor preliminar de un estudio clínico mucho más amplio, que en breve hemos de dar a conocer.

«SOBRE CUATRO CASOS DE EMBARAZO ABDOMINAL SECUNDARIO»

Doctor García Funcasta.—Hemos observado recientemente en la Clínica provincial, en el Servicio del doctor Botella, cuatro casos de gestación tubaria secundariamente implantados en peritoneo, con feto vivo los cuatro y con grandes semejanzas entre ellos. Esto motiva el presentarlos en esta sesión clínica. (En las cuatro historias, cuyos detalles se omiten aquí.) Sobre todo, lo que más nos llama la atención son las dificultades diagnósticas que presentaban tales casos. Los signos típicos de la gestación ectópica faltaban en estos casos, y, en cambio, había en tres de ellos una gran leucocitosis, que sólo puede explicarse por la irritación peritoneal. En dos de los casos el hemoperitoneo era enorme y el cuadro de anemia aguda muy grave. Los cuatro casos curaron después de la intervención. Se señala la importancia de la transfusión en los buenos resultados obtenidos.

Doctor Bedoya.—La interpretación del cuadro hemático, con intensa leucocitosis, nos hace pensar en la posibilidad de que se presente más en ectópicas con accidentes antiguos; es lógico que en ectópicos diagnosticados en su primer accidente, el cuadro hemático ha de ser el de una gesta-

ción junto con las modificaciones que la anemia aguda ha impuesto; en ectópicos con accidente antiguos, tanto abdominales secundarios como no abdominales, acaso el estímulo sobre peritoneo produzca este aumento de leucocitos.

Doctor Sopena.—Habla de los síntomas de atonía intestinal y anuria como síntoma común de los cuadros de abdomen agudo, que, junto con la leucocitosis, son datos de irritación del peritoneo por la masa líquida sanguínea.

También habla de la dificultad diagnóstica por tacto vaginal, y, por último, la mayor frecuencia, al parecer, de embarazo ectópico derecho, quizá por el componente de infección de anejo derecho por apendicitis larvadas.

Doctor Botella.—Estos casos, sobre todo el último, son muy interesantes. El cuarto de ellos fué de un gran dramatismo y de extrema urgencia. La leucocitosis es posible que sea un síntoma de irritación peritoneal.

Doctor Funcasta.—La importancia de estos casos estriba en que, de no llegarse a un diagnóstico muy rápido, puede peligrar la vida de la enferma; por eso en todos los casos de diagnóstico diferencial dudoso es preferible practicar la laparotomía de prueba.

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 3.—J. M. N. C.—Barcelona.—¿Existe alguna reacción o prueba específica para el diagnóstico de la ascariidiosis? Y si la contestación es afirmativa, ¿cuál es su bibliografía?

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?

Número 4.—L. C.—La Puebla de Arganzón.
Tengo en mi partido cinco enfermos de erisipela recidivante: tres varones y dos hembras; el más joven de treinta y cinco años y la mayor de sesenta y seis. Suelen padecer la erisipela de tres a seis veces durante el año y en cualquier época del mismo. Evoluciona con poca fiebre y obedece bien a la sulfamida. La enferma de más edad es hipertensa y padece dacriocistitis crónica; otro de ellos es alcohólico, y en los demás nada anormal se ha encontrado por los especialistas en sus calidades nasales que pudiera dar una orientación.

¿Cómo evitar tan enojosas recidivas?

RESPUESTAS A LAS CONSULTAS RECIBIDAS

A la consulta núm. 1.—A. J.—Segovia.

Bibliografía sobre la reacción de Weltmann:
Fasanaro.—*Note Psiquiatrie*, 68, 391. 1939.

Strobel.—*Allg. Zeitschrift Psychiatrie*, 114, 98. 1939.

Bibliografía sobre alteraciones sanguíneas en la esquizofrenia:

Finn.—*Acta Psiquiatr.*, 13, 501. 1938.

Riebeling, Stroeme y Lehnartz.—*Zeitschrift Neuropsychiatrie*, 147. 1933.

Borgarello.—*Schizophrenie*, 7, 417, 1938, y 7, 411, 1938.

A la consulta núm. 3.—J. M. N. C.—Barcelona.

No conocemos más prueba positiva de diagnóstico que la comprobación de huevos en las heces. La presencia de cristales de Charcot en las materias fecales no tiene valor diagnóstico, y lo mismo puede decirse de la reacción de Yeffimow. El diagnóstico radiológico es difícil e inseguro.—*E. A. V.*

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR

(27-julio-1946)

Extenso epiteloma espinocelular de pene, tratado con roentgenterapia de Chaoul, por el doctor Emilio Larrú.
Tratamiento de las meningitis, por el doctor Jofre de Villegas.
La inducción del parto por procedimientos médicos, por don Luis Botella Llusá.
Permutas veraniegas, por el Licenciado del Agro.
Benito Pérez Galdós y la Medicina (II), por F. J. Cortezo-Collantes.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO

(10-agosto-1946)

La mujer moderna, por Luis Morales y Jesusa Pertejo.
El escepticismo hidrológico, por el doctor José María de Damas.
Hace un Siglo Médico, por el Dottore Baloardo.
Benito Pérez Galdós y la Medicina, por F. J. Cortezo.

GACETA MEDICA ESPAÑOLA

(Madrid, julio de 1946.)

Bañuelos.—Tratamiento médico de los tumores malignos.
Múgica y Gavilanes.—Modificaciones cardiocirculatorias en los tuberculosos tratados por frénicoparálisis.
Vignes.—Edema menstrual.
Pastor.—Tratamiento quimioterápico del empiema.
Marín Amat y Marín Enciso.—Cuerpos extraños de la órbita.
Garrote.—Vibraciones, ruidos y sustancias tóxicas en Medicina aérea.
Delgado.—Fisiopatología de la coloración de la orina.
Carro.—Fístula duodenovesicular por proceso colecístico.
Cardenosa.—Cutirreacciones con agua sulfurosa en relación con la tuberculosis.
Mussons.—Shock traumático.

SER

(Madrid, número 50, 1946.)

Cosin.—Catalasas y sulfamidas.
Andrewes.—Enfermedades por virus en el hombre.

Morales.—Comienzo de la tuberculosis en el adulto.
Frade, Gutiérrez del Olmo, Muñoz Salazar y Chávarri.—Talla, peso y espirometría en deportistas.
Medavar.—Injertos cutáneos.
Davidson.—Aspectos humorales de la cicatrización de las heridas.
Bell.—Crecimiento y cicatrización de los huesos.

ACTA PEDIATRICA ESPAÑOLA

(Madrid, junio de 1946.)

Arce.—Hígado movable.
Cavengt.—Distrofia miomuscular congénita.
Garely.—Eritema nudoso en dos hermanos.
Sala, Mimo y Valentí.—Cuatro casos de corea tratados con difenilhidantoinato sódico.
Garrido Lestache y Cabrera.—Cálculos de la vejiga en la infancia.
López Ibor.—Enuresis.
Sáiz de los Terreros.—El peso en el lactante.
Caubín.—Cuerpos albuminosos y no proteínicos en los trastornos nutritivos del lactante.
Martínez Vargas.—Historia de la Pediatría en España.

ODONTOIATRIA

(Madrid, julio de 1946.)

Fernández Martín.—Estudio anatomodontológico del seno maxilar en el niño.
Guergué y Martínez Marañón.—Organización de la vida profesional del recién graduado.
Weski.—Estudios paradentales.
Geier.—Materiales empleados en protética dental.

EL MONITOR DE LA FARMACIA

(Madrid, 20 de julio de 1946.)

Núñez Alonso.—Barbitúricos. Terapéutica y toxicidad.

JORNAL DO MEDICO

(Oporto, 13 de julio de 1946.)

Furtado y Chichorro.—Tratamiento de la esclerosis en placas.
Pires de Lima.—Preparatorios médicos.
Sudre.—Los trabajos de Mme. Randoín.

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPANOLA

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 Balardo. *Del homenaje a Eusebio Oliver*: Dos notables brindis. TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES: *Homenajes y agasajos*, por el Dr. Isidro de Magerit. TERTULIA MÉDICA: *Idearium de «Ich»*. SILVA LITERARIA: *Benito Pérez Galdós y la Medicina* (III), por F. J. Cortezo-Collantes. INFORMATORIO PROFESIONAL: *Sección oficial*.

BOLETÍN DE LA SEMANA

¡VERANO, TU ERES LA PAZ!

Mintiera si negase mi contento por esta calma estial, esta galvana, donde en un BOLETÍN DE LA SEMANA caben, no siete dias, sino ciento.

Del mes de julio en el postrer aliento partióse de Madrid la caravana médica hacia la playa casquivana o a la montaña en paz y aburrimiento.

¡Ya está medio Madrid sin asistencia, mas la diosa salud nos es amiga!

¡Ya ni en la Dirección, tras los mamparos, se tropieza la inquieta concurrencia!

Esto y la cruz con que han honrado a Piga es lo que puedo aquí notificaros.

DECIO CARLAN

HACE UN SIGLO MÉDICO

por el

DOTTOR BALOARDO

Al comenzar el mes de agosto de 1846, en su número del día 2, el *Boletín de Medicina* publicaba una nota de los señores subdelegados de Medicina y Cirugía de los distritos de Madrid, y eran éstos: *Guardias de Corps*, D. Juan Sáez y Amores; *Palacio*, D. Agustín Gómez de la Mata; *Aduana*, D. Lorenzo Melero; *Villa*, D. José Fernández; *Matadero*, D. Joaquín Fernández Álvarez; *Inclusa*, D. Juan Zacarías Font; *Correos*, D. Julián Pérez Martínez; *Colegiata*, D. Antonio Gamonal; *Imprenta*, D. José Moreno Hernández; *Congreso*, D. Juan Antonio Vallés, y *Hospicio y Universidad*, D. Manuel Aguado.

Como se ve, los distritos de Madrid eran doce, por cierto que con nomenclatura bien diferente, en la mayoría, de como les hemos conocido.

Añadiase también otra nota referente a la Real Orden de que hablamos en el número anterior, por la que se creaba una nueva clase de facultativos *ministrantes*. ¡¡¡Eramos pocos y parió mi abue-

la!!! Así exclama la revista, y añade: «Nosotros estamos conformes con esta disposición; pero creemos que no debía llevarse a cabo hasta que todas las clases antiguas se hubiesen reducido a una sola; de lo contrario, es muy expuesto a que ninguna tenga qué comer y, por consiguiente, sea mayor la inmoralidad, el descrédito y la baraúnda.»

En otra nota se dice que van siendo demasiado frecuentes los envenenamientos por medio del fósforo. Antiguamente estaba prohibido el uso de las pajuelas de este combustible, a causa de la facilidad con que podían producir incendios. Después se permitió, porque las nuevas preparaciones disminuyeron mucho aquel inconveniente. Pero resulta que se descubre otro mayor. «¿Se tomarán medidas para evitarle?—dice—. Es creíble que no, porque en la época ilustrada en que vivimos nadie se cuida de la salud, de la vida y de la moralidad del pueblo. Sólo se piensa en el dinero y en los medios de aumentarlo, como único medio de llegar a la bienaventuranza de este siglo, que algunos llaman *positivo* y nosotros calificamos de *egoísta*.»

Ciertos profesores de las inmediaciones de Alhaurín el Grande, provincia de Málaga, escribían admirados de las prodigiosas curaciones que se obtenían en el establecimiento *hidropático* fundado en dicho pueblo por D. Vicente Ors, médico español que había estudiado la práctica de la hidroterapia con su fundador, Priessnitz. La revista no se sorprendía nada por tan ventajoso resultado, ya que hacía mucho tiempo opinaba sobre el método que, aplicado con oportunidad y dirigido por un médico hábil, era uno de los más poderosos recursos de la terapéutica contra muchas enfermedades crónicas rebeldes, así como un eficaz medio higiénico para mejorar las organizaciones débiles y deterioradas.

Se hallaba vacante por entonces la plaza de cirujano de Navarraviesa, dotada con el suculento haber de 3.800 reales, mitad en grano y mitad en metálico; eso sí, libre de contribuciones, excepto la de *subsidio*. Y aún se prefería a los solicitantes que reunieran las dos facultades.

Vacaba también la plaza de médico cirujano de Majadahonda, a tres leguas de Madrid, pagada por *jornal diario* de 18 reales, teniendo un encargado para afeitar y operaciones menores.

Los del pueblo de Estrella (Toledo) anunciaban la vacante de cirujano, dotada con 5.500 reales, debiendo los solicitantes acreditar cinco años de Colegio de Cirugía. Estrella era partido libre de la barba.

No obstante las características de la vida profesional que por estas notas se deducen, la vida científica médica guardaba una altura digna y se reflejaba en la Prensa.

En este mismo número que hoy comentamos, 2 de agosto de 1846, se publica un magnífico trabajo acerca de la erisipela en Medicina clínica, y sirven de ladillo las siguientes palabras: La dilucidación exacta y acertada de los hechos constituye en cualquiera de las ciencias, especialmente médicas, una prueba de un grado de certeza.

Figura además en este número un artículo de don Alejo Miláns, divulgatorio sobre Frenología, muy bien escrito.

El trabajo sobre la erisipela está redactado por don Mariano González de Samano, médico de Alfaro, y lleva fecha de 30 de junio del año en curso (1846).

Se plantea este trabajo para completar el autor otro estudio sobre la materia, que vió la luz en el periódico *La Facultad*, en su número 35.

Este periódico *La Facultad* fué fundado en 1845, como revista de ciencias médicas, para la mejora intelectual, moral y material de la clase facultativa. Mas era más cierto que se debía a la esperanza de hacerse un lugar distinguido en la atención pública y crearse una posición literaria duradera el doctor don Pedro Mata, quien ya por entonces iba erigiéndose en jefe de secta científica, en apóstol del positivismo o, mejor, del materialismo. Así lo dice y proclama don Francisco Méndez Alvaro.

La Facultad se publicó hasta 1847 (dos años algo escasos). Sin duda, no fué su vida muy boyante, a pesar de haberse prometido al comienzo de la publicación conceder seis premios anuales a los suscriptores cuando el periódico llegara a contar dos mil suscripciones. Que no llegó a reunir.

¡¡Qué cosas hacía don Pedro Mata!!

Pero es el caso, como íbamos diciendo, que el estudio sobre erisipela, obra de don Mariano González de Samano, se dió a la estampa para completar el publicado en *La Facultad* por el médico de la ciudad de Viana, señor Espiga.

Se empieza por reconocer que el artículo del señor Espiga es claro y conciso, con luminosas ideas, pero se estima necesario la aclaración de algunas proposiciones referentes a la erisipela, y ellas son como sigue: 1.^a ¿La erisipela puede desenvolverse epidémicamente?, y, en este caso, ¿cuál es su causa determinante? 2.^a Al desarrollo de la erisipela, ¿procede constantemente, como ha pretendido la escuela de Val-de-Grace, una irritación más o menos marcada del tubo digestivo? 3.^a Las enfermedades de los órganos internos, producto de una metástasis erisipelatosa, ¿son mortales por necesidad? 4.^a Cuando la erisipela termina favorablemente, ¿es siempre de una misma manera? 5.^a y última. La terapéutica más razonada y admitida en la actualidad (1846), ¿es diferente de la que propinaron nuestros antepasados, médicos del siglo XVI?

La verdad es que, leyendo las proposiciones que interesa aclarar al autor de nuestro trabajo, nos preguntamos qué es lo que diría el señor Espiga en el suyo y cómo se pudo estimar por claro y luminoso. Aunque ya comprendemos que estas apreciaciones son galanuras de don Mariano González hacia su compañero Espiga.

Veamos compendiosamente cómo estimaba nuestro autor cada uno de estos puntos:

Don Mariano González de Samano, al contestar las proposiciones que anteceden, tiene verdaderos aciertos de exposición, en que se refleja su cultura médica, claro que dentro de los límites de los conocimientos de aquel tiempo.

El carácter epidémico de ciertas erisipelas está muy bien expuesto y definido, y se afirma que ningún médico podría negar el carácter de epidemia a la erisipela descrita por el señor Espiga. Aun cuando sea más frecuente la erisipela de carácter esporádico, no por eso, en circunstancias dadas y determinadas, puede dejar de aparecer epidémica la erisipela. En Medicina, añade, la ley general de las deducciones precisas no tiene igual aplicación que en las demás ciencias, y mucho menos aún en las artes. Por esto, las mismas premisas médicas no dan siempre ni a menudo iguales consecuencias, y esta verdad de hecho explica por qué o cómo una misma enfermedad cede a beneficio de indicados diametralmente opuestos en sus resultados cuando se aplican con el fin de combatirla.

Cuando se presenta epidémicamente la erisipela, ¿cuál es su causa determinante específica?

Aquí, como es lógico, el doctor González de Samano se debate contra las dudas que en aquel tiempo reinaban respecto a la etiología de las infecciones. No se muestra conforme con las influencias de los aires infectos ni con los agentes heterogéneos, las miasmas, que dieran explicación de los fenómenos morbosos. ¿En qué pruebas de hecho descansan? ¿Quién los ha visto? ¿Qué químico los ha demostrado? ¿Qué forma tienen? ¿Qué naturaleza? ¡Confesémonos ingenuamente que estamos en mantillas! Y acaba por hacerse la siguiente pregunta: si las enfermedades epidémicas, y, por lo tanto, la erisipela, cuando tenga este carácter, podrán desenvolverse por la acción de un aire modificado, aunque muy poco en sus factores y de una variada e irregular temperatura. Registra las irregularidades y variaciones atmosféricas muy marcadas coincidentes con las epidemias, y, en especial, con la epidemia de Viana, al desarrollarse en el otoño de 1845 la erisipela (1).

Argumenta muy bien acerca de la sintomatología que precede a la explosión de la placa erisipelatosa, en particular los fenómenos gástricos, sin reconocer que éstos puedan estimarse patognomónicos de la erisipela, toda vez que, no sólo ésta, sino muchas enfermedades, son simpáticas de la inflamación del estómago, a las que precede. No es el estómago el órgano sobre que se aplican los medios más adecuados a combatir la erisipela, ni puede aceptarse que la erisipela sea consecutiva a una gastritis.

(1) Federico Fehleisen nació en 1854 y era un *hombrecito* cuando dió su nombre al estreptococo de la erisipela.

¿Son mortales por necesidad las enfermedades de órganos internos, producto de una metástasis erisipelatosa?

Los médicos de la antigüedad así parecían creerlo; pero es indudable que hasta el mismo Hipócrates parece desdecirse de esta doctrina. Con arreglo a los conocimientos de la época, no se puede estimar mortal por necesidad una metástasis erisipelatosa, aunque las inflamaciones de los órganos internos, debidas a la erisipela, sean siempre de peor carácter y más rebeldes que las debidas a causas ocasionales menos intensas.

La erisipela, o mata o pela; rara vez mata; regularmente, pela.

En efecto; en un curso regular descama la epidermis, sin que esto sea su terminación, sino la desaparición de los fenómenos locales, por lo que no puede estimarse como forma única de la terminación favorable. Es, sí, la reposición de la epidermis, la curación completa, aunque acompañe a fenómenos de crisis distintos, y no suele faltar.

La terapéutica de la erisipela, termina reconociendo el autor, ha variado nada o bien poco desde el principio del siglo xvi.

DEL HOMENAJE A EUSEBIO OLIVER

DOS NOTABLES BRINDIS

En nuestro número anterior dimos cuenta del homenaje rendido el martes 23 al ilustre profesor Oliver con ocasión de su ingreso en el Hospital General de Madrid.

Hoy, y agradeciendo la distinción que se nos hace, podemos reproducir para nuestros lectores los notables discursos pronunciados en el referido acto por don Gregorio Marañón y por el doctor Oliver.

DISCURSO DEL PROFESOR GREGORIO MARAÑÓN

De nuestro amigo Eusebio Oliver, cuya entrada en la gran escuela del Hospital General celebramos ahora, hay muchas cosas que decir. Pero yo voy a hablar sólo de tres.

Y voy a hablar sólo de tres y no de todas, porque las biografías no deben hacerse mientras el biógrafo está en plena ascensión de la vida, y, además, porque los tiempos nuevos, si son de verdad nuevos, deben traer consigo el cambio radical de muchas cosas, incluso de las que parecen intrascendentes, y una de ellas es la latitud y el tono de los discursos prandiales. Mejor que hablar mal del pasado, lo cual es casi siempre injusto, es respetar el pasado, que es casi siempre respetable; y después, como al pasar, proceder de otra manera en todo lo que el pasado debe mejorar. Nada da idea de la vejez como un joven que brinda durante media hora. Yo aspiro ahora a parecer joven, con la inocente treta de hablar tan sólo durante diez minutos.

Las tres cosas que sugiere la vida de Oliver, en este trance de su ciclo, son: la vocación, la generosidad y la humildad.

La vocación. Cuando preguntamos cuál es el secreto del éxito profesional de alguien, la respuesta cierta es ésta: no triunfa el sabio ni el hábil, ni el audaz, sino el que con sabiduría o con habilidad, con audacia o sin ella, tiene vocación. Vocación quiere decir, pura y simplemente, entusiasmo. Tiene vocación el que cree en su profesión, en su ciencia, y el que guarda incólume esa fe a prueba de embates de la vida. Esto último es necesario, y por eso el problema de la vocación no puede resolverse, *a priori*, más que a medias, a

pesar de los Institutos de Psicotecnia. La vocación, en su sentido literal de afición, de tendencia, es sólo la mitad de la vocación. La vocación entera, la verdadera, no se conoce hasta que se ha triunfado de la lucha de la vida, que, muchas veces, es antivocación.

De esta vocación auténtica, con anverso y reverso o, si queréis, de ida y vuelta, es Oliver un ejemplo admirable. La Medicina es su vida. Todo problema médico le apasiona. Habla con arrobo de los síntomas, y cuando lee una revista profesional se transfigura como si leyera versos.

Esto explica su prestigio. Pero quiero añadir que en esta entrega a lo profesional y a lo científico ha sabido dejar un hinterland, intacto, para soñar una hora cada día. Son esas horas en que Oliver no habla de Medicina, sino que escucha a sus amigos los artistas, los escritores, los poetas, que cordialmente reúne a su alrededor. Entonces escucha, y sólo de vez en cuando agrega a lo que dicen los otros una observación, que hace siempre discreta el gesto de su propio pañuelo sobre la boca. En esta hora diaria de oír y de soñar, Oliver, apasionado de la Medicina, se limpia, como en una ducha eliseica, de esa fea erupción que se llama el pliegue profesional.

Nuestro amigo, todos lo sabéis, conoce a fondo la Medicina. Y cosa más admirable aún: la conoce sin necesidad de haber ido a los Estados Unidos. Pero yo no quería hablar de su ciencia, sino sólo de su vocación.

Y ahora, la generosidad. Hubo unos días en la existencia de los que hoy vivimos, y de muchos que murieron, en los que la convulsión social justificaba una de esas cosas terribles que las convulsiones justifican: la pérdida de la generosidad. El amigo se olvidaba del amigo, el hermano del hermano. Puesto que el huracán había barrido a tantos hombres, a tantas cosas creadas por los hombres, muchos creían normal ir recogiendo los despojos que quedaban por el suelo, sin pensar que el huracán no mira lo que hace, y que esos despojos tal vez eran de alguien que no merecía haber sido barrido y que algún día había de volver.

Eso era natural. Y es terrible precisamente porque es natural. Pero por eso mismo hay que de-

cir con emoción, con gratitud, que hubo algunos hombres aquí y allá que no quisieron hacer lo que casi todos hacían.

Esos hombres poseían la más alta, la más entrañable virtud de nuestra especie, la que distingue al hombre no sólo del animal, sino al hombre de excepción del hombre de la masa: la generosidad.

Oliver fué, en esta hora de prueba, generoso. No hay que decir más, nada más. Como no sea esto otro: que al alabar desde lo más recóndito de nuestro corazón a los que fueron generosos en las horas difíciles, debemos, para seguir siendo generosos, olvidar a los que no lo fueron. Por-

nada que añadir a su ya logrado éxito científico y social. Suponía, en cambio, el tener que sentarse frente a unos jueces, en este caso muy dignos, pero que habían de disecar en público no sólo su ciencia, sino sus posibles errores de momento. Otros opositores, que tal vez supieran menos que él, pero que podrían tener mejor fortuna quizá, iban a desbaratar en unos minutos de habilidad audaz y de buena suerte, su obra concienzuda de muchos años. A una oposición se va siempre a ganar o a perder; pero a medida que la reputación del opositor es más alta, el peligro de la pérdida es tanto mayor. Porque los que todavía no han logrado un prestigio van a ella, precisamente, a ver si lo ad-



Don Gregorio Marañón leyendo las bellísimas cuartillas que reproducimos. En la fotografía se ve a los Profesores Hernando y Oliver, en la presidencia, y al Dr. Vega, de la comisión organizadora del homenaje.

que olvidar es la forma suprema, quizá la única, de perdonar.

Y, en fin, hablemos de la humildad. ¿Por qué de la humildad en esta noche de fausto y de triunfo?

Todos admiramos la humildad; pero, allá en el fondo de la conciencia, le damos la categoría de virtud de segunda clase, un poco de virtud para uso de los pobres de espíritu.

Y lo cierto es que la humildad, cuando no es un modo hábil de disimular la pequeñez, cuando florece en el varón seguro de sí mismo, es una de las más aristocráticas y de las más eficaces virtudes. El ser humilde supone, no la conciencia de la propia pequeñez, sino aquella otra conciencia de que, pudiendo ir con la cabeza alta, nos decidimos a bajarla, sin obligación estricta de hacerlo, porque así conviene a la utilidad de los otros y a nuestra propia idea del deber. Esta es la verdadera humildad.

Y ese es el sentimiento que ha impulsado a Oliver a hacer las oposiciones del Hospital General. Ahora, al ganarlas, no representaba para él

quieren devorando como caníbales el prestigio del que lo tiene ya.

Por eso, cuando un hombre como Oliver, que nada tiene que ganar con añadir un título a los que ya ha adquirido, se arriesga a pasar por esta prueba, a aceptar un deber inventado, a intentar románticamente ser, con medios mejores, más útil a los demás, todo ello ha de estimarse como prueba de eficaz humildad, ante la que yo, que acaso no fuera capaz de intentarla, me inclino con admiración.

Muchos de vosotros, que conocéis mi antipatía hacia las oposiciones, más aún que mi antipatía, mi indignación por el hecho de que existan, de que se consientan en la vida universitaria, no os extrañaréis de que aproveche para denostarlas esta ocasión ejemplar.

A mí me ha apenado que un hombre como Oliver no haya sido llamado a ocupar el lugar de magisterio y de beneficencia en que hoy le vemos. Que haya tenido que pasar por las Horcas Caudinas de los ejercicios, que ponen a prueba la humildad del que tiene algo que perder, y gracias a

Dios que por la ausencia de adversarios se ha evitado, por esta vez, el atroz espectáculo de las trinacas, en las que se pretende demostrar la capacidad científica por el mismo procedimiento del *bull-dog*, es decir, enseñando los dientes al contrincente.

Yo tengo la convicción firmísima de que las oposiciones son la causa fundamental del atraso de la ciencia española. Y lo repito aquí no sólo porque la ocasión invita a ello, sino porque ahora mismo está el mundo lleno de sabios peninsulares, que honran el nombre de la patria, en toda Europa y en toda América. Y salvo alguna excepción, ni uno solo de ellos había triunfado en las oposiciones españolas; y no hay que decir que para llenarse de gloria en el extranjero, de gloria que es ya nuestra, no han tenido que sentarse delante de ningún tribunal.

Por eso creo que el más hondo sentido del homenaje a Oliver es el absolverle de haber tenido que ganar su plaza por oposición. Cuantos aquí estamos somos también un tribunal competente, y se la hubiéramos concedido por su historia pasada con mucha más razón que por la buena gracia de unos ejercicios, donde el factor que menos pesa es precisamente la sabiduría.

Y ahora caigo en la cuenta de que, acaso, han transcurrido los diez minutos en que había cifrado mi pretensión de brevedad. Un poco más, un poco menos, es lo mismo.

Lo que importa es dejar consignado el cariño con que todos ofrecemos esta cena a un hombre que ha merecido ese afecto, que merece nuestra devoción, por su vocación, por su generosidad, por su sencillo gesto de aceptar los enojos de una prueba inútil para alcanzar lo que ya había conquistado; lo que, fuera de las oposiciones, nadie le hubiera podido discutir.

DISCURSO DEL PROFESOR OLIVER PASCUAL

Antes de nada, mi agradecimiento efusivo a todos vosotros.

Pero, inmediatamente después, necesito aclarar que este homenaje que brindáis a la persona (al Eusebio Oliver que me hacéis el honor de creer que soy) os lo agradezco tanto más cuanto que, sin falsa modestia, debo deciros ahora que no he llegado a creerme nunca lo que ingenioso escritor francés dijo de Víctor Hugo: «Víctor Hugo era un loco que se creía que era Víctor Hugo.»

Hacedme el honor de creer que yo sé hasta dónde llegan mis pobres fuerzas. Pero si me equi-

vocara en tal interpretación, y en este homenaje sólo habéis puesto un afecto amistoso, independientemente de toda valoración, entonces forzáis todavía más mi gratitud y todavía me agrada más que nos hayamos reunido a celebrar mi ingreso en el Hospital General.

En cualquier caso me obligáis con vuestra amistad hasta un punto que, bien lo sé, sólo a fuerza de afecto podré pagaros.

Podéis creerme que en el fondo del alma así lo veo, porque cuando analizo fríamente las contribuciones médicas que venimos haciendo desde hace ya más de veinticinco años (lo más fríamente que puede analizarse la obra propia), sólo encuentro una posible motivación de vuestro homenaje: la ilusión, el entusiasmo que hemos puesto un grupo de amigos en hacer una labor médica que llegue a ser digna continuación de la de mis maestros, aquí presentes.

A la verdad, este *difícil arte que es la Medicina* tiene, sin duda alguna, una faceta de verdadera ciencia que ha sugestionado a nuestra época (la parte de la biología del ser humano, que está sujeta a las leyes de la Química y de la Física). Bien comprendemos que se ha sobrevalorado la importancia de esta faceta de la Medicina como ciencia.

Hasta tal punto lo creo así, que antes de ahora he dicho que los médicos éramos los *nuevos ricos* de las ciencias biológicas.

Por esto creo que los médicos de hoy tenemos que reaccionar frente a esa tendencia excesiva de la llamada ciencia médica, pues aparte de que, como dice la Sagrada Escritura: *Scientia sola infla*, semejante tendencia ha hecho caer a muchos médicos en una Medicina fría, de pura técnica (particularmente en Norteamérica), de la que es necesario huir, y este *es nuestro drama*, puesto que tampoco podemos desdeñar ningún progreso de la técnica en beneficio de nuestros pacientes.

Es necesario huir de aquella tendencia para humanizar nuestra tarea; humanizarla en el sentido «paulino» de la palabra, pues sólo de esta manera y a pesar de nuestras imperfecciones y nuestros defectos, llegaremos a tener una justificación ante nosotros mismos que nos haga tolerable la práctica de este difícil arte, ante la magnitud del cual todo nuestro esfuerzo es siempre pobre.

Tened la seguridad de que con vuestro afecto y vuestro impulso amistoso nos comprometéis más todavía y nos obligáis desde ahora a mayor esfuerzo para llegar a un mayor rendimiento en nuestras nuevas tareas en el Hospital Provincial.



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES

HOMENAJES Y AGASAJOS

por el

Doctor ISIDRO DE MAGERIT

Han vuelto a estar de moda los homenajes médicos a base del consabido banquete de mala comida y precio caro, en el que el verdadero festejado resulta ser el dueño del restaurante, que sin haber contraído mérito alguno se embolsa limpiamente unos miles de pesetas, mientras que el ilustre agasajado (se me atraganta el barbarismo de «homenajeado») apenas guarda otro recuerdo del acto que una tarjeta más o menos vistosa, con la minuta; las cartas y telegramas de adhesión de aquellos avisados compañeros que soslayaron el «retratarse en la taquilla» con el billete de Banco, sustituido con unas más o menos amables palabras, y acaso con una colitis debida a los langostinos o lenguado en no demasiadas buenas condiciones de ingestión.

Suele quedar también como recuerdo, si el compañero objeto del homenaje es médico de la Asociación de la Prensa o amigo de algún director de diarios, la alabanza ditirámica y acaso hasta la vera efigie del interesado en mediano grabado directo y, en el caso más afortunado, hasta la «foto» con un grupo de comensales.

Pero no me negará el amable lector que todo ello es bien poca cosa para el ilustre médico que se hizo acreedor a esta distinción por parte de sus compañeros y amigos, ya que clientes suelen ser muy pocos tan suficientemente agradecidos como para sumarse al acto con su correspondiente contribución crematística, que habrían de sumar a la de la cuenta de honorarios.

El ágape, la comilona, el banquete, por selecto que sea el local en que se celebre, no pasa de ser una manifestación grosera y material, sin ningún matiz espiritual, como no sea el de la hora de los brindis, y aun en este instante, lo habitual es que apenas se traspasen los límites de la vulgaridad manida, sobada y ramplona de unas alabanzas menos sentidas que expresadas, con la obligada coletilla del agasajado, «que por la emoción que le embarga» apenas puede pronunciar palabra a derechas para expresar su agradecimiento.

Sin embargo, los médicos somos muy cultivadores de esta forma de agasajo, y confieso con sentimiento que yo también me he dejado arrastrar en varias ocasiones por esta pequeña vanidad de presidir, en calidad de festejado, una de estas comilonas.

No sé tampoco exactamente si la frecuencia actual de los banquetes de homenaje se debe al espíritu de rebeldía, tan propio de los médicos, contra la escasez del abastecimiento, dando por descontado de antemano (aunque a veces no ocurra así) que por lo menos ese día vamos a proporcionar a nuestros jugos digestivos albúminas, grasas e hidratos de carbono en cantidad suficiente

para que realicen su labor de química biológica elemental.

Pero el banquete, por añadidura, es un homenaje personal, local, limitado. A él sólo asisten los compañeros y amigos que residen en la misma ciudad en que se celebra el acto, y habría muchos de provincias, leales y entusiastas admiradores del agasajado, que no pueden desplazarse para asistir al acto y que resuelven esta dificultad con una efusiva carta o con un lacónico telegrama.

Y meditando sobre estas cosas he creído que había llegado el momento de variar de rumbo en este matiz de la vida cotidiana que son los homenajes a la personalidad que se ha destacado por ganar brillantemente unas oposiciones o por haber obtenido un nombramiento por el método del «digital-enchufe» o por haber publicado un libro más o menos original. Estos banquetes podrían quedar relegados a festejar pequeños triunfos, mínimos éxitos que no merezcan otra cosa.

Un homenaje, en el verdadero sentido de la palabra, de pleitesía, de respeto, de admiración, de reverencia, de afecto, sólo debe ser ofrecido en circunstancias excepcionales y como premio no a un hecho, sino a una historia. No somos partidarios de homenajes a los nonagenarios, entre otras razones porque a esa edad las emociones son peligrosas y porque, aun cuando así no fuese, le queda poco tiempo de vida al agasajado para recrearse en la propia satisfacción por el mérito reconocido.

Los grandes homenajes por la obra, los que adquieren la magnitud de nacionales, no deben ofrecerse más allá de los sesenta años. Lo que un hombre no ha hecho a los sesenta años no es de esperar que lo haga en lo que le reste de vida. Y este mismo criterio ostentaban los alemanes cuando podían pensar en agasajar a sus figuras cumbres.

No soy amigo de los ejemplos, pero en este caso conviene poner uno. El caso de Gregorio Marañón. Tengo por seguro que si a Marañón hubieran ido a ofrecerle un banquete para festejar, por ejemplo, el haber vuelto a encargarse de su cátedra de Endocrinología, lo habría rechazado de un modo rotundo. No tengo un conocimiento exacto de Marañón íntimo. Le admiro a través de sus obras, y ya es bastante. «Por sus obras le conoceréis», y mi conocimiento de Gregorio Marañón es a través de eso, nada más y nada menos; sus obras, que he leído con fruición, que he comentado en la Prensa y que creo conocer a fondo. Por esto pongo el ejemplo de Marañón para mi tesis sobre los homenajes y agasajos. Marañón cumple el año próximo sus sesenta años. Y la intelectualidad española, los

médicos, los biólogos, los literatos, los artistas, los hombres de ciencia en general, pueden ensayar en este español benemérito la nueva modalidad de homenajes que propugno. Nada de organizar uno de esos actos en que se atiende a las exigencias materiales del estómago, aun cuando ahora resulta que este órgano no sirve para nada. Para Marañón hay que organizar algo diferente, grandioso, *kolosal*, a estilo alemán. Un acto de espiritualidad y de reconocimiento de sus excepcionales méritos. En un gran salón, en el de la Academia Española de la Lengua o en otro más representativo todavía si lo hubiera. Y no digo en el de la Real Academia de Medicina, porque éste es tan pequeño, que me ha hecho pensar si sería ésta la razón que tiene su ilustre Junta directiva para no haberle readmitido todavía en su poltrona de miembro de número.

Y en ese salón de excepcionales magnitudes,

proporcionada a la talla mental del agasajado, no un hombre, sino una Comisión de sabios, le hiciese entrega de un título honorífico, por encima de todos los creados hasta ahora, y que podría ser, sencillamente, el de «hombre bueno de España».

Y nadie mejor para llevar a cabo este homenaje que sus propios compañeros de promoción, los que terminaron sus estudios en San Carlos en 1909.

Los alemanes otorgaban a sus agasajados un título de consejero de esta o de otra Universidad o del propio Estado. En nuestro caso, nos parece mejor el que hemos propuesto. ¿No le parece a usted bien, amable lector? ¡Es tan raro eso de ser hombre bueno y que se lo reconozcan! ¡Porque a lo peor hay por ahí cada granuja con fama de santito!

TERTULIA MÉDICA

IDEARIUM DE "ICH"

El destierro, voluntario o no, es una desgracia o una suerte, según el *equipaje* con que se emprende la marcha. Anaxágoras escribía sobre la cuadratura del círculo estando preso y desterrado; Sócrates se preparaba al gran viaje filosofando mientras bebía la cicuta; pero no es lo mismo el describir la misa de la Magdalena o descubrir los bulevares de París. (Se refiere al destierro de Sánchez Guerra y a los artículos que mandaba al diario A B C.)

El pábilo que ahuma, dice Wágner, no se apaga sino cuando no puede hacer otra cosa. ¡Qué hermosa frase! ¡Qué fondo de verdad! Lo difícil es que haya quien la entienda y no piense que este pábilo maloliente, que envenena el aire y asfixia los pulmones, tiene muchas formas. Por ejemplo, la de la envidia y el egoísmo, que luchan por vivir intoxicando el aire que los demás han de respirar, y sin hacer posible que nadie ni nada les convierta en luz para alumbrar el mundo físico ni en oxígeno para las combinaciones vitales.

Es singular la coincidencia, en que insiste Le Bon, entre la psicología de la mujer y la de las multitudes; la excitación, la exageración, la improvisación de los juicios, la versatilidad, son propias de la mujer en singular y del hombre en plural. Es decir, que muchos hombres son inferiores a un solo hombre y muchas mujeres superiores a una mujer.

Dice Juan de Zabaleta que los remos, o sea los gobernantes, son rectos y trabajan rectamente para servir al que va en la barca, mientras que éste, al mirarlos trabajando dentro del agua, los ve quebrados.

Para merecer estimación de los gobernados, decimos nosotros, hay que salir del agua, o sea de

la función del gobierno; o morirse, o no gobernar. No hay otro merecimiento para la alabanza.

El laboratorio es el miriñaque de la ciencia.

Para la semilla de lo cursi, la clase médica es mantillo.

¡Ay de la fuente solitaria que, habiendo manado largo tiempo, se extingue sin haber saciado ninguna sed! ¡Ay del arroyo que siempre ha corrido sobre arena estéril, que le ha absorbido antes de vivificar flor alguna, antes de mover rueda de molino y de llegar al río del amor.

¡Qué bellos, pero qué infecundos son los copos aislados del celaje cuando los dora el sol al nacer y los tiñe de púrpura en el ocaso! ¡Qué llena de promesas, qué fecunda es la nube compacta y gris que entolda todo el cielo hasta los bordes del horizonte!

La *Imitación* de Kempis, o de quien quiera que sea, es un libro escrito en el siglo XIII para los hombres del siglo XL.

En la ofensa debe siempre juzgarse que intervienen dos elementos: la intención del ofensor y la receptividad del presunto ofendido. No puede haber mayor castigo para el primero que la indiferencia impasible del segundo; sobre todo si la indiferencia es efectiva, no despreciativa y estudiada.

La estocada contra el pedernal es lo que mejor mella la espada hasta hacerla saltar en pedazos.

Más ha hecho en servicio de la verdad (siquiera sea de la verdad del propio convencimiento en lo físico) el que inventó la amalgama del mercurio con el estaño para fabricar espejos, que los plateros y los joyeros romanos, que bruñían placas de oro y plata y las cercaban de repujados y filigranas para el servicio de las patricias romanas y egipcias.

* * *

La amargura del desengaño amoroso es en la obra de los grandes talentos como una hebra de seda negra tejida en el áureo y policromo entrelazamiento de su labor artística. A veces la valoriza, haciendo contrastar los colores y resaltar otras bellezas; pero siempre recuerda al buen observador que la herida perdura y escuece.

* * *

Una vez aceptado el procedimiento de la blandura, sigue en él o arrostra el cataclismo final, pues los términos medios en política, como en amor, acaban en dictadura o en anarquía.

* * *

Rehuid las confidencias demasiado íntimas de las mujeres, pues en cuanto sois para ellas los depositarios de sus faltas o de sus ridiculeces, ya os consideran como sus enemigos.

* * *

No tengas a la mujer de tu cliente por *peana del santo*, pues más tarde o más temprano acabará por ser su corona y su voluntad.

* * *

Si las mujeres distinguieran lo que les concedemos por cortesía y por amor de lo que les concedemos por hastío y por no oírlas, no nos agradecerían muchas bondades.

* * *

No obedezcas ni cedas con la idea de que serás amado, pues antes conquistas por este camino el menosprecio que la estimación.

* * *

Nadie debe quejarse de lo que le ocurra cuando después de haber menospreciado ciertas corporaciones se acaba, por unos y otros motivos, ingresando en ellas. Siempre que entres y permanezcas en una cuadra ten presente la posibilidad de recibir una coz. Tal me sucedió con... Por eso no la guardo rencor ninguno; me fuí de ella sin despreciarla, pero también sin apreciarla. En todo caso, el enojo hubiera sido conmigo por haber variado de modo de pensar respecto a ella, llevado quizá por el pueril deseo de la eminencia o por la ridícula creencia de que mi labor desinteresada y activa acabaría por influir en los discípulos de Epicuro, de mí tan bien conocidos.

○○

SILVA LITERARIA

BENITO PÉREZ GALDÓS Y LA MEDICINA

por

F. JAVIER CORTEZO COLLANTES

III (1)

JAIME FERRÁN es un hombre de treinta y siete años (2), de mediana estatura y temperamento vigoroso.

En el laboratorio viste luenga blusa de dril.

Su trato es afabilísimo y habla muy poco. Como todo gran pensador, carece de palabra fácil para expresarse; pero entre sus discípulos los hay muy aptos para la propaganda.

Está rodeado de activos apóstoles que en poco tiempo han derramado su doctrina por toda España.

Su rostro es pálido, su barba muy negra y no exenta de canas, a pesar de no haber llegado a los cuarenta.

Revela en la expresión de su fisonomía una inteligencia grande, una atención sostenida y profunda y el hábito de la observación.

Si no estoy equivocado, FERRÁN estudió la Medicina en Barcelona. Antes de darse a conocer por sus estudios sobre la profilaxis del cólera, desempeñaba las modestas funciones de médico

de partido en Tortosa, población situada a orillas del Ebro, en la provincia de Tarragona.

Cuando estalló el cólera en Marsella y Tolón, FERRÁN corrió allá sin auxilios del Estado, trabajó concienzudamente en unión de otros sabios extranjeros. De vuelta a España, continuó con admirable paciencia sus estudios, y no tardó en establecerse en Valencia, desde que la primavera inició los casos de cólera. Descubrió las transformaciones del *bacillus virgula* de KOCH y sus reproducciones hasta lo infinito. Modificado por el cultivo, el *Peronóspera ferrani* (que tal nombre tiene ya en el mundo científico) es el ser destinado a preservarnos del cólera que mata, por medio del cólera benigno.

Tiene el sabio de Tortosa convicciones arraigadísimas; no afirma nada de que no esté muy seguro; no se deja arrebatar de la imaginación. El sobrio laconismo de sus frases lleva al ánimo la tranquilidad precursora del convencimiento. En Valencia adquirió tal popularidad, que las gentes del pueblo se disputaban violentamente el turno para ser inoculadas. Se creía que la epidemia estaba para siempre vencida. Los hechos han suministrado después datos importantísimos favora-

(1) Véase el número anterior.

(2) Tenía treinta y tres, pues nació en febrero de 1852.

bles a FERRÁN, y de entre el inmenso número de inoculados sólo se citan dos en los cuales la inoculación no resultó eficaz. Murieron; pero se asegura que es cosa probada que ya estaban atacados del verdadero cólera antes de sufrir la inyección del atenuado.

Imposible afirmar nada terminante hasta que no pase algún tiempo.

Si el cólera se propaga, como parece, desgraciadamente, cierto, hemos de salir de esta epidemia con la convicción de que se ha encontrado su remedio o con un desengaño más. La prueba va a ser ahora terminante.

Pero, como cada día son menos los que dudan y aumenta considerablemente el número de los creyentes en esta buena nueva, debemos esperar que triunfe, al cabo, la perseverante inteligencia del experimentador que ha consagrado a tan grave problema toda su vida y su actividad.

Pero, preciso es confesarlo, hay personas que aun demostrada la eficacia de la vacuna del cólera, repugnan emplearla. El remedio—dicen—es, si no peor, casi tan malo como la enfermedad. Si este sistema profiláctico se extiende a todos los males de carácter infeccioso, y se descubre el báculo del tifus, de la fiebre amarilla, del ántrax, etcétera, vamos a llevar en nuestro cuerpo un archivo patológico.

Es imposible que la naturaleza humana soporte sin daño evidente la ingerencia de estos distintos parásitos; es imposible que seamos un campo donde pasten esos voraces rebaños, sin que nues-



FERRAN ANTE LOS SABIOS

tro organismo sufra la influencia devastadora de tales seres. A esto se añade que la misma variolización, tan bien reputada hasta ahora, y autorizada por su experiencia, empieza a tener enemigos en eminencias científicas de Inglaterra y Alemania.

La ingerencia de enfermedades atenuadas—dicen éstos—no puede ser nunca provechosa. Si en multitud de casos puede ser útil en la vida individual, es a todas luces pernicioso en la vida ge-

neral. Va destruyendo el vigor de la raza y predisponiéndola, al fin y a la postre, para ser más accesible a todas las perturbaciones patológicas y a la muerte. Si a la viruela profiláctica añadimos el cólera profiláctico y tras éste la rabia, el carbunclo y las fiebres palúdicas nos preservaremos, quizá, por el momento, pero destruiremos nuestro organismo y abreviaremos, sin género de duda, la vida media.

Ninguna enfermedad, aunque sea curada, pasa por el organismo sin dejar en él rastros profun-



OVACION COLOSAL

dos. Si artificialmente nos propinamos todas las enfermedades, repitiendo la ingestión cada vez que una epidemia amenaza la localidad en que vivimos, resultará una inmunidad de muy poco provecho, porque *reventaremos de puro vacunados*.

Esto dicen muchos. Si tienen o no razón, no lo sé. Es la lógica del sentido común aplicada a estos problemas científicos, que tan alborotado traen el campo de la ciencia. Dudo que el sentido común baste a iluminar por completo estas cuestiones; pero es siempre una luz que no debe apagarse allí donde contienden todas las teorías y los experimentos más ingeniosos para buscar la verdad.

Como pasa siempre en épocas en que el sentimiento popular está muy excitado, las supersticiones y consejas hacen grandes estragos en los entendimientos ineducados de los pobres aldeanos de Levante. Corre hoy por la provincia de Valencia una conseja que he de referir, porque es muy interesante y marca muy bien el estado de los ánimos. El hecho, llamémoslo así, se cuenta del modo siguiente:

Iban por un camino dos carreteros. De improviso se acerca al que marchaba delante una viejecita andrajosa, y, además de pedirle una limosna, le suplica la lleve en su carro hasta la población próxima.

El carretero le contesta, en el pintoresco y brutal estilo de la clase, que se vaya muy enhoramala, y que él no tiene su carro para transportar

viejas feas e impertinentes. Acude entonces la anciana al otro, el cual, más humano que su compañero, acoge a la mendiga y la lleva un buen trecho en su vehículo. Al despedirse, la mujer aquélla, que parece ser sibila, profetisa o cosa tal, dice con acento solemne:

—Morirá mucha gente, y la epidemia será espantosa. Sólo se salvará el que se persigne con el aceite de la lámpara de la Virgen del Puig.

Pasmado oyó el carretero aquellas palabras, y



CONVENCRIENDO A LAS MASAS

entonces la viejecita señaló al bárbaro que iba delante, y dijo:

—¿Ves a tu compañero? Pues ahora mismo morirá por haberme negado el socorro que le pedí.

Y, dicho esto, la anciana desapareció, y el carretero inhumano reventó como una bomba entre el estupor de las personas que acudieron horrorizadas a presenciar el milagro. No hay que decir: la mujer aquélla resultó ser la propia Virgen del Puig, quien quiso, por muy extraña y maravillosa manera, demostrar que protege a los que la veneran y castiga cruelmente a los pillos que no le hacen caso. Desde aquel día, la peregrinación al Puig ha tomado proporciones considerables. Acuden de todos los pueblos de la provincia a persignarse con el maravilloso aceite, y, por fin, éste ha venido a ser, según dicen, un artículo de comercio en la misma ciudad de Valencia.

La superstición religiosa hace siempre un gran papel en todas las calamidades públicas.

Imposible que esta manera singular de ver las cosas se corrija mientras la instrucción popular no sea muy distinta de lo que es actualmente. A los que tal creen, ya pueden todas las Academias del mundo explicarles las teorías del *bacillus comma* y del *Peronóspora Ferran*. Sostendrán que son invenciones de los médicos para disimular su ignorancia, y que el verdadero específico está en las lámparas de la Virgen del Puig.

Madrid no podía escapar al pánico general despertado por la epidemia. Desde hace ocho días

tenemos nuestros casos correspondientes, seguidos de las indispensables precauciones. Las circunstancias especialísimas en que estos casos se producen y la poca gravedad de la mayor parte de ellos, hacen creer que el cólera que hoy tenemos es puramente oficial. Es opinión general que todo se reduce a los casos anuales del llamado cólico de Madrid, producido por el uso inmoderado de las frutas y hortalizas tempranas y el abuso de las bebidas refrescantes, de que son causa los estímulos del excesivo calor que aquí se siente en esta época del año. Entre las precauciones, las hay tan cómicas como las referentes al «aseo de los perros» y otras completamente dictatoriales, como el saneamiento forzoso de las viviendas pobres. Esto último no nos parece mal, y debería ser sistemático, verificándose todos los años a la entrada del estío.

Los medrosos, que son los más, alborotan a los tranquilos, y los que poseen el más eficaz de los remedios profilácticos, que es el dinero, se ponen en cura radical, marchándose a escape, decididos a no volver.

Estos tales se muestran, igualmente, incrédulos ante las inoculaciones de FERRÁN y ante el aceite milagroso de la consabida lámpara. Optan por el grande y bien probado específico de la distancia, poniendo toda posible entre sus cuerpos y el foco epidémico. Hay otros muchos individuos que, teniendo un temperamento flemático, se están muy tranquilos en sus casas y consideran que la peor de las calamidades es ser sorprendido por cualquier enfermedad en el numerado aposento de



SEMBRANDO VIRGULAS

una fonda buena o mala. Uno de éstos se mostraba en los últimos días contrario a la emigración, y sostenía que los efectos del cólera no son tan mortíferos como la mayoría de las gentes da en suponer. «Yo salí de Madrid—decía—durante las terribles invasiones del 34, del 55 y del 65, y cuando regresé, pasada la racha, me encontré a todas las personas que me cargaban. Ni una sola se había muerto.»

Como el Gobierno se ha erigido en guardián

IODARSOLO

Primer producto de
IODO Y ARSENICO

SABOR AGRADABILISIMO

TOLERANCIA PERFECTA



IODARSOLO

primer producto de yodo y arsénico.

Frascos elixir.

Injectable, amp. de 1.º y 2.º grado.

ZIMEMA

hemostático fisiológico.

Cajas 1 ampolla 5 cc., 4 de 3 cc.

y 6 de 1 1/2 cc.

EN TODAS LAS
ÉPOCAS DEL AÑO

También en injectables de 1.º y 2.º grado

AGLICOLO

Diabetes y glucosurias.

Frasquitos para gotas.

TIARSINA

Sal sintética arsenical

CON FOSFORO COLESTERINA

MAGNESIO-CLOROFILA.

Cajas 10 ampollas 1 cc.

Frasquitos para gotas.

OXIDAL

Activador de las combustiones

orgánicas.

Cajas 10 ampollas 2 cc.

GUAIACOL CALCICO

Guayacolglícolato de calcio.

Terapia calcio-guayacólica.

Cajas 10 ampollas de 5 y 2 cc

Agente: "DYP SA" - Apartado 942 - BARCELONA

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.982.)



FLUOTHYMINA

COMPOSICION:

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

INDICACIONES:

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

DOSIFICACION:

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

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

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

PRESENTACION:

En frascos de 50 c. c.

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

Barquillo, 32 - MADRID

Comercio, 28 - BARCELONA



SICUNANTIGEN



Suspensiones microbianas desecadas para reacciones serodiagnósticas de aglutinación en porta-objetos

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

Información. Apartado 5.039 - MADRID

de la salud pública, a los ministeriales les sabe muy mal que se quite importancia a la epidemia reinante. Para ellos es buena noticia que menudeen los casos, porque así la Naturaleza viene a comprobar las opiniones coléricas del señor ministro de la Gobernación y a justificar sus extrañas, minuciosas y omnímodas precauciones. Toda la gente de oposición no ve en los casos ocurridos sino enfermedades comunes y un comodín para poner en juego mil resortes gubernamentales que ayudan al Gabinete para contener la ruina que lo amenaza.

El Gobierno se defiende de su propia destrucción con toda esa marimorena de los lazaretos y de las fumigaciones. La higiene, que LETAMENDI llama *Medicina política*, viene a ser uno de tantos recursos para ir tirando y entretener a las fuerzas que lo combaten.

La actividad febril que despliegan los funcionarios más allegados al señor ministro de la Gobernación, sería de eficaces resultados metódi-



VISITA DE LOS CORTESANOS



APOTEOSIS

camente dirigida. Nunca hemos visto aquí un furor de limpieza semejante ni un rigor más inflexible para hacer cumplir cierta prescripciones municipales que atañen a la salud pública.

Lo malo es que lo que hoy se dispone y se hace no se haya hecho siempre, porque entonces viviríamos en el mejor y más higiénico de los mundos posibles. ¡Dios quiera que no tengamos más cólera que el oficial, y que las medidas sanitarias del señor ministro no sirvan más que para proporcionar a éste satisfacciones de amor propio e inspirarle la convicción de que le debemos una inmunidad tan maravillosa como la que proporciona el aceite de la santa imagen del Puig!»

Nota.—Los dibujos que ilustran este artículo están reproducidos de la revista satírica *El Doctor Sangredo*, en su número del 16 de mayo de 1885.

Informatorio profesional

EN HONOR DEL DOCTOR ALVAREZ-SIERRA

Se ha celebrado una comida íntima en honor del doctor Alvarez-Sierra, organizada por un selecto grupo de médicos y publicistas con motivo de sus recientes triunfos con la publicación de sus libros de biografías médicas, rápidamente agotadas. Ofreció el acto el ilustre escritor señor Machado, quien puso de relieve la personalidad de Alvarez-Sierra en el campo de la literatura y de la Medicina.

Se dió lectura a la adhesión del secretario general de Escritores y Artistas, don Juan Bautista Acevedo; del presidente de Escritores Médicos, doctor Velasco Pajares; de la Sociedad Española de Higiene y de la de Pediatría.

Entre los concurrentes y adheridos figuraban los doctores Julián de la Villa, Zabala, Cardenal, Teófilo Hernando, Ruiz Albéniz, Yagüe, García Andrade, Garrido Lestache, Aparicio, Blanc, Cifuentes, San Antonio, Herrero, Benítez, Larru-

ga, Trujillano, Valdés Lambea, Murga, Castillo, Jiménez Encinas.

Alvarez-Sierra dió las gracias, y leyó un capítulo de su próximo libro, *Vida de don Federico Rubio*.

COLONIAS INFANTILES ANTITUBERCULOSAS

El Patronato Nacional Antituberculoso sigue enviando a sus establecimientos de La Sabinosa (Tarragona), Almería, Guadarrama, Oza (La Coruña), Malvarrosa (Valencia) y Bussot (Alicante) y a las estaciones veraniegas de Elizondo y Santña colonias de niños pobres, procedentes, sobre todo, de los suburbios de Madrid y de algunas capitales de Andalucía. La mayor parte de los que salen de los suburbios madrileños se están beneficiando ahora de la generosidad con que la capital de España respondió el 18 de mayo último, fiesta de la Flor, al llamamiento del Patronato Nacional, cuyo propósito, al implantar este ré-

gimen de colonias, no es otro que el de impedir el contagio de unos niños pobres y expuestos, por su convivencia con deudos tuberculosos, a ser víctimas inexorables del terrible bacilo.

La Lucha Antituberculosa tiene una misión específica, que no está identificada con ese sistema altruista de otras colonias educativas. Niños condenados por las circunstancias de su nacimiento y desarrollo a vivir en hogares insalubres, donde el contagio recibe el estímulo de la privación, son, temporalmente, arrancados de ese ambiente, y llevados al mar y la montaña, donde están sometidos a un régimen de educación compatible con el máximo esparcimiento al aire libre. La selección de estas colonias se realiza conforme a un criterio tan escrupuloso que sólo se admite a los niños que verdaderamente se desarrollan en una atmósfera propicia al contagio y que están acechados por la tuberculosis. A cada uno de los candidatos se les hace una ficha social por la instructora-visitadora, que, previa visita, informa de la situación real de la familia. Se reconoce también a los niños candidatos para comprobar que no padecen lesión ni enfermedad contagiosa que pueda producir daño a sus futuros compañeros de colonia. Sin estos requisitos no se admite propuesta alguna, y toda persona que recomiende a un niño debe pensar siempre que es inútil quebrantar esas normas, porque no se puede ni pensar que ninguna de las autoridades competentes han de quitar la plaza a un niño que la necesita para dársela a un niño que la necesita menos.

El número de niños acogidos a este régimen es, por ahora, de cinco mil al año, y el propósito de la Junta Central del Patronato Nacional Antituberculoso es que las colonias puedan extender sus beneficios a veinte mil niños. Ha sido tal el éxito, es decir, la eficacia profiláctica de esta empresa benemérita, que los resultados ya alcanzados constituyen el mejor augurio de que no podrá desatenderse en el futuro, sino acrecentarse, el régimen actual de preventorios para la infancia.

Es particularmente halagador comprobar que la magnífica suscripción del 18 de mayo, encabezada por el Ayuntamiento de Madrid con 250.000 pesetas, ha surtido efectos como los apuntados más arriba. El ejemplo de la capital cunde en provincias, donde se celebra también la fiesta de la Flor con idénticos fines de arrancar de la miseria, vehículo de la tuberculosis, a la infancia pura y alegre de los barrios desvalidos, depauperados y fomentadores del terrible mal.

NIÑOS DE LOS SUBURBIOS MADRILEÑOS, A GUADARRAMA, SANTOÑA Y LA SABINOSA

El viernes 26 salieron para Guadarrama, Santoña (Santander) y La Sabinosa (Tarragona) tres colonias infantiles de las organizadas por el Patronato Nacional Antituberculoso.

Los niños que salieron para sus respectivos preventorios se hallaban ya a las seis de la tarde en la plaza de España, frente al edificio de la Dirección General de Sanidad, en donde se habían instalado sendas tribunas para que las ocuparan aquellos clasificados convenientemente para su respec-

tivo destino. Las familias y un público numerosísimo se estacionaron en los alrededores para despedir a los pequeñuelos.

La celebración del Consejo de Ministros impidió al de la Gobernación acudir a despedirlos, como hubiera sido su deseo. En su nombre se les obsequió con una espléndida merienda.

En el Patronato se hallaban el alcalde de Madrid, señor Moreno Torres; el gobernador civil, señor Ruiz; el presidente de la Diputación, señor Almagro; el vicesecretario del Movimiento, señor Vivar Téllez; Pilar Primo de Rivera; el director de la Guardia Civil, general Alonso Vega; el director general de Sanidad, señor Palanca; el secretario general del Patronato, doctor Benítez Franco, con los miembros de este organismo; el asesor religioso, señor Ibáñez; el señor García Rubio, en representación del director general de Prensa, y las señoras que presidieron las mesas de la fiesta de la Flor, el teniente coronel Prieto, así como otras distinguidas personalidades. También se hallaba una representación del Ayuntamiento de Guadarrama.

Suman un total de 500 los niños de uno y otro sexos que forman estas tres expediciones. Con los que van a Guadarrama, que hicieron el viaje en autocar, salió la señorita Romana Gascó, entusiasta organizadora de estas expediciones desde que se iniciaron. Los niños de los otros grupos partieron en tren, acompañados de las enfermeras necesarias. Los expedicionarios inauguran los preventorios de Guadarrama y Santoña.

Dentro de unos días saldrán nuevas expediciones para Oza, La Sabinosa y Pedrosa, renovándose las que últimamente salieron.

Antes de partir los chiquillos, el doctor Benítez Franco, ante un micrófono instalado al efecto, les deseó, en nombre del alcalde y de todos, un feliz verano.

INAUGURACION DE UN GRAN EDIFICIO SANITARIO EN LAS PALMAS

Un edificio sanitario, con servicio de baños económicos, estación de desinsectación y enfermería de infecciosos, ha sido inaugurado por el Ayuntamiento en cumplimiento de la política de sanidad, que preconiza, como obligación de todos los Ayuntamientos de grandes y medianas poblaciones, la existencia de estos servicios sanitarios. La primera planta de este edificio, destinada a los baños y a la desinsectación, ha costado 121.779 pesetas, y cuenta con cuartos de ducha, un baño, instalaciones sanitarias, sección de desinsectación, peluquería, despacho médico, etc. El servicio de baños económicos durante las horas habituales de trabajo cuesta un real. En la planta alta, destinada a enfermería de infecciosos, hay quince camas, distribuidas en cuatro departamentos aislados. Su importe ha sido de 90.000 pesetas. Además, se proyecta la construcción de una guardería preescolar en el barrio de San José, que servirá igualmente como centro de enseñanza para enfermeras, puericultoras y guardadoras de niños. En esta guardería se atenderán, alimentarán y educarán niños de dos a cinco años, permitiendo a sus

madres trabajar en sus ocupaciones, libres del cuidado de sus hijos. Ingresarán los niños en la guardería, a las nueve de la mañana, siendo examinados cotidianamente por las enfermeras para apreciar su estado de higiene y su salud. Antes de ser entregados a sus madres, al final de cada tarde, se les suministrará la correspondiente comida.

HA QUEDADO INAUGURADO EL CONSULTORIO MEDICO GRATUITO INSTALADO POR LA DIPUTACION PROVINCIAL DE LEON

En las primeras horas de la tarde del viernes 26 se ha inaugurado un consultorio médico gratuito, instalado por la Diputación Provincial en las dependencias de la residencia de niños de esta ciudad. El presidente de la Diputación, que ostentaba la representación del gobernador civil, presidió el acto, con el alcalde y otras autoridades. Asistieron también el Cuerpo de médicos de la Beneficencia provincial y numerosos facultativos de la ciudad. En el acto pronunciaron discursos el inspector provincial de los servicios sanitarios y el presidente de la Diputación.

LLEGA A ESPAÑA EL CADAVER DEL PROFESOR GARCIA MIRANDA

En el «Marqués de Comillas» llegó el martes último a Bilbao el cadáver del joven profesor de Oftalmología señor García Miranda, que había ido a Norteamérica en viaje de estudios, pensionado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Recibió los restos el doctor don Hilario Oloz, de la Sociedad Oftalmológica Hispanoamericana.

LOS PROCEDIMIENTOS DE VACUNACION FRANCESES CONTRA LA FIEBRE AMARILLA, RECONOCIDOS POR EL COMITE MEDICO PERMANENTE DE LA U. N. R. A.

Comunican de Nueva York que en la reunión celebrada últimamente, el Comité Médico Permanente y su Comisión de expertos reconoció el valor internacional de los procedimientos franceses de vacunación contra la fiebre amarilla. Se trata de la vacuna preparada por el Instituto Pasteur, de Dákar.

El Comité reconoce al Instituto de Dákar como Centro internacional de lucha contra esta enfermedad.

Hasta el presente, los americanos habían rehusado aceptar los procedimientos franceses de vacunación contra la fiebre amarilla. Tan sólo como consecuencia de experiencias repetidas, probatorias de su eficacia, por las autoridades médicas americanas, el Comité ha modificado su criterio anterior.

EL DOCTOR LUIS RAMOND, EN LA ACADEMIA FRANCESA DE MEDICINA

La Academia de Medicina francesa ha elegido miembro de número al doctor Luis Ramond.

Nació en 1879 y es médico de los Hospitales de París. Sus trabajos, bien conocidos, sobre pleuro-

tuberculosis y meningitis tuberculosa, igualmente que sus conferencias de Clínica médica práctica, justifican plenamente la distinción que se le hace.

REGRESARA A ESPAÑA UN DOCTOR EXILADO

El prestigioso diario *A B C* ha publicado en su número del 16 de julio el telegrama que reproducimos:

«Nueva York, 14.—El conocido psiquiatra español Gonzalo Rodríguez Lafora, que durante estos últimos años residió en Méjico como emigrado político republicano, ha anunciado a sus amigos que en breve regresará a España para reanudar sus actividades médicas, deseoso de vivir apartado de toda actuación política y de trabajar científicamente al amparo de la actual normalidad española.»

SECCION OFICIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—Circular por la que se transcribe relación de aspirantes presentadas al examen de ingreso para provisión, en la plantilla de Enfermeras puericultoras auxiliares de Higiene Infantil, de ocho plazas vacantes con el haber anual de 4.000 pesetas y treinta con el de 3.000.

1. Alonso Calvo, Cándida. Faltan título, certificados de Penales y Auxilio Social y abonar derechos.
2. Alonso García, María del Carmen. Faltan certificados de Penales, médico y Servicio Social y declaración jurada.
3. Amigo y García, María. Completa.
4. Andrés Gascón, Carmen de. Completa.
5. Arcos Yago, Vicenta. Completa.
6. Arigita Jiménez, María Luisa. Completa (ex combatiente).
7. Arbizu y Despujol, María de las Mercedes. Faltan título, certificado del Servicio Social y abonar derechos.
8. Ballesta Pérez, María. Falta toda la documentación, menos abonar derechos.
9. Bustamante Oyuelos, Joaquina. Completa.
10. Callén Zamora, María Joaquina. Falta partida de nacimiento.
11. Cámara Molina, María de las Mercedes. Faltan partida de nacimiento y declaración jurada.
12. Cánovas Moreno, Ana. Completa.
13. Carretero Hernández, Felisa. Falta abonar derechos.
14. Cayón Fernández, Mercedes. Falta todo.
15. Celiá Comas, Rosa. Falta todo.
16. Centaño Fernández, Mercedes. Falta abonar derechos.
17. Cruz Marín, Francisca. Completa.
18. Cueto Rodríguez, Amalia. Falta todo.
19. Chicharro de León, Julia. Falta todo, menos abonar derechos.
20. Díaz Díaz, Genoveva. Falta todo.
21. Díaz Moya, Emilia. Completa.
22. Díez Centeno, Fidela. Completa.
23. Escudero Escudero, Obdulia. Faltan cer-

tificados de Penales y médico, declaración jurada y abonar derechos.

24. España Gil, María del Carmen. Completa.
25. Fournier Pérez, María del Carmen. Falta abonar derechos.

26. Garcés Cabrerizo, María del Carmen. Completa.

27. García Álvarez, Rosario. Falta todo.

28. García Ibáñez, Mercedes. Completa.

29. García Niño, Concepción. Faltan título y certificados de Penales y médico.

30. González Corredera, Ana. Falta todo.

31. González García, Esther. Falta abonar derechos.

32. Guerrero Llopis, Asunción. Faltan certificado del Servicio Social y declaración jurada.

33. Hurtado Gómez Cornejo, Juana. Falta todo.

34. Jiménez Companys, María Teresa. Completa.

35. Juárez Ayuso, Asunción. Falta todo.

36. Lagostena Álvarez, María del Carmen. Faltan certificado del Servicio Social y abonar derechos.

37. Lenguas Santana, Luisa. Falta todo.

38. López de Letona, Balbina. Falta abonar derechos.

39. Martín González, Celsa. Faltan partida de nacimiento, certificados de Penales, médico y Servicio Social y abonar derechos.

40. Martínez Méndez, Julia. Faltan certificado médico, declaración jurada y abonar derechos.

41. Mateo Faulín, María Teresa. Completa.

42. Matia Martínez, María Natividad. Completa.

43. Merchán Cachadina, Alegría. Falta todo.

44. Monterde Serrano, Petra. Completa.

45. Nieto Carrera, Concepción. Faltan certificados de Penales y del Servicio Social.

46. Olavarrieta González, Carmen. Falta certificado de Penales.

47. Pardo Suárez, María Esperanza. Falta todo.

48. Pérez Santamarta, María Teresa. Completa.

49. Ramón Jenís, Carmen. Falta todo, menos abonar derechos.

50. Rivero Alonso, Fidela. Faltan certificado del Servicio Social y abonar derechos.

51. Rodríguez Lolo, María Flora. Completa.

52. Romero Candeira, Clotilde. Completa.

53. Rosaleni García, Isabel. Completa.

54. Rúa Figueroa y Pérez, María Luisa. Faltan certificados del Servicio Social y médico y declaración jurada.

55. Ruiz Morales, Pilar. Falta certificado médico.

56. Sanmartí Beaumont, María de los Angeles. Completa.

57. Serrano León, María de los Dolores. Completa.

58. Smet de la Fuente, Alicia. Completa.

59. Smet de la Fuente, Eloisa. Faltan título y abonar derechos.

60. Tilve Abrio, Herminia. Faltan certificado del Servicio Social y abonar derechos.

61. Tirado Cruz, Filomena. Falta todo.

62. Vallejo Vallejo, María. Faltan certificado del Servicio Social y abonar derechos.

63. Villanueva Moratinos, Ascensión. Falta todo.

64. Villar Cantero, Consuelo. Falta declaración jurada.

65. Zuloaga Román, Carmen. Falta abonar derechos.

Las aspirantes que deban completar su documentación o abonar derechos dispondrán de plazo para realizarlo hasta el 14 de agosto próximo, quedando eliminada toda aspirante que dentro del plazo marcado no lo realice en debida forma.

Lo que se hace público para conocimiento de las interesadas.

Madrid, 22 de julio de 1946.—El Director general, José A. Palanca.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE PREVISIÓN.—Convocando concurso-oposición para cubrir diecinueve plazas de Inspectores de Servicios Sanitarios, de tercera categoría, del Seguro de Enfermedad.

A fin de cubrir las vacantes existentes de Inspectores Médicos de Servicios Sanitarios del Seguro de Enfermedad, se convoca concurso-oposición para cubrir diecinueve plazas de Inspectores de tercera categoría, con arreglo a las siguientes normas:

1.^a Los aspirantes deberán ser españoles, Licenciados o Doctores en Medicina y Cirugía y que lleven dos años de actividad profesional.

2.^a Podrán concurrir a este concurso-oposición los menores de cuarenta años no cumplidos en la fecha de la publicación de este concurso.

3.^a Será condición precisa disfrutar de buena salud y poseer las aptitudes físicas requeridas para el cargo.

4.^a Se observarán las normas que sobre reserva y prioridad de puestos establecen las disposiciones legales sobre la materia.

5.^a Las instancias para tomar parte en este concurso serán dirigidas al ilustrísimo señor Director general de Previsión y presentadas en el Registro General del Ministerio de Trabajo, en el plazo de treinta días contados a partir del siguiente al de la publicación de esta convocatoria. A las instancias se acompañarán los siguientes documentos:

a) Partida de nacimiento expedida en el Registro Civil, debidamente legalizada.

b) Certificado de antecedentes penales, expedido por la Dirección General de Prisiones.

c) Certificación de adhesión al Glorioso Movimiento Nacional.

d) Título de Licenciado o Doctor en Medicina y Cirugía, copia notarial del mismo o resguardo justificativo de haber efectuado el depósito para obtenerlo.

e) Certificados que acrediten el tiempo de actividad profesional.

f) Declaración jurada de no haber sido expul-

sado de Cuerpo u Organismo del Estado, Provincia o Municipio, ni encontrarse sometido a expediente.

g) Todos aquellos documentos que acrediten la condición preferente a que se refiere la norma 4.ª

h) Una fotografía del concursante, tamaño carnet.

6.ª Serán rechazadas todas las instancias que no acompañen los documentos reseñados en la norma anterior.

7.ª Los aspirantes satisfarán en el acto de la presentación de instancias la cantidad de 100 pesetas en concepto de derechos de concurso-oposición.

8.ª El examen facultativo será obligatorio y se realizará por el personal técnico del Instituto Nacional de Previsión en las fechas y lugares que al efecto se designen por el Tribunal, bien entendido que para poder actuar en el concurso-oposición será preciso que dicho informe sea favorable.

9.ª El Tribunal que habra de juzgar el concurso-oposición y los miembros del mismo serán los que señala el artículo 163 de la Orden ministerial de 19 de febrero de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* del 17 de marzo), los cuales serán designados oportunamente.

10. El concurso-oposición constará de dos ejercicios: uno oral y otro práctico, y dará comienzo una vez transcurridos tres meses a partir de la publicación de esta convocatoria. El ejercicio oral consistirá en contestar en el plazo máximo de hora y media a tres temas sacados a la suerte, del programa que a continuación se inserta, a cuyo efecto se divide en tres partes:

1.ª Temas numerados del 1 al 32.

2.ª Temas numerados del 33 al 60.

3.ª Temas numerados del 61 al 95.

El ejercicio práctico consistirá en la solución escrita de un supuesto de la actividad inspectora en relación con el Seguro de Enfermedad.

11. Cada miembro del Tribunal podrá conceder de cero a cinco puntos.

12. Los ejercicios serán eliminatorios, siendo preciso aprobar un minimum de 15 puntos en cada uno de los ejercicios.

13. Una vez realizados los ejercicios, el Presidente del Tribunal elevará a la Dirección General de Previsión la correspondiente propuesta para su aprobación, que no podrá contener más aspirantes que el número de plazas convocadas.

14. Terminado el concurso-oposición, los aprobados ingresarán con carácter interino, siendo destinados a cualquiera de los Servicios dependientes de la Inspección Nacional, donde realizarán, previa formalización del contrato de trabajo, un período de prácticas de seis meses. Si durante este tiempo no demostraran las debidas condiciones de aptitud y buena conducta para ser nombrados, la Jefatura Nacional de la Inspección elevará a la Dirección de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad la propuesta del cese, sin otro derecho para el interesado que la percepción de la retribución correspondiente al tiempo que ha prestado sus servicios. En los demás casos, la mencionada Jefatura remitirá propuesta con informe favorable a la Dirección de la Caja para el nombramiento correspondiente, teniendo en cuenta en la coloca-

ción la puntuación obtenida en el concurso-oposición y en el período de prácticas, orden que servirá para cubrir con prelación las vacantes.

Madrid, 26 de junio de 1946.—El Director general de Previsión, *Buenaventura Castro Real*.

Programa que ha de regir en el primer ejercicio del concurso-oposición a plazas de Inspectores de Servicios Sanitarios del Seguro de Enfermedad.

Tema 1.º Estadística.—Importancia y utilidad. Recopilación de los datos estadísticos.—Elaboración lógica de los datos.

Tema 2.º Medición de los fenómenos estadísticos.—Métodos gráficos.

Tema 3.º Estadística demográfica.—Censos de población.—Cálculo de poblaciones.—Estructura de la población.—Standardización de la estructura de la población.

Tema 4.º Factores demográficos.—La natalidad.—Tendencia de la misma en los diferentes países.—Causas del descenso de la natalidad.—Remedios.

Tema 5.º Mortalidad.—Mortalidad por sexos y edades.—Tablas de vida.—Evolución de la mortalidad en el tiempo y factores que han podido influenciarla.—Mortalidad específica por enfermedades infecciosas.—Fases de mortalidad de las más importantes.

Tema 6.º El problema demográfico en España.

Tema 7.º Los agentes infecciosos.—Estudio general de sus propiedades: Virulencia, agresividad e infectividad.

Tema 8.º Las fuentes de infección.—El hombre, como reservorio de gérmenes.—Reservorios animales.—Métodos de transmisión de la infección.—Contagio directo e indirecto.—Los agentes patógenos y el agua, leche y demás alimentos.—Transmisión por los insectos.

Tema 9.º Endemias.—Endo-epidemias, epidemias y pandemias: Ciclos anuales, multianuales y seculares.—Mecanismos de producción y extinción de las epidemias.—Las actividades humanas en la producción de las epidemias.

Tema 10.º Investigación epidemiológica.—Comprobación y vigilancia del contagio.—Las infecciones latentes.

Tema 11.º Principios generales de profilaxis de las enfermedades infecciosas.

Tema 12.º Inmunidad natural e inmunidad adquirida.—Estudio general de los procedimientos para conseguir la inmunidad artificialmente.

Tema 13.º Inmunidad en la colectividad.—Mecanismos naturales de producción de la inmunidad colectiva.

Tema 14.º Desinfección y desinsectación.—Métodos más importantes.—Importancia de la desinfección concurrente y final.

Tema 15.º Concepto y extensión de la Medicina social.—Métodos de la Medicina social.—Servicios sociales.—Dispensarios.

Tema 16.º Las enfermedades sociales.—Etiología social.—Factores que influyen las enfermedades sociales.—La encuesta social.

Tema 17.º Higiene individual.—Higiene del lactante y de la edad preescolar.

Tema 18.º Higiene escolar y de la edad madura.

Tema 19. Higiene del trabajo.—El ambiente en el trabajo.—Presión.—Humedad y temperatura.

Tema 20. Polvos y gases; sistema de defensa contra los mismos.

Tema 21. Ventilación e iluminación.—Estudio higiénico de los diferentes sistemas.

Tema 22. El trabajo como factor morbígeno.—Intoxicaciones profesionales.

Tema 23. Enfermedades profesionales.—Profilaxis higiénico-social de las mismas.

Tema 24. Estudio de la vivienda.—Higiene de la vivienda.—Influencia de la habitación sobre la salud.

Tema 25. Influencia de la vivienda en la propagación de enfermedad.—La morbilidad y mortalidad de las enfermedades infecciosas y la vivienda.—Legislación sanitaria sobre vivienda.

Tema 26. Higiene de la alimentación.—Base cuantitativa de la alimentación.—Base cualitativa de la alimentación.—La economía doméstica y la alimentación; distribución adecuada del salario.—La alimentación en España.

Tema 27. Higiene de las poblaciones.—Abastecimiento de agua.

Tema 28. Métodos de eliminación de excretas en los medios rural y urbano.—Depuración de los residuos.

Tema 29. Propaganda sanitaria.—La educación higiénica de la población.—Estudio de los diferentes medios.

Tema 30. Centros asistenciales.—Hospitales.—Sanitarios.—Condiciones que deben reunir y misión a cumplir por cada uno.

Tema 31. Dispensarios.—Función social del Dispensario.—Condiciones que deben reunir.

Tema 32. Centros de recuperación para el trabajo.—Centro de recuperación social.

Tema 33. Las enfermedades venéreas.—El problema de España.—Principios en que se asienta la lucha antivenérea.—Legislación española.—Organización de la lucha.

Tema 34. El problema social de la tuberculosis. Su importancia en España.—Base científica de la lucha antituberculosa.—Organización en España.

Tema 35. Lucha social contra el cáncer.—Principio en que se fundamenta.—Organización de la misma.

Tema 36. Principales métodos de profilaxis antipalúdica.—Importancia del paludismo en España.—Organización actual de la lucha antipalúdica.

Tema 37. Lucha antitracomatosa.—Principios en que se fundamenta.—Organización en España.

Tema 38. Lucha contra la lepra.—Principio en que se fundamenta.—Organización de la misma en España.

Tema 39. Lucha social contra el reumatismo y enfermedades cardíacas.—Principios en que se fundamenta.—Organización de la misma.

Tema 40. Lucha contra otras plagas sociales: alcoholismo y toxicomanías.—Principios en que se fundamenta.—Su organización.

Tema 41. La defensa de la salud mental.—Medicina social de las enfermedades mentales.

Tema 42. La mortalidad infantil.—Principales causas de la mortalidad infantil.—La mortalidad

infantil en España.—Organización de la protección de la primera infancia.

Tema 43. Bases Médico-Sociales de protección a la mujer embarazada.—Mortalidad maternal.—Causas y remedios.—Organización de la lucha contra la mortalidad maternal.

Tema 44. Valoración de la incapacidad para el trabajo en las enfermedades del aparato respiratorio.

Tema 45. Valoración de la incapacidad para el trabajo en las enfermedades del aparato circulatorio.

Tema 46. Valoración de la incapacidad para el trabajo en las enfermedades del aparato digestivo.

Tema 47. Valoración de la incapacidad para el trabajo en las enfermedades del hígado y páncreas.

Tema 48. Valoración de la incapacidad para el trabajo en las enfermedades del aparato urinario.

Tema 49. Valoración de la incapacidad para el trabajo en las enfermedades endocrinas.

Tema 50. Valoración de la incapacidad para el trabajo en las enfermedades del sistema nervioso.

Tema 51. Valoración de la incapacidad para el trabajo en las enfermedades de huesos y articulaciones.

Tema 52. Valoración de la incapacidad para el trabajo en las enfermedades de los músculos.

Tema 53. Valoración de la incapacidad para el trabajo en las enfermedades de la sangre y sistema retículoendotelial.

Tema 54. Valoración de la incapacidad para el trabajo en las enfermedades de la piel.

Tema 55. Valoración de la incapacidad para el trabajo en las enfermedades infecciosas en general.

Tema 56. Valoración de la incapacidad para el trabajo en las enfermedades por agentes químicos.

Tema 57. El dolor y su objetivación.

Tema 58. Sistemas subjetivos, vagos e imprecisos.

Tema 59. Posición del Inspector en la valoración de una incapacidad.

Tema 60. Accidente y enfermedad.

Tema 61. Concepto y significación del Seguro en general.—Seguros sociales.—Historia.—Clasificación.

Tema 62. Estudio y comentario del Seguro de Accidentes de Trabajo y Seguro de Enfermedades profesionales.

Tema 63. El Seguro Obligatorio de Maternidad según los Decretos de 22 de marzo de 1929 y 29 de enero de 1930.—La ampliación de beneficio de la Ley de 18 de junio de 1942.—Disposiciones del Reglamento del Seguro de Enfermedad sobre maternidad.—La Obra Maternal e Infantil.

Tema 64. Estudio y comentario del régimen de Subsidios Familiares.—Préstamos nupciales y premios de natalidad.—Subsidios de viudedad y orfandad.

Tema 65. Estudio y comentario del Subsidio de Vejez.—Idem íd. de Seguros libres.—El Seguro total.

Tema 66. Ministerio de Trabajo.—Organización.—Direcciones Generales de Previsión y de

Trabajo.—Sus relaciones con el Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Tema 67. Ministerio de la Gobernación.—Dirección General de Sanidad.—Centros dependientes de la misma y sus relaciones con el Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Tema 68. Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales.—Misiones y relación con el Seguro de Enfermedad.

Tema 69. Instituto Nacional de Previsión.—Organización. — Misiones. — Desenvolvimiento histórico.

Tema 70. Estudio de la organización de las Cajas Nacionales de Accidentes del Trabajo y Subsidios Familiares.—Estudio de la organización de los Servicios Nacionales y Vejez y Seguros libres.

Tema 71. El Seguro Obligatorio de Enfermedad.—Significado e importancia del mismo.—Historia.—Regulación legal en España y variantes de este Seguro en los países extranjeros.

Tema 72. El Seguro Obligatorio de Enfermedad.—Organización central y provincial.—Subdirección administrativa y sus Secciones.—Enumeración y cometido de cada una de ellas.

Tema 73. Subdirección médica y sus Departamentos.—Enumeración y cometido de cada una de ellas.

Tema 74. Inspección de los Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad.—Misiones que la Ley, el Reglamento y demás disposiciones legales le confieren.

Tema 75. Organización central de la Inspección.—Misiones.—Documentación y partes reglamentarios que recibe y lleva.

Tema 76. Organización provincial de la Inspección.—Misiones.—Enumeración de la documentación reglamentaria que recibe, lleva y ha de rendir.

Tema 77. Organización comarcal o de zona de la Inspección.—Misiones.—Enumeración de la documentación reglamentaria que recibe, lleva y ha de rendir.

Tema 78. Los Médicos del Seguro Obligatorio de Enfermedad.—Derechos y obligaciones.—Enumeración de los partes oficiales que producen y reciben.—Prestaciones sanitarias y su reglamentación.

Tema 79. Empresas, asegurados y beneficiarios.—Derechos y obligaciones que la Ley, Reglamento y demás disposiciones legales les confiere.—Modelaje que obligatoriamente han de producir las Empresas.—Documentos de identidad.

Tema 80. Farmacéuticos.—Derechos y obligaciones.—Prestaciones farmacéuticas. Su reglamentación.—Receta del Seguro.—Estudio de la misma.

Tema 81. Personal sanitario auxiliar.—Derechos y obligaciones que el Reglamento y demás disposiciones vigentes les confiere.—Documentación reglamentaria que producen y reciben.—Visitadores.—Sus misiones e importancia de su función.

Tema 82. Entidades Colaboradoras de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad.—Régimen general.—Requisitos y clases.—Obtención de la condición de Entidad Colaboradora.—Conciertos.

Tema 83. Entidades Colaboradoras.—Régimen

especiales.—Organización sindical.—Instituto Social de la Marina.—Federación de Igualatorios y Mutualidades.—Elección de Entidad Colaboradora por parte de Empresas y asegurados.

Tema 84. Derechos y obligaciones de las Entidades Colaboradoras.—Relaciones de las mismas con la Inspección de los Servicios sanitarios del Seguro.

Tema 85. Instituciones abiertas y cerradas.—Consultorios de Inspección.—Organización.—Misiones.—Enumeración de los partes reglamentarios que producen, llevan y reciben.

Tema 86. Estudio, significado, valor y trámite de los partes reglamentarios de Inspección, con efecto en la prestación económica.

Tema 87. Estudio, significado, valor y trámite de los partes reglamentarios de Inspección de prestaciones sanitarias que producen los Médicos y personal sanitario auxiliar.

Tema 88. Estudio, significado, valor y trámite de los partes reglamentarios de prestaciones sanitarias que produce el Inspector de Zona.

Tema 89. Estudio, significado, valor y trámite de los partes reglamentarios de prestaciones sanitarias que produce el Inspector provincial.

Tema 90. Estudio, significado, valor y trámite de los partes reglamentarios de prestaciones sanitarias que reciben las Entidades Colaboradoras, Instituciones Abiertas e Instituciones Cerradas.

Tema 91. Relaciones de la Inspección de Servicios sanitarios con las Cajas Nacionales del Instituto Nacional de Previsión.—Informes técnicos. Escalas de Médicos del Seguro Obligatorio de Enfermedad. — Clasificación. — Preferencias. — Escalas especiales, su reglamentación.

Tema 92. Simulación y disimulación de enfermedad.—Estudio crítico y principales métodos explorativos para descubrirla.—Prolongación de enfermedad.

Tema 93. El fraude en las prestaciones farmacéuticas.—Sus variedades y medios de vigilancia y represión con que cuenta la Inspección de los Servicios sanitarios.

Tema 94. Trámite e imposición de sanciones del personal sanitario y sanitario auxiliar.—Tribunal reglamentario para juzgar e imponer sanciones.—Su constitución y reglamentación.

Tema 95. El Inspector como Jefe de los Servicios Médicos de la Caja Nacional.—Misiones.—Documentación reglamentaria que ha de rendir.

DIRECCIÓN GENERAL DE BENEFICENCIA Y OBRAS SOCIALES.—*Modificando la convocatoria a oposición para una plaza de Médico de número del Cuerpo facultativo de la Beneficencia General del Estado, Jefe del Servicio de Laboratorio y Autopsias del Hospital de la Princesa.*

Publicada en el Boletín Oficial del Estado de 7 de julio corriente convocatoria a oposición para una plaza de Médico de número del Cuerpo facultativo de la Beneficencia General del Estado, Jefe del Servicio de Laboratorio y Autopsias del Hospital de la Princesa, se ha observado un error en la redacción del apartado quinto de la misma, que, de acuerdo con el apartado cuarto, artículo 10, del

vigente Reglamento del Cuerpo facultativo de la Beneficencia General del Estado, debe quedar redactado en la siguiente forma:—

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

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

El tercer ejercicio consistirá en la práctica de un análisis químico o bacteriológico aplicado a la Clínica.

El cuarto ejercicio consistirá en la interpretación de preparaciones micrográficas, sacadas a la suerte de un grupo de 50, como minimum, escogidas por el Tribunal.

En los ejercicios segundo, tercero y cuarto de esta oposición el Tribunal determinará el método de forma y tiempo concedido para su realización, según el problema o investigación a resolver, determinando también si la trunca ha de actuar en el segundo o en el tercer ejercicio.»

Madrid, 22 de julio de 1946.—El Director general, *Manuel Martínez de Tena*.

ORDEN de 9 de julio de 1946 por la que se organiza el «Instituto Médico Valdecilla» como Escuela de Especialización Médica dependiente de la Universidad de Valladolid.

Ilmo. Sr.: De conformidad con la petición formulada por el Rectorado de la Universidad de Valladolid, y visto el informe del Consejo Nacional de Educación y lo dispuesto en los artículos 23 al 25 de la Ley de 29 de julio de 1943, así como los artículos 2.º y los 55 al 59 del Decreto de 4 de julio de 1944 sobre ordenación de la Facultad de Medicina,

Este Ministerio ha resuelto:

1.º Se autoriza a la Facultad de Valladolid para que, de acuerdo con la Fundación benéfico-docente «Casa de Salud Valdecilla», de Santander, se incorpore y organice el «Instituto Médico Valdecilla» como Escuela de Especialización Médica dependiente de la citada Facultad.

2.º El «Instituto Médico Valdecilla» estará regido por una Comisión ejecutiva, presidida por el Magtco. y Excmo. Sr. Rector de la Universidad del Distrito, e integrada por el Presidente de la Fundación Valdecilla, Decano de la Facultad de Medicina y Director de la Casa Salud Valdecilla, cuyos nombramientos se harán por el Ministerio de Educación Nacional.

3.º 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.

4.º Siendo los alumnos del Instituto de Especialización postgraduados que han terminado sus obligaciones académicas en la Facultad, tendrán las enseñanzas carácter ininterrumpido, comenzando los cursos en la fecha oficial señalada para los de la Facultad y organizándose los distintos cursillos de ampliación en forma que haga posible una mayor colaboración de los Profesores universitarios en los de ciclo estival, época en que coinciden con los organizados por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

5.º El Consejo Superior de Investigaciones Científicas seguirá ordenando, con plena autonomía, las enseñanzas médicas que han de ser tema de sus cursos, que continuarán explicándose en la Institución Valdecilla.

6.º Corresponde a la Facultad la superior ordenación de las enseñanzas, según el artículo 2.º Decreto de 7 de julio de 1944, y la realización de las pruebas académicas necesarias para la habilitación de los candidatos al título de Especialista Médico, el cual será expedido, en su caso, por la Universidad.

7.º Se consideran especialidades médicas que pueden cursarse en el Instituto las que se determinan en el artículo 55 del Decreto de Ordenación.

8.º Siendo potestativa de la Facultad la posible ampliación del cuadro de especialidades médicas y hallándose en la actualidad organizado en el Instituto Valdecilla el estudio de otras especialidades, se entiende ampliada a éstas cuanto se determina para las enumeradas en el artículo 55 del Decreto, que completa con las siguientes:

- 1) Anatomía patológica.
- 2) Enfermedades circulatorias.
- 3) Enfermedades de la nutrición.
- 4) Enfermedades digestivas.
- 5) Fisiología y enfermedades respiratorias.

9.º La Escuela Profesional de Enfermeras de Valdecilla, ya incorporada a la Facultad de Medicina de Valladolid, seguirá dependiendo de ésta en cuanto se refiere a la revalidación de estudios y pruebas necesarias para la concesión del título del Estado.

10. Las alumnas enfermeras harán su matrícula en el plazo reglamentario. Justificada plenamente con su internado de tres años la escolaridad de dos que oficialmente se exige en los estudios de enfermera, podrán las alumnas de Valdecilla hacer su única matrícula al fin de su tercer año de internado, y ésta será necesaria para el examen final de su carrera y concesión del título.

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.

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

HERBOLARIO

del barrio de Salamanca

*Tiene el gusto de ofrecer a usted
toda clase de plantas seleccionadas
medicinales, aromáticas y especias
naturales en*

HERMOSILLA, 10

Frente al Teatro Beatriz, entre Serrano y Claudio Coello

Sanatorio SAN ESTEBAN

USURBIL (Guipúzcoa)

A 11 kilómetros de San Sebastián

TELÉFONO 7005

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

Médicos Directores... { **Dr. Vidarte**
Dr. Larrea
Médico Subdirector... **Dr. Pino Ascarza**

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

(Aprobado por la Gensura Sanitaria núm. 4185.)

EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Corfilamin

TEOFILINA ETILENO - DIAMINA

DIURÉTICO Y VASODILATADOR
CARDÍACO, RENAL Y CEREBRAL

Presentación:

Cajas de 5 inyectables intravenosos de 10 c.c.
Tubos de 10 comprimidos de 0'10 grs.

LABORATORIO PADRÓ, S. A.

CONCESIONARIOS EXCLUSIVOS DE



DEPARTAMENTO FARMACÉUTICO

BASILEA (Suiza)

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

(C. S., núm. 8.641)

EN LAS DIARREAS INFANTILES...

Irgafem

N₁ - 3, 4 - dimetilbenzoil - sulfanilamida

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

Bibliografía

Ekstein: Schweiz. Med. Wehr. 1944, 148
Allué: Rev. Esp. Pediat. 1945, 719

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

CONCESIONARIOS EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA:

Laboratorio Padró, S. A.



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

(C. S., núm. 8.642)