



# EL SIGLO MÉDICO

## SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TÉCNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MÉDICAS

Fundada en 1 de enero de 1854

### PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

1854 \* AÑO NOVENTA Y DOS \* 1946

Oficinas de Redacción y Administración:

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

### Precios de suscripción:

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

### EDITOR RESPONSABLE:

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

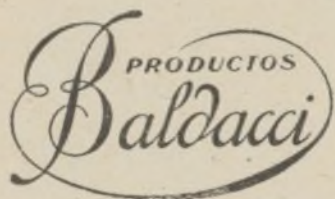
Propietario y Director de EL SIGLO MÉDICO  
Fundador de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

Madrid y sábado día 5 de octubre de 1946

NÚMERO 4.720







### IODARSOLO

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

### ZIMEMA

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

### AGLICOLO

Diabetes y glucosurias.  
Frasquitos para gotas.

### TIARSINA

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

### OXIDAL

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

### GUAIACOL CALCICO

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

# TIARSINA

Sal de arsénico del éter monoetilico  
del ácido ditiocarbónico

Poder tóxico casi nulo: En el  
Instituto Farmacológico de la  
Real Universidad de Pisa, se  
ha llegado a administrar dosis  
de dos gramos en las veinticuatro  
horas, sin que se hayan ma-  
nifestado síntomas de acción  
organotrópica.

|   | Ampollas 1 cc.<br>cada cc. | GOTAS<br>cada cc. |
|---|----------------------------|-------------------|
| Sal arsenical del éter monoetilico del<br>ácido ditiocarbónico . . . . . Grs. | 0,015                      | 0,02 "            |
| Fósforo . . . . . >   | 0,00145                    | 0,00193           |
| Colesterina . . . . . >   | 0,006                      | 0,0032            |
| Magnesio (clorofila) . . . . . >  | 0,00025                    | 0,00025           |
| Cloretina . . . . . >   | 0,005                      | —                 |
| Aceite de Oliva C. B. P. . . . . >  | 1,00                       | —                 |

Enfermedades agotantes del sistema nervioso  
Enfermedades de la nutrición

Dosis: Ampollas de 1 cc., una diaria.  
Gotas: Adultos, 10 gotas cada vez, dos o tres veces al día, en un poco  
de agua o vino, antes de las comidas.— Niños: Mitad dosis.

Agente: "DYP SA" - Apartado 942 - BARCELONA

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.982.)



# 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: *Queloides primitivos de remisión espontánea*, por los Dres. Sandalio González Calvo y Enrique Merino Eugercios. *Los tumores del riñón*, por el Dr. Francisco Martino Savino. *Higado, tomate y ajo*, por el Dr. Francisco Javier Blanco Juste. DIVULGACIONES NACIONALES: *Genialidad y psicopatología: Friedrich Nietzsche*, por el Dr. José M.<sup>a</sup> Sacristán. *La hidrología médica en relación con la especialidad tocoginecológica*, por el Dr. Ernesto Vallejo Morlones. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *La enfermedad de la bomba atómica*.  
REGISTRO DE SUMARIOS.

## COLABORACIONES

### QUELOIDES PRIMITIVOS DE REMISIÓN ESPONTANEA

por los doctores

SANDALIO GONZALEZ CALVO

y

ENRIQUE MERINO EUGERCIOS

Director

Profesor auxiliar

del Dispensario Dermatológico de Palencia.

de la Facultad de Medicina de Valladolid.

El caso que motiva esta comunicación tiene, a juicio nuestro, un doble interés: primero, la circunstancia nada frecuente de ser primitivos los queloides que presenta la enferma; segundo, la extrema rareza de su tendencia a remitir espontáneamente. Ciertamente es; no son pocos los autores que ponen en duda la existencia de estos queloides primitivos; los que así piensan invocan como factor determinante un traumatismo previo tan discreto, que pasaría inadvertido; frente a este criterio, justo es hacer constar el de aquellos que hablan de queloides espontáneos como hallazgos raros, pero auténticamente ciertos. Lo que es de todo punto excepcional es comprobar su regresión espontánea, sólo observada por escaso número de autores.

La historia clínica de nuestra observación es como sigue:

C. R. G., de dieciséis años, costurera y natural de Valladolid. En cuanto a antecedentes personales, sólo sarampión refiere haber padecido. Han sido cinco hermanos; todos viven y nada anormal aquejan.

El comienzo de su proceso lo refiere a unos siete meses; sin el más pequeño traumatismo ni la menor lesión preexistente, comenzó a advertir sus primeras manifestaciones a nivel de parte media de la región dorsal y a la izquierda de la línea vertebral. Se iniciaron por varias lesiones, pri-

mero aisladas, de pequeño tamaño, prominentes, duras, de superficie lisa y tono rosado; surgieron sin ir precedidas ni acompañadas de molestia alguna; su crecimiento lento, pero progresivo, llegó a aproximarlas hasta fundirlas en la lesión amplia y única, que hoy, además de otras, presenta la enferma.

A los tres o cuatro meses de constituida definitivamente la lesión que antecede, advierte la enferma que por alguno de sus puntos comienza a regresar de manera espontánea. Aquellas formaciones, duras, fibrosas y prominentes, se aplanan, reducen y llegan en absoluto a desaparecer, sobre todo en el polo superior de la lesión descrita. Este dato, del que dan cuenta con todo detalle los familiares de la interesada, despertó en nosotros desde el primer momento la natural curiosidad. Más tarde comprueba en región infraesternal una lesión de caracteres objetivos similares, pero de dimensiones más reducidas; tuvo su período de crecimiento, llegó a adquirir dimensiones aproximadas a las de una avellana; pero, en un momento determinado, comienza a disminuir de tamaño, se aplanan y llega a desaparecer en absoluto. En parte inferior de región dorsal y a nivel de la línea media, nota la aparición, poco tiempo después, de dos lesiones del mismo tipo, que se ajustan en su crecimiento y re-



gresión a las mismas vicisitudes evolutivas; crecen hasta alcanzar tamaño superior a un guisante, se inicia su regresión sin la menor acción terapéutica, y su desaparición es definitiva en breve plazo.

Con estos datos, que nos facilitan la enferma



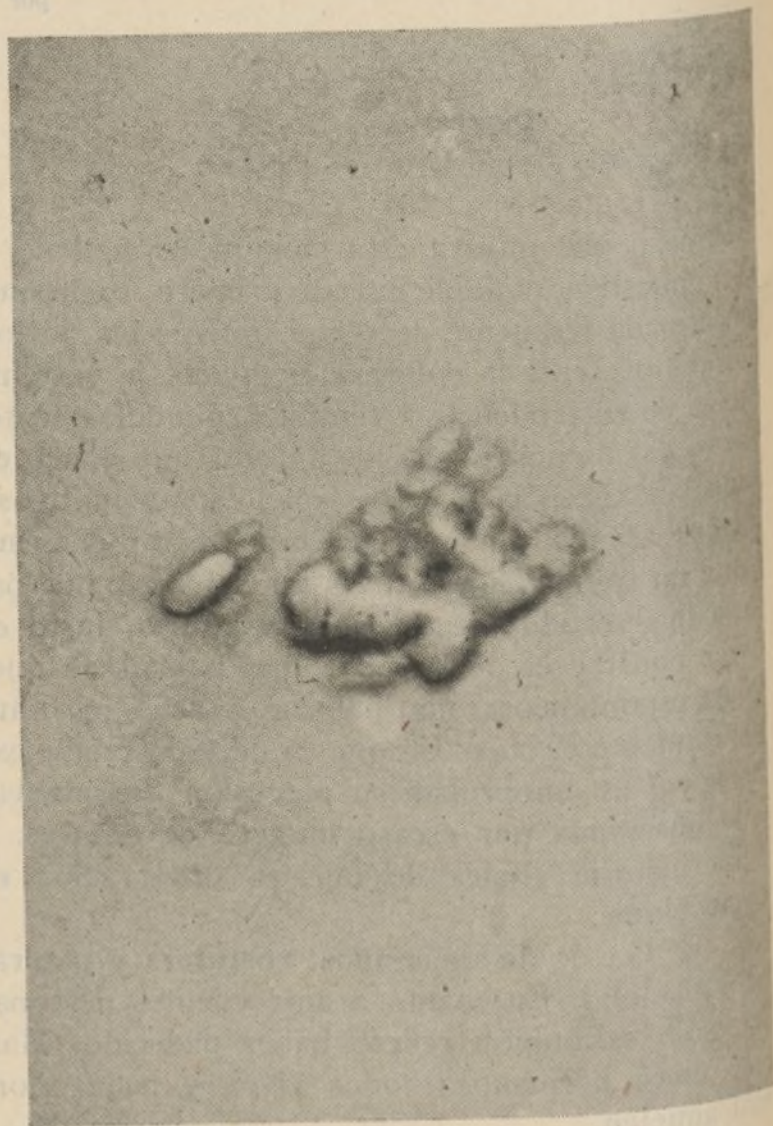
y sus familiares, pasamos, en el estudio del caso, al examen objetivo de las lesiones.

*Estado actual objetivo* (día 26 de febrero de 1945).—A nivel de parte media de región dorsal izquierda comprobamos la existencia de una lesión en *gateau* de 4 por 3,5 centímetros, configuración irregular, límites muy precisos con la piel sana, superficie lisa y consistencia fibrosa; el relieve que forma sobre la piel que la rodea es de casi medio centímetro de espesor; el tono de la lesión es rosa pálido en algunos sitios y más subido en otros; el todo se desplaza sin dificultades sobre los planos subyacentes; la palpación es totalmente indolora. Sin embargo, en la lesión descrita hay una zona en la que la signología objetiva es en absoluto diferente; viene a representar una tercera parte de sus dimensiones totales, y está constituida por aquella zona, donde lo fibroso inicial ha sufrido un proceso de regresión espontánea; a este nivel lo saliente de las lesiones iniciales ha desaparecido; el aspecto queloide primitivo, ya inexistente, ha dado paso a una cicatriz lisa, atrófica, de color blanquecino en el centro y con una pigmentación periférica bastante acusada; esta parte, en que la textura queloide inicial se ha borrado, no es uniforme; bien al contrario, en lo residual consecutivo a las formaciones queloideas

de un principio se advierten zonas atróficas lenticulares, que, por su disposición y morfología, acreditan la independencia originaria de las lesiones que las precedieron. El resto, en el que se incluyen las dos terceras partes de la lesión principal que describimos, tiene todos los caracteres del queloide más típico.

Anotemos en la parte izquierda de esta formación una lesión de un centímetro de tamaño, inicialmente queloide, pero ya en vías de regresión espontánea, apenas si forma relieve y camina, como la zona alta de la lesión descrita, hacia su desaparición definitiva. Más hacia la línea media obsérvanse dos pequeñas lesiones dispuestas a modo de antejo, de centro pálido, liso y atrófico, sin relieve y bordes pigmentarios acusados; a su nivel existieron queloides, que desaparecieron dejando como lesiones residuales las reseñadas. En región infraesternal, queloide auténtico en vías de regresión.

Apartir del día 27 de febrero, fecha en que biopsiamos la lesión principal, y en un par de meses de observación detenida, hemos podido advertir cómo siguen tendiendo las lesiones más acusadas a desaparecer espontáneamente; no han remitido del todo, pero cabe esperar sea éste su



destino definitivo, visto lo acontecido con las lesiones más pequeñas y la marcha regresiva que han ido tomando las de mayores dimensiones y más definitivamente constituidas.

Desde el punto de vista interno, no recogemos nada anormal en nuestra enferma.



La serología de lúes es totalmente negativa (reacciones de Hecht, citocol, Kahn, M. T. R. y M. K. R.).

Calcemia, método de Clarck-Collip, 0,20 gramos por 1.000.

**Histopatología de la lesión.**—La biopsia se ha practicado en la lesión mayor, procurando recayera en la zona donde lo fibroso se ofrece con caracteres más netos.

**Epidermis.**—No muestran en conjunto sus células alteraciones estructurales evidentes; en las crestas interpapilares se registra alguna anormalidad en lo que atañe a su morfología y disposición habitual: amplias y aplanadas en algunos sitios; son en otros finas y puntiagudas. El límite dermoepidérmico aparece bien conservado; apréciase con claridad la membrana basal de separación, que se continúa en el epitelio, con la capa germinal epitelial fuertemente pigmentada. Los puentes intercelulares se observan algo disminuidos de tamaño; los espacios entre las células del cuerpo mucoso desaparecen en no pocos sitios al disponerse, sobre todo, en las crestas interpapilares, apretadas entre sí y perpendiculares a la superficie externa.

Después de una granulosa integrada por una sola hilera celular y de una lúcida estrecha, se advierte la capa córnea, muy fina, formada tan sólo por el *estratum disyuntum* con las laminillas córneas separadas entre sí. En algunos puntos se engruesa, debido al mayor espesor de la córnea propiamente dicha. El espesor general del epidermis es fino, quedando en algunos puntos reducido a tres o cuatro filas de células.

**Dermis.**—Aunque a primera vista parece idéntica la estructura de esta zona, hay detalles que justifican, para el estudio, su separación en dos estratos.

a) Estrato papilar. Lo primero que llama la atención son las variaciones morfológicas de las papilas coincidentes con las descritas en el epidermis; más amplias y bajas de lo normal, aparecen constituidas por tejido colágeno con sus haces engrosados, entre los cuales, y en cantidad no muy abundante, obsérvanse células conjuntivas, principalmente fibroblastos. No hay alteraciones de estructura y calibre en el vaso capilar de la papila; toda esta zona muestra un ligero edema. En la parte inferior de este estrato, y en el límite con el reticular, las fibras se hacen más densas y unidas, y se constata un evidente infiltrado perivascular, constituido por linfocitos y células conjuntivas que se disponen a modo de manguito a lo largo del vaso, bien limitado del resto del tejido, pero sin producir lesiones en las capas vasculares.

b) Estrato reticular. Forma el tejido propiamente tumoral y se ofrece constituido por haces de fibras colágenas, densas y apretadas, entrecruzadas en todas direcciones, con tendencia a dis-

ponerse en remolinos, aunque no sean claramente diferenciables. Entre las fibras se encuentran abundantes células conjuntivas, fibroblastos sobre todo, de escaso citoplasma y núcleo oval alargado en dirección de aquéllas; vense, además, algunas células cebadas. Tanto las fibras como las células, se disponen en muchos sitios concéntricamente a un vaso sanguíneo con ligera infiltración linfocitaria; estos vasos tienen, en general, su calibre disminuido y en ocasiones hasta la luz obturada y esclerosada, tanto por la infiltración como por la proliferación conjuntiva.

Las coloraciones específicas no denuncian la existencia de fibras elásticas ni reticulares. Los ra-

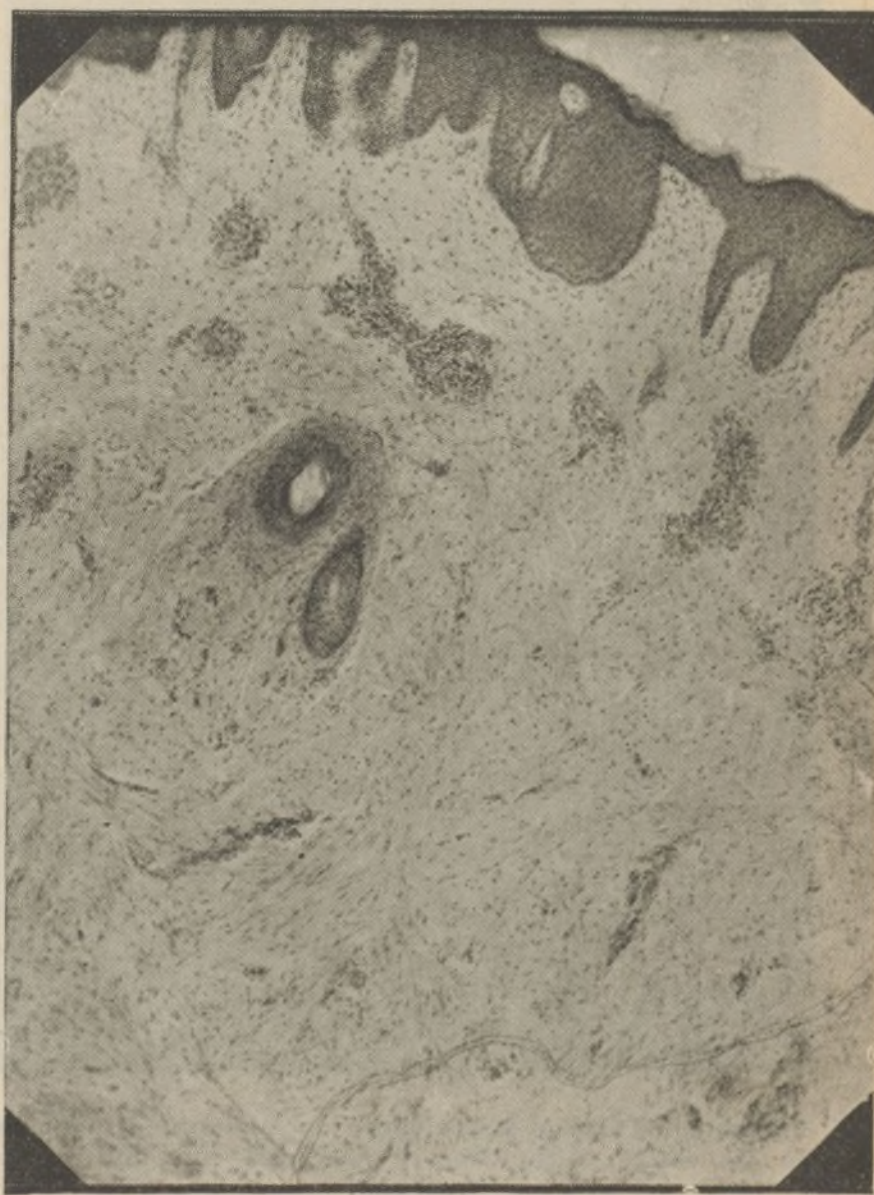


Figura 1.ª—Estructura de conjunto. Obsérvese el epidermis, la infiltración perivascular, la atrofia folicular y la disposición del conjuntivo.

ros folículos pilosebáceos que se observan están comprimidos por la proliferación conjuntiva, faltando totalmente las glándulas sebáceas. Lo mismo acontece con las sudoríparas, de las que se ven algunos restos de conductos excretores atroficos e infiltrados.

c) Porciones limítrofes. La masa tumoral se continúa insensiblemente con las partes vecinas, apreciándose por la disminución del grosor de las fibras colágenas y, sobre todo, por una estructura menos alterada del cuerpo papilar y del epidermis, hasta recuperar su disposición normal.



*Comentarios.*—Desde el punto de vista clínico e histológico, el diagnóstico de las lesiones que presenta nuestra enferma no creemos ofrezca lugar a la menor duda. Se trata de auténticos queloides; lo que presta particular interés a nuestra observación es que estas formaciones conjuntivas hayan ido sucesivamente surgiendo sin el menor traumatismo ni la más pequeña lesión anterior. Estamos acostumbrados a ver queloides secundarios a lesiones preexistentes; la excepción es ver los auténticos y rigurosamente primitivos. Prescindimos de hacer consideraciones sobre la etiopatogenia de los queloides, pues es asunto expuesto con amplitud en las actas de la sesión es-



Figura 2.<sup>a</sup>—Porción propiamente queloidiana; disposición de las fibras conjuntivas y esclerosis con infiltración vascular.

pecial que en mayo de 1931 dedicó a este tema el profesor PAUTRIER, de Estrasburgo; como criterio interpretativo digno de especial mención, recordemos que para este autor los queloides, las atrofas cutáneas y la esclerodermia no son otra cosa sino aspectos diferentes de un mismo disturbio; existen, bien es verdad, diferencias clínicas apreciables entre las tres entidades citadas; pero, en realidad, sigue diciendo PAUTRIER, es siempre el tejido conjuntivo el que se ofrece alterado. Cambios en su estructura, y, probablemente, en su composición química, le harían atrofiarse, esclerosearse e infiltrarse o hipertrofiarse. En suma: para PAUTRIER, los queloides y los otros dos procesos mencionados no serían otra cosa sino meros

trastornos del metabolismo del tejido conjuntivo. Sin embargo, la condición primitiva de los queloides, ya dice, asimismo, PAUTRIER hace más compleja su interpretación etiopatogénica.

Histológicamente, se considera como queloide una formación tumoral caracterizada por el crecimiento excesivo del tejido conjuntivo colágeno. Se incluye entre los tumores conjuntivos benignos y se le cataloga como una variedad de los fibromas (por su tendencia a recidivar tendría para LETULLE una malignidad relativa).

Desde el punto de vista macroscópico, son tumores duros, bien limitados, no adheridos a los planos profundos, de superficie lisa, brillante y de color blanco o rosado, rara vez pigmentados. La piel que los recubre se muestra atrófica, sobre todo en los de existencia inveterada. Su crecimiento es expansivo, pero limitado; tienden a recidivar después de extirpados. Es excepcional comprobar se reduzcan de tamaño o que lleguen reabsorbiéndose, incluso a desaparecer en absoluto (casos de REISS, AMICIS, ALIBERT y HEBRA).

Dentro de los queloides se ha tendido a separar los espontáneos o primitivos de los cicatriciales o secundarios (ALIBERT, REISS y WARREN). Para DARIER, BESNIER y UNNA y otros no existiría más que un solo tipo morfológico, en el que, según GANS, cabría distinguir un estado joven y otro adulto. Se han descrito otras variedades especiales, entre las que merece especial mención la llamada exantemática, de la que han descrito casos REISS y AMICIS, y los queloides congénitos, localizados, según ARNDT, con más frecuencia en pies y manos.

Refiriéndonos a la estructura histológica, aunque es unánime el criterio de considerarlos integrados por tejido colágeno, PAUTRIER y WORINGER descartan la suposición de que este tejido sea adulto, sino joven, por el contrario. Esta opinión, en principio respetable, tiene un valor limitado, pues no cabe duda que llega un momento en que el fibroma envejece y su colágena se hace más adulta.

El separar los queloides espontáneos de los traumáticos tiene su fundamento morfológico, ya que los primeros conservan durante todo su curso evolutivo un epidermis sin alterar, y, sobre todo, un cuerpo papilar con muy pocos cambios estructurales; nuestro caso, como puede verse en la adjunta microfotografía, y en la descripción de la pieza biopsiada, debe incluirse en este grupo, aunque el así interpretarlo no entrañe, por otra parte, la menor duda desde el punto de vista clínico. Las alteraciones de las células epidérmicas en estos queloides espontáneos atañen sólo a su morfología y dependen de la compresión que el tejido tumoral ejerce sobre ellas; no se advierten las alteraciones de tipo atrófico que se describen y encuentran en los queloides cicatriciales; no cabe en nuestra observación la objeción de



que, fuera una lesión de comienzo en la cual sien- do el punto de partida lesional central, no hubie- ra aún tenido tiempo de alcanzar el epidermis; este argumento se desvanece si tenemos en cuen- ta que la lesión biopsiada estaba bien constituí- da, y era, de todas las que presentaba la enfer- ma, la más antigua. Que esto es así, nos lo de- muestra, por otra parte, la estructura del cuerpo papilar, el cual aparece indemne, como GANS comprueba en el tipo joven de queloide vulgar.

Otro carácter fundamental de los queloides es pontáneos es el conservar en algunas zonas restos de folículos pilosos y de glándulas sudoríparas en estado atrófico, pero claramente apreciables. Este hallazgo, descrito por TOMASCZEWSKY y compro- bado por autores como GANS, tiene gran impor- tancia.

En la zona propiamente tumoral o queloidiana, son tres los elementos fundamentales a conside- rar: fibras colágenas (el más interesante y el que integra la porción principal del tumor), células y sistema vascular. Encontramos las fibras en el estrato papilar, como GANS las describe en los queloides jóvenes, anchas y con ligero edema en- tre ellas, pero sin presentar una alteración tumo- ral marcada, sino más bien un proceso de hiper- trofia; el resto del tumor aparece formado por fi- bras intensamente unidas, entre las que se advier- ten células conjuntivas y un ligero edema interfibrilar. No se encuentran, como ya apuntamos, fi- bras elásticas ni reticulares.

Los elementos celulares son, sobre todo, fibro- blastos de núcleo oval y protoplasma escaso; su distribución es irregular; pero lo mismo que las células linfoides, se disponen más bien en torno a los vasos; por ello, WARREN pensó que el que- loide se producía por la proliferación de ellas, y que era, por tanto, periadventicial; tal vez no sea esto otra cosa sino la lógica disposición de los fibromas en torno al eje conjuntivo vascular que les nutre y permite proliferar a sus células y fi- bras. Las células son escasas, no viéndose en nin- gún sitio esos acúmulos descritos por GANS, que llegarían a semejar formaciones sarcomatosas, ni tampoco esa frecuencia de mitosis, que el mismo autor observa, particularmente en las zonas más jóvenes de los queloides.

Además de las células conjuntivas, vense lin- focitos en situación perivascular, más abundantes entre el estrato papilar y el reticular, donde lle- gan a formar nodulillos claramente apreciables (véase la microfotografía). No hemos encontrado mastocitos en la acusada proporción que señalan



# DIBIONTA

Vitamina B<sub>1</sub> + C

Complemento de la nutrición en cantidad  
adecuada a las necesidades diarias

Frascos de 50 grageas

*E. Merck*



PAUTRIER y WORINGER; al no hacer mención especial de estas células en los queloides espontáneos descritos, cabe pensar si su hallazgo sería más frecuente en los de origen inflamatorio o traumático.

Los vasos de la porción tumoral, aparte de su infiltración periférica clara, muestran en la parte central señales de atrofia, llegándose a convertir

en cordones celulares. Las zonas vecinas de la formación tumoral son de estructura normal en nuestro caso.

En resumen: creemos de interés haber dado a conocer este curioso caso de queloides, confirmado histológicamente, porque en él coinciden la rareza de su condición primitiva y lo excepcional de su tendencia a la remisión espontánea.

CLINICA DE SAN BERNARDO, S. L.—SERVICIO DE UROLOGIA

## LOS TUMORES DEL RIÑÓN

por el

Doctor FRANCISCO MARTINO SAVINO

### INTRODUCCIÓN

Tiene por objeto este trabajo dar a conocer algunos detalles de diagnóstico y pronóstico que juzgamos interesantes.

Se presentan, igualmente, dos nuevos casos de hipernefomas, de clínica privada uno y del Servicio que encabeza este trabajo el otro, según el informe del analista del mismo, doctor FAUSTINO BALLESTEROS DE QUEVEDO.

Como se verá *in extenso* más adelante, los tumores renales son raros; dentro de esta rareza general se presentan en cuantioso porcentaje bajo dos formas principales: una, en el adulto de cincuenta años—como son los que se presentan—, correspondiente al mal llamado hipernefoma, tumor de Grawitz, epiteloma de células claras, etcétera, etc.; otra, en el niño de hasta diez años, conocido con el sobrenombre de tumor de Wilms, tumor mezclado, adenomiosarcoma embrionario, etcétera, etc.

Descubre al del adulto un síntoma capital: la hematuria; revela al del infante la tumoración; ambos tumores son malignos por invasores y recidivantes, dando metástasis a distancia y a órganos vecinos.

El éxito terapéutico es función, pues, de la precocidad en el diagnóstico; de aquí la importancia del signo que presentamos al alcance de cualquier médico general. La comprobación de nefromegalia sin hidronefrosis habla de tumor renal; la nefromegalia se comprueba por la palpación, mientras que la ausencia de hidronefrosis se revela por una pielografía descendente. No es absolutamente patognomónico, ya que puede haber tumores renales con hidronefrosis y nefromegalias sin hidronefrosis no tumorales (raros casos de quistes renales, ciertos raros casos de pionefrosis corticales sin comunicación con pelvis renal, etc.); mas si se asocia a hematuria, a mal estado general, a dolores sordos renales, a rápida emaciación, el diagnóstico puede establecerse—antes de que el tumor se haya hecho, perforando la cápsula renal, inoperable—con el indicado signo.

Se refiere el otro signo al pronóstico; tan pronto como el tumor renal perfora la cápsula renal, invade los órganos vecinos, adquiriendo con ellos sólidas adherencias que le dan una fijeza extraordinaria; ésta puede descubrirse utilizando el signo del bloqueo pélvico renal. Para obtenerlo, se practica un primer pielograma, y en seguida se obtiene otro con el enfermo respirando; en estas condiciones, si el tumor se ha hecho extrarrenal, las adherencias le fijan, por lo que el riñón pierde su movilidad respiratoria normal, y entonces decimos que el tumor es perfectamente inoperable. Tampoco es patognomónico; y ello, en el sentido de que puede haber movilidad respiratoria, y, en cambio, estar ya invadidos los grupos ganglionares yuxta y retroaórticos, absolutamente inasequibles al acto operatorio, y que habrán de ser abandonados en su sitio.

Se citan en el trabajo las últimas disquisiciones patogenéticas y de tratamiento; se acompaña la fotografía de un hipernefoma que había perforado cápsula renal, y una porción demostrativa de una diapositiva de pielografía ascendente; en ella damos valor a la ausencia de hidronefrosis, a pesar de la evidente nefromegalia (a la palpación), y menos valor a la clarísima amputación de cálices que se observa.

### EMBRIOLOGÍA

Nos vamos a referir exclusivamente a los *tumores renales sólidos*; por tanto, no serán objeto de nuestro estudio las tumoraciones renales subsiguientes a la retención renoureteral de la orina (hidronefrosis), de la orina purulenta (uropionefrosis), a formaciones quísticas (riñón poli-quístico, quistes renales, etc.) provocadas por retenciones intrarrenales de orina por malformación congénita, según está admitido hoy en día por los más de los autores, de la unión de la extremidad craneal del conducto de Wolff, que origina los conductos colectores a partir de un brote surgido de dicho conducto (*conducto metanéfrico*) con el *blastema metanefrógeno* (*metanefros*), que ha



pasado antes por las fases de pronefros y mesonefros (cuerpo de Wolff, riñón rudimentario de ciertos animales inferiores); es en la fase de mesonefros cuando de la aorta ventrolateral nacen brotes vasculares que se insinúan entre las formaciones corpusculares mesonéfricas, acabando, de momento, en un engrosamiento esferoideo.

Los tres estadios indicados son fases sucesivas del desarrollo de un mismo órgano; en la etapa de larva de los anfibios, el pronefros funciona como riñón que se transforma, ya cual anfibio adulto, en mesonefros, vertiendo los productos de deshecho directamente al celoma, mientras que en el hombre aún se desarrolla el metanefros y su conducto excretor, del que derivará finalmente el riñón adulto. El pronefros procede, a su vez, de células mesoteliales, sitas en la parte dorsal de la primitiva cavidad abdominal a nivel de los pedúnculos segmentarios primitivos 7 a 14; es el nefrostoma, que yace absolutamente contiguo a los miotoma y esclerotoma.

Como se ve, el desarrollo del riñón es particularmente complejo, interviniendo en su formación múltiples factores; de aquí el carácter mixto de muchos de los tumores, la pléyade de teorías patogenéticas sobre los mismos y la razón del esbozo embriológico que acabamos de hacer.

Trátase de una enfermedad poco frecuente, afortunadamente. KUSTER (1), sobre 19.934 enfermos, encuentra quince cánceres del riñón; SOCIN (2), sobre 17.495, encuentra ocho cánceres; KELINACK (3), sobre 1.400, seis cánceres; JEANSELME y BARBE (4) encuentran nueve cánceres de riñón en 1.561 cancerosos; es decir, que apenas llega al 1 por 1.000 entre los no cancerosos, y apenas excede del 0,50 por 100 entre los cancerosos. No obstante ello, ALBARRÁN e IMBERT (6) habían recogido 585 tumores renales hasta 1903; TADDEY (7), en 1908, publicaba otra estadística de 434 tumores sin conexión con los anteriores.

Una clasificación didáctica de los tumores renales se debe a LECENE (8), asociado más tarde a WOLFRONS (9), y que es la que vamos a seguir, ya que otras aparecidas posteriormente antes aumentan la confusión que aclaran los conceptos; por lo demás, nuestra postura es ecléctica, alterando la clasificación de LECENE en todos aquellos puntos en que sea preciso, a causa de los modernos conocimientos reducidos, de otra parte, a adquisiciones patogénicas.

La etiología de los tumores renales es, como la de los demás tumores de la economía, perfectamente desconocida (GASSOLO, 10); son, dentro de la rareza, frecuentes en la primera infancia—antes de los diez años—, citándose, incluso, casos de ocho meses (CUTLER-BUSCHKE, 11); luego aparecen de los cuarenta y cinco a cincuenta y cinco años. La herencia—casos de MASSLOW (12)—, los traumatismos, la litiasis, la tuberculosis renal, la ptosis, etc., parecen haber sido tilda-

das por más de un autor como causas predisponentes; igualmente se citan los casos de cánceres renales aparecidos con anormal frecuencia en los obreros de las fábricas de anilina alemanas y en los afectos de anomalías renoureterales.

Por lo que respecta al sexo, no hay distinción entre hembras y varones.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA

Con LECENE y WOLFRONS, los tumores renales se dividen en:

##### I. TUMORES CONJUNTIVOS

Los lipomas puros del riñón son muy raros; más frecuentemente se encuentran asociados a otros tumores accesoriamente o incluso como tumores mixtos; no obstante, se han descrito algunos casos de lipomas puros o de fibrolipomas, como los de DICKINSON, WIRCHOW y HASTING (13) y MITCHEL (14); se sospecha subsigan a la metaplasia del tejido conjuntivo o se formen a expensas del propio tejido grasoso renal o, finalmente, a la invasión del riñón por la grasa hiliar; para LOWSLEY-KIRWIN (16) se trataría de la representación de una *esclerolipomatosis renal secundaria*.

Son tumores múltiples, pequeños y benignos, de un color blanco amarillento; la malignidad aparece en los liposarcomas.

Los *mixomas* puros del riñón son muy raros, mas pueden verse asociados a otros tumores renales.

Los *angiomas* descritos son hallazgos de autopsia; su tamaño oscila entre una grosella y una nuez; son muy parecidos a los angiomas cavernosos del hígado, según el sentir de LEGUEU (15); son benignos y no poseen importancia clínica, no dando síntomas, a no ser que invadan la pelvis renal, en cuyo caso aparece profusa hematuria.

Los *angiosarcomas* se forman a expensas de la pared de los vasos, existiendo dos variedades: *Endotelioma sanguíneo* y *endotelioma linfático*; igualmente a los anteriores, son muy raros. Entre nosotros, PASCUAL (77) ha publicado un caso de angiosarcoma.

Igualmente raros son los *sarcomas* puros del riñón; su estructura histológica varía notablemente, aunque los casos registrados corresponden a la forma de sarcoma fusocelular; otros ostentan abundancia de elementos no sarcomatosos, como son los *leiomiomas*, generalmente de gran tamaño; casos de BERRY, 1929 (17), y CROSBIE-PINKERTON, 1932 (18), etc., habiendo publicado en 1939 GORDON (19) 29 casos en un extracto exhaustivo de la literatura.

Los *leiomiomas* se presentan bajo dos formas: 1.<sup>a</sup>, pequeños nódulos aparecidos en la autopsia de sujetos muertos por otras causas; 2.<sup>a</sup>, como masas de mayor tamaño que producían trastornos



por compresión y distensión capsular que requieren extirpación quirúrgica, y son diagnosticados por el estudio histológico postoperatorio del tumor. Un leiomiobroma de 4.600 gramos de peso fué extirpado por ORCHNER en 1899.

Un caso de *corioepitelioma* metastático de riñón ha sido citado por BOECKEL y FRANCK (86).

Los *fibromas* son hallazgos de autopsia; los *fibrosarcomas* son rarísimos. Se han citado casos de *osteoma* y *linfadenoma* y un *mielocitoma* (93).

## II. TUMORES EPITELIALES

1.º *Adenoma*.—Son benignos. ALBARRÁN distinguía tres tipos:

a) Adenomas canaliculares o tubulares (masas epiteliales cilíndricas con cavidad central o macizas).

b) Adenomas papilares o cavitarios, en los que las masas epiteliales estarían dispuestas como papilas embrolladas.

c) Adenomas ciliares de células claras, en los que se observaría una disposición alveolar.

Suelen ser subcapsulares, de un tamaño hasta de una cereza; raros, tienen tendencia a hacerse adenocarcinomas; modernamente se han ocupado del asunto KRETCHMER y DOERING en 1929 (30), BAYLEY y HARRISON en 1937 (31) y SIMON en 1944 (46).

Los adenomas pequeños de hasta un centímetro de diámetro se encuentran en las necropsias de los arterioscleróticos con particular frecuencia. Presentan un parecido extraordinario con las células renales, de las que apenas se diferencian; sus mitosis son escasas, y se encuentran rodeados de una cápsula conjuntiva bien manifiesta y no invadida por los elementos epiteliales. Los grandes adenomas son muy raros, y presentan un color amarillento y blanquecino; entonces dan dolores, habiéndose presentado casos en niños muy pequeños.

2.º *Adenocarcinoma*.—Ya es maligno, y representa una transición entre los anteriores y los que a continuación describiremos; anatomopatológicamente, presentan en unos lugares las características del adenoma papilar y en otros focos epiteliomatosos de marcado carácter invasor.

3.º *Epitelioma-carcinoma*.—Con excepcional rareza, es bilateral. Su tamaño oscila entre una avellana y cuatro kilogramos. Deforma al riñón, el cual puede ptosarse por su peso aumentado. Se propaga y adhiere a los vecinos; entonces contrae una fijeza absoluta (signo de Minkowski). No hay inconveniente en dividirlos, con ALBARRÁN, en dos formas:

El *epitelioma carcinoide* es un tumor muy maligno que está formado por células oscuras y granuladas muy apretadas y dispuestas en alvéolos separados por un estroma conjuntivo escaso; recuerdan estas células a las de los tubos contornea-

dos, por lo que se ha sospechado provengan de ellas (LOWSLEY). Según este autor, este tumor debería denominarse *carcinoma alveolar*. Otros le denominan *adenocarcinoma*, etc., etc.

Para MELLICOW (63), estos tumores de células granuladas y oscuras derivarían de las hojas de la cápsula de Bowman.

Otro tipo es el *epitelioma de células claras*, que es también sumamente maligno; el tumor *ab initio* se rodea de una cápsula fibrosa, de donde parten tabiques que forman alvéolos repletos de células o que sólo los tapizan, estando el interior repleto de serosidad sanguinolenta; esto ha de interpretarse como degeneraciones de las masas celulares por la gran rapidez de su crecimiento, según APITZ (64).

Es éste el tumor conocido por el sobrenombre de Grawitz (32), y al cual BIRCH-HIRCHELF, en 1884 (24), denominó *hipernefoma*; según estos autores, dicho tumor provendría de restos aberrantes de la cápsula suprarrenal incluidos en el riñón; pero, en opinión de un sinnúmero de autores, LOWSLEY, WILBDOZ, MELLICOW, etc., etc., es casi seguro proceden de gérmenes renales con desarrollo muy primitivo que ulteriormente evolucionarían; no obstante, en muchos de ellos la presencia de elementos grasientos fosforados, su disposición histológica—muy semejante al tejido de la cápsula suprarrenal—, la coexistencia de hipertensión arterial, etc., hacen posible que, aun hoy, no esté absolutamente elucidada la cuestión del origen de estos tumores.

Al sentir de WILBDOZ (33), los tumores de Grawitz presentan un aspecto singular; al corte predomina un tono rojo pardo; suele estar sembrado de manchas de color amarillo de manteca, por lo que tienen un aspecto policromo. Microscópicamente, dichos tumores están constituidos casi exclusivamente por capilares engastados en un estroma muy fino, entre el que discurren cordones de grandes células claras que muestran intensa degeneración vacuolar; a su decir, muchas de estas células degeneran y forman pseudoquistes de difícil diferenciación clínica con los verdaderos quistes renales en muchos casos.

Por dichos caracteres, WILBDOZ los denomina *hipernefroides*, con lo que quiere indicar que son tumores provenientes de células primitivas incluidas en el riñón y que se desarrollan, por ende, según medios primitivos, adoptando la forma de la cápsula suprarrenal que conocemos por reconocer idéntico origen embriológico al de los elementos formadores de la misma.

Pero el origen de tales hipernefomas, pese a lo dicho, constituye un conocido «caballo de batalla» urológico; con el término de *facomatosis* indica SILVA HORTA (62)—de *facoma* cristalino—a todo tumor de células claras.

A favor del origen suprarrenal del hipernefoma estarían: la gran semejanza entre los caracte-



res microscópicos del hipernefoma y de la cápsula suprarrenal: disposición radiada de las células, carencia de elementos glanduliformes y papilares, riqueza vascular, aspecto endocrino, situación del hipernefoma bajo la cápsula renal tal como la de los nódulos aberrantes suprarrenales que muchas veces se encuentran en el interior del riñón, y la presencia alrededor de la neoplasia, de una cápsula que, *ab initio*, la separa del parénquima renal.

Mas, en realidad, la comparación debe ser establecida, no entre hipernefoma y cápsula suprarrenal sana, sino entre hipernefomas y córticosuprarrenalomas; de esta forma se observan las siguientes identidades: tendencia a la propagación por vena renal y vena suprarrenal, posibilidad de presencia de elementos sarcomatosos, habida cuenta su carácter mesotelial; ausencia de elementos glanduliformes y tubulares (que APITZ interpreta, cuando aparecen, según dejamos apuntado, como necrosis, y MELLICOW interpreta como expresión de la compresión reinante; pero que SILVA HORTA ha visto cómo, en realidad, pueden presentarse, ya que se observa la disposición glanduliforme y tubular en las metástasis. Todos tres son partidarios del origen renal del hipernefoma).

Existe, finalmente, un carácter nítido que los diferencia: en el hipernefoma, las células tienen un aspecto vegetal: gran citoplasma incoloro que rechaza periféricamente al núcleo y dotado de un exoplasma muy marcado; mientras que en el córticosuprarrenaloma el aspecto de las mismas células claras sería vacuolar (SILVA HORTA).

A este carácter distintivo, en contra de la procedencia suprarrenal, se unen:

1.º En los hipernefomas no aparecen alteraciones de los caracteres sexuales; aunque existen formas de córticosuprarrenalomas en que tampoco aparecen, según hacen notar CAHILL-MELLICOW (54), y que llegarían, al decir de GOLDZIEHER (65), al 35 por 100; se cita el caso de ASKANAZY (66), en donde había hipernefoma con aplasia suprarrenal bilateral, sin que se presentasen alteraciones orgánicas por carencia de las suprarrenales.

2.º FEODOROFF (73) encuentra adrenalina en los hipernefomas; mientras que BAYER y LANG (67), mucho más recientemente, no la han hallado; HORTON (70) indica que había hipertensión en el 40 por 100 de los hombres y en el 55 por 100 de las mujeres de su estadística; semejante porcentaje, en realidad, deja mucho que pensar.

3.º El hipernefoma es muy rico en vitamina C. Este detalle, según ASKANAZY, hablaría a favor del origen suprarrenal; pero SILVA HORTA indica que ello es debido a que el hipernefoma está dotado de propiedades atractivas para el ácido ascórbico, tratándose, de consiguiente, de un enriquecimiento secundario.

4.º La ausencia de células cromafines; en el caso de PICK había células cromafines en dicho

hiperenfoma, lo que ha de ser interpretado como proliferación por el hecho de la proliferación hipernefomatosa que determina el aporte de elementos nutritivos que la hagan factible, de nódulos supracorticales aberrantes, existentes muchas veces en el riñón; dichos nódulos existirían, para APITZ, en el 7 por 100 de 3.331 autopsias por él practicadas, y en un 2,7 por 100 para EWINGS y BRITES (69), habiendo éste cortado en láminas de 0,5 a 1 milímetro de espesor 1.102 riñones.

Se ve, pues, que el origen suprarrenal del hipernefoma no puede ser admitido más que para algunos raros casos; un *hipernefoma verdadero* habría de reunir: 1.º, células cromafinas; 2.º, carácter vacuolar de sus células, y 3.º, alteraciones endocrinas. Algunos córticosuprarrenalomas presentarían contadas células vegetales, debido a la unión de algunas vacuolas, minúsculas gotas de grasa que, reunidas, formarían la gruesa gota de grasa propia de los tumores de Grawitz.

Tales hipernefomas verdaderos serían contadísimos: dos casos de FRASER, tres de MELLICOW, el de ASKANAZY y el de PICK. Y provendrían de los nódulos aberrantes suprarrenales, constituyendo *corioblastomas* a partir del «anlage» suprarrenal, intrarrenal, mencionado; serían los *coristias* de ALBRECHT (68).

¿De qué células provienen los tumores de Grawitz, o *epitelioma de células claras*, o el conocido y vulgar *hipernefoma renal*?

Para MELLICOW, de la proliferación epiteliomatosa de cualquier sector del túbulo renal; para STOERCK (42), de la degeneración epiteliomatosa de un adenoma; para WILBDOZ, ya ha sido indicada su opinión; para APITZ, según su *teoría disontogénica*, de los *hamantias* de ALBRECHT: nódulos de tipo epitelial-glandular, conjuntivo-fibrosos, musculares, vasculares o adiposos, muy observables en las necropsias; para FEYRTER (71), los tumores de Grawitz provendrían del componente renal de su órgano endocrino epitelial difuso, basándose en el aspecto endocrino del mismo, suposición negada por APITZ.

¿No podrían, finalmente, provenir tales tumores de Grawitz de los segmentos neuromioarteriales de GOORMAGHTHIG? (72). Por su descubridor, se sabe que tienen una función reguladora de la apertura o cierre de las arteriolas aferente y eferente glomerulares en el polo vascular del cual se encuentran; SILVA HORTA ha puesto de manifiesto cómo entre los hipernefroides (tumores de Grawitz, hipernefomas de Birch-Hirschfeld, epitelioma de células claras, etc.) y dicho segmento neuromioarterial hay un sorprendente paralelismo estructural y funcional: células claras de nítido exoplasma, rico contenido lipóideo, íntimas relaciones entre vasos y células, desaparición con la hipertensión provocada de las células mioepitelioides y coexistencia de la hipertensión arterial en muchos casos de tumor de Grawitz.



Hipernefromas falsos de los aquí estudiados han sido citados en nuestra patria por SÁNCHEZ COVISA (74), ORTIZ PICÓN (75), CLEMENTE MÚGICA (76), PASCUAL (77), HIDALGO y FERNÁNDEZ CANO (80) (81), PÁEZ RÍOS (82) y SOLÉ AMBROS (83).

4.º *Hipernefromas verdaderos*.—Ya nos hemos referido a ellos anteriormente. Se desarrollan intrarrenalmente y reproducen exactamente los córticosuprarrenomas; poseen células claras vacuolares, células cromafines y pueden provocar alteraciones sexuales por hiperproducción de la hormona gonadotrópica suprarrenal. Proviene de nódulos aberrantes de la suprarrenal incluidos en el riñón.

5.º LOWSLEY admite una forma transicional entre el tumor de Grawitz (epitelioma de células claras) y el epitelioma carcinoide de células oscuras y granulosas, caracterizado por la coetánea presencia de células claras y oscuras.

6.º El *cistoadenoma papilar maligno* consiste en una peculiar forma de transición entre los adenomas y epiteliomas caracterizada por la presencia de quistes; crecen lentamente, están bien encapsulados y metastatizan tardíamente, pero son malignos porque tienden a la invasión. OCKERBLAD y CARLSON (34) encontraron hasta 15 casos en 1938 y añadieron uno propio en riñón doble.

Es de consignar aquí que, entre nosotros, PASCUAL ha descrito un caso de *epitelioma con globos*, variedad verdaderamente infrecuente entre los tumores renales. FOULDS (94) se ocupa de formas transicionales insólitas.

### III. TUMORES MIXTOS

1.º *Adenomiosarcoma embrionario*. — *Tumor de Wilm* (20).—En su monografía *Die Mischgeschwuelste* («El tumor mezclado») de 1899, este autor detalló un tumor renal observado fundamentalmente en los niños; muy frecuente, muy maligno y, substancialmente, heterogéneo.

Al decir de LOWSLEY, con la posible excepción del ojo, el riñón es el asiento más común de tumores malignos en la primera y segunda infancias; sin embargo, es muy raro; de 30.000 necropsias, en las que los niños estaban representados en la debida proporción, había sólo cinco casos de dicho tumor, según BELL (21). MOORE describe uno en un adulto (90).

A veces hay un predominio del sexo masculino; otras veces la frecuencia favorece al femenino, según las distintas series presentadas por los autores; suele ser unilateral, y afecta por igual a ambos riñones; en los casos bilaterales se sospecha una invasión metastática del primero; se ha observado una tendencia familiar.

En la patogenia de este tumor se han emitido

un sinfín de teorías que es preciso sintetizar con FRASER (22) en:

1.º Inclusiones de tejido del cuerpo de Wolff que se desplazaron e incluyeron en el propio *metanefros*, que, según dijimos, proviene de dicho cuerpo (*mesonefros*), que es, en parte, reabsorbido, no haciéndolo, y dando lugar al tumor.

2.º Los tumores nacen de células aberrantes procedentes de los vecinos *motoma* y *esclerotoma* que se incluyeron en el *nefrotoma*; en ambas teorías se trataría de la ya clásica del *enclavoma blastodérmico*.

3.º Los tumores no son debidos a inclusiones embrionarias, sino a la persistencia del propio tejido embrionario renal, que luego evoluciona y se metamorfosea en estructuras celulares de distinto tipo.

Fué EBERTH (23), en 1872, el que primero describió con precisión un tumor mixto de riñón, y defendió la teoría de la persistencia del cuerpo de Wolff, siendo BIRCH-HIRCHELF el que más ha unido su nombre a dicha teoría, que aceptan plenamente WILMS (20) y apoyan, modernamente, STERN y NEWNS (1937), BUSSE (1899), MUUS, NICHOLSON (1931) y GESCHITER-WIDENHORN (1934) afirman que el tumor de Wilms procede del tejido renal embrionario que se hace metaplásico, habida cuenta su carácter mesotelial. En la actualidad, los autores se encuentran divididos, a partes iguales, entre ambas hipótesis.

El tumor de Wilms es un tumor sólido, grande, encapsulado, blancogrisáceo, de abigarrada histología; corrientemente se encuentra separado de la substancia renal por una capa de tejido conjuntivo resistente que, a nivel de la propia cápsula renal, se fusiona con ésta. La separación se mantiene por espacio de mucho tiempo hasta que, al fin, es perforada en algún sitio, fusionándose tumor y riñón; envía, igualmente, regueros neoplásicos a los órganos vecinos, y el crecimiento es tan intenso que aquí y allá se observan formaciones quísticas por reblandecimiento por necrosis de zonas tumorales insuficientemente irrigadas; su tamaño llega a ser verdaderamente notable, habiéndose observado ejemplares de 10 a 15 kilogramos (MAISSONET, 26); el riñón se atrofia por el crecimiento del tumor y la pelvis renal está comprimida y raras veces distendida.

Histológicamente se observa una gran variedad de tejidos, algunos predominantes; hecho distintivo es la asociación de epitelial con conjuntivo o la presencia de elementos adenosarcomatosos o carcinomatosos; se observan a veces glomérulos rudimentarios, fibras musculares lisas y estriadas, tejido mixomatoso, hueso y grasa. Tal polimorfismo ha determinado la descripción de un sinfín de variedades, de las que no nos hemos de ocupar.

A pesar de su malignidad y rápido crecimiento, los tumores de Wilms metastatizan tardíamente,



esencialmente en hígado y pulmones. Cuando el tumor perfora su cápsula, los ganglios retroperitoneales son invadidos, así como los órganos vecinos, por infiltración directa; suelen fijarse a la aorta, duodeno, hígado, páncreas, colon, etc. La vena cava y la pelvis renal son precozmente contaminadas. Por todo ello, una vez extirpados recidivan.

El signo que suele inaugurar la sintomatología es la presencia de una tumefacción en la pared abdominal a nivel del cuadrante superior, descubierta por la madre o aya cuando bañan al niño. Otros síntomas menos constantes son: dolor, debilidad, palidez, fiebre, hematuria, etc., etc. El crecimiento del tumor determina la compresión de los órganos gastrointestinales: náuseas, vómitos, estreñimiento, etc.; la de la vena cava: edemas inferiores; la de los órganos vecinos: dolor. La anemia, emaciación, anorexia e indiferencia se desarrollan precozmente. Los signos urinarios son secundarios: albuminuria, polaquiuria, quemazón urente, hematuria, anuria por compresión o acción refleja, etc.

Según DEAN y PACK (27), la hematuria sólo alcanza del 10 al 25 por 100 de los casos, presentando los caracteres propios de las hematurias tumorales; DANIEL (1939) ha hecho notar la presencia de hipertensión catorce veces en 18 casos, sospechándose que, más que a la isquemia renal, la causa de la hipertensión se deba a una sustancia desconocida secretada del tumor (BRADLEY-PINCOFF, 29), habida cuenta que, desaparecida al extirpar el tumor, se presenta luego al recidivar las metástasis.

El diagnóstico no es difícil, y se basa en la palpación y en los síntomas indicados; la pielografía puede demostrar: deformaciones por alargamiento de la pelvis renal, lateralización de dicha sombra piélica, ausencia de la pelvis o una pelvis normal, coexistiendo con un gran tumor. Más adelante nos referiremos a él nuevamente.

El diagnóstico diferencial ha de establecerse con: el neuroblastoma de la glándula suprarrenal; el adenocarcinoma, que es muy raro en los niños; el embrioma retroperitoneal, originado a nivel del esbozo renal; el riñón poliquístico; los tumores del hígado; los quistes y tumores del páncreas, ovario, epiplon y bazo. Además, debe distinguirse de los demás apartados descritos en el diagnóstico general de los tumores renales.

El pronóstico de este tumor es siempre muy grave.

2.º *Teratomas*.—Han sido señalados casos excepcionales de tales tumores en riñón por KROENLEIN, DESNOS, LETULLE, etc.; carecen de la más pequeña importancia clínica.

Un sinfín de tumores mixtos han sido citados; mas no deben despertar nuestra atención, ya que pueden ser equiparados a los de Wilms; un caso de adenorabdmioblastoma ha sido descrito por

COVISA y PÉREZ LISTA (78); 164 capsulomas en 2.634 autopsias ha encontrado COLVIN (95), de la Mayo; estaban formados de tejido fibroso y muscular liso, y no habían dado síntomas en vida; eran capsulares o subcapsulares. Su tamaño osciló entre uno y cinco milímetros.

#### IV. OTRAS LESIONES ANATOMOPATOLÓGICAS

a) Sobre el riñón tumoral puede asentar coetáneamente otra lesión: cálculo, tuberculosis o infección banal (esta última se presenta una vez por cada cuatro casos, por lo que hay que tener buen cuidado de no confundir un tumor con una pielonefritis). En ciertos casos, el peso aumentado determina la ptosis del órgano, o bien ésta precedía ya al tumor. No es rara la presencia de los tumores en riñones con anomalías de forma, número, tamaño y posición.

b) El otro riñón puede llevar otro nódulo cancerígeno; es ésta una eventualidad rara. FORSHYTE (35) publicó, en 1942, un caso de hidronefrosis primaria bilateral, y revisando cuidadosamente la literatura halló otros seis casos. Lo más frecuente es que sea invadido metastáticamente por nidos cancerosos transportados desde el riñón afecto. Casi siempre presenta nefritis epitelial (nefrosis) o nefritis glomerular con tendencia a la esclerosis, subsiguientes a la eliminación de nefrotoxinas producidas en el adelfo tumoral (CASTAIGNE y RATHERY, 40). BEILIN y NEIMAN (91) llegan a ocho casos de bilateralidad en el hipernefoma (diciembre de 1942).

c) La pelvis renal está deformada, lateralizada, y puede aparecer poliposa, dentellada, careada o amputada; la dilatación no existe en un sinfín de casos, y cuando aparece es en un período tardío.

d) *Vasos*.—La vena renal suele presentar mamezones tumorales o bloques trombóticos que incluso llegan a la cava; así, se produce o puede producirse un éstasis de la mitad inferior del organismo del portador o, cuando menos, edemas maleolares, etc. McDONALD y PRYESTLEY (89) hallan la trombosis en el 49,8 por 100 en que el hipernefoma era del grado 1 ó 2, y en el 61,9 por 100 en que era de los grados 3 ó 4.

La desembocadura de las venas espermáticas suele estar dificultada, ya por el obstáculo en la vena renal, ya por presión sobre la misma de ganglios contaminados; de aquí la aparición de un *varicocele*, sobre el que más adelante insistiremos.

e) *Ganglios*.—Los del hilio renal y los yuxta-renoaórticos suelen estar invadidos; esta invasión no es muy precoz; por esto, para algunos, la aparición del varicocele presupondría la inoperabilidad del tumor.

f) La cápsula suprarrenal sólo está invadida en los tumores primitivos de polo superior, y ello tardíamente.



g) La propagación a los órganos vecinos es rara, en tanto la cápsula del tumor está intacta; si se rompe aparece la propagación rápidamente; ello presupone, las más de las veces, carácter tardío del diagnóstico traducido orgánicamente por la aparición del signo de Minkoski.

h) Las metástasis y la generalización del tumor siguen, las más de las veces, la vía hemática; un nódulo tumoral desprendido es lanzado a la circulación, y aparece en el otro riñón, hígado, corazón, pulmón, huesos, etc. Tales nódulos son desprendidos de los mamelones tumorales de la vena renal, que son bastante precoces.

También existe, de forma manifiesta, la propagación por vía linfática, que aparece coetáneamente a la anterior en los nefroepiteliomas. Casi siempre es a los ganglios hiliares y periaórticos; pero a veces aparecen infectados los inguinales y los supraclaviculares.

i) La coincidencia con el embarazo es rara; WITT y MELICK (92) citan un caso y hallan en la literatura otros seis; alegan que si el otro riñón es normal, el embarazo no se interrumpe, e incluso, como en el caso que citan, pueden sobrevenir nuevos embarazos. No se pronuncian sobre si el crecimiento tumoral es mayor con el embarazo, mas éste se afecta, por lo que debe extirparse precozmente, antes de que aparezca la tríada sintomática tumoral.

PATOGENIA.—En realidad, poco nos queda decir aquí después de lo indicado en el apartado correspondiente a la anatomía patológica de los tumores renales; pero vamos a resumir lo dicho.

Por lo que se refiere a los tumores conjuntivos, por lo demás bastante raros, el criterio es unánime en atribuirlos a la degeneración proliferante de los elementos adultos renales, normalmente existentes en los mismos.

Tocante a los tumores epiteliales, los adenomas provendrían de proliferaciones benignas de los elementos epiteliales de los tubos.

Los carcinomas de células granulosas y oscuras, de la degeneración maligna de las mismas células epiteliales tubulares, o, según MELLICOW, de las de la cápsula de Bowmann; igual acontecería para los adenocarcinomas, los cistoadenomas papilares, epitelioma con globos, etc.

Los epiteliomas de células claras o tumores de Grawitz, o hipernefrosis de Birch-Hirschfeld, o hipernefroides de Wilbdoz, hamantoblastosis o hamantías de Albrecht, provendrían:

Para MELLICOW, de la proliferación epiteliomatosa de cualquier sector tubular, de un adenoma previo (STOERCK); de células metanéficas incluídas en el riñón adulto y que conservan este carácter (WILBDOZ); para APITZ, de las hamantías de Albrecht; para PUHT (36) y SÁNCHEZ LUCAS-MORANTE, 1934 (37), serían la degeneración blastomastosa del sistema retículoendotelial intrarrenal; para FEYRTER, la degeneración epiteliomato-

sa del componente renal de su órgano endocrino epitelial difuso; para SILVA HORTA, la proliferación epiteliomatosa del segmento neuromioarterial de Goormaghtig.

Los verdaderos hipernefomas, es decir, los tumores renales que presentasen el mismo aspecto real que los córticosuprarrenalomas (células alveolares, alteraciones endocrinas y células cromafines), provendrían de los nódulos aberrantes suprarrenales existentes en riñón (coristias de Albrecht), constituyendo coristoblastomas renales.

Tales cuestiones no son enteramente baladíes; en efecto, la radiosensibilidad de un tumor dado depende de su indiferenciación o carácter embrionario del mismo; cuanto más diferenciadas son las células, más radiorresistente es.

Por lo que se refiere a los tumores mixtos, ya vimos cómo las teorías estaban divididas entre considerarlos frutos de enclavomas blastodérmicos pluripotenciales, incluso mesonéficos, y otros abogaban por considerarlos provenientes de nódulos de las células metanéficas y, por ende, poco desarrolladas, que por metaplasia, habida cuenta su carácter mesotelial, generarían el polimorfismo tisular habitual del tumor de Wilms.

Más aceptable es la teoría del enclavoma blastodérmico para los raros casos de teratomas descritos en oncología renal.

Finalmente, hay autores como MARION (39) que consideran a todos los tumores renales como cánceres, no siendo este criterio, dado el polimorfismo y la malignidad, desacertado.

#### CUADRO CLÍNICO.—SINTOMATOLOGÍA

En el *período inicial*, el síntoma más constante es la *hematuria*, que aparece en el 70 por 100 de los casos según ISRAEL y en el 80 por 100 según LEGUEU; en este período, el tumor renal palpable no existiría más que en el 20 por 100 de los casos al sentir de MAISSONET. No es raro que la afección se sospeche por un adelgazamiento considerable con caquexia progresiva o por la comprobación de una metástasis.

En el *período de estado*, los síntomas habituales son:

1. *Hematuria*, que es el síntoma capital de los tumores renales. Ya hemos visto su pereza en presentarse en los tumores de Wilms; igualmente, en un 25 por 100 de los casos adultos, la hematuria falta. Se trata de una hematuria total, insidiosa, espontánea, caprichosa, intermitente y abundante. En el intervalo de las hematurias suele haber *hematuria microscópica en reposo*. DE LA FUENTE y PASTOR (87) citan hipernefomas sin hematuria.

La hematuria es total porque es renal; es insidiosa porque no se acompaña de síntomas premonitorios; es espontánea porque no se deja influenciar por el reposo o el movimiento; es capri-



chosa porque desaparece de la misma manera que aparece; es intermitente porque alternan períodos de hematurias y orinas claras; es, finalmente, abundante.

2. El *tumor palpable* se observa en este período, al decir de LEGUEU, en el 90 por 100 de los casos; se ve, pues, que es casi constante, mas no característico; indica, las más de las veces, diagnóstico tardío. Gran carácter diagnóstico ostenta la movilidad o fijeza del tumor palpable en cuestión; su inmovilidad respiratoria indica inoperabilidad (signo de Minskowski).

3. El *dolor* es debido a la distensión de la cápsula propia renal, en cuyo caso es fijo y sordo, no muy intenso; o es debido a la obstrucción casi completa del uréter en trance de eliminar coágulos, en cuyo caso es el típico a crisis cólicas.

En ninguno de los dos casos guarda relación con el tumor en cuanto a tamaño, y puede faltar por completo en el período inicial.

Puede presentar las irradiaciones típicas a abdomen, genitales, etc., del cólico nefrítico por la irritación del plexo lumbar vecino; en los casos en que la propagación del tumor alcanza a dicho plexo, aparecen dolores a distancia en el trayecto de los nervios del mismo emanados.

Como dice LOWSLEY, la tríada capital de los tumores renales (dolor, hematuria y tumor) no es en modo alguno patognomónica de los mismos; la presentan un sinfín de otras afecciones renales (quistes, hidronefrosis, etc., etc.); además, tales síntomas no son incipientes, y la observación de los tres juntos, en caso de tumor renal, presupone un gran desarrollo del mismo.

4. *Síntomas de compresión.*—a) La existencia del *varicocele sintomático* fué primeramente notada por J. L. PETIT en 1737; GUYÓN, en su *Tratado de vías urinarias*, insiste sobre el mismo en 1881; más tarde se ha ocupado de este asunto HOCHENEG (28); el valor de este síntoma es considerable, sobre todo cuando se presenta en el lado derecho. A juicio de LECENE y WOLFRONS, carecería de todo valor pronóstico.

b) La compresión de la vena cava, sobre todo en los niños, determina la aparición de una circulación colateral en la pared abdominal (epigástrica-mamaria interna); así como también el edema de los miembros inferiores y la ascitis.

c) La compresión del tumor sobre el intestino determina la aparición de vómitos, diarrea y estreñimiento; igualmente puede aparecer ictericia por la compresión obstructiva del colédoco, etc.

d) Las compresiones del tumor sobre bazo, páncreas, hígado, estómago, etc., determinan, finalmente, dolores más o menos sordos o marcados.

5. *Examen de la orina.*—Durante un largo período de tiempo se halla asintomática, permaneciendo insensiblemente iguales los valores funcionales de las orinas de ambos riñones obtenidas por cateterismo; más adelante aparece una

*hipofunción* del afectado, que puede no llegar a ser muy marcada comparada con la del adelfo. La hipofunción del afectado es consecuencia de la invasión tumoral; pero la hipofunción del sano, que también puede aparecer, depende de la *nefritis tóxica*, que existe tanto en el riñón tumoral como en el adelfo; es la *hepatotoxemia tumoral* de ALBARRÁN.

Otros achacan esta pequeña diferencia funcional, que a veces presentan ambos riñones, a la inhibición funcional refleja del sano; BLANC ha sostenido la peregrina idea de que es debida a la hipertrofia compensadora del parénquima sano del riñón tumoral.

La hipofunción se manifiesta por disminución de la eliminación de agua, del «debit» de urea, de la concentración de urea y cloruros y, sobre todo, por la disminución de la de sulfo-fenol-ptaleína y el retraso en el comienzo de eliminación del carmín de índigo.

A veces, la función renal se anula por completo (BEGOUIN y DARGET).

El examen histobacteriológico de la orina puede mostrar ausencia absoluta de pus y microbios; mas es frecuente la pielonefritis asociada (cuatro casos de tumor: uno con pielonefritis). En algunos casos, no frecuentes suelen aparecer células neoplásicas y porcioncitas del tumor; entonces el diagnóstico es patognomónico.

ISRAEL ha descrito ciertos pequeños coágulos fibrinosos, en el centro de los cuales se encuentran englobados glóbulos rojos, leucocitos, grandes acúmulos de grasa y células epiteliales voluminosas e hinchadas, netamente tumorales.

6. *Fiebre.*—Se observa, a veces, ya inicialmente, ya durante la evolución de los más de los tumores renales, y ha sido achacada a la reabsorción de productos tóxicos cancerosos por EICHORTS (47); a la destrucción de elementos celulares normales por la invasión tumoral, o a la destrucción necrótica de estos mismos elementos celulares tumorales por NEUHAUSER e ISRAEL (48); otras veces reconocen una etiología pielonefritica, según apunta acertadamente MENETRIER (49), por infección secundaria del tumor.

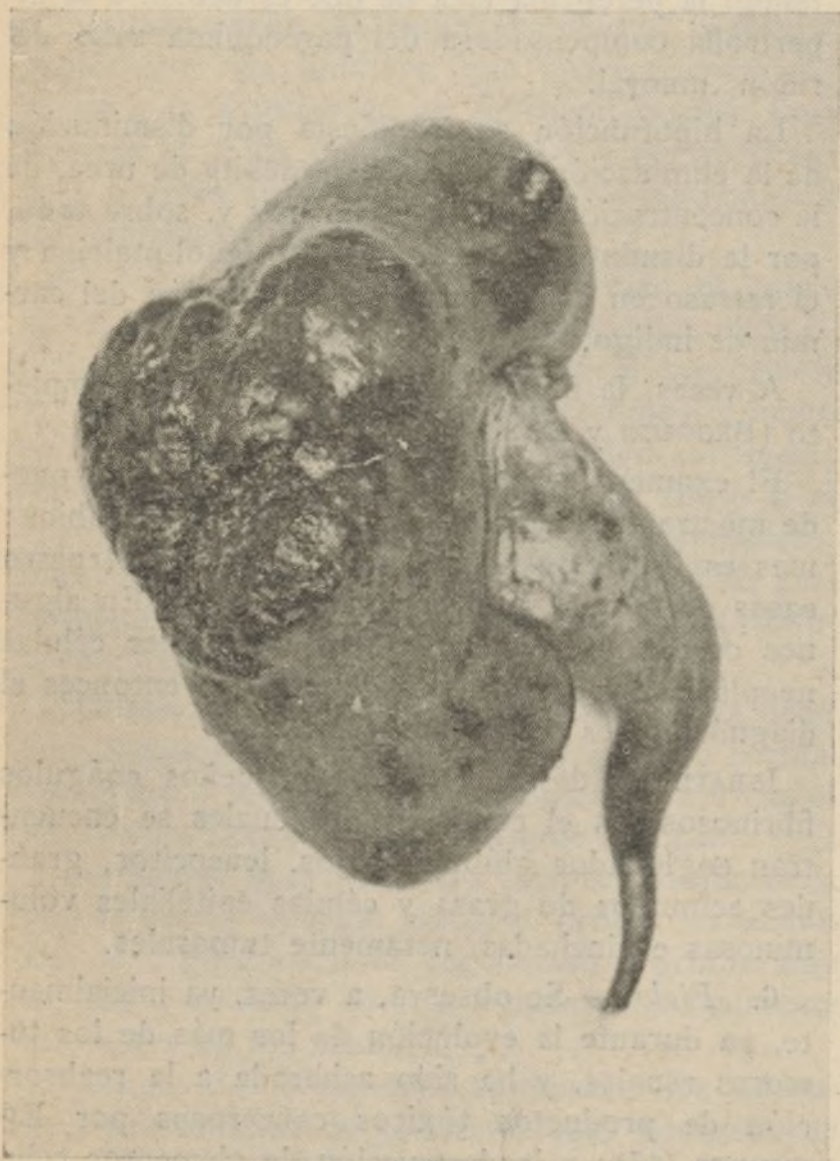
Hay que tener en cuenta que en la pelvis de los riñones tumorales todo son facilidades para la implantación de los gérmenes banales: congestión por la hiperemia que desatinadamente imploran los elementos epiteliomatosos con su crecimiento; retención piélica por los trastornos mecánico-dinámicos que la deformación de la misma el tumor reporta; medio de cultivo idóneo, expresado por el suero de la frecuente hematuria; éxtasis intestinal por la presencia del tumor, que reporta en ingentes cantidades los gérmenes productores de la inflamación; y, finalmente, entre las causas más notables, la debilidad orgánica por la anemia,



anorexia, toxicosis, etc., de la *hepatotoxemia tumoral* de ALBARRÁN.

ISRAEL ha descrito algunos tipos: *tipo remitente o intermitente*, por crisis; *tipo a recaídas*, en el que alternarían períodos de apirexia y febriles; *tipo a accesos*, en relación con hematurias.

7. *Caquexia*.—Se caracteriza por la pérdida de fuerzas, anorexia, enflaquecimiento, anemia, tinte amarillento de los tegumentos, etc., y sólo se presenta en un período avanzado; algunas formas latentes sólo se manifiestan por esta caquexia (LECENE y WOLFROMS y HALE y BURKLAND, 84).



A. S.—Nefrectomizado, 1-VII-46. Tumor renal.

8. No es rara la observación de una *hipertensión arterial elevada* (WILBDOZ, DANIEL, HORTON, 70), FEODOROFF (73), etc., etc.

#### EVOLUCIÓN

Abandonados a su suerte, los tumores malignos del riñón evolucionan progresivamente, y la terminación fatal es constante.

La duración de su evolución es más breve en los niños, en los cuales apenas remontan el año una vez diagnosticados; en el adulto es más lenta, oscilando entre tres-seis años, aunque se citan casos de transcurrir entre hematuria inicial y exitus diez-doce años, y hasta dieciséis en el caso de GILLET (50); la muerte sobreviene, más que por

la caquexia o la anuria, por una complicación o por una metástasis letal.

Las complicaciones son: la obliteración del uréter; la oclusión intestinal, como en el caso de JEANNEL (51); las hemorragias perirrenales, que originan frecuentemente hematonefrosis y, a veces, la muerte, etc.

Las metástasis letales son a hígado, pulmón, corazón, etc.; las más frecuentes, empero, son a los huesos. A los órganos vecinos se propagan por contigüidad.

#### DIAGNÓSTICO

A) *Diagnóstico del tumor*.—1.º En los casos latentes, de otra parte raros—ya que HALE y BURKLAND (88) han encontrado 54 casos en 6.577 necropsias de fallecidos por causas distintas al tumor renal, que no se había diagnosticado—, el único síntoma es la caquexia progresiva. En estos casos es precisa una investigación de la hematuria microscópica y una palpación renal cuidadosas.

2.º La hematuria es uno de los síntomas más constantes; en caso de hematuria total, espontánea, insidiosa, caprichosa, intermitente y abundante, o que cuente con algunos de dichos caracteres no fácilmente explicables, se ha de practicar una palpación renal cuidadosa; luego, una radiografía simple que descarte la litiasis; en seguida, una pielografía descendente que descarte la hidronefrosis; más tarde, el examen del sedimento urinario que descarte la fimia renal o la piuria; a continuación, la cistoscopia, practicada en ocasión de haber hematuria, para localizar el orificio ureteral sangrante, seguida del cateterismo ureteral que dé fe de la hipofunción del mismo y del posible hallazgo de células tumorales en la orina, separada por este medio, recogida, y que va seguida de la pielografía ascendente en el caso de no ser la descendente demostrativa.

3.º *Tumor y hematuria*.—Cuando dichos dos síntomas se acompañan de varicocele sintomático en un sujeto de unos cincuenta años, el tumor renal es casi seguro, en el sentido de neoplasia. Habrá, empero, que eliminar todas las demás causas de tumor renal con hematuria: *fimia renal* (trastornos vesicales, bacilos, piuria aséptica, etc.); *litiasis renal* (cólicos nefríticos, buen estado general casi constante, radiografía, etc.); *hidronefrosis* (pielografía descendente, tumor fluctuante no sólido, etc.); el *riñón poliquístico* (bilateralidad de las lesiones, neumorriñón, etc.), careciendo de valor diagnóstico la hipertensión arterial, ya que tumor y quistosis suelen presentarla.

La pielografía y el examen funcional con orinas separadas localizan y certifican la afección.

4.º *Tumor solo*.—Este es el caso de los niños. No todos los tumores renales tienen por qué presentar el signo de MINKOWSKI—del que nos



ocuparemos más adelante—como pretende GAS-SOLO.

Hay que diagnosticar, ante todo, que, efectivamente, la tumoración es renal—de lo que nos ocuparemos más *in extenso* en el apartado de Diagnóstico diferencial—; ello se consigue con la pielografía, que ha sido precedida de una radiografía simple del aparato urinario en placa de  $30 \times 40$ ; si, en ausencia de sombras sospechosas en la radiografía simple, la pielografía muestra la existencia de una pelvis renal deformada, es casi seguro que la tumoración sea renal; carecen de significación diagnóstica los desplazamientos de pelvis renales normales.

La tumoración renal se encuentra por su lado ventral precedida de una zona de sonoridad, que no es otra cosa que el colon desplazado hacia adelante; aquí puede tener algún valor la percusión renal por el procedimiento de KORANYI—percusión dorsal—, que muestra un aumento de la zona de matidez posterior.

Abogan a favor de que sea renal la tumoración el hecho de que, precisamente, el lado objeto de sospecha muestre alteraciones funcionales en la orina extraída por cateterismo ureteral, comparada con la del lado supuesto sano no nefromegálico; tales alteraciones se ponen particularmente de manifiesto mediante la eliminación de la pta-leína y la del índigo de carmín: el lado afecto presenta disminución y retardo, respectivamente, en el colorante eliminado comparado con las eliminaciones del lado sano.

En tales casos tiene particular importancia la presencia del varicocele de las esperáticas correspondientes al funículo homónimo.

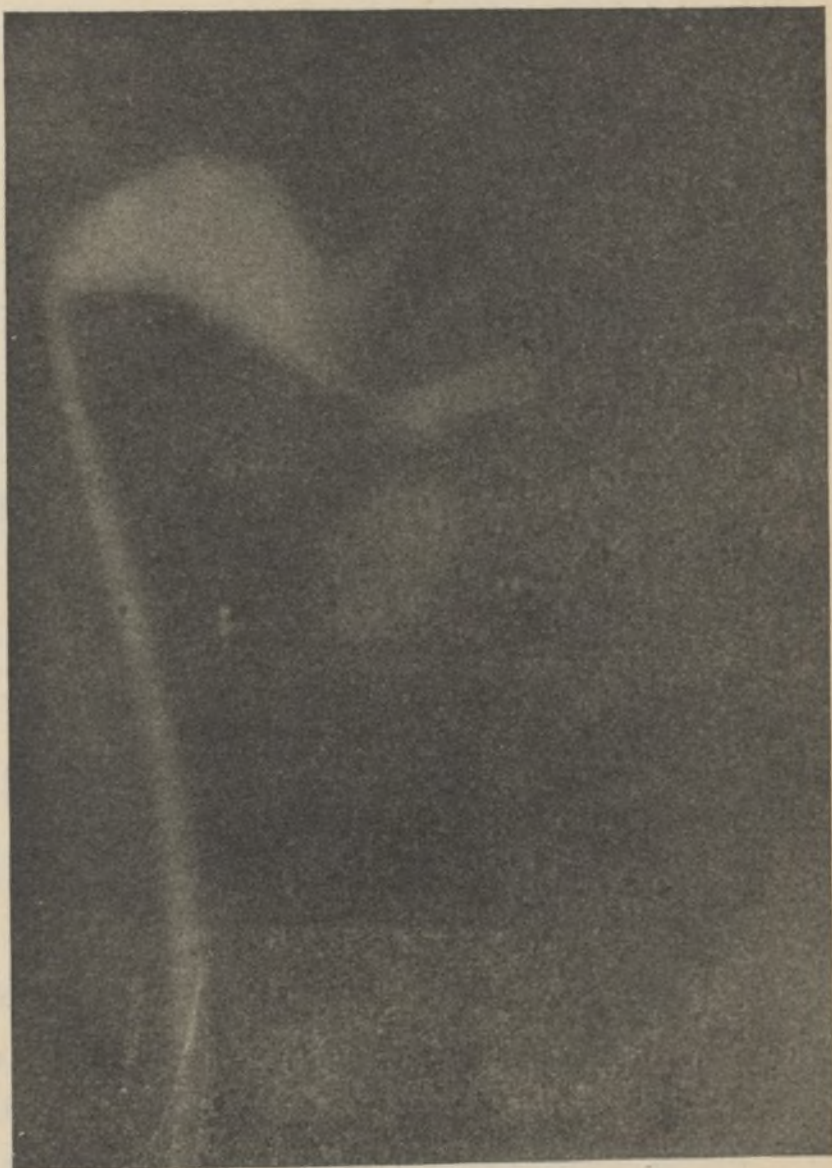
Por tanto, en casos de tumor renal, único síntoma el diagnóstico de que, en efecto, es renal, viene dado por: a), deformación de la pelvis renal; b), aumento de la zona de matidez dorsal; c), por la comprobación percutoria de una zona de sonoridad ventral pretumoral; d), por la hipofunción del riñón supuesto nefromegálico, y e), por la existencia de varicocele. De tales cinco síntomas tienen valor capital la deformación piélica y la alteración funcional de los riñones. Los otros tres síntomas son de sospecha.

5.º *Examen radiográfico.*—a) La radiografía simple sólo muestra datos de aproximación acerca del tamaño de la tumoración; por lo demás, puede muy bien no verse en absoluto el tumor. Para MAISSONET, no obstante, más del 90 por 100 de los tumores renales podrían ser observados por este procedimiento; punto de vista, a nuestro juicio, muy personal.

La sombra presenta un contorno irregular, sinuoso o abollado; asimismo, ostenta un cambio de posición; no es raro que la opacidad de la masa sea distinta en sus diversos sectores; ello es, sobre todo, aparente en los tumores renales mixtos, en los que ciertas partes con tendencia a la

osificación son más opacas que otras con tendencia a la necrosis subsiguiente al desatinado crecimiento.

BRAASCH y GRIFFIN (53), sobre 193 casos dan siete en los que la radiografía simple mostró sombras calculosas; por su parte, CAHILL y MELLICOW (54) dan 14 casos sobre 82 observaciones; ello es debido a calcificaciones que pueden invadir ciertas partes necrosadas del epiteloma. A este respecto no puede olvidarse la riqueza que en vitamina C—fijadora del calcio—presentan los tumores de Grawitz.



M. G.—Nefrectomizada, 8-VII-46. Tumor renal.

b) Datos mucho más completos son suministrados, en muchas ocasiones, por la pielografía; una pielografía descendente puede demostrar, ante todo, una hipofunción del lado tumoral y, coetáneamente, una deformación de la pelvis renal, único elemento sólido, a nuestro juicio, que puede suministrar. Ya hemos indicado (55) que las amputaciones piélicas son la expresión, en realidad, de estar rellena la supuesta falla por un coágulo sanguíneo; igualmente, los flecos, caries, etc., de la sombra piélica, etc., son subsiguientes a la destrucción progresiva de dichos coágulos, ya por los leucocitos, ya por la misma orina colibacilósica, organismos provistos de sendos fermentos proteolíticos; la variación de la posición de la pelvis renal puede ser obra de la compresión con



desplazamiento del mismo por tumor abdominal extrarrenal, según veremos en el diagnóstico diferencial.

Por tanto, disentimos de MOTZ (57) en aquellas conclusiones de su tesis de París (1927), que conciernen a los siguientes puntos, para él de valor:

1.º Desaparición más o menos completa de pelvis y cálices.

2.º Cambios de orientación de la pelvis renal.

3.º Desviación del extremo superior del uréter; y

4.º Falta de nitidez de los contornos de las imágenes pielográficas.

Porque tales cambios son secuelas de la hematuria en la gran mayoría de los casos, y la hematuria puede muy bien ser no tumoral.

Tan exacto es ello, que el diagnóstico diferencial entre tumores de la pelvis renal y tumores del riñón es prácticamente insoluble, y fruto, por ende, del acto operatorio; ello, desde luego, no nos preocupa, ya que el tratamiento de ambas afecciones es idéntico.

Un signo que juzgo de importancia extraordinaria, y que he introducido en la práctica urológica corriente para el diagnóstico de neoplasia renal, es la *nefromegalia, sin hidronefrosis*; cuando existe un tumor palpable y la pielografía muestra deformación piélica sin dilatación, es que hay neoplasia renal, que puede ser, incluso, un quiste renal voluminoso. Puede haber neoplasia renal sin *nefromegalia* o con hidronefrosis; pero la presencia de nuestro signo es, casi seguramente, la neoplasia, y decimos casi seguramente porque el número de nuestras observaciones personales es harto escaso, aunque, teóricamente, ninguna otra enfermedad renal puede cursar con la coexistencia de ambos síntomas.

Cuando dicho signo se presenta, es verdaderamente llamativo el hecho de comprobar por palpación una tumoración renal más o menos grande que pielográficamente corresponde a un uréter delgado que se pone en relación con los cálices menores por medio de largos y delgados brazos: da la sensación de una flor de largos pétalos, dotado de delgado peciolo. Es la conocida deformidad en pata de araña.

Que la hidronefrosis es rara en las neoplasias renales, es cosa probada en Clínica urológica. Incluso pueden ser interpretadas las dilataciones pielorreñales como prueba del emplazamiento extrarrenal del tumor, que, comprimiendo al uréter, determina la hidronefrosis; en estos casos, la «hidronefrosis coexiste con una función normal en la producción de la orina: dato de interés para la exclusión de neoplasia renal, como ha puesto de manifiesto CREMER (85).

c) Las neoplasias renales pueden ser observadas por otros procedimientos radiográficos:

El neumorriñón, que COTLIEB (56) ha utilizado mucho, consiste en la inyección de aire, oxígeno,

gas carbónico, etc., en la celda renal, mediante la punción de su pared posterior (fascia de ZUCKERKANDL), con lo que se pone bien de manifiesto el contorno del riñón; este procedimiento permite, mejor que ningún otro, establecer la diferencia entre neoplasia renal y riñón poliquístico.

Otro procedimiento es la insuflación del colon con provocación de gases en el estómago, mediante la ingestión de magnesia efervescente o simplemente bicarbonato; con ello se dota al riñón de una atmósfera gaseosa que lo suele hacer más visible. CREMER, modernamente, ha recordado el método.

También suele utilizarse con el fin indicado el neumoperitoneo, consistente en la inyección intraperitoneal de 2-3 litros de gas.

Si con tales procedimientos se obtuviesen signos reveladores de anomalías anatomopatológicas, pueden aumentarse tales signos con la obtención de una nueva placa en posición distinta a la primera.

B) *Diagnóstico diferencial.—Tumor.*—Los tumores de los ángulos cólicos van acompañados de fenómenos intestinales, particularmente intensos cuando llegan a ser reconocidos por la palpación; la zona de sonoridad ha desaparecido, notándose, al contrario, una zona mate.

Los tumores del bazo pueden reconocerse por la existencia de un borde cortante y almenado; estas muescas son las más de las veces irrecognoscibles; mejor es utilizar aquí el método de la percusión dorsal de KORANI y el examen pielográfico. Al final pueden ser tales las dudas, que en un caso observado por nosotros se procedió al acto operatorio en colaboración con el gastropatólogo, resultando ser, finalmente, la tumoración una neoplasia esplénica. Siempre que ésta se sospeche, se practicará el correspondiente examen de la sangre (recuento y fórmula), ya que en tales casos (enfermedad de Banti, esplenomegalias palúdicas, etc.) suele estar alterada.

Los tumores hemopáticos son más abdominales que lumbares; presentan un borde anterior cortante y escotado y suelen acompañarse de fenómenos hepáticos, con aumento de la matidez hepática anterior en línea medioclavicular; las dudas, pese a pielografías, etc., pueden llegar a ser notables, como en un caso observado por nosotros en el que, a pesar del carácter negativo de nuestras exploraciones, el gastropatólogo insistió en su diagnóstico de tumoración renal, resultando ser un quiste hidatídico de hígado. Aquí, la intradermorreacción de WEIMBERG y CASSONI había resultado negativa, no así el signo del bloque pélvico renal (58) introducido por nosotros en la práctica urológica corriente, y que había resultado igualmente negativo.

Los tumores paranefríticos y las perinefritis crónicas son indistinguibles en lo que se refiere a su distinción de los tumores propiamente re-



mediante  
de Zuc-  
manifiesto  
o permi-  
diferen-  
tico.

el colon  
go, me-  
scente o  
ta al ri-  
uele ha-  
ha re-

icado el  
ón intra-

sen sig-  
mopato-  
on la ob-  
distinta

Los tu-  
ñados de  
intensos  
lpación;  
tándose,

erse por  
ado; es-  
ognosci-  
e la per-  
elográfi-  
te en un  
al acto  
atólogo,  
una neo-  
eche, se  
la san-  
es casos  
palúdi-

domina-  
anterior  
e de fe-  
matidez  
las du-  
ar a ser  
or nos-  
ativo de  
o insis-  
l, resul-  
Aquí, la  
SONI ha-  
del blo-  
nosotros  
abía re-

inefritis  
se refie-  
ente re-



**Cantán**

Vitamina C «Bayer»

Sus múltiples funciones catalíticas vitales hacen al **Cantán** imprescindible:

- 1.º En todas las enfermedades infecciosas (tuberculosis, neumonía, gripe, difteria, fiebre tifoidea).
- 2.º Estados de agotamiento, astenia, adinamia, convalecencias, alergosis, exantemas, etc.
- 3.º Durante el embarazo y la lactación.
- 4.º Para normalizar el funcionamiento endocrino.
- 5.º En el período de desarrollo infantil.

**CANTAN** Tubo de X tabletas de 0,05 g.  
Caja de V ampollas de 2 c.c. (0,1 g.)

**CANTAN FUERTE** Caja de III amp. de 5 c.c. (0,5 g.)  
1 g. de CANTAN = 20.000 u. i.





# TIROIDES LEO



En tabletas biológica-  
mente estandariza-  
das y valoradas de  
manera que cada  
tableta:

N.º 1 equivale a 0,1 mg. de tiroxina  
N.º 2 — 0,2 — —  
N.º 4 — 0,4 — —

Actividad  
terapéutica  
siempre  
constante.

Conservación  
indefinida.



**COMERCIAL IBERO DANESA S.A.**  
**LABORATORIO LEOBYL**

Apartado 439 - MADRID

Sarriá, 7 - BARCELONA

## Alergón

GRANULADO

Hiposulfito de sodio en combinación calcio bromurada con extractos de  
Pasiflora y Zarcaparrilla.

ANTIALERGICO  
SEDANTE  
ANTITOXICO

TRASTORNOS NEURO-VEGETATIVOS

GRANULADO  
HIPOSULFATO DE SODIO  
EN COMBINACIÓN  
CALCIO BROMURADO  
VIA ORAL

ANTIALERGICO  
ANTITOXICO  
SEDANTE

INDUSTRIAL FARMACÉUTICA CANTABRIA S.A.

SANTANDER

Una cucharada en agua después  
de las comidas para adultos. Niños dosis según edad  
(Muestras a disposición de los señores Médicos)

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

SANTANDER

COMPOSICIÓN

CADA CUCHARADA (15 GR) CONTIENE

Hiposulfito de sodio puro ..... 0,50  
Bromuro de calcio ..... 0,25  
Glucosato de calcio ..... 0,40  
Zarcaparrilla est. fiba ..... 0,25  
Pasiflora c.s ..... 0,40

Industrial Farmacéutica Cantabria, S.A.  
FARMACÉUTICO  
J. J. PEREZ DEL MOLINO  
SANTANDER  
INDUSTRIAL FARMACÉUTICA CANTABRIA S.A.

Precio 850 pes.



nales; mas no en lo que se refiere a su distinción con los otros órganos abdominales; en tales casos constituye una feliz idea el citado signo del bloqueo pélvico renal, que consiste en la comprobación radiográfica del signo de MINKOWSKI. Esta es la expresión de la inmovilidad renal a la respiración por encontrarse afecto de perinefritis; esto, que en muchos casos no puede ser comprobado (dolor a la palpación, obesidad, meteorismo, etc.), puede ser observado en todos los casos en que se practique una pielografía con el *enfermo respirando*; en todos los casos de diagnóstico difícil, la comprobación de una pelvis fija y la otra difuminada por haberse transmitido a la misma los movimientos respiratorios, constituye dato patognomónico de la complicación del riñón con pelvis fija en la tumoración objeto del debate.

El diagnóstico diferencial se puede plantear igualmente, más que con el edema de la piel y el enfisema de la pared abdominal, con la grasa subcutánea, que constituye verdaderos lipomas y puede presentarse en algunos casos de lesiones prehipofisarias, como indica MARAÑÓN (59); con los fecalomas, en los que no hay zona de sonoridad anterior pretumoral; con los quistes de la cara anterior del hígado, en los que la pielografía muestra una pelvis renal intacta; con los tumores de la cola del páncreas; con los ganglios lumbar; con las tumoraciones suprarrenales, en las que la pelvis renal, normal, se encuentra desplazada hacia abajo.

Finalmente, nosotros hemos visto un caso de mioma de la pared abdominal que obligó al cirujano general a rogarnos asistiésemos al acto operatorio, habida cuenta las dudas suscitadas.

Igualmente, ciertas miositis de la pared lumboabdominal, sobre todo crónicas, pueden dar lugar a confusiones.

C) *Diagnóstico de la operabilidad.* — Como quiera que el tratamiento de una neoplasia renal consiste en la nefrectomía, conviene saber si ésta va a dar resultado o, por el contrario, es idóneo el abstenerse de su práctica por el hecho de existir metástasis o invasiones ganglionares periaórticas y a los órganos vecinos, que, colocadas fuera de los límites de la operabilidad, habrían de ser abandonadas en el organismo del paciente, con la consiguiente anulación de nuestros esfuerzos.

Aquí contamos con dos signos:

1.º El signo del bloqueo pélvico renal ya citado; la fijeza respiratoria del riñón a extirpar presupone la propagación a los órganos vecinos, por contigüidad, del tumor renal y, por ende, su inoperabilidad. La relatividad del signo, es decir, la pelvis sana, muy movida, y la sita en riñón tumoral, menos movida, aconsejan la intervención; porque, fisiopatológicamente, el campo operatorio de los tumores renales se caracteriza por la presencia de grandes vasos y reacciones esclerofibrolipomatosas de las cubiertas que pueden, jun-

to con el hecho del tumor en sí, determinar la fijeza relativa ya citada.

2.º El *varicocele postural* tiene menos valor que el anterior. El signo de Hocheneg consiste en varicocele ortostático, que desaparece en posición genupectoral, y ha de ser interpretado en sentido favorable a la intervención; mas la no desaparición del varicocele corrobora la sospecha de que estén invadidos los ganglios periaórticos o la propia vena renal; este varicocele, pues, debe ser investigado sistemáticamente, mas carece de valor tajante alguno, al sentir de LECENE y WOLFROMS.

*Apéndice.*—Dada la frecuencia de invasiones óseas y el aumento de fosfatasa alcalina que tal contingencia supone, aun antes del más pequeño síntoma clínico de las mismas, es conveniente la investigación de la fosfatasemia alcalina; por encima de 10 unidades, la metástasis ósea es segura, y aun a dicho nivel o sus cifras próximas.

#### TRATAMIENTO

Consiste en la *nefrectomía precoz* del riñón neoplásico, tanto en el niño como en el adulto. La contraindicación fundamental viene dada por la propagación a los órganos vecinos; ésta no es diagnosticable por la palpación ni por el volumen ni por la fecha de aparición del primer síntoma, sino por el signo del bloqueo pélvico renal, ya que dicha propagación se ha de deducir de la fijeza del riñón afecto. Otra contraindicación es suministrada por la edad avanzada, la caquexia extrema, el edema intenso de las extremidades inferiores, el mal funcionamiento cardíaco por la toxemia, etc., la hipofunción del adelfo diagnosticada por la hipernitrogenemia y no por la hipostenuria.

Es indiscutible que un tratamiento radioterápico previo combate la hemorragia operatoria y preoperatoria (pero facilita la fibrosis), disminuye las metástasis (pero exige tiempo) y provoca una regresión del tumor (que favorece la toxemia por reabsorción). Y es que, como dice LOWSLEY, necesita un cierto tiempo para su administración, tiempo que no estamos en condiciones de perder una vez diagnosticado, sobre todo si se tiene en cuenta que el tratamiento radioterápico es meramente paliativo, nunca curativo; tan es así que, a pesar de la gran radiosensibilidad de los tumores de Wilms, los niños fallecen en aterrador porcentaje, a pesar de la extirpación y de la irradiación.

En cambio, un campo de aplicación indiscutible de la radioterapia lo constituye el período postoperatorio; aquí la irradiación se impone para combatir las metástasis posibles y los ganglios inoperables infectados que hubieron de abandonarse durante la operación. Por si fuera poco, es el único procedimiento con que contamos para ello.

KEN y STEPHENS (60), en 1943, abogan por el



uso de los rayos X preoperatoriamente; indican que sólo el uso de rayos X es inadecuado, y que lo mejor es la nefrectomía y la radiación postoperatoria; los casos inoperables deben ser tratados por la sola radioterapia.

Nos abstenemos de dar cifras de radiación, etcétera, ya que el uso y acción de este método terapéutico es distinto para cada caso, por depender de la radiosensibilidad del tumor de que se trate, y fenómenos tóxicos por resorción de las células tumorales muertas por la misma.

La nefrectomía tiene una mortalidad mucho mayor que la practicada por otras afecciones. MATHE (61) da una mortalidad media del 19 por 100, ocurriendo por shock hemorragia, trombosis y asistolia.

Algunos autores, como KINCHNER, indican la vía transperitoneal; otros hacen la incisión para-peritoneal de GREGOIRE (43); los más practican la incisión clásica de GUYON y ALBARRÁN, que amplían todo lo posible; para IMBERT, las recidivas llegan al 81 por 100, que G. SIMON hace descender a un 67 por 100.

Está indicada la heminefrectomía en los casos de tumores renales con riñón en herradura, en los que la anomalía no raramente determina la aparición del tumor; una resección parcial de un tumor puede hacerse si la investigación anatomopatológica practicada en el curso del acto operatorio muestra su absoluta benignidad y fuese factible su total extirpación.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) KUSTER.—Citado por LECENE.
- (2) SOCIN.—Citado por LECENE.
- (3) KELINACK.—«Renal Growths». Londres, 1890.
- (4) JAENSELME y BARBE.—Citado por LECENE.
- (5) ALBARRÁN e IMBERT.—«Les tumeurs du rein». Masson. París, 1903.
- (7) TADDEY.—*Fol. Urol.*, 5, 4-6, 303-608. 1908.
- (8) LECENE.—«Etudes sur les tumeurs solides du rein». Stainheil. París, 1904.
- (9) LECENE y WOLZROMS.—«Cánceres del riñón, suprarrenal, etcétera». Doin. París, 1923.
- (10) GASSOLO.—«Tratado de las enfermedades genitourinarias». López. Buenos Aires, 1945.
- (11) CUTLER-BUSCHKE.—Citado por LOWSLEY.
- (12) MASSLOW.—*J. Urol.*, 43, 75. 1940.
- (13) DICKISON, WIRCHOW y HASTING.—Citado por LEGUEU.
- (14) MITCHELL.—*N. York Med. J.*, 88, 980. 1908.
- (15) LEGUEU.—«Tratado méd.-quir. de las vías urinarias». Salvat. Barcelona, 1927.
- (16) LOWLEY-KIRWIN.—«Urología clínica». Salvat. Barcelona, 1945.
- (17) BERRY.—*Canad. M. A. J.*, 20, 28. 1929.
- (18) CROSBIN y PINKERTON.—*J. Urol.*, 28, 27. 1932.
- (19) GORDON.—Citado por LOWSLEY.
- (20) WILMS.—«Die Mischgeschwulste». Georgi. Leipzig, 1899.
- (21) BELL.—*J. Urol.*, 29, 238. 1930.
- (22) FRASER.—*Edimb. Med. J.*, 24, 372. 1920.
- (23) EBERTH.—*Wichows Arch. f. Path. Anat.*, 55, 518. 1872.
- (24) BIRCH-HIRCHELF.—*Zeits. f. d. Krankh. d. Harm. v. Sex. Org.*, 5, 97. 1894.
- (25) STERN y NEWNS.—*Arch. des Childhan*, 13, 193. 1938.
- (26) MAISSONET.—«Tratado de pat. quir.», tomo VI. Salvat. Barcelona, 1937.
- (27) PEAN y PACK.—*J. A. M. A.*, 98, 10. 1932.
- (28) HOCHENEGG.—*Arch. f. Klyn. Med.*, 42, 51. 1907.
- (29) BRADLEY y PINCOFF.—*Ann. Int. Med.*, 11, 161. 1938.
- (30) KRETCHMER y DOERHING.—*Surg. Gynec. & Obst.*, 48, 629. 1929.
- (31) BAYLEY y HARRISON.—*J. Urol.*, 38, 509. 1937.
- (32) GRAWITZ.—*Arch. f. Path. Anat. u. d. Klin. Med.*, 93, 39. 1883.
- (33) WILBDOZ.—«Tratado de Urología». Pubul. Barcelona, 1936.
- (34) OCKERBLAD y CARLSON.—*J. Urol.*, 405, 572. 1938.
- (35) FORSHYTE.—*J. Urol.*, 47, 784. 1942.
- (36) PUHT.—Citado por GASSOLO.
- (37) SÁNCHEZ LUCAS y MORANTE.—Citados por GASSOLO.
- (38) EWING.—«Neoplastic diseases». Ed. de Londres de 1928.
- (39) MARION.—«Traité d'Urologie». Masson. París, 1940.
- (40) CASTAIGNE y RATHERY.—*Sem. Méd.*, 273, agosto de 1902.
- (41) ISRAEL.—Citado por LEGUEU.
- (42) STOECKER.—*Beit. f. Path. Anat. v. Allg. Pathol.*, 43, 393. 1908.
- (43) GREGOIRE.—These de París, 1905.
- (44) BLANC.—Citado por GASSOLO.
- (45) BEGOUIN y DARCET.—Citado por GASSOLO.
- (46) SIMON.—*Zeit. f. Urol.*, 38, 30. 1944.
- (47) EICHORTS.—Citado por GASSOLO.
- (48) NEUHAUSER e ISRAEL.—*Arch. f. Klyn. Chir.*, 97, 469. 1906.
- (49) MENETRIER.—Citado por LEGUEU.
- (50) GILLET.—These de París, 1888.
- (51) JEANNEL.—Citado por LEGUEU.
- (52) KORANYI.—«Enfermedades de los riñones». Salvat. Barcelona, 1930.
- (53) BRAASCH y GRIFFIN.—Citado por GASSOLO.
- (54) CAHILL y MELLICOW.—*Surg. Gyn. Obst.*, 74, 281. 1942.
- (55) MARTINO (F.).—*Sem. Méd. Esp.*, 8, 676. 1945.
- (56) GOTLIEB.—*Rev. Esp. de Cir. y Urol.*, 10, 560. 1930.
- (57) MOTZ.—These de París, 1927.
- (58) RODERO-MARTINO.—*Rev. Clín. Esp.*, 16, 287. 1945.
- (59) MARAÑÓN.—«Manual de diagnóstico etiológico». Espasa-Calpe. Madrid, 1945.
- (60) KEN y STEPHENS.—*A. J. of Roent.*, 50, agosto de 1943.
- (61) MATHE.—*Cal. & West. Med.*, 46, 6. 1940.
- (62) SILVA HORTA.—Com. al Primer Cong. Port. de Urología. Lisboa, 1945.
- (63) MELLICOW.—*J. Urol.*, 51, 333. 1944.
- (64) APITZ.—*Wichows. Arch.*, 1943.
- (65) GOLDHIERCHER.—Citado por SILVA HORTA.
- (66) AZKANAZY.—*Zeit. f. Krebsf.*, 43, 405. 1936.
- (67) BAYER y LANG.—Citados por APITZ.
- (68) ALBRECHT.—*Arch. f. Klin. Chir.*, 77, 4. 1906.
- (69) BRITES.—*Fol. Anat. Uni. Coim.*, 10, 6. 1935.
- (70) HORTON.—*Proc. Staff. Melt. Mayo Clinic*, 15, 472. 1940.
- (71) FEIRSTER.—«Ueber diffuse Endokrine Epitheliale Organe». Léipzig, 1938.
- (72) GOORMATHIG.—*Arch. de Biol.*, 53, 575. 1932.
- (73) FEODOROFF.—*Fol. Urol.*, 5, 551. 1908.
- (74) SÁNCHEZ COVISA.—*Rev. Esp. de Urol. y Cir.*, 1, 2. 1919.
- (75) ORTIZ PICÓN.—*Rev. Esp. de Urol. y Cir.*, 9, 293. 1927.
- (76) CLEMENTE MÚGICA.—*Rev. Esp. de Urol. y Cir.*, 10, 69. 1928.
- (77) PASCUAL.—*Rev. Esp. de Urol. y Cir.*, 10, 443. 1928.
- (78) COVISA y PÉREZ LISTA.—*Rev. Esp. de Urol. y Cir.*, 13, 321. 1931.
- (79) PÁEZ RÍOS.—Com. a la Asoc. Esp. de Urol., 25 de agosto de 1932.
- (80) HIDALGO y FERNÁNDEZ CANO.—*Rev. Esp. de Urol.*, 1, 43. 1933.
- (81) — Com. a la Asoc. Esp. de Urol., (?).
- (82) PÁEZ RÍOS.—*Rev. Esp. de Urol.*, 2, 310. 1935.
- (83) SOLÉ AMBROS.—*I. U. C.*, 1, 13. 1945.
- (84) HALE y BURKLAND.—*J. Urol.*, 49, 426. 1943.
- (85) CREMER.—*Med. Klyn.*, 2, 759. 1941.
- (86) BOECKEL y FRANCK.—Com. a la Asoc. Franc. de Urol., 21 de enero de 1929.
- (87) DE LA FUENTE, CHAOS y PASTOR.—*Arch. Esp. de Urología*, 2, 365. 1946.
- (88) HALE y BURHLAND.—*J. Urol.*, 49, 426. 1943.
- (89) McDONALD y PRYESTLEY.—*Surg. Gynec. & Obst.*, 77, 295. 1943.
- (90) MOORE.—*Brit. J. Surg.*, 30, 381. 1943.
- (91) BEILIN y NEIMAN.—*J. Urol.*, 48, 575. 1942.
- (92) VITT y MELICK.—*J. Urol.*, 48, 601. 1942.
- (93) KRETCHMER.—*J. Urol.*, 48, 571. 1942.
- (94) FOULDS.—*J. Urol.*, 48, 131. 1942.



## HÍGADO, TOMATE Y AJO

por el

Doctor FRANCISCO JAVIER BLANCO JUSTE

De la Real Academia de Farmacia.

¿Receta culinaria? No, señores, no; son unos livianos comentarios debidos al *ascenso* que han obtenido estos antes productos bromatológicos, y en la voltereta que dió la vida les cupo en suerte una categoría que jamás pudieron sospechar. Visión retrospectiva: un ayer, un hogaño, mezcla de Farmacognosia y Terapéutica; un poquitín de historia, y saldrá un trabajito ameno, con verdades como puños, y que harán sonreír a los hombres que conocieron al tomate, hígado y ajo cuando *no eran nada* y hoy lo son todo.

Antes, el hígado era una víscera, creo lo siga siendo, «carne a la sombra» de bajo precio; los bofes lo vendían las casquerías, lo que hoy se llaman pomposamente «idiomas y talentos»; por diez céntimos recibían su ración los gatos, que se alternaba con diez de cordilla. Jamás figuraba en «menús» de postín; era lo humilde, lo barato, lo que algún festivo escritor llamó «golosina». No iba a la carnicería; su sitio era la casquería; consumidor, la gente humilde, la que no podía comprar lomo, ni chuletas; *el hígado era un cursi*.

Hoy el hígado se vende al precio de la mejor carne; escasea y se atienden recomendaciones para su adquisición; se le solicita, y puede figurar en la carta más selecta; ya no es la «golosina» del satírico; es el plato más selecto del aristócrata. ¿A qué se debe esta mutación que nadie me podrá negar? Razonemos: *el hígado es hoy un elegante*. Se le dijo que es un antianémico poderoso; se le valoró biológicamente, se creó el extracto hepático. Nació la Hepatoterapia; se administró en inyección endovenosa. Formó sociedad con las vitaminas B<sub>1</sub> y B<sub>2</sub>; sales de hierro y cobre que, asociado a la glucosa y a la insulina, prevé las afecciones hepáticas. En la cura de engorde, las mujeres  *sintéticas*  saben que 1 c. c. corresponde a una unidad, que el efecto hematopoyético corresponde a 300 gramos de hígado fresco; ya hablan de la feliz asociación con las vitaminas del complejo B: aneurina, riboflavina y el ácido nicotínico; la propaganda fué colosal; ya no se ve un hígado por el mundo. En los laboratorios farmacéuticos, sus directores técnicos estudiaron la Hepatoterapia; en la Inspección General de Farmacia, y en su Sección de Registros farmacéuticos, se solicitaban registros, todos con el prefijo hepato..., y luego terminaciones fantasía, agotando el léxico. La prensa arrecia en la propaganda..., y el hígado se pone en las nubes. Del extranjero, en especial Norteamérica, llegan barriles a cientos con extracto de hígado valorado. Sé de laboratorio que emplea hígado fresco nacional; en el Guadarrama tiene granja avícola; el residuo de la expresión se lo dan a las gallinas; éstas, tan desacreditadas, protestan; dicen que po-

*nen cuanto pueden*; que sus productos llevan lecitina y vitaminas para los humanos, y que éstos las dan a *ellas* hígado sin principios activos, y, en cambio, sí les ponen en el bebedero unas gotas muy amargas para que, quieran ellas o no quieran,  *pongan mucho* ; que no hay derecho; que el gallo puede beber *agua sin gotas*, y cacarean y se quejan, además, que los humanos las insultan con palabrotas que les afecta en su honor. Unas, víctimas de la falta de hígado, comen *estropajo de hígado*. Con estas razones, un producto bromatológico, siempre muy estimable pese a su *antes* modestia, hoy resulta una cosa suntuaria, de lujo, escasísima; hoy la modestia se trocó en el énfasis y *posse* más exaltados.

Los patos se dan mucha importancia; a su hígado le estiman mucho para que dé excelente *foie-grass*; también subió de precio; se dosifica a centigramos, antes *quantum volueris* de los repices del siglo XVII.

Estas razones, que todos conocemos, hicieron que el viejo hígado de las casquerías, el alimento del morrongo, sea hoy manjar de poderosos, y no se tome rebozado o guisadito con una salsita de cebolla; no, *eso era antes*; hoy tomó *otras vías*: la endovenosa, subcutánea, intramuscular, dosificado; no la *mitad de medio*, como decían las *po-bres chicas* de antes, sino 2 ó 3 c. c.; previo hervido de jeringa, desinfección de brazo, blusa blanca..., y luego la báscula médica, previos veinte céntimos, dice que 2 c. c. hicieron aumentar 37 gramos a la paciente. Estas bobaditas tienen un fondo de observación, y de verdad que podría decirse *revalorización del hígado*.

El tomate, baya gruesa, fruto del *Lycopersicum esculentum* Mill, de las solanáceas, es astringente, originario de Méjico, humilde, barato, muy útil en los hemorroides en pomada; alimento *antes* de obreros, gente del agro español; en las casas de huéspedes de fines del siglo XIX, tres pesetas, con ropa limpia, «huevos revueltos con tomate», era la salvación de patronas; hoy dirían ¡¡un batido de tomate!!; entonces la docena de huevos a, peseta, y el tomate, a quince céntimos el kilogramo; el albañil, con una libreta, un tomate, aceite y sal, tenía dos principios: o principiaba por la libreta o principiaba por el tomate, así decía el personaje de una zarzuela de Arniches y Chapí. Proyecto de verduleras, *ofrenda* en el escenario a autores fracasados. Hoy no se tiran como antes..., somos más cultos. *Se le cogía verde para que se pusiese colorado*. Tiene siete celdas, como cárcel de partido; mucho se dijo de la dureza de su semilla, que no la atacan los jugos gástricos, y sus cromosomas siguen vivos; razón ésta por la que se ven tantas matas de tomates en los tapiales de los pueblos; he querido, con



léxico correcto, decir lo que el lector habrá comprendido sin decir nada; cosa parecida al relato del estupro de Isabel, los rugidos de Pedro Crespo; la infancia del capitán Ataide se relata sin decir nada en *El Alcalde de Zalamea*, pues cosa parecida quise yo decir de la semilla del tomate y las matas de esta solanácea en las tapias de los pueblos.

Quedamos, pues, que antaño el tomate *no era nada*; un *ordinario*, quince céntimos el kilogramo; la clase media, alguna salsita para los «picudos de Fuentesauco», o con el bacalao para la clase media de una criada de 7,50; la clase media adinerada, ni oler los tomates, ¡¡ordinaríez!! ¡¡plebeyez!!

Bueno, pues hoy se les llama «rubís», «corazoncito» y se les limpia con gamuza, y para comprarlos se precisa tener una cuenta corriente muy obesa. *Ha pegado una subida*, que a los que pertenecemos al grupo «Los del 90» y ya pasamos el sarampión y la tos ferina, nos llena de asombro. ¿Ha visto usted cómo se han puesto los tomates? Sí, señor, están muy tontos; les dijeron que tienen vitaminas A, B, C, G, y que la «Marule», que estaba como una sardina, tomó el abecedario de vitaminas en complejo y en zumo de tomate, y la «Marule» se puso «potable»; y la «Marule» «potable» y el zumo de tomate se puso de moda, y la modestia se trocó en la más espantosa vanidad. Ya no quieren ir en cestos; quieren embalaje de papel, como los plátanos, y no quieren que les envuelvan en papel; quieren lucirse; somos «rubís», «corazones», tenemos complejo B. *Ya nadie nos tira*; y eso de la semilla *ya no pasa*, se queda en el prensazumos para tomate... Ya ni nos batimos con el huevo ni nos asociamos al bacalao. Ahora somos «zumo» en la barra de los restaurantes más lujosos; la «Marule», sentada en alto taburete y sonando doce pulseras, toma «zumo de tomate», habla del complejo vitamínico, de lo tersa que se pone la piel, que le han desaparecido unos picores que sufría en el codo, que duerme como «una bruta»; otras amigas lo piden; una idea: un *cock-tail* con hielo, zumo de tomate, whisky, ginebra y *servido a la copa*; dice es «licor de dioses»; otra lo toma con hielo y agua de seltz; como refresco, es cosa que no se olvida; toman parte amigos, consumen tomates, y la cosa toma un giro de elegancia, buen gusto, cosa que corre, y el tomate pasa de la vieja cesta al frasco elegante, *con etiqueta*, complejo en vitaminas; la especialidad farmacéutica se ocupa del *Licopersicum esculentum*; el médico de hoy dice: «El tomate tiene muchas vitaminas», y la gente se lió con los tomates, y éstos con la gente, haciéndose pagar como brillantes, y aquí, amables lectores, radica el *ascenso* del tomate; que nadie podrá menos de reconocer que ello, burla burlando, es verdad; pido meditación entre lo que media entre un tomate en cesta: plaza de la Cebada, a quince céntimos el kilogramo, año 1898, y un tomate en cocktelera en Chicote, *tomándolo con todo su complejo*; una niña bien de zurrón al hombro, gafas monumentales, pelo rubio, zapa-

tos ortopédicos y hablando del partido y *penaltys*... y pitillo rubio.

Si reconocéis es cierto lo que dije del tomate, veréis ahora lo que pasó con el ajo. ¡Este sí que ha ascendido! *Ya es oficial*; lo incluye el *Codex Medicamentarius Gallicus* (1939). Parte empleada, bulbo; principio activo, «esencia sulfurada»; la «cabeza de ajo» tiene diez bulbos. Tubérculo de ajo, 200 gramos. Alcohol de 60°, 1.000 gramos. Quitense las escamas foliáceas que envuelven los tubérculos, córtense en pedazos y háganse macerar diez días en alcohol de 60°, agitando con frecuencia. Pásese con expresión. Fíltrese. Líquido amarillo, de color de ámbar, con olor a ajo. Esta es la fórmula oficial y científica de la tintura de ajo, hoy tan en boga, que raro será el médico que no haya recibido petición de instrucciones sobre el ajo en las afecciones reumáticas y en la gota. El monosulfuro de alilo es la parte principal y esencial del ajo. Advierto que el ajo es un antihelmíntico poderoso. La esencia de ajo se obtiene de los bulbillos destilándoles con intermedio de agua. Esencia acre y cáustica. Más pesado que el agua. Tiene un sólo radical, representado por  $C_3H_5$ , al que se le dió el nombre de «alilo». El óxido de alilo de la esencia de ajo es  $C_3H_5O$ . El monosulfuro,  $C_3H_5S$ . El ajo es calicida, febrífugo, estimulante, vesicante y rubefaciente. Como la escila, tiene marcado poder diurético. En Méjico se usa un jarabe de ajo; con crisantemo o pelitre en gasolina, a la que se la incorporó tetracloruro de carbono para evitar inflamabilidad, evita que tábanos e insectos molesten a los animales de trabajo.

Para mí, el ajo es un *verdadero medicamento*. Hicé su fitoterapia y la publiqué en *El Monitor de la Farmacia y Terapéutica* (20 de enero de 1945, número 1.359); allí puede verse cuanto se precise en la farmacognosia del *Allium sativum*. Si de mí dependiera, el ajo sería incluido en la farmacopea española que ahora se está haciendo. He hablado en serio, pues el ajo es serio, «más serio que un ajo», y muy tieso, «más tieso que un ajo». Antes una ristra costaba una peseta; hoy cinco duros. ¡Creo es ascender!

Siguiendo la curva ascendente, hoy lo venden unos sujetos, «ajeros»; las sugestivas «sopas de ajo», cuyo inventor sigue ignorado, es un plato de lujo; bien saben las razones las amas de casa. El mortero de bronce de Lucena, donde las domésticas lo machacaban, «machacar el ajo», pasó de la cocina al *hall* y en vitrinas en casas de postín. Del clásico bote de cocina «Ajos» pasó a la farmacia, «Tintura de ajo». Es oficial en la farmacopea mejicana. Ahora se dice que es exótico, pues vino de Oriente. Frito, pierde sus virtudes: «y metidos en este ajo»; que su olor persistente lo combate el bicarbonato sódico o el perborato sódico, y luego unos minutos mascar una astillita de lirio de Florencia; responsable, el monosulfuro de alilo. En Rícla se le sigue *pisando* para que engorde el bulbo; ¡a él, más tieso que un ajo! Moraleja contra la vanidad.

¿Y antes? Humilde, como no cabe más; no tenía valor, su olor era signo de plebeyez; las so-



pas de ajo, tan cursis como el arroz con leche. Signo del apóstrofe e interjección violenta del terno. Aquellos geniales caricaturistas Cilla y «Mechis» que en *Madrid Cómic* ponían a determinado político, que soltaba ternos, con una ristra de ajos como collar. Era *nada*: cinco céntimos tres cabezas; nadie creía arreglaba reumas, y en visitas y tertulias, ¿quién osaba hablar del ajo? Los viejos dómines untaban de ajo las correas para azotar al alumno que no sabía la tabla de multiplicar. ¿A que no lo harían hoy? Buscaban la acción rubefaciente. Antes sólo las domésticas lo usaban. Hoy, hombres de ciencia, damas encopetadas, códigos farmacéuticos. El sulfuro de alilo suena bien, y la *revalorización del ajo* fué completa y total; hecho innegable. Sus compañeros de cocina, cebolla y perejil, siguen en ostracismo y llenos de envidia; lamentan no tener vitaminas ni sulfuro de alilo; no salieron de manos de cocineiras, siguen siendo unos *pelanas*, aunque se hacen pagar, y la cebolla... haciendo llorar y el perejil matando los pocos loros que quedan en este atormentado mundo.

*Este batido de ciencia y humorismo*, burla burlando, nos dice unas verdades que, observadas y meditadas, tienen realidad tangible. En el cambio que sufrió la vida, estas pequeñas cosas, como una

cabeza de ajos—debe ser plural, pues son diez bulbillos en un bulbo—, el tomate y el hígado, antes intrascendentes, sin valor crematístico y menos poder medicinal, en una superabundancia, cosas de casquería y plazuela, de cesta y criada, con la sola enumeración en la «cuenta de la plaza», han subido tanto, escasean, con tantas vitaminas, que verdaderamente forman *complejo*; hoy no son despreciables, ni mucho menos; tienen un valor real, positivo, y han *subido tanto* en sus dos aspectos, el bromatológico y el financiero, que hasta han merecido que los que nos dedicamos al estudio les dediquemos unas cuartillas y EL SIGLO MEDICO se ocupe de un asunto que, al intitularlo, parece una receta de cocina, del arte de Brillat-Savarin, un guiso de hígado con tomate y un ajito, pues este *no guiso* tiene su salsa... con observación.

Sólo me propuse un rato de solaz para el amable lector, un poquitín de ciencia con observaciones del antaño y del hogaño en cosas de uso diario y antes intrascendentes; pero que en el trastorno que ha sufrido el mundo se destruyó mucho; nacieron geniales medios debidos a la ciencia. Hubo enormes depreciaciones—entre ellas la vida—y revalorizaciones, como el hígado, tomate y ajos.

## Divulgaciones nacionales

### GENIALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

FRIEDRICH NIETZSCHE

por el

Doctor JOSE MARIA SACRISTAN

«Cuando un filósofo se halla enfermo, esto es casi un argumento contra su filosofía.»

Nietzsche a Von Seydlitz (1888).

Desde que el gran psiquiatra alemán Moebius publicó su trabajo fundamental acerca de la enfermedad de Nietzsche, se ha escrito mucho sobre el padecimiento psíquico del genial filósofo, aun cuando sin añadir nada nuevo. El diagnóstico de parálisis general—consecuencia de una infección contraída en la mocedad—es innegable. Lo interesante en el caso de Nietzsche es que el creador de una filosofía genial sufrió hasta su muerte, durante varios años, un proceso cerebral destructivo, durante el cual no cesó su producción literaria sino al final.

Algunos de los adversarios de Nietzsche afirman que en este hombre iban de la mano la locura y la filosofía. Otros suponen que tanto filosofar le quebró el juicio. Ni unos ni otros tienen razón. Los primeros, porque ignoran que un enfermo mental—como ya decía Moebius—, del mismo modo que un hombre normal, puede escribir algo hermoso o descubrir una verdad. Lo que en

el hombre enfermo de la mente decide el valor de sus poesías, de su estilo o de sus argumentos son los mismos principios que en general dirigen al hombre en sus estimaciones críticas. La enfermedad mental no cuenta para nada. Los segundos, porque erróneamente creen que el exceso de trabajo intelectual puede hacer perder el juicio al hombre sano.

Nietzsche heredó de su padre la corpulencia, la gallarda estatura, el talento musical y la fantasía. La muerte de su padre, a consecuencia de una afección cerebral, quizá un tumor del encéfalo, despertó en Nietzsche el temor de heredar tal enfermedad. En 1876 escribía a su amigo Von Gerdorff: «Mi padre murió a los treinta y seis años de una enfermedad cerebral; es posible que antes me suceda lo mismo.»

La madre de Nietzsche era una mujer de vigor extraordinario y gran vivacidad espiritual, cuyo



buen humor la sostenía en los momentos amargos y sombríos de su vida.

Desde la infancia padeció Nietzsche fuertes jaquecas, que le obligaban a suspender sus estudios. En 1888 se inicia el primer estado de gran excitación productiva, precursor de su grave dolencia. El mismo año que hallándose en Génova, al decirle que el hijo de su patrona estaba loco, exclamó: «Anch'io!» Durante el período de 1887 a 1888, la producción literaria de Nietzsche es extraordinaria. Su hermana ha escrito a este respecto: «Quien considere los trabajos del último año, antes de su enfermedad, le parecerá imposible que un hombre pueda llevar a cabo todo esto en tan breve tiempo, es decir, seis libros en ocho meses.» En algunos casos de parálisis general se ha observado que preceden prolongadas fases de productividad genial de este tipo al gran derrumbamiento psíquico final.

¿Significa esto, como pretenden algunos, que la excitación provocada por el proceso patológico es la causa única de la productividad de Nietzsche? En modo alguno. Las obras de Nietzsche, correspondientes al período anterior a su enfermedad, son prueba elocuente de la genialidad de su naturaleza creadora. No obstante, como señalan todos los psiquiatras que seriamente se han ocupado de Nietzsche, la producción tumultuosa de aquellos meses de enfermedad fué, evidentemente, estimulada por la excitación debida a la afección cerebral. En Nietzsche prevalecía el elemento productivo y estimulante de la enfermedad frente al destructivo.

Hay, sin embargo, una obra autobiográfica de Nietzsche, *Ecce-Homo*, en la cual se aprecia con toda claridad, aun cuando levemente, cómo la creación de un talento genial va oscureciéndose a causa del progreso de la enfermedad cerebral destructiva. Es muy interesante a este respecto el capítulo *Warum ich so gute Bücher schreibe* (Por qué escribo tan buenos libros).

El estado de Nietzsche empeora progresivamente desde los últimos días de diciembre de 1888 —fecha en que sufre un ataque paralítico— al 25 de agosto de 1900, día de su muerte. Al despertar del ataque paralítico, su estado era de gran excitación y confusión, hablaba solo, cantaba, no se daba cuenta del valor del dinero. Escribía extrañas fantasías, en las que mezclaba a Dionisio y los Evangelios, a sus amigos y a sus conocidos, que firmaba con los nombres de *Dionysos* y *El Crucificado*. Durante sus últimos días, pronunciaba tan sólo algunas palabras y pasaba las horas sentado en una butaca, tranquilo y con la mirada perdida.

Nadie puede negar, sería insensato, el valor de la obra de Nietzsche ni la fuerza constructiva de su genio. Su filosofía nada tiene que ver con la terrible enfermedad cerebral que aniquiló su potencia creadora. Pero la obra de Nietzsche—como ha dicho muy acertadamente un psiquiatra contemporáneo—no puede ser comprendida y valorada con exactitud si no se tiene también en cuenta lo patológico, la enfermedad.

(Del diario A B C.)

CATEDRA DE HIDROLOGIA MEDICA.—Profesor: Dr. San Román.

## La hidrología médica en relacion con la especialidad tocoginecológica

por el

Doctor ERNESTO VALLEJO MORIONES

Por lo que respecta a las ideas de W. STOECKEL, la balneoterapia es, indudablemente, muy importante y eficaz en una gran parte de las ginecopatías.

Considera especialmente apropiados en dichas afecciones los baños fuertemente salinos y los de lodo (con mejores resultados los primeros). En cuanto a las indicaciones, las constituyen, en primer lugar, las inflamaciones crónicas (exudados parametrales, inflamaciones anexiales), en los casos de dolores sacros de causa ginecológica y en los hematoceles antiguos, es decir, siempre que sea necesario conseguir una hiperemia activa en los casos que requieren se acelere la reabsorción en el foco morbosos. Cita como los mejores baños salinos de Alemania los de Kreuznach, Münster, Pyrmont, y entre los de lodo, a Franzesbad, Elster, Marienbad, etc. Estos últimos (los de lodo) pueden ser totales y parciales, en forma de

envolturas y cataplasmas, a las temperaturas de 28 a 45°, teniendo en cuenta que cuanto más calientes, mayor es su acción profunda.

Con respecto a la manera de obrar la cura balneoterápica sobre nuestras pacientes, intervienen muchos factores, como son el régimen de vida a que se someten, al reposo del aparato genital, o, dicho con frase de W. STOECKEL (1), «a las vacaciones que se toman con respecto al marido», una dieta correcta, y la acción terapéutica estimulante del organismo (especialmente con baños de lodo, con el que parece conseguirse la absorción de sustancias químicas (I. Fe.) en cantidades eficaces, y que quizá ejerza su influjo por su contenido en foliculina), todo esto sin despreciar el factor sugestivo que nunca debemos olvidar.

(1) *Tratado de Ginecología*. 3.<sup>a</sup> edición. cap. XXIII, tomo II, 1942.



Otras de las aplicaciones de la balneoterapia en Ginecología son las anomalías del ciclo menstrual, en la dismenorrea, en el climaterio y en la esterilidad. Para el autor, la eficacia en tales casos va paralela a la posibilidad de influir y suprimir por reabsorción antiguos focos morbosos.

Es interesante hacer constar la influencia desfavorable de la balneoterapia, con los baños salinos y los de lodo, en los miomas, pues la hiperemia intensifica en estos casos las pérdidas sanguíneas (STOECKEL, obra citada). Lo mismo diríamos cuando se interviene en una enferma operatoriamente después de una *tournee* balneoterápica.

De modo parecido actúan los baños de mar, siendo en estos casos de menorragias más aconsejables los climas de altura.

También reconoce STOECKEL la utilidad de la balneoterapia para combatir el estreñimiento, sobre todo en la edad del climaterio, y si al mismo tiempo existe tendencia a una adiposidad progresiva.

Finalmente hace el autor una serie de consideraciones en las que recomienda una colaboración estrecha entre el ginecólogo y el médico de baños, especialmente en la correcta distribución del trabajo, proscribiendo al médico de baños toda aquella terapéutica local innecesaria en las enfermedades y al ginecólogo aconsejándole abstenerse de ordenar las prescripciones relativas a los baños (como son el número, permanencia, etc.), ya que esto no es de su competencia.

También en relación con Hidrología y Ginecología, cita M. VAN OHODT (1) la gran utilidad de los baños ferruginosos y sulfurosos y de los baños de lodo calientes y templados en las afecciones del aparato genital femenino.

Altheide, Steben, Braunlage, Charlottenbrunn, Elster, Liebenstein, etc., serían los ferruginosos preferidos dentro de Alemania, y entre los sulfurosos: Aachen, Landeck (Silesia), Baden (cerca de Viena), Kaizenbanden, en Partenkirchen y Baden (cerca de Zurich).

*Esterilidad y baños de lodo* (2).—El tratamiento de la esterilidad por hipoplasia genital, así como el de las insuficiencias ováricas, caracterizadas por alteraciones menstruales, es influido favorablemente por los baños de lodo (¿por los estrógenos contenidos en él?).

Creo de sumo interés citar, aunque no sea más que de una manera resumida, las ideas sobre Hidrología en relación con la especialidad tocoginecológica, que encontramos plasmadas en la colosal obra de HALBAN-SEITZ, *Biologie und Pathologie des Weibes* (band IV).

Hace primero este autor una revisión de la aplicación ginecológica de algunas de las prácticas hidroterápicas; así, por ejemplo, cita los baños de

asiento analizando sus distintas propiedades, según su temperatura, es decir, según sean fríos, templados o calientes.

Así, estarían indicados los fríos (15 a 20°) en las hiperemias del útero, en las hemorragias y en los estados congestivos de los órganos pelvianos en general. En cuanto a los templados (33 a 36°), son los más empleados en Ginecología; consiguen un aumento vascular de la irrigación de los órganos abdominales, son sedantes y se emplean en los espasmos de la musculatura de vejiga e intestino. En Ginecología favorecen la reabsorción de los exudados de los órganos pelvianos, evitando la formación de adherencias. Se recomiendan en todos los procesos inflamatorios crónicos.

Finalmente, tenemos los baños de asiento calientes, que son entre el vulgo empleados por mano criminal para producir el aborto artificial.

*Baños de pies*.—Son poco empleados en terapéutica ginecológica.

*Duchas y chorros*.—Entre ellas tenemos la ducha escocesa, que carece de aplicación en Ginecología. Tenemos, asimismo, las duchas locales usadas en amenorreas por su acción tónica directa o refleja de los órganos pelvianos. Serán frías o alternativas en el abdomen, región lumbar y cara interna de los muslos, y serán de corta duración.

*Duchas vaginales*.—Es interesante la ducha vaginal termoalternante (NOVAK) en hiperemias crónicas de los órganos pelvianos.

También tenemos las duchas de asiento ascendente, de buena aplicación en hemorroides no sangrantes ni inflamadas (fría y corta).

*Hidroterapia fría*.—Está indicada preferentemente en las anomalías de la regla, en la amenorrea subsiguiente a las grandes anemias, clorosis; en todos estos casos van bien los baños fríos, de asiento, cortos; las duchas de chorro frío y cortas o las duchas escocesas aplicadas sobre el vientre, y los baños de asiento calientes, cortos o largos, con o sin adición de sales o de lodo (TOBIAS).

La atrofia uterina es otro de los procesos que más se benefician de la hidroterapia fría.

En las menorragias conviene derivar la sangre hacia los territorios vasculares periféricos; para normalizar la distribución sanguínea van muy bien aquí aplicaciones frías prolongadas y repetidas durante mucho tiempo, sobre todo en forma de fricciones parciales frías. H. W. FREUD aconseja baños de asiento fríos cada dos días (de corta duración), durante el intermenstruo, y combinados con chorros fríos en el vientre y en los muslos.

En las molestias del climaterio con trastornos vasculares (llamaradas, sofocos, insomnio, intranquilidad, palpitaciones, etc.) va muy bien el tratamiento hidroterápico. Entre los métodos recomendados figuran los pediluvios alternantes, las abluciones cortas frías sobre los muslos y las envolturas parciales. En los balnearios puede com-

(1) *Tratado de Patología médica*. Bergmann, Doerr, Eppinger, tomo II, pág. 1.776, 1936.

(2) Mahtius: *Sint. Méd.*, 1943-44.



binarse este método con compresas frías aplicadas al corazón. Se repetirá el tratamiento tres veces por semana.

Lo dicho respecto a la menopausia puede aplicarse a la neurastenia general, combinada con alteraciones ginecológicas a causa de los trastornos funcionales de los órganos sexuales femeninos.

*Baños de lodo.*—Están indicados en todos aquellos casos en que conviene acelerar la reabsorción de los exudados de los órganos pelvianos; por eso van bien en metritis, endometritis y catarros vaginales crónicos. Los baños de lodos ferruginosos encuentran especial aplicación en aquellas amenorreas y dismenorreas que reconocen por causa determinados estados anémicos. Las compresas y envolturas parciales de lodo están indicadas en todos los casos de exudados crónicos pelvianos, tanto como poderosos medios hipereimiantes como por la presión que ejercen. Lo mismo puede decirse de los baños de asiento de lodo.

*Contraindicaciones.*—Están constituidas por las enfermedades del corazón y la arteriosclerosis, la tuberculosis pulmonar, el enfisema pulmonar y del embarazo (F. KISCH).

Por lo que respecta a los baños de cieno y fango, éstos, como los de lodo, se dan a 35-40°, y su efecto es análogo al de éstos. En Ginecología se emplean las envolturas de fango en forma de cinturón abdominal para favorecer la reabsorción de los exudados y para tratar otros procesos inflamatorios crónicos de la pelvis.

*Aguas radiactivas.*—En Ginecología se emplean tanto en curas de bebida como en baños e inhalaciones. Este tratamiento tiene, sin embargo, muy distintas indicaciones que la radiumterapia. Son los procesos inflamatorios crónicos los que más se benefician de la acción de las aguas radiactivas. En Alemania son las más ricas en emanaciones (130 a 200 M. E. por litro) Gaselin, Landeck, Baden-Baden. En Sajonia está Bermbach (2.100 M. E.) y Oberschlema (5.600).

La bebida de las aguas radiactivas es hoy la forma más empleada para administrar la emanación de radio, así como también en inhalación. Se citan en esta obra diez casos tratados por LACHMANN con dolores por adherencias residuales por inflamaciones agudas, infiltraciones crónicas de los tejidos pelvianos o tumefacciones inflamatorias crónicas de los anejos. La cura fué en el manantial Georg con lavados radiactivos y cura de bebida de agua radiactiva. Estas enfermas no sufrieron otro tratamiento, y la cura se prolongó cuatro a seis semanas; todas obtuvieron notable mejoría, las tumoraciones anexiales se redujeron de tamaño y los síntomas subjetivos desaparecieron en la mayoría.

Finalmente, dedica HALBAN un último capítulo sobre factores generales curativos que intervienen en la balneoterapia, y así, entre ellos, cita el alejamiento de las preocupaciones domésticas, el

cambio de vida, de dieta, el aire libre, que representan una fuerza general de gran eficacia sobre los trastornos físicos, aunque no participen objetivamente en la curación de la enfermedad causal. En cambio, lo contrario es frecuente, y así enfermas que abandonan el balneario o sanatorio para entregarse al tratamiento ambulante de anexitis crónicas, exudados pelvianos, etc., experimentan la mayoría de las veces retrocesos acentuados, sólo atribuibles al retorno a la vida ordinaria.

Otra de las influencias de la Hidroterapia en Ginecología es tratar la enfermedad fundamental, por ejemplo, la anemia, con bebidas de aguas ferruginosas y arsenicales.

El embarazo, según F. KISCH, no constituye contraindicación alguna para las curas de bebida o los baños, observando las debidas precauciones. Sin embargo, en tal estado no se utilizarán los baños calientes, ni los de lodo, ni los de cieno.

Una clase especial de Hidroterapia ginecológica es las duchas uterinas y los espéculums de baño. Las duchas uterinas calientes, con aguas minerales y naturales, están indicadas, según KISCH, en casos de induración de los tejidos, con menstruaciones muy escasas, porque al aumentar el aflujo sanguíneo excitan las tunicas uterinas. El empleo de los espéculums de baño, que tienen por objeto hacer que el agua o el lodo toquen directamente la mucosa vaginal y la portio, es considerado por la mayoría de los ginecólogos como poco higiénico. En cambio, resultan muy recomendables los lavados cuidadosos con agua mineral templada (36°), sobre todo en la leucorrea (KISCH). El lodo que penetra en el interior de la vagina durante los baños de fango puede producir efecto astringente muy beneficioso.

Consultada la obra de OPITZ (tomo I), este autor se muestra partidario de la balneoterapia en Ginecología en variadas afecciones, entre las cuales encuentra especialmente indicadas las inflamaciones de los órganos del bajo vientre, las anomalías de las menstruaciones, de la secreción de la mucosa cervical, algunas neoformaciones benignas de los órganos genitales y la esterilidad.

Para las inflamaciones crónicas que sobrevienen a continuación del puerperio y otras infecciones, se indican los baños salinos y los baños de mar calientes, cuya acción es excitar el recambio y aumentar la facultad del organismo de liberación de las sustancias morbosas. Asimismo, van bien los baños de cieno en sus distintas formas. La hipereimia de los genitales es otro factor importantísimo de la acción de estos elementos.

En cuanto a la esterilidad, es aconsejable la administración de aguas ferruginosas y arsenicales, siempre que no haya alteraciones orgánicas demostrables.

Por lo que respecta a las neoformaciones, no es improbable que los baños que contienen sodio sean capaces de ejercer una influencia favorable sobre



la resolución de algunos tumores (miomas uterinos, por ejemplo).

En el tratamiento balneoterápico no son de despreciar los factores psíquicos. La separación del domicilio habitual tiene una acción psíquica importantísima; en sentir de OPITZ, las diferentes ocupaciones, la vida regulada al minuto y la acción del clima son factores de la mayor trascendencia, y es este factor de tranquilidad y descanso que el régimen balneario proporciona a las enfermas, especialmente beneficioso en las dismenorras, como dice en su libro el doctor PÉREZ MATA (1).

Ya en otra ocasión traté de la utilidad de los lodos en Ginecología, y no quiero terminar este trabajo de revisión sin citar la opinión sobre el particular del profesor BOTELLA LLUSIÁ, en su magnífica obra recientemente publicada. Cita la gran utilidad de los baños con lodos en los casos de insuficiencia ovárica, basándose en que dichos barroos proceden de turberas en las cuales existen gran cantidad de estrógenos. (Sabido es cómo los estrógenos sintéticos se obtienen de los alquitrantes.)

#### BIBLIOGRAFIA

ENGELMANN (W.).— *Zbl. Gynäk.*, nr. 19, 1923; nr. 21, 1932; nr. 19, 1934; nr. 25, 1937.

(1) Doctor Pérez Mata: *Dismenorrea*. Salvat, 1941.

GUTHMANN.— *Arch. Gynäk.*, tomo CLXI, 1936 (Münch. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Gyn.)  
 KOHLER (P.).— *Mschr. Geb. Gyn.*, tomo CV, 1937 (Moorbäder).  
 KRONE (F.).— «Die Heilanzeigen der Deutschen Bäder und Kurorte». J. A. Barth. Leipzig, 1936.  
 LAMPERT.— «Physikalische Therapie». Steinkopf. Dresden-Léipzig, 1938.  
 LUTTGE (W.).— «Wärme, Bäder und Strahlenbehandlung der Frauenkrankheiten». F. Enke. Stuttgart, 1938.  
 VOGT (H.).— «Lehrbuch der Bäder und Klimaheilkunde». Berlin. J. Springer. 1940.  
 KISCH (F.).— «Klinische Balneotherapie Sandbuch der Klinischen Hydro, Balneo und Klimatotherapie». von A. Strasser, F. Kisch und E. Sommer, Urban und Schwarzenberg. Berlin u. Wien, 1920.  
 TOBIAS (E.).— «Ueber die Bedeutung der Hydro und Thermotherapie f. die Physiologie und Pathologie des Weiblichen Sexualapparates». *Med. Kl.*, nr. 6, 1922.  
 STEINSBERG (L.).— «Klimaterium und Balneologie». *Alg. Med. Zentr. Ztg.*, nr. 18, 1922.

#### OBRAS Y REVISTAS CONSULTADAS EN ESTE TRABAJO

El trabajo que me había sido confiado se refería únicamente a la lectura de las últimas revistas tocoginecológicas que tratasen de tratamientos balneoterápicos. Como ya dije antes, el número de éstas es muy escaso (de las de habla española, al menos), y, además, en ninguna encontré el tema buscado, por lo que me limité a consultar los distintos tratados (y que han sido citados durante el trabajo) que hablan de este tema y que me fueron facilitados por la biblioteca de la Maternidad de Santa Cristina, donde en la actualidad presto mis servicios.  
*Toko-Ginecología Práctica* (números 10 al 36, ambos inclusive, correspondientes a los meses de marzo de 1943 a noviembre de 1945).  
*Obstetricia y Ginecología Latino-Americana* (números 1 al 8).  
*Revista Española de Obstetricia y Ginecología* (números 1 al 20, meses de julio de 1944 a febrero de 1946).

## Divulgaciones del exterior

### LA ENFERMEDAD DE LA BOMBA ATÓMICA

Nos han comunicado desde París, con fecha 19 de septiembre, que en *Les Nouvelles Littéraires*, el señor Tetry enumera los efectos de la explosión atómica sobre el organismo humano, y lo hace en la siguiente forma:

Los síntomas se manifiestan en los cinco primeros días después de la explosión, y comprenden anorexia, náuseas, vómitos graves y de variable duración. Por lo general, estos trastornos se asocian a un estado febril, cuya intensidad es más o menos grande, y que se presenta de dos a veinticinco días después del bombardeo.

Trece enfermos perdieron sus cabellos de manera más o menos total, comenzando esta lamentable pérdida hacia los dieciocho días después de la explosión; la alopecia comprende también las cejas y la barba.

Se presentan más raramente manifestaciones hemorrágicas, especialmente en las encías; extravasamiento subcutáneo y epistaxis. Algunos trastornos intestinales ligeros y pasajeros se presentan en estos enfermos. Todos ellos acusan una gran fatiga, cuya intensidad aumenta progresivamente. Aparte esta sintomatología, debe citarse la debilidad, rigidez torácica, vértigos, dificultades para tragar y sed muy intensa. El cuadro sintomático es, por tanto, bastante complejo.

El examen clínico manifiesta una oscilación de temperatura de los 37 a 40 grados centígrados y un aumento de pulso muy frecuente. Edema de los labios, de la cara y los párpados; linfadenopatía cervical; ictericia en un caso, que fué mortal; extrema palidez y trastornos nerviosos.

El examen de la sangre revela perturbaciones patológicas profundas en los glóbulos blancos, cuyo número disminuye, y en los glóbulos rojos la tasa de hemoglobina; la velocidad de sedimentación y la cantidad de prótidos en el plasma. El tiempo de sangría, anormalmente prolongado.

La composición de la orina se modifica ligeramente; aparece en ocasiones pequeña cantidad de albúmina, tirosina, dosis anormales de urobilina y prótidos.

La enfermedad de la bomba atómica provoca, por tanto, una perturbación generalizada de la fisiología, pero especialmente sobre la función hepática, y la destrucción de determinados elementos del sistema hematopoyético, en particular de los granulocitos y las plaquetas.

El conjunto de estas características presenta una similitud muy marcada entre la enfermedad de la bomba atómica y la consecutiva a las irradiaciones por los rayos X.



# REGISTRO DE SUMARIOS

## EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

### RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR (28 de septiembre de 1946.)

Número extraordinario dedicado a la información de la XXIV Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, celebrada en La Toja del 9 al 14 de septiembre de 1946.

### AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO (12 de octubre de 1946.)

La vitamina P en terapéutica dermatológica, por A. Carreras y J. A. Salvá.  
Lo que se sabe y lo que se dice de la clitocivina, por J. Heriber.  
La sífilis cardiovascular, por D. Durán Arrom.  
Hace un siglo médico, por Baloardo.  
Idearium de «Ich».  
La herida del Infante Don Enrique, por F. J. Cortezo.

### ACTA MEDICA HISPANICA

(Barcelona, mayo-junio de 1946.)

Sanz Ibáñez.—Poliomielitis experimental.  
Salarich.—Aspectos patológicos de tipo quirúrgico provocados por los ascárides.  
Simarro.—Temperamento y conducta en relación con endocrina y metabolismo.

### REVISTA ESPAÑOLA DE CIRUGIA

(Madrid, febrero de 1946.)

Gil Turner.—Osteosíntesis estable.  
Múgica.—Modificaciones tardías del sistema de aporte en el tuberculoso pulmonar a consecuencia de la toracoplastia.  
Eguigaray.—Metabolismo de las quemaduras y derivaciones terapéuticas.  
García Portela.—Tratamiento del hipospadias por injerto tubular dermoepidérmico.

### ARCHIVOS DEL HOSPITAL CLINICO DE NIÑOS

(Santiago de Chile, marzo de 1946.)

Araya.—Septicemia del recién nacido y lactante menor.  
Costa y Morales.—El mielograma en la infancia.  
Olea.—Dinamismo psíquico del niño.

### ARCHIVIO MARAGLIANO DI PATOLOGIA E CLINICA

(Génova, mayo-junio de 1946.)

Viale y Kunkl.—La cetolisis después del bloqueo de la glucólisis por el fluoruro de sodio.

Caviglia y Repetto.—Fenómenos tisulares y humorales en la fase prealérgica en la infección primaria tuberculosa experimental del testículo del cavia.

Giampalmo.—Modificaciones electrocardiográficas en el curso de la neumoencefalografía.

Angelis.—Propiedades biológicas del filtrado de aspergillus frente a los gérmenes y a los tejidos.

Alzona y Viale.—Anemia hemolítica.

### FOLIA CARDIOLOGICA

(Milán, diciembre de 1940.)

Colombi.—Los extrasístoles en la doctrina y en la práctica.

Podestá.—Cardiopatía de carencia en vitamina B<sub>1</sub>.

Martinetti y Pratesi.—Consumo de oxígeno después de la fatiga como prueba de eficiencia cardiocirculatoria.

Sibilia.—Nuevo signo electrocardiográfico en la enfermedad coronaria.

Tecilazic.—Investigaciones electrocardiográficas en la difteria maligna.

Confalonieri.—Estudio de la extrasistolia.

Biondo.—Interpretación clínica de los extrasístoles.

### SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

(Chicago, julio de 1946.)

Howes.—Quimioterapia local de las heridas.

Murphey, Kirklin y Finlayson.—Inervación anómala de los músculos intrínsecos de la mano.

Miles, Masson y Flickinger.—Operaciones reconstructoras de la estrechez benigna de los conductos biliares.

Kazanjan.—Reparación de los defectos nasales.

Glenn.—Tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda.

Bartlett.—Concepto sobre la reparación de la hernia inguinal.

Price y Lee.—Digestión gástrica de los tejidos.

Dodd y Ward.—Aplicación local del nitrofurano en las heridas.

Dixon, Weber y McDonald.—Lesiones malignas del duodeno.

Holman.—Seno pilonidal. Tratamiento por cierre primario.

Abbott, Bost, Schottstaedt, Stern y McCorkle.—Penicilina e injertos de hueso.

Cummins, Anson, Carr, Wright y Hauser.—Estructura del tendón de Aquiles en relación con la Cirugía ortopédica.

Harken.—Cuerpos extraños, vasos torácicos y corazón.

Jones.—Fracturas del tercio inferior del húmero. Tratamiento conservador.

### ARCHIVA MEDICA BELGICA

(Bruselas, julio de 1946.)

Lederer.—Trabajos belgas sobre la fisiopatología del hierro en el organismo vivo.

Campehouth.—El Laboratorio de Histo-Embriología de la Universidad de Louvain (1936-1946).

**“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-**



# EL SIGLO MÉDICO

## SEMANA MEDICA ESPANOLA

5 de octubre de 1946

### SECCIÓN PROFESIONAL

#### PROGRAMA

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

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN PROFESIONAL: *Boletín de la semana*, por Decio Carlán. *Hace un siglo médico*, por el Dottore Baloardo. *Andando por el mundo: La British Medical Association*, por el Dr. Fernán Pérez. TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES: *Previsión sanitaria, alarma y un poco de poesía*, por Jesús Vidal Prieto. *De Previsión Sanitaria Nacional: La vivienda del sanitario*, por el Dr. J. Luis-Yagüe y Espinosa. TERTULIA MÉDICA: *Idearium de «Ich»*. SILVA LITERARIA: *El Hospital de las Mujeres Perdidas y el de Peregrinos y del Catarro*, por el Dr. J. Alvarez-Sierra. *En el primer centenario del nacimiento del Dr. Gómez-Pamo*, por Fernando Hergueta. NUESTRO BUEN HUMOR. INFORMATARIO PROFESIONAL: *Sección oficial*.

### BOLETIN DE LA SEMANA

Bien quisiera espacio y vagar para esta charla mía, que más y más estimo y amo cada semana, por entender que ella me une en trato íntimo con mis amados lectores. Pero ni lo uno ni lo otro tengo en la ocasión de esta crónica, porque aparte el mal estado accidental de mi salud, que ha sido presa de esta nueva *canastera* que desde hace diez o doce días anda por Madrid metiendo en la cama a casi todo el mundo, con poca fiebre, mialgias muy desagradables, tos seca y fatal estado de las vías digestivas, una cefalalgia que hace cerrar los ojos a la luz y el gusto a todo, hay, además, que en estos últimos ocho días se ha desatado sobre nuestro informatorio una verdadera tempestad de noticias, todas ellas de grandísimo interés, y que para su comentario necesitarían un número entero.

Juzguen ustedes si no: El Congreso de Medicina de Río de Janeiro ha terminado como empezó, siendo uno de los más importantes concilios científicos celebrados hace muchos años.

Las proposiciones de este Congreso merecen honda meditación. La uniformidad del plan para la construcción y funcionamiento de todos los hospitales de América, según las normas patronales de los Estados Unidos y del Canadá; la igualdad de las fichas médicas que faciliten lo comparativo y estadístico; la ampliación de servicios sanitarios hospitalarios, de cursos oficiales y particulares sobre organización y administración de hospitales... No hablemos de cuanto se refiere a la política médicosocial en el aspecto de la inmigración, de la vigilancia de los puertos por equipos médicos panamericanos; la preferencia a la inmigración europea y la convocatoria de otro Congreso, con sede en Buenos Aires, para plantear puntualmente los problemas étnico, racial y médico.

En el problema del cáncer, se propone la creación de un organismo interamericano, con publicación y divulgación de sus trabajos en inglés, español y portugués; la organización de un fichero bibliográfico sobre el cáncer y enfermedades derivadas, puesto al alcance y uso de todos los médicos, para análisis de los procesos de tratamiento.

El Congreso ha concedido la amplitud que me-

rece al estudio de las endemias rurales, tan frecuentes en América, con creación de nuevos Servicios de saneamiento y profilaxis rural.

En el aspecto de los problemas de endocrinología y nutrición, se propugna la asistencia social efectiva al diabético y un servicio fácil, eficiente y gratuito de glándulas frescas de animales para confección de extractos activos bien controlados.

Se ha estudiado el problema económico de la lucha antituberculosa y se ha pedido se declare por los Gobiernos, como primario y esencial, el derecho a la salud, la máxima atención a la higiene pública, el desarrollo de la educación sanitaria y el Seguro social obligatorio. Se pide la declaración obligada de toda enfermedad reumática y el Estatuto de relaciones entre la Empresa y los trabajadores por causas de patología cardíaca.

También se ha planteado el problema de la acumulación de cantidades suficientes de plasma y sangre total, para emplear en los heridos en caso de guerra o de catástrofes accidentales.

En resumen: una interesantísima exposición de problemas y de sugerencias para su resolución.

Además de esto, los ingleses, en su Parlamento, han aprobado por gran mayoría de votos el proyecto de ley sobre el Servicio sanitario nacional.

Poco sabemos en detalle de este proyecto; pero la información dice que la clase médica inglesa no ha visto con buenos ojos esta solución del Parlamento. Esperemos a ver en qué para todo ello.

Los médicos suecos de los hospitales de Estocolmo se declararon en huelga para protestar por una resolución del Parlamento sueco que les prohíbe cobrar honorarios por los certificados médicos.

También en Inglaterra ha terminado la Conferencia Médica Internacional, y en ella hemos tenido para España una gratísima distinción, pues ha sido nombrado miembro del Comité encargado de establecer la Asociación médica mundial para fomentar el intercambio y amistad entre todos los médicos del mundo, el inteligente y simpático presidente del Colegio de Médicos de Barcelona, doctor García Tornell.

Para los Congresos internacionales que van a



celebrarse, o, mejor dicho, se están celebrando en Bruselas y Strasburgo, han salido, como delegados de España, don Ignacio Barraquer, para Bruselas, y don Antonio Subirana, para Strasburgo.

Don José Estella y Bermúdez de Castro ha llegado a Buenos Aires, donde ha sido invitado para dictar tres conferencias: en la Facultad de Medicina, en la Academia de Medicina y en el Instituto de Clínica Quirúrgica.

El profesor Estella ha anunciado los siguientes temas: 1.º «Ejercicio, aprendizaje y enseñanza de la Cirugía.» 2.º «Tratamiento quirúrgico de la angina de pecho.» 3.º «Gastrectomía integral con gastrización del duodeno.»

También nos llegan de América noticias del gran éxito bibliográfico alcanzado por dos libros fundamentales de ilustres profesores españoles:

El *Manual de Psiquiatría*, de don Antonio Vallejo Nágera, y la *Anatomía topográfica*, de don Julián de la Villa.

Gran satisfacción nos ocasiona esta noticia, pues estaba siendo cada vez más difícil imponerse en el mercado de libros científicos de Sudamérica, y los profesores Vallejo Nágera y Villa merecen por su labor gratitud de todos.

La Delegación Nacional de Sanidad ha concedido el premio Gómez Ulla al trabajo del doctor Martino Savino sobre «Cirugía y fisioterapia del cáncer de la mama».

Cerremos esta crónica de tanto acontecimiento con un comentario apenado: la noticia de haber fallecido el ilustre general de Sanidad Militar don Jesús Bravo Ferrer.

La personalidad científica y castrense de Bravo Ferrer, su natural simpatía, todo, le hacían una persona generalmente querida y estimada por todos. En las Jornadas Médicas de Sevilla prestó un inolvidable apoyo a la organización de las Secciones de Sanidad Militar, y allí precisamente se reconoció, en homenaje suyo, haber sido Bravo Ferrer quien implantó el Servicio antivenéreo en el Ejército.

Los restos de nuestro querido amigo fueron trasladados a Sevilla, donde se le rindió un emocionado recuerdo, velándose el cadáver en la capilla instalada en el Hospital Militar. Desde estas líneas enviamos nuestro sentido pésame a los familiares de Bravo Ferrer y al Cuerpo de Sanidad Militar.

DECIO CARLÁN.

## HACE UN SIGLO MÉDICO

por el  
DOTTOR BALOARDO

Nos encontramos con que hace justos cien años era materia de actualidad médica en la Prensa el nuevo método de amputación debido al glorioso maestro de la Cirugía española don Diego de Argumosa, catedrático y jefe de Clínica quirúrgica en el Colegio de San Carlos.

He aquí cómo relata un médico alumno la amputación de la pierna por el nuevo método de Argumosa:

Comienza por decir que vino a la corte con el deseo de ser cirujano, siendo ya médico, y buscaba en los periódicos noticias de lo que pudiera presenciar en los hospitales, al mismo tiempo que se lamentaba y se refería a las quejas de la Prensa médica de entonces de que los grandes profesores no publicasen y divulgasen los casos notables de su práctica.

No hay duda, digo yo, que hemos variado mucho en un siglo de tiempo.

A continuación, dice el médico-alumno que el lunes 19 de septiembre de 1846 amputó don Diego de Argumosa una pierna en su Clínica de la Facultad, y que dos días antes había amputado otra.

Insiste en que en su referencia ha de limitarse especialmente al método empleado por Argumosa en los dos casos, ya que no adoptó en estas amputaciones el método que consideraban preferible muchos operadores para realizarlo en la parte inferior de la pierna.

Esperaba el comunicante ver emplear el método circular, como el más generalizado y propuesto por Roche y Sanson, Vidal de Casis, Chelius y

otros; pero vió con agradable sorpresa que don Diego de Argumosa realizaba la amputación por un método propio y original suyo, ideado años atrás, y con el cual salvaba con facilidad y seguridad el inconveniente mayor de la operación: la perforación o gangrena de la piel sobre el ángulo de la tibia. Para esto señalaba Argumosa en la piel la altura a que el hueso había de serrarse, y dos traveses de dedo más abajo señalaba con dos puntos, más allá de los bordes interno y anterior de la tibia, la base de un colgajo triangular, cuyo vértice señalaba también dos pulgadas más abajo en la cara interna del mismo hueso. Hacía entonces una incisión desde el borde anterior de la tibia (en el caso en cuestión era la izquierda), y seguía por la pantorrilla hasta el borde de este hueso, tirando entre tanto con su mano izquierda de la piel en sentido contrario al empezar y al concluir, para que así quedase sin dividir la base del colgajo en una extensión transversal mayor que la cara interna de la tibia.

Cambiaba entonces el cuchillo por el bisturí convexo, con el cual dividía la piel sobre la cara del hueso en los dos lados del colgajo, desde la base al vértice. Levantaba en seguida este colgajo desde el vértice a la base, y retirando con la izquierda la piel del muñón, cortaba los músculos al nivel del borde de la piel, cortada de antemano, y seguía con el método común hasta completar la sección de los huesos, pero sin ocuparse del ángulo de la tibia.

Ligados los vasos, fijaba el colgajo con los





# Boldevón



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

## Dosis

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

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

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

C. S. 8.303



medicación

clásica en el tratamiento  
interno de las dermatosis

«Azufre y Bardana»

justamente reivindicada y  
superada con

## Sulfolapina



## SULFOLAPINA

### COMPOSICIÓN Y FORMA

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

### INDICACIONES

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

### DOSIS

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

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

Censura Sanitaria N.º 2810



# 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.

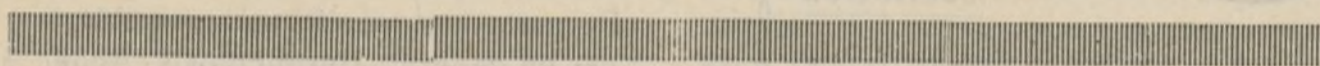
Dirigirse a **EDUARDO DEL PALACIO CHEVALLIER**, calle de **Joaquín Costa, 9**, hotel, Madrid. Teléfono **41819**.



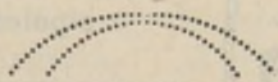
## A G U A

DE

## B O R I N E S



**La mejor agua de mesa**



**Padilla, 12. - MADRID**



S  
bordes correspondientes de la piel, de un modo también original, con un punto y medio de sutura, como él decía, y no sin razón, pues aunque son dos los puntos, sólo en tres diversos sitios se ve la piel penetrada por la aguja. Primero, en el vértice del colgajo, de fuera adentro, conduciendo la aguja dos cordones a la vez, los cuales, después de pasados por el colgajo, ponía uno en libertad y lo enhebraba en otra aguja; estas dos agujas conducían, de dentro afuera, sus cordones respectivos a través de la piel de uno y otro lado, con lo cual quedaban éstos aproximados entre sí y con el colgajo, y éste cubriendo, sin la más mínima violencia ni riesgo, el extremo de la tibia.

Estas amputaciones, termina el comunicante, como tales, no exigirían tal vez mención especial; pero por la novedad y excelencia del método le parecieron dignas de divulgarse en la Prensa.

En materia de Oftalmología, se refiere la observación de un caso de midriasis monocular muy pronunciada y sin alteración de la visión, sobrevenida a consecuencia de la administración de un vomitivo.

Da cuenta del caso el profesor P. de Vooght, de West-Capelle (Flandes Occidental).

El vomitivo de que se trata fué medio escrúpulo de ipecacuana, para tomar de una vez en agua tibia. El enfermo estaba habituado a esta terapéutica por haberla repetido varias veces.

La Sociedad Médico-Quirúrgica de Brujas encontró el caso desprovisto de interés, y dispuso se archivara; mas el *Boletín de Medicina* comenta que no se encontraba en los anales de la Oftalmología ningún ejemplo tan claro y franco de midriasis abdominal o del nervio simpático, ya que los casos referidos por Canitatt en su Memoria de 1838 no son ni tan positivos ni tan comprobantes, siendo, además, de señalar la integridad de la visión, a pesar de la dilatación enorme de la pupila derecha.

Este fenómeno de estar intacta la visión, a pesar de la dilatación de una de las dos pupilas, no se ha explicado todavía. Generalmente, los enfermos ven de un modo confuso con el ojo afectado, y sólo tapándose éste distinguen con claridad los objetos. Según parece, Melchior, al publicar su Memoria en julio y agosto de 1846, manifestaba que no poseía más ejemplos de tal naturaleza que los publicados por Plater, Linz, Pittschaff y Guepin, a los que debía añadirse las dos historias publicadas por Jallot en el número de agosto de los *Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica*, de Brujas.

Se da cuenta también con todo detalle del tratamiento consecutivo a la operación de la catarata por L. Pault-Desmarcais, discípulo y secretario del doctor Carrón du Villads.

Como actos del Gobierno de la nación, se publican con esta fecha en el *Boletín de Medicina y Cirugía* las listas de los textos que propone la Dirección de Estudios para la enseñanza de las ciencias médicas y sus auxiliares.

Comiéntase por la facultad de Filosofía y su enseñanza de ampliación en ciencias en que se com-

prende la Química general, la Mineralogía, la Zoología, la Botánica y la Astronomía física.

Síguese la facultad de Medicina, con siete años de estudios.

El primer año, Física y Química, Anatomía general y descriptiva.

El segundo año, Historia Natural médica, Fisiología e Higiene privada.

El tercer año, Patología general, Anatomía patológica, Terapéutica y Materia médica.

El cuarto año, Patología quirúrgica y operación, Anatomía quirúrgica, Vendaje, Patología quirúrgica y operación.

El quinto año, Patología médica, Obstetricia, Enfermedades de mujeres y Enfermedades de niños.

El sexto año, Clínicas y Medicina legal.

Y el séptimo año, Moral médica e Higiene pública.

Abundan los textos extranjeros traducidos al español, y no los detallamos por no prolongar este artículo, pero es una notable bibliografía.

En la Universidad de Madrid y su Facultad de Medicina hubo junta de catedráticos de Clínica el día 12 de septiembre de 1846, y se acordó proveer dos plazas de alumnos internos pensionados que percibirían la asignación que les señalase el Gobierno. Serían admitidos entre los alumnos del tercero al sexto años de la Facultad, ambos inclusive, pudiéndose admitir los del segundo año si no había pretendientes de otro.

Se proveerían también quince plazas de alumnos internos no pensionados, los cuales gozarían de la rebaja de la cuarta parte y mitad del depósito para el grado de licenciado si servían el puesto por el tiempo y modo prevenidos, expidiéndoseles por el rector de la Universidad título de alumnos internos de mérito, que será estimado como mérito muy distinguido en todos los casos.

Se preferiría para estas plazas los alumnos de tercero, cuarto y quinto años, pudiéndose admitir los de segundo, sexto y séptimo si la Junta lo estimara útil.

Entre las cosas curiosas que se remitían a la revista diariamente, merece señalarse en esta época la historia de una junta tenida en un pueblo de Cataluña, a la que fué llamado el doctor Bruguera, de Barcelona.

Antes de la consulta preguntó el médico de cabecera si otro compañero del pueblo, recién establecido en él, había sido llamado a la consulta. Respondiósele afirmativamente, y él, entonces, dijo que se retiraba, y, en efecto, así lo hizo.

Los dos médicos consultados vieron, sin embargo, al pobre enfermo, a quien ya habían sacramentado, y por el examen de las recetas y demás particulares de que se les dió cuenta, aseguraron que la enfermedad se había tratado perfectamente.

Los familiares y el paciente, poco satisfechos del médico que se había marchado, eligieron al otro médico del pueblo. Este admitió el encargo por ver al enfermo en la precisión de quedar abandonado u obligado a gastos extraordinarios si continuaban las consultas diariamente.

La enfermedad terminó por curación, resultan-



do no ser llamado el facultativo culpable por rehusar públicamente la consulta con su compañero no amigo, y más culpable aún por rehusarla al propio tiempo con otro compañero con quien jamás se había tratado. El comunicante hace votos porque sea el último de los casos a este respecto y porque se hiciese bien patente que el enfermo y sus familiares son dueños de disponer de su dinero y de proponer los médicos consultores, y que los médicos de cabecera, al marcharse antes de cumplir su cometido, dan pruebas de resentimientos pueriles e innobles, de poco amor a la Humanidad, de ninguna moral médica y de muy limitados alcances.

Esta conducta, que tanto desacredita a la clase entera, era, por desgracia, muy frecuente en las grandes capitales.

En el capítulo de quejas, seguía la de don Manuel Ruiz Sánchez contra el Ayuntamiento de Estrella, que, para la vacante de cirujano, daba preferencia a los colegiales de cinco años, y aseguraba el quejoso que era igual la situación suya por tener tres años de estudio y tres de práctica.

Se desarrollaba también una agria polémica entre un prestigioso catedrático de Clínica y el director de la revista *La Facultad*, quien, para dar caba a los alumnos, arremetía contra los catedráticos y su sistema de regencia de las clínicas de San Carlos, y éstos correspondiendo a la actitud del director de *La Facultad*, sacaban los trapos sucios de la asistencia de los internos, o, mejor dicho, de la no asistencia, descuidos, burlas de las guardias, etc., etc.

No quedaba muy bien parada la seriedad de unos y otros, y en la polémica se reflejaba un estado de deficiente organización lamentable.

La Sociedad Médica General de Socorros Mutuos continuaba sus consultas para proceder a la reforma de los estatutos.

Como novedades, se hablaba del sistema de Gerdy para tratamiento de las úlceras crónicas de las piernas mediante posición elevada de las extremidades afectas sobre un plano inclinado, aparte la cura simple de las lesiones.

El doctor Ducrós puntualizaba las causas de las perforaciones pulmonares y neumotórax, des-

pués de la expansión de una vasta caverna pulmonar que exceda los límites periféricos del borde posterior del pulmón; después de la formación de un absceso en caso de neumonía aguda; después de la fundición supuratoria de tubérculos bajo la pleura, en la superficie periférica de los pulmones y en la terminación por gangrena del parénquima en casos de neumonía complicada con fiebre tifoidea.

Se habla del empleo de la disolución de nitrato de plata en inyecciones uretrales para tratamiento de la blenorragia.

Es curiosa la Memoria del doctor Casper, publicada en la *Gaceta Médica Alemana*, sobre la duración probable de la vida de los médicos.

Suponiendo que principien a ejercer la carrera a los veintitrés años seiscientos veinticuatro médicos, trescientos doce, es decir, la mitad, murieron a los cincuenta y ocho años, y la cuarta parte llegó lo más a los setenta, que es el término medio de la vida humana, según este autor, y de los restantes, sólo dos llegaron a los noventa y un años.

Casper establece una escala de duración de la vida según las profesiones, y el primer lugar lo ocupan los teólogos, y los médicos, el último, siendo los que presentan menos casos de longevidad.

De cada cien teólogos, llegan cuarenta y dos a la edad de setenta años, mientras que de cien médicos sólo llegan veinticuatro a los setenta años.

El doctor Casper, en su curioso trabajo, asegura que en la estadística ha incluido un número de médicos de pueblo mucho mayor que de médicos de ciudad, lo que debe tenerse en cuenta en las deducciones que se hagan sobre su trabajo.

Se acababa de publicar el nuevo Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar, en que se daba a esta entidad la importancia y representación que debe tener en el Ejército, mejorando a sus individuos en su carrera y en su posición militar.

Se daba cuenta de haber sido nombrado presidente del Congreso que celebraban en París los homeópatas al doctor Nuño, de quien se dice a continuación que había sido revalidado de mé-



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



co por Real Orden, siendo antes ordenado *in sacris*.

Termina esta noticia con una exclamación: ¡Pobre Homeopatía, y a qué estado has llegado!

Los alumnos del segundo año de Farmacia solicitaban de Su Majestad se les dejase estudiar el tercero y el cuarto años de la carrera a un tiempo, en contra de lo que disponía el nuevo plan de estudios.

La novedad bibliográfica era la obra de don Tomás del Corral y Oña, marqués de San Gregorio más tarde, acerca de *El año clínico de Obstetricia y enfermedades de mujeres y niños*.

Y terminaba la semana médica con el anuncio de tres o cuatro vacantes de titulares, con la retribución de dinero y especies tan acostumbrada por entonces.

## ANDANDO POR EL MUNDO

# LA BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

por el

Doctor FERNAN PEREZ

Con motivo del artículo recientemente publicado acerca de los ministerios de Sanidad, en el que se hacía mención del movimiento de defensa valientemente iniciado por la British Medical Association contra los proyectos de socializar la Medicina inglesa, nos ha preguntado un lector si podríamos informarle acerca de la organización y funcionamiento de esta entidad profesional de los galenos del Imperio Británico, y vamos a procurar complacerles en un momento de tranquilidad en esta paradisíaca isla de La Toja, donde nos encontramos en compañía de muy numerosos y destacados oftalmólogos de toda España.

La prestigiosa agrupación médica británica fue fundada nada menos que en 1832 por sir Charles Hastings, y se constituyó mediante agrupaciones regionales denominadas *divisions* o *branques*, según su importancia, que se extienden no sólo por toda Inglaterra, Escocia, Irlanda y Gales, sino en los dominios y colonias del Imperio, agrupaciones que, lejos de ser filiales absolutas del organismo central, como acontece con nuestros Colegios Médicos provinciales, con respecto al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, tienen plenos poderes para determinar su extensión territorial, reunir, dividir o rechazar su adhesión al poder central.

Todos los años celebra una Asamblea de representantes de carácter social, en la que son elegidos libremente y sin influencia ni presión alguna, sin ni siquiera ternas alterables a capricho, los presidentes de las Secciones de la Asamblea (The Chairman of the representative Body) y su suplente (Deputy Chairman), así como el presidente de la Asociación, el tesorero, algunos miembros del Consejo, las Comisiones, etc.

Además de esta Asamblea anual puramente profesional, se celebran también tres de carácter exclusivamente científico, en las que se reúnen los miembros de la British Medical Association y de otras agrupaciones con un programa de conferencias y de comunicaciones relacionadas con la Medicina y ciencias anexas.

El Consejo de esta Asociación está constituido por veinticuatro vocales, elegidos por sufragio directo en todo el Reino Unido: siete, elegidos

de igual manera en las colonias y dominios; doce vocales representativos de Colegios electorales: ocho, elegidos por la Asamblea general; dos, designados por el Servicio de Sanidad Pública y un médico militar de cada Servicio (Ejército, Marina, Aire, India, etc.). Las oficinas cuentan con un *staff*, o estado mayor de empleados, de 120 personas que trabajan todo el día en la resolución de los asuntos de la Asociación y en la publicación de su órgano oficial, *British Medical Journal*, revista profesional y científica que goza en todo el mundo del máximo prestigio.

La British Medical Association regula severamente, por medio de Tribunales profesionales, la actuación deontológica de sus asociados, y sus fallos son acatados sin discusión alguna, gozando en todo instante de la máxima autoridad para dirimir contiendas surgidas entre los profesionales.

Al comienzo de la guerra mundial que acaba de sufrir la Humanidad entera, que es la fecha más reciente de nuestros datos, ejercían en la Gran Bretaña unos 40.000 médicos para los 44 millones de habitantes con que entonces contaba, lo que representa un médico por cada 1.200 habitantes. Pero de este total de médicos, sólo pertenecen a esta Asociación, cuya inscripción es voluntaria, unos 25.000, lo que representa el 63,4 por 100 del total. La cuota de cotización anual era, y suponemos que ahora habrá aumentado considerablemente, de tres guineas, que, a la par, representan unas 78 pesetas.

La British Medical Association cuenta con un magnífico edificio propio, situado en Tavistock Square, W. C. I., de Londres, en cuyo edificio los asociados que acuden a la capital desde todo el reino cuentan con todos los servicios que pueden necesitar a un precio módico.

En 1932, la Asociación celebró con la máxima solemnidad su centenario, llevando a cabo sesiones científicas y de carácter puramente profesional, y aun cuando hayan transcurrido desde aquella fecha nada menos que catorce años, de máxima tragedia para la Humanidad y para la civilización, y acaso por ello mismo, creemos interesante recordar dos aspectos de esta labor científica y profesional.



En la Sección de Otorrinolaringología tuvo lugar un acto de la máxima emotividad. Miss Helene Keller, nacida ciega, muda y sorda, cuyas Memorias sorprendentes son universalmente conocidas, se presentó acompañada de su institutriz, mistress Macy, que había dedicado cuarenta y seis años de ingeniosos esfuerzos para revelar a su discípula la existencia del mundo material y espiritual.

Miss Helene Keller en persona pronunció un maravilloso discurso para decir a los congresistas cómo ella había encontrado la persona sublime «que había sabido iluminar con la ciencia y la amistad la noche de su silencio», y explicar cómo había podido adquirir sus conocimientos actuales y aprender a articular sin el auxilio del oído y de la vista.

«Yo quisiera—dijo—que este método fuese utilizado por los técnicos encargados de cuidar a los niños. La sordera es mayor desgracia aún que la ceguera. Ser sordo significa la pérdida del manantial de impresiones más sugestivas para mantener atento el espíritu; de esta voz que permite el deseo de responder y que nos da acceso a la comunidad intelectual de los hombres. Yo no creo que el lenguaje sea esencialmente necesario para desarrollar la inteligencia, pero su importancia es realmente extraordinaria, y deben ponerse en práctica todos los artificios para ofrecer al niño mudo el singular don de la palabra.»

Miss Keller, ante el asombro de todos y la más profunda emoción, dió la medida de su capacidad, acompañando una composición tocada al piano, so-

bre el que había colocado sus dedos a guisa de receptores.

Por su parte, el presidente del Congreso, lord Dawson, en un magnífico discurso, hizo la historia de la Asociación desde aquel año de 1832, en que el cólera había arrebatado a Londres más de 50.000 habitantes, evocando las grandes figuras de la Medicina y exaltando la colaboración internacional de los médicos de todos los países hacia una obra común. «Quiero recordaros—dijo—que las bases de nuestra civilización se hallan lejos de estar firmemente asentadas, y que sólo una voluntad vigilante y sostenida puede garantizar el progreso. Los nuevos aspectos de la verdad confunden los espíritus y suscitan oposiciones instintivas. La más útil sanción que debería darse a este acto sería la comunión de los jefes políticos y los maestros de la religión para inculcar al hombre el convencimiento de orientar su razón, colaborando con el designio divino en el reconocimiento de la verdad.»

Y en estos días de ahora, en los locales de esta misma British Medical Association, se celebra una Asamblea magna de la Asociación Profesional Internacional de Médicos, a la que asiste, en representación de España, el ilustre presidente del Colegio de Médicos de Barcelona, don Lorenzo García Tornel, al que hemos pedido nos informe detalladamente de los resultados fundamentales de esta reunión, en la que están representados cuarenta y cinco países, y para cuyo Comité ejecutivo, de nueve médicos, ha sido nombrado miembro el delegado de España.

## TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS

### Previsión Sanitaria, alarma y un poco de poesía

por

JESUS VIDAL PRIETO

Nobleza obliga, dice el antiguo adagio, que en el caso presente es para que nosotros escribamos muy complacidos estas líneas, motivadas ante la cariñosa carta que el doctor Velasco Pajares, secretario de Previsión, ha tenido la atención de dirigirnos en contestación a nuestro artículo del número 4.717 de esta Revista, y que, por creerlo de interés para los titulares, transcribo, por ser, además, de justicia, los siguientes párrafos de dicha carta: «... los fondos que provienen de los derechos de habilitación únicamente los disfrutaban los médicos titulares, sean o no asociados a Previsión Sanitaria Nacional, ya que las pensiones complementarias de jubilación se conceden a los médicos titulares que se han jubilado... y de los préstamos son beneficiarios los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria con dos años de ejercicio y con plaza en propiedad, con exclusión de otros profesionales médicos.

Por lo expuesto, queda aclarado el que los asociados de Previsión, excepto los médicos titulares, nada aportan para la Caja de Auxilios Médi-

cos de A. P. D., pero tampoco disfrutaban de sus beneficios.»

En este mismo sentido nos escribe el doctor Yagüe y Espinosa, por lo que gustosamente también rectificamos.

Ha tenido también el doctor Velasco Pajares la delicadeza de remitirme una copia de la Orden ministerial que regula la Caja de Auxilios de los Médicos de A. P. D., y por ella veo y copio que asciende a 457.848 pesetas lo que Previsión Médica ha aportado para las Secciones de Anticipo y Subsidios complementarios de vejez, y todo ello procedente de los derechos de habilitación de los titulares.

Vemos, pues, cómo cada cantidad recaudada por Previsión no sólo está bien administrada, que eso ya lo sabíamos, sino que se aplica a cada uno lo suyo, y, tras de este corolario, se nos ocurre la siguiente sugerencia.

Todos los demás Cuerpos que perciben sus haberes de una manera más o menos aislada y más o menos eficazmente, por ejemplo forenses,



médicos de la Beneficencia provincial, Casas de Socorro, Sociedades, Seguro de Enfermedad, etcétera, etc., y en este etcétera creo que muy bien pudiéramos incluir la posible organización por los Colegios de Médicos de la cobranza de los igualatorios y hasta si se quisiera de los ingresos particulares, pudieran hacerlo a través de una Habilitación o Caja que se estableciese en cada Colegio, al estilo de lo que creo sucede en la Asociación de Autores Españoles. Ello nos haría más asequible y eficaz la cobranza de nuestros honorarios, y ese posible premio de habilitación que se dejase en favor de Previsión serviría para formar Cajas análogas a la que ya queda visto existe para los titulares.

Ahora permítasenos lanzar un grito de alarma para Previsión.

El capítulo X, en su sección única del texto refundido de las disposiciones complementarias relativas al Seguro de Enfermedad, dispone que se constituya una Asociación profesional, la cual nos parece muy bien respecto a sus primeros fines y para lo que en ellos se indica; pero al final de la disposición dice: «... y proceder con carácter inmediato a crear una Mutualidad nacional que cubra, en lo posible, los riesgos de accidentes, invalidez, vejez, muerte, viudedad, orfandad y demás modalidades previsoras.» En ello, aunque se dice después que esta Mutualidad dependerá de la Dirección General de Previsión, veo una posible dualidad de servicio y hasta una posible rivalidad con Previsión Sanitaria Nacional, y ante la eficacia y probidad que viene demostrando nuestra Previsión Sanitaria, creo que el Consejo General de Colegios de Médicos debe ser el que, en primer lugar, reclame que, tanto esta Mutua-

lidad que se preconiza en la susodicha disposición como todas aquellas que pudiesen en lo sucesivo ordenarse a tales o parecidos fines, por ejemplo, la de los médicos titulares, el día que se publique el Reglamento de Sanidad Municipal, queden integradas dentro de Previsión Sanitaria Nacional, y con este grito de alarma doy paso a todos cuantos, con mejor conocimiento de causa, quieran lanzarse a la palestra y defensa de lo que preconizamos.

Y, para cerrar esta crónica, digamos que seguimos esperando y recibiendo preguntas de cuándo llega ese aumento de sueldo a los titulares, pues de seguir esperando vamos a tener que pedir anticipos a la Caja de Previsión a cuenta del aumento o, por lo menos, acordarnos, para transformarlos un poco ripiosamente, pero con razón, de aquellos versos de Zorrilla, que dicen para nosotros ahora así:

Pasó un día y otro día,—un mes y otro mes pasó,—y un año pasado había,—mas los sueldos no subían—como se nos prometió.

Torquemada frente a la casa solariega de los padres del poeta y en espera de que los laureles, léase sueldo, no nos lleguen tan tarde como al insigne escritor, y que conste que lo decimos para tranquilidad de los que no asistieron a la Asamblea de Colegios de Médicos del mes de julio ni han leído el discurso que en ella pronunció el excelentísimo señor director general de Sanidad, doctor Palanca, pues los que a ella asistimos y escuchamos al doctor Palanca sabemos que lo del aumento de sueldo a los titulares va a ser un hecho, y no el sueño de un día de verano en los calurosos pero bien ventilados salones de cierta casa de Madrid, sita en la calle de Esparteros.

## DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL LA VIVIENDA DEL SANITARIO

por el

Doctor J. LUIS-YAGÜE Y ESPINOSA

La vivienda de los sanitarios, tanto en el medio rural como en el ciudadano, constituye, por el momento, uno de los más serios problemas que se pueden presentar a médicos, farmacéuticos, odontólogos, veterinarios y auxiliares (practicantes, profesoras en partos y enfermeras), porque la vivienda lleva aneja la instalación profesional. Y en las grandes poblaciones, esta dificultad tiene que ser salvada, en los más de los casos, con dispendios excesivos, muy elevados, que no suelen corresponder con lo destinado a tal fin en el capítulo de economía doméstica. Pero si esto es relativamente posible, aunque con gran frecuencia angustioso, en las profesiones básicas, en las secundarias auxiliares lo es casi siempre agobiante, sobre todo si en su ejercicio se observan las más estrictas reglas de ética y moral profesionales, sin habilidades ni actuaciones circunlegalistas.

Mas en las poblaciones pequeñas, en el burgo, las dificultades de hallar vivienda profesional pueden ser insuperables, hasta obligar a residir en

otra diferente a la del cargo, con todas las molestias y perjuicios que esto lleva anejos, y contando, desde luego, con la aquiescencia, no siempre lograda, de las autoridades locales o sanitarias, o tener que recluirse el sanitario y sus familiares en habitaciones inadaptadas de modo poco digno.

Esta dificultad la ha acrecido, como una de sus lógicas y desgraciadas consecuencias, la pasada guerra civil española, con sus destrucciones, aún no totalmente recuperadas.

La casa del sanitario rural ofrece características y peculiaridades propias, que, si bien pueden acoplarse a otras construcciones antiguas, éstas poseerán siempre defectos insubsanables; y como de las mejores logradas, transformada en centro primario de higiene, muy modesto, pero pulcrísimo, recordamos con agrado, visitando en penosas circunstancias en julio de 1936, la del compañero médico de Santa María de la Alameda, en las altas cumbres guadarrameñas. Las características básicas para los médicos y practicantes, que los



odontólogos se asimilan a los primeros y son muy excepcionales en este medio, son bien conocidas, aunque tal vez no bien apreciadas por algunos técnicos de la construcción, quienes no admiten peculiaridades. Quizá las de los farmacéuticos pudieran no ser tan específicas, subsanables con algunas transformaciones; y en cuanto a las de los veterinarios, cabe aceptar la corriente rural cómoda, siempre que pueda tener independiente el establecimiento de herrado.

El Colegio de Médicos navarro, felizmente secundado en su economía por la Caja de Ahorros Provincial, ha construido varias casas especializadas para médicos en diferentes localidades, muy lindas, prácticas y sencillas. Y la Dirección General de Sanidad ha sentido también vivamente dicha necesidad, e insistido sobre los gobernadores civiles para que procedan a la construcción de esta vivienda especializada y necesaria; y algunos de ellos, quizá el primero el de Zaragoza, haya secundado con gran cariño y entusiasmo la iniciativa, ¡para algo es médico y conoce bien de cerca los problemas de la clase!

Otra iniciativa, muy loable, ha sido también la de la Mutualidad de Funcionarios de Sanidad al solicitar su inscripción, como uno de sus fines sociales, cual Cooperativa de Casas baratas, si bien esto no trasciende hasta ahora al sanitario rural.

El factor más difícil de soslayar en la vivienda del sanitario rural tal vez séalo el económico de su construcción. Algún Banco oficial pudiera contribuir a ello, ya que, en cierto modo, encaja dentro de sus fines propios, y sería motivo de intentarlo.

Pero se dirá que también Previsión Sanitaria Nacional pudiera acometer tan laudable obra social sanitaria. Ya ha sido asunto suscitado repetidas veces en los Consejos, y al que se trata siempre de dar posible y difícil solución por el momento. Las entidades mutuales pueden ser propietarias de inmuebles como reservas de su capital, con obtención del interés legal, siempre que éstos no superen el 30 por 100 de aquéllas, o en todo caso el 50 por 100, con orden y estudio especiales, que en un plazo prudencial de años, fijado por los organismos estatales, deberá volver a ser el 30 por 100, pero no pueden hacer operaciones prestatarias de ninguna especie. Las fincas siempre exigen una administración directa o indirecta, que en Navarra la ejerce, insuperable, la Caja de Ahorros por intermedio de sus agencias en la misma localidad. Previsión Sanitaria Nacional podría, en todo caso, y sólo como opinión personal, proceder a la construcción de viviendas para sanitarios mutualistas en aquellas poblaciones donde radicasen sus organizaciones colegiales, siempre como propietaria de aquéllas y con las debidas garantías la inversión del capital, que no es nunca suyo, sino de todos y cada uno de los previsionistas, siendo las organizaciones colegiales sus administradores directos. Y, al decir mutualistas, nos referimos a médicos, farmacéuticos y odontólogos.

Esta es la única forma que, por ahora, y dentro de las normas generales estatales y las suyas propias, también refrendadas por la superioridad, podría acudir Previsión Sanitaria Nacional a solucionar el angustioso problema de la vivienda del sanitario en práctico deseo de ayuda.

## TERTULIA MÉDICA

### IDEARIUM DE "ICH"

La mentira es más bien una indignidad que un delito. Es indignidad por lo que tiene de cobardía, rehuendo las consecuencias de la verdad o procurando prescindir de ésta para un logro. No es gran delito, porque en el fondo, y al menos para quien la dice, representa el reconocimiento de una falta que se quiere ocultar, pero que se comprende.

\* \* \*

Las instalaciones campestres, lo mismo que los trajes que adoptan las gentes elegantes en el campo, reflejan dos tendencias: o marcan el gusto y la apariencia hacia lo vulgar y tosco, o adaptan la elegancia a lo sencillo y campesino.

Lo ordinario es lo primero. De aquí las sillerías rústicas, los bancos con corteza sin pulir, que rasgan los vestidos y molestan las carnes; las alpargatas; la supresión de los calcetines; los sombreros de playa en que se enganchan los cabellos hasta arrancarlos..., y otras lindezas

más inspiradas por la afectación que exigidas por la comodidad.

No pertenecía a este tipo de viviendas campesinas la casa de don Francisco Silvela en Aranjuez. Allí todo era distinguido, elegante, cómodo y sencillo.

Desde el espléndido rosal trepador, que ponía una cortina de follaje y grandes flores amarillas, olorosas, hasta el último cachivache de la mesa en que don Francisco Silvela escribía, todo era elegante, todo era delicado y exquisito, y, no obstante, todo recordaba que estaba destinado a una residencia campestre.

Un día en que fui invitado a un almuerzo en aquella linda casita de Aranjuez, como estuvieramos esperando en el jardín para ser llamados a la mesa, aquellos simpáticos embajadores rusos, de Sewitz y su hija, pintora retratista de primera fuerza; los Radowitz, embajadores de Alemania, y no recuerdo quiénes más, todos ellos amigos y clientes míos, una de las señoras, fisionomizando de una a otra parte, comenzó a llamar a los demás,



y señalando algo que por una reja del sótano se veía dijo:

—¿A qué huele?

Y contestó otro invitado:

—Huele a Amalita.

(Don Francisco Silvela estaba casado con doña Amalia Loring, persona de natural y exquisita distinción y ejemplarísima dueña de su casa.)

\* \* \*

¿Cómo un rey al dejar de ser constitucional lealmente puede perder autoridad efectiva creyendo adquirirla absoluta? Esto sucede por falta de fe en todo: en los ministros constitucionales, porque, ganosos de mantener su favor, consienten y aun se anticipan a todos los deseos del soberano; en éste, porque, mal acostumbrado a tales lisonjas y formando al propio tiempo menguada idea de los que se las ofrecen, presume que por sí solo podrá hacer más y más beneficioso, y, por último, en aquellos a quienes acude como instrumentos de su nueva investidura absoluta, porque, erigidos en categorías de remedios, se creen providenciales, actúan como tales y olvidan cuál es el verdadero origen del poder que el rey les concedió.

\* \* \*

Los astros no están donde creemos verlos; la refracción de la luz hace que sus rayos, al pasar por la atmósfera densa que rodea al hombre, se tuerzan. Tal el ideal; existe como el astro, pero no donde creemos verle; sus rayos se han torcido al atravesar los espesamientos de la realidad que nos rodea.

\* \* \*

Las diferentes disposiciones del espíritu, con arreglo a las diversas horas del día, han sido señaladas por todo el mundo y observadas aun por las gentes más indoctas. Todos advierten que la noche es la hora de las pasiones y el alba y la mañana la de la paz y la esperanza. Amiel trata varias veces este punto con su estilo mágico y dulce; pero yo me permito añadir una observación, primeramente propia y subjetiva, luego de médico, o a lo menos de observador de los fenómenos en los demás, es decir, de objetivista: Por la mañana, después del sueño, se ven, sin duda alguna, las cosas con mayor claridad; pero como si estuviesen dibujadas y resaltadas sobre un fondo indeciso de temor, de temor mal definido, expresado por una sensación casi física que parece advertirnos de la proximidad de un peligro o, cuando menos, de un disgusto o de una complicación. Sucede las más veces que al despertar experimentamos esta vaga impresión de temor antes de que haya acudido a nuestra imaginación el recuerdo del hecho del disgusto, de la amenaza de tales cosas, cuya impresión recibimos en el día anterior. Hay en esto como un fenómeno de subconsciencia, pero más bien creo que puede ello explicarse por un mecanismo fisiológico o por una solución intermedia. El cerebro,

la masa central perceptiva y consciente, va entorpeciendo en grados mínimos, pero innegables, durante el trabajo del día, por la sobrecarga de las excreciones metabólicas de que sus células necesitan libertarse para estar dispuestas a nuevo trabajo intelectual. El sueño limpia los elementos nerviosos, favoreciendo la espiración, el espurgo de sus cenizas, y al despertar se encuentran los centros en una disposición a la recepción y a la impresionabilidad análoga a la de un epidermis al que se ha limpiado de capas grasientas, de cuerpos extraños o de producciones córneas. Esta hiperestesia se traduce de un modo inconsciente en la incertidumbre temerosa e inconcreta que muchos sentimos por la mañana y que en los neurasténicos sufre esa exacerbación patológica que también observamos agravada a esa hora del día. Avanzando éste, el epidermis neuronal se va templando; de hiperestésico se hace normal, cubriéndose de residuos estratificados de la que pudiera llamarse respiración psíquica; residuos que pueden llegar por violencia pasional del estímulo a representar concreciones duras que oscurecen la claridad normal de la impresión, transformándolas en dolor. Tal es el caso no solamente del dolor moral justificado, sino del imaginativo, artificial y fantástico, que se observa en el histerismo y en otras neurosis que se agravan en la tarde y en la noche y se alivian después del sueño. Tratar a una histérica con calmantes es lógico, y la práctica nos enseña que pueden ser morfomaniacas y morfinomaniacas durante muchos años sin grave riesgo, mientras que los neurasténicos encuentran su alivio en el alcohol, en el éter y en los estimulantes, que, apresurando el metabolismo neuronal, determinan la rapidez de la formación de la capa residual protectora.

\* \* \*

Hay un banco en el Retiro, al que, por estar bajo árboles muy frondosos y cerca de una acequia de riego que suena siempre alegre, le tenía yo una gran predilección desde joven. Hace muchos, muchos años, que, sentado sobre aquellas piedras, leía yo una mañana de primavera no sé si a Bécquer o a Espronceda o Musset...; de pronto, sobre mi libro empezó a jugar una sombra; levanté los ojos, y vi que la producía una mariposa blanca. Siempre he sido muy supersticioso, y di en mirar hacia donde la mariposa volaba. Después de varios giros desapareció por la derecha y hacia arriba. Hará tres o cuatro años que, como otras muchas veces, me senté a leer una tarde de otoño en aquel banco favorito; leí en una gramática alemana algunos verbos irregulares. De pronto, sobre la página en que tenía fija la mirada jugueteó una sombrita. Dios mío, ¿sería la mariposa blanca del buen augurio que volvía en mi vejez?

Levanté vivamente la mirada. Era una hoja seca que caía lentamente hacia la izquierda.

\* \* \*

Aunque parezca extraño, lo que es más de envidiar en la historia de las venturas fabulosas



de Napoleón es la caída de Waterlloo. Entre morir como Alejandro de enfermedad vulgar, como César asesinado por la ingratitud, como Belisario y Bolívar, pobres y perseguidos; entre huir como Guillermo II, Carlos X, Luis Felipe o Manuel de Portugal y caer haciendo frente a todos los pueblos de Europa luchando minuto tras minuto y buscando la muerte que no encuentra, no puede caberle duda a la Historia para juzgar la comparación. Un Austerlitz o un Wagram lo han

tenido muchos conquistadores; un Waterlloo sólo Napoleón lo tuvo.

\* \* \*

La bondad en la niñez es un atractivo; en la adolescencia es una prenda estimable; en la edad madura, un deber; en la vejez, un recurso. ¿Qué va a hacer el viejo para resultar tolerable sino ser bueno, cuando no tiene ya gracia ni facultades ni provecho para ser malo?

## SILVA LITERARIA

### CARIDAD Y BENEFICENCIA EN EL ANTIGUO MADRID

#### El Hospital de las Mujeres Perdidas y el de Peregrinos y del Catarro

por el

Doctor J. ALVAREZ-SIERRA

De la Asociación de Escritores Médicos.

Dice don Juan Ortega y Rubio, uno de los historiadores más imparciales y de mayor rigorismo científico que han pasado por nuestra Universidad, en su libro *Madrid y su provincia*, que la capital de España fué desde tiempo inmemorial una de las poblaciones de más exaltado fervor caritativo y de más extensa organización asistencial y benéfica. En efecto; el número de sus hospitales y asilos, algunos de los cuales tuvieron su origen en pleno medievo, llegó a ser tan crecido, que preocupó el ánimo del rey Felipe II, quien ordenó la supresión de la mayor parte para refundirlos en uno solo, nuestro actual y glorioso Hospital Provincial de la calle de Santa Isabel.

Cierto, que el exceso de hospitales, que impropriamente denominó menores, pues algunos eran magníficos en su organización, rentas, edificio y servicios médicoquirúrgicos, daba lugar a que las limosnas y legados se diluyesen demasiado, y no pocos llevasen una vida precaria. Pero cierto también que quedaron anuladas iniciativas particulares de gran estima e instituciones de positivo valor histórico y sanitario. Hubo algunas tan curiosas como el Hospital de San Ricardo (primer hospital de tísicos), el de San Antonio Abad (primer hospital de pestosos) y el de San Lázaro (hospital de lepra, que luego fué dermosifilicomio, hasta que se unió con el de Antón Martín).

Por encima de todos, resaltan en curiosidad anecdótica y en significación médica el de las Mujeres Perdidas y el de Peregrinos y del Catarro, rara vez citados o sólo incidentalmente por los cronistas de la villa y corte.

El Hospital de las Mujeres Perdidas estaba situado en una bocacalle de la de Santa Isabel, un poco más abajo del convento de religiosas agustinas recoletas de la Visitación, que años más tarde fundara Felipe III y Margarita de Austria. La fecha exacta de su origen no se conoce, pero debió ser en el reinado de Enrique II, desapareciendo por orden del cardenal Quiroga en 1587.

Resulta curioso que, además de prestar asistencia en todas las enfermedades agudas y crónicas

a las desgraciadas meretrices, tenía una función análoga a la de nuestras actuales Maternidades e instituciones de Puericultura, con objeto de que pudiesen criar a sus hijos y redimirse con una vida honesta.

Por cierto que existe una tradición del Madrid antiguo ligada a este hospital. Se encontraba recluida en él una infeliz madre con un niño de corta edad, cuyos bienes le tenían usurpados, y por calumnia considerada como pecadora. Su único consuelo era este hijo, el cual, en el día que desalojaron el local para clausurarlo, quedó perdido en unos desvanes; habiéndole echado de menos la madre, traspasada de dolor, nadie la hizo caso, y aunque le buscaron, fué con poco interés. Habiéndose cerrado el hospital, quedó allí solo, víctima de hambre y de miedo. Pasados algunos días, el venerable Bernardino Obregón creyó escuchar en sueños los lamentos de un niño; puesto en oración, pidió al Señor le revelase el significado de aquellos ecos lastimeros; cuando llegó la mañana salió del asilo donde vivía, que estaba en el Prado, y, dirigiéndose al centro del paseo, oía que el niño le llamaba; siguió hasta el sitio de donde partían los gemidos, y, mandando abrir las puertas, vió al niño olvidado que le llamaba para morir en sus brazos, oprimido de hambre, de sed y fatigado de llorar. Pero Bernardino Obregón, tomando a aquel niño ya casi cadáver, oró tres veces sobre él, y detuvo el golpe fiero de la muerte que le amenazaba. Se interesó por la madre, habló con el rey, ganando sus bienes y su inocencia. Desde entonces se llamó aquel sitio calle del Niño Perdido.

Otro hospital poco conocido es el que se denominó Hospital de Peregrinos y después Hospital del Catarro. Es, en realidad el primero donde se asiste una epidemia de gripe, que entonces no se llamaba gripe y denominaban nuestros abuelos epidemias de catarro.

Estaba en un callejón estrecho, antiquísimo, que iba desde la calle de Preciados a la plaza del Celenque, por donde hoy cruza la calle de Tetuán,



y se inauguró el año 1455. Existía en Madrid una virtuosa dama llamada doña Ana Rodrigo, poseedora de unas pequeñas casas junto al sitio que ocupó el barranco de la Zarza, cuyas fincas dejó en su testamento a la antigua Cofradía de Nuestra Señora de Gracia, para que fundasen en ella este hospital para peregrinos, el cual regentó la Hermandad citada hasta 1580, que lo ocupó el Ayuntamiento para establecer una enfermería donde llevar los atacados de la epidemia de catarro que se desarrolló entonces con intensa gravedad, epidemia que, según los datos clínicos que poseemos, debió ser una verdadera gripe.

Siendo su rector el Rvdo. P. Gregorio Sánchez, después la misma Hermandad, unida a la de la Vera-Cruz, que estaba en el convento de San Francisco, continuó prestando asistencia a peregrinos, según sus estatutos, pero no en este al-

bergue, que siguió dedicado a epidemias de catarro y más tarde ocupado para casa-recogimiento de mujeres arrepentidas hasta 1623, fecha en que, según Campemani, éstas formaron cuerpo de Comunidad y se trasladaron a la calle de Hortaleza, para cuya fundación se trató de vender el inmueble, a lo que la Hermandad rectora se opuso. Años después, cumpliendo el Decreto del Consejo de Castilla de 10 de noviembre de 1591, refrendado por el escribano de Cámara don Juan Gallo Andrade, en que le ordenaban la reducción de Hospitales, encargóse de todos los efectos el venerable Obregón.

Tiene importancia esta institución, porque la célebre epidemia del catarro, para la que fué habilitada por las autoridades madrileñas, es acaso la primera en que clínicamente se dan los síntomas de la moderna gripe.

## EN EL PRIMER CENTENARIO DEL NACIMIENTO DEL SABIO MAESTRO DOCTOR GÓMEZ-PAMO

### Recuerdos de un estudiante

por

FERNANDO HERGUETA

Corría el año 1905, y al comenzar el mes de octubre me presenté al doctor Gómez-Pamo, que iba a ser mi maestro en el curso que empezaba en la asignatura de Materia farmacéutica vegetal. Le recuerdo vestido de levita y sentado en un sillón; me acogió con suma amabilidad y me nombró su ayudante de clase; la impresión que me hizo nunca la olvidaré en mi vida: inspiraba veneración y respeto, se veían en él un aire señorial de un verdadero caballero a la antigua usanza, un gran español, y, sobre todo, una dulzura en su conversación, siempre amena, que cautivaba a cuantos le trataban, adiestrándose en la voluntad de todos.

Aprendimos mucho a su lado; pues, además de las materias propias de la asignatura, nos enseñaba de todo; por poseer una cultura vastísima, nos daba consejos como un verdadero padre; nos enseñaba con toda paciencia a estudiar; aprendí con él a manejar a la perfección el microtomo; no faltábamos nunca a su clase ni a sus prácticas; a las ocho menos cuarto de la mañana ya le estábamos esperando los estudiantes con verdadero deseo de aprender, y le veíamos asomar por la calle de Hortaleza, siempre metido su cuerpo menudito en un gabán de pieles; su sombrero de copa, con pasos cortos y arrastrando un poquito los pies, los estudiantes le abríamos calle, todos respetuosamente decubiertos y guardando silencio; los ayudantes entrábamos con él en su laboratorio, y aquellos minutos antes de comenzar la explicación eran inolvidables para nosotros; que todos estábamos pendientes de su charla, que siempre tenía alguna novedad; al finalizar la clase, y ya con su hijo Fernando, se comentaban las con-

testaciones de los alumnos a sus preguntas; nos enseñaba dibujos de los cortes que él hacía, tomados del natural y siempre maravillosos.

No es de extrañar que con un maestro de estas condiciones se nos pasara el curso en un abrir y cerrar de ojos, y cuando quisimos darnos cuenta se había echado encima el mes de mayo. Terminó el curso y todos sentíamos dejar a tan sabio y excepcional maestro. Vinieron los exámenes; me examiné; en dos de las lecciones que me tocaron en suerte estuve bien, mas en la tercera flaqueé bastante, y había que ver al bueno de don Juan Ramón decirme con su dulzura característica: «Tranquílcese. ¡Si esta lección me la explicó perfectamente días pasados!» Y me ayudó tanto, tanto, que fui contestando sin saber cómo ni por qué, con gran extrañeza mía. Al terminar los exámenes y encontrarme con don Juan Ramón en su Laboratorio, me felicitó y me preguntó: «¿Qué nota quieres que te dé?» Contesté: «Comprendo, don Juan Ramón, que no he estado para un sobresaliente, pero tampoco para un simple aprobado.» Se sonrió y me dió notable.

Esto pinta mejor que nada lo que era aquel hombre, todo bondad y todo delicadeza.

Después de este inolvidable curso, vino el de final de carrera, y al terminar el examen de mi última asignatura, al primero que se lo comuniqué fué al doctor Gómez-Pamo. Me dió un apretado abrazo en silencio y con todo corazón, que hizo que se me saltaran las lágrimas; tan efusivo fué. Y una vez tranquilizados el maestro y el discípulo, me dijo: «Ya somos compañeros.» Preguntándome por el Tribunal que me gustaría que me licenciara, contesté rápido: «Desearía ser licen-



ciado por usted.» Y, efectivamente, me tocó en suerte el Tribunal del que formaba parte el doctor Gómez-Pamo (a la sazón secretario de la Facultad), en unión de los doctores don Gabriel de la Puerta y don Joaquín Olmedilla.

Terminé mi carrera, y don Juan Ramón vino personalmente a dar la noticia a mi padre, con quien le unía una inquebrantable y fraternal amistad.

No terminaron aquí mis buenas relaciones con el doctor Gómez-Pamo durante mis estudios de la licenciatura, sino que tuve la suerte al doctorarme de que me tocara el Tribunal en que figuraba don Juan Ramón con los doctores don Julián Casaña, don Baldomero Bonet, don Joaquín Olmedilla y don José Rodríguez, y al hacer el comentario de mi memoria doctoral, me fué impugnada por los doctores Olmedilla y Rodríguez, y el bueno del doctor Gómez-Pamo se puso de mi parte, diciéndoles a sus compañeros que él había presenciado todas las operaciones que yo había efectuado y que el aparato lo tenía montado en mi oficina de Farmacia, por si los del Tribunal querían ver su funcionamiento. Con estas palabras del sabio maestro quedaron plenamente convencidos y satisfechos, y fuí aprobado y felicitado por el Tribunal.

El doctor Gómez-Pamo, lleno de actividades, tuvo tiempo para todo: la cátedra y la secretaría de la Facultad, las sesiones de la Real Academia de Medicina y atender a la Tesorería y a la Comisión de la Farmacopea, su oficina de Farmacia, laboratorios, juntas y reuniones, publicista, informes, etc., etc.; dotado de una capacidad de trabajo maravillosa y nada común.

El 7 de noviembre de 1913 murió el ilustre y sabio maestro, figura científica colosal y orgullo de España, sin decaer un momento en su labor desde el año 1851 a 1913, dejando un hueco difícil de llenar en cuantos cargos ocupó, siendo sentida su muerte por todos los que le lloramos de corazón.

Era necesario sustituirle en su cátedra, y el único bien preparado para haber continuado su labor era su hijo Fernando, auxiliar de la asignatura y merecedor por todos conceptos, por su saber, por sus vastos conocimientos, por haber explicado la asignatura durante muchos años en la Academia de Pacheco (yo fuí alumno suyo y soy

testigo de mayor excepción), por dominar plenamente la asignatura, y en la misma escuela de su padre. Todos creíamos sería el nuevo catedrático de Materia Farmacéutica vegetal y continuador de su amantísimo padre. Pues no fué como esperábamos, y se cometió la injusticia de dejarle sin la cátedra, que era para Fernando el amor de todos sus amores; pero corramos sobre este hecho un tupido velo.

Pasó el tiempo, y para perpetuar la memoria del insigne botánico se colocó una lápida en la Facultad de Farmacia, y en ocasión de ocupar yo el cargo de secretario general del Real Colegio de Farmacéuticos (hoy Real Academia de Farmacia), puse todo mi empeño en hacerle un homenaje nacional al descubrir la susodicha lápida, y siempre de acuerdo con Fernando, interesamos de S. M. el Rey Don Alfonso XIII (q. G. h.) el que asistiera a tan justo homenaje, prometiéndonos su asistencia; y me contestó rápido que señaláramos día y hora con la Facultad y que se lo comunicáramos. Así se lo manifesté a la autoridad competente. Los mismos miedos, las mismas indecisiones, y en vista de esto me fuí a ver al ministro de la Gobernación, general Martínez Anido, quien me aseguró que no se alteraría el orden y que se hiciera el homenaje con la asistencia del Rey, que tenía la seguridad de ser ovacionado por todos los estudiantes; di conocimiento de estas palabras del ministro, y entonces propusieron hacer el homenaje después de los exámenes y cuando no quedaban estudiantes en Madrid, rechazando de lleno esta proposición. Ya en el mes de mayo asistimos a una sesión, si no recuerdo mal, en la Real Academia de Ciencias, y presidida por el Rey, y al terminar ésta y pasar el Rey por entre el público y divisarme, me preguntó por el homenaje, contestándole que, como era muy avanzada la estación, lo dejaríamos para el otoño. Y el homenaje no se celebró con la solemnidad que deseábamos.

Hoy me cabe el honor de formar parte de la Comisión pro homenaje al excelso don Juan Ramón Gómez-Pamo, y con satisfacción y fervor me uno a dicho homenaje, hilvanando estas cuartillas salidas del corazón y que dedico a la nieta de aquel hombre insigne, la ilustre artista Maruchi Fresno, y al hijo Fernando, mi entrañable y querido amigo.



## BARACHOL

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

*Evita enormes molestias y gastos.*

(Censura sanitaria núm. 1.122.)



# NUESTRO BUEN HUMOR

Publicamos en esta sección las anécdotas y ocurrencias que vamos recibiendo para tomar parte en el concurso mensual abierto por nuestra Revista.

Aparecerán los materiales recibidos por riguroso orden de su llegada a nuestra Redacción sin someterlos a selección alguna, aparte la lógica de los que pudieran ser impublicables por su mal gusto u otras cualesquiera causas.

## HISTORICO

Por J. M. Tapia, de Montearagón (Toledo).

### I

En clase de Anatomía del doctor Segovia, en Salamanca, pregunta éste al señor Baza:

—¿Cuántos pares de nervios salen de la médula espinal en su porción sacra?

—Uno—contesta.

El doctor Segovia, como si le hubiera cazado, dice:

—Si el sacro tiene cinco agujeros, señor Baza...

Este, sin dudar, añade:

—Uno... por cada agujero.

### II

Las mujeres, según un filósofo chino, deben estar cual las lámparas en las iglesias: colgadas del techo; se las baja, se las atiza y arriba otra vez.

### III

Entra en un café un pollo fruta, adornado con apio, y con voz meliflua grita repetidamente:

—¡Camarero, camarero!

Da unas palmadas e insiste:

—¡Camarero, camarero!

Este, que es *cifótico*, va hacia él y le dice:

—Tengo mi nombre; me llamo Juan Palomo.

A lo que contesta el sarape:

—¡Qué barbaridad! Es el primer pichón que veo con el buche atrás.

## TRATAMIENTO ACONSEJABLE

Por J. C. L., Molinos (Teruel).

Haría poco más de un año que era médico y ejercía en un pueblo pequeño de la sierra, en la provincia de Teruel, en el que abundaban por desgracia las masías. Fuí llamado un buen día para visitar un enfermo habitante en una de ellas, que estaba a dos horas de distancia de mi residencia. Llegué sudoroso a lomos de mi caballo, y, previo interrogatorio y reconocimiento de mi buen «masobero», senté el diagnóstico de reumatismo poliarticular agudo.

Salgo con la mujer del enfermo a la puerta, y al mismo tiempo que le doy un pronóstico favorable, le entrego una receta y le digo:

—Vaya usted con esta receta a la farmacia y le darán un frasco, del que tomará una cucharada sopera cada cuatro horas (una poción de salicilato de sosa), y una caja con una pomada, con la que se untará en las articulaciones doloridas (salicilato de metilo y vaselina).

A los veinte o veinticinco días veo a mi enfermo en el pueblo con todo su aspecto de convaleciente reciente, e inmediatamente me saluda agradecido:

—¿Qué tal, don Jaime?

—Bien. Y usted, ¿ya está bien?

—Sí, señor; pero he de advertirle que no pude acabar la pomada.

—Pues, ¿qué le pasó?

—El agüica para las unturas me fué divinamente; a cada fricción me mejoraba mucho; pero no pude más que con una cucharada de pomada, pues me hizo estar devolviendo todo el día, y aunque insistió mucho mi mujer, me fué imposible tomar otra; porque vez que me ponía la cuchara delante de la boca, le aseguro a usted me ponía a morir.

## Informatorio profesional

### SECCION OFICIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS (Comisaría del Seguro Obligatorio de Viajeros).—*Anunciando concurso médico.*

A virtud de lo dispuesto en el artículo 55 del Real Decreto de 26 de julio de 1929, este concurso se sujetará a las siguientes bases:

1.<sup>a</sup> Para tomar parte en el concurso deberá justificarse:

a) Ser ciudadano español.

b) Estar en posesión del título de Doctor o Licenciado en Medicina, sin impedimento alguno legal para el ejercicio de la profesión.

c) No pertenecer al Servicio Médico de Com-

pañías de Ferrocarriles ni de Empresas de transportes por carretera.

d) Carecer de antecedentes penales.

2.<sup>a</sup> Se consideran como méritos:

a) Especialización en Cirugía general y Cirugía traumática.

b) Haber prestado algún servicio relevante a la Patria en el ejercicio de su profesión.

c) Haber desempeñado en propiedad u ocupar en la actualidad, interinamente, el cargo de Inspector Médico de la Comisaría sin nota desfavorable.

d) Oposiciones, concursos, publicaciones, trabajos y cuantas actividades profesionales consideren meritorias los concursantes.

Estos méritos podrán relacionarse en declara-



ción jurada, sin perjuicio de que los nombrados tengan que acompañar la documentación justificativa de su declaración.

3.<sup>a</sup> Podrán presentarse en este concurso, sin necesidad de documentación alguna, los actuales Médicos en propiedad adscritos a la Comisaría, cuyos nombramientos procedan de concursos reglamentarios anteriores.

4.<sup>a</sup> Los Médicos que fueren designados para ocupar vacante, residirán necesariamente en aquella población que, en relación con su Zona, se fije en el nombramiento, según lo dispuesto en el artículo primero del Servicio Médico aprobado por el pleno del Consejo de Dirección en 15 de marzo de 1945.

5.<sup>a</sup> Los designados como Inspectores Médicos locales disfrutarán de las dietas y honorarios fijados en el predicho Reglamento de los Servicios Médicos de la Comisaría del Seguro Obligatorio de Viajeros, en cuyos locales podrán examinar aquél.

6.<sup>a</sup> En las instancias solicitando la admisión a concurso, debidamente reintegradas, se expresará concretamente la Zona que se solicita, indicando la residencia del concursante y acompañando, además, la documentación justificativa de los extremos consignados en las bases primera y segunda. Dichas instancias deberán ser presentadas en la Comisaría del Seguro Obligatorio de Viajeros, calle de Serrano, número 69, Madrid, dentro del plazo de un mes, para las procedentes de la Península, y de dos meses para las procedentes de Baleares, Canarias y Posesiones de Africa, a contar de la fecha de la publicación de estas bases en el *Boletín Oficial del Estado*, teniéndose por no presentadas las que se reciban después de dichos plazos.

7.<sup>a</sup> Las Zonas médicas que se sacan a concurso son las siguientes:

1.<sup>a</sup> En la Junta Central Médica, en Madrid, la primera circunscripción.

2.<sup>a</sup> En la Junta Central Médica, en Madrid, la quinta circunscripción.

3.<sup>a</sup> Zona núm. 1.—*Albacete*: Comprende la inspección a toda la provincia.

4.<sup>a</sup> Zona núm. 2.—*Alcázar de San Juan*: Comprende la inspección a todos los lesionados residentes en el partido judicial de dicho nombre.

5.<sup>a</sup> Zona núm. 3.—*Algeciras*: Idem íd.

6.<sup>a</sup> Zona núm. 5.—*Almería*: Toda la provincia.

7.<sup>a</sup> Zona núm. 6.—*Ávila*: Idem íd.

8.<sup>a</sup> Zona núm. 7.—*Badajoz*: Idem íd.

9.<sup>a</sup> Zona núm. 12.—*Cáceres*: Toda la provincia, excepto Plasencia y su partido judicial.

10. Zona núm. 13.—*Cádiz*: Toda la provincia, excepto Algeciras y su partido judicial.

11. Zona núm. 14.—*Cartagena*: Todo el partido judicial de dicho nombre.

12. Zona núm. 15.—*Castellón*: Toda la provincia.

13. Zona núm. 16.—*Ceuta*: Todos los lesionados que residan en la Zona de Soberanía de dicha plaza.

14. Zona núm. 17.—*Ciudad Real*: Toda la provincia, excepto Alcázar de San Juan y su partido judicial.

15. Zona núm. 18.—*Córdoba*: Toda la provincia.

16. Zona núm. 19.—*La Coruña*: Toda la provincia, excepto El Ferrol y su partido judicial.

17. Zona núm. 20.—*Cuenca*: Toda la provincia.

18. Zona núm. 21.—*El Ferrol*: Todo el partido judicial de su nombre.

19. Zona núm. 22.—*Gerona*: Toda la provincia.

20. Zona núm. 23.—*Granada*: Idem íd.

21. Zona núm. 24.—*Guadalajara*: Idem íd.

22. Zona núm. 25.—*Guinea*: Todos los lesionados residentes en la posesión.

23. Zona núm. 27.—*Huesca*: Toda la provincia.

24. Zona núm. 28.—*Jaén*: Idem íd.

25.—Zona núm. 29.—*Larache*: Todos los lesionados que residan en la población.

26. Zona núm. 32.—*Logroño*: Toda la provincia.

27. Zona núm. 33.—*Lugo*: Toda la provincia, excepto Monforte y su partido judicial.

28. Zona núm. 38.—*Melilla*: Todos los lesionados que residan en la Zona de Soberanía de dicha plaza.

29. Zona núm. 40.—*Monforte*: Todos los lesionados residentes en el partido judicial de su nombre.

30. Zona núm. 42.—*Orense*: Toda la provincia.

31. Zona núm. 44.—*Palencia*: Idem íd.

32. Zona núm. 45.—*Las Palmas*: Idem íd.

33. Zona núm. 47.—*Pamplona*: Toda la provincia de Navarra.

34. Zona núm. 49.—*Pontevedra*: Toda la provincia excepto Vigo.

35. Zona núm. 50.—*Salamanca*: Toda la provincia.

36. Zona núm. 51.—*Santa Cruz de Tenerife*: Idem íd.

37. Zona núm. 53.—*San Sebastián*: Idem íd.

38. Zona número 54.—*Segovia*: Idem íd.

39. Zona núm. 56.—*Soria*: Idem íd.

40. Zona núm. 57.—*Tarragona*: Idem íd.

41. Zona núm. 58.—*Teruel*: Idem íd.

42. Zona núm. 59.—*Toledo*: Idem íd.

43. Zona núm. 62.—*Vigo*: Todos los desionados residentes en el partido judicial.

44. Zona núm. 63.—*Vitoria*: Toda la provincia de Alava.

8.<sup>a</sup> El Tribunal calificador de dicho concurso que ha designado el Consejo estará formado por:

El Director de los Servicios de la Comisaría, el Inspector Jefe del Servicio Médico, el Consejero Abogado del Estado y el Inspector Jefe Administrativo del Servicio Médico, que actuará de Secretario.

Madrid, 6 de septiembre de 1946.—El Presidente del Consejo, *J. Ruiz*.

(Aprobado por el Consejo de Dirección y Administración en sesión plenaria de 5 de septiembre de 1946.)

(B. O. del E. de 12-IX-1946.)



DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—Circular referente a la convocatoria de los cursos generales 1946 de la Obra de Perfeccionamiento Sanitario de España.

La Escuela Nacional de Sanidad anuncia por la presente convocatoria los cursos generales 1946 de la Obra de Perfeccionamiento Sanitario de España, que tendrán lugar en los Centros departamentales y filiales de Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza, Valladolid, Granada, Salamanca, Santiago, Santander (Valdecilla), Bilbao, Baleares y Canarias, durante los días 18 al 30 de noviembre próximo, ambos inclusive, siendo de carácter voluntario, con matrícula libre y protección becaria, restringida ésta a los designados por la Dirección General de Sanidad entre aquellos médicos rurales que la soliciten.

Los cursos generales 1946 se regirán por las siguientes normas:

1.<sup>a</sup> Constarán de un curso clínicosanitario fundamental de asistencia obligatoria y de un número de cursos electivos desarrollados en los servicios sanitarios y colaboradores de la Obra que se detallarán en el programa de cada Centro.

2.<sup>a</sup> El curso obligatorio, dictado por la Escuela Nacional de Sanidad, versará sobre el tema general «Indicaciones e interpretación de los análisis sanitarios y clínicos. Toma de muestras y envío de material y productos a los laboratorios».

Dicho tema se desarrollará en las siguientes lecciones:

1.<sup>a</sup> La calificación de potabilidad de las aguas. Importancia de los datos geológicos y topográficos. Toma de muestras. Interpretación de datos analíticos.

2.<sup>a</sup> Los análisis microscópicos de sangre en la investigación de los parásitos hemáticos en el diagnóstico de las anemias.

3.<sup>a</sup> La fórmula leucocitaria en el diagnóstico clínico.

4.<sup>a</sup> Hemocultivos y reacciones de aglutinaciones. Indicaciones e interpretación de resultados.

5.<sup>a</sup> Las reacciones de fijación de complementos y floculación en el diagnóstico de las infecciones.

6.<sup>a</sup> Exploración de los órganos hematopoyéticos.

7.<sup>a</sup> Química y Físicoquímica de la sangre en el diagnóstico clínico.

8.<sup>a</sup> Importancia y significación de los análisis parasitológicos de heces.

9.<sup>a</sup> El análisis microscópico y clínico de las heces en Clínica general y en Epidemiología.

10. Análisis de orina, indicaciones e interpretación de los informes del laboratorio.

11. Significación de las investigaciones clínico-analíticas en el líquido céfalo-raquídeo.

12. Importancia clínica y epidemiológica de las investigaciones analíticas de esputos y exudados.

13. Cooperación de clínicos y analistas en la solución de los problemas de higiene pública.

Las anteriores lecciones serán explicadas en cada Centro por la autoridades en la materia, verificándose las prácticas en Madrid, en la Escuela Nacional de Sanidad y laboratorios sanitarios y colaboradores de la Obra, y en provincias, en las

Escuelas departamentales de Sanidad, con el concurso de dichos laboratorios sanitarios y colaboradores, quedando a cargo de los Jefes provinciales respectivos el acoplamiento en grupos de los matriculados en los diversos servicios.

3.<sup>a</sup> Los becarios quedan obligados a presentar a los Directores de cursos una Memoria-resumen de las enseñanzas recibidas, pudiendo denegarse la expedición de certificados de estudios en caso de que esta Memoria no merezca la aprobación.

4.<sup>a</sup> Para obtener el certificado de estudios de O. P. S. E. será indispensable seguir el curso obligatorio y uno de los electivos. En el certificado sólo se hará constar la asistencia al obligatorio y a dos electivos, como máximo, siempre que los horarios de estos últimos fueran compatibles.

5.<sup>a</sup> La beca, comprensiva de gastos de viaje y estancia, se cifra en 1.000 pesetas, abonables por las Jefaturas Provinciales de Sanidad contra presentación de documento de asistencia, con la diligencia de la aprobación de la Memoria, para los becarios. La concesión de dichas becas corresponde exclusivamente a los Jefes provinciales de Sanidad en el número que permitan las respectivas consignaciones para el perfeccionamiento de que disponen los Institutos de Sanidad. Los Jefes provinciales de Sanidad comunicarán directamente a los interesados la concesión o denegación de la beca solicitada, siendo inapelable el fallo de dichas Jefaturas.

6.<sup>a</sup> Las normas para la elección de becarios, en orden de preferencia, serán las siguientes: 1.<sup>a</sup>, titulares; 2.<sup>a</sup>, interinos; 3.<sup>a</sup>, libres rurales. Dentro de este orden se preferirá a los que no disfrutaron beca en años anteriores y en razón a los ingresos profesionales, número de hijos y aislamiento de los pueblos en que ejerzan.

7.<sup>a</sup> Los becarios asistirán invariablemente a los Centros a que correspondan sus provincias, bien al Departamento o al filial.

8.<sup>a</sup> La matrícula se centraliza en la Escuela Nacional de Sanidad (Claudio Coello, 67, Madrid), Administración de la Obra, a donde se enviarán los boletines correspondientes, acompañados de su importe de 100 pesetas. La matrícula se abrirá el día 5 de octubre y se cerrará a las doce de la noche del día 5 de noviembre, no cursándose ni sosteniéndose correspondencia sobre los boletines llegados a partir de dicho día y hora. El boletín, tanto para los libres como para los que soliciten beca, no tendrá validez si el importe de la misma no ha sido recibido antes de cerrarse el plazo de matrícula. Dicho importe de la matrícula será devuelto a aquellos que, por cualquier causa, no pudieran asistir a los cursos. El día 10 de noviembre, la Secretaría General remitirá a los interesados el documento de asistencia, con el que deberán presentarse a los Jefes de curso.

9.<sup>a</sup> Los Jefes provinciales de Sanidad, en provincias, y el Director de la Escuela Nacional de Sanidad, en Madrid, actuarán como Directores de cursos, quedando a su cargo la organización del trabajo en los respectivos Centros y el exacto desarrollo de los programas. La Secretaría General de la Obra dictará las normas unificadoras de or-



ganización nacional de los cursos, aprobadas por el Director Nacional de la O. P. S. E. y el Director general de Sanidad.

Madrid, 14 de septiembre de 1946.—El Director general de Sanidad, *José A. Palanca*.

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

*ORDEN de 31 de agosto de 1946 por la que se modifica el Reglamento de la Mutualidad de Funcionarios de la Dirección General de Sanidad.*

Ilmo. Sr.: La experiencia de casi dos años de existencia de la Mutualidad de Funcionarios de la Dirección General de Sanidad y las deliberaciones realizadas en la Junta general de asociados celebrada en los días 7 y 8 de junio último, han demostrado la necesidad de introducir algunas modificaciones en el Reglamento de la misma que hagan más eficiente su funcionamiento.

En su virtud,

Este Ministerio, de acuerdo con lo propuesto por la Junta general de asociados de la Mutualidad de Funcionarios de la Dirección General de Sanidad, ha tenido a bien acordar las siguientes variaciones al Reglamento de la referida Mutualidad:

Artículo 1.º Se añadirá al final:

f) Prestación de aquellos servicios de carácter benéfico o de conveniencia colectiva que no perturben la marcha normal de la Mutualidad en cuanto a sus fines de previsión, que pueda autorizar la superioridad o petición de la Junta general de asociados a que se refiere el artículo 39.

La Mutualidad atenderá permanentemente, con su apoyo moral y material en lo posible, en beneficio de las viudas y los huérfanos de sus asociados, a la consecución de otros fines no especificados en este Reglamento, bien de carácter benéfico o asistencial o que mejoren sus condiciones sociales.

Art. 9.º Se añadirá al final:

h) Los beneficios y rentas que produzca el capital social.

Art. 11. Se añadirá al final:

Estos derechos podrán ser recuperados en la forma prevista en el artículo 5.º

Art. 13. Su último párrafo quedará redactado en la siguiente forma:

Con la parte de los recursos de la Mutualidad que no se consideren necesarios para las atenciones ordinarias, se formará un fondo de reserva, que el Consejo de Administración podrá invertir en valores del Estado, títulos de renta fija, debidamente garantizados, previo asesoramiento técnico e inmuebles. Los valores adquiridos serán depositados en el Banco de España a nombre de la Mutualidad, y sus productos se abonarán en la cuenta corriente de la misma en las épocas de su vencimiento, siendo misión del Tesorero las gestiones necesarias para su cobro, así como la ejecución de los acuerdos del Consejo de Administración sobre compra, pignoración o venta de títulos. No se podrá invertir más de un 30 por 100 de este fondo de reserva en la adquisición de bienes inmuebles, los cuales deberán reunir las debidas garantías de valor y de renta, quedando ex-

ceptuados de esta limitación los inmuebles destinados a viviendas de funcionarios sanitarios que, obtenidos a título lucrativo, puedan ser recibidos por la Mutualidad.

Art. 23. Su párrafo primero quedará redactado así:

*Auxilio en caso de defunción.*—Al fallecimiento de un socio de número de la Mutualidad, la familia percibirá un auxilio inmediato de 2.500 pesetas para los gastos extraordinarios que se deriven de esta desgracia. A tal fin, el Habilitado entregará, personalmente o por delegación, la expresada cantidad al miembro más caracterizado de la familia, poniendo a ésta al corriente de los derechos que le confiere la Mutualidad y de la forma de hacerlos efectivos.

Art. 29. Quedará modificado en la siguiente forma:

Art. 29. La concesión de auxilio por fallecimiento a los familiares de los asociados de número se efectuará en la siguiente forma:

El Secretario general adoptará las disposiciones necesarias para que en el acto, o lo más tardar a las veinticuatro horas, se entreguen 2.500 pesetas al familiar más caracterizado, si el funcionario fallecido viviese en familia, recogiendo el Habilitado el recibo correspondiente, así como la certificación de defunción expedida por el Registro Civil o por el Médico que hubiere asistido al causante.

Si el funcionario falleciera fuera de su domicilio sin que hubiese ningún familiar con él, el auxilio se entregará a la Comisión de compañeros a que se refiere el artículo 23, la cual lo distribuirá en la forma que se especifica en el mismo, firmando el recibo el funcionario más antiguo.

Art. 32. Quedará redactado en la forma siguiente:

Si al notificar los acuerdos del Consejo de Administración sobre la concesión de las pensiones complementarias de jubilación y de viudedad y orfandad, los beneficiarios o sus representantes legales no estuvieran conformes con la cuantía acordada o con la distribución de la misma, podrá elevar un recurso de reposición, dirigido al señor Presidente del Consejo de Administración de la Mutualidad, en el plazo de un mes. Por la Secretaría General se cursarán estos recursos, acompañados de los antecedentes necesarios y del informe del Interventor, elevándolos al Consejo de Administración, para que tome acuerdo definitivo, que extinguirá la vía administrativa. Únicamente puede solicitarse la revisión del caso, si el beneficiario obtuviese algún documento que pudiera variar el derecho reconocido.

*Primera disposición de las transitorias.*

Quedará redactada así:

Los socios de número que se jubilen dentro de los primeros diez años de vigencia de la Mutualidad percibirán una pensión complementaria de jubilación de un 10 por 100 del haber tomado como regulador, incrementado en un 3 por 100 por cada año que lleve como tal socio de número, hasta que se complete el total del 40 por 100 de dicho



haber, que se fija como pensión complementaria en el artículo 15 de este Reglamento.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 31 de agosto de 1946.—*Pérez González.*

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

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

*ORDEN de 9 de septiembre de 1946 por la que se autoriza la modificación de la temporada oficial en el Balneario de La Puda de Bañolas (Gerona).*

Ilmo. Sr.: Vista la instancia que eleva a este Ministerio don José Guisñer Más, Administrador-gerente del Balneario de La Puda de Bañolas (Gerona), solicitando que la temporada oficial del mismo, que actualmente comienza el 15 de junio para terminar el 15 de octubre, sea modificada en el sentido de que en vez de terminar el 15 de octubre lo sea en 30 de septiembre todos los años;

Resultando que dicho peticionario aduce para ello el que no acude al citado establecimiento durante los quince días de octubre casi ningún bañista, siendo los perjuicios económicos que irrogan a la propiedad de dicho balneario grandes, al tener que sostener el funcionamiento del mismo esos días más sin beneficio manifiesto para nadie.

Considerando que, remitida dicha instancia a informe de la Junta provincial de Sanidad de Gerona, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 59 del Real Decreto de 25 de abril de 1928, ésta lo emite favorablemente;

Considerando que, por tanto, en acceder a lo solicitado no hay perjuicio alguno para la salud pública,

Este Ministerio ha tenido a bien autorizar, de acuerdo con lo propuesto por esa Dirección General de Sanidad, la modificación de la temporada oficial en el Balneario de La Puda de Bañolas (Gerona), señalándose en lo sucesivo la misma desde el día 15 de junio a 30 de septiembre todos los años.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 9 de septiembre de 1946.—*Pérez González.*

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

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

*ORDEN de 25 de septiembre de 1946 por la que se prorroga la vigencia de los nombramientos de Médicos especialistas y Odontólogos agregados con carácter eventual en los Centros que se mencionan.*

Ilmo. Sr.: Por cumplirse en esta fecha el plazo de un año, fijado en la Orden de 12 de agosto de 1944, como validez, en virtud de la prórroga entonces otorgada, de los nombramientos de Médicos especialistas y Odontólogos de los Centros Secundarios de Higiene Rural designados como resolución del concurso fallado por Orden de 12 de agosto de 1940,

Este Ministerio, de conformidad con lo propuesto por esa Dirección General, y en armonía con lo prevenido en el apartado cuarto del artículo 2.º de la Orden de 25 de mayo de 1940, ha resuelto prorrogar nuevamente, y por el período de un año, los nombramientos actualmente vigentes de Médicos especialistas y Odontólogos, agregados con carácter eventual, de los Centros de Higiene Rural de Igualada, Arrecife, Cieza, El Espinar, Castro Urdiales, Arévalo, Cabra, Ribadavia y Vallecas, que fueron otorgados por la citada Orden resolutoria de 12 de agosto de 1940.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 25 de septiembre de 1946.—P. D., *Pedro F. Valladares.*

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

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

*ORDEN de 25 de septiembre de 1946 por la que se prorroga la vigencia de los nombramientos de Médicos puericultores de los Dispensarios de Puericultura en los Centros Secundarios de Higiene Rural.*

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo propuesto por esa Dirección General, y con el informe emitido por el Consejo Nacional de Sanidad, en orden a la conveniencia para el servicio de prorrogar la vigencia de los nombramientos de Médicos puericultores de los Dispensarios de Puericultura de los Centros Secundarios de Higiene Rural que, mediante prueba de aptitud y selección, fueron conferidos por Orden de 14 de agosto de 1942, y por un período de dos años,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer que quede prorrogada por otro período de dos años, a partir de 14 de agosto último, la vigencia de los nombramientos de Médicos puericultores de los Dispensarios de Puericultura en los Centros Secundarios de Higiene Rural otorgados por Orden de 14 de agosto de 1942, inserta en el *Boletín Oficial del Estado* de 28 del mismo mes, con la excepción de aquellos cuyo cese ha sido dispuesto con anterioridad.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 25 de septiembre de 1946.—P. D., *Pedro F. Valladares.*

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

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

*ORDEN de 25 de septiembre de 1946 por la que se dictan normas para la confección de los presupuestos de las Mancomunidades Sanitarias provinciales e Institutos provinciales de Sanidad para el ejercicio económico de 1947.*

Ilmos. Sres.: En cumplimiento de lo establecido en las disposiciones vigentes, y al objeto de que las Mancomunidades Sanitarias provinciales e Institutos provinciales de Sanidad presenten sus proyectos de presupuestos para el ejercicio económico de 1947,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

1.º Las Mancomunidades Sanitarias provincia-



les y los Institutos provinciales de Sanidad remitirán a este Ministerio sus respectivos proyectos de presupuesto, por separado y en quintuplicado ejemplar, antes del día 1 de noviembre próximo, ateniéndose para su confección a lo preceptuado en el Reglamento Económico-administrativo de las Mancomunidades Sanitarias de 14 de junio de 1935 y disposiciones complementarias, así como a las normas aclaratorias dadas al efecto en años posteriores, en tanto estén en vigor y no se opongan a la presente Orden.

2.º En los presupuestos de los Institutos provinciales de Sanidad, y para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Orden de 29 de julio último, se incrementarán en un 25 por 100 los actuales haberes del personal de la Lucha Antipalúdica a su cargo, tanto técnico como auxiliar y subalterno.

3.º En los mismos presupuestos de los Institutos y en el capítulo primero, «Personal», se hará constar el nombre y apellidos de los funcionarios, el cargo que desempeñen, especificando si es en propiedad o interinamente; la fecha del nombramiento y cuando se refiera a personal facultativo, el título que posea y le autorice para el desempeño de la plaza que ostente.

4.º Las Mancomunidades Sanitarias provinciales y los Institutos provinciales de Sanidad habrán de atenerse, asimismo, en la confección de sus respectivos presupuestos a cuanto prescribe acerca de este particular la Orden del Ministerio de Hacienda de 9 del pasado mes de agosto (*Boletín Oficial del Estado* del 15).

Lo digo a VV. II. para su conocimiento y efectos consiguientes.

Dios guarde a VV. II. muchos años.

Madrid, 25 de septiembre de 1946.—P. D., *Pedro F. Valladares*.

Ilmos. Sres. Presidentes de las Mancomunidades Sanitarias provinciales y Jefes provinciales de Sanidad.

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

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. — *Anunciando vacantes de Médicos internos del Servicio de Obstetricia y Ginecología en esta Facultad.*

Hállanse vacantes en esta Facultad de Medicina dos plazas de Médicos internos del Servicio de Obstetricia y Ginecología de la misma, dotadas con el haber anual de dos mil pesetas, cuya provisión en propiedad, por oposición, se anuncia mediante la presente convocatoria.

Los nombramientos se harán por un año, prorrogables automáticamente hasta tres, si el servicio ha sido cumplido a satisfacción.

Los aspirantes dirigirán sus solicitudes al ilustrísimo señor Decano de la Facultad, en el plazo de veinte días, a contar de la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*, teniendo

en cuenta las siguientes condiciones, que habrán de justificar debidamente:

Haber terminado sus estudios en un plazo no superior a cuatro años, a contar de la fecha de esta convocatoria; justificar su adhesión al nuevo Estado y hallarse comprendido en la Ley de 25 de agosto de 1939, si desean acogerse a la preferencia de turnos preceptuada en la misma.

La prueba de oposición tendrá lugar transcurridos, por lo menos, tres meses desde la fecha de publicación de este anuncio, y será de carácter eminentemente práctico sobre la materia o materias que el Tribunal acuerde oportunamente.

Zaragoza, 27 de agosto de 1946.—El Secretario de la Facultad, *Luis Olivares Baqué*.—Visto bueno, el Decano ejerciente, *José Conde Andréu*. (B. O. del E. de 27-IX-1946.)

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—*Haciendo pública la permuta solicitada de las plazas de Médico titular de los Ayuntamientos de Torrecarcela y agregado y Castrillo de Duero y agregado (Valladolid).*

Don José Salado Baza y don Mariano Sastre Sastre, Médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria con destino en las plazas de Torrecarcela y agregado y Castrillo de Duero y agregado (Valladolid), respectivamente, dirigen instancia a este Departamento solicitando permutar las plazas de referencia.

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

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

Madrid, 10 de septiembre de 1946.—El Director general, *José A. Palanca*.

(B. O. del E. de 29-IX-1946.)

## ≡ A N Á L I S I S ≡

de ORINAS, en comparación con la normal.

SANGRE, ESPUTOS, EXUDADOS, etc.

Dr. E. ORTEGA, sucesor del Dr. CALDERON

Análisis de aguas mineromedicinales, etc.

FUNDADO EN CARRETAS, 14, EN 1896

Carmen, 12 - MADRID - Teléf. 16388

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 4.218)

### FÓRMULA

|                                   |        |      |
|-----------------------------------|--------|------|
| Extracto galega officinalis.....  | 0,07   | grs. |
| Extracto gossypium herbaceum..... | 0,06   | >    |
| Nucleinato sódico.....            | 0,03   | >    |
| Acido fosfórico.....              | 0,02   | >    |
| Acide nicotínico.....             | 0,0001 | >    |

# MADREZAL

(C. S. 5947)

EL MAS ENÉRGICO  
GALACTÓGENO

LABORATORIOS O. F. E.

Aparado 2404-Madrid. (4)

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

Ayuntamiento de Madrid



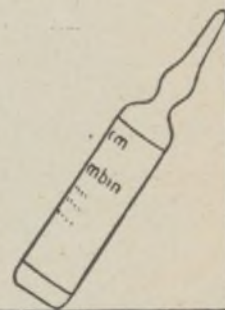
# Myokombin

(Estrofantina "Boehringer")



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

Efecto indoloro



**"BOEHRINGER", S. A.**  
Madrid BARCELONA Sevilla

**ANEMIAS · DESNUTRICIÓN · CARENCIAS**

# hepal



FÁBRICA ESPAÑOLA DE PRODUCTOS  
QUÍMICOS Y FARMACÉUTICOS  
**MADRID**

TELF. 55386 · APARTADO 9030

**JARABE**

**INYECTABLE**

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

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

ADMINISTRACIÓN CÓMODA · ACCIÓN TERAPÉUTICA  
RAPIDA · MÁXIMA EFICACIA · ECONOMÍA



Fco NAVACERRADA 62



# Quimioterapia y desinsectación modernas con



## IRGAFEN

La sulfonamida de dosificación reducida y tolerancia perfecta. Indicado en neumonías, meningitis, procesos colibacilares, afecciones estrepto y estafilocócicas.

COMPRIMIDOS

## IRGAMID

Sulfonamídico soluble de especial empleo para la terapéutica parenteral (asociado al IRGAFEN) y local.

*Inyectables      Pomada nasal*  
*Pomada tópica      Polvo puro*  
*Pomada oftálmica*

Preparado por LABORATORIO PADRÓ, S. A. - BARCELONA

## STEROSAN

Pomada antiséptica de intensa acción bactericida contra la mayoría de gérmenes piógenos, especialmente estafilococos. Indicada en las infecciones estafilocócicas, agudas y crónicas de la piel; heridas infectadas, dermatitis micósicas.

POMADA

Preparado por LABORATORIO PADRÓ, S. A. - BARCELONA

## NEOCID

DDT  DDT

Insecticida pulverulento DDT-Geigy. Especialmente indicado en el tratamiento y profilaxis de la pediculosis (piojos) y ptiriasis (ladillas).

POLVO

Cajas de 20 y 50 grs. y botes de 500, 1000 y 2500 grs.

**J. R. GEIGY, S. A.**  
BASILEA

Para muestras dirigirse al LABORATORIO PADRÓ, S. A. - Avda. de Carlos I-El Emperador, n.º 206 - Barcelona