

891



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 26 de octubre de 1946

NÚMERO 4.723



UN PRODUCTO ESPAÑOL

Modernas aplicaciones del ASTHICOL

La experiencia de los diez años de empleo de este producto, selecta preparación del ácido benzoico para su empleo por vía endovenosa en forma de benzoato sódico, ha dilatado su utilidad a otros fines diagnósticos y terapéuticos de los que venía empleándose.

Para la prueba del ácido hipúrico, propuesta por Quick y Cooper en el estudio de la función hepática, se viene empleando el ASTHICOL con sin iguales resultados, puesto que el hígado sintetiza el ácido hipúrico a expensas del ácido benzoico.

EN LA MODERNA TERAPEUTICA ha alcanzado el empleo del ASTHICOL crédito y consumo cada vez mayores en todas las aplicaciones de la PENICILINA.

Se ha demostrado que el benzoato sódico que se administra en el ASTHICOL se elimina por vía renal en forma de ácido hipúrico, y que éste, mientras dura su eliminación, no permite la excreción renal de la PENICILINA, elevando así el nivel de ella en la sangre y consiguiendo, por tanto, una eficacia infinitamente mayor con dosis infinitamente más pequeñas de PENICILINA.

Los estudios referentes a estos resultados de la asociación del ASTHICOL con la PENICILINA pueden consultarse en los trabajos de:

BRONNENBRENNER y FAVOUR: *Science*, 101, 673. 1945.

SOO-HOO y SCHNYTZER: *Arch. Biochem.*, 5, 99. 1944.

VEGA DIAZ: *Med. Clín.*, 6, 203. 1946.

Diez inyecciones endovenosas de

ASTHICOL

es un tratamiento preventivo, eficaz contra el coriza y los catarros bronquio-pulmonares.

ASTHICOL es un producto según fórmula del Dr. Cortezo para administrar el BENZOATO SÓDICO purísimo en forma directa y eficiente.

Preventivo - Eficaz - Cicatrizante - Antipútrido

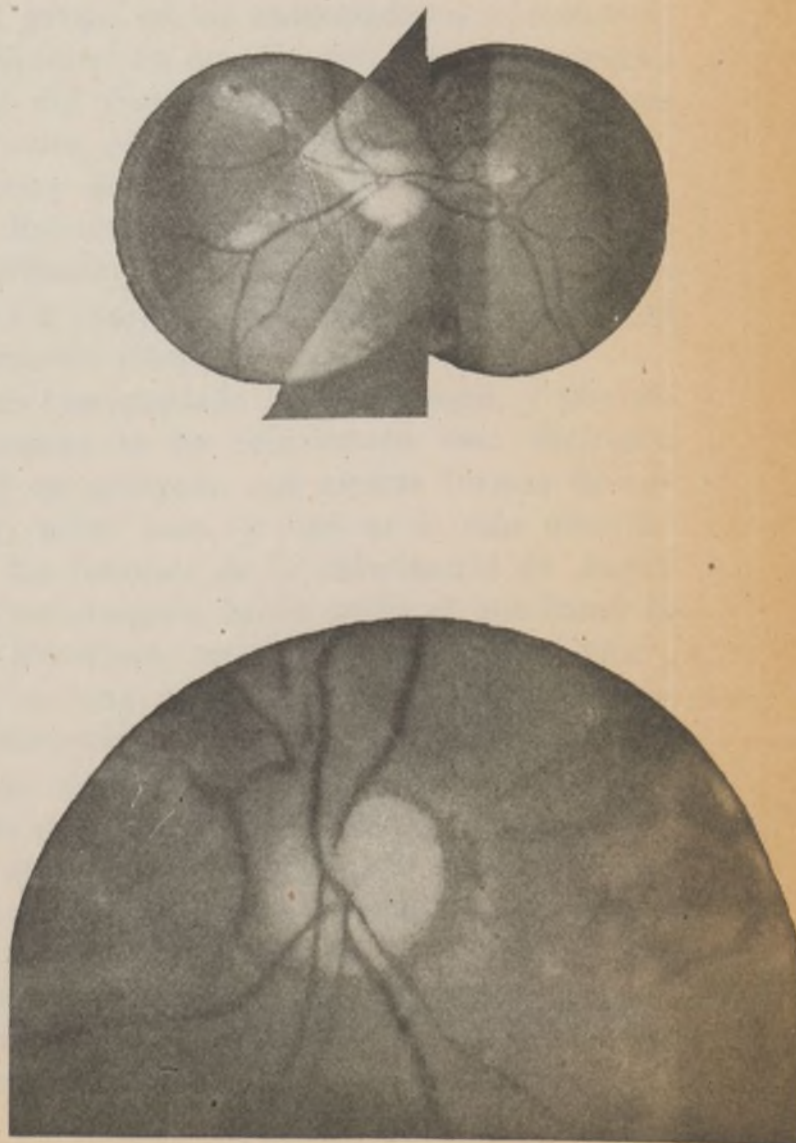
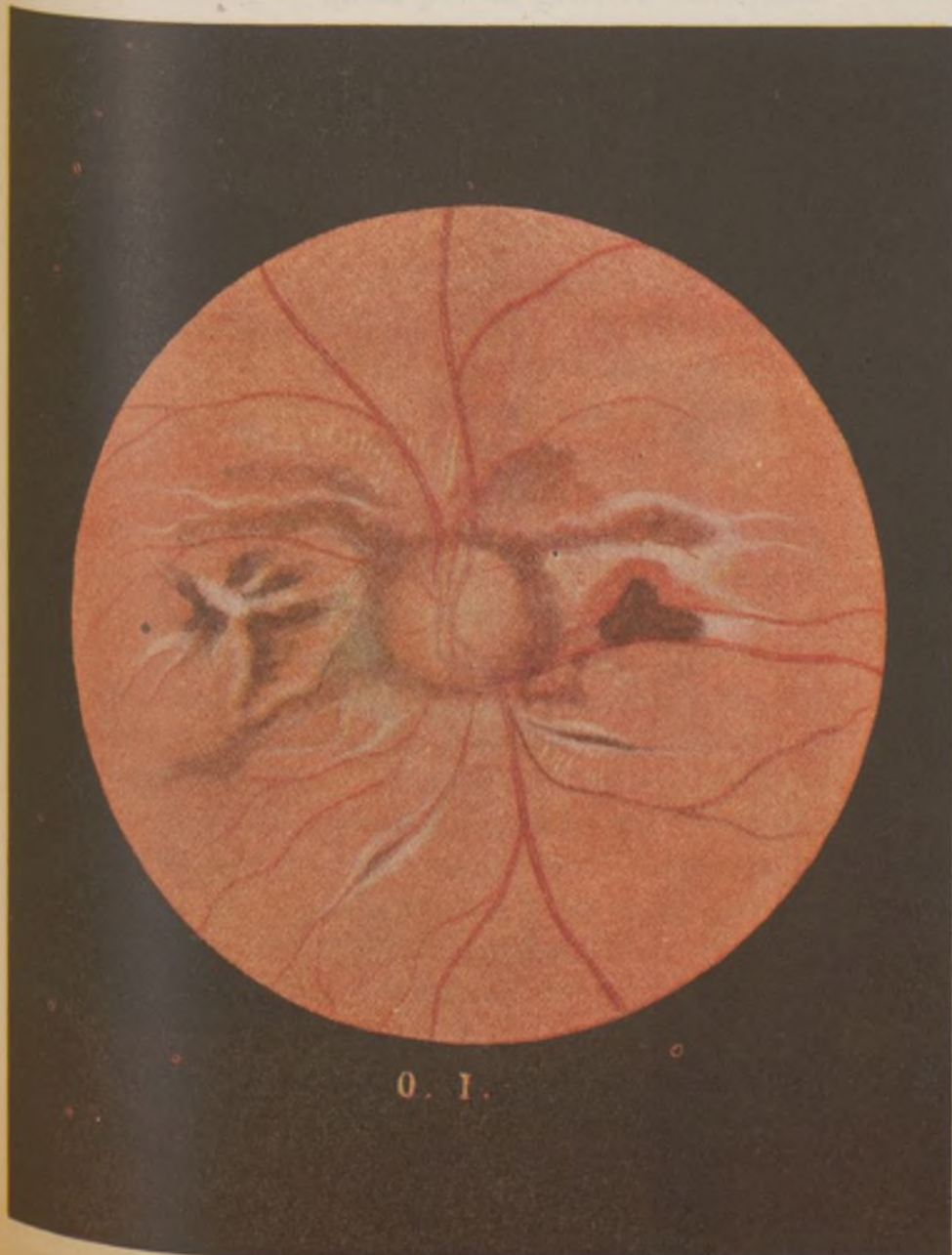
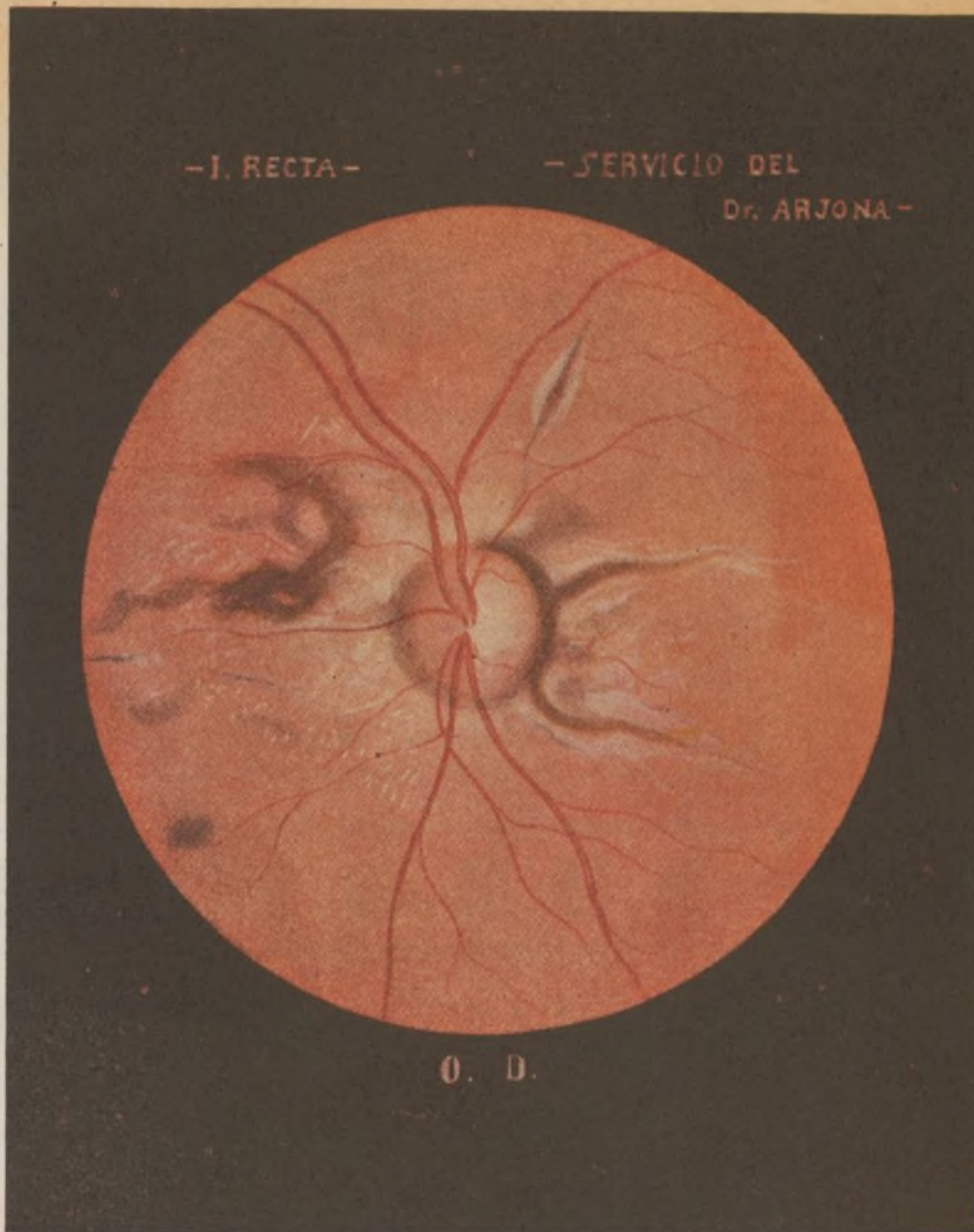
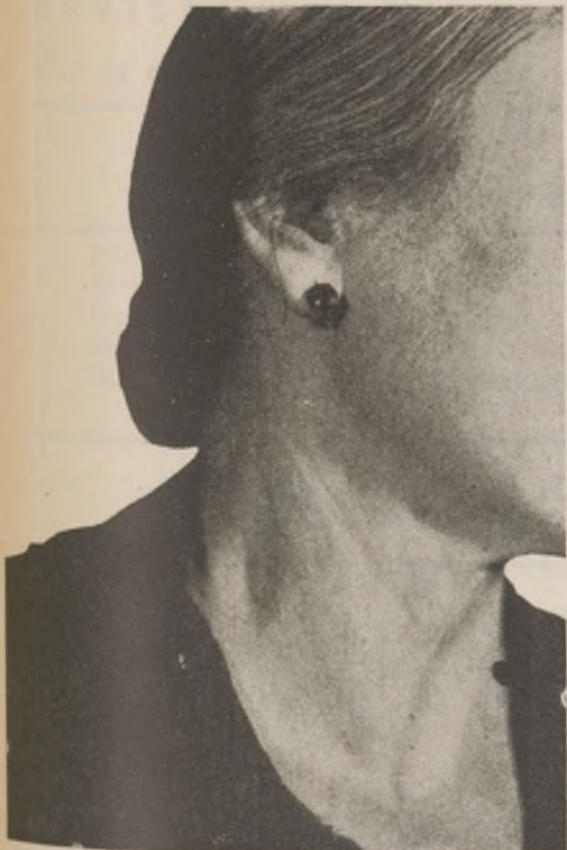
Pedidos a López de Hoyos, II. - Madrid :: Depósitos generales del ASTHICOL

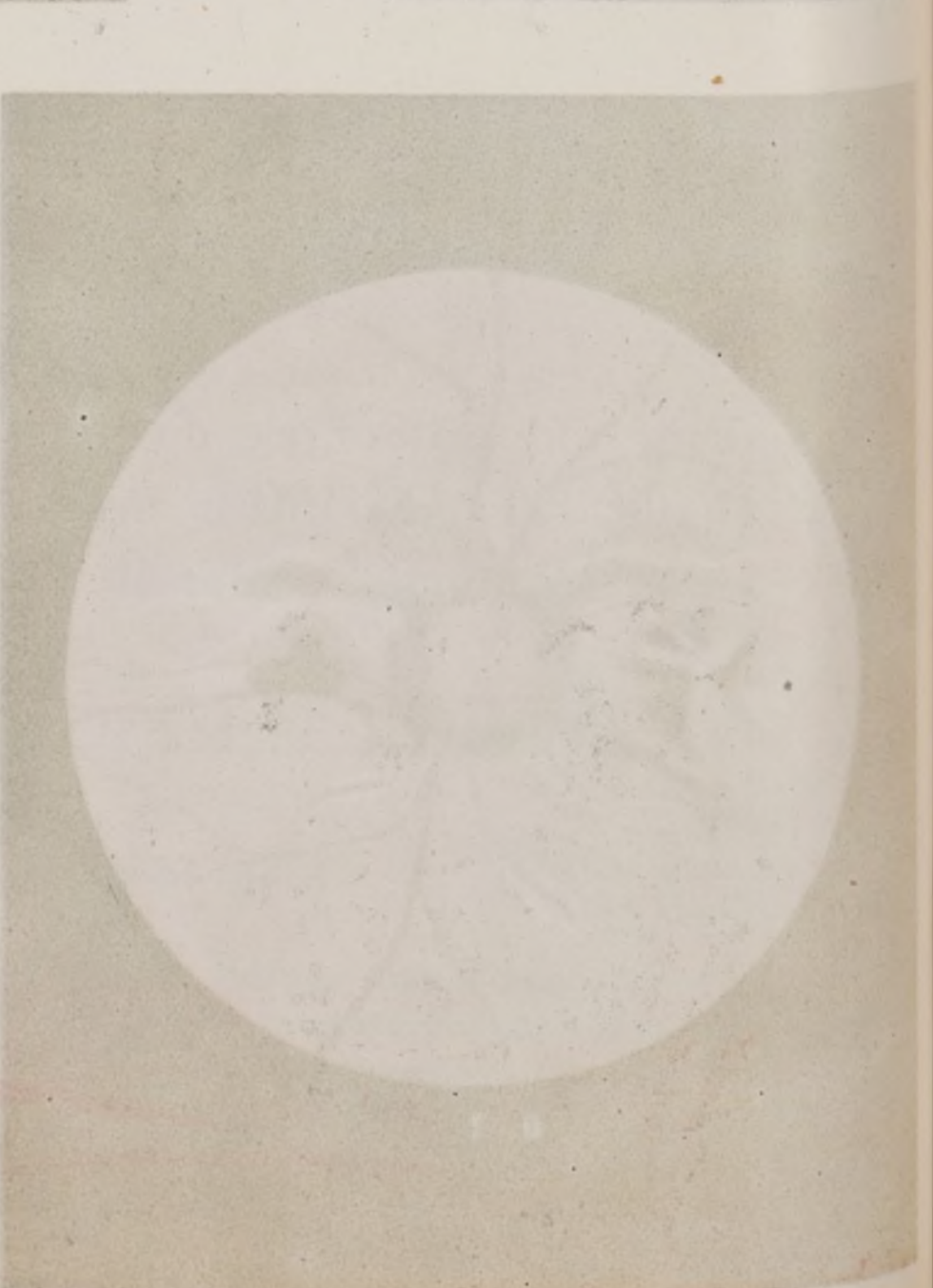
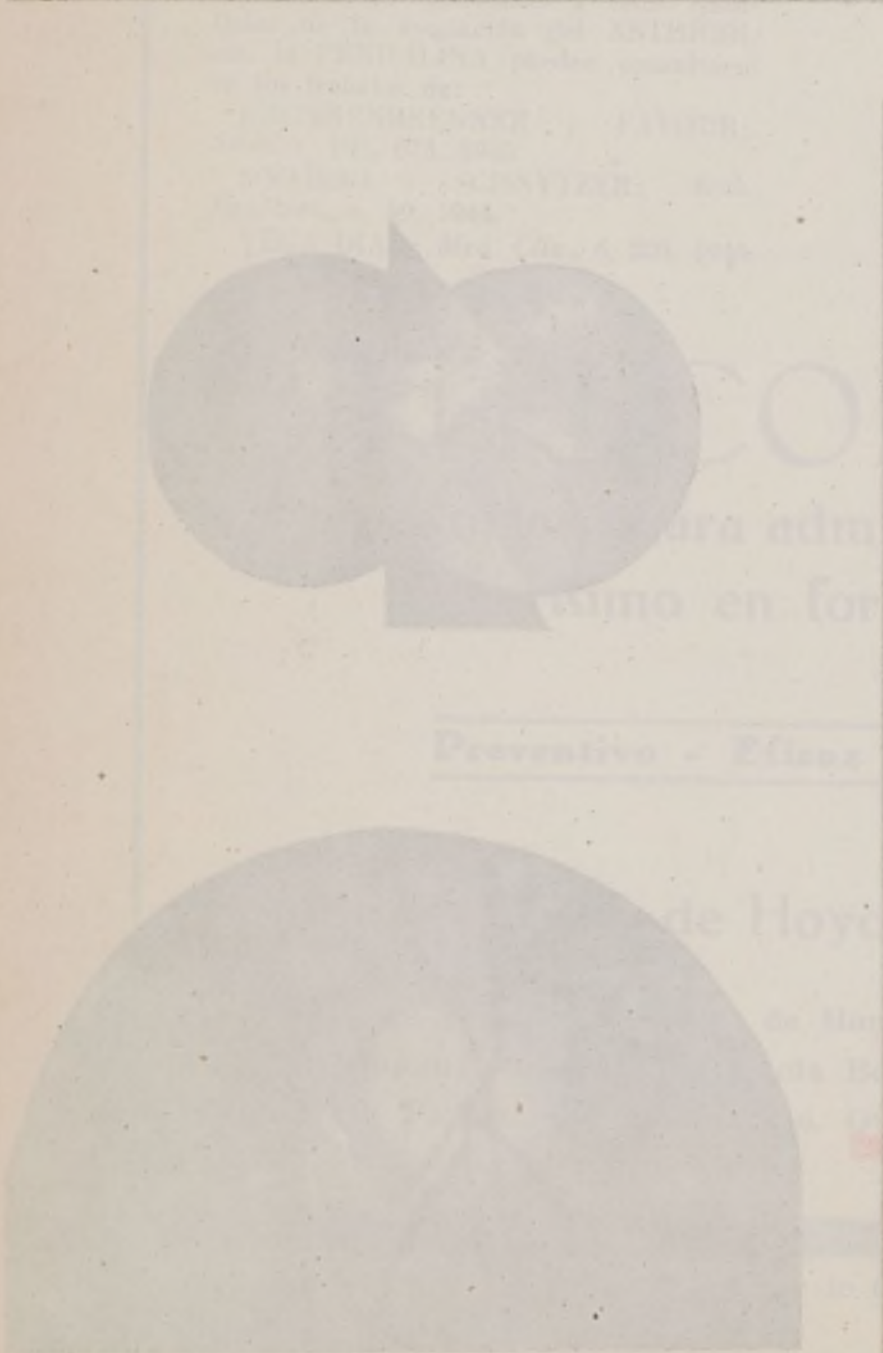
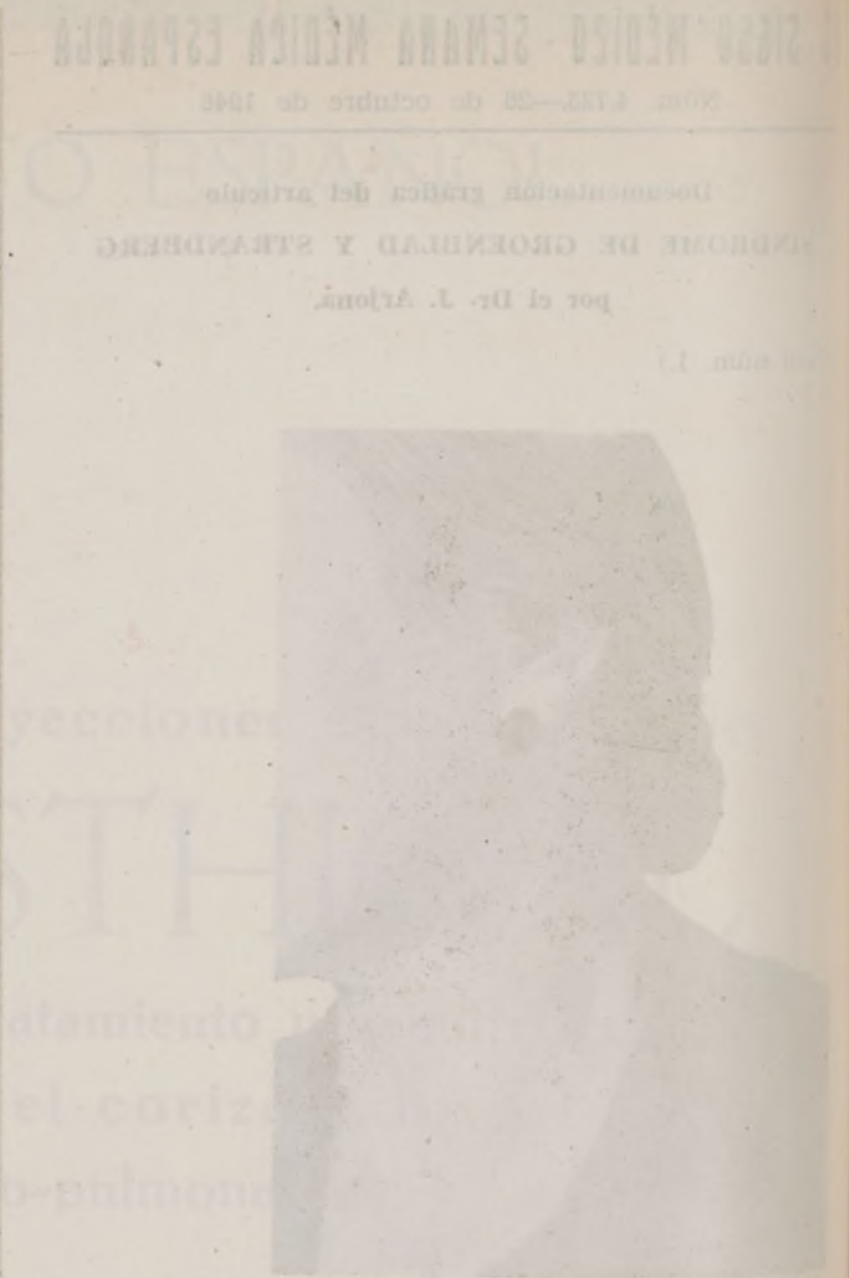
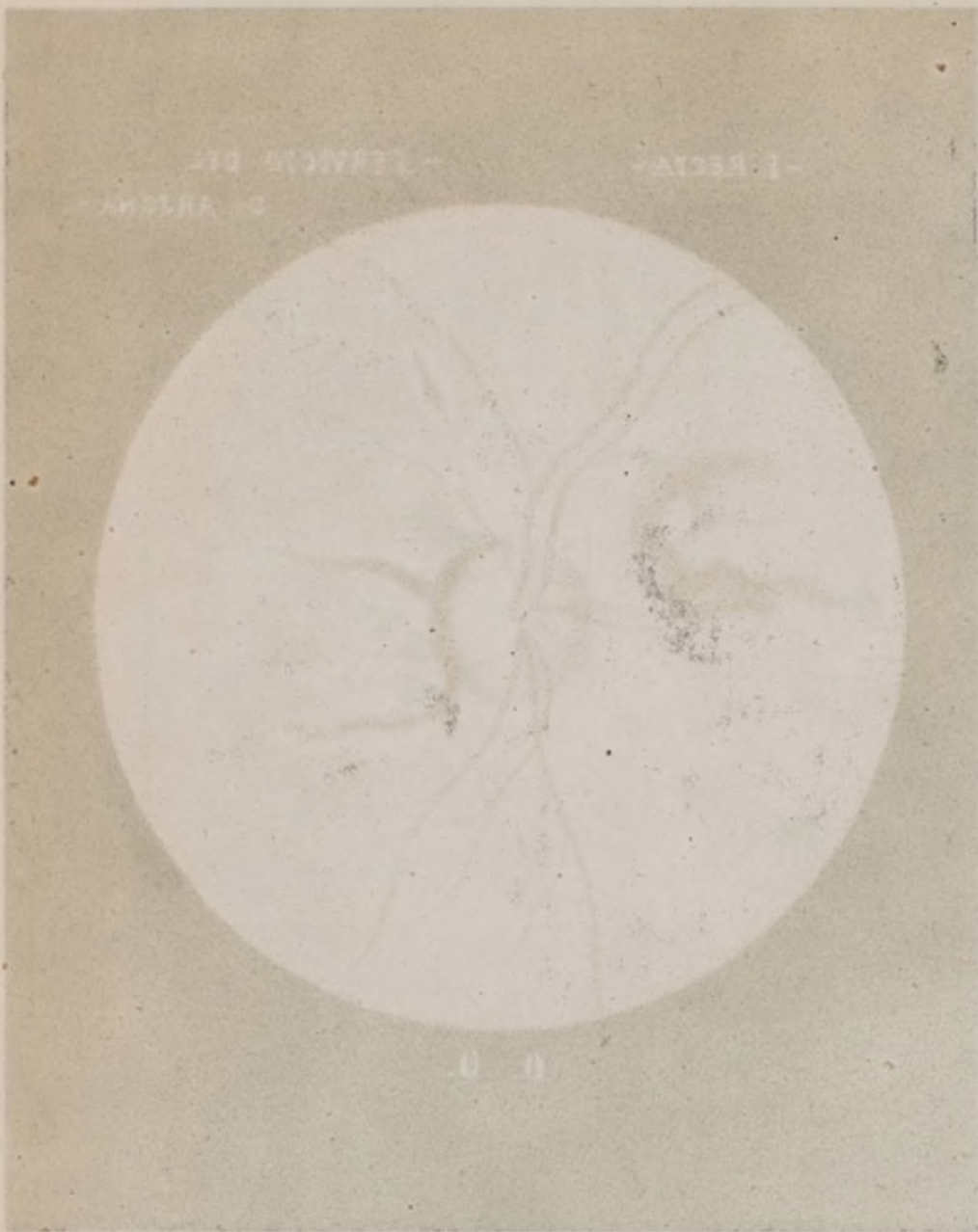
Durán, S. en C. Madrid.—Hijos de Honorio Riesgo. Madrid.—Juan Martín. Madrid.—Farmacia Company. Madrid.—Farmacia Borrell. Madrid.—Farmacia E. Hifos. Madrid.—Centro Farmacéutico Asturiano. Oviedo.—Matarredona Hermanos.—Albacete.

(Aprobado por lo Censura Sanitaria núm. 4.808.)

Documentación gráfica del artículo
SINDROME DE GROENBLAD Y STRANDBERG
por el Dr. J. Arjona.

(Caso núm. 1.)





NUM.
E
REV
Con
S
bo
la
es
D
S
El
de es
en O
que p
cione
much
tal p
cho
form
Su
desde
demo
piel,
tamb
Co
pio s
prim
das
rio, y
en 18
mó
SYDN
Stree
ha p
natur
ne co
Ma
HAL
ción
1884
1896
lació

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. *Síndrome de Groenblad y Strandberg*, por el Dr. J. Arjona. *Enfermedades sociales que dañan el aparato circulatorio: la sífilis cardiovascular*, por el Dr. Domingo Durán Arrom. DIVULGACIONES NACIONALES: *Las aguas mineromedicinales en Odontología*, por el Dr. Rafael Martínez Montes. *Genialidad y psicopatología: Charles Baudelaire*, por el Dr. José M. Sacristán. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *La nueva quimioterapia*, por R. M. B. BIBLIOGRAFÍA.

REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

SINDROME DE GROENBLAD Y STRANDBERG

por el

Doctor J. ARJONA

El curioso proceso que va a constituir el tema de este trabajo ha sido uno de los más discutidos en Oftalmología, quizá por la grosera semejanza que presenta el fondo del ojo afecto con formaciones vasculares, semejanza que ha influido en muchos autores que se han ocupado de él, hasta tal punto, que ha sido considerado durante mucho tiempo como un proceso vascular de neoformación.

Su estudio se ha ido complicando poco a poco, desde conocerse sólo las lesiones oculares hasta demostrarse su relación con cierta afección de la piel, con la que suele coexistir, y, por último, también con la enfermedad de Paget.

Como decimos, fueron conocidas en un principio sólo las lesiones del fondo ocular, descritas, primero en 1889, por DOYNE, que las creyó debidas a rupturas de la capa del epitelio pigmentario, y estudiadas como entidad clínica por PLANGE, en 1891, que las atribuyó a hemorragias, y las llamó *Streifenförmige Pigmentbildung*; KNAPP y SYDNEY STEPHENSON, en 1892, las llamaron *Angioid Streaks*, estrías angioides, nombre que es el que ha prevalecido, y que, además de no prejuzgar su naturaleza, expresa la remota semejanza que tiene con las formaciones vasculares.

Más tarde fué relacionado este proceso por HALLOPEAU y LAFFITTE, en 1903, con una afección de la piel, descrita primero por BALZER, en 1884, y bien estudiada después por DARIER, en 1896, a la que llamó pseudoxantoma elástico, relación que fué comprobada por GROENBLAD, en

1929, con motivo de dos casos de estrías angioides, en los que STRANDBERG demostró las lesiones cutáneas descritas por DARIER como pseudoxantoma elástico. Casi al mismo tiempo que estos autores, hacían la comprobación MARCHE-SANI y WIRZ, siendo incluida por este primer autor en el grupo de las enfermedades sistematizadas, pensándose en que la causa era una especial fragilidad del sistema elástico subcutáneo y sus representantes, como es la lámina elástica de Bruch. A propuesta de varios autores, como FRANCESCHETTI y ROULET, se ha dado el nombre de *Groenblad y Strandberg* al síndrome resultante de la presentación conjunta de las estrías angioides y el pseudo xantoma elástico.

Pero no han quedado las cosas aquí, y por algunos autores se ha relacionado este síndrome con casos de epilepsia, con ciertas formas de coroiditis y, sobre todo, y esto es lo más más firme, con las lesiones de la enfermedad de Paget u osteitis deformante, hecho sobre el que llamó la atención ROWLAND, en 1929, y confirmó TERRY, en 1932, en una más extensa casuística, siendo esta coexistencia tan frecuente, que por algunos se cree que se trata de un síndrome más amplio, que puede presentarse más o menos completo.

Hasta ahora, se han publicado en la literatura mundial unos 192 casos, siendo el estudio estadístico hecho por SCHOLZ, en 1941, el más completo que se ha hecho de esta afección, lo que demuestra que es un proceso relativamente raro en su presentación o que pasa inadvertido mu-

chas veces, por dar en sus comienzos pocas perturbaciones visuales y no evolucionar hacia la gravedad en muchos casos; pero el saber ya que el pseudoxantoma elástico es una parte del síndrome y ser muy frecuente su presentación en la piel del cuello y, por tanto, claramente visible, nos lleva ya a fijar con más detenimiento nuestra atención en el examen de las lesiones oculares, que a veces son tan discretas que pasarían inadvertidas de no buscarlas con detenimiento. Precisamente la consideración de esta rareza es lo que nos ha movido a publicar tres observaciones que hemos podido recoger. Es curioso que los tres casos son mujeres, a pesar de que la presentación de este proceso, según las estadísticas, acusa una marcada mayoría en hombres.

En los tres hay estrías angioides; muy discretas en dos, que son hermanas, y muy marcadas en la otra, en la que éstas afectan ya la zona macular.

Caso 1.º—Se trata de una mujer de cuarenta y nueve años, casada. Ni sus hermanos ni sus hijos tienen perturbación alguna en fondos oculares ni en la piel. Es mujer morena, bien constituida. Hace quince años que empezó a perder vista en el ojo derecho, según dice a consecuencia de un mareo. Hace año y medio empezó también a perder vista en el ojo izquierdo, también dice que precedido esto de un mareo. Tiene en ojo derecho $V = 1/12$, y en ojo izquierdo $V = 1/5$. Los límites periféricos de ambos campos son normales, acusando extenso escotoma relativo en una área aproximada de 20° en torno del punto de fijación en el ojo derecho y que afecta también a la visión central en parte, pues para ver un objeto o lograr esta visión de $1/12$ tiene que mirar de lado.

Los fondos oculares son de lo más típico. En el derecho, donde las lesiones son más avanzadas, se ve entorno de la papila un anillo tortuoso que contacta a veces con el borde de ella, del que salen otras estrías divergentes. En algunos sitios se ven estrías aisladas de pequeña extensión, con reborde blanquecino marcado que parece hacer relieve.

En la zona macular y paramacular se observa un aspecto pigmentado de color muy oscuro, pero no negro, como si el pigmento aquí acumulado estuviese detrás de la retina, estando velado además por manchas difusas exudativas. En algunos sitios, pequeñas manchas hemorrágicas.

En el ojo izquierdo es notable la anchura de estas estrías, la acentuación de manchas blanquecinas y la existencia entre la papila y la mácula de un foco hemorrágico.

Estos dibujos en color, que debo a la amabilidad del doctor ARÓZTEGUI, aunque algo esquemáticos, dan una idea bastante aproximada del cuadro que describo.

Las fotografías parciales del ojo derecho, aunque imperfectas por dificultades de encontrar placas a propósito, son, sin embargo, bastante demostrativas.

En la piel del cuello y nuca muestra las lesiones típicas del pseudo xantoma elástico, como puede verse en la fotografía que adjunto.

Los casos 2.º y 3.º son dos hermanas de treinta y seis y treinta y ocho años, en las que descubrí las lesiones oculares al acudir a mi consulta por lesiones banales de conjuntiva y llamar mi atención las claras lesiones de pseudo xantoma que ambas tenían en el cuello.

Las lesiones en fondos oculares eran tan discretas, que tenían que ser buscadas con mucha atención y desde luego no causaban perturbación alguna de la visión. El no haberse prestado a la fotografía del fondo ocular me impide mostrarles este testimonio.

ESTUDIO CLÍNICO

Este proceso, desde el punto de vista ocular, se inicia simultáneamente en ambos ojos de modo lento e insidioso, nunca agudo, limitándose al polo posterior, sin fenómenos subjetivos en un principio, lo que hace que su encuentro sea muchas veces casual, viéndose alrededor de la papila como un anillo moreno irregular, más o menos circular, que la rodea a mayor o menor distancia, del que salen de modo radiado prolongaciones periféricas, como estrías rojizas o morenas, que pueden anastomosarse entre sí formando un mosaico, primero estrechas y que se ensanchan mucho más tarde, sobrepasando tres o cuatro veces el calibre de los vasos, con los cuales tienen un remoto parecido, aunque ni por su color ni distribución puede haber confusión, pues suelen ser anchas a trozos y en otros estrechas, rasgadas, irregulares, de bordes dentellados, a veces blanquecinos y a veces pigmentados. Se han comparado estas rayas o estrías a las que se observan en un cascarón de huevo o en ciertas piezas de porcelana, o a las líneas de algas depositadas en las playas por las olas.

En los últimos periodos suelen ir con un borde blanquecino, que ha sido interpretado diversamente, ya como consecuencia de la reflexión de la luz en los bordes de pliegues o fisuras, o ya como resultado de una formación fibrosa. La localización de estas rayas se ha logrado de un modo bastante preciso, habiéndose comprobado que están entre los vasos de la retina y los de la coroides, mostrando perfecta independencia en su distribución.

La evolución es lentísima y puede quedar toda la vida en esta fase de rayas, sin más cambios y, afortunadamente, sin afectar la visión; pero lo más frecuente es que aparezcan luego lesiones hemorrágicas, sobre todo en la zona macular, que pue-

den ser reabsorbidas totalmente, quedar en parte o ser sustituidas por masas blancas exudativas que dan el aspecto a la región macular de la degeneración disciforme descrita por JUNIUS KUHN. En esta fase, ya el polimorfismo de las lesiones maculares es muy grande y casi no se presta a una descripción común, pues pueden verse, además de lo descrito, manchas pigmentarias, a veces, como formando nudos en las rayas, grupos finos, blancos, de degeneración coloidea, masas exudativas en coroides, áreas de atrofia, etc. Al final hay una completa destrucción de la región macular.

En los casos vistos hasta ahora, hay un 50 por 100 de lesiones maculares y un 35 por 100 de hemorragias, según DUKE-ELDER.

WILDI hizo un ensayo de división de su evolución clínica en tres períodos o fases: Primero, de formación de las rayas morenas características con poco o ningún ataque a la visión central; segundo, presentación de afección aguda de mácula con exudación subretinal, y tercero, aparición en la mácula de una mancha blanca, quizá de tejido conjuntivo, que demuestra lo gravemente que está afecta. Es posible que esta clasificación sea demasiado esquemática, y no parece ser aceptada por muchos.

En la presentación de este proceso no se ha demostrado ninguna preferencia de país ni raza; tampoco de sexo, aunque la mayoría de casos descritos pertenecen al sexo masculino.

Suele presentarse pasados los veinte años, viéndose la mayor frecuencia desde los cuarenta o cincuenta.

La baja de visión está en armonía con las lesiones maculares de tipo exudativo, pudiendo conservarse buena durante muchos años, a menos que sobrevenga una hemorragia y sus secuelas.

El pseudoxantoma elástico, afección descrita por DARIER, se caracteriza clínicamente por la aparición en la piel de manchas amarillas semejando las xantomosas, recordando groseramente cicatrices subcutáneas como las *vergetures* del embarazo, que asientan de preferencia en cuello, axilas, ingles y piel del abdomen. Desde que se conocieron sus relaciones con las estrías angioides se ha visto lo frecuente de su coexistencia, que se ha calculado en un 60 por 100 de casos de éstas; frecuencia que quizá sea mayor, porque muchos autores, en sus publicaciones, no han negado su existencia, y sólo en un 13 por 100 faltaba de un modo preciso. En cinco casos de elastosis senil se ha comprobado la existencia de estrías angioides. En 100 casos de pseudoxantoma elástico, analizados por SANDBACKA-HOLSTROM, 87 tenían estrías angioides.

La osteítis deformante o enfermedad de Paget suele presentarse en un 10 por 100 de casos de estrías angioides; y en 22 casos de osteítis defor-

mante, estudiadas por TERRY, se han encontrado en tres estrías angioides, y de su relación con otras estadísticas parece que en un 8 por 100 de casos se han comprobado estrías.

Por lo que respecta a su carácter familiar hereditario, es cosa bien demostrada: casos de WILDI, SPICER, HARTUNG, BIOZZI, etc., y dos de nuestras observaciones, que eran hermanas.

Parece que este proceso se transmite con carácter recesivo, como lo demuestra su presentación en hermanos, su falta en dos generaciones y sucesivas y la frecuencia de la consanguinidad de los padres.

Este proceso, cuando está todavía en la fase de estrías, es tan característico, que no se presta a confusión. Pudiera confundirse con las llamadas estrías en rosario o cadena de perlas descritas por SIEGRIST, que se caracterizan por la formación a lo largo de los principales vasos coroides de una serie de nódulos pigmentarios separados unos de otros, simulando las cuentas de un rosario; tampoco debe confundirse con las rayas de pigmento que quedan después de un desprendimiento de coroides, ni con los focos de atrofia pigmentaria que a lo largo de los vasos de la coroides se ven en ciertos casos; tampoco con las rayas de roturas de coroides.

Cuando hay hemorragias que pueden ser muy extensas, entonces pueden ser tomadas como vulgares, de origen traumático, y sólo las alteraciones en la piel nos llevarán al diagnóstico. Lo mismo podemos decir de la fase exudativa o de organización de exudados, que puede ser confundida con un proceso inflamatorio de la mácula y, sobre todo, con la degeneración disciforme de JUNIUS KUHN.

PATOGENIA

La falta de comprobaciones histológicas precisas que relacionasen bien los cuadros oftalmoscópicos con las lesiones anatómicas ha sido la gran dificultad que ha existido hasta hace poco para el esclarecimiento de este proceso. Esta falta de comprobaciones ha justificado también la multitud de consideraciones de tipo especulativo que han permitido toda clase de teorías apoyadas en los diferentes cuadros oftalmoscópicos que van recorriendo este proceso en su evolución crónica, desde que se inician las primeras estrías, apenas reconocibles, hasta llegar a las grandes destrucciones degenerativas y hemorrágicas de la zona macular. Vamos a relatar las comprobaciones histológicas de menos o más autenticidad de este singular proceso.

Tenemos en primer lugar dos casos de LISTER, en 1903, en los cuales comprobó en el examen anatómico rayas pigmentarias, que desde luego el reconoció como distintas a las angioides, pero a las que dió un valor explicativo de cómo sería el

mecanismo para que un sistema vascular de neoformación simulase las estrías angioides. Después, el caso de MAGITOT, en 1911, que hizo un estudio histológico de un ojo enucleado, y que es rechazado como perteneciente a este proceso, porque parece ser que se trataba de una enfermedad de edad avanzada que tenía una grave arteriosclerosis, con focos de reblandecimiento en cerebro, en la que existían simplemente extensas hemorragias retinianas, sin que se comprobasen cambios de ninguna clase en el epitelio pigmentario, sin otras disposiciones histológicas.

VERHOEFF, en 1928, describió en un ojo enucleado lesiones que atribuyó a estrías angioides; pero parece que este caso, en el que por existir un extenso leucoma corneal no se había podido hacer un examen oftalmoscópico, tampoco lo era, ya que, además, el otro ojo, a pesar de la bilateralidad del proceso, no presentaba un cuadro oftalmoscópico anormal. LAW (1938), en un caso suyo encontró tanto la membrana de Bruch como la capa del epitelio pigmentario normales; pero, en cambio, la retina estaba plegada en muchos sitios, no tomando parte la limitante interna en estos pliegues. Bajo éstos se encontraba acumulada gran cantidad de fragmentos pigmentarios y células degeneradas. Las comprobaciones histológicas en las cuales se funda el concepto actual de este proceso, se deben a HAGEDOORN, en 1935, y BOCK, en 1938, que han venido a confirmar la opinión de KOFLER, que desde 1917 ya sostiene que este proceso es debido a rupturas de la lámina elástica o vítrea de Bruch, confirmándose así también la opinión de GROENBLAD y STRANDBERG de que se trataba de una fragilidad general del tejido elástico del dermis, tunicas vasculares, etc.

HAGEDOORN y BOCK, en dos casos vistos por separado y en los que pudieron hacer examen *post mortem*, demostraron una degeneración de la membrana elástica de Bruch, comprobándose una fuerte tinción basiófila en esta membrana, en oposición a lo que en la vítrea normal ocurre, que sólo se tiñe por colorantes ácidos. En muchos sitios se observaban depósitos grumosos hialinos de degeneración coloidea. Esta membrana presentaba, además, muchas rupturas que, reconstruidas o relacionadas unas con otras, demostraban corresponder a las estrías vistas en vivo.

Ni la coroides ni la retina mostraban nada anormal. En los dos casos había, además, pseudoxantoma elástico y lesiones degenerativas del tejido elástico de la aorta.

Se ha querido hacer de esta tinción basiófila un carácter específico de esta afección; pero VERHOEFF sostiene que no tiene significación patológica alguna, representando sólo cambios seniles que normalmente no afectan a la visión. Ha encontrado un 10 por 100 de basiofilia en ojos normales.

El estudio de la piel afecta de pseudo xantoma elástico demuestra que las fibras elásticas situadas en las partes profundas y medias del corión están hinchadas, hendidas y fragmentadas; lesiones que también se encuentran en la llamada elastosis senil, proceso de frecuente presentación también con las estrías angioides, habiéndose comprobado por estudios microquímicos que existe en ellas una delicada infiltración calcárea, sobre todo de fosfato de cal.

El examen de las tunicas elásticas de las arterias en estos enfermos demuestra lesiones degenerativas del mismo tipo, explicándose así, por una mayor fragilidad, las frecuentes hemorragias que hay en ellos en diversas partes del organismo, así como en el polo posterior del ojo.

Un proceso que se encuentra con mucha frecuencia al mismo tiempo es la enfermedad de Paget, que es una disostosis caracterizada por un proceso de absorción y osificación en los huesos afectados, pasando por una fase intermedia de sustitución del tejido óseo por tejido conjuntivo. Esto da dos fases clínicas: en una, hay marcado reblandecimiento óseo, y en otra, endurecimiento. Parece que todo es debido a la existencia de una fosfatasa que destruye los fosfatos, que son más tarde reconstruidos, existiendo, finalmente, una mayor riqueza en calcio en huesos.

Los estudios sistemáticos de la calcemia no han demostrado, sin embargo, ninguna modificación en el síndrome de Groenblad-Strandberg.

En la enfermedad de Paget es muy frecuente comprobar fragilidad y roturas de la membrana de Bruch, así como la tinción basiófila de ella. Todo esto ha llevado a pensar en la posibilidad de que estemos ante la vista de un síndrome más amplio, en el que unas veces pueden estar aisladas las lesiones oculares de la piel u óseas o combinadas unas con otras, siendo la más constantes de estas combinaciones la de los ojos y piel. Recordaremos, en orden cronológico, que la primera opinión patogénica fué emitida por DOYNE, que creyó debido este proceso a una ruptura de la capa del epitelio pigmentario. Otros autores, como PLANGE, HALDEN, PAGENSTCHER, KNAPP, etc., atribuyeron las estrías a repetidas hemorragias de retina en su espesor. OELLER (1903) admitía espacios preformados en los que penetraría la sangre. TREACHER COLLINS sostuvo que era un proceso hemorrágico subcoroideo con depósito de los residuos sanguíneos en las vainas linfáticas perivasculares de las arterias ciliares cortas que forman el anillo de Zinn, opinión a la que se objetó que el epitelio pigmentario debería ocultar estas estrías en fondos muy morenos, cosa que no ocurre.

ZENTMAYER sostuvo que se trataba de una especial pigmentación de los vasos por un origen congénito o inflamatorio.

En 1909, ALT sostuvo que se trataba de plie-

gues de lepitelio pigmentario ligeramente elevados por pequeñas cantidades de exudados. LISTER creyó, fundándose en un examen anatómico, aunque él mismo reconoció no ser de estrias angioides, que, probablemente, se trataba de una neoformación vascular en las capas profundas de retina. Una opinión análoga sostuvieron COPPEZ y DANIS en 1925. Estos autores, recordando la proximidad local de las estrias peripapilares con el círculo de Haller o de Zinn, creyeron que tendría su formación la misma significación patológica que la red vascular periquerática, que, normalmente invisible, se hace aparente cuando sobreviene una queratitis o una iritis, y que aquí el proceso fundamental sería un estado inflamatorio del polo posterior del ojo, tal como coroides, escleritis posterior, desprendimiento de coroides, como admitía GUIST, o las mismas hemorragias coroideas sostenidas por LISTER. Procesos todos que en su evolución lenta producirían una alteración vascular de vecindad que se traduciría por la exageración, descubrimiento y puesta en evidencia de vías vasculares invisibles en estado normal, ya se tratase de simples hendiduras, ya de que la congestión de los vasos ciliares posteriores orientase de una manera más o menos directa a la configuración anular de las estrias. Es decir, que, según ellos, sería un proceso de polo posterior que se extendería poco a poco desde las membranas externas hacia las internas, alterando la nutrición de éstas, cuyo testigo sería la depigmentación, y terminando por la producción de una retinitis exudativa macular típica.

Finalmente, tenemos ya como más aceptadas las teorías apoyadas en exactas comprobaciones oftalmoscopohistológicas, que admiten un estado de debilidad constitucional de las membranas internas oculares de carácter hereditario familiar, localizado en la membrana elástica de Bruch, que estaría dotada de una fragilidad anormal simultáneamente con la misma disposición en el tejido elástico de la piel, vasos, corazón y otras partes del cuerpo, que explicaría la aparición simultánea de las lesiones retinianas y de la piel, tan características.

Fué KOFLER (1917) el primero en sostener la opinión de la fragilidad de la lámina vítrea, cuyas dehiscencias producirían las estrias por un mecanismo análogo al invocado por SALZMAM para explicar las roturas de la vítrea en la miopía. Estas roturas no podrían carecer de significación para los tejidos vecinos que se apoyan en la vítrea, tales como el epitelio pigmentario, por un lado, y la coriocapilar, por otro, que presentarían, respectivamente, soluciones de continuidad y hemorragias. Otros autores, como WILDI, HUGHES y ASCHER, aceptaron en la misma época que eran las dehiscencias de la vítrea la causa de las estrias.

Ligeros traumas, tales como las frotaciones, tan frecuentes en los ojos; contracciones musculares,

etcétera, al aumentar su tensión de un modo pasajero, serían suficientes, según estos autores, para producir las roturas al sobrepasar el límite de elasticidad de la vítrea anormalmente disminuido. Esta suposición recibió una comprobación muy precisa con las investigaciones de GROENBLAD y STRANDBERG en 1929. Estos autores describieron tres casos de estrias angioides, en los cuales había al mismo tiempo el proceso de la piel llamado pseudoxantoma elástico, que está caracterizado histológicamente por una elastorexis o fragilidad especial de las fibras elásticas del dermis, que se traduce por su facilidad de ruptura a nivel, sobre todo, de los sitios en que está sometido a mayores exigencias mecánicas, como cuello, axilas, ingles, etc., y que da un aspecto muy especial a la piel de estas regiones. Recordando la identificación de la lámina vítrea de Bruch con el sistema elástico, dichos autores sostuvieron que se trataba de un proceso de distrofia generalizada al sistema elástico.

Casi simultáneamente, e independientemente de estos autores, en 1931, MARCHESANI y WIRZ observaron también la coincidencia de las estrias angioides con el pseudoxantoma elástico, y pensaron que se trataría de una enfermedad sistematizada en éste.

Dióse luego la comprobación plena con los trabajos de HAGEDOORN y BOEK a la opinión, hasta entonces sin confirmación anatómica, de KOFLER de la fragilidad y deshiscencia de la vítrea. Concedido el proceso así, la explicación de las lesiones del fondo ocular resulta muy clara. Las estrias coinciden con las líneas de rotura, a cuyo nivel hay lesiones de la capa del epitelio pigmentario; más tarde, la coriocapilar sufre también, y su sufrimiento se exterioriza por hemorragias de predominio en la zona macular, con sus secuelas de fenómenos exudativos y degenerativos que vienen ya a producir una baja marcada en la visión que tanto ensombrece el pronóstico de este proceso en muchos casos. Otras veces, la aparición de hemorragias es un fenómeno precoz y pasajero que está determinado por la existencia de un ligero trauma que ha tenido casi el valor de un experimento.

En dos casos de MARCHESANI-WIRZ, el diagnóstico se hizo por haber tenido lugar un ligero traumatismo un poco antes de la observación sólo en un ojo, que había llevado a la supresión de la visión en él, pudiéndose comprobar hemorragias en placas que se extendían por el polo posterior de un color rojo mate, indicando así que estaban cubiertas de una capa de tejidos. Sobre ellas se percibían muy bien los vasos de retina en su curso, y en visión binocular con el Gullstrand se podía comprobar muy bien su localización entre retina y coroides. El ojo no lesionado demostró la existencia de estrias angioides. Más tarde, cuando la

reabsorción de la sangre tuvo lugar, se pudo comprobar que las lesiones de ambos fondos oculares eran semejantes con sus estrías típicas.

Esta localización entre retina y coroides es característica de este proceso, pues las hemorragias consecutivas a traumas en ojos sanos rara vez la tienen. En resumen: podemos concebir este síndrome como una distrofia sistematizada del tejido elástico de la piel y de su representación en el ojo o membrana elástica de Bruch y lesiones también en la elástica de los vasos, dando lugar a hemorragias que pueden ser maculares o en cualquier sitio. Distrofia que, además, tiene carácter familiar, hereditario, recesivo, y que va muchas veces acompañada de una perturbación en el metabolismo del calcio, que se exterioriza por la llamada enfermedad de Paget.

Como tratamiento de este proceso, poco se puede hacer. Desde luego, no podemos influir en su evolución, que fatalmente seguirá su curso, siempre muy lento, pero sí podemos mejorar algunas de sus complicaciones haciéndolas menos graves. Me refiero a las hemorragias cuya facilidad de producción y repetición ya hemos mencionado. FRANCESCHETTI propuso para ellas el empleo del calcio y las vitaminas B₁ y C; y, efectivamente, con el empleo combinado de estos medicamentos se logra muchas veces una rápida reabsorción de la sangre derramada, mejorando, por consiguien-

te, la visión y evitándose una posible organización de la fibrina en manchas blanquecinas que agrandarían los efectos destructivos que sobre la visión tiene el proceso. FRYDMAN, en dos casos de su práctica con hemorragias de repetición, ha seguido este método terapéutico, habiendo conseguido marcados resultados.

BIBLIOGRAFIA

- COPPER y DANIS.—«Sur les stries angioides de la retine». Société F. d'O., 1925.
 MAGITOT.—«Pigmentation angioide de la retine». *Annales d'O.*, enero de 1911.
 BATTEN.—«Angioid streaks and their relation to a form of central choroideal disease». *British J. of O.*, mayo de 1921.
 TREACHER COLLINS.—«On the aetiology of angioid streaks in the fundus oculi trans of S. U. K.». 1923.
 H. HARTUNG.—«Ueber familiäre angioide Pigmentstreifenbildung des Augeshintergrundes». *Klinische M. f. A.*, enero de 1932.
 F. BLOBNER.—«Pigmentstreifenkrankung, Pseudoxanthoma elasticum und Epilepsia bei zwei Brüdern». *Klinische M. f. A.*, julio 1935.
 FOOS.—«Ueber das gemeinschaftliche Auftreten von gefässähnlichen Netzhautstreifen und Pseudoxanthoma elasticum der Haut». *Klinische M. f. A.*, diciembre de 1931.
 FRYDMANN.—«Du traitement et de l'évolution de deux cas du syndrome de Groenblad et Strandberg». *Annales d'O.*, febrero de 1938.
 SCHOLZ.—«Angioid streaks». *Arch. of O.*, octubre de 1941.
 BUTTLER.—«Un caso de estrías angioides de retina». *British J. of O.*, mayo de 1944.
 DUKE ELDER.—«Text Book of O.», tomo III.
 SCHIECK.—«Kurses Handbuch».
 BAILLIART.—«Traité d'Ophtalmologie», tomo V.
 MARCHESANI.—«Zeitfragen der Augenheilkunde», 1938.
 (Autorizado por la J. R. C. de las Jornadas Médicas Españolas.)

INSTITUTO LLORENTE

VACUNA ANTICATARRAL LLORENTE
(POLIMICROBIANA)
 6 ampollas de 2 c.c.

1 c.c. = 500 millones de estafilococos, 200 de m. catarralis y 100 de estreptococos, neumococos y enterococos

INSTITUTO LLORENTE - Director: J. MEJIAS - Ferroz 9 - Madrid

INDICACIONES
 Procesos crónicos del árbol respiratorio. Los enfermos con expectoración purulenta son los más favorablemente influídos por la vacuna. En las dilataciones bronquiales se atemperan o evitan las recrudescencias

DURACION DEL TRATAMIENTO
 15 a 18 inyecciones

PUB.-Méd. «GARSÍ»

Enfermedades sociales que dañan el aparato circulatorio

LA SIFILIS CARDIOVASCULAR

por el

Doctor DOMINGO DURAN ARROM

Es ésta otra de las enfermedades sociales de índole circulatoria. Sus daños no son desconocidos por ningún práctico, y el examen de sangre es uno de los más elementales medios exploratorios en la Clínica diaria. El desarrollo que la especialidad adquiere por doquier impide una mayor extensión en esta materia. Con agradable sorpresa acuden a la consulta del cardiólogo gran número de enfermos que nos expresan una lúes sufrida veinte y más años antes sin la menor secuela cardiovascular, que demuestra el alto valor de la tan extendida profilaxis y terapéutica específica. Nos atreveríamos a decir que es la enfermedad social cardiovascular más dominada. De vez en cuando se presentan lesiones como la doble aórtica, que, a falta de causa reumática, obliga a aceptar como ley su etiología luética y emplear el tratamiento específico. Hace cuarenta años se observaban evoluciones cardiocirculatorias luéticas, o sea terciarismos, en cinco años; mas hoy, por fortuna, han disminuído notablemente.

No obstante, la presencia de una aortitis, aneurisma, arteritis, en especial en sujetos no senectos, con reacción Wassermann positiva o no, y sin otra causa manifiesta, obligan a este tratamiento, ya que en la duda siempre trataremos; en una palabra: el cardiólogo debe pensar siempre en esta etiología. Esta causa es de las cuatro que exponemos la que ratifica el concepto de CAJAL de que la Humanidad, en los cuarenta últimos años, ha progresado enormemente, a pesar de las guerras, aumentando el promedio de vida.

La actuación social cardiológica se deja sentir en todos los ámbitos humanos. La aplicación correcta y ponderada de los medios exploratorios, con la consiguiente ficha cardiovascular del paciente y su reiterada asistencia a dispensarios y clínicas a la menor molestia, ha logrado supervivencias que sólo pueden comparar los que vieron la Cardiología de antaño y la actual. El cardíaco debe ser objeto de exámenes seriados para conocer la evolución de la cardiopatía. La convergencia de las distintas fases del cardíaco al fallo del corazón ha de ser la quimera para evitarle en enfermo y cardiólogo. La vida del cardíaco ha de ser unas veces de reposo y otras de actividad, siempre controlada por los períodos más iniciales del fallo, como son la disnea al esfuerzo, palpitations, o más bien ligera congestión de bases o hepática, que se asocian a aquel fenómeno, y constituyen el punto inicial de la gran actuación terapéutica. Si ese período pasa inadvertido, abo-

ca al enfermo a la insuficiencia cardíaca, con todas sus consecuencias. Ello queda bien evidenciado por la asistencia al cardíaco que todas las naciones ofrecen a sus ciudadanos. Terapéutica profiláctica es indispensable al cardíaco, y los especialistas debemos afrontarla.

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es la tercera enfermedad social, causa de tanta muerte. Tres elementos conducen a la misma: los influjos nervioso, endocrino y el tóxico (menopausia, obesidad, hepatismo, endocrinopatías), el aumento de resistencia—riñón—o del volumen sanguíneo—STOKES, ADAMS y CORRIGAN—y el fallo de la elasticidad arterial—esclerosis—. La hipertensión esencial o sin causa va aclarándose a medida que se estudian con análisis seriados la bioquímica de cada sujeto. STROUD afirma que el mecanismo humoral es el único problema en el hipertenso; y así, OUSHING halla hipertensión en el adenoma basófilo de hipófisis y en las afecciones suprarrenales en el tejido cromafino, como causa, en suma, de hipertensión. Podemos definir ésta como «reacción circulatoria del organismo ante elementos tóxicos, nerviosos, endocrinos, renales, engendrados en la vasta red dermocutánea del esplácnico, órganos y aparato regulador endocrino».

Fisiología venuloarteriolillar en la hipertensión. OTFRIED MÜLLER, investigando los trastornos de la presión arterial, reconoce que su proceso es el mismo que preside en el trastorno presional del sistema venoso, relación que se hace íntima por la vía anastomósica, entre vénulas, arteriolas y capilares. Para los estados hipertónicos, KYLIN ya presupone un desequilibrio neurovegetativo con disminución del ión cálcico que determina un estado espasmódico vascular permanente; de ahí que se recomiende administrar cal, bromuro y belladona. Por su parte, PAL estudia la célula muscular y sus dos elementos, fibrillas con sus relajaciones y presiones de función quinética, y el sarcoplasma, verdadero substrato del tono, por lo que recomienda nitritos para relajar el tono y papaverina para disminuir la contracción de las fibrillas. Las aseveraciones de O. MÜLLER han sido confirmadas por VANOTTI, en cuanto al síndrome o complejo sintomático espastoatónico, que desde entonces ha ido adquiriendo carta de naturaleza.

Hipertensión benigna y maligna.—Es clásico distinguir entre una hipertensión benigna o roja

y la maligna o blanca. En realidad, las modernas concepciones de la hipertensión no permiten establecer entre ambos procesos diferencias importantes, si no es en cuanto se refiere al curso benigno, estacionario, progresivo, curable si se halla la causa—ovario, hígado, etc.—de la primera forma y la marcha rápida maligna de la segunda, estribando en el riñón.

Desde el punto de vista anatomopatológico, las lesiones encontradas no son origen sino consecuencia de la misma hipertensión. Admitido esto, ya demostrado por VOLHARD, hay que atribuir el origen a unas alteraciones funcionales que no diferirán notablemente en ambos tipos, y tal vez la única diferencia será la rapidez e intensidad del desencadenamiento o puesta en acción. Cree JIMÉNEZ DÍAZ que los factores funcionales originarios y las lesiones en ambos tipos de hipertensión son las mismas, y que el carácter de malignidad viene determinado por la misma del síndrome «isquémicomaligno», del que nos ocuparemos, en el cuadro de la hipertensión benigna; que si se presenta desde el principio, ya constituye la hipertensión maligna primitiva de causa renal o perivisceral (WAGGENER, KERPOLA). El síndrome isquémico maligno se debe a distintas lesiones vasculares, más intensas que las que se encuentran en la hipertensión roja, ya que la simple elastosis de éstas se ha transformado en una endarteritis necrótica generalizada del organismo. Hay que suponer que se sobreañadió un nuevo factor isquemizante que intensifica aún más la hipertensión de las fibras musculares vasculares y determinó la necrosis. Estas nuevas lesiones se generalizan con el nombre de capilaropatía universal por algunos autores, concepto importante que conviene retener, pues esta extensión del proceso isquemizante al afectar el riñón constituiría lo desencadenante del carácter maligno de la hipertensión. En el riñón isquemizado se liberarían sustancias como la renina, que aumentaría el espasmo vascular, o sea la isquemia renal. En última instancia, se intensificaría aquella liberación de renina, creándose así un círculo vicioso responsable del carácter de la malignidad de la hipertensión blanca, en contraste con la roja, cuya benignidad se debería a la inexistencia del citado mecanismo por no afectar la isquemia al riñón.

Hipertensión y riñón.—Recordando el experimento de GOLDBLATT, que produjo en animales una presión artificial exagerada al oprimir ciertas ramillas de arterias renales hasta causar isquemia, PAGE, en 1939, emplea, para causar estas hipertensiones, el celofán, que, al tocar las arterias renales, causa a las pocas semanas una perinefritis con hipertensión que no cesa con la denervación, y sólo a la extirpación por bilateralidad de las propias suprarrenales.

Por los anteriores experimentos, RAVICH, al estudiar un número de hipertensos, encuentra en la mayoría de ellos una pelvis renal anatómica de

tipo fetal, o sea pelvis intrarrenal rodeada más o menos completamente por un tejido rígido. Este tipo fetal de riñón parece persistir en el adulto, predisponiéndole a determinarse en él estados hipertensivos.

Estos estudios, aplicados a la práctica clínica, son los que han aconsejado la decapsulación y otras operaciones plásticas del hilio renal.

Desempeña, pues, el riñón importante papel en la génesis de la hipertensión; y en otros casos, la afección renal es resultante del estado hipertensivo. De aquí que clasifiquemos, en razón del empleo terapéutico, la hipertensión con síndrome renal y otra secundaria a los trastornos renales. Al referirnos a estas últimas o secundarias, diremos con PAGE que la hipertensión es un signo que obedece a estados primitivos glomerulonefríticos o pielonefríticos, a estrechez congénita de la aorta y periarteritis nudosa, y también, posiblemente, a ciertas alteraciones hipofisarias o tiroideas.

Mecanismo humoral de la hipertensión.—TIEGERSTEDT denomina, con BERGMANN, desde 1898, «renina» la sustancia liberada por el riñón, atribuyéndola el papel hipertensivo que más arriba hemos consignado; sin embargo, el asunto es mucho más complicado, ya que no se trata de una sola sustancia, sino de un verdadero sistema de sustancias lo que determina la hipertensión.

La renina, según demuestra HOUSSAY, es un fermento, posiblemente un polipéptido anfótero, que actuaría sobre hipertensinógeno pseudoglobulina existente en el plasma. Al parecer, la renina es un fermento proteolítico que desintegraría la molécula compleja del hipertensinógeno, liberando la hipertensina o angiotonina. El carácter proteolítico fué demostrado en Chile por CROXATO al obtener, por acción de la pepsina sobre el hipertensinógeno, una sustancia, la pepsitensina, que, como la hipertensina, era destruída por la hipertensinasa. Esta última sustancia, producida en el hígado, y, sobre todo, en el riñón, tiene por misión destruir la hipertensina, evitando así la existencia de gran cantidad circulante de la misma.

Se producen, por tanto, en el riñón renina e hipertensinasa, y es evidente que el aumento de presión se puede producir, tanto por exceso de la primera como por defecto de la segunda. En Argentina, BRAUN MENÉNDEZ, FASCILO y MUÑOZ perfunden animales de experimentación con renina, y obtienen elevaciones de presión. Al mismo tiempo estudian cómo destruye este fermento en el organismo, sin poder demostrar la existencia de sustancias destructoras en extractos de hígado o riñón. Concluyen, sin embargo, que la renina es fijada o destruída por los tejidos, de manera especial por el hígado; siendo su excreción en la orina un mecanismo sólo de excepción, que desencadena cuando el nivel sanguíneo es muy elevado.

El hipertensinógeno en el plasma parece ser que sea elaborado en el hígado, tal vez influenciado

De gran importancia para los anunciantes

EL SIGLO MEDICO-SEMANA MEDICA ESPAÑOLA, y en su nombre don Francisco Javier Cortezo y Collantes, como único propietario y director de la Revista, ruega a los señores anunciantes y a cuantos interese tomen buena nota de los siguientes particulares:

1.º **EL SIGLO MEDICO-SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** no tiene, ni ha tenido, ni tendrá Agencia alguna de publicidad, y, por tanto, desautoriza plenamente toda gestión que se haga por las Agencias o agentes titulándose exclusivistas, oficiales o cualquier otro agregado a su condición genérica y libre de agente.

2.º Igualmente desautoriza toda solicitud de publicidad que por cualesquiera agentes o Agencias se pudiera hacer con ofertas de campañas a favor o en contra de los productos en la Revista, esperando de los señores anunciantes que frente a estas actitudes recurran a la legislación vigente de Policía.

3.º **EL SIGLO MEDICO-SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** no solicita en ningún caso ni por intermediario alguno publicidad de ninguna clase, limitándose a aceptar o no la que se le ofrece por las Agencias o agentes, o directamente por las Casas productoras, con igual trato para todos, sin distinción ninguna de ventajas o inconvenientes, siempre que se ajusten a las normas por que se rige la publicidad de la Revista.

Se entiende obligado a hacer público cuanto antecede en vista de denuncias y comunicaciones recibidas en esta Administración.

Madrid, 20 de octubre de 1946.

EL SIGLO MEDICO-SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

F. Javier Cortezo y Collantes.
Propietario y Director.

3
ANTIRREUMATICOS
DE NUESTRA
FABRICACION



FÁBRICA ESPAÑOLA DE PRODUCTOS
QUÍMICOS Y FARMACÉUTICOS
FRANCISCO NAVACERRADA 62
APARTADO 903D • TELÉFONO 55386
MADRID

ATOFTIRO

COMPRIMIDOS

ÁCIDO FENIL-QUINOLÍN CARBÓNICO Y GLÁNDULA TIROIDES POLVO
REUMATISMO CRÓNICO • CIÁTICA • LUMBAGO . . . DISOLVENTE DEL ÁCIDO ÚRICO
• ELIMINA EL DOLOR •

SALICITIRO

SALICILATO SÓDICO Y TIROIDINA
EN SOLUCIÓN ALCALINIZADA
SOLUCIÓN

SALIVENAL

SALICILATO SÓDICO Y GLUCOSA EN
SOLUCIÓN ISOHIDROGENIÓICA
INYECTABLE ENDOVENOSO



KALOGEN

COMPOSICION:

Clor. cálcico...	0,10	Yod. cálcico.....	0,62
Bromuro — ...	0,50	Hidrato	0,10
Agua destilada			100 c. c.

INDICACIONES:

Remineralizante, antiescrofu-
loso, tetania (espasmofilia),
neurosis, enfermedad de Bas-
sedow, decalcificación duran-
te el embarazo y el período
de la lactancia, caries denta-
ria, raquitismo, etc., etc.

PRESENTACION:

POR VIA BUCAL, frasco de 310 gramos.
POR VIA HIPODERMICA, inyectables de
2 y 5 c. c., para inyecciones subcutáneas,
intramusculares o endovenosas, según
prescripción facultativa.

DOSIFICACION:

NIÑOS: hasta cinco años, tres cucha-
raditas de las de café al día. Mayores
de cinco años, dos cucharadas de las de
sopa al día. ADULTOS, tres cucharadas
de las de sopa al día, diluido en un poco
de agua.

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

Barquillo, 32.-MADRID

Comercio, 28.-BARCELONA

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 5.894.)

por las suprarrenales. Esta relación del hígado con el mecanismo humoral de la presión parece confirmarse en la práctica, pues es de todos conocido el caso de hipertensos curados en balnearios (Cestona, Mondariz, etc.). La unidad de hipertensinógeno es la cantidad de éste que, inoculada en exceso de renina, produce una unidad de hipertensina, y esta unidad, la cantidad de hipertensina que causa un ascenso de 20 a 30 milímetros Hg. en la presión carotídea de un perro cloralosado de 10 kilogramos de peso.

Gaudino ha llegado a las conclusiones siguientes en su investigación experimental sobre el hipertensinógeno:

a) La adrenalectomía bilateral en las ratas normales hace disminuir progresivamente el hipertensinógeno hasta su casi total desaparición, con descenso de la presión arterial. (La misma comprobación hacen los citados BRAUN, MENÉNDEZ, FASCILO y MUÑOZ en Argentina, explicando que aquella substancia se elabora en el hígado, pero bajo la influencia suprarrenal.)

b) El tratamiento con acetato de desoxicórticoesterona a dosis de 2,5 miligramos evita en parte el efecto de la adrenalectomía, aunque sin llegar a los valores de hipertensinógeno y grado de presión arterial previos a la operación.

c) La nefrectomía bilateral en ratas normales determina aumento progresivo e intenso del hipertensinógeno.

d) La misma operación en ratas adrenalectomizadas eleva asimismo el hipertensinógeno, aunque de modo más moderado, o sea que la falta de suprarrenales inhibe la elevación del hipertensinógeno.

Este estudio de la participación del riñón en el desencadenamiento de la hipertensión nos lleva de la mano a considerar el papel que pueden tener en la misma las cápsulas suprarrenales. Estas producen hipertensión en los adenomas de medula, suprarrenal y paragangliomas. La corteza segrega una hormona «doca», que interviene en el mantenimiento de ciertas hipertensiones. Por intermedio de ellas se produce hipertensión en el síndrome de Cushing.

La hipófisis segrega dos tipos de hormonas; el lóbulo posterior forma la pitresina o vasopresina y el anterior elabora una hormona suprarrenotropa que estimula la corteza suprarrenal. Así, la hipertensión en el adenoma basófilo de la hipófisis (CUSHING), la hipertensión es originada indirectamente a través de las suprarrenales.

Paraganglioma.—BRAUER y LERICHE describen el cuadro que determina—cefalalgia con latido pulsátil en los ojos, sensación de vacío, epigastrofagia, náuseas, extremidades frías, sudor y temblor—. Estos pacientes pasan de la palidez cadavérica a la normalidad en un lapso de media a una hora. La presión sistólica se eleva, en tanto que la diastólica desciende, al contrario de la hipertensión esencial. Se observan en tumores de medula

suprarrenal o en suprarrenales aberrantes, o sea en masas de tejido cromafino de diversa topografía, que se denominan paragangliomas.

TERAPÉUTICA DE LA HIPERTENSIÓN

Bosquejemos someramente los métodos quirúrgicos para el tratamiento de la hipertensión, y prescindamos de los puramente médicos, harto conocidos del médico práctico para insistir en ellos, que podemos resumir en bromuro, luminal, reposo físico e intelectual, y tratar la causa si la hallamos, ovario, hígado, etc.

Pueden ser sintetizados los numerosos métodos quirúrgicos empleados para remediar esta dolencia en los siguientes: a), nefropexia; b), nefrectomía, y c), simpatectomía. Aludiremos a los dos primeros para ocuparnos con alguna extensión de los referentes a la vida simpática. La nefropexia se indica en casos aislados de hipertensión ortostática, en los que acaece una menor irrigación renal en la posición en pie. La nefrectomía, por su parte, es propia en los casos de lesión unilateral que lleve poco tiempo en evolución—pilonfrosis, pielitis, lesiones calculosas, etc.—, y, sobre todo, cuando se trate de personas jóvenes.

En cuanto a las operaciones sobre el simpático, resumiremos sus múltiples aspectos de empleo en estos tres: a), resección bilateral de espláncnicos supra e infradiafragmáticos con gangliectomía lumbar; b), la gangliectomía celiaca, generalmente junto con la espláncnicotomía; c), radicotomía. Mas antes de actuar sobre el simpático, es recomendada una prueba del sujeto paciente, que consiste en una lenta e intermitente inyección intravenosa de solución de pentothal sódico al 5 por 100, la administración de 20 centigramos de amital sodio cada hora en tres sucesivas; a intervalos de media hora, hasta tres dosis de nitrito sódico—0,032—, con determinación de la presión cada hora durante veinticuatro—en reposo y cama—, prueba que, de resultar desfavorable, contraindica la operación.

También, como ensayo, puede procederse a la anestesia de espláncnicos y ganglios lumbares superiores con novocaína al 1 o al 2 por 100 sin adrenalina, observando si esta prueba funcional mejora la hipertensión, y, de ser afirmativa, tendremos la seguridad de que la intervención quirúrgica influenciará la hipertensión.

Por lo que a los resultados se refiere, es evidente que no son tan alentadores como serían de esperar, aunque no obsta para que se empleen con éxito, puesto que la disminución de la presión, siquiera transitoria, y lograr mejorías subjetivas al actuar sobre el psiquismo del paciente, determinan supervivencias que no alcanzaríamos por otros medios.

Merece especialísima atención en Cardiología la angina de pecho, consecuencia de un proceso arterial total o de aterosclerosis coronaria, con o

sin hipertensión, pues los hechos de esta afección ponen sobre aviso en la profilaxia extensa con la electrocardiografía seriada y la prueba de la hipoxemia, así como los modernos tratamientos del *angor pectoris* quedan mejor indicados.

Extractos de riñón.—Los primeros autores que estudian estos extractos con fines terapéuticos son GROLLMANN, WILLIAMS y HARRISON—1940—, que experimentan en ratas hipertensas, a las que administran los extractos por vía oral y obtienen marcados descensos de la presión excesiva. Estos extractos se preparan por deshidratación de riñones de cerdo al alcohol, y el polvo resultante del secado con agua acidulada que se precipita con 1,5 vols. de una solución saturada de sulfato de amonio; ésta se dializa atravesando el material activo a la membrana, concentrándose después el extracto acuoso así obtenido. Aquellos autores pasaron más tarde de la experimentación en animales a la práctica clínica, logrando, asimismo, descensos de la presión junto con manifestaciones tóxicas atribuidas a impurezas de los preparados. PAGE y sus colaboradores confirman estos resultados. El mecanismo de acción lo explican admitiendo la existencia en estos extractos renales de inhibidores de la renina y de la angiotonina o hipertensina que determinarían la relajación de la arteriola aferente al glomérulo, y, por tanto, un aumento del riego sanguíneo renal. Puede concluirse de lo anterior que los extractos renales tienen una acción depresiva o capacidad depresora que mejora los síntomas clínicos, y que a ello pueden asociarse fenómenos tóxicos con caída brusca de la tensión y choque o reacciones locales y fiebre.

ARTERIOSCLEROSIS

Esta es una enfermedad social, la última de este estudio, que puede presentarse en edades relativamente jóvenes, y que, por lo antes expuesto, es la consecuencia natural del desgaste de la vida, y así, las palabras vejez, senectud, envejecimiento, caducidad y otras son los términos que se usan en Geriatria que estudia las afecciones y remedios de los ancianos. La duración de la vida más allá de lo habitual ha preocupado a los investigadores. La leyenda de los patriarcas antediluvianos, la gerontocracia helena, la Therapios o ciudad de los viejos a 15 kilómetros de la antigua Bizancio, muestran el respeto y la consideración a los ancianos que saben evitar el paso de las Termópilas o Rubicón de la Muerte. Se cita como caso de longevidad el de Tomás Parr, que alcanza ciento cincuenta y dos años—1483-1635—, investigado por HARVEY y pintado por Van Dyck en la Pinacoteca Real de Dresde. JOHN TAYLOR escribe de este centenario y medio como el «olde, olde, very olde man» de los siglos xv y xvi.

Numerosos autores han tomado la defensa del anciano, y MÜLLER y MUSSEY, en 1941-42, y en 1946 MOLFORD W. THEWLIS, renuevan esta bri-

llante defensa de la vejez como ideal de humanidad. Si ESTRABÓN, antes de Cristo, refiere que ciertas razas sacrifican a sus ancianos, como en Persia, también el anciano o patriarca es ideal de otras. MONTAIGNE cuenta que la muerte es uno de los elementos del orden universal, y, por consiguiente, que, de igual de modo que pasamos por la quimicidad en el claustro materno y la física de la vida sin dolor, temor y sin sentir las, así también han de procurar los médicos, en lo fisiológico, predicar el paso de la vida a la muerte sin temerla. Retrasar la vejez debe ser nuestra consigna médicosocial. Son exponentes de esta obra social aquellas instituciones como la clásica Casa de los Viejos, en Salamanca; la Fundación Albá, y las diversas casas provinciales de caridad hispanas.

Una mayoría entre los autores sitúa la edad de vejez a los setenta años o más. A esta edad, sin embargo, vemos ancianos perfectamente preparados o disciplinados para luchar todavía en la vida. En la constitución del anciano se calcula que más de la mitad son asténicos, un tercio pícnicos y sólo un 15 por 100 atléticos. La resistencia está, pues, en los biotípicos primeramente citados. Vemos sujetos de ochenta años o más que soportan vida de algún esfuerzo, tranquila, sin angustia o zozobra, como en aquellas instituciones sociales y también en la vida privada disfrutando de supervivencias con integridad completa de corazón, cerebro y riñón.

Las afecciones cardiocirculatorias constituyen un elevado tanto por ciento de morbosismos y mortalidad en la edad avanzada. Analicemos estas condiciones de máxima supervivencia.

Así, MUDSER ha dedicado en Filadelfia el lugar de preferencia al asunto del corazón que envejece. La muerte tiene su génesis en la degeneración natural o adquirida del sistema cardiovascular, renal y cerebral. Un autor, DUBLIN, afirma que el niño tiene 45 por 100 de probabilidades de morir de afección vascular cardiorenal; el hombre de treinta años, 52 probabilidades en ciento de morir de afección vascular, y a los sesenta hay un 6 a 10 de morir por la anterior causa. Este morbo, asociado a hipertensión, arroja un 60 por 100 de morbilidad por fallo cardíaco u oclusión de coronarias. Un 25 por 100 de hipertensos fallecen de accidentes cerebrovasculares, 5 por 100 de uremia y 5 por 100 de corazón-riñón sin decisión de causa predominante, y, finalmente, un 5 por 100 ultiman su vida por agotamiento visceral. Así, arteriosclerosis y el daño hipertensivo son la causa más mortífera en los hombres de edad. La enfermedad coronaria en ellos es consecuencia de una arteriosclerosis evolutiva o senil. La angina de pecho—el «estar muriendo», de SÉNECA, estado de congoja y desmayo—es otra de las consecuencias.

Las formas arqueadas de las coronarias hacen más aptas al depósito de colessterina, lentitud de la corriente sanguínea y trombosis. Por esto, la

enfermedad coronaria requiere un gran reposo, glucosa y O₂.

Otra afección son las apoplejías, que desde CHARCOT se conoce como concentrada en la arteria cerebral media o pelviana, de la que destaca otra de abajo hacia arriba en la cápsula externa o arteria de la hemorragia cerebral, que es rama de la lentículo estriada.

La muerte por razón de daño cardíaco está hoy muy estudiada. La combinación de corazón y vasos es menos conocida. En la vejez, la Geriatria comprueba numerosas causas de degeneración. El árbol arterial se carcome, y a ello hay que agregar las condiciones de herencia, estado económico, clima residencial, estado marital, enfermedades previas, abusos de tabaco y alcohol, aptitud endocrina, etc. En cambio, ha de ser notado en los viejos como eminentemente beneficiosa la actitud plácida, paciente y calmosa, la falta de codicia, la paz.

Con la edad, la arterioesclerosis progresa o despierta. Es una vicisitud involutiva diversamente biológica, según los sectores vasculares. La coronaria descendente anterior es la primera en madurar, pues es una de las arterias primitivas del organismo. El cambio de la íntima y media coronarias es muy intenso en los viejos, excediendo a la de las arterias radiales. La calcificación de la media coronaria o esclerosis de Mockenberg no es frecuente y propio de arterias musculares más bien que de las elásticas.

Con la edad, el corazón se dilata y pierde peso; las válvulas ceden o se pliegan con más dificultad. El cambio fibrósico repercute en sístole y en diástole, particularmente en el corazón izquierdo. El consumo de O₂ por unidad muscular es cada vez menor, la constitución del músculo y de la sangre se modifica con el tiempo, como prueban los estudios sobre la oxidasa leucocitaria moderna. Aumenta así la presión sanguínea, aun en los normales de toda la vida, después de los sesenta. En ancianos de setenta y seis años, la presión es 15-16, por 8 ó 9 que se considera normal. Pulso y volumen de latido van en disminución, y la atropina es cada vez menos efectiva en el anciano. El E. C. G. nos revela un estado de alteración de ritmo que conduce a la ectopia, bloqueo y ataques de fibrilación y asta fibrilares permanentes, sin que por ello acaezca el fallo cardíaco hasta muchos años después de su advertencia primera. De ahí la importancia del E. C. G. como vigía del futuro en los ancianos.

La gama de los síntomas subjetivos en el viejo es muy varia. La fatiga, disnea y dolor anginoso, contracciones prematuras, extrasístoles con cansancio mental, tos como pródromo del fallo y agotamiento de las reservas cardíacas, requieren un examen cuidadoso, físico, en escleróticos e hipertensos, sobre todo de los ruidos cardíacos. El examen al electrocardiograma es imprescindible al pasar de los setenta años. MUSSEY, en 1.052

electrocardiogramas de 680 pacientes o normales de cincuenta años o más, revela hallar el 41 por 100 en estado normal. Conocidos los estados clínicos que una persona anciana ofrece, es fácil prever un plan de prolongación y conservación de energías de estos ancianos. La senectud *per se* es un sutil mecanismo de autorreservación y preservación. Sólo se trata para el terapeuta aprovechar este conocimiento en la práctica.

La radioquimografía nos descubre anticipadamente al viejo arterial en sus distintos aspectos, por la diferencia en amplitud de las ondas sístole y diástole, excesiva en la parte alta del ventrículo izquierdo y en defecto en la punta, por ser estas mismas ondas más amplias en los grandes vasos, por la aparición de ondas sístole-diástole en forma de M o de W en punta de corazón, todo lo cual prueba una arteriosclerosis avanzada.

El examen físico del anciano debe ser hecho por el geriatra especializado en corazón y vasos con gran cuidado, pues la percusión es difícil a causa de calcificaciones de cartílagos costales, que se fijan más o menos sólidamente. En el viejo hay, además, cierto grado de enfisema, y sólo la placa a dos metros Roentgen salva esta dificultad y nos determina el tamaño cardíaco. La auscultación sobre precordio revela debilidad por alejamiento, pues el pulmón enfisematoso predomina sobre el corazón. El tórax en los viejos se redondea y el diámetro transversal es mayor, por lo que la campana del estetoscopio se apaga. El segundo ruido aórtico es más marcado en el hombre desde los cuarenta años. En el viejo es más sonoro y claro que el segundo de pulmón, que es el más audible hasta los treinta años.

Los murmullos sistólicos de base o ápice son corrientes en el viejo, aunque de banal significado clínico. Indican sólo una esclerosis progresiva de válvulas o placas ateromatosas junto a las aberturas de la válvula aórtica. Arteriosclerosis e hipertensión se correlacionan en Geriatria cardiológica, y puede decirse que existe en los viejos una cardiopatía esclerohipertensiva si hay hipertensión o una cardiopatía esclerótica simplemente si la hipertensión está ausente.

La edad no es óbice para señalar la vejez de modo automático. Sólo el conocimiento del corazón, al acercarse la senescencia, parece ser el guía más seguro. Los síntomas examinados físicamente con la exploratoria moderna, con tacto, moderación y buen sentido, son necesariamente el argumento para actuar terapéuticamente, exigiendo de estos pacientes una profilaxia sin excesos puritanos, más bien contraproducentes. El electrocardiograma debe ser practicado en todas las instituciones de la vejez. Por los estudios de WILLIUS desde 1931, seguidos por ELIASER y KONDO, en los viejos comprobamos que lo clásico es en ellos el predominio izquierdo del corazón, un bajo voltaje frecuente con bradicardia sinusal, de-

fectos de conducción y alteración de onda T en las cuatro derivaciones. Los cambios de T podrían obedecer al hecho hipertensivo, en cuyo caso no tienen pronóstico tan inmediato.

En una anciana con T alterada en las derivaciones clásicas se dió una supervivencia de tres años. El diagnóstico etiológico nos prueba una cuarta parte de viejos cardíacos, y sólo un 8 por 100 es normal. La etiología arteriosclerosa, hipertensiva, sífilítica, reumática, hipertiroides indican en muchos casos la consecuencia cardíaca. La electrocardiografía confirma el progreso de estos estados etiológicos clínicos.

El tratamiento de estos ancianos cardíacos depende de las citadas indagaciones previas. Un viejo prostático, diabético, etc., puede combinar o asociar su daño con otros cardiovasculares. La asociación con arteriosclerosis e hipertensión es lo más importante. En un viejo hemos obtenido gráficas probando sufrir el síndrome electrocardiográfico de Luciani-Weckenbach por cardiosclerosis hisiana, que hace más de seis años que no progresa. No debe olvidarse, por tanto, que las células vasculares no se reproducen y la influencia del espasmo es intensa. Una paciente de cincuenta y seis años hipertensa ha permanecido durante semanas con amaurosis, reintegrando su visión últimamente, además de paroxismos taquicárdicos y dos accesos hemipléjicos, que han cesado con acetilcolina, control de índice de coagulación, etc.

En los dilatados de corazón también se obtie-

nen buenos resultados con clásicos tónicocárdicos. En los edemas son necesarias las dosis fuertes de digital, como en algún caso, o los mercuriales *ad hoc*.

La dieta, el condumio, la conducta de vida de los ancianos debe ser poco abundante, aunque más frecuente que en la edad madura. Ha de evitarse el gran volumen de sólidos y líquidos. En la cena ha de restringirse hasta la sobriedad. El viejo dormirá entonces ocho o nueve horas, aunque algunos autores creen que ha de dormir menos. En caso de insomnio, luminal, y, a ser posible, campo o distinto medio rodeante.

El viejo confiado en su médico se alegra. Otros, de índole disocial o escéptica, son desconfiados. Son los dos grupos clásicos del introvertido y del franco extravertido. Estos, vueltos hacia dentro de sí, contemplan lo contrario de los que se desbordan y de todo querían participar. Este psiquismo debe ser conocido para mejor tratarlos en sus dolencias de corazón y vasos, en relación con nervios, vísceras y cerebro. La vida parece depender de la coronaria derecha (GRON, MONTREAL). Cenas, penas y soles, evitados, la dictadura del árbol coronaria será menos dura. La cal, invadiendo el elemento noble, se anticipa al mundo inorgánico a donde caminamos, y así como pasamos insensiblemente a la vida, así el paciente ya anciano debe pensar en dejar insensiblemente la vida, *consummatum est*, a paso insensible a la muerte; todo se ha cumplido en el hogar creado.



Calcioterapia activa por vía oral

**RECALCIFICADOR ROBERT
VITAMINADO (GRANULADO)**

Tres sales de cal:

Carbonato, Fosfato y
Glicerofosfato cálcico

Tres compuestos vitamínicos:

Vitaminas D, C y complejo B

LABORATORIOS ROBERT

Maldonado, 9.-MADRID

Valencia, 314.-BARCELONA



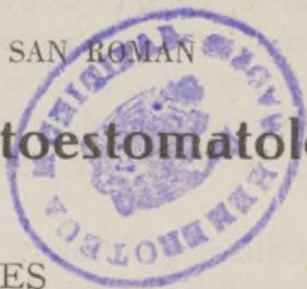
Divulgaciones nacionales

CATEDRA DE HIDROLOGIA MEDICA.—Profesor: Doctor SAN ROMÁN

Las aguas mineromedicinales en Odontostomatología

por el

Doctor RAFAEL MARTINEZ MONTES



Iniciado recientemente en los estudios de Hidrología, y habiéndome percatado fácilmente de los múltiples beneficios que pueden obtenerse con las curas termale en los distintos cuadros nosológicos de las variadas ramas de la Medicina, trato de aplicar los estudios crenológicos en lo que pueden beneficiarse los enfermos que caen dentro del amplio campo de la *estomatología*. Y veo que en esta especialidad está, quizá, más olvidada que en ningún otro la aplicación de este remedio terapéutico. Este es el motivo de escribir estas líneas, con el deseo de verlas desarrolladas más intensamente a medida que vaya adquiriendo conocimientos hidrológicos de los que ahora carezco. Serán, pues, el prólogo de un trabajo al que pienso dedicarme en lo sucesivo, ante el convencimiento absoluto de que este remedio terapéutico, tan natural, dé rendimientos hasta ahora desconocidos en la gama tan variada de procesos que abarca esta especialidad.

Inicio este estudio resaltando lo que debe ser ya conocido por todos, pero tristemente olvidado por una gran mayoría, y es que ni la boca ni los dientes son elementos aislados, sino constituyendo elemento importante del organismo. En la boca se inicia función tan importante como la digestión, colaborando con factores mecánicos y químicos fermentativos. Es la nariz puerta de entrada del aire en función tan importante como la respiratoria. Es órgano importantísimo de eliminación. En la boca existe la flora microbiana más abundante y variada del organismo, dispuesta a aprovechar cualquier oportunidad para hacerse patógenos y ser el punto de partida de las más variadas afecciones locales y generalizadas. Los ápices de los dientes, por su vascularización deficiente, son lugar electivo para la formación de trombos infecciosos y, a su vez, ser focos secundarios (*teoría focal*), en tal forma, que aunque el foco amigdalino se da en muchas estadísticas como el principal es porque no se diagnostican todos los focos dentarios, en primer lugar, por el abandono tan general de un porcentaje crecidísimo de individuos, y, en segundo término, por el olvido de muchos profesionales de la importancia de la boca como foco de sepsis, y, finalmente, por los mismos especialistas que no profundizan en afinamientos diagnósticos, conformándose con compro-

bar la existencia de caries, sin acudir a otros medios. Sabemos que a partir de estos focos apicales se originan las más variadas lesiones de endocardio, pulmonares (asma bronquial, abscesos, etc.), renales, hepáticos, articulaciones, etc., etc

Sabemos, por el contrario, que las distintas afecciones de otros órganos o generales repercuten en la boca con variada sintomatología, y en algunas (escarlatina, sarampión, otras exantemáticas) son síntomas patognomónicos.

Es más: es conocidísimo que enfermedades de la infancia, trastornos del desarrollo, raquitismo, infecciones repetidas, sobre todo las que trascurren con mucha fiebre; trastornos gastrointestinales crónicos, etc., dejan huella indeleble en la dentadura (maxilares y dientes), y viendo ésta se puede asegurar la clase de desarrollo que ha tenido un individuo en su infancia o pubertad. Estas afecciones generales ocasionan trastornos metabólicos del calcio-vitamina D, cuyo desequilibrio es el que origina la disminución del calcio en los órganos de depósito, de los cuales los dientes y huesos (maxilar) son de los más importantes. Otras afecciones generales como la sífilis, la tuberculosis en el período primario de impregnación del organismo, aun en formas clínicas que pasan inadvertidas por no tener localización apreciable y que sólo el ojo atento ante trastornos funcionales y variados, y con ayuda de medios inmunodiagnósticos, descubre. Otras causas importantes son los trastornos endocrinos de disfunción tiroidea, del timo e hipertrofias del tejido linfático (vegetaciones adenoideas), así como de las glándulas paratiroides, cuyo papel regulador del metabolismo cálcico es sobradamente favorecido. Todas estas causas, al alterar el metabolismo cálcico, afectando a todo el organismo y a la boca en particular, impiden el desarrollo del aparato dentario y el funcionamiento fisiológico de las fuerzas de oclusión, originando las deformidades, anomalías dentarias, trastornos del desarrollo (retención de dientes), de la erupción, de los dientes permanentes, del desarrollo del esmalte (hipoplasias), de los otros tejidos del diente, cemento y dentina, con disminución de sus defensas (formación de caries). Todas estas alteraciones se estudian en Ortodoncia, que es la ciencia que estudia las maloclusiones dentarias y se ocupa de las correcciones de

los dientes. La frecuencia de estas malposiciones dentarias es extraordinaria en la actualidad; son relativamente poco numerosos los casos que acuden a tratamiento, y de éstos una gran mayoría los que acuden tarde, cuando el desarrollo del maxilar es casi completo o completo, haciendo mucho más complicado, y gran número de veces imposible, todo tratamiento ortodóncico.

Resumamos la etiología de las malposiciones dentarias:

Primero. Causas generales, las antedichas. La constitución heredada, cuyo fenotipo se transmite y hemos de tratar de combatir.

Segundo. Causas locales. Entre ellas se encuentran las dificultades de respiración nasal (vegetaciones adenoideas), los vicios de la primera infancia (chuparse el dedo, dormir en postura anormal, etc.).

Hemos de hacer constar unos síntomas que, al aparecer a los seis-ocho años, nos indican que los maxilares no desarrollan normalmente. Son éstos el que la distancia en maxilar inferior entre los dos molares de los seis años es menor de 30 milímetros y que no quedan espacios entre los dientes (dias-temas).

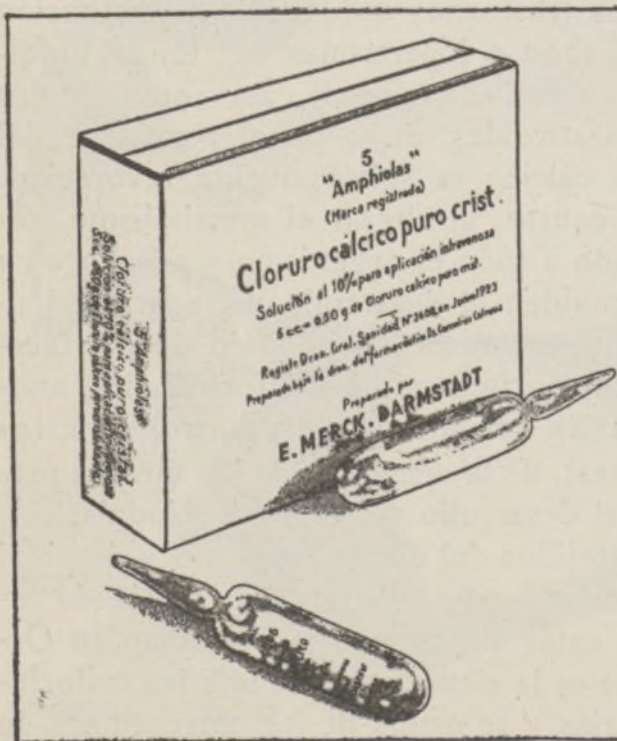
Deduzcamos el tratamiento:

Primero. *Profiláctico*. Cuando nos encontramos con los síntomas citados últimamente, y sobre todo si en los antepasados existen antecedentes de malposiciones dentarias, hemos de tratar de combatirlo. ¿De qué modo? Normalmente está universalmente difundido aconsejar aire libre, sol y vitaminas; medidas éstas que ocasionan gastos extraordinarios y molestias al tener que desplazarse las familias al mar o a la sierra. Pues bien: yo creo que en este gran número de casos estarían indicadísimas las curas con aguas mineromedicinales, principalmente las radiactivas y aquellas que llevan calcio entre sus componentes minerales. Este tratamiento ha de ser prolongado (dos-tres meses) en cada temporada, y se debe repetir varios años. Los gastos y molestias, a nues-

tro juicio, son los mismos, y se puede elegir de sierra o de mar, y los beneficios por la adición al tratamiento de sol y aire libre del elemento mineral cálcico serían muchísimo mayores.

Segundo. En los casos que hemos de hacer ya un tratamiento con medios locales (diferentes procederes ortodóncicos, con prótesis, arcos de Angle, etc.), tratamientos éstos de larga duración (meses o años). Las curas mineromedicinales serían el complemento ideal de estos tratamientos, ya que al estimular el organismo favorecen el desarrollo de los maxilares y acortan indiscutiblemente la duración del tratamiento local, que suele ser muy molesto y prolongado. Como antes hemos dicho, los beneficios de las curas mineromedicinales serían muy superiores a los obtenidos con la cura en la sierra o en el mar, por añadirse los beneficios del elemento mineral. Y un poco imaginativamente pensando en el día que estos conocimientos de Ortodoncia sean dominados por un gran número de profesionales, las instalaciones de preventorios maxilofaciales tendrían su localización ideal al pie de estos manantiales. El día que todos los médicos, especialistas o no, presten la atención en este aspecto terapéutico, el contingente de pacientes a los balnearios ha de ser numerosísimo.

Otro punto de vista es la cirugía maxilofacial. En realidad, es sólo aplicar los conocimientos que en este aspecto se tienen en toda la traumatología, aumentada aquí por la cualidad particular de esta rama, que en los maxilares, por la mayor dificultad de la inmovilización y de conseguir curas asépticas, los retardos de cicatrización son mayores, las fracturas consolidan peor, los injertos fracasan en mayor tanto por ciento, etc. Las curas mineromedicinales serían aquí también el complemento ideal del tratamiento de estos heridos. Pensando en una época de posible guerra (en la última se ha visto la gran importancia de los equipos quirúrgicos maxilofaciales, por el porcentaje elevadísimo de estos heridos), creemos que los equi-



Amphiolas de Cloruro de calcio Merck

Hemostasia y demás indicaciones del calcio por inyección intravenosa, sin que se produzcan efectos desagradables debido a la especial preparación del producto.

pos quirúrgicos de retaguardia deberían instalarse al pie de manantiales *mineromedicinales*.

Muy a la ligera pasemos revista a una serie de afecciones que por su localización caen dentro de esta especialidad y que serían susceptibles de un tratamiento *mineromedicinal*.

Las afecciones inflamatorias agudas de la boca (estomatitis, gingivitis, eglositis, etc.) casi siempre son síntomas de una afección general; otras, de eliminación de tóxicos (curas bismúticas y mercuriales); otras son de origen profesional. En estas afecciones estarían indicadísimas las aguas sulfurosas.

En otras afecciones crónicas (tuberculosis, sífilis, lepra, noma, etc.), así como en enfermedades

de la piel que se localizan en la cara, tendrían también su indicación las aguas *mineromedicinales*, como en cualquier enfermedad de la piel de otra localización.

Vemos, pues, cómo el contingente de pacientes a los manantiales *mineromedicinales* puede ser numerosísimo y los beneficios inmensos, ya que la boca es el aparato de la economía que mayor porcentaje de enfermedades origina cuando no está en condiciones normales.

Termino, pues, este apunte de trabajo, que no tiene mérito alguno, con el convencimiento de que, con el tiempo, la cura *mineromedicinal* ha de ser el tratamiento general que complementa los tratamientos locales que se realizan en el amplio campo de la Ortodoncia y Cirugía maxilofacial.



GENIALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

CHARLES BAUDELAIRE

por el

Doctor JOSE M. SACRISTAN

Ma jeunesse ne fut qu'un ténébreux orage traversé cà et là par de brillants soleils...

BAUDELAIRE.

BAUDELAIRE ha interesado a los psiquiatras, principalmente a causa de su libro *Les paradis artificiels*. Los psicoanalistas han rebuscado con morosa minuciosidad posibles y recónditos complejos en su dolorida vida y en sus creaciones poéticas. Sus especulaciones tan sólo ofrecen un interés secundario. Los rasgos característicos de la naturaleza hipersensible del genial poeta francés permanecen aún inexplicados.

La terrible enfermedad final sufrida por BAUDELAIRE, que, como dice GAUTIER, «extendió su mano para sellar sus labios, que no volvieron a pronunciar palabra», no fué consecuencia de los excesos de cáñamo índico, como suponían algunos de sus contemporáneos. Ni tampoco de los disgustos, tártagos y dificultades de la vida literaria, como creían otros. La causa de la enfermedad que abatió a BAUDELAIRE, privándole de todo medio de relación con sus semejantes—palabra hablada y escrita—, fué una infección remota y traidora.

BAUDELAIRE era, según sus contemporáneos, tan excesivamente cortés, que a veces parecía afectado. «Un dandy perdido en la bohemia—ha dicho de él GAUTIER—, que guardaba su rango y sus modales y ese culto a sí mismo que caracteriza al hombre imbuído de los principios de BRUMMEL.»

Tenía la preocupación de los aromas. «En sus poesías—ha escrito su gran amigo GAUTIER—hay siempre una gota de fina esencia con la que la musa de BAUDELAIRE humedece la esponja de su

perfumador o la batista de su pañuelo.» Recuerdese, por ejemplo, «la belleza salvaje» perdida en París, cuyo olor de *musc et de havane* transportaba el alma del poeta a las riberas amadas por el sol. Adoraba los gatos, «bestias tranquilas, misteriosas y suaves»..., que vagan por la casa como el *genius loci*. Jeanne Duval, una mulata—*bizarre déité, brune comme les nuits*...—, amargó eternamente su vida.

¿Buscaba realmente BAUDELAIRE la inspiración en los excitantes? GAUTIER lo niega. Tan sólo admite que como «experiencia fisiológica» quizá probara un par de veces la pasta verde, el cáñamo índico. Afirman otros que cuanto escribió acerca de los paraísos artificiales provocados por esta droga era pura fantasía, estudiada *pose*. Quien no ha experimentado en sí mismo los efectos del *haschisch*, difícilmente puede describirlos con el verismo de BAUDELAIRE, aun cuando estuviera dotado de un talento poético semejante. El elemento psicopatológico—como en todos los toxicómanos—es, evidentemente, lo que impulsaba a BAUDELAIRE al uso de excitantes. Su naturaleza morbosa, por otra parte, sostenía en él la necesidad creciente de nuevas sensaciones que enriquecieran su vida interior. Y no, como uno de sus biógrafos dice, porque era entonces de buen tono entregarse a los estupefacientes en los medios que frecuentaba BAUDELAIRE.

Naturaleza hipersensible. Sin recurrir a las dro-

gas, todos los estímulos sensoriales provocaban en BAUDELAIRE singulares y complejas sensaciones, que ha descrito en forma incomparable. La música, por ejemplo, desencadenaba en él insólitas combinaciones de sensaciones luminosas, espaciales y corporales. «Cada movimiento rítmico corresponde a un movimiento conocido de tu alma, cada nota se transforma en palabras, y toda la poesía entra en tu cerebro como un diccionario dotado de vida.» El mundo de los sonidos le liberaba de las ligaduras de la pesantez. En estos momentos se imaginaba ser un hombre que se hallara en un estado de inefable delicia, soñando en plena soledad, en una soledad de horizonte infinito y extensa luz, la inmensidad, sin otra decoración que la propia inmensidad. Otras veces, en los estados de éxtasis que le producía la música, tenía la sensación de una claridad vivísima, de una luz cuya intensidad crecía a tal velocidad, que los matices que proporcionan las palabras no alcanzaban a expresarla. Le parecía ser un alma en movimiento nimbada de luz.

En otras descripciones, sin embargo, por efecto del cáñamo índico evidentemente, las analogías, alegorías y relaciones simbólicas alcanzan una riqueza excepcional. En una de ellas, por ejemplo, dice: «La gramática, la árida gramática, se torna en mágico aquelarre que resucita las palabras y

cubre de carne y hueso. El sustantivo avanza con majestad substancial, el adjetivo es su vestidura transparente..., y el verbo, el ángel del movimiento...»

En la embriaguez producida por el *haschisch*, la personalidad se transforma y modifica. Nada de extraño tiene que un hombre como BAUDELAIRE, que tan ansiosamente buscaba «la multiplicidad de la individualidad»—ha señalado un psicopatólogo—, aprovechara esta propiedad de la droga.

No puede negarse la tendencia de BAUDELAIRE al uso de estimulantes químicos, cuyos efectos utilizó magistralmente en sus creaciones. En BAUDELAIRE no fué la locura—como dicen los GONCOURT en su diario—la que elevó el valor de sus obras, como la guillotina hace subir el precio de la escritura de los guillotinado en los catálogos de los autógrafos. BAUDELAIRE no fué un loco, en el sentido corriente de la palabra. Los psiquiatras suelen incluirle en el grupo de los psicópatas graves productivos. El diagnóstico puede aceptarse. Pero en BAUDELAIRE el factor morboso explica tan sólo algo, muy poco. Sería pueril pretender que lo explicara todo. Porque, como ha dicho FREUD, el psiquiatra no debe tratar de explicar el genio, sino mostrar los factores que lo despiertan y la materia que el destino le impone.

(Del diario A B C.)

Divulgaciones del exterior

LA NUEVA QUIMIOTERAPIA

Después de largas décadas de inagotables investigaciones para encontrar medicamentos preventivos, los hombres de ciencia recurrieron por fin a la madre tierra, de la que extrajeron penicilina, estreptomina y otros nuevos antibióticos, de incalculable utilidad en la lucha del hombre contra sus enemigos bacterianos. El descubrimiento de estas armas terapéuticas puede considerarse como uno de los momentos culminantes en la historia de la Medicina.

Durante la guerra, la penicilina y las sulfonamidas salvaron la vida a muchos millares de soldados. Aparte de su uso por vía interna, el tratamiento externo con polvo de sulfonamidas demostró ser un medio adecuado para combatir las infecciones superficiales. Al principio se suscitó un gran optimismo en el campo médico, optimismo hoy atenuado en cierto modo por algunas reacciones deficientes al tratamiento. Sin embargo, los bacteriólogos expertos no están alarmados. Pacientemente continúan sus investigaciones y aguardan resultados aún más maravillosos en el porvenir.

La misteriosa población microbiana del suelo

es de incalculable antigüedad. Ya entre los primeros microbios surgieron antagonismos en la lucha por conseguir condiciones favorables de temperatura, equilibrio acidobásico, presión osmótica y, lo más importante, los medios de obtención de energía: oxígeno y alimentos. El resultado final de esta prolongada guerra fué el establecimiento en el suelo de un estado de equilibrio.

Algunos microorganismos, sin embargo, dieron nueva forma al conflicto. Abandonaron la existencia independiente y se convirtieron en parásitos. En un principio, quizá los parásitos invadieron plantas e insectos; durante un cierto período de tiempo, los insectos transmitieron probablemente la infección a los roedores y, por último, a los animales superiores. En este momento de la vida del mundo comenzaron las enfermedades.

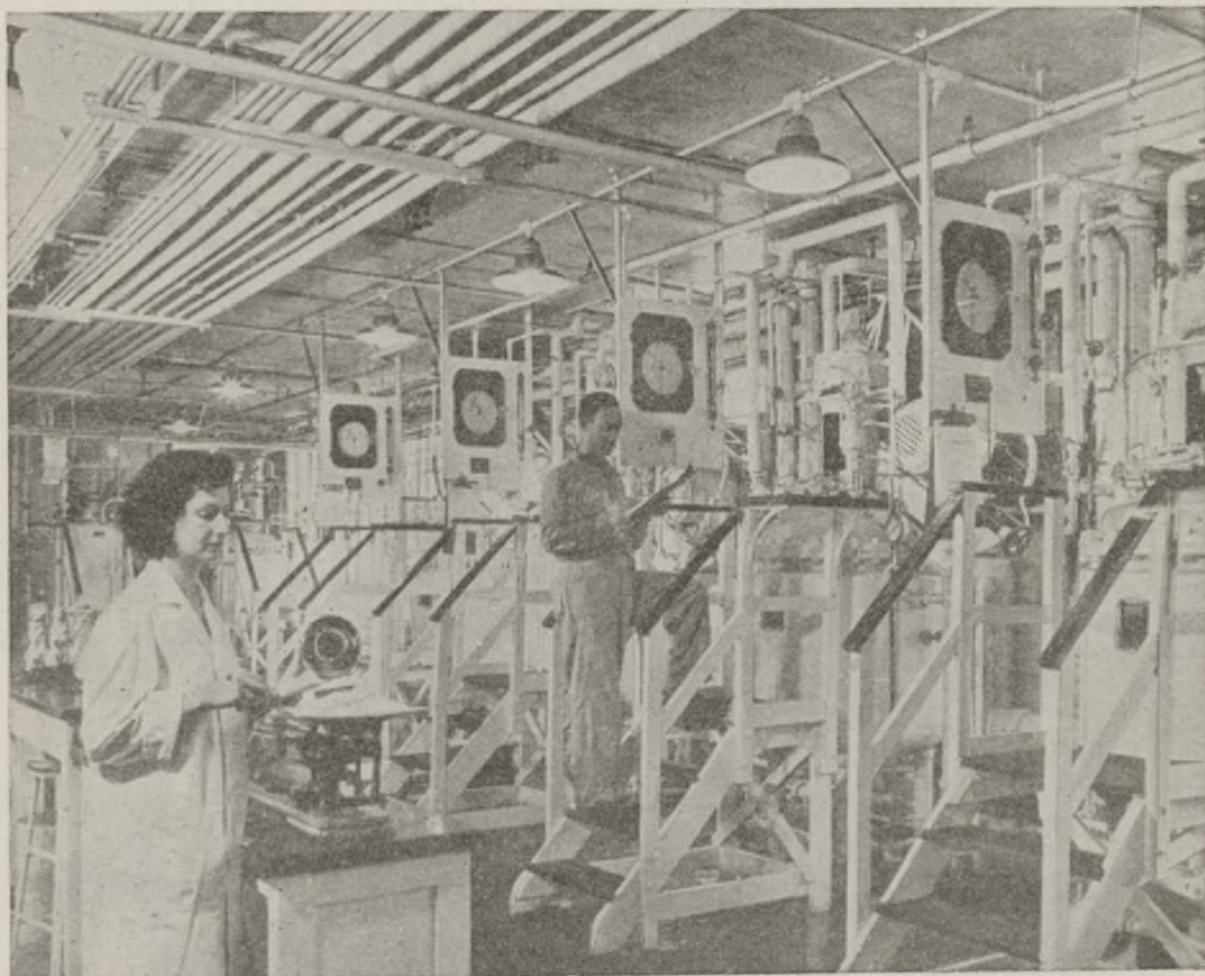
LUCHA INCESANTE

Desde la era arqueozoica, toda forma de vida en la tierra ha tenido que participar forzosamente en una lucha desesperada e incesante contra

los invasores patógenos. Multitud de enfermedades vegetales son prueba de la existencia de parásitos en las plantas. También en los animales producen los parásitos numerosas y terribles enfermedades. Pero es en el hombre donde desencadenan toda su furia los microorganismos patógenos. En los Estados Unidos, durante los últimos años, más del 80 por 100 de los fallecimientos han sido causados por enfermedades de diversos tipos. Los gérmenes patógenos penetran en el organismo humano y socavan sus defensas generales, atacando los corpúsculos de la sangre, matando las células de los tejidos y dificultando

DESCUBRIMIENTO DE ANTIBIOTICOS

Entre 1939 y 1944, los hombres de ciencia obtuvieron de bacterias, hongos y otros habitantes del suelo, un grupo de sustancias naturales complejas—los antibióticos—que resultaron eficaces contra tantas enfermedades como las sulfonamidas, con efectos mucho menos tóxicos sobre el hombre. Además, las nuevas drogas combatían a los parásitos de una manera sin precedentes. Al parecer, perturbaban el sistema reproductor de las células microbianas, que, incapaces de dividirse, se hinchaban hasta alcanzar un tamaño anormal y a veces estallaban. El descubrimiento de esta



La estreptomicina, descubierta en 1943, es eficaz contra muchos gérmenes insensibles a la penicilina. En esta fábrica experimental americana, dedicada a la producción del nuevo medicamento, se registran cuidadosamente todas las condiciones de temperatura, presión, aireación, tiempo de desarrollo y pH relacionadas con el método de cultivo en inmersión.

tando de otras maneras las funciones normales del organismo. A menudo, los parásitos vencen a sus víctimas, cuyos cadáveres—como todo compuesto orgánico—retornan por fin al suelo, donde sus complejidades encuentran su última resolución en los sencillos compuestos inorgánicos de la tierra.

Hacia fines del siglo pasado, los bacteriólogos comenzaron a considerar el hecho de que la mayoría de los invasores parásitos aparentemente perecen con sus víctimas en el suelo. ¿Podría ser—se preguntaban—que la tierra misma produjera alguna sustancia mortal para los gérmenes morbosos? Las penosas investigaciones de los cincuenta años siguientes proporcionaron la respuesta. Los esfuerzos científicos fueron premiados con el descubrimiento de la penicilina.

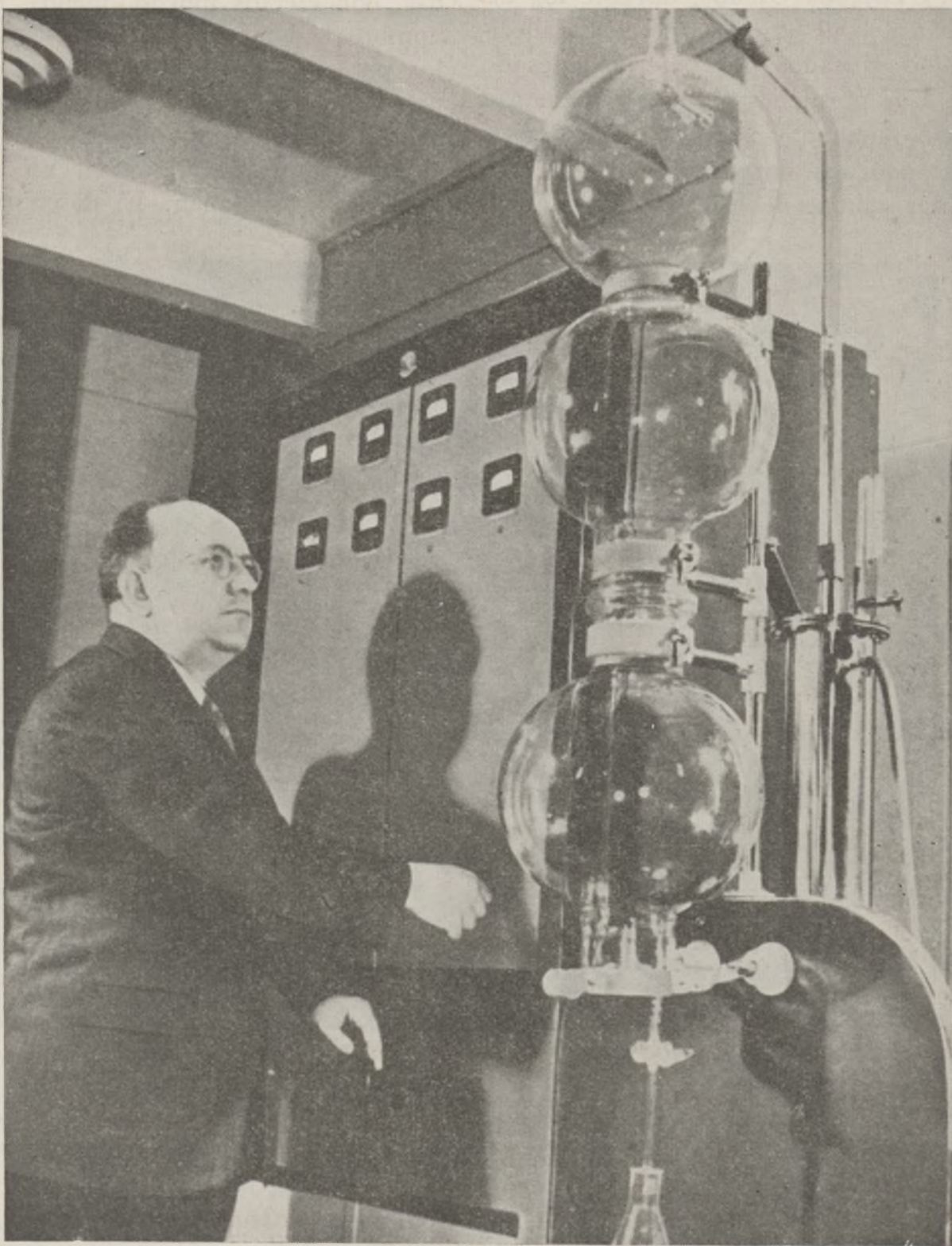
estrategia antibiótica fué la culminación de casi un siglo de investigaciones iniciadas por PASTEUR, el padre de la moderna Bacteriología.

Un día, en 1887, PASTEUR observó que algunos cultivos de *bacillus anthracis*, con los que estaba trabajando, habían sido atacados por bacterias comunes del aire, que habían detenido por completo el desarrollo del bacilo. PASTEUR y sus colaboradores no siguieron estudiando el problema; por ello no se introdujo hasta 1899 la piocianasa, el primer antibiótico que encontró aplicación terapéutica. Se descubrió que esta sustancia, aplicada localmente, inhibía el desarrollo del bacilo diftérico, del carbunco y otros microorganismos. Durante los treinta años siguientes se descubrieron otros varios antibióticos que eran bastante activos contra diversos gérmenes patógenos en

el tubo de ensayo, pero que resultaron ineficaces terapéuticamente.

En 1929, en Londres, el doctor ALEXANDER FLEMING descubrió un día, mientras estudiaba cultivos de estafilococos, que se había formado un moho verde en las placas de agar que contenían

cuando el doctor RENÉ J. DUBOS, del Instituto Rockefeller de Investigaciones Médicas, de Nueva York, anunció el descubrimiento de la gramicidina, una sustancia antibiótica de gran potencia contra neumococos, estreptococos y estafilococos, producida por una bacteria del suelo conoci-



En la fotografía aparece el doctor George H. Brown, investigador de la Radio Corporation of America, que recientemente inventó este aparato para desecar la penicilina mediante corrientes de radiofrecuencia, método que es más barato y casi cincuenta veces más rápido que los procedimientos utilizados con anterioridad.

una colonia de estafilococos. Preparó un cultivo del moho en un caldo nutritivo y aplicó el caldo a diversas bacterias patógenas, y encontró que, incluso cuando se diluía ochocientas veces, la solución inhibía el desarrollo de ciertos tipos de bacterias. Sin embargo, cuando se hicieron ensayos para aislar la sustancia—penicilina—del caldo, se perdía casi toda su actividad. El doctor FLEMING desechó el nuevo antibiótico como químicamente inestable.

Fué un año después, en los Estados Unidos,

da con el nombre de *bacillus brevis*. Aunque sumamente tóxica si se administraba por inyección, la gramicidina parecía tener interesantes posibilidades para el tratamiento local de las úlceras de las piernas y las infecciones de la cavidad torácica, los senos paranasales y la piel.

EL TRABAJO DE LOS INVESTIGADORES DE OXFORD

Mientras tanto, en Oxford, los doctores HOWARD FLOREY y ERNEST CHAIN habían iniciado

un nuevo estudio de la piocianasa, la penicilina y otros agentes antibacterianos. El trabajo del famoso grupo de Oxford constituye un hito en la historia de la Bacteriología. En el invierno de 1940-1941 no sólo habían resuelto el problema de extraer la penicilina de sus medios de cultivo, sino que habían estudiado sus propiedades químicas y su toxicidad y la habían administrado eficazmente a seres humanos. Estos hombres de ciencia comprendieron que habían descubierto un medicamento sin precedentes en la historia de la Medicina, pero, a causa de las condiciones de gue-

unidades en 1944. Habían de alcanzarse aún mayores producciones mediante el uso de los rayos X y ultravioleta. Ulteriormente se elevó la producción anual hasta siete billones de unidades.

A pesar de estos éxitos sensacionales, la ciencia había de avanzar un paso más. A fines de 1943, el doctor SELMAN A. WAKSMAN, microbiólogo de la Universidad Rutgers, descubrió un nuevo medio curativo, denominado estreptomycin. Se comprobó su eficacia en la tularemia, meningitis por el *hemophilus influenzae*, ciertas clases de neumonía y septicemia. Los médicos mili-



La «droga milagrosa» contenida en estos frascos presta una valiosa ayuda al hombre en su lucha contra la enfermedad. De este moho procede la penicilina refinada que los hombres de ciencia están ahora desintegrando en distintos componentes cristalinos que varían mucho en su eficacia para el tratamiento de las enfermedades.

rra, eran incapaces de producirlo en gran escala.

En el verano de 1941, Inglaterra mandó dos enviados a los Estados Unidos con un frasco del cultivo original del moho, hecho por FLEMING. Se planteó el problema al Laboratorio de Investigación del Departamento de Agricultura, en Peoria, en el Estado de Illinois. Se comenzó a trabajar vigorosamente con distintas cepas del moho y técnicas de extracción. Al final del año, mediante el uso de un subproducto de la fabricación de almidón de maíz como medio nutritivo para el moho, los investigadores de Peoria habían obtenido un caldo de penicilina diez veces más potente que el del grupo de Oxford. Los primeros métodos de producción del fármaco empleaban el procedimiento del cultivo en poca profundidad. Pero esto fué sustituido en 1943 por las técnicas de fermentación en grandes vasijas, que elevaron la producción desde 21.000 millones de unidades en 1943 hasta 1.633.000 millones de

tares anunciaron también éxitos en el tratamiento de las infecciones del riñón y de la vejiga. Con respecto a la tuberculosis, los investigadores de la Clínica Mayo informan como sigue sobre el nuevo fármaco: «De las muchas sustancias examinadas... en el tratamiento de los cobayos infectados experimentalmente, la estreptomycin parece ser en la actualidad la más prometedora.» Actualmente, el 69 por 100 de la producción total de estreptomycin se destina a fines militares y gubernamentales, y el resto, a un programa de investigación clínica.

CONTINUA LA INVESTIGACION

Con el transcurso del tiempo, no muestra signos de disminuir el interés por los antibióticos. En los laboratorios industriales y universitarios de los Estados Unidos prosigue incansablemente

la búsqueda de antibióticos no tóxicos. En el Jardín Botánico de Nueva York, por ejemplo, más de 1.000 miembros de una familia de mohos llamados basidiomicetos están siendo metódicamente examinados en busca de productos antibióticos.

Mientras tanto, los médicos y bacteriólogos continúan descubriendo microorganismos comunes con un amplio campo de actividad antibacteriana. Por ejemplo, el descubrimiento de una cepa perteneciente al grupo del *bacillus subtilis*, y que se halló en la herida de una víctima del tráfico de Nueva York. Es activa casi contra la misma serie de bacterias que la penicilina, y se cree que carece también de toxicidad. La producción de esta sustancia, a la que se ha dado el nombre comercial de bacitracina, está limitada actualmente a pequeñas cantidades para los laboratorios.

Así, pues, la labor continúa, desandando a veces la ciencia sus propios pasos, al encontrarse que los gérmenes comunes desarrollan resistencia a las sulfonamidas y a la penicilina. Para resolver este nuevo problema, los químicos se han dedicado a la tarea de descomponer la penicili-

na. Ya se han aislado en forma cristalina los tipos G, K, X y F. Sin embargo, aún siguen sin identificar otros componentes. Se ha encontrado que las penicilinas X y G son ampliamente eficaces. La penicilina G impura es la más útil para combatir la sífilis. La penicilina X, por otra parte, parece producir sus mejores resultados en la gonococia, por su capacidad para permanecer más tiempo en el cuerpo.

Los hombres de ciencia ven de tiempo en tiempo una nueva luz que les muestra el camino. Los bacteriólogos consideran las brillantes conquistas de la penicilina y la estreptomina, que han venido a algunos de los más encarnizados enemigos del hombre, como justificación de la esperanza de que todos los invasores patógenos serán confinados algún día, según las palabras del doctor HANE ZINSSER, «como otras criaturas salvajes, en los jardines zoológicos de las enfermedades vencidas». Mientras tanto, continúa la incesante lucha de la ciencia contra las enfermedades.

R. M. B.

B I B L I O G R A F I A S

Locos egregios, por el Dr. A. Vallejo Nágera. Prólogo de Felipe Sassone. Un tomo de 264 páginas en tela, con grabados. Salvat, Editores, S. A., Barcelona-Buenos Aires, 1946. Precio, 38 pesetas.

El campo de la Patografía histórica es un mar tentador y difícil en el que han naufragado multitud de arriesgados navegantes médicos. La erudición, base de toda buena interpretación histórica, no suele ser patrimonio de los grandes clínicos, que viven a diario agobiados por una tarea imperativa y acuciante, poco propicia para la lectura reposada y la consulta de documentos no siempre fácilmente asequibles. En otras ocasiones, si la labor acopiadora de datos es correcta, falta el espíritu de síntesis o fallan el instrumento elocutivo o el sentido de interpretación. Ello es, que de diez libros que se intentan sobre estas materias, apenas un par de ellos alcanzan el éxito apetecido. La mayoría son divagaciones inconexas, en las que el dato histórico y la exégesis se pierden en un fárrago de inútiles consideraciones, cuando no en un cúmulo de palabras sin verdadera unidad de doctrina. Fundados en esta lamentable experiencia, confesamos que siempre abrimos con prevención cuantos libros sobre temas medicohistóricos caen en nuestras manos, desconfianza que muy pocas veces logramos ver disipada.

Hemos querido consignar las anteriores premisas para que el lector no considere las pala-

bras que más adelante hemos de escribir como producto de un fácil conformar o de un juicio benévolo y amistoso. Muy al contrario. Ante las obras de esta clase, escritas por quien no está en modo alguno obligado profesionalmente a hacerlo, nuestra severidad crítica alcanza el máximo rigor, ya que pensamos, con buena lógica, que quien emprende en estas condiciones tal tarea, es porque íntimamente se siente en condiciones para hacerlo bien. De este modo, lo que sería tolerable en quien vive de la pluma resulta inadmisibile en quien busca en campo ajeno la satisfacción de un deleite o una vanidad.

Este severo espíritu de crítica, que sólo disgustos ha proporcionado al que esto escribe, nos ha alejado hace ya varios años del enjuiciamiento público de las obras de literatura e historia médicas. No hay que olvidar que las heridas que se producen en el hinchado orgullo de los literatos aficionados cicatrizan difícilmente, y durante muchos años segregan un veneno de odio que enturbia la vida del que las produjo. Hoy la cosa varía. Después de leer espontánea y desinteresadamente la obra de Vallejo Nágera, cuyo título encabeza esta nota, hemos sido nosotros mismos los que hemos solicitado efectuar su juicio desde estas columnas de EL SIGLO MÉDICO.

Desde hace más de veinte años venimos siguiendo paso a paso la trayectoria científica, profesional y literaria de Vallejo Nágera. Hemos seguido paso a paso todas sus luchas y avatares y le hemos visto subir peldaño a peldaño la áspera

escala de la fama. Admiramos en todo momento su tenacidad y acierto y sentimos profundas inquietudes cuando le vimos asomarse a sendas equivocadas que pudieron haberle sumido en un vórtice peligroso. De todas las luchas y de todos los peligros supo salir con dignidad, y si hubo errores tácticos en su estrategia, de ellos logró sacar siempre una enseñanza, que a golpes de martillo forjó su recia personalidad.

Vallejo Nágera es un psiquiatra. Hay muchos que así se llaman, pero muy pocos que lo sean en realidad. Es la Psiquiatría la especialidad más difícil de la Medicina, pues en ella, aparte de la laboriosidad e inteligencia precisas para todo estudio profundo, se requieren cualidades especialísimas de cultura general, psicología, austeridad y conocimiento del mundo, que sólo muy rara vez suelen coincidir en un hombre. Por tal motivo, esta especialidad no goza actualmente entre nosotros del prestigio que debiera, ya que en bastantes ocasiones la falta de conocimientos básicos pretende ocultarse en los profesionales improvisados bajo una *pose* más o menos pedantesca, convirtiendo en taumaturgia, muchas veces cómica, lo que debiera ser medicina del alma.

Vallejo Nágera es un psiquiatra, repetimos. Un psiquiatra que se ha formado pausadamente y que ha sabido ir con naturalidad de la materia al espíritu, sin tener que llenar con frases vacías las lagunas de su conocimiento. Y ahí está su obra copiosísima para apoyar con hechos la realidad de este aserto. Como no se trata en este instante de analizar la personalidad de este autor, ni nosotros estaríamos, en manera alguna, capacitados para hacerlo, prescindimos de mayores consideraciones en este sentido. Hemos querido únicamente señalar un hecho que nos sirve de fundamento para hablar breve y sinceramente de la obra recientemente publicada.

Nuestra incompetencia notoria en temas psiquiátricos nos impide realizar una crítica metódica de este libro. Es indudable que, dado lo aleatorio del tema y la dificultad en muchos casos de encontrar datos exactos y concretos, cabrían discusiones en la interpretación psicopatológica de algunos de los personajes egregios que Vallejo enjuicia y comenta en su obra. Ello, lejos de restar méritos al conjunto, los acrece, pues abre puertas a una controversia de la que podrían deducirse abundantes enseñanzas médicas, históricas y sociales.

Después de la lectura de este libro, el ánimo profano queda un poco suspenso y confuso, como ocurre cuando nos asomamos a las puertas de un frenocomio. Los límites de la razón y la locura, de la sinrazón y el genio, de la vesania y la santidad, se muestran en ocasiones tan vagos e inconcretos que el espíritu se angustia en inquietudes que sobrecogen y deprimen, sintiéndose como desorientado y solo.

La obra de Vallejo es ambiciosa. Acaso un poco demasiado ambiciosa. Es tan amplio el horizonte que abarca, que en ocasiones se siente la falta de espacio. Si el libro tiene 264 páginas y es bueno, mucho mejor hubiera sido con 500 o más. Esto, que parece un distinguo adverso, es, en nuestro criterio, el más encendido elogio, ya que muy pocas son las obras en las que el contenido sobrepasa al continente.

Compréndese desde el primer momento que esta obra no es una improvisación. Adivínase en ella una amplia gestación para el trazado de unas fichas que sólo posteriormente han sido agrupadas y comentadas. Cada una de éstas constituye el retrato psicológico, escueto, descarnado y lo más exacto posible de un determinado personaje. Los perfiles psicopáticos de Ganivet, Rousseau, Nerón, Rubén Darío, Juana la Loca y tantos otros, son aportaciones definitivas al conocimiento de estos personajes y arrojan clara luz en la interpretación de su papel en la Historia, la Cultura y el Arte. Meditando sobre estos cuadros trazados con líneas al propio tiempo rectas y sutiles, muchos problemas de exégesis que se muestran oscuros aparecen alumbrados por una luz nueva. Fácilmente se siguen en ellos los caminos psicopatológicos de la mayoría de los grandes movimientos y de los sucesos prósperos y adversos que han marcado los puntos culminantes de la evolución de la Humanidad. Sin querer se piensa también ante ellos, que por los linderos de la vesania ha caminado siempre el progreso de nuestra especie, y que normalidad y vulgaridad casi son sinónimos cuando se intenta interpretar las grandes fuerzas dinámicas de la Historia.

Muchos más comentarios podríamos escribir sobre esta obra, que de modo indiscutible marca un hito en la Patografía histórica. No contamos, sin embargo, con espacio suficiente para ello, amén de que nuestros juicios están invalidados por la falta de competencia especializada, y no tienen por ello apenas más valor que los del hombre de la calle. Si de nuestras palabras deshilvanadas y de nuestros conceptos quebrados se deduce, aunque no sea más que en parte, la calidad de este trabajo, nos daremos por satisfechos. Si hemos logrado despertar la curiosidad de nuevos lectores, habremos hecho un indudable servicio a la cultura histórica y médica, que tan necesitada está entre nosotros de apoyos y acicates.

La presentación de esta obra y los bellos grabados que la adornan, constituyen un atractivo más para su lectura y dan una prueba reiterada de la perfección técnica que la Casa Salvat sabe dar a todas sus publicaciones.

Dr. Tomé Bona.

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR

(19 de octubre de 1946.)

Indicaciones de tratamiento en el cáncer de próstata, por P. Cifuentes.
Lo que se sabe y lo que se dice de la clitocybina (II), por F. J. Cortezo Collantes.
Concurso de antigüedad en el Escalafón del Cuerpo Médico de Asistencia Pública Domiciliaria.
Normas de regulación de las condiciones de trabajo de los médicos al servicio de entidades de Asistencia médico-farmacéutica.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO

(2 de noviembre de 1946.)

Poiquilodermia reticular pigmentaria, por S. González Calvo y E. Merino Eugercio.
Concepciones y técnicas inéditas en Roentgenología del aparato urinario, por F. Martino Savino.
Recientes avances en patología digestiva, por E. Arias Vallejo.
El mayor monstruo, el crup, por F. Javier Cortezo Collantes.

ACTAS DERMOSIFILIOGRAFICAS

(Número 1, tomo XXXVIII, octubre de 1946.)

Sáinz de Aja.—Antibióticos.
Vilanova Montiu.—El epiteloma cutáneo como complicación del psoriasis.
Alvarez Lovell.—Pielonefritis gonocócica mortal.
García Santiago.—Pústula maligna tratada con penicilina.
Blázquez y Tirado.—La clorarsina en la profilaxis y tratamiento de la sífilis congénita.
Peyrí.—Lesiones cutáneas del triángulo intermetacarpiano y bordes cubitales de las manos.
Romaguera.—Exantema sulfamídico fijo.
Mercadal y Forcada.—Verruga común y antigenoterapia.

S E R

(Madrid, 1946. Núm. 53.)

Cuthbertson.—Metabolismo de las proteínas.
Laporta.—Orientación diagnóstica de las neumopatías agudas.
Frade, Gutiérrez del Olmo, Chávarri y Muñoz Salazar.—Variaciones electrocardiográficas por los esfuerzos deportivos.
Vidaurreta.—Oportunidad operatoria de la apendicitis.
Alvaro Gracia-Sanfiz.—Cavernogenesis.
De la Villa.—Cuidados en la termorregulación de los inmaduros congénitos y débiles.

ACTA PEDIATRICA ESPAÑOLA

(Madrid, septiembre de 1946.)

Mallou.—Etiología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento del kala-azar infantil.
Torres Marty.—Ictericias del recién nacido.
Boix.—Afecciones respiratorias en el problema de la mortalidad infantil.
Royo.—Educación física y deporte del escolar.
Martínez Vargas.—Historia de la Pediatría en España.

TOKO-GINECOLOGIA PRACTICA

(Madrid, septiembre de 1946.)

Gallar.—Modificaciones sexuales de la mujer acromegálica.
Mariño.—Reinfusión de sangre en la terapéutica del embrazo ectópico.
García Pastor.—Utero bicornue monocervical de cuernos desiguales, con cuerno rudimentario.
Grundy.—Los Servicios de Maternidad en Inglaterra y Gales.

LA MEDICINA COLONIAL

(Madrid, octubre de 1946.)

Matilla, Covaleta y Garrido.—Los grupos sanguíneos en los indígenas de Guinea.
González Castro.—Distomatosis pulmonar.
Díaz Martín.—Flora microbiana en las apendicitis crónicas.
Aznar y Llobregat.—Hepatoesplenomegalias fímicas.

BOLETIN DE SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO

(Madrid, julio-agosto de 1946.)

Fernández Heras.—Estimación objetiva del ser humano en la reparación del accidente del trabajo.
Membrillera.—Higiene laboral del obrero de carga y descarga.
Felice.—Pérdida de sal y glucógeno en el trabajo.

ARCHIVOS MEDICOS FERROCARRILEROS

(México, octubre-diciembre de 1945.)

Cabrera.—Padecimientos cerrados de la columna vertebral de origen traumático.
Reinoso.—Abscesos hepáticos.

PORTUGAL MEDICO

(Oporto, agosto-septiembre de 1946.)

Bastos.—Tratamiento del megacolon por operaciones simpáticas.
Do Valle.—Embolia pulmonar.

MINERVA MEDICA

(Torino, 28 de julio de 1946.)

Galeone.—Protrombinemia y manifestaciones hemorrágicas en las infecciones.
Miadonna.—Empleo de las porfirinas en la tuberculosis.
Samek Lodovici.—Trayecto excepcional de un proyectil de arma de fuego desde el vértice de la cabeza hasta el sacro por el canal vertebral.
Catalano.—Fístula gastrocólica.

(4 de agosto de 1946.)

Silvestroni y Blanco.—Etiopatogenia de la enfermedad de Cooley.
Fieschi y Astaldi.—El problema del megaloblasto a la luz de las últimas adquisiciones con el tratamiento hepático y con el cultivo *in vitro*.
Toscano.—La sulfoguanidina en el tratamiento de las enfermedades infecciosas del tubo digestivo y de las hepatopatías agudas benignas de la infancia.

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPANOLA

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA

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

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN PROFESIONAL: BOLETÍN DE LA SEMANA, por Decio Carlán. *Homenaje al Prof. Martínez Vargas*, por el Dr. Fernán Pérez. TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS: *El concurso de médicos de A. P. D.*, por el Licenciado del Agro. *De Previsión Sanitaria Nacional: Honrados y parecerlo*, por el Dr. J. Luis-Yagüe y Espinosa. TERTULIA MÉDICA: *Para usted, señora...*, por Teresa Sonsoles. INFORMATORIO PROFESIONAL. SECCIÓN OFICIAL.

BOLETIN DE LA SEMANA

LO DE TODOS LOS DIAS

Como era lógico esperar, el problema de la alimentación está tomando en España caracteres verdaderamente angustiosos. Hasta hace poco se registraba el conocido fenómeno de los dos extremos: o se comía sobrada y estérilmente, o no se comía lo suficiente y necesario. Pero, como una vez más, en las muchas veces que los períodos de hambre han visitado la historia del mundo, se ha llegado, o se va llegando, a la situación igualatoria en que nadie come lo suficiente y necesario para la salud.

Toda la Prensa española manifiesta la enorme preocupación de la opinión pública y de los gobernantes por este problema angustioso al que hemos llegado por la improvisación y el optimismo de unos cuantos y por la codicia repugnante de muchos. Un día y otro, en los periódicos diarios, se presenta el asunto por sus mil varias facetas y se proponen arbitrios y soluciones que pocas veces son prácticas y posibles. El hecho es que se ha llegado a una situación de desconcierto en las disposiciones y de malicia hábil y rastrea de los burladores de la ley, que se ha venido a dar en una situación insoluble. Nada se adelanta con pelotear la culpa de unos a otros; el hecho cierto e indubitable, que a nosotros por nuestra condición de médicos nos interesa subrayar, es que la miseria biológica invade como una verdadera inundación la mayoría de las capas sociales españolas. Los trastornos visuales, las agudizaciones tuberculosas, los edemas de carencia, los mil trastornos de la hipoalimentación o del régimen mal dirigido se imponen al examen médico y amenazan con una situación de salud que ha de ser para el Estado una verdadera tragedia económica y moral.

En estos últimos días hemos leído artículos de la Prensa verdaderamente bien dirigidos a encauzar la sanción, pero ninguno hemos encontrado que presente soluciones.

Para España no puede ser una solución en este conflicto el considerar la tragedia de otras naciones. No puede ser una solución el señalar con el dedo, más o menos virilmente dirigido, hacia quienes parecen causantes principales de este horri-

ble trastorno. La solución ha de venir en la meditación serena de los medios que puedan ponerse en práctica para mejorar, ya que no resolver, la catástrofe que nos amenaza.

Médicamente, científicamente, como estamos obligados a señalarlo, es insostenible continuar con un régimen de abastecimientos como el actual. El déficit de grasas, de azúcares, de nitrogenados, de féculas, la sofisticación del pan y de sus derivados, la carestía de las frutas y verduras frescas, todo esto no se puede consentir que llegue a tales extremos.

La salud del pueblo, y el pueblo somos todos, se fragua en la oficina del estómago, como lo afirmó en el Código Moral Español don Miguel de Cervantes Saavedra, y si se desestima el consejo, mueren los niños, se enferman los adultos y los jóvenes y los padres y las madres no tienen sueño ni descanso correteando por las calles en busca de las cien mil soluciones arbitrarias de una comida diaria que nunca es la que debe ser y que siempre cuesta más que se puede pagar.

Ha habido quien ha asegurado que la clase media española sumaba escasamente tres millones de habitantes. ¿Qué entiende ése por clase media? Lo primero, que es un dislate el separar la población de un país en clases y, sobre todo, cuando se trata de problemas tan vitales como el sostenimiento de la salud y de la raza. ¡Pobre raza la nuestra si por este camino continuamos! Lo primero que nos dicen los periódicos diarios es que es una raza en que abundan los pícaros, que, pese a todos sus credos católicos, están dominados por la más vergonzosa codicia que causa la muerte y que lleva las enfermedades a todos los compatriotas.

No queremos hacernos eco de murmuraciones y cotilleos. Nos tiene sin cuidado quiénes sean los culpables y si es cierto o no esas abundancias ocultas que se delatan; pero... los niños tienen que comer azúcar, valga el ejemplo, y azúcar no hay, o cuesta cuarenta pesetas el kilo en el mercado negro. Pues bien; no hay un español que no sepa que el negocio de las azucareras fué siempre malo en España, porque el producto no tenía valor alguno. El azúcar en España, en su inmensa mayoría, se sacaba de la

remolacha. Las vegas remolacheras que antes se cultivaban y producían en sobra tal que depreciaban el producto, ¿por qué no se cultivan ahora?, ¿por qué se permite que esas vegas no sigan cultivándose en remolacha productora de azúcar? Y las patatas, y la leche, y las frutas. Porque el trigo y el ganado nunca han sido suficientes en España; pero las patatas y el aceite y el azúcar y las judías y las lentejas y el arroz y las frutas y las verduras...

Es necesario que las clases dirigentes se convengan de una vez que en España no hay más que un problema, que es el de la alimentación, y que él arrastrará a los más extremos si no se pone un valladar práctico frente a lo que están haciendo público.

ELOGIO MEREcido

A nosotros no nos duelen prendas, y por ello nos satisface mucho poder en esta ocasión dedicar un sincero elogio al Consejo General de los Colegios Médicos de España que, con motivo de las dos disposiciones oficiales, de singular trascendencia para los médicos, que aparecieron a principios de la semana que hoy termina, ha editado y repartido entre los médicos españoles dos números extraordinarios del «Boletín Informativo del Consejo», llevando estas disposiciones a conocimiento de los médicos con una prontitud nunca registrada.

Elogio merece y aplauso de todos y que todos a una señalemos al Consejo de Colegios que ésa y no otra es la función que le compete.

Así debe ser el «Boletín Informativo del Consejo de Colegios»: Modesto, barato, rápido, con la actualidad palpitante del día, y dejarse de monsergas, que no tienden más que a desvirtuar su cometido, a dañar a la clase y a correr a un fracaso inevitable en plazo breve por favorecer intereses que no nos *interesan* a los médicos.

HOMENAJES

En la pasada semana se han rendido sendos homenajes por los éxitos alcanzados en recientes oposiciones al doctor don Manuel Alonso Canalejas, que obtuvo por el justo fallo del tribunal la plaza de profesor del Hospital de la Princesa, y al doctor don Miguel Benzo, que ganó en brillante oposición la plaza de profesor del Hospital Provincial de Madrid.

Los compañeros y amigos de ambos distinguidos profesores les han obsequiado con banquetes, a los que asistió lo más destacado de la clase profesional madrileña.

CONFERENCIAS

El profesor Albert Fischer, de Copenhague, ha dado sus anunciadas conferencias en el Instituto Ramón y Cajal y en la Facultad de Medicina. El ilustre profesor danés desarrolló los temas: «El metabolismo de las proteínas de la célula *in vitro*» y «La naturaleza de las sustancias aceleradoras del crecimiento». Ambas conferencias se vieron asistidas por un numeroso y selecto público médico y de hombres de ciencia, que señalaron con su aplauso los grandes valores del conferenciante.

También han llegado a España, para dictar conferencias científicas, el profesor Henry Edward Ecker y el doctor Baudilio Courtis.

El profesor Ecker, llegado de Nueva York en el trasatlántico español «Magallanes», viene invitado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas; y el doctor Courtis, que dirige en Buenos Aires el Hospital Oftalmológico, está siendo huésped del doctor Arruga en Barcelona, y realizará un viaje de estudios por España, dictando conferencias de la especialidad en Barcelona y en Madrid.

FRACASO EN LA CAMARA DE LOS LORES

La gestión de reformas de tipo médico sanitario, que el Gobierno laborista inglés se ha propuesto, no está alcanzando gran éxito en su país. En la Cámara de los Lores fué derrotado el Gobierno en la discusión del proyecto de ley de Servicios Sanitarios Nacionales. Lord Llewellyn presentó una enmienda al proyecto sobre definición de las facultades de los Comités administrativos de los hospitales, encaminada a que puedan ser éstos demandados, y la enmienda fué aprobada por 59 votos contra 17.

Poco tiempo después fué nuevamente derrotado el Gobierno al ser aprobada por 35 votos contra 15 una enmienda presentada por lord Balfour al proyecto de ley de Servicios Sanitarios, en la que se dictamina que el Consejo del Condado de Londres delegue en los Distritos municipales de la capital determinadas facultades referentes al seguro y atención de las madres y de los niños.

Y por último, y veinticuatro horas más tarde, fué de nuevo derrotado el Gobierno laborista al aprobarse por 53 votos contra 37 la enmienda presentada por lord Llewellyn, en que se propone que los emolumentos de los médicos sean determinados por el número de enfermos que cada uno trate.

DECIO CARLAN.

FÓRMULA

Extracto galega officinalis.....	0,07	grs.
Extracto gossypium herbaceum.....	0,06	»
Nucleinato sódico.....	0,03	»
Acido fosfórico.....	0,02	»
Acido nicotínico.....	0,0001	»

MADREZAL

EL MAS ENÉRGICO
GALACTÓGENO
LABORATORIOS O. F. E.

Apartado 4042 - Madrid. (4)

(Censura Sanitaria 5947)

HOMENAJE AL PROFESOR MARTINEZ VARGAS, MAESTRO DE LA PEDIATRIA INTERNACIONAL

por el

Doctor FERNAN PEREZ

La Real Academia de Medicina de Barcelona ha organizado un justo homenaje de admiración y respeto al doctor don Andrés Martínez Vargas para celebrar sus bodas de oro con la docta Corporación, agasajo merecidísimo, al que deseamos sumarnos con este reportaje, a modo de boceto de su titánica y brillante labor de patriota y de hombre de ciencia.

Y nada mejor que transcribir aquí la síntesis de la grata conversación mantenida con el eminente maestro.

—¿Por qué estudió usted Medicina?—le hemos preguntado.

—Estudí Medicina como hubiera estudiado cualquiera otra profesión; por aquel entonces no sentía preferencia por ninguna. Influyó el ser primogénito de una modesta familia con siete hijos, que creyó que la Medicina podría proporcionarme más pronto los medios de subsistencia y de apoyo a mis hermanos. Estudié el bachillerato con los Escolapios, en mi pueblo natal, Barbastro, obteniendo el grado a los catorce años. Empecé los estudios de facultad en Zaragoza, en el curso de 1877-1878, y obtenía el grado de licenciado el 21 de junio de 1881. Fui condiscípulo de Pedro Ramón y Cajal, y discípulo de su padre don Justo. Guardo de éste recuerdo gratísimo, así como de don Antonio García, que explicaba Fisiología, y de don Jenaro Casas, catedrático de Clínica médica, los tres más eminentes profesores de entonces en aquella Facultad.

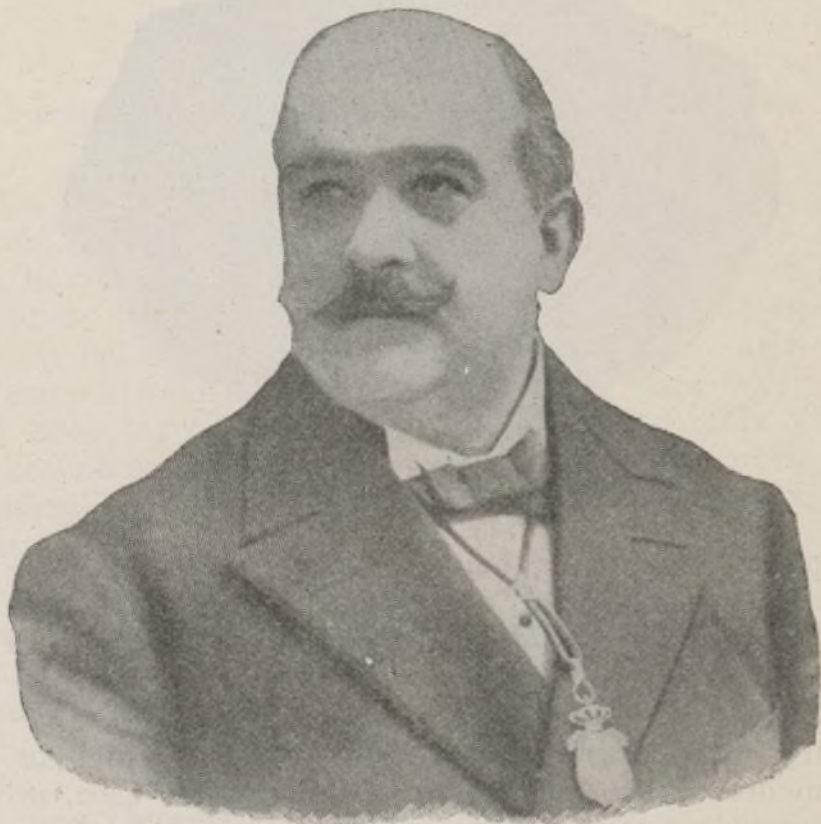
—¿Por qué eligió su especialidad?—volvemos a preguntarle.

—Mientras estudiaba el doctorado en Madrid durante el año 1882, asistía a la visita que don Antonio Espina y Capo pasaba en las salas del Hospital Provincial. Al año siguiente se convocaron las oposiciones a cinco plazas de médicos de la Beneficencia general, y la sala de Espina se convirtió en una verdadera Academia preparatoria. Para orgullo de aquel gran maestro, tres de las cinco plazas fueron otorgadas a los que seguimos sus lecciones: Juan Bravo Coronado, el célebre médico de los toreros; Alberto Fernández Gómez, que, después, en el Hospital de la Princesa, había de alcanzar fama como especialista de niños, y yo. Fui destinado al Hospital del Carmen, en la calle de Atocha, en el que, además de viejos incurables, había una sección de niños lisiados, incurables también, y ante el espectáculo de aquellos niños, que venían al mundo para sufrir, surgió en mí la afición a la Pediatría y a la Eugenesia, que más tarde había de presentar pública y solemnemente en España en el I Congreso Nacional de Pediatría, que se celebró en Palma de Mallorca en 1914.

En 1886 se me presentó la oportunidad de ha-

cer un viaje de estudios a Norteamérica, y en los Hospitales de Nueva York tuve la suerte de conocer al profesor Jacobi, el maestro de los pediatras, de una ciencia entonces naciente. Trabajé a su lado y me propuso que me quedara con él, ofreciéndome una plaza de médico lo suficientemente retribuida para sostenerme, pero decliné la tentadora oferta, y cuando en 1888 nos volvimos a encontrar en París, en el I Congreso de la Tuberculosis, y le comuniqué que era catedrático de Pediatría en la Universidad de Granada, me dijo con cierta desilusión: «Ahora sí que pierdo la esperanza de tenerle en Nueva York.»

De los Estados Unidos pasé a Méjico, en cuyos

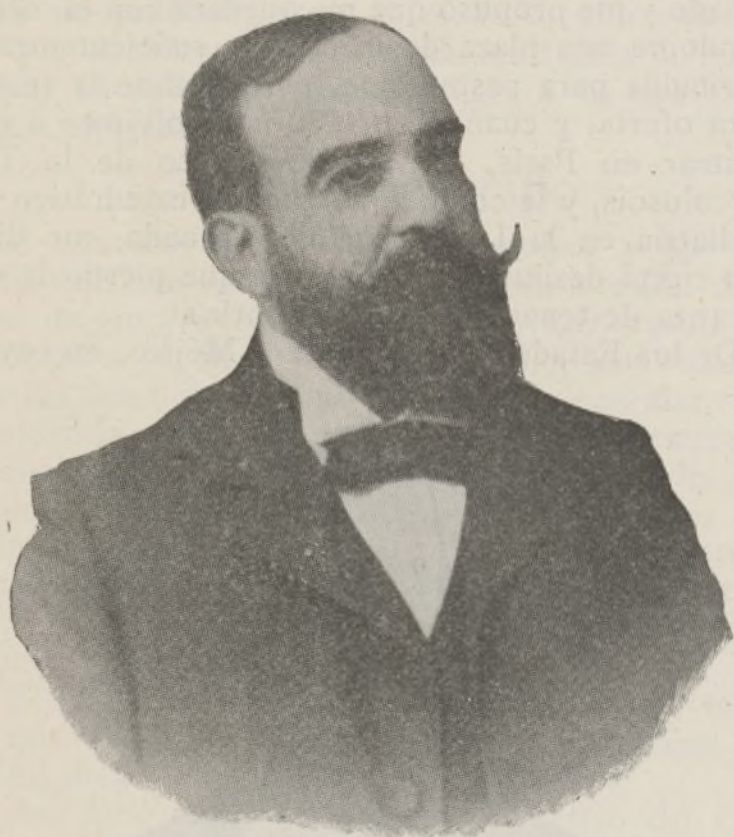


Don Andrés Martínez Vargas en su época de mayor actividad científica y política.

Hospitales vi muchos niños, y con motivo de haber estudiado un caso de «absceso infradiafragmático izquierdo», que había perforado el diafragma, el pericardio y el ventrículo izquierdo, presenté las piezas patológicas en la Academia Nacional Mejicana, y fui nombrado académico de ésta y de otras tres Sociedades médicas. Al regresar a España quedé como socio corresponsal, y desde aquella fecha envió todos los años la lectura correspondiente. Mi primera conferencia en aquella Academia versó sobre «Pedimetría y Pedibarometría como regidores de la crianza de los niños».

Llegué a Madrid a fines de septiembre de 1887. Espina y Capo me habló de unas oposiciones anunciadas para proveer tres cátedras de Enfermedades de la infancia. Me animó para que me presentara

a ellas. Preparé el programa y los documentos en dieciocho días, y en la primavera de 1888 fui propuesto para la cátedra de Granada. Por cierto, que al llegar a aquella Facultad, el 2 de octubre, para explicar la primera lección, me encontré en el vestíbulo a varias mujeres del pueblo que, con sus niños en brazos, me dijeron a coro: «Señor, sabemos que viene usted como médico de niños y le traemos los nuestros para someternos a sus consejos.» Me conmovió esta manifestación y la consideré como el más cálido elogio al Gobierno, que creó tal enseñanza, y una evidente censura



Martínez Vargas en su juventud.

para los que se resistieron a admitir la nueva disciplina científica. Y desde aquel día creé la Escuela de Madres, dándoles consejos en la consulta, al terminar de explicar la cátedra de cada día, procurando dar siempre a esta enseñanza el carácter social de mejoramiento de la raza y del aumento de la densidad de población. Por esto, no cambié de asignatura en mi larga vida de profesor. La especialidad pediátrica me subyuga desde el primer día.

—¿Está usted satisfecho de haber sido médico? —preguntamos de nuevo al sabio maestro. Y el doctor Martínez Vargas nos responde entusiasta y elocuentemente:

—Archisatisfecho. El espíritu de sacrificio, de abnegación sacerdotal en suma, que imprime a todo médico el ejercicio de la profesión, al identificarse con el dolor humano, digan lo que quieran los espíritus malignos, sube de punto cuando se tiene la misión de cuidar niños enfermos; cuando se siente con las madres el dolor de sus sufrimientos y la angustia de verles en peligro de muerte; todo ello da al alma un gran ardimiento para luchar contra la Implacable, para ahuyentarla, para remitirla a esa época irremediable de la senectud. Pues todo niño tiene, en potencia y en acción, un nimbo de encantos, una lucidez de ilusiones; esa esperanza, preñada de promesas, con

que brinda toda incógnita. Ello nos lanza a los mayores esfuerzos, coronados por la más viva satisfacción cuando se triunfa, amargados por la mayor desilusión cuando se fracasa.

—¿Volvería usted a estudiar esta carrera?—insistimos.

—Sin duda alguna. Porque su ejercicio me ha infundido una profunda vocación. Empero al que no tenga esa vocación o sienta ambición de riqueza, le aconsejaría que adoptara cualquiera otra profesión. En todas ellas, un adelanto, un progreso, se traduce en ventajas para el profesional. En la médica ocurre todo lo contrario: el progreso, cual nuevo Saturno que devora a sus propios hijos, trae una merma de sus emolumentos. De una parte, la higiene y las vacunas que evitan las enfermedades; de otra, los sueros, con las enfermedades que antes duraban semanas interminables, curan en pocos días, y, por fin, la profusión de Mutualidades y de Consultorios gratuitos son causa de que el médico actual realice el mayor trabajo con el menor estipendio; y todavía está en marcha este enrarecimiento económico... Esto, no obstante, si volviera a empezar, repito, que querría ser médico...

—¿Qué adelanto, dentro de la Medicina, le ha producido mayor satisfacción?

—Por la lejana época en que terminé mi carrera he podido presenciar varias innovaciones trascendentales: la antisepsia de Lister; la radical transformación de las teorías patogénicas, operada por la doctrina de Pasteur; pero sobre todos los descubrimientos, el que más conmovió mi alma fué el del suero antidiftérico. Conocía, por la historia y por mi práctica, los estragos del *gavilán de las tinieblas*. Había practicado algunas traqueotomías en Madrid. En Granada asistí una epidemia de difteria, en la cual descubrí un nuevo síntoma para su diagnóstico; aquí, en Barcelona, traté a varios diftéricos, y, lo confieso con dolor, entre centenares de enfermitos, ¡tan sólo vi curarse unos cuantos! Yo mismo me contagié de este mal a los veintisiete años de edad, por asistir al hijo de un médico en la calle de Mesón de Paredes, en Madrid. Para tratar a los diftéricos tenía dispuesta una caja especial con irrigador, pinzas, jeringuillas, depresor de lengua, etc., que guardaba en sitio aislado, y cuando asistía a alguno me apartaba de las familias que tenían niños... Ensayé cuantos remedios anunciaban las revistas, incluso el ácido crómico. Convencido de que el medio ácido era adverso al bacilo, ideé la fórmula siguiente, que todavía uso: Ácido fénico, diez centigramos. Bicloruro de hidrargirio, dos. Glicerina y agua (a. a.), diez gramos. Muchas veces logré limpiar de membranas las fauces, y cuando más entusiasmados parecían los padres, el niño moría por toxemia, acaso a los cuarenta días, y por parálisis cardíaca en plena fiesta, al regresar de la iglesia para dar gracias por la curación... Para mí, la difteria constituía una obsesión. En enero de 1894 seguí con gran anhelo los ensayos que en Alemania hacía Otto Katz con el suero de cabra inmunizada; supe de los que se hacían en las Clínicas de París y conocí la comunicación de Roux en el Congreso Internacional

de Budapest el 24 de septiembre de 1894; el día 30 del mismo mes publiqué, en una revista de Barcelona, la comunicación de Roux, según la cual la mortalidad había sido rebajada al 44 por 100. En octubre siguiente pude hacer el primer ensayo del suero, y cuando vi que a las dieciocho o veinte horas de practicada la inyección disminuían las pulsaciones, las respiraciones y la fiebre, se iban disipando las membranas en la garganta, disminuían los infartos ganglionares del cuello y cedía la estenosis del garrotillo, y, pasados varios días, los niños ya no morían por sorpresa, ¡ah!, ¡entonces respiré a pleno pulmón! ¡Habíamos matado al monstruo! El que no conoció la difteria antes del suero, no puede darse cabal cuenta del gran servicio prestado por éste. Eso de no tener que torturar con curaciones frecuentes a los enfermitos proclama muy alto que la primera acción del suero era la de humanizar el tratamiento de esta enfermedad. Y me convertí en el paladín del nuevo remedio, en las familias, en las Academias, en el Ateneo barcelonés, en la prensa. La *Gaceta Médica Catalana* de aquellos meses tiene varios artículos míos de controversia. Por fin, en Moscú, en el Congreso de 1897, presenté mi experiencia y la afirmación de que la doctrina clínica de la difteria había sido definida un siglo y medio antes que por Bard y por Home, por los españoles de los siglos XVI y XVII. El profesor Baginski, de Berlín, y Bayeux, de París, estamparon en sus libros esta rectificación de la Historia, otorgando a España la prioridad de la doctrina. Después, en 1900, en el Congreso Internacional de París, pude presentar, en apoyo de la eficacia del suero antidiftérico, los casos de resurrección con la traqueotomía *in extremis* y con la «escobilladura tráqueobronquial». El antidiftérico fué la conquista terapéutica más importante del siglo XIX.

Otra de las mayores satisfacciones de mi vida profesional ha sido rebajar la mortalidad infantil con la instrucción de las madres en la crianza de los niños. Con la creación de las «Pólizas de protección infantil» y, sobre todo, en el Instituto Nipiológico, que fundé en mi ciudad natal, en 1916, rebajé la mortalidad dicha en cuatro quintas partes. En 1913 habían fallecido en Barbastro 96 niños menores de cinco años. En 1923, a los siete años de funcionar el Instituto, tan sólo murieron 17.

—¿Qué aficiones tiene fuera de la Medicina?
—¿Cuál es su violín de lugres?

—Desde luego, el estudio de la Historia y el cultivo del periodismo. En el año 1900 fundé una revista mensual para publicar en ella los trabajos de mis alumnos en mi cátedra e importar to-



El profesor Martínez Vargas al ser recibido catedrático.

dos los progresos de la Pediatría. Se titulaba, como usted recuerda, *La Medicina de los Niños*, y llevaba publicados treinta y seis tomos y la mitad del treinta y siete cuando fué interrumpido en julio del 36. Me ha gustado mucho viajar, asistiendo a todos los Congresos médicos, para llevar a ellos los presentes de la Pediatría española y recabar para España la prioridad de sus descubrimientos, que se le han negado, ocultándolos con la conspiración del silencio.

Hasta aquí, las respuestas dadas por el profesor Martínez Vargas a nuestras preguntas, y, como sangrante colofón, no queremos añadir, por nuestra parte, otro comentario que el siguiente: El día 28 de octubre de 1931 la *Gaceta de la República* publicaba un Decreto, firmado por Marcelino Domingo y Manuel Azaña, por el que se disponía la jubilación de este profesor, añadiendo textualmente: «Sin que los servicios prestados puedan ser motivo de reconocimiento», y era de esperar que así lo escribiesen aquellos malvados de este eminente maestro, que en la cátedra, el decanato y el rectorado había sido objeto, por parte de cierto sector de Barcelona, de un encono



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

furioso, del boicot profesional, de dos atentados personales... ¡Cuántas veces, al asistir a la Facultad de la capital de Cataluña para dar su lección diaria, había de atravesar una zona escolar adversa,

de odio mal contenido, hacia el sabio catedrático español cien por cien, que tan alto había sabido poner siempre ante todo el mundo científico el pabellón español!

TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS

EL CONCURSO DE MÉDICOS DE A. P. D.

por el

LICENCIADO DEL AGRO

Ya está la resolución del concurso en el *Boletín Oficial del Estado* del día 14 del actual, y aun cuando lo sea con carácter provisional, por haberse concedido quince días para reclamaciones por posibles errores, merece la pena dedicarle un comentario.

Se habían anunciado 1.414 plazas de distintas categorías, y se habían presentado 1.864 aspirantes. Se han concedido 838 plazas, y han quedado sin adjudicar 576; luego han quedado sin plaza nada menos que 1.026 médicos, a pesar de haber sobrado 576 plazas, desempeñadas por interinos.

Al más lerdo se le ocurre meditar sobre esta enorme desproporción entre el número de peticionarios que no han logrado colocarse y el número de vacantes que no han sido adjudicadas. ¿Cómo explicar este hecho evidente con la evidencia irrefutable de las matemáticas?

Los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria acuden a estos concursos en la mayor parte de los casos con un desconocimiento de las plazas que piden. Falta indispensablemente un nomenclátor de titulares ajustado a la más austera verdad. Un compañero que se preocupa de un modo intenso y vivo por ayudar a resolver sus situaciones a los médicos rurales, y cuyo nombre no hace al caso, ha enviado reiteradamente a todos los médicos de España una ficha de titulares, en la que pedía le fueran suministrados los datos esenciales, desde el punto de vista profesional, de cada una de las plazas. También lo ha pedido mucho después el Consejo General de Colegios Médicos de España, y a buen seguro tengo que con el mismo lamentable negativo resultado. No llegan al millar de las fichas recibidas, y hay en España unas 9.200 plazas; pero lo peor es que una gran mayoría de estas fichas enviadas lo han sido con un insano afán de ocultar la verdad. Y en las que eran buenas y ofrecían al médico un rendimiento decoroso se informaba en sentido contrario, y las malas se las mejoraba en apariencia todo lo posible para que «picaran» los incautos.

Por otra parte, ningún compañero repara en el daño, a veces trascendentalísimo, que se ocasiona a otros colegas al pedir plazas que de antemano saben que no van a desempeñar, y que siempre habría alguno que para él el obtenerla habría constituido un desiderátum.

Aún no hace muchos días que, hablando con un médico titular que ejerce en las provincias vas-

congadas, me pedía por Dios y por todos los santos que viera si había forma legal de anular la plaza que pedía en primer lugar, porque la que él prefería, y era la única que le interesaba, era la segunda.

—Y entonces, ¿por qué las solicitó en ese orden?

—Porque me ofusqué al hacer la instancia.

Y es que el hacer una instancia es para muchos médicos una obra de romanos, a pesar de las facilidades que ahora reciben reiteradamente al enviarles modelos a cuyo texto deben ajustarse, y... al que casi nunca se someten.

En éste, como en todos los concursos, se ha notado una marcada tendencia a solicitar vacantes próximas a las grandes poblaciones. Los médicos tienen una evidente aversión a la vida rural. Es verdad que la vida del facultativo, ejerciendo en un pueblo apartado de toda comunicación con el mundo civilizado, constituye un verdadero sacrificio. Y ahí tienen ustedes el caso de Holanda, que ha dado lugar a que el Ministerio de Salud Pública haga un llamamiento a todos los médicos de los Países Bajos reclamando su presencia en las regiones rurales, cuyos habitantes carecen de los más indispensables servicios facultativos. La orden no fué muy cordialmente acogida por los galenos holandeses, que, desde que terminó la guerra, han preferido marchar a ejercer su profesión en los grandes centros urbanos, como consecuencia de la penosa situación creada en la campiña, devastada casi en absoluto. No obstante, el Gobierno holandés ha dictado una serie de disposiciones para contratar los servicios médicos por cortos períodos de tiempo y con una elevada remuneración.

En el concurso que comentamos, la plaza más golosa era la titular de Vicalvaro, para la que se han presentado cientos de aspirantes, y ha sido concedida nada menos que al número 80 del escalafón, en que hay más de 17.000 compañeros con derecho a ocupar una de las 8.250 plazas de Asistencia Pública Domiciliaria de que dispone el Cuerpo. Este venerable compañero es don Andrés Hueso Júdez, que en el escalafón publicado el 15 de enero de 1943 por el Consejo General de Colegios Médicos de España ocupaba el número 118, que vino al mundo el día 4 de abril de 1879. Cuenta, por tanto, con la envidiable longevidad de sesenta y siete años, y que materialmente no podrá prestar el duro servicio que significa esta zona de los alrededores de Madrid, sin urbanizar, de una

extensión enorme, y sin más ingresos que los exclusivamente deducidos de su sueldo de 5.000 pesetas anuales, con descuento y demás gabelas, puesto que los beneficiarios del Seguro están ya acogidos a su médico correspondiente de la Caja Nacional, de las Cajas colaboradoras o de la Obra Sindical 18 de Julio, y al pobre titular que venga a Vicálvaro no le podrán adjudicar más que algunas migajas, por muy buena voluntad que tenga el señor inspector nacional médico del Seguro, ilustre médico asturiano don José Gómez Sabugo. Pero acaso don Andrés Hueso Júdez sea rico por su casa o tenga en Madrid algún hijo bien colocado que le ayude a llevar la penosa cruz de los últimos años de su vida profesional, prestando servicio en una titular tan ingrata como ésta de Vicálvaro.

Creo necesario, al llegar a este punto, hacer dos derivaciones no relacionadas con el concurso en sí mismo. Una se refiere al escalafón últimamente publicado por el Consejo de Colegios y otra al verdadero sueldo que perciben los modestos y heroicos médicos rurales.

El escalafón fué editado en 1943 con una cantidad de publicidad que, tasada con arreglo a la tarifa que se dió a conocer, produjo ingresos aproximados a las 100.000 pesetas. Cada ejemplar se vendió al precio de 17 pesetas al principio y luego a 20. Los anunciantes habían pagado cifras muy elevadas, porque se les dijo que la tirada era de 20.000 ejemplares, y como no se vendieron más del 20 por 100 de la edición, nuestra sorpresa no ha tenido límites cuando, al tratar de adquirir uno de ellos, se nos informa en el propio Consejo que estaba agotado... por haber vendido los miles de ejemplares sobrantes como papel viejo. ¿Quién autorizó esa venta?

Y vamos ahora a la segunda derivación de mi artículo. La del sueldo de los titulares. Tengo a la vista la factura del Colegio Oficial de Médicos de Málaga, en la que figura la liquidación de un compañero de aquella provincia que cuenta con cincuenta y seis años de edad. Desempeña una titular de primera categoría, con quinquenios que elevan su haber mensual a la cantidad de 667,82 pesetas, de la que se le hacen las siguientes deducciones: Impuesto de Utilidades, 53,42 pesetas;

1 por 100 de Mancomunidad, 6,67, y 1 por 100 de habilitación, otras 6,67 pesetas; Previsión Médica, 162,50; cuota del Colegio Médico, 20; cuota del Colegio de Huérfanos, 30; timbre de transferencia, 0,90; timbre móvil, 0,40, y gastos de envío, mediante ingreso en su cuenta corriente en el Banco Español de Crédito, 2. En total, se le deducen 282,56 pesetas, y le queda reducido su haber de titular de primera categoría, con quinquenios, a la bonita cifra de 385,26 pesetas. *Trescientas ochenta y cinco pesetas con veintiséis céntimos.* ¿Vale la pena haber llegado a ocupar en el Escalafón de Médicos de A. P. D. un número 5.795 (en el escalafón vendido como papel viejo) para cobrar 12,84 pesetas diarias? ¿Verdad que no, señor presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España? ¿Verdad que no, señor director general de Sanidad? ¿Verdad que no, señor ministro de la Gobernación? ¿Verdad que no, pobrecito y heroico médico de Asistencia Pública Domiciliaria?

Y a todo esto, nuestras flamantes Facultades lanzando cada año a la lucha feroz por la vida a cientos y cientos de licenciados en Medicina y Cirugía.

Pero volvamos a nuestro comentario del concurso. Han sido concedidas doce titulares a compañeros que alegaron el derecho de excedencia voluntaria; treinta y tres a los que habían vuelto a pedir las titulares de que habían sido propietarios y por pedir vacantes a boleo, sin saber lo que pedían, habían obtenido una peor de las que poseían antes, de la que solicitaron el volver a ser interinos y ahora propietarios. Tres vacantes nada más han sido concedidas a compañeros que alegaron el derecho de consorte. Doscientas veinte plazas han sido concedidas a los que pidieron una sola titular de menos de 2.000 habitantes, y, finalmente, quinientas setenta a concursantes generales. Se ha puesto de relieve, pues, el beneficio logrado por los que pidieron una sola plaza de menos de 2.000 habitantes, que, en fin de cuentas, son las que van quedando en mejores condiciones por tratarse de médico solo que no tiene con quien luchar ni discutir, como no sea con el practicante de turno o la comadrona, que a veces son peores que los mismos galenos.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

HONRADOS Y PARECERLO

por el

Doctor J. LUIS-YAGUE Y ESPINOSA

La acción tutelar estatal sobre todo acto y situación ciudadana tiene que ser manifiesta. Y en cuestión de seguros, sociales o mercantiles, también se hace evidente, en evitación de desastres económicos que pueden arrastrar a la miseria hogares muy respetables por actuación desacertada o incorrecta de personas desaprensivas. Por ello, estableció que las entidades previsoras o aseguradoras debían disponer sus reservas económicas sobre valores firmes, de renta fija, no sujetos a

grandes fluctuaciones bursátiles, como los estatutos y otros respaldados por garantías hipotecarias en relación publicada en el *Boletín Oficial*.

Las sugerencias de las autoridades en materia de seguro y ahorro sobre los reglamentos de Previsión Sanitaria Nacional, que hubieron de modificarse en tal sentido para obtener su aprobación, en el necesario reajuste a que obligó las consecuencias y repercusiones sobre ella de nuestra pasada guerra civil, determinan la necesaria forma-

ción de capitales de cobertura que puedan garantizar en todo momento el cumplimiento de las obligaciones contraídas. Y esto obliga a una capitalización con inversión de fondos, alejada en todo lo posible de un presunto peligro de atesoramiento, contrario a las ideas que rigen en los organismos rectores de la institución.

Es buena conducta económica dar variedad a la cartera de inversiones, conducta seguida por Previsión Sanitaria Nacional, que posee aquélla sobre la base de valores estatales: directos, como amortizable, interior y obligaciones del Tesoro; indirectos, cual Patronato de Turismo, Reconstrucción Nacional y Crédito Local; respaldados por él, en empréstito austriaco, ferrocarril Tángier-Fez y Telefónicas; o paraestatales, de Hipotecarias, Crédito Local, Canal de Isabel II, riesgos compensadas sobre las cosas, Villa de Madrid, en cifras bastante elevadas, del máximo de seguridad. Pero la rentabilidad efectiva ha disminuído por varios motivos, y convendría conseguir la mayor segura con incrementación de aquélla y sin peligros presumibles.

El mismo Estado dispone que parte de las reservas de estas entidades, hasta un 30 por 100, puedan situarse en inmuebles, y Previsión Sanitaria Nacional solicitó, y obtuvo, la autorización oportuna por sí, en algún momento propicio, precisara hacer uso de ella. Las fincas rústicas sufren al presente considerable incrementación en su valor, por estimarse menor su posible desvaloración, y son consideradas como una seguridad en el empleo del dinero, que, en todo caso, quedaría como efectivo el solar donde está emplazada, y si la rentabilidad inmediata parece baja,

el estudio ponderado de la misma justipreciará ésta, lográndola, con poco esfuerzo y sin precipitaciones perjudiciales, superior al 4 por 100.

Entre las perniciosas costumbres comerciales de los tiempos presentes, por no denominarlas más duramente, figura la arraigadísima de las comisiones dinerarias, cotizándose todo, ¡a veces hasta lo más familiar e íntimo!, y en la compra-venta es donde está más extendida, quizá porque permita más margen, y con ello mayor difusión, al tratarse de cifras elevadas. Y precisamente esta nefanda costumbre ha sido la que ha pesado sobre el criterio de algunos elementos rectores de Previsión Sanitaria Nacional sobre inversión de parte de sus reservas en inmuebles. La rentabilidad más elevada obtenible en algunos de los ofrecidos con las máximas garantías; las indicaciones insistentes, muy acertadas y siempre desinteresadas, hasta el sacrificio personal, de los técnicos competentes; la plena seguridad de la inversión, eran motivos que parecían aconsejar esta modalidad de reservas. Pero la honorabilidad acendradísima de quienes intervinieron en el asunto, que han llegado hasta el sacrificio personal económico en muchas ocasiones, no evitaba la posibilidad de la difamación, propia de mandilandines, que hiciera recaer entonces sobre un nombre inmaculado la babosidad de una calumnia o un falso testimonio, manchándole de lodo inmundo, no sólo a él, sino al de sus hijos, que la miseria no es comparable con las consecuencias de actos vilipendiosos; y hubo de sopesar bien criterio y consejo, ya que vino, insistente, el recuerdo de la vieja conseja popular: «No basta sólo con ser honrados, sino hay que parecerlo.»

TERTULIA MÉDICA

Para usted, señora...

por

TERESA SONSOLES

Decíamos ayer..., cuando, por causas ajenas a nuestra voluntad, suspendíamos nuestra comunicación con las amables lectoras de *Semana Médica Española*, que la esposa del médico participa con él de las amarguras, angustias y sinsabores de la profesión si no es tan inconsciente, que sólo presta atención a los temas del vestido, de la moda, de los trajes, de los bailes y del tabaco, cuyo consumo se acrecienta de una manera alarmante por parte del sexo débil, aun cuando haya hecho gimnasia como supone Jardiel Poncela en su descomulgada pieza teatral estrenada recientemente en la Comedia.

Sí. La mujer del médico, en una proporción muy elevada, pero que no me atrevo a expresar con cifras, suele echar un vistazo a las cada día menos revistas profesionales que se reciben. Sobre todo ahora, desde que el Consejo de Colegios Médicos se ha decidido a editar un «magasin» a todo lujo y en «tecnicolor». ¡Con lo que a mí me

gustan las películas en technicolor! Te confieso, querida lectora, que me he extasiado contemplando las magníficas ilustraciones en colores discretísimos y realísimos de las especies de mosquitos a gran tamaño que expone el pacienzudo médico, farmacéutico y maestro nacional don Gerardo Clavero, y he admitido en el acto el interés vital que para el médico de regiones palúdicas tiene este exacto conocimiento de los vectores de la enfermedad. Pero por más vueltas que le he dado, no he podido explicarme para qué sirve a los médicos y a la Medicina el ver reproducidos en colores vistosamente artificiales, que no se parecen en nada a la realidad, las «fotos» de los diversos sanatorios y dispensarios esparcidos por el ámbito nacional. Bueno; ésta es una especial y personal opinión mía, y no quiero dar lugar a que el joven e ilustre presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España se enfade con nosotras y nos dirija un escrito que finalice con aquellos

términos dictatoriales que solían escribirse en las órdenes de la Inquisición: «Tómese por orden y mandato.» No, eso no. Todo menos incurrir en el enojo del dilecto presidente de los médicos. Por que será presidente de ellos, pero de nosotras, no. Aun cuando haya hecho oposiciones brillantísimas para que le aceptásemos como tal presidente, al reproducir, ilustrada con muy bellos grabados, la magnífica crónica de Rafael Sánchez Mazas, que comienza reproduciendo el ditirambo de Baco en «Toscana», célebre composición dirigida al dios del vino, y que dice así:

Quien de agua vive
nunca recibe
gracia de ti,

y es claro como el agua el que los médicos y sus familias vamos a tener que vivir de agua, porque ni las titulares ni el seguro dan para comprar vino a cuatro pesetas litro (sin contar el agua añadida), aun cuando hayamos tenido que pagar de nuestros exhaustos bolsillos las tricromías ésas, infinitamente más caras que el vino, y que están muy bien en una sala de espera tan lujosa como la que tendrá el señor presidente, pero que desentonan mucho de las inhóspitas viviendas que utilizamos la mayoría de las familias de los médicos rurales sin casa, a pesar de las muchas veces que se les ha ofrecido este elemental derecho, que ya tienen el Maestro, el Sacerdote, la Guardia Civil, y de la que carece el médico. Y te habrás fijado, amiga lectora, que en mi subconsciente he escrito la palabra médico con minúscula y las demás con mayúscula, como corresponde a profesiones con casa y todo...

Esto me ha hecho pensar en la necesidad de exponer en las hospitalarias y vetustas columnas del venerable SIGLO MEDICO una ideica que me viene bullendo en el magín desde hace tiempo. Ya que los Médicos (ahora sí lo escribo con mayúscula) han fracasado, o poco menos, con sus agrupaciones o asociaciones o sindicatos, elige tú el título que quieras, vamos a ver si tenemos nosotras más suerte, organizando una «Asociación de Esposas de Médicos» para defendernos nosotras y para defenderlos a ellos mismos. Los matices de nuestras actividades serían infinitos. Unos, de orden mate-

rial, y otros, de aspiraciones espirituales puras. El alimento, el vestido, la vivienda, la comodidad del hogar, una elemental higiene para ellos, para nosotras y para nuestros hijos, que también lo merecen, y en el aspecto espiritual, aspirar nada más y nada menos que a mejorar nuestra ética, a ofrecer a los demás seres y profesiones humanas un limpio espejo de nuestra conducta, en el que pudieran encontrar siempre plausible ejemplo. En lo material, ayudaríamos a las esposas e hijos, viudas y huérfanos con la máxima generosidad plausible. En lo anímico, les confortaríamos con nuestros consuelos. Antes había, y no sé si aún tendrá existencia tangible, una Junta de Damas de Protección Médica, merecedora de todos mis elogios y aplausos. Pero no limitaríamos a esto sólo nuestra actividad, sino que lucharíamos al lado de nuestros maridos para mejorar su situación económica y social, y llegaríamos a todos los tramos del Poder en demanda o en exigencia, no en súplica, que ya hemos suplicado bastante inútilmente, de que se atienda con el respeto debido el elemental principio de derecho de nuestro deseo de vivir honestamente, con todo decoro y a la altura a que nos consideramos acreedoras.

Bueno. Este último párrafo me ha salido un poco «petrolero» si queréis; pero es que ya ha sonado la hora de nuestro derecho a vivir. Por lo menos, eso creo yo, y espero que vosotras también opinéis de la misma manera. Y, por tanto, a trabajar. A organizar esa Asociación de Esposas de Médicos y a redactar ese Reglamento. Bien entendido que yo no acepto otra colaboración que la que os pueda prestar desde las columnas de la prensa. No acepto cargos directivos. Que bastante cargo tengo yo con hacer todas las mañanas los cálculos infinitesimales necesarios para aportar a la hora del yantar el número de calorías mínimo para el sostenimiento fisiológico de nuestros respectivos organismos. ¡Que ya es tarea! Y menos mal que a mi marido le he acostumbrado a no traerme invitados a casa. Cuando tiene un compromiso lo resuelve yéndonos todos a un restaurante de esos donde no hay restricciones de ninguna clase, teniendo la bolsa lo suficientemente repleta para satisfacer el elevado importe de este mercado negro de la alimentación oficialmente autorizado para los ricos...

Informatorio profesional

EL DOCTOR RAFAEL GARCIA-TAPIA HA REGRESADO DE AMERICA

Ha llegado a Santander en el vapor «Magallanes» el doctor Rafael García-Tapia, procedente de América, adonde fué invitado por la Universidad Central de la República Dominicana, con objeto de pronunciar una serie de conferencias y practicar diversas intervenciones relacionadas con su especialidad. Celebramos el feliz regreso del eminente doctor, que ha realizado una patriótica labor enaltecedora de la ciencia española.

CONFERENCIA DEL CATEDRATICO NORTE-AMERICANO MR. HECKER EN LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO

El viernes, día 18, dió su anunciada conferencia en la Facultad de Medicina el catedrático de la Universidad de Ohio, señor Hecker, invitado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas a visitar nuestra patria y dar en Madrid un ciclo de conferencias sobre bacteriología.

Fuó presentado por el decano de la Facultad de Medicina, doctor Novo, que puso de manifiesto las

condiciones de investigador que concurren en este sabio profesor. El profesor Hecker disertó sobre la producción del plasma humano en gran escala.

Presidió el rector de la Universidad, con el claustro. El conferenciante se expresó en correcto castellano. A las dos de la tarde fué obsequiado con un banquete por la Universidad.

CLINICA UNIVERSITARIA DE PEDIATRIA DE MADRID

Este curso comenzará el día 28 de octubre y terminará el 7 de diciembre, simultaneándose durante él las enseñanzas prácticas con las teóricas.

El programa desarrollará, entre otros, los siguientes temas: «Constitución y diátesis», «Metabolismo», «Vitaminas y enfermedades carenciales», «Trastornos nutritivos del lactante» y «Enfermedades infecciosas».

Las prácticas de policlínica serán diarias. Sesiones clínicas y revisión de enfermos, los lunes y jueves. Técnicas quirúrgicas, los viernes.

El número de plazas será limitado, dándose al final del curso un certificado de asistencia.

SECCION OFICIAL

ORDEN de 14 de octubre de 1946 por la que se dispone que la Dirección General de Sanidad convoque oposiciones para ingreso y provisión de plazas de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria.

Ilmo. Sr.: Una vez resuelto el concurso último de antigüedad convocado para provisión en propiedad de plazas de la plantilla del Cuerpo Médico de Asistencia Pública Domiciliaria, y existiendo nuevamente un crecido número de vacantes producidas por diversas causas, a las que han de sumarse las que han resultado desiertas en el referido concurso, entre las cuales las hay de todas las categorías, procede verificar una convocatoria de oposición libre con el fin de procurar la normalización de los servicios y ofrecer a la vez ocasión a un respetable sector de Médicos para que puedan realizar su ingreso en el escalafón y adquirir con ello la aptitud legal necesaria para desempeñar plazas de la plantilla de que se trata, permitiendo al propio tiempo a los que ya figuran en el citado escalafón mejorar de plaza, en justo premio a su laboriosidad y perseverancia en el estudio,

Este Ministerio, de acuerdo con lo que antecede, ha tenido a bien disponer que por esa Dirección General se proceda con la mayor rapidez posible a la publicación en el *Boletín Oficial del Estado* de una convocatoria de oposición libre para ingreso y provisión de plazas de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria o de distrito, cuya vacante se haya producido antes del día 1 de enero de 1947, ajustándose la provisión de aquéllas a la Ley de 25 de agosto de 1939, y con arreglo a las siguientes normas:

1.ª Las Jefaturas Provinciales de Sanidad y las de Sanidad civil de Ceuta y Melilla remitirán a

esa Dirección General los datos referentes a todas las plazas de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria o de distrito cuya vacante se haya producido antes del día 1 de enero de 1947, y una vez verificado el concursillo local de traslado, en los casos que proceda, según Orden ministerial de 6 de diciembre de 1935, consignando los datos aludidos en una ficha por cada plaza vacante, ajustándose necesariamente al modelo que al final de la presente Orden se inserta. Las fichas deberán ser firmadas por el Jefe provincial de Sanidad, expresando la fecha de su remisión, que tendrá lugar antes del día 10 de enero del año próximo. Al propio tiempo se remitirá una relación nominal de todas las plazas cuya ficha haya sido enviada a la Dirección General de Sanidad.

2.ª Los que deseen tomar parte en las oposiciones han de ser españoles, licenciados o Doctores en Medicina, con aptitud para el ejercicio de cargos públicos y adictos al régimen.

Las instancias, debidamente reintegradas con arreglo a la vigente Ley del Timbre y firmadas por los propios interesados, sin excepción, se presentarán en la Dirección General de Sanidad, Sección IX—Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria—, durante cuarenta días hábiles, a partir de la fecha siguiente a la de publicación de la convocatoria en el *Boletín Oficial del Estado*. Expresarán en forma clara y legible el nombre y apellidos del interesado, y acompañarán la documentación siguiente:

a) Certificación de nacimiento expedida por el Registro Civil, y legalizada si no corresponde al distrito de la capital del Estado.

b) Título de licenciado o Doctor en Medicina, o testimonio notarial del mismo o resguardo de haber abonado los derechos correspondientes.

c) Certificación facultativa que acredite aptitud física necesaria para el ejercicio del cargo de Médico titular, expedida con una antelación que no podrá exceder de quince días en la fecha de su promulgación.

d) Certificación negativa de Penales.

e) Certificado de buena conducta, expedido por la Alcaldía de la residencia del interesado.

f) Documentación que acredite su adhesión al glorioso Movimiento nacional, expedida por la autoridad gubernativa provincial o por la del Movimiento autorizada a estos efectos.

g) Declaración jurada en que conste que el interesado no ha sido expulsado de ningún Cuerpo del Estado, Provincia o Municipio.

Las mujeres presentarán la oportuna certificación de haber cumplido el Servicio Social, o acreditarán, en otro caso, la exención del mismo.

Los que al tomar parte en la convocatoria pertenecan al escalafón y desempeñen plaza en propiedad de la plantilla del Cuerpo harán constar esta circunstancia en su instancia, expresando la fecha de nombramiento y la de posesión, y acompañarán únicamente a la misma la certificación correspondiente en que conste el número que ocupan en el escalafón. Y los que figurando en el citado escalafón no desempeñen plaza en propiedad, acompañarán, además del certificado del escalafón aludido, certificación facultativa de apti-



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

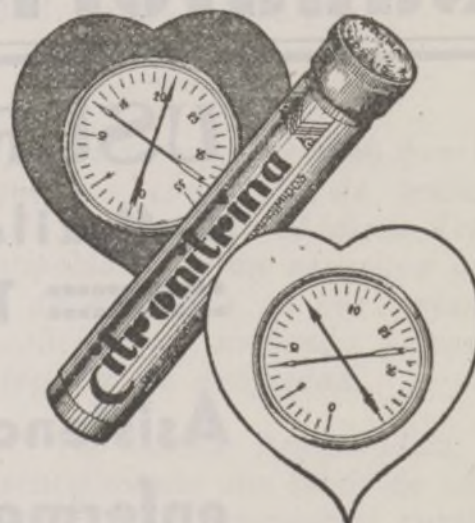
C. S. 8.303

*Para sus hipertensos
y arterioescleróticos*

TRATAMIENTO PROLONGADO
DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DE LA ARTERIOESCLEROSIS
Y DE SUS COMPLICACIONES
POR LA

Citronitrina

GEVE



Comprimidos de citrónitrato sódico y citrato de sosa

Actúa: por la vasodilatación periférica que provoca el nitrito y la fluidificación sanguínea que ejerce el citrato sódico.

Dosis corriente: Tres comprimidos al día.

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



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

Un remedio indoloro



PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES HEPATO-GASTRICAS

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

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

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

Presentado en cuatro formas:

INYECTABLE NORMAL • INYECTABLE FUERTE • INYECTABLE FUERTE VITAMINADO • LIQUIDA

HEPAGASTRON

EXTRACTO HEPATICO Y DE MUCOSA GASTRICA

LABORATORIOS ORZAN, S.A.
LA CORUÑA

Ap. C. S. 121

Sanatorio SAN ESTEBAN

USURBIL (Guipúzcoa)

A 11 kilómetros de San Sebastián

TELEFONO 7005

Asistencia y tratamiento de los
enfermos nerviosos y mentales

Médicos Directores...

Dr. Vidarte

Dr. Larrea

Médico Subdirector...

Dr. Pino Ascarza

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

(Aprobado por la Gensura Sanitaria, núm. 4.166.)

tud física y la del Registro de Penados y Re-
beldes.

Todos los aspirantes podrán presentar cuantos documentos estimen convenientes, con el fin de demostrar sus méritos y capacidad científica.

Los que soliciten ser incluidos en cualquiera de los grupos establecidos por la Ley de 25 de agosto de 1939, presentarán la documentación correspondiente que acredite el derecho alegado, siempre que no se hayan beneficiado de tal derecho con anterioridad a la presente convocatoria, lo que harán constar en forma de declaración jurada.

Al presentar la instancia abonarán los aspirantes la cantidad de sesenta pesetas en concepto de derechos, de la que se entregará en el acto el oportuno recibo, cuyo número determinará el orden en que han de actuar para la práctica de los ejercicios.

Terminado el plazo de convocatoria no se admitirá instancia ni documentación alguna complementaria, publicando el Tribunal en el *Boletín Oficial del Estado* la relación nominal de los opositores admitidos.

3.^a Los ejercicios de oposición serán tres: uno oral, que consistirá en la exposición de cuatro temas, durante una hora, sobre Medicina, Cirugía, Higiene y Legislación y Administración sanitaria; otro clínico, que consistirá en el examen de un enfermo, exponiendo el diagnóstico y tratamiento curativo y profiláctico. Para el examen del enfermo podrá disponer cada opositor de media hora, y quince minutos para la exposición del caso. El tercer ejercicio, práctico, consistirá en una operación sobre cadáver o una práctica de Laboratorio, según acuerdo del Tribunal, ateniéndose a los medios de que disponga.

El programa se publicará oportunamente en el *Boletín Oficial del Estado*, así como el Tribunal que ha de juzgar los ejercicios, el cual quedará constituido en la siguiente forma:

Presidente: Un Consejero Nacional de Sanidad. Vocales: Un Catedrático de Facultad de Medicina. El Jefe de la Sección de Médicos Titulares (A. P. D.) de la Dirección General de Sanidad. Un Jefe de Sección de la Dirección General de Sanidad y dos Médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria ingresados por oposición, propuestos: uno, por el Consejo General de Colegios Médicos y otro por Falange Española Tradicionalista y de las J. O. N. S., actuando de Secretario el más moderno en el Escalafón. Igualmente se nombrarán los respectivos suplentes.

En el Tribunal figurará a título de Secretario de Actas y Asesor Administrativo un funcionario de la Sección de Médicos Titulares de la Dirección General de Sanidad.

El opositor que no se presente en primera convocatoria, al ser llamado para la práctica de los ejercicios, podrá hacerlo en segunda convocatoria, en la inteligencia de que si en esta segunda vuelta no comparece quedará eliminado de la oposición, no admitiéndose justificante alguno.

En el primer ejercicio podrá otorgar cada miembro del Tribunal de uno a diez puntos a

cada opositor, siendo necesario un mínimo de 30 puntos para poder pasar al ejercicio siguiente. En los ejercicios siguientes podrá otorgar cada miembro de uno a cinco puntos, siendo necesario para aprobar que el opositor obtenga como mínimo 15 puntos.

La calificación definitiva consistirá en la suma total de la puntuación obtenida en los tres ejercicios.

4.^a Una vez terminados los ejercicios, el Tribunal formará la lista general de opositores aprobados por orden de puntuación, que será publicada en el *Boletín Oficial del Estado*, convocándoles al propio tiempo para elección de plazas, por orden de puntuación, observando los preceptos de la Ley de 25 de agosto de 1939.

Terminado el acto de elección de plazas, el Tribunal elevará propuesta de nombramiento para la plaza elegida por cada opositor a la Dirección General de Sanidad, a fin de que por este Centro sea sometida a la aprobación del Ministerio, previo informe del Consejo Nacional de Sanidad.

Los opositores del Escalafón que hubieran sido aprobados y no elijan plaza quedarán en la misma situación que la que tenían antes de tomar parte en las oposiciones. Los de nuevo ingreso serán incluidos en el Escalafón al final del mismo, rigiendo su colocación el orden de puntuación, según la lista general de aprobados.

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

Dos guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 14 de octubre de 1946.—Pérez González.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

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

ORDEN de 17 de octubre de 1946 por la que se dispone que los concursos de traslado para provisión de destinos de Médicos Jefes de la Lucha Antipalúdica serán resueltos atendiendo al número de campañas en que hayan intervenido los solicitantes, sirviendo plazas de esta misma categoría en propiedad.

Ilmo. Sr.: La Lucha Antipalúdica Nacional constituye esencialmente una labor de campo realizada y difundida en Dispensarios rurales enclavados estratégicamente en zonas en donde la epidemia ofrece mayor intensidad o particulares características.

La Dirección General de Sanidad dispone de un cierto número de Dispensarios orientadores de esta labor, dependientes directamente de ella y dirigidos por Médicos Jefes de la Lucha Antipalúdica.

Las dificultades de su misión exigen, para ser vencidas, una experiencia de trabajos de campo que sólo pueden adquirirse en contacto con la realidad de la vida rural, y de la que debe participar todo el personal médico adscrito a esta especialización sanitaria.

Por todo lo cual, este Ministerio ha dispuesto:

1.º Los concursos de traslado para la provisión de destinos de Médicos Jefes de la Lucha

Antipalúdica serán resueltos atendiendo al número de campañas en que hayan intervenido los solicitantes, sirviendo plazas de esta misma categoría en propiedad.

2.º En lo sucesivo, para desempeñar estos funcionarios plazas afectas a los Servicios Centrales y con residencia en Madrid será condición indispensable haber dirigido en propiedad y durante más de tres campañas un Dispensario Antipalúdico rural de los Servicios de la Dirección General de Sanidad.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 17 de octubre de 1946.—Pérez González.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—Circular por la que se transcribe relación de aspirantes presentados a la oposición convocada por Orden de 13 de marzo para proveer plazas de Médicos de aguas mineromedicinales, Inspectores de establecimientos balnearios, y estado de sus documentaciones.

Abella Vera, Ramón.—Grupo: Oficial ex combatiente. Especialidades elegidas: Digestivo, reumatismo, circulatorio. Estado de su documentación: Falta toda la documentación y abonar derechos de dos especialidades.

Agudo Cuesta, Astenio.—Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Aguirre de Cárcer, Alvaro.—Reumatismo. Completa.

Alonso Barrera, José María.—Digestivo, reumatismo. Falta partida de nacimiento.

Alonso García, Gabriel.—Oficial ex combatiente. Circulatorio. Falta justificante aprobación asignatura análisis.

Alonso Gómez, José.—Oficial ex combatiente. Digestivo, reumatismo. Falta declaración jurada de no haber obtenido destino como ex combatiente y una instancia.

Alpuente Marcos, José L.—Reumatismo. Completa.

Alvarez Coca, Mariano.—Ex combatiente. Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación y justificar Medalla Campaña.

Alvarez Soriano, Sisinio.—Digestivo, reumatismo. Falta una instancia.

Allende Martínez, Pedro.—Oficial ex combatiente. Reumatismo. Completa.

Andolz Aguilar, Francisco.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Andrés García, Próculo.—Digestivo. Falta certificado facultativo y abonar derechos.

Anianto Tena, Emilio.—Reumatismo. Falta toda la documentación.

Arriaga Cantullera, José.—Reumatismo. Falta abonar derechos.

Atero Santiago, Francisco.—Digestivo. Falta toda la documentación.

Aznar Rey, Antonio.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Bárcena Verdú, José María.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Falta título de Médico.

Belbel Sánchez, Fernando.—Digestivo. Completa.

Bellón Renovales, Luis.—Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación, menos certificado médico, y falta abonar derechos de una especialidad.

Benítez Gambín, Diego.—Reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Blanco Cañedo, Pedro.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Bonet Galán, Ramón.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Bonora Lechón, Francisco.—Digestivo, circulatorio. Falta abonar derechos de una especialidad.

Bosch Casalñs, José.—Reumatismo. Completa.

Bravo Asenjo, Juan.—Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Burbano Aznar, Antonio.—Digestivo, reumatismo, circulatorio, nervioso. Completa.

Burgoa Sanz, Luis.—Reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Carballero Caballero, José.—Reumatismo. Completa.

Cabaña Gayo, Domingo.—Digestivo, circulatorio. Falta certificado facultativo.

Calderón Montero, José.—Digestivo, circulatorio. Falta certificado facultativo.

Calderón Villalobos, Francisco.—Digestivo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Calvín López de Haro, José.—Digestivo, reumatismo. Faltan certificados de Penales, facultativo y de aprobación análisis e Hidrología.

Calvín Rodríguez, Nicolás.—Reumatismo. Completa.

Calvo Bernal, Antonio.—Digestivo. Completa.

Callao Fabregat, Vicente.—Digestivo. Completa.

Camacho Trujillano, Antonio.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Cámara Niño, Fernando.—Oficial ex combatiente. Reumatismo. Falta declaración de no haber obtenido destino.

Cadeñosa Jiménez, Waldo.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Carramolino Barrera, Amelia.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Falta título de Médico.

Casas Carnicero, Angel.—Reumatismo. Falta abonar derechos.

Casas Carnicero, Jesús.—Reumatismo. Falta abonar derechos.

Casas Motta, Alfonso.—Digestivo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Castellanos España, Cosme.—Reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Cirajas Labajo, Fernando.—Reumatismo. Completa.

Colvee Guillén, Rafael.—Digestivo. Completa.

Corral Sánchez, Francisco Antonio.—Digestivo, reumatismo, nervioso. Completa.

Cuadrado Briso-Montiano, Emilio.—Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Cuervo García, Carlos.—Digestivo. Falta aprobación asignaturas, partida de nacimiento y abonar derechos.

Chaminade Yuste, Alvaro.—Digestivo. Completa.

Chizo Rizzo, Enrique.—Reumatismo. Completa.

Damas Hernández, José María.—Reumatismo. Falta toda la documentación.

Diego Aragonés, Pablo de.—Falta toda la documentación, fijar especialidad, abonar derechos y firmar instancia.

Díez González, Carlos.—Falta toda la documentación y fijar especialidad.

Durán Troncoso, José María.—Circulatorio. Completa.

Esteban Múgica, Bernardo.—Digestivo. Falta toda la documentación.

Felip Vila, Buenaventura.—Nervioso. Completa.

Feria Caballero, Santiago.—Reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Fernández de la Calle, Francisco.—Oficial ex combatiente. Digestivo, reumatismo. Falta declaración de no haber obtenido destino.

Fernández Pérez, Miguel.—Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación y firmar instancia.

Fernández Piña, José.—Oficial ex combatiente. Digestivo, reumatismo. Falta declaración de no haber obtenido destino.

Fernández Ruiz, Manuel.—Circulatorio. Falta certificado facultativo y abonar derechos.

Fernández Turégano, José.—Digestivo. Falta aprobación asignaturas y abonar derechos.

Ferrand Gil, Carlos.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Ferrari del Corral, Alfonso.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Ferreiros Espinosa, Carlos.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Figueras Ballester, Luis.—Circulatorio. Completa.

Flores Galán, Fernando.—Reumatismo. Completa.

Flores Vega, José.—Digestivo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Fraile Planchuelo, Pablo.—Reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Franco Manera, Ricardo.—Falta título, certificado facultativo, aprobación asignaturas y fijar especialidad.

Fuentes Suárez, Luis.—Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Galán Díaz, José.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Galán del Hoyo, Antonio.—Digestivo, reumatismo. Falta aprobación asignaturas y abonar derechos.

Gálvez Carrillo Albornoz, Rafael.—Digestivo, reumatismo. Falta aprobación asignaturas y una instancia.

Gálvez Rodríguez, Enrique.—Digestivo, reumatismo, circulatorio, nervioso. Falta título médico, certificado de Penales y abonar derechos.

García Argüelles, J. Ramón.—Digestivo. Completa.

García y F. de la Granda, Antonio.—Falta toda la documentación y fijar especialidad.

García López, Pedro.—Reumatismo. Completa.

García Moreno, Francisco.—Reumatismo, circulatorio. Falta toda la documentación y abonar derechos.

García Navarro, Mariano.—Reumatismo. Falta título médico.

García Santa Cruz, Salvador.—Circulatorio. Falta certificado de Penales.

García Vilar, Tomás.—Reumatismo. Completa.

Garralde Irribarren, Marino.—Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación.

Garrigues Cotanda, Miguel.—Reumatismo. Completa.

Garríguez Orellana, Antonio.—Digestivo, reumatismo. Falta certificado de Penales.

Garrote Vega, Manuel.—Ex combatiente. Digestivo, circulatorio. Falta declaración de no haber obtenido destino.

Giannonati Novo, J. Juan.—Reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Gimenes Urtasun, José.—Ex cautivo. Circulatorio. Falta abonar derechos.

Gironza Solana, María Luisa.—Reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Gómez Fantova, Manuel.—Falta toda la documentación, fijar especialidad y abonar derechos.

Gómez Pérez, Ramón.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Completa.

Gómez Gómez-Sigler, J. José.—Digestivo. Falta aprobación asignaturas y abonar derechos.

Gomis Bardisa, José.—Digestivo, reumatismo. Falta título médico.

González Alvarez García, Javier.—Ex combatiente. Digestivo, reumatismo. Completa.

González Cossío, Joaquín.—Digestivo. Falta título médico.

González Cruz, Alfonso.—Digestivo, reumatismo, circulatorio.—Completa.

González Díaz, Luis.—Falta toda la documentación, fijar especialidad y abonar derechos.

González González, Ricardo.—Digestivo. Completa.

González del Tágano, Jaime.—Digestivo, circulatorio.—Completa.

González Vidal, José.—Digestivo, reumatismo. Falta abonar derechos.

Gofi Arregui, Fernando.—Digestivo, reumatismo. Falta una instancia.

Gordillo Rosario, Rafael.—Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación.

Grisolia García, Santiago.—Reumatismo. Completa.

Guallar Segarra, Juan.—Reumatismo, circulatorio. Completa.

Guijarro Oliveras, José.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Gumiel Marín, Angel.—Reumatismo, circulatorio. Falta partida de nacimiento, título médico, asignaturas y abonar una especialidad.

Gutiérrez Mendiola, Ricardo.—Digestivo. Completa.

Guzmán García, Eduardo.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Herranz Herranz, Manuel.—Reumatismo. Completa.

Hernández Montes, Miguel.—Digestivo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Hernández Sánchez, Jacinto. — Reumatismo. Completa.

Hernando y Sobrino, Fernando. — Circulatorio. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Hernando de Larramendi, Luis M. — Digestivo. Falta certificado facultativo, de análisis e hidrología y abonar derechos.

Ibarrola Monasterio, Ricardo. — Reumatismo, nervioso. Completa.

Isla Carande, Eduardo. — Digestivo. Completa.

Jaqueti del Pozo, Gerardo. — Digestivo. Falta toda la documentación.

Jáudenes Alvarez, Serafina. — Falta toda la documentación, certificado cumplimiento Servicio Social y fijar especialidad.

Jiménez López, Pedro. — Reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Jiménez Pinedo, Amalio. — Reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Juanes González, Adrián. — Resto ex combatiente. Digestivo, reumatismo. Falta declaración de no haber obtenido destino.

Juárez Juárez, Ernesto. — Digestivo, reumatismo. Falta una instancia y abonar derechos.

Labadía Gutiérrez, Luis. — Digestivo. Falta certificado facultativo y de aprobación asignaturas análisis e hidrología.

Laburu Prieto, Esperanza. — Reumatismo. Falta toda la documentación, certificado cumplimiento Servicio Social y abonar derechos.

Laguna Sorosal, Salvador. — Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Lenzano Meirás, Victoriano. — Reumatismo, circulatorio. Falta abonar derechos.

Leria de la Rosa, Manuel. — Digestivo, reumatismo, circulatorio, nervioso. Falta certificado facultativo.

Liébana Luque, Gabriel. — Digestivo, reumatismo, circulatorio. Completo.

Linares Castillo, Ricardo. — Digestivo, circulatorio. Completa.

Lirón de Robles, Darío Eusebio. — Digestivo, reumatismo. Completa.

López Bravo, José. — Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

López de Inés, Dionisio. — Circulatorio. Falta toda la documentación, excepto certificado Penales.

López Castro, Antonio. — Ex combatiente. Digestivo, nervioso. Completa.

López García, Antonio. — Digestivo. Falta aprobación asignaturas y análisis e hidrología y certificado Penales.

López Herce, Andrés. — Digestivo, reumatismo, circulatorio. Falta certificado facultativo.

López Oliveros, Francisco José. — Reumatismo, circulatorio. Falta título Médico, aprobación asignaturas análisis e hidrología y certificado facultativo.

López Pacios, José. — Reumatismo, circulatorio. Falta toda la documentación y abonar derechos.

López Rincón, Tomás. — Digestivo. Falta título médico, aprobación asignaturas, partida nacimiento y abonar derechos.

López Sánchez, Enrique. — Reumatismo. Completa.

Llopis Martín, Ramón. — Digestivo. Completa.

Lluchs Caralps, Juan. — Digestivo. Completa.

Maraver Perea, Manuel. — Cabo mutilado. Digestivo, reumatismo, nervioso. Falta título médico aprobación asignaturas.

Marín Aráez, Emigdio. — Reumatismo. Falta aprobación asignaturas, certificado facultativo y abonar derechos.

Marín Martín, Juan. — Reumatismo. Completa.

Martín Barrales, Gonzalo. — Reumatismo. Completa.

Martínez Casado, Antonia. — Reumatismo. Completa.

Martínez Domínguez, Rafael. — Circulatorio. Falta abonar derechos.

Martínez Linares, Alberto. — Digestivo; reumatismo. Completa.

Martínez Montes, Rafael. — Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación.

Martínez Sellés, Manuel. — Reumatismo. Completa.

Massotti Littel, Angel Luis. — Ex cautivo. Digestivo. Falta declaración jurada no haber obtenido destino.

Megías Pérez, José Juan. — Digestivo, reumatismo. Completa.

Méndez Morillo, Eduardo. — Reumatismo, circulatorio. Completa.

Mezquita Arróniz, Daniel. — Digestivo, reumatismo. Completa.

Millán Hernández, José. — Reumatismo. Falta asignatura análisis.

Miralles Vila, Andrés. — Reumatismo. Falta partida nacimiento, asignaturas y abonar derechos.

Molina Caballero, José. — Digestivo. Completa.

Molinero Fernández, Pablo. — Reumatismo. Completa.

Monguío Fonts, José. — Reumatismo. Completa.

Montesinos Sánchez, Manuel. — Digestivo. Falta certificado facultativo.

Morales Pleguezuelo, Manuel. — Digestivo, reumatismo. Completa.

Moreno Jiménez, Pedro. — Cabo mutilado. Digestivo, circulatorio. Falta partida nacimiento.

Muela García, Guillermo. — Digestivo. Completa.

Mundo Fuertes, Antonio. — Reumatismo. Completa.

Olivares Ariza, Pedro. — Nervioso. Completa.

Ortega Mesa, Juan. — Ex combatiente. Digestivo, reumatismo. Falta partida nacimiento y declaración no haber obtenido destino.

Orti y Fernández de Sedano, Eduardo. — Digestivo. Falta aprobación asignaturas y una póliza de 3 pesetas.

Ortiz de Rivero, Miguel. — Digestivo. Falta toda la documentación.

Ortiz Vázquez, Julio. — Digestivo, circulatorio. Falta certificado facultativo.

Panadés Jaume, José M.^a — Reumatismo. Completa.

Parada Barros, Manuel. — Circulatorio. Completa.

Pardo Canalis, Julio. — Ex combatiente. Digestivo, reumatismo, circulatorio, nervioso. Completa.

Pedraz Herrero, Vicente. — Oficial ex comba-

Completa. Digestivo, reumatismo. Falta título médico y declaración no haber obtenido destino.

Pereira Martínez, Manuel.—Ex combatiente. Digestivo, reumatismo. Falta declaración no haber obtenido destino y abonar derechos una especialidad.

Perales Ros, Guillermo.—Reumatismo, circulatorio. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Pérez Coutiño, Amalio.—Reumatismo. Completa.

Pérez Gómez, Antonio.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Pérez González, Pedro.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Completa.

Pérez López de la Hoz, Diego María.—Oficial ex combatiente. Digestivo, reumatismo. Falta declaración no haber obtenido destino.

Pérez Modrego, Severino.—Reumatismo. Completa.

Pérez Mora, Ricardo.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Falta abonar derechos.

Picazo Rodríguez, Crisógeno.—Falta toda la documentación, fijar especialidad y abonar derechos.

Pisa Fernández, Domingo.—Digestivo, reumatismo. Falta partida nacimiento.

Puerta Chávarri, Ricardo.—Reumatismo, circulatorio. Completa.

Pueyo García, Antonio.—Circulatorio. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Puig Ramírez, Vicente.—Circulatorio. Falta título médico.

Pujol Alguero, Francisco.—Reumatismo. Completa.

Puig Leal, Juan.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Falta toda la documentación.

Pulido Vázquez, Camilo.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Completa.

Renedo Fornés, José Antonio.—Ex combatiente. Circulatorio. Falta declaración no haber obtenido destino.

Roca Moscardó, Dámaso.—Digestivo, circulatorio. Completa.

Roca Roca, Luis.—Reumatismo. Falta asignatura hidrología.

Rodrigo Lázaro, Salvador.—Digestivo. Falta título médico.

Rodríguez Caldeiro, Manuel.—Digestivo. Falta toda la documentación, menos certificado Penales y partida nacimiento.

Rodríguez Delgado, José Manuel.—Circulatorio. Falta abonar derechos.

Rodríguez Fernández, Eduardo.—Digestivo, reumatismo. Falta una instancia.

Rodríguez Gallego, Serafín.—Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Rodríguez Iglesias, Manuel.—Circulatorio. Falta certificado facultativo y abonar derechos.

Rodríguez Miñón, José Luis.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Completa.

Rodríguez San Juan, Ricardo.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Rojas del Pozo, Luciano.—Reumatismo. Falta asignatura análisis, certificado facultativo y abonar derechos.

Román Sanguino, Germán.—Digestivo, reumatismo. Falta aprobación asignaturas.

Romaña García, Federico.—Ex cautivo. Digestivo, reumatismo. Completa.

Romero Escássi, José.—Digestivo. Falta toda la documentación.

Romo Aldama, Emilio.—Digestivo, reumatismo. Falta abonar derechos una especialidad.

Rosales Campos, Rafael.—Digestivo. Falta abonar derechos.

Ruiz del Arbol, Luis.—Oficial ex combatiente. Digestivo. Falta declaración no haber obtenido destino.

Ruiz Ledesma, Carlos.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Completa.

Sáiz Buendía, Gerardo.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Completa.

Salces Blesa, Antonio.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Falta toda la documentación.

Sales Vázquez, Miguel.—Nervioso. Completa.

Sánchez Carpintero, Emilio.—Reumatismo. Completa.



(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.013)

Sánchez Díaz, Blanca Matilde.—Digestivo. Completa.

Sancho Prieto, Pedro.—Ex combatiente. Digestivo, reumatismo. Falta declaración jurada no haber obtenido destino.

Sandoval Amorós, José.—Digestivo. Completa.

Santos Ruiz, Antonio.—Digestivo, reumatismo. Falta una instancia.

Sanz Ibáñez, Julián.—Reumatismo. Faltan asignaturas y abonar derechos.

Saucedo Aranda, Roberto.—Digestivo, reumatismo. Falta partida nacimiento.

Sebastián Herrador, Miguel.—Digestivo. Completa.

Segovia Villarreal, Pelayo.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Falta aprobación asignatura análisis y abonar derechos.

Serrano Gómez, José.—Digestivo. Falta abonar derechos.

Serrate Arruebo, Luis.—Reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Sevilla Larripa, Vicente.—Reumatismo. Completa.

Sevilla Vallejo, José Oriol.—Digestivo. Completa.

Solá Coderch, Joaquín.—Reumatismo. Completa.

Soto Domingo, José.—Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Stingo Carbonell, Juan.—Digestivo. Completa.

Taura Gómez, Manuel.—Reumatismo. Falta abonar derechos.

Tena Ibarra, Pedro.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Falta abonar derechos.

Tercedor Avilés, J. Antonio.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Tortosa Simancas, José.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Torre de la Puerta, Francisco.—Digestivo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Torre Rodríguez, Luis de la.—Digestivo, reumatismo. Falta certificado Penales.

Torresano Chápuli, Julián.—Reumatismo. Completa.

Torresano Chápuli, Miguel.—Reumatismo. Completa.

Trincado Dopereiro, Pablo.—Digestivo, reumatismo. Falta certificado facultativo y abonar derechos una especialidad.

Trujillano Izquierdo, Ubaldo.—Digestivo, reumatismo. Falta abonar derechos.

Turrientes Miguel, Alfonso.—Digestivo, reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Urtasun Irisarri, Carmen.—Falta toda la documentación, fijar especialidad y abonar derechos.

Vahi Domínguez, Rafael.—Digestivo. Completa.

Valdés Pastor, José María.—Digestivo. Falta asignatura análisis.

Valero Castejón, Agustín.—Reumatismo. Completa para grupo libre. Para ex combatiente falta justificar Medalla de Campaña.

Valero González, Luis.—Digestivo, circulatorio. Completa.

Valgañón Villaverde, Roque Eusebio.—Circulatorio. Completa.

Valle Cobo, Manuel del.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Vega Goicoechea, Félix de la.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Vega Goicoechea, Sebastián de la.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Velasco Escassi, Enrique.—Digestivo. Falta toda la documentación.

Vela Guillén, Rafael.—Ex combatiente. Reumatismo, circulatorio. Completa.

Velasco Villamor, Indalecio.—Reumatismo. Falta toda la documentación y abonar derechos.

Vena López, Francisco.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Vidal Gamarra, Luis.—Digestivo, reumatismo. Falta aprobación asignatura análisis y certificado Penales.

Vidal y M. de Cerveró, Eduardo.—Digestivo, reumatismo, circulatorio. Falta título médico.

Vilar Comella, Juan María.—Ex combatiente. Digestivo, reumatismo. Completa.

Zapatero Ballesteros, Emilio.—Digestivo, reumatismo. Completa.

Zappino Zappino, José.—Ex cautivo. Digestivo, reumatismo. Falta una instancia.

Los aspirantes a quienes falta completar la documentación exigida por la convocatoria o abonar los derechos de oposición, dispondrán de un plazo improrrogable de quince días hábiles, contados a partir del siguiente al de publicación de la presente circular en el *Boletín Oficial del Estado*, para completar la documentación y abonar los citados derechos.

Madrid, 9 de octubre de 1946.—El director general, J. A. Palanca.

(B. O. del E. de 19-X-1946.)

ORDEN de 7 de octubre de 1946 por la que se organiza la enseñanza de Deontología médica en las Facultades de Medicina.

Ilmo. Sr.: Con anterioridad a la organización de la enseñanza religiosa en las Universidades españolas, las Facultades de Medicina introdujeron en sus planes de estudio un curso de Deontología médica a desarrollar en el séptimo de carrera. Con carácter general dispuso más tarde el artículo 3.º del Decreto de 26 de enero de 1944 que la enseñanza religiosa se desenvolvería durante los cuatro primeros cursos de cada Facultad, reservando para el cuarto las materias de Deontología profesional. Pero la especial naturaleza de los estudios de Medicina aconsejan una ligera excepción que no quebranta lo dispuesto con carácter general en el Decreto y permite cumplir más plenamente los fines por éste perseguidos, ya que sólo al final de la carrera se encuentra el alumno en condiciones de comprender los problemas de moral profesional que el ejercicio futuro de su misión le puede plantear.

En su virtud, y en uso de las facultades que le son conferidas por el artículo 11 del mencionado Decreto,

Este Ministerio ha dispuesto:

Artículo 1.º A partir del presente curso, la enseñanza de la Deontología médica se dará en todas las Facultades de Medicina en el séptimo año de la carrera como disciplina de lección bisemanal y durante la totalidad del curso normal escolar.

Art. 2.º Siguiendo el régimen establecido hasta ahora en las Facultades de Madrid y Barcelona en lo referente a matrícula, régimen escolar, exámenes, etc., etc., se considerará la Deontología médica como disciplina aneja a la Medicina legal.

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

Madrid, 7 de octubre de 1946.—*Ibáñez Martín*.
Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 19-X-1946.)

ORDEN de 8 de octubre de 1946 por la que se nombra para la forensía del Juzgado de Instrucción de Sanlúcar de Barrameda a don Eduardo Roca Sánchez.

Excmo. Sr.: Visto el expediente instruido para provisión de la plaza de Médico forense del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Sanlúcar de Barrameda, de categoría de término, dotada con el haber anual de 8.400 pesetas, vacante por traslación de don Joaquín Torrecilla, y de conformidad con lo prevenido en el artículo 10 del Decreto de 17 de junio de 1933, modificado por el

de 29 de agosto de 1935, y en la Orden complementaria de 20 de agosto de 1941,

Este Ministerio acuerda nombrar para desempeñarla a don Eduardo Roca Sánchez, Médico forense del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Algeciras, por ser el único concursante.

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

Dios guarde a V. E. muchos años.

Madrid, 8 de octubre de 1946.—P. D., I. de Arcenegui.

Excmo. Sr. Presidente de la Audiencia Territorial de Sevilla.

(B. O. del E. de 17-X-1946.)

ORDEN de 8 de octubre de 1946 por la que se declaran desiertas las forensías de término de los Juzgados de Instrucción de Figueras y Huesca y ordenando su provisión.

Ilmo. Sr.: Habiendo resultado desierto el concurso de traslación anunciado para proveer las plazas de Médicos forenses, de categoría de término, vacantes en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Figueras y Huesca,

Este Ministerio, de conformidad con lo establecido en el artículo 13 del Decreto de 17 de junio de 1933, modificado por el de 7 de enero de 1936, acuerda que se proceda a su provisión en la forma prevenida en las disposiciones de que queda hecho mérito, previo el anuncio correspondiente.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 8 de octubre de 1946.—P. D., I. de Arcenegui.

Ilmo. Sr. Director general de Justicia.

(B. O. del E. de 17-X-1946.)

DIRECCIÓN GENERAL DE BENEFICENCIA Y OBRAS SOCIALES.—Convocando oposición entre Médicos de sala para la provisión de una plaza vacante de Médico oftalmólogo numerario del Instituto Oftálmico Nacional.

Vacante una plaza de Médico oftalmólogo numerario en el Instituto Oftálmico Nacional, consignada en el presupuesto vigente con la gratificación anual de 8.000 pesetas, cuya provisión corresponde al turno de oposición entre Médicos de sala, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 41 del vigente Reglamento de dicho Instituto, de 27 de agosto de 1941, se anuncia por la presente convocatoria la indicada oposición entre Médicos de sala para proveer la citada vacante; y para debido conocimiento de los interesados de las normas a seguir, se detallan a continuación las condiciones necesarias para tomar parte en dicha oposición, forma de celebrarse y demás reglas a ella referentes:

1.^a El número de plazas a cubrir es el de uno, y será sometida, para ser provista, a la rotación

que preceptúa el artículo 6.º de la Ley de 25 de agosto de 1939 y lo ordenado por la Ley de 3 de septiembre de 1942.

2.^a El plazo de presentación de solicitudes para los que deseen tomar parte en la oposición es de treinta días, a contar de la publicación de la presente convocatoria en el *Boletín Oficial del Estado*; y si el último día fuese festivo, expirará el plazo en el primer día hábil, siendo el local donde habrán de presentarse las solicitudes únicamente en esta Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales, y las horas exclusivamente las de oficina.

3.^a Las instancias deberán ser elevadas al ilustrísimo señor Director general de Beneficencia y Obras Sociales, y acreditar, mediante los correspondientes documentos, los requisitos siguientes:



(Aprobado por la Censura Sanitaria)

a) Relación jurada de méritos y servicios profesionales.

b) Justificación de haber abonado la cantidad de 100 pesetas por derechos de examen.

4.^a El Tribunal que ha de juzgar los ejercicios de oposición estará integrado por el Director del Instituto Oftálmico Nacional, como Presidente, y como Vocales, tres facultativos representantes, respectivamente, de la Sanidad nacional, Facultad de Medicina y Colegio Oficial de Médicos de esta provincia, y otros tres Médicos de número del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General del Estado, cuyo Tribunal será nombrado por Orden ministerial.

5.^a Los plazos y la forma de la celebración de los ejercicios tendrán lugar con arreglo a lo dispuesto en los artículos 43 y siguientes del vigente Reglamento del Instituto Oftálmico Nacional, y con sujeción al programa que oportunamente se hará público por el expresado Tribunal, una vez constituido.

6.^a Las oposiciones darán comienzo después de transcurridos tres meses, a partir de la fecha de esta convocatoria, el día que fije el Tribunal, y que se anunciará en el *Boletín Oficial del Estado* para conocimiento de los opositores, según dispone la Orden de la Presidencia del Gobierno de 6 de marzo de 1942.

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

Dios guarde a V. S. muchos años.

Madrid, 19 de octubre de 1946.—El Director general, Manuel Martínez de Tena.

Sr. Jefe de la Sección de Beneficencia General.

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

TRIBUNAL DE OPOSICIONES A LAS CÁTEDRAS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA VACANTES EN LAS FACULTADES DE MEDICINA DE LAS UNIVERSIDADES DE SANTIAGO Y ZARAGOZA. — *Señalando fecha, hora y local en que se han de presentar los opositores.*

Los aspirantes a estas cátedras se presentarán el día 7 de noviembre próximo, a las doce de la mañana, en la Sala de Grados de la Facultad de Medicina de Madrid, a fin de conocer el sistema acordado por el Tribunal en orden a la práctica de los dos últimos ejercicios de estas oposiciones.

En dicho acto, los señores opositores entregarán al Tribunal los trabajos científicos y la exposición escrita del concepto, método, fuentes y programa de la disciplina, sobre lo que han de versar los dos primeros ejercicios, de conformidad con lo prevenido en el vigente Reglamento de oposiciones a cátedras de Universidades. Asimismo, entregarán el recibo de haber ingresado en la Habilitación del Ministerio de Educación Nacional los derechos que previene el Real Decreto de 12 de marzo de 1925.

Madrid, 21 de octubre de 1946.—El Presidente del Tribunal, *Fernando Enríquez de Salamanca.*

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

ORDEN de 11 de octubre de 1946 por la que se designa el Tribunal calificador de las oposiciones a una plaza de Médico de número del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General del Estado, Jefe del Servicio de Laboratorio y Autopsias del Hospital de la Princesa.

Ilmo. Sr.: A tenor de lo dispuesto en la convocatoria de 28 de febrero del corriente año, publicada en el *Boletín Oficial del Estado* de 7 de julio siguiente, para proveer por oposición una plaza de Médico de número del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General del Estado, Jefe del Servicio de Laboratorio y Autopsias del Hospital de la Princesa, de Madrid,

Este Ministerio, de conformidad con la propuesta de ese Centro directivo, ha tenido a bien disponer que el Tribunal calificador de la referida oposición quede constituido en la forma siguiente:

Presidente: don Pedro Cifuentes Díaz, Decano jefe del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General.

Vocales: don Manuel Arredondo Rodríguez, Médico de número del expresado Cuerpo; don Salvador Albasanz Echevarría, ídem íd.; don Francisco Rodríguez Partearroyo, ídem íd.; don Manuel Peraíta Peraíta, ídem íd.; don Emilio Luengo Arroyo, como representante de la Dirección General de Sanidad; don José de la Lastra Soubrier, representante de la Facultad de Medicina de Madrid; don Joaquín Alonso Pérez, representante del Colegio Oficial de Médicos de Madrid; don José Aparicio Garrido, representante de

la Delegación Nacional de Sanidad de F. E. T. y de las J. O. N. S.

Vocal suplente: don Luis Camarón Calleja.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 11 de octubre de 1946.—*Pérez González.*

Ilmo. Sr. Director general de Beneficencia y Obras Sociales.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE RECLUTAMIENTO Y PERSONAL. — Escala honorífica (Sanidad Militar).— ORDEN de 18 de octubre de 1946 por la que se transcribe relación del personal al que se le concede el ingreso en la Escala honorífica de Sanidad Militar.

En cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto de 12 de diciembre de 1942 (*Diario Oficial* número 2 de 1943) y disposiciones complementarias, se publica relación del personal al que se le concede el ingreso en la Escala honorífica de Sanidad Militar, con las categorías que a cada uno se le señalan y en las condiciones que determinan los artículos 4.º y 5.º del citado Decreto e instrucción cuarta de la Orden de 25 de junio del citado año 1943 (*Diario Oficial* núm. 142):

Comandantes Médicos honoríficos: Don Agustín Aznar Gerner (Madrid), don Rafael Ramos Fernández (Barcelona) y don Luis Vázquez San Juan (Sevilla).

Capitanes Médicos honoríficos: Don Rafael Albiol Higuier (Tarragona), don Ernesto Junquera Herrero (Ciudad Real) y don José Soler Planas (Bab-Tazza, Marruecos).

Madrid, 18 de octubre de 1946.—*Dávila.*

ORDEN de 2 de octubre de 1946 por la que se declara desierto el concurso de traslado que se menciona.

Ilmo. Sr.: Por falta de aspirantes, el concurso de traslado anunciado por Orden de 23 de julio del corriente año (*Boletín Oficial del Estado* de 3 de agosto siguiente), para la provisión en propiedad de la cátedra de Anatomía descriptiva y topográfica y Técnica anatómica, segundo, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca,

Este Ministerio ha resuelto declarar desierto el concurso de traslado de referencia.

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

Madrid, 2 de octubre de 1946.—*Ibáñez Martín.*

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 25-X-1946.)



Insulinas

Zeltia

EXACTA TITULACIÓN, ESTABILIDAD

INSULINA ORDINARIA

(FRASCOS DE 100 Y 200 U.I.)

PROTAMINA - ZINC - INSULINA

(INSULINA RETARDADA)

(FRASCO DE 200 U.I.)

LABORATORIOS ESPAÑOLES "Zeltia" S.A.



ESPASMOFREN

ASOCIACIÓN MEDICAMENTOSA ESPASMOLITICA

Espasmolítico sin estupefacientes

COMPOSICIÓN:

COMPRIMIDOS:

Clor. papaverina..... 0,03 grs.
Sulfoester de atropina..... 0,0005 «
Lumcalcio (sal cálcica del ácido feniletil-
barbitúrico)..... 0,02 «
Piridol (dimetilamino-fenil-dimetil-pirazolona) 0,15 «

TUBO DE 10 COMPRIMIDOS

INYECTABLES:

Clor. papaverina..... 0,03 grs.
Sulfoester de atropina..... 0,0005 «
Agua destilada..... 1 c. c.

CAJA DE 5 AMPOLLAS DE 1 C.C.

FÁBRICA DE PRODUCTOS QUÍMICOS
Y FARMACÉUTICOS ABELLÓ
Madrid - - León

(Censura Sanitaria núm. 8.969)