

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 2 de noviembre de 1946

NÚMERO 4.724



HIPPOCRATES



GALENVS



AVICENA



RASIS



MESVE



PLATO



ARISTOTELES



THEOPHRASTVS



AVEROIS



DIOGENES



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. "GARST"

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. *Poiquilodermia reticular pigmentaria*, por los Dres. Sandalio González Calvo y Enrique Merino Eujercios. *Tratamiento de las neuralgias por la iontoforesis*, por el Dr. J. Izquierdo Rubín. TEMAS AL DÍA: *Recientes avances en patología digestiva*, por el Dr. Eduardo Arias Vallejo. DIVULGACIONES NACIONALES: *Genialidad y psicopatología: Thomas de Quincy*, por el Dr. José M. Sacristán. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *Un eficaz instrumento científico*, por R. M. B. *El carbono 14*, por el Dr. Robert M. Barton. *Los aniversarios de la Academia de Cirugía*, por René Sudre. CONSULTORIO MÉDICO QUIRÚRGICO. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

POIQUILODERMIA RETICULAR PIGMENTARIA

por los doctores

SANDALIO GONZALEZ CALVO y
Director del Dispensario Dermatológico de Palencia.

ENRIQUE MERINO EUJERCIOS
Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina de Valladolid.

Sin más finalidad que aportar un caso más de poiquilodermia reticular pigmentaria, vamos a dar cuenta de una observación que hemos tenido ocasión de recoger recientemente.

La historia clínica de nuestro caso es la siguiente:

E. C. D., de cuarenta años, casada, dedicada a sus labores y natural de Santander. Han sido cinco hermanos; todos viven y no padecen enfermedad alguna consiguiente; nuestra enferma no ha tenido descendencia; un solo embarazo, terminado por aborto a los dos meses. De pequeña refiere haber padecido sarampión y tos ferina; da cuenta asimismo de una lesión pulmonar hace diez años, por cuyo motivo la aconsejaron cura de reposo, e inyectaron un preparado de oro. Quedó bien, y, a partir de aquella fecha, nada anormal ha aquejado en este sentido.

Comienzo de la enfermedad actual.—Con exactitud no recuerda el momento en que se iniciaron sus lesiones cutáneas; parece ser lo hicieron en forma insidiosa hace bastantes meses; sin la menor molestia subjetiva, advirtió en región frontal (hacia su parte media) unas «manchas rojas» de pequeño tamaño, que, al cabo de varias semanas, iban tomando poco a poco un aspecto acafetado; de su localización inicial fueron extendiéndose a resto de frente, para descender más tarde a lo largo de ambas regiones parotídeas hasta alcanzar las proximidades de parte alta de cuello.

Examen objetivo actual (15 de octubre de 1944).

Las lesiones se acantonan en los dos tercios superiores de la región frontal, disponiéndose a modo de banda casi continua, que contrasta con lo respetada que se ofrece la parte inferior de la zona apuntada. Tienen el aspecto de un eritema discretamente bronceado, de repartición difusa, que en casi toda su amplitud se ajusta a una disposición reticular más o menos neta. En las mallas de esta especie de redécilla se comprueban zonas de piel de tono grisáceo en unos sitios, pigmentario en otros y hasta purpúrico. Estas zonas son en su mayoría de dimensiones aproximadas a una lenteja; en ciertos lugares se ofrecen netamente engastadas en las mallas de la formación reticular; en otros no se observan circundadas de modo tan preciso. A su nivel, la piel se advierte—aunque no de manera uniforme—adelgazada, fácilmente plegable en unos sitios y con señales de atrofia evidente en otros.

En conjunto de lesiones descende en plan más discreto por ambas regiones parotídeas, ajustándose desde el punto de vista objetivo a una disposición semejante, si bien el fondo reticular se observa menos acusado y las lesiones son más eritematosas que pigmentarias. Un detalle a subrayar es que el cuadriculado de la piel se advierte más pronunciado y hasta parecen verse en sus angostos espacios romboidales muy pequeñas pápulas que dan al conjunto de la lesión en la zona a

que nos referimos la sensación de una liquenificación superficial.

De las regiones parotídeas siguen en ambos lados descendiendo las lesiones hacia ángulo de maxilar inferior y parte alta de caras laterales del cuello; la redecilla eritematopigmentaria va per-

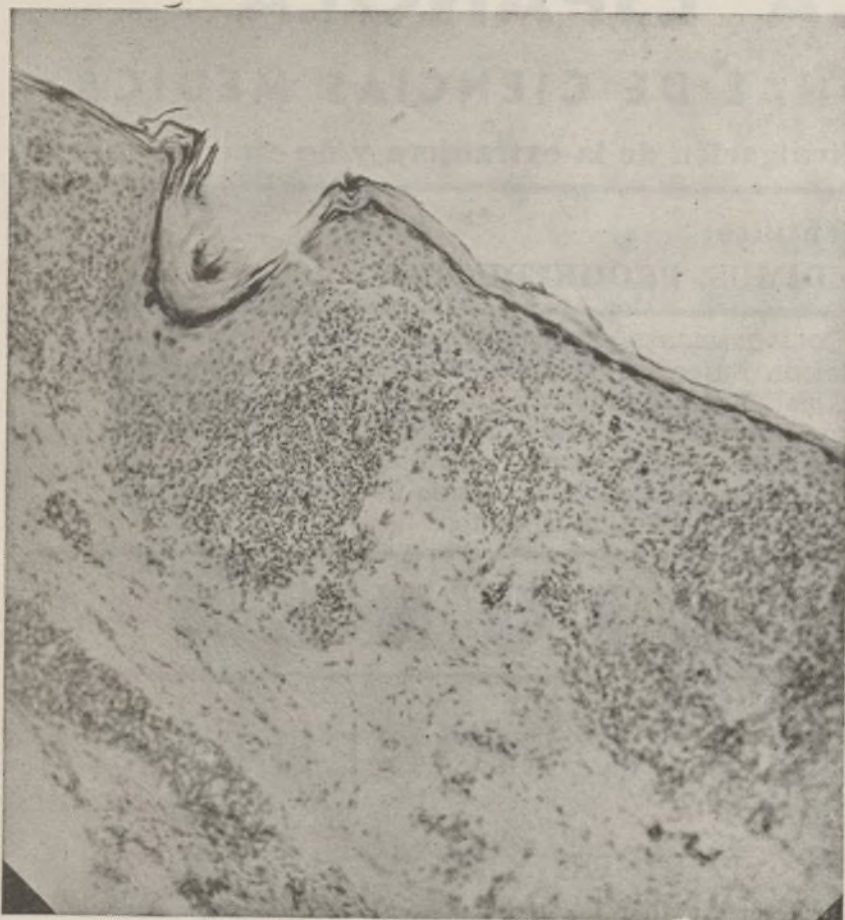


Fig. 1.—Imagen de conjunto con la infiltración dérmica y el aplanamiento del epitelio.

diendo nitidez, y entre sus mallas la piel tiene casi apariencia normal o se muestra algo deprimida y decolorada. Las lesiones se van borrando de manera insensible, siendo prácticamente inexistentes en parte media de región cervical.

No hay lesiones en mucosa bucal. No se aprecian tampoco atrofas musculares, ni refiere la enferma la menor dificultad en cuanto a movimientos. Explorada, desde el punto de vista interno, no se recoge ningún dato de interés. Tensión arterial: máxima, 10,5; mínima, 7.

Serología de lúes, negativa (reacciones de Hech, Kahn, citocol, enturbiamiento y aclaramiento de Meinicke).

Examen hematológico: hematíes, 4.600.000; leucocitos, 7.800; hemoglobina, 85 por 100; valor globular, 0,9. Fórmula leucocitaria: neutrófilos, 65; eosinófilos, 1; Basófilos, 1; linfocitos, 29; monocitos, 4.

ESTUDIO HISTOLÓGICO

Epidermis.—En toda la extensión de la pieza biopsiada obsérvase aplanado, excepto a nivel de las formaciones foliculares; el límite dermoepidérmico ofrece una disposición en línea recta; todo el epidermis se advierte con signos evidentes de atrofia, apareciendo constituido por cuatro o cin-

co capas de células dispuestas un tanto irregularmente; comparada con esta delgadez epidérmica, apréciase la córnea engrosada, sobre todo a nivel de los folículos pilosos.

A mayor aumento se observa la basal con sus células disociadas a causa de un edema intercelular más intenso en algunas zonas; ello es motivo de que aparezca algo desdibujado el límite epidérmico. En el resto de las células malpighianas anotamos una alteración de los puentes intercelulares al estar aquéllas más estrechamente unidas; sus núcleos son densos y de forma alargada. En el citoplasma de las células espinosas se comprueba con alguna insistencia una degeneración de tipo vacuolar; tan acusada es en ocasiones, que en el interior de una de estas vacuolas llega a albergarse el núcleo.

La granulosa vese formada por una sola hilera de células claramente apreciables; no se muestra, por el contrario, muy aparente la lúcida; de ella se pasa a una córnea más o menos engrosada e integrada por estratos superpuestos de queratina. Nada vale la pena de consignar en las células pigmentarias de la capa basal.

Dermis.—El cuerpo papilar ha desaparecido como formación propia, coincidiendo este hallazgo con el aplanamiento epidérmico ya consignado. Está formado por fibras colágenas (disocia-

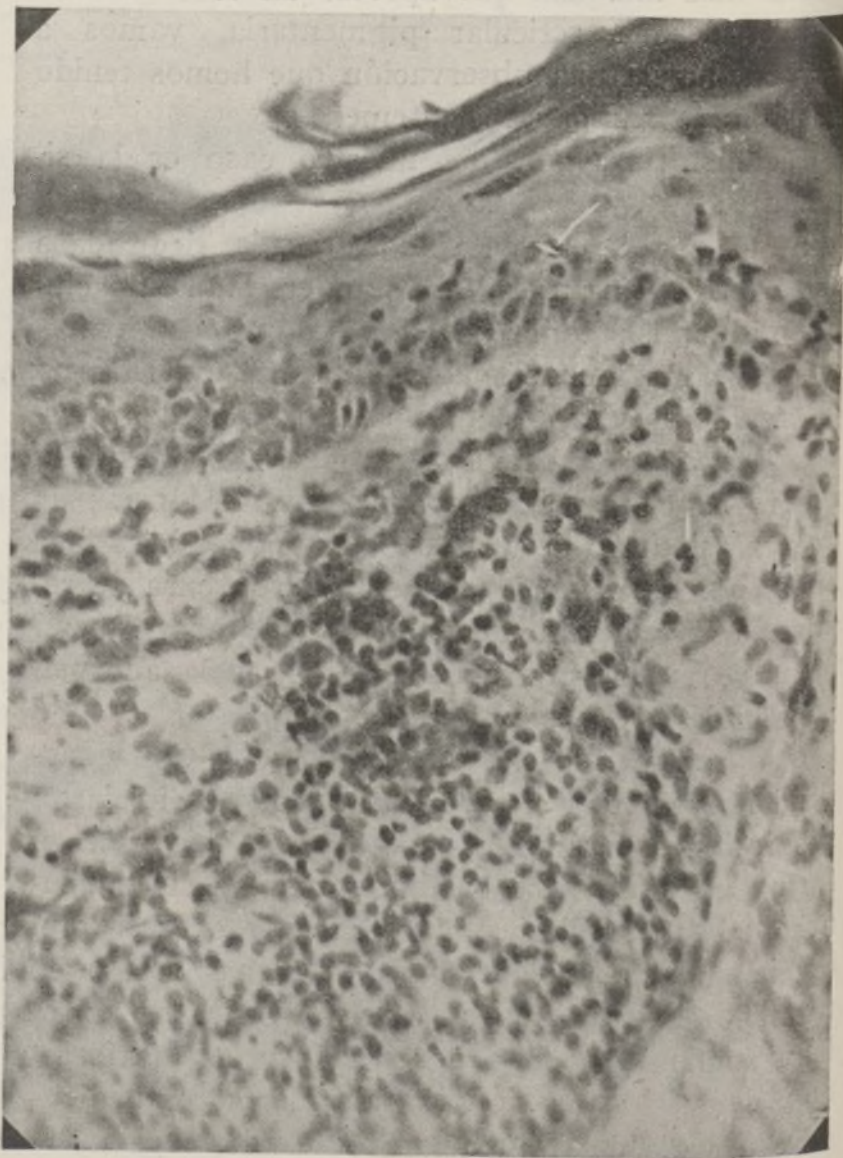


Fig. 2.—Mayor aumento, mostrando el edema epidérmico, así como el infiltrado dérmico y las células pigmentarias.

das por un edema interfibrilar), células conjuntivas (fibroblastos en su mayoría), linfocitos y células pigmentarias. Los linfocitos tienden a situarse en torno a los vasos capilares a modo de manguito o adoptando una disposición nodular; a veces



Fig. 3.—Quiste córneo en el interior de un folículo, atrofia del dermis, estructura del conjuntivo con la infiltración perivascular.

se ven aislados en pleno tejido conjuntivo, asociados en nodulillos pequeños o en derredor de los folículos pilosebáceos. Las células pigmentarias (bien cargadas de pigmento) se las observa casi siempre aisladas, por lo que destacan claramente de las restantes; son más numerosas en las porciones altas del tejido conjuntivo, en las proximidades de los folículos y en las zonas donde, en general, es más acusado el infiltrado.

En el resto del conjuntivo, con sus fibras menos disociadas y ya normales a nivel del estrato reticular, obsérvanse células conjuntivas (particularmente fibroblastos), histiocitos, linfocitos aislados o agrupados en pequeños nódulos y escasos eosinófilos.

Los vasos aparecen dilatados, y con ectasias los de mayor calibre. En los nervios de la porción inferior del conjuntivo anotamos una proliferación de las vainas y generación de la mielina.

En algunos folículos pilosebáceos se nota una hiperqueratosis en capas concéntricas que, al ro-

dearlos, llega a formar verdaderos quistes córneos foliculares.

No hay alteraciones consignables en las glándulas sudoríparas y sebáceas advertidas en la pieza.

COMENTARIOS

En verdad, ni clínica ni histológicamente hay argumentos contundentes que permitan separar como entidad rigurosamente autónoma a la llamada melanosis de Riehl; sigue confundiéndose por muchos autores con la poiquiloderma reticular pigmentaria descrita por CIVATTE, e incluso según BLASCHO y JADASSHON, con el líquen plano; hasta tal extremo se llevan estos recíprocos puntos de contacto entre las dermatosis citadas, que recientemente MILIAN califica a la primera de síndrome, diciendo que no tienen por qué merecer estas lesiones el nombre de un autor determinado; en el mismo sentido se expresa SEZARY. Para CIVATTE, las mutuas relaciones entre unas y otras serían tanto clínicas como histológicas; según GANS, tendrían también relaciones con el cloroacné. En general, desde el punto de vista histológico, hay de común entre todas ellas la infiltración inflamatoria, la hiperqueratosis y la formación de pigmento.

En nuestro caso vemos cómo el epidermis se ofrece aplanado y atrófico; el límite dermoepidérmico se dispone en línea recta, y al mismo tiempo la disminución en el espesor de aquél es evidente, al quedar limitado a unos cuantos estratos celulares, contrastando este detalle con la hiperqueratosis advertida en la córnea, más marcada, desde luego, a nivel del ostium folicular. Obsérvese, además, en el epidermis un edema de sus células, más patente en la basal y en el cuerpo espinoso; lo que no hemos encontrado son esas formaciones vacuolares descritas por HABERMAN que



contendrían fibrina, células del infiltrado y pigmentarias; si hemos observado signos de vacuolización en algunas células epiteliales, alteraciones en sus puentes de unión y variaciones en la morfología nuclear al comprobar unos núcleos hiper-teñidos y desplazados.

Las que son muy objetivas son las alteraciones foliculares; van desde la hiperqueratosis discreta hasta el quiste córneo, incluido dentro del folículo, pasando por la intensa queratinización de éste, conteniendo en su interior restos del pelo más bien del tipo lanugo. Estas formaciones, que tienen cierta semejanza con el cloroacné, son quizá para GANS las más fundamentales en la melanosis de Riehl.

En el dermis llaman la atención dos tipos principales de lesiones: la pigmentación y el infiltrado; éste se acusa en torno a los vasos en forma de manguito o de nódulos como los encontramos más frecuentemente en la parte alta del dermis debajo del estrato papilar y en éste; el infiltrado a que aludimos está constituido por linfocitos, células conjuntivas y algunos eosinófilos, hallazgo este último que subrayamos por no ser mencionado por otros autores.

Las fibras colágenas aparecen, en general edematosas, siendo el edema más evidente en la porción papilar; en las restantes fibras no hemos advertido alteraciones; tampoco hemos comprobado la transformación de la elastina que describe GANS.

Los vasos sanguíneos están dilatados; las células del infiltrado rodean a los más finos; los gruesos, ectásicos, no ofrecen infiltración.

Células pigmentarias aisladas se encuentran en el dermis, más abundantes en la porción papilar; sin embargo, su distribución es irregular, no adaptándose a los vasos capilares, como dice HOFFMANN, fenómeno que creemos sería fundamental en la poi quilodermia reticular pigmentaria de CIVATTE. Donde tienen preferencia por acumularse es en torno a los folículos.

Subrayemos, para terminar estos comentarios, las alteraciones advertidas en los nervios, que se exteriorizan por una degeneración e hipertrofia de las células conjuntivas que les rodean; no cabe duda, tienen cierta importancia si pensamos en la teoría neurógena de este tipo de lesiones o en los trastornos del sistema simpático a que recientemente han aludido GOUGEROT, BOURNIER y CASTEAUD.

En principio, parece ser se ha llegado a un acuerdo en lo que se refiere a la nomenclatura de

los distintos tipos de poi quilodermias. En la sesión que en 1929 dedicó el profesor PAUTRIER, de Estrasburgo, a las atrofas cutáneas, se trató de puntualizar las relaciones que entre sí tenían las variadas formas de poi quilodermias hasta entonces descritas. Con poco tiempo de diferencia fueron dados a conocer dos tipos fundamentales de poi quilodermias difusas: el que, en 1906, bautizaron PETGES y CLEJAT con el nombre de esclerosis atrófica de la piel y miositis generalizada, y el que, en 1908, presentó JACOBI al IX Congreso de Dermatólogos Alemanes con el título de poi quilodermia atrófica vascular.

En una comunicación que PETGES y sus colaboradores presentaron a la referida sesión de Estrasburgo propusieron, y fué aceptado, el nombre de poi quilodermatomiositis para designar la primitiva afección descrita por este autor y CLEJAT en 1906.

Las formas circunscritas de poi quilodermias fueron dadas a conocer bastantes años después. En 1916, SCHAEFFER describió el primer caso de una dermatosis superponible, desde el punto de vista objetivo, a la poi quilodermia atrófica vascular de JACOBI, pero con lesiones mucho más limitadas. Fué, sin embargo, RIEHL quien poco más tarde, en una Memoria de conjunto, dió a esta nueva entidad el nombre de melanosis de guerra. En 1923, CIVATTE describió con el título de poi quilodermia reticular pigmentaria de la cara y cuello una dermatosis en todo similar a la estudiada e individualizada por RIEHL. Cuando, en 1929, se puso en Estrasburgo sobre el tapete la cuestión de las poi quilodermias, el propio CIVATTE dijo estaba dispuesto a admitir que su poi quilodermia reticular circunscrita no era otra cosa sino una forma un poco menos difusa y menos pigmentada que la melanosis de RIEHL, o melanosis de guerra.

Por otra parte, este mismo autor cree que sus casos cabe también incluirlos en la forma de PETGES-JACOBI, sin que de esta apreciación pretenda deducirse que la poi quilodermia de JACOBI sea una melanosis de RIEHL.

PAUTRIER califica de un tanto compleja la cuestión de poi quilodermia atrófica vascular, melanosis de Riehl y poi quilodermia reticular tipo Civat-



s. En la se-
PAUTRIER, de
se trató de
sí tenían las
hasta enton-
ferencia fue-
amentales de
1906, bauti-
bre de escle-
neralizada, y
IX Congreso
ítulo de poi-

y sus colabo-
esión de Es-
o, el nombre
ignar la pri-
tor y CLEJAT

odermias fue-
después. En
caso de una
unto de vista
a vascular de
más limitadas.
o más tarde,
a esta nueva
e guerra. En
de poiquilo-
cara y cuello
a estudiada e
en 1929, se
e la cuestión
VATTE dijo es-
oiquilodermia
osa sino una
s pigmentada
sis de guerra.
cree que sus
orma de PET-
ción pretenda
ACOBÍ sea una
pleja la cues-
ular, melano-
ar tipo Civat-

te; habla de una serie de hechos de tránsito particularmente entre melanosis de Riehl y la forma circunscrita descrita por CIVATTE.

Por último, en 1932, PETGES ha creado un cuarto tipo de la entidad que nos ocupa: la poiquilodermatomiositis con concreciones calcáreas subcutáneas.

Como se ve, las cosas han cambiado desde las primitivas descripciones de PETGES y JACOBI. Es, pues, forzoso que hablemos, no de poiquilodermia como tal entidad aislada, sino que pluralicemos, refiriéndonos a poiquilodermias o estados poiquilodérmicos.

Siguiendo a Petges, y así puntualizadas las cosas, pueden las distintas modalidades de poiquilodermias clasificarse en la siguiente forma:

1.º Formas cutáneas puras (poiquilodermias propiamente dichas).

Tipo A: forma generalizada (poiquilodermia atrófica vascular de Jacobi).

Tipo B: forma circunscrita (poiquilodermia reticular pigmentaria de la cara y cuello tipo Civatte).

2.º Formas generalizadas mioesclerosantes (poiquilodermatomiositis).

3.º Forma de poiquilodermatomiositis con concreciones calcáreas subcutáneas.

Ateniéndonos a esta clasificación, y recordando las consideraciones que en la exposición y comentarios hemos hecho, no es difícil encasillar nuestra observación; es, a juicio nuestro, un caso más de los descritos por CIVATTE con el nombre de poiquilodermia reticular pigmentaria de la cara y cuello.

(Publicación autorizada por la J. R. C. de las Jornadas Médicas Españolas.)

— 30 —

Tratamiento de las neuralgias por la iontoforesis

por el

Doctor J. IZQUIERDO RUBIN

Del Servicio de Neurología de la Cruz Roja de Oviedo.

Desde que en 1850 HITTORF demostró, mediante un original procedimiento, cómo con tres departamentos, A, B, C, conteniendo agua el departamento A; el departamento B, una solución de cloruro de sodio, y el departamento C, agua también; estando los departamentos A y B comunicados por medio de una pequeña masa de arcilla humedecida, y haciendo lo propio con los departamentos B y C (figura 1.^a). Si después se enlazaban los departamentos A y C con un manantial galvánico, de forma que en A estuviese el polo positivo y en C el negativo, se comprobaba al cabo de una hora que el departamento A contenía cloro y el C sosa. Era, pues, necesario admitir que los iones de cloro y de sodio se habían desplazado por la acción de la corriente eléctrica.

Posteriormente, LABATUD realizó unas similares experiencias en los tejidos de animales muer-



Figura 1.^a

tos. Tomó para ello una cuba rectangular con una disolución de cloruro de litio al 5 por 100 y colocó en su centro una masa muscular de un caballo, de modo que la cuba quedó así dividida en dos partes más pequeñas (A y B), separadas por el músculo (figura 2.^a). Hizo pasar por medio de

dos electrodos (E — E') una corriente de 8 miliamperios durante una hora. Al cabo de este tiempo se quitó la corriente, se tiró el cloruro de litio y se lavó la cubeta hasta la completa desaparición del cloruro de litio. Luego dividió el músculo en ocho secciones de igual grueso y en cada

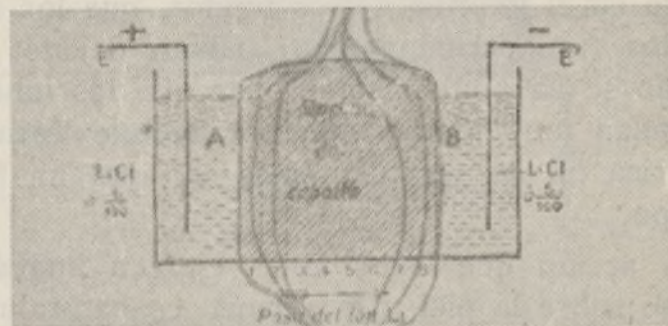


Figura 2.^a

una se dosificó el litio, viéndose que el músculo contenía las seis décimas partes del litio.

Basado en estas experiencias realizó ENSCH varias pruebas para demostrar la penetración de los iones en los tejidos animales vivos. Cogió dos cubetas; una contenía yoduro potásico y la otra agua. Colocó luego una rana (figura 3.^a), de tal forma, que las patas anteriores descansaban en el interior de la cubeta que contenía el yoduro potásico, mientras que las posteriores lo hacían en el interior de la que contenía el agua. Colocó un electrodo positivo, ensartado en un pedacito de patata cocida en la cubeta del agua, y un electrodo negativo en la cubeta del yoduro, haciendo pasar una corriente de 5 miliamperios durante varios minutos. Al cabo de cincuenta minutos, la patata

del polo positivo se había teñido de azul, debido a que el ión yodo había atravesado el cuerpo de la rana y actuado sobre el almidón de la patata.

Las experiencias en este sentido se sucedieron sin apenas interrupción, y así AUBERT hace penetrar eléctricamente en los tejidos el ión pilocarpina. LEDUC, en el Congreso de la A. F. A. S. de París, en 1900, realiza varias experiencias en conejos, demostrando el paso de la estricnina.

El organismo humano se comporta de una ma-

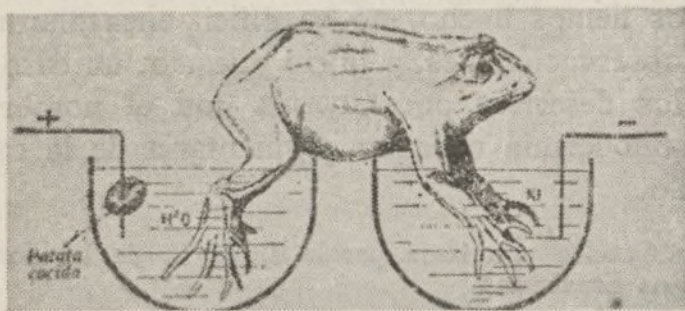


Figura 3.a

nera semejante. Es, pues, también un conductor electrolítico, y de ello DERTOT, SAWY-LABATUD, BORDIER, GONZÁLEZ QUIJANO, QUILICHINI y otros han demostrado que esta penetración eléctrica de los iones en el organismo no era un simple concepto teórico, sino una realidad fisiológica de primer orden.

Desde los trabajos de LEDUC y de GONZÁLEZ QUIJANO se admite que la penetración de los iones en el organismo se realiza a nivel de los orificios glandulares y a lo largo de los canales de estas glándulas, según demostraron al seguir el rastro en el interior de los tejidos, que los iones teñidos (ión permangánico) habían dejado. Asimismo se ha podido comprobar que los iones se trasladan muy lentamente, por lo que la acción eléctrica ha de ser mantenida durante un largo tiempo.

La acción que estos iones ejercen inmediatamente sobre la piel y la dermis es naturalmente muy variada. Así vemos cómo los iones de hidrógeno alteran rápidamente los tejidos; los de calcio y los de hierro son muy dolorosos, mientras que el ión salicílico es muy bien tolerado.

Cuando estos iones han llegado al tejido celular subcutáneo, la corriente sanguínea que empaapa las mallas de aquel tejido es capaz de arrastrar aquellos iones; de ahí el hecho de haber encontrado algunos autores los iones introducidos en sitios muy distantes del punto de aplicación (por ejemplo, en la orina).

Los efectos de la iontoforesis se aprecian mejor que con ninguna otra sustancia mediante el doryl. Si nosotros introducimos mediante una corriente galvánica de 1 miliamperio esta sustancia, apreciaremos al poco tiempo una hiperemia local en el sitio de la aplicación. Pero si elevamos la intensidad de la corriente a 5 miliamperios, entonces ya podemos comprobar signos generales

(secreción salivar, reacción de calor, opresión abdominal, sudores). Si continuamos elevando el miliamperaje, veremos que a los 15 miliamperios se producen deseos de orinar y micciones, para producirnos un colapso si continuamos elevando la intensidad eléctrica.

La introducción de otros iones no llega a producir efectos tan aparatosos. Así, por ejemplo, la acetilcolina a los 30 miliamperios de intensidad, que con el doryl se produciría un colapso, e nella sólo se producen manifestaciones de hiperemia y formación de urticaria (figura 4.a).

- A) Hiperemia.
- B) Urticaria.
- C) Calor, salivación.
- D) Sudores.
- E) Micción.
- F) Colapso.

Tras las experiencias de numerosos autores (RUBMANN, FRANCILLON, GLAS, RUTENBECK) se ha podido establecer un cuadro general, según la dirección en que penetran los iones de cada una de las sustancias más comúnmente empleadas en la iontoforesis. Así, vemos que desde el ánodo penetran el nitrato de estricnina, la adrenalina, el clorhidrato de cocaína, la antipirina, el clorhidrato de quinina, la eucaina, azul de metileno, glicocola, histamina, doryl, acetilcolina, pilocarpina, clorhidrato de morfina, veneno de abeja, etc.

Mientras que desde el cátodo penetran el bromuro de sodio, salicilato sódico, yoduro sódico, yoduro potásico, cloruro de plata, vitamina B₁₂,

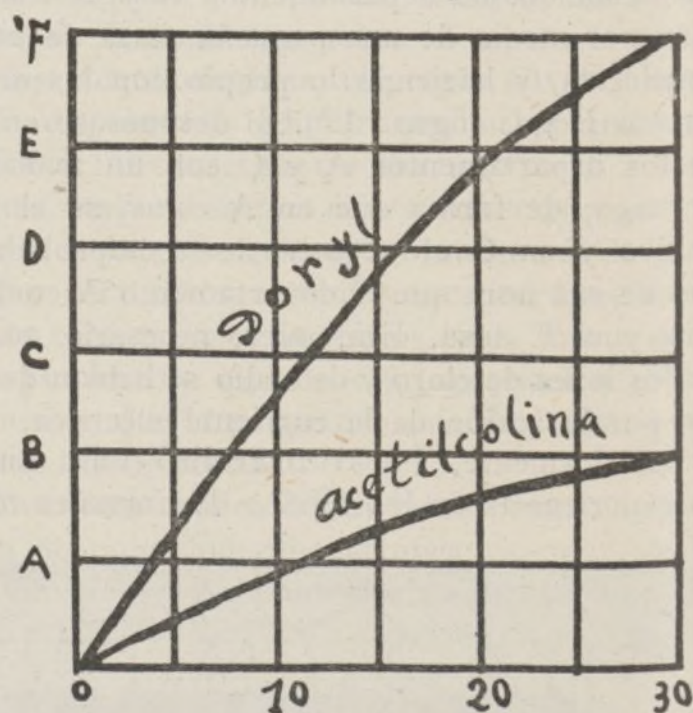


Figura 4.a

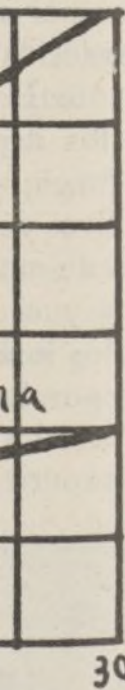
fuchina, ácido silícico, sulfuro de arsénico, cloruro de hierro, etc.

La técnica para realizar una iontoforesis es variable; diremos, en términos generales, que sencilla, si disponemos de un manantial de corriente continua de una tensión superior a 50 voltios. Se precisa un miliamperímetro, que se colocará en el circuito del paciente. El comercio dispone de muy variados modelos que resumen el manejo y com-

opresión ab-
vando el mi-
amperios se
es, para pro-
elevando la

llega a pro-
ejemplo, la
densidad, que
e nella sólo
remia y for-

osos autores
(NBECK) se ha
según la di-
cada una de
leadas en la
el ánodo pe-
drenalina, el
el clorhidra-
tileno, glico-
pilocarpina,
beja, etc.
etran el bro-
duro sódico,
vitamina B₁



énico, cloru-
oresis es va-
es, que senci-
de corriente
0 voltios. Se
olocar en el
pone de muy
nejo y com-



Boldevón



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

Dosis

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

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

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

C. S. 8.303

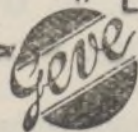


clásica en el tratamiento
interno de las dermatosis

«Azufre y Bardana»

justamente reivindicada y
superada con

Sulfolapina



SULFOLAPINA

COMPOSICIÓN Y FORMA

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

INDICACIONES

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

DOSIS

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

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

Censura Sanitaria N.º 2810

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.—S. A. Farmacéutica Aragonesa. Zaragoza.—Comercial Farmacéutica Castellana. Burgos.—Farmacia Ollarzabal. Beasain (Guipúzcoa).—Ceñal y Zaloña, S. A. Oviedo.—Centro Farmacéutico Salamantino. Salamanca. Y PRINCIPALES FARMACIAS DE MADRID

(Aprobado por lo Censura Sanitaria núm. 4.808.)

Ayuntamiento de Madrid

placen los gustos, aun los más exigentes. Lo mismo podemos decir de los electrodos.

Será conveniente tener en cuenta que, para realizar una perfecta iontoforesis, es preciso que el disolvente sólo contenga iones medicamentosos puros y que ni del disolvente ni de los electrodos deben penetrar otros iones perjudiciales, ya que, de producirse ello, los efectos iontoforéticos serán mucho menores, e incluso podrán llegar a ser nulos.

Nosotros realizamos siempre que podemos la iontoforesis según la técnica descrita por W. TIGGER, para lo cual sustituimos los electrodos sólidos adheridos al cuerpo por el método experimental de dicho autor, utilizando el baño de cuatro células (según SCHNEL) provisto de electrodos de carbón.

Nosotros hemos podido comprobar que, de realizar la iontoforesis en agua destilada a realizarla en agua corriente, las reacciones locales se presentaban en este último caso no sólo en un grado considerablemente menor, sino también con un notable retraso. Retraso que sería fácil de explicar al recordar que en el agua corriente existen muchos iones inorgánicos concomitantes, que lógicamente habrían de dificultar la acción iontoforética de un ión determinado.

* * *

Las neuralgias o dolores correspondientes a la irritación de las fibras sensitivas de un nervio reconocen múltiples causas etiológicas: la edad (más frecuentes en la media de la vida), la herencia (factores constitucionales neuropáticos), la temperatura (acción funesta del frío), los traumatismos (heridas, fracturas), infecciones (sífilis, paludismo, tifus), intoxicaciones (plomo, arsénico, alcohol), causas diatésicas (diabetes, gota), etc.

La multiplicidad de causas nos indican ya *a priori* la multiplicidad de tratamientos. Por eso en toda neuralgia habrá que dirigir el esfuerzo terapéutico para que éste sea realmente eficaz hacia su causa y hacia su síntoma. Es decir, será necesario combatir la irritación ya establecida en el nervio, y, al mismo tiempo, suprimir o atenuar la causa que había motivado aquella irritación.

El tratamiento causal llevará pareja con la etiología de la neuralgia y estará basado en el diagnóstico correcto de la misma.

El tratamiento sintomático de las neuralgias, que viene a ser similar para todas ellas, con algunas ligeras variantes, puede quedar resumido en las siguientes líneas: Reposo absoluto o relativo, supresión de excitantes, prescripción de analgésicos de corriente uso y, en caso de necesidad, recurrir a los opiáceos. El empleo de derivativos locales (sinapismos, fricciones, etc.) puede ayudar positivamente en el tratamiento. El calor, diatermia, radioterapia, iontoforesis, baños de luz, inyecciones de aire, alcoholización local y

procedimientos quirúrgicos son otros tantos medios terapéuticos de cuyos efectos se han publicado los más variados resultados.

La iontoforesis, como uno de tales medios terapéuticos, no pudo sustraerse, al ser sometido a severísima crítica, de tener también sus defensores y sus detractores. Así, vemos que, al lado de reconocidos maestros de la Medicina que la defienden calurosamente, se encuentran otros no menos prestigiosos que la desechan por su acción débil o ineficaz.

¿Cuál es, pues, el estado actual de este medio terapéutico en el tratamiento de las neuralgias?

Nuestra modesta opinión, basada en la literatura revisada y en los casos por nosotros tratados, tanto en los Servicios de la Cruz Roja como en la clínica particular, nos vienen a confirmar las siguientes conclusiones:

En primer lugar, queremos destacar que de la literatura por nosotros revisada se pueden establecer tres tipos de autores que, al enfrentarse con este problema, tratan de resolverlo según su criterio. Corresponden al primer grupo aquellos autores que, si bien no son una manifiesta mayoría, cuentan en su haber con ser los que más profundamente se vienen ocupando de estos problemas. Dichos autores consideran a la iontoforesis como un excelente medio terapéutico, indicando que, tanto por su inocuidad como por la mayoría de los resultados obtenidos, deberá ser siempre ensayado, sobre todo cuando la rebeldía del síntoma dolor nos haga pensar en otros medios terapéuticos de mayor riesgo.

Los de segundo grupo, en el cual se incluyen la mayoría de los autores, se contentan con mencionar este medio terapéutico como uno de los muchos que se vienen empleando en el tratamiento de las neuralgias; limitándose otros a transcribir las opiniones ya preestablecidas de determinados autores.

Se incluyen en el tercer grupo los detractores de este medio. Si bien aquí se puede observar la existencia de dos subgrupos, uno estaría formado por aquellos que, recogiendo los diversos resultados obtenidos, señalan a la iontoforesis como de efectos no brillantes, si bien reconocen los excelentes resultados obtenidos en algunos casos o con determinados y específicos iones medicamentosos. En el otro subgrupo se incluirían los francamente contrarios a este método, más por inútil que por perjudicial.

La iontoforesis tiene su mayor número de éxitos en las neuralgias esenciales. Por eso será siempre conveniente realizar los exámenes necesarios, mediante los que excluimos una posible etiología infecciosa o demás causas locales, como tumor, abscesos, mal de Pott, megaapofisitis, osteítis, etc., tras los que se impone el diagnóstico de neuralgia esencial, bien porque la naturaleza de la misma se escapa a los actuales medios de in-

vestigación, bien por su fondo reumático o a *fri-gore*, repetidamente comprobado por la mayoría de los neurólogos.

De los muchos y muy variados iones medicamentosos que se vienen empleando, son los de histamina, aconitina, quinina, yoduros y ácido salicílico los que más brillantes resultados nos han proporcionado.

En la mayoría de los casos, la corriente que empleamos es la galvánica, a un miliamperaje que varía con la diferente sensibilidad de los pacientes, la cual viene dada por su estado vegetativo, de tal forma que no debe producir dolor ni sensación de gran quemadura; el enfermo apreciará únicamente el hormigueo y el calor característico de toda aplicación.

Las concentraciones de las soluciones empleadas son muy varias y dependen del medicamento a usar desde 1/200 de concentración elevada a las más débiles de 1/20.000 y de 0,00025 gramos en 125 c. c. de agua (para la aconitina), según la intensidad, persistencia y antigüedad de la neuralgia (YPOLY-GOTSCH).

Las neuralgias intercostales y las ciáticas esenciales ceden muy bien a este tratamiento con unas diez a veinte sesiones. No podemos decir lo mismo de las neuralgias del trigémino, en donde

sólo hemos conseguido mejorías tan pequeñas, que prácticamente podemos considerarlas como nulas.

En las neuralgias de etiología específica, la iontoforesis tan sólo tiene un valor secundario; no obstante, siempre puede coadyuvar, y de esos casos cita también J. MONTEYS VIÑAMATA algunos con manifiesta mejoría después de varias aplicaciones yoduradas.

En la neuralgia que suele acompañar al herpes zóster, fundándonos en la cada vez más admitida teoría etiopatogénica de su origen infeccioso (NETTER, BOKAY, HEAD), hemos realizado, siguiendo la técnica descrita por GABRIEL ALONSO para la iontoforesis de las sulfamidas, dos tratamientos por estas sustancias con excelentes resultados. En estos casos uníamos el electrodo activo al polo negativo del manantial galvánico con una intensidad de cinco miliamperios durante veinte minutos. Las sesiones fueron diarias y en número de diez una y de doce la otra, apreciándose ya a la segunda sesión una remisión de todos los síntomas, principalmente de los dolorosos. Las sulfamidas empleadas en este tratamiento han sido las sales potásicas del ácido sulfamido-fenil-azorto-óxido-benzoico, que parecen tener una específica acción sobre los virus filtrantes.



TEMAS AL DIA

RECIENTES AVANCES EN PATOLOGIA DIGESTIVA

por el

Doctor EDUARDO ARIAS VALLEJO

Dado el continuo avance de los estudios experimentales y clínicos de la especialidad de Patología digestiva, nos ha parecido oportuno reunir en una revista de síntesis que publicaremos en estas páginas periódicamente todos aquellos trabajos aparecidos en la prensa médica española y extranjera dignos de ser conocidos por el médico español.

CH. BRASSFIELD (Michigan).—*Efectos del ión hidrógeno sobre el flujo salivar.* (Hydrogen ion effects upon saliva flow.) «Amer. J. Physiol.». Baltimore, 144, 43. 1945.

La hiperventilación en perros que reciben inyecciones de pilocarpina produce un aumento en el pH sanguíneo y en el pH de la saliva, atribuyéndose a una depresión de la tensión del CO₂. Como consecuencia, disminuye notablemente la secreción de la saliva.

La administración de una mezcla gaseosa con oxígeno en pequeña cantidad y CO₂ en cantidad

aproximada a la de la sangre arterial, produce una disminución del pH de la sangre y de la saliva, aumentando la secreción de ésta.

La administración de ácido láctico disminuye también el pH salivar, e igualmente sucede con el cloruro amónico, aumentándolo, en cambio, el bicarbonato de sodio.

VIDAL COLOMER.—*El conjunto cardioesófagodiafragmático y sus manifestaciones patológicas.* Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona. Director: F. Gallart Monés.—Sesión clínica del día 7 de diciembre de 1944.

Hay un grupo de enfermos con un síndrome poco definido en los que domina el dolor, la molestia retroesternal o en epigastrio alto, en ocasiones muy violento, a veces por crisis, sin ritmo ni horario fijo, que no calma con alcalinos, y sí al variar de postura, con el vómito o la eructación.

A veces se acompaña de disfagia. Otras, adopta un tipo de síndrome tardío, sin que se logre comprobar lesión alguna gastroduodenal. No es raro ver manifestaciones de tipo anginoso, por lo que ciertos autores admiten la existencia de un síndrome gastrocardíaco de ROMMHELD, acompañado de vértigos, brotes de sudor, tendencia al desmayo y hasta colapso. Otras, aparece disnea, que cede espontáneamente o bien después de un eructo o vómito. Los síntomas más frecuentes son el dolor retroesternal y la disfagia. La exploración no da signo alguno, por lo que el diagnóstico es puramente radiológico. El medio de contraste se deposita en una bolsa gástrica superointerna, tipo estómago en cascada de Rieder. Las causas más frecuentes de esta disposición del estómago son intrínsecas (ulcus yuxtacardiaco con perigastritis, cáncer) o extrínsecas (aerocolia, eventraciones). Cuando la bolsa gástrica superointerna está repleta de aire, y éste a gran presión, actúa sobre el corazón y los nervios sensitivos regionales, determinando cardialgias angoroides. La expulsión del aire va seguida de la cesación de las molestias. Algunos citan hematemesis y pequeñas hemorragias. El estómago en cascada, cuando deja de ser una afección latente, constituye un trastorno funcional que puede adquirir caracteres serios, y cuya patogenia es dudosa. Expone que la hernia del hiato es la más frecuente de las hernias diafragmáticas, presentándose más frecuentemente en las edades avanzadas. Se refiere en este trabajo solamente a las pequeñas o a las que están en su comienzo. KNOTHE, SAUERBRUCH y otros autores sostienen su extraordinaria frecuencia. UDAONDO y VIDAL COLOMER creen que son raras, pues, practicando sistemáticamente la exploración en decúbito, únicamente se observa de cuando en cuando, y de preferencia en viejos, que una pequeña porción del estómago se propulsa a través del hiato, para volver instantáneamente a su posición ordinaria. No lo considera como de naturaleza herniaria, y sí únicamente como expresión de una insuficiencia del hiato. Los síntomas clínicos son muy variados, predominando la disfagia, el dolor retroesternal, las regurgitaciones y los vómitos. Hay quien sostiene que la porción herniada es asiento de una gastritis por trastornos circulatorios locales, debida a la compresión por el anillo del hiato, y en ocasiones daría lugar a hemorragias. Asimismo, la compresión en el hiato del neumogástrico determinaría un reflejo vasoconstrictor coronario, causando la disminución consiguiente del riesgo sanguíneo. El reflejo se inhibe con dosis altas de atropina. Muy raros son también los divertículos esofágicos. Resume diciendo que, bajo la denominación de este trabajo, agrupa una serie de trastornos que se localizan en una región de reducidas dimensiones, que comprende las porciones yuxtacardiaca, inferior del esófago y el hiato.

Anatómicamente, esta zona es muy poco conocida, menos aún fisiológicamente y nada desde el punto de vista fisiopatológico. Lo que explica la desorientación en el tratamiento y la oscuridad en la patogenia de los síndromes aquí localizados.

R. KOLM, S. KOMAROV y H. SHAY (Filadelfia).—*Estudios experimentales sobre la excreción de rojo neutro por el estómago.* (Experimental studies on the excretion of neutral red by the stomach.) «Amer. Jour. Med. Sci.». Filadelfia, 878, 693. 1945.

Los autores han estudiado experimentalmente los efectos de la administración del rojo neutro y su excreción por el estómago en grupos de perros y gatos. Inyectado por vía intravenosa a dosis de 15 miligramos por kilogramo de peso, se comporta como un verdadero secretagogo, produciendo un cierto incremento en la cantidad total de jugo gástrico y una mayor acidez clorhídrica, así como en ciertos casos un aumento de la secreción de pepsina. Estos efectos, sobre todo los producidos sobre las células pépticas, son evitados por la atropinización previa del animal, y, en menor grado, por la doble vagotonía cervical. Es curioso comprobar que la reiteración en las dosis de atropina causa en los animales un efecto contrario, puesto que llega a estimular la acción de las células parietales del estómago.

El rojo neutro no es excretado por la mucosa pilórica. En el resto de la pared gástrica se excreta bien por las células mucoides, bien por las células pépticas. En los animales atropinizados, el rojo neutro es absorbido y almacenado durante varias horas como un pigmento anaranjado por las células parietales, en tanto estas células no segregan sus productos. La administración de histamina provoca una gran eliminación del rojo neutro en el jugo gástrico, eliminación que sigue una curva paralela a la del ácido clorhídrico y a la de la pepsina. En ciertos casos, en los cuales estas dos secreciones estaban un tanto disociadas, existiendo una hiperclorhidria con normopepsia, el rojo neutro presentó una eliminación análoga a la secreción de pepsina, disociándose también de la curva clorhídrica.

E. BOZLER (Ohio).—*Potenciales eléctricos del estómago.* (Electric potentials of the stomach.) «Amer. J. Physiol.». 144, 693. 1945.

El autor estudia los potenciales eléctricos del estómago del perro, del gato y del conejo de Indias por medio de electrodos diferenciales no polarizables. En el perro, los potenciales diferenciales, asociados a la contracción peristáltica, son

tres veces mayores que los potenciales en reposo muscular. La curva gráfica de potencial diferencial es idéntica a la que se obtiene estudiando otros músculos viscerales, y dura de cuatro a ocho segundos. Durante los intervalos entre cada complejo suele haber un período de descanso de unos ocho segundos de duración. Al final de cada contracción suele haber una onda negativa de breve duración. Asustando al animal por medio de un ruido, en el momento de acabar la onda de contracción, tiene lugar una nueva peristalsis, sin aguardar al período de descanso, siguiendo a ésta una pausa más prolongada de carácter compensador. La inyección de adrenalina produce ondas de contracción de menor longitud.

En el gato sucede algo parecido que en el perro, pero las ondas de contracción son un poco más largas en condiciones normales, y existe a menudo una tendencia a salpicar de pequeñas ondas desiguales el intervalo entre una y otra peristalsis.

En el conejo de Indias existe un potencial diferencial al nivel del cuerpo del estómago muy superior al que se registra en el conducto egestorio. Esta diferencia de potencial en zonas del mismo órgano tan próximas (*gradients marcados*) puede ser también hallada explorando otros músculos viscerales de este animal, por lo cual parece constituye una característica propia general.

T. ZUCKER, B. BERG y L. ZUCKER (Nueva York). *Efectos de la desnutrición sobre la mucosa gástrica de la rata*. (Nutritional effects on the gastric mucosa of the rat.) «J. Nutrition». Filadelfia, 30, 301-319. 1945.

En los últimos años se ha venido observando que los sujetos fallecidos a causa de enfermedades carenciales presentan cierta clase de lesiones a nivel de su mucosa gástrica. Experimentalmente, BERG observa en la rata dos tipos de lesiones gástricas, sometiendo a este animal a una dieta deficiente en principios nutritivos (*Amer. J. Path.*, 18, 49, 1942). En el presente trabajo, este mismo patólogo, en unión de los hermanos ZUCKER, de la Universidad de Columbia, trata de concretar las características lesionales producidas y su relación con las diferentes carencias.

La deficiencia dietética de calcio determina, en el estómago de las ratas, una hiperplasia epitelial con necrosis y hemorragia, localizada exclusivamente en la mucosa del antro pilórico. La adición de fosfatos a la dieta acentúa las lesiones, mientras la adición de vitamina D las reduce considerablemente.

La deficiencia de tiamina o de todo el grupo de vitaminas B determina las mismas lesiones antrales, aun cuando éstas son de menor tamaño

que las producidas por la dieta calciopriva. La administración de calcio cura las lesiones producidas por la carencia de vitaminas B; pero la administración de estas vitaminas no cura ni previene las lesiones producidas por la carencia de calcio.

La administración de agentes neutralizantes carece en absoluto de efecto sobre la producción y curación de ambas lesiones, por lo cual puede afirmarse que el ácido clorhídrico del jugo gástrico no juega ningún papel en su formación.

Aparte de las lesiones del antro pilórico, los patólogos norteamericanos observan la producción de hiperplasia e hiperqueratosis a nivel del fundus gástrico en las ratas carenciadas, siéndoles imposible concretar el factor determinante de estas lesiones. Grandes dosis de vitamina A suministradas a las ratas no bastaron para evitar ni curar tales lesiones. La administración de caseína parece constituir un medio eficaz para combatir su producción, por cuya causa los autores del trabajo expresan su idea de que sean debidas a la falta de un factor específico, probablemente un aminoácido contenido en la caseína.

G. SCHEPERS (Johannesburg, Sudáfrica).—*La patología de la ileítis regional*. (The pathology of regional ileitis.) «Amer. J. Dig. Dis.», 4, 97. 1945.

Un detallado estudio de la patología de la ileítis regional, particularmente de la patología histológica, permite al autor de este trabajo obtener interesantes deducciones referentes a este proceso digestivo.

La ileítis regional cursa en dos períodos: *una *primera fase*, caracterizada por edema de la submucosa y serosa, con dilatación de los linfáticos de la submucosa e hiperemia de los vasos de la adventicia yuxtamuscular; consecutiva infiltración de células plasmáticas en la submucosa y serosa, y, en fin, fibrosis difusa que viene a sustituir a la infiltración citada, y una *segunda fase*, que se caracteriza por la aparición de ulceraciones, con tendencia a la perforación, fistulización o formación de granulomas.

La primera fase puede terminar regresando hasta la total restitución de la normalidad, sin llegar a la fase ulcerativa. Las úlceras que caracterizan la segunda fase pueden aparecer en cualquier momento de la fase primera.

Un análisis crítico de los posibles factores etiológicos sugiere que los primeros trastornos se deben a la acción sobre el intestino de un metabolito, probablemente de carácter lipóideo, de la cual resulta una afección neuropática que comprende los plexos de Auerbach y de Meissner, o bien los ganglios celiacos y mesentéricos. Esta afección neuropática es del tipo del herpes zóster visceral.



IODARSOLO

Primer producto de
IODO Y ARSENICO

SABOR AGRADABILISIMO

TOLERANCIA PERFECTA

IODARSOLO

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

ZIMEMA

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

AGLICOLO

Diabetes y glucosurias.
Frasquitos para gotas.

TIARSINA

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

OXIDAL

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

GUAIACOL CALCICO

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

EN TODAS LAS
ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Agente: "DYP SA" - Apartado 942 - BARCELONA

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.982.)

Kombetín

(Estrofantina «Boehringer»)



Por su acción, refuerza las contracciones ventriculares, interrumpiendo el círculo vicioso constituido por la insuficiencia cardíaca, la deficiente irrigación coronaria y la mala nutrición miocardia. El aumento de la mejoría de la energía sistólica producido por el

Kombetín mejora la circulación coronaria y esta a su vez, la nutrición miocárdica, con la consiguiente repercusión favorable en la actividad cardíaca.

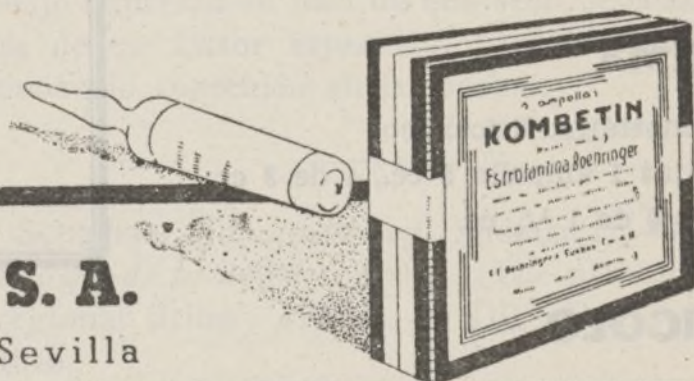
Máximo beneficio con un mínimo de dosis

"BOEHRINGER," S. A.

Madrid

BARCELONA

Sevilla



(Aprobado por la Censura Sanitaria num. 4.222.)

ANEMIAS · DESNUTRICIÓN · CARENCIAS

hepal



FABRICA ESPAÑOLA DE PRODUCTOS
QUÍMICOS Y FARMACEUTICOS
MADRID

TELF. 55386 · APARTADO 9030

JARABE

INYECTABLE

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

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

ADMINISTRACIÓN CÓMODA · ACCIÓN TERAPÉUTICA
RAPIDA · MÁXIMA EFICACIA · ECONOMÍA



FOO NAVACERRADA 62

Las ulceraciones secundarias ocurren cuando la afección ganglionar es no solamente irritativa, sino destructiva, quedando el tubo intestinal sin inervación.

L. BERSON y L. BERGER (Nueva York).—*Carcinomas múltiples del colon*. (Multiple carcinomas of the large intestine.) «Surg. Gyn. Obst.». Chicago, 80, 75. 1945.

La presencia de un carcinoma en el colon no supone la seguridad de que no pueda existir otro u otros a mayor o menor distancia del diagnosticado. Desde 1932 han sido recogidos en la literatura médica 66 casos de carcinoma doble y tres casos de carcinoma triple en este tramo intestinal. Los autores del presente trabajo, cirujanos del Jewis Hospital, de Nueva York, revisan su abundante casuística en los últimos diez años, exponiendo en ella trece enfermos con dos carcinomas cólicos y tres que los padecen en número triple.

Los pólipos intestinales son encontrados en el 25 por 100 de los pacientes que padecen un cáncer único del colon y en el 37,5 por 100 de los que sufren dos o tres neoplasias. En el 67 por 100 de este último grupo pudo comprobarse la degeneración maligna de tales pólipos.

La frecuencia del cáncer múltiple del colon es, entre los cancerosos intestinales de BERSON y BERGER, del 4,6 por 100. De los 16 casos estudiados, once pertenecían al sexo masculino y solamente cinco eran mujeres.

Los autores concluyen su interesante trabajo afirmando que una parte de los desastrosos resultados lejanos de la cirugía del cáncer del colon hay que cargarla al hecho de no haber diagnosticado desde un principio la existencia de múltiples neoplasias.

R. HERRIN y W. MEEK (Wisconsin).—*Excitación de los nervios aferentes por la distensión intestinal*. (Afferent nerves excited by intestinal distention.) «Amer. J. Physiol.». Baltimore, 144, 720. 1945.

La distensión de la primera porción del yeyuno por medio de una fístula de Thiry produce en el perro vómitos y anorexia. La vagotonía no produce la abolición de estos síntomas en el perro, cuyo intestino es distendido. La esplánicotomía bilateral y la sección de la cadena lumbar impide, por el contrario, que tengan lugar los vómitos. La denervación unilateral no es suficiente para ello. En casi todos los perros persiste la anorexia, a pesar de todo.

Los autores concluyen sus experiencias, afirmando que los vómitos, excitados por la disten-

sión intestinal, son enteramente de origen nervioso y que los impulsos para ellos son conducidos por los nervios simpáticos. La anorexia puede ser debida a impulsos simpáticos o vagales.

G. M. FINDLAY, N. H. MARTÍN y J. B. MITCHELL (Edimburgo).—*Hepatitis consecutiva a la vacunación contra la fiebre amarilla y su relación con la hepatitis infecciosa*. (Hepatitis after yellow fever inoculation: Relation to infective hepatitis.) «Lancet». Londres, 6314-15, 301-340. 1944.

Desde puntos de vista inmunológicos y experimentales, la hepatitis consecutiva a la vacunación contra la fiebre amarilla y la hepatitis infecciosa son dos entidades patológicas idénticas. Únicamente las separa la diferencia en el período de incubación. Mientras los sujetos vacunados contra la fiebre amarilla desarrollan su hepatitis al cabo de más de cien días de la inyección de vacuna, los individuos contagiados experimentalmente de hepatitis infecciosa sufren este proceso entre veinte y cuarenta días después del contagio. Este problema, estudiado ya hace dos años por CAMERON y colaboradores (*Quart. J. Med.*, 12, 139, 1943), es ahora revisado de nuevo por FINDLAY y su escuela, llegándose a su solución, al demostrar que el virus de la hepatitis infecciosa, que, transmitido al hombre por instilación nasal, va seguido de una incubación del proceso que dura entre veintiocho y cincuenta días, cuando es transmitido por inyección subcutánea tiene una incubación que oscila entre uno y seis meses. La diferencia en este período de incubación no es sino el resultado de la ruta de inoculación seguida.

Los autores estudiaron 689 individuos afectos de hepatitis consecutiva a vacunación pertenecientes a unidades del Ejército inglés en la campaña de Africa, observando entre ellos una sola muerte; en este caso, la autopsia puso de relieve la existencia de lesiones típicamente características de la necrosis hepática subaguda.

G. M. FINDLAY, N. H. MARTÍN y J. B. MITCHELL (Edimburgo).—*Hepatitis consecutiva a la vacunación contra la fiebre amarilla y su relación con la hepatitis infecciosa*. *Inmunología y epidemiología*. (Hepatitis after yellow fever inoculation: Relation to infective hepatitis. Immunology and epidemiology.) «Lancet». Londres, 6316, 365. 1944.

En una nota anterior hemos dado cuenta de los trabajos de los autores sobre la incubación de los dos procesos de hepatitis citados en el título, incubación que, aun siendo distinta, ha mostrado

en la experiencia con virus la identidad de las dos formas de hepatitis. En el presente artículo continúan FINDLAY y sus colaboradores su estudio del problema, ahora, desde los puntos de vista epidemiológico e inmunológico, tomando como base el cuantioso material de enfermos que les proporcionan las unidades militares infectadas por el virus hepático.

Los autores han observado que entre los 689 sujetos que presentaban ictericia a consecuencia de la vacunación contra la fiebre amarilla, solamente cuatro tenían historia de haber padecido hepatitis icterígenas en épocas anteriores de su vida, mientras entre los miles de individuos que no presentaron la ictericia, a pesar de haber sido vacunados igualmente, el padecimiento anterior de hepatitis alcanzaba un porcentaje mucho mayor. Ello habla en favor de un cierto grado de inmunidad de un proceso para el otro.

Por otra parte, y ello es mucho más concluyente, los autores han comprobado que un antígeno elaborado con hígados de pacientes fallecidos de hepatitis infecciosa, se muestra capaz de fijar el complemento del suero de los enfermos de ictericia postvacunal.

H. P. HIMSWORTH y L. E. GLINN (Londres).—*Hepatitis toxipática y trofopática*. (Toxipathic and trophopathic hepatitis.) «Lancet», 6293, 457. 1944.

En la experimentación sobre ratas pueden ser distinguidos dos tipos de hepatitis: a), hepatitis toxipática, debida directamente a la acción de sustancias nocivas sobre las células del hígado, y b), hepatitis trofopática, producida por deficiencia dietética de un componente de las proteínas.

La hepatitis toxipática experimental se desarrolla rápidamente después de exponer al animal a la acción del veneno. El hígado queda afecto de una necrosis zonal difusa. Cuando sobreviene la curación, la recuperación de los tejidos glandulares del hígado es completa. Repetidas exposiciones al tóxico producen entonces una hepatitis difusa fibrosa.

La hepatitis trofopática experimental se desarrolla después de un largo período de latencia. La necrosis hepática que produce la deficiencia dietética es masiva, acompañándose, en los casos más graves, de hiperplasia nodular.

En el hombre, la hepatitis consecutiva a la exposición al cloroformo, el fósforo o el tetracloruro de carbono, posee todas las características de la hepatitis toxipática experimental. La hepatitis zonal observada en los casos de eclampsia y en los de hepatitis infecciosa o a consecuencia del tratamiento con arsenicales, es, igualmente, de este mismo tipo anatómico.

En el hombre, la hepatitis masiva necrótica, con su secuela de hiperplasia nodular, debe ser atribuida también a una hepatitis trofopática, en relación con una deficiencia dietética, directa o condicionada.

La restricción de la circulación intrahepática constituye un importante factor predisponente para el padecimiento de la hepatitis trofopática en el hombre. Las células hepáticas, afectas por el factor inflamatorio consecutivo a una agresión tóxica, y las necrosis zonales consecutivas con infartos, obstruirán el flujo sanguíneo del centro de cada lobulillo, impidiendo así la llegada a sus elementos de los principios nutritivos precisos. La anorexia y los vómitos de las hepatitis toxipáticas pueden contribuir, asimismo, a su conversión en trofopáticas, por deficiencia alimenticia condicionada. El incremento de los requerimientos de proteínas, existente en todo sujeto intoxicado, forma también parte en la patogenia de estos casos.

HIMSWORTH y GLINN, en este excelente trabajo experimental sobre hepatitis, aparte de darnos una clasificación racional, basada en datos anatómicos y etiológicos, nos aducen interesantes sugerencias sobre el mecanismo de conversión de unas formas en otras, tema muy discutido en los últimos tiempos.

N. W. CHAIKIN y D. SCHWIMMER (Nueva York).—*Valoración clínica y terapéutica de la cirrosis portal*. (A Clinical and Therapeutic Evaluation of Portal Cirrhosis.) «Amer. J. Dig. Dis.», 2, 47, 1945.

De los tipos de cirrosis hepáticas graves, el más común es el denominado «cirrosis portal», bajo cuyo nombre se comprende un proceso progresivo de destrucción del hígado, caracterizado por atrofia, degeneración grasa y necrosis de las células nobles, con proliferación del tejido conectivo y regeneración de nuevos lobulillos. Su resultado anatomoclínico es una desorganización parenquimatosa y vascular con subsiguiente hipertensión portal.

CHAIKIN y SCHWIMMER, clínicos del Metropolitan Hospital, de Nueva York, hacen en este trabajo un detenido estudio de 246 casos de cirrosis portal, valorando en ellos su etiología, sintomatología, datos de laboratorio y tratamiento.

A la luz del estado actual de la patología hepática, la cirrosis portal puede ser debida a los siguientes factores etiológicos: 1) alcoholismo; 2) alcoholismo con deficiencias de nutrición; 3) deficiencias de nutrición sin alcoholismo, y 4) factores desconocidos, que llevan a la designación de «cirrosis idiopáticas».

De los 246 casos de CHAIKIN y SCHWIMMER,

en 104 hay una historia concreta y clara de excesos alcohólicos. De estos 104 bebedores, 82 llevan una dieta con deficiencias nutritivas múltiples. Diecisiete enfermos presentan, asimismo, una historia dietética con deficiencias cuantitativas y cualitativas, pero libre de excesos alcohólicos. En fin, en 125 casos no se encuentra la causa generadora de la cirrosis.

El diagnóstico de la cirrosis portal comporta verdaderas dificultades, especialmente en las formas latentes, que suelen ser el 50 por 100 de los casos. Los autores opinan que lo más esencial para llegar a este diagnóstico es: 1) la evolución del cuadro clínico y de las pruebas de funcionalismo hepático de los enfermos; 2) la peritoneoscopia, y 3) la laparotomía exploradora.

La cirrosis portal suele presentar un cuadro clínico múltiple, con síntomas predominantes de uno o varios de los sistemas gastrointestinal, hemopoyético, nervioso central y periférico y biliar extrahepático.

El tubo digestivo acusa la cirrosis con signos de dispepsia, anorexia y cambios en los hábitos intestinales. En 24 de los enfermos de CHAIKIN y SCHWIMMER, éstos fueron durante mucho tiempo los primeros síntomas, mientras permanecían los demás en estado de latencia, dificultando con ello el diagnóstico.

Las relaciones existentes entre el sistema hemopoyético y el hígado, aparecen netamente de limitadas en el caso de la hepatitis crónica. Ningún trastorno de la glándula hepática tiene expresión sin ir acompañado de alteraciones cuantitativas más o menos intensas de los componentes de la sangre. La anemia puede presentar un tipo perniciosiforme, siendo difícil de diagnosticar de la anemia de Biermer incluso después de la punción esternal. La medula ósea presenta una hiperplasia macrocitaria, que reacciona a la terapéutica por el hígado con una definida respuesta reticulocitaria. Nueve de los pacientes de CHAIKIN y SCHWIMMER estuvieron durante largo tiempo diagnosticados de anemia perniciosa. La patogenia de este trastorno de la hemopoyesis de los cirróticos no está aún completamente aclarada; es posible que el hígado de estos enfermos se muestre incapaz de sintetizar o de liberar el principio antianémico principal.

En 87 casos existía una anemia hipocrómica intensa, condicionada por la frecuencia de hemorragias o bien por la insuficiencia de absorción o almacenamiento del hierro. Veinticuatro de ellos acusaban la presencia de varices esofágicas sangrantes. Algunos fueron diagnosticados, en un principio, erróneamente como ulcerosos gástricos. Las hemorragias nasales, gingivales y subcutáneas o intramusculares aparecían asimismo en algunas historias clínicas.

Entre las causas de la diátesis hemorrágica de

los cirróticos hay que contar con: 1) la hipoprotrombinemia; 2) la trombocitopenia, y 3) las capilaropatías. Ciento sesenta y dos enfermos, de los 246 estudiados por los autores, presentaban un nivel sanguíneo de protrombina inferior al normal; 25 acusaban una disminución del número de sus plaquetas, y 75 tenían telangiectasis cutáneas o mucosas.

La palpación del hígado no proporciona muchas veces datos diagnósticos. En unos casos se observa la hipertrofia; en otros, la atrofia, y en otros, en fin, no se aprecia ningún cambio morfológico. La hepatomegalia puede ser confundida en esta exploración con el hígado de los sujetos con ptosis viscerales. En los enfermos de CHAIKIN y SCHWIMMER se obtuvieron datos positivos por la palpación abdominal del borde hepático en un 60 por 100, y por la palpación del bazo en un 28 por 100.

La ictericia estuvo presente en 99 casos, y su duración e intensidad variaron mucho de unos a otros enfermos. Nueve pacientes ingresaron en el hospital con un estado de insuficiencia hepática grave, caracterizado por confusión, desorientación y coma. El aumento de las cifras de urea en sangre y la disminución de los ésteres de la colesteroína constituyeron características de estos nueve pacientes. En general, puede afirmarse—dicen los autores—que una cirrosis con pigmentación ictérica tiene mucho peor pronóstico que otra que no la acusa.

El sistema nervioso central y periférico fué afectado en los enfermos de los clínicos norteamericanos en gran número de casos. La neuritis, la inestabilidad emocional, la depresión, la alucinosis y, en ciertos enfermos, verdaderos cuadros de paranoia, fueron diagnosticados. Diez de los enfermos habían sido ya reconocidos por neurólogos y psiquiatras, sin pensar en una afección hepática. A juicio de los autores, la semiología neuropsiquiátrica de los cirróticos hay que ponerla en la cuenta de la deficiencia nutritiva coexistente.

De los 246 casos, 93 fueron ingresados en el hospital en fase de descompensación, con un cuadro de atonía intestinal, ascitis, hepato y esplenomegalia. Nueve de estos enfermos presentaban, además, bronquitis crónica, hecho que interpretan CHAIKIN y SCHWIMMER como el resultado de verter su contenido las venas de la mucosa bronquial en la azigos, la cual comunica indirectamente con la circulación portal.

Sesenta y tres casos presentaron hematemesis, 12 de ellos como la primera manifestación ostensible de su cirrosis, uno con terminación fatal. Generalmente, tales hematemesis fueron la consecuencia de la rotura de varices esofágicas. En cuatro casos no pudo encontrarse en la autopsia resto alguno de cicatrices en esófago y sí, en cambio, se encontraron en pleno estómago.

La ascitis ocurrió en 93 enfermos. Cuando fué

debida a disturbios en el recambio de las proteínas, su pronóstico fué mejor que cuando se debía a trastornos mecánicos de la circulación portal. En muchos casos se produjo esta ascitis como consecuencia de hemorragias masivas o de brotes de hepatitis aguda. En siete casos se presentó, además, un derrame pleural; éste se debería al trastorno de posición del diafragma, ocasionado por la ascitis, con el consiguiente éstasis pulmonar, o bien a la lipoproteinemia, o, en fin, a las anastomosis venosas portopulmonares.

De los 93 ascíticos, sólo 67 acusaron la circulación colateral de las paredes abdominales. En cambio, entre los 153 casos sin ascitis, había circulación colateral en 23 enfermos.

La presencia de hemorroides tuvo lugar en 87 pacientes, de ellos 39 con ascitis.

Los autores continúan su trabajo mencionando

los resultados de las pruebas de laboratorio. La determinación de las proteínas plasmáticas les ofreció datos diagnósticos apreciables en dos terceras partes de los enfermos. La prueba de la floculación cefalina-colesterina se mostró asimismo como un buen indicador de la insuficiencia hepática, siendo de gran valor en los casos *activos*.

La determinación de la colesteroína y sus ésteres acusó resultados anormales en el 65 por 100 de los casos. La valoración de fosfatasas es un signo más inseguro; la reacción de Van den Bergh y el índice icterico proporcionaron la utilidad acostumbrada.

El tratamiento de todos estos enfermos de cirrosis portal se hizo a base de la administración dietética o medicamentosa de hidrocarbonados, proteínas y complejo vitamínico B, asociada al uso de diuréticos y a la paracentesis, cuando ésta fué necesaria.

Divulgaciones nacionales

GENIALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

THOMAS DE QUINCEY

por el

Doctor JOSE M. SACRISTAN

«El horror a la vida se mezclaba ya en mi primera juventud con la dulzura celeste del vivir.»—TOMÁS DE QUINCEY (*Suspiria de profundis*).

Thomas de Quincey—como ha escrito Baudelaire—no buscó en el opio una voluptuosidad «culpable e indolente», sino sedativo a los violentos dolores de estómago que, desde los veintiocho años, le afligían, después de un período de «felicidad, seguridad y bienestar».

En sus *Confesiones de un comedor de opio* (*Confessions of an opium-eater*) (1822) y en *Suspiria de profundis* (1845), Thomas de Quincey, nacido en Mánchester en 1785 y muerto en Edimburgo a la edad de setenta y cinco años, refiere, como es bien sabido, las delectaciones y quebrantos de la intoxicación crónica producida por el uso continuado del opio.

Thomas de Quincey, a la muerte de su padre, vivió con su madre y sus tres hermanas en un ambiente de abundancia, lejos de la ciudad, en el campo. Educado en una atmósfera femenina, «sus primeros sentimientos—como él mismo dice—fueron modelados por sus delicadas hermanas y no por *horrid pugilistic brothers*. Fué un estudiante ejemplar. Conocía el griego a fondo, lengua que escribía a los trece años y en la cual componía versos. «Este chico—decía uno de sus maestros a un visi-

tante—puede arengar a una muchedumbre ateniense mejor que usted o yo a una muchedumbre inglesa.» Una mañana huyó de la casa de su profesor, de su *archididasculus*, como él le llamaba. «Había llegado la mañana—dice—en la cual debía lanzarme al mar del mundo, mañana de la cual tomé después mi vida, en gran parte, su color.» Hasta reconciliarse con sus tutores e instalarse en Oxford, llevó una vida errabunda. Pasó hambre y miseria.

Para calmar un atroz dolor de muelas, mete la cabeza en agua helada, como solía hacer de niño, y padece después pertinaces e insufribles neuralgias. Un amigo le aconseja tome opio. Sus males cesan. Después todas las semanas, el sábado por la noche, toma la droga y emprende extrañas correrías en busca de los rincones donde se reúne la gente mísera e infortunada. Interviene en sus conversaciones y disputas, «siempre que no era indiscreto». «Pero al cabo de algunos años—dice—, bien caro pagué todas estas fantasías, cuando el rostro de los hombres vino a tiranizar mis sueños y mis vagabundeos por el seno del inmenso Londres; se reproducían en mis pesadillas con un sentimien-

to de perplejidad moral e intelectual, que causaba gran confusión en mi razón y angustia y remordimiento en mi conciencia.»

Hasta 1812 toma opio una vez por semana, sin que su salud se quebrante. Vive en el campo, dedicado al estudio de la Filosofía alemana. En 1813 reaparecen sus dolores de estómago y aumenta progresivamente la dosis de opio, hasta llegar a ¡8.000! gotas de láudano por día.

En la primera parte de su libro, que titula *Voluptuosidades del opio*—período apacible de la acción de la droga—, cuenta que solía pasar las noches enteras sentado junto a la ventana, desde que el sol se ponía hasta el amanecer. «Me parecía—escribe—que, por primera vez, me encontraba lejos y fuera del tumulto del mundo..., que había sido conseguida una tregua a los secretos agobios de mi corazón.» La tranquilidad en que le sumía el tóxico «era una tranquilidad, no consecuencia de la inercia, sino del antagonismo majestuoso de fuerzas iguales y poderosas, ¡actividades infinitas!, ¡infinito reposo!

Más tarde, sin embargo, se inicia la «Ilíada de calamidades», «la tiranía del rostro humano», la época de las «torturas del opio», que constituye la segunda parte de su libro. «Sombria época—dice Baudelaire—, vasta red de tinieblas rasgada a intervalos por abundantes y abrumadoras visiones.» «Sobre las agitadas aguas del océano—escribe Thomas de Quincey—surgió el rostro del hombre. El mar se me apareció empedrado de innumerables cabezas vueltas hacia el cielo. Caras fu-

riosas, suplicantes, desesperadas, danzaban en la superficie a millares, miríadas, por generaciones, por siglos. Mi agitación era infinita y mi espíritu brincó y rodó como las olas del mar.»

Sueños de tortura, pesadillas monstruosas, angustias mortales. Los terrores que antes sufría Thomas de Quincey, morales y espirituales, se tornaron en «horror físico». El «cocodrilo» maldito surge en sus sueños, amenazador, terrible, obsesionante. «La abominable cabeza de cocodrilo me miraba con sus ojillos oblicuos desde todas partes, desde todos lados, multiplicada por innumerables repeticiones, que me horrorizaban y fascinaban. Despertaba aterrado, convulso, gritando: «¡No, no dormir nunca más!»

Heroicamente lucha Thomas de Quincey contra la droga. Quiere salvarse, pero una y otra vez su voluntad es vencida por el tóxico, y, como él mismo dice, tiene que postrarse *before the dark idol!*

Con razón se ha repetido que el opio fué el elemento cruel y dominante de la vida de Thomas de Quincey. De una parte, le proporcionó abundancia de felices experiencias internas, y de otra, aniquiló su cuerpo y su alma. Consumió sus energías psíquicas, le alejó del mundo real; pero también le otorgó rico material para sus originalísimas y artísticas creaciones. El opio encontró terreno fecundo en el espíritu de Thomas de Quincey, *touched with pensiveness*, según su propia expresión.

(Del diario A B C.)

Divulgaciones del exterior

UN EFICAZ INSTRUMENTO CIENTIFICO

El «invento del siglo», como ha sido denominado el microscopio electrónico, está sirviendo para ampliar, cada vez más, nuestros conocimientos de la Naturaleza. RALPH W. G. WYCKOFF, del Instituto de Sanidad de los Estados Unidos, dice a este respecto: «Estamos explorando ese campo de la materia organizada que se extiende desde los seres animados hasta los objetos inertes, y que hemos de comprender como la base de lo que intuitivamente denominamos «vida»; al mismo tiempo, hemos adquirido la capacidad de «ver» las mayores de las moléculas, que son las unidades básicas de la Química. Rara vez sucede que una nueva técnica experimental nos permita un acceso tan directo a los problemas de una ciencia como el que nos da el microscopio electrónico a las cuestiones fundamentales, tanto de la Química como de la Biología.»

Este gigante, de 600 kilogramos, cada uno de los cuales cuesta 20 dólares, fué construido en

1940, aunque los trabajos iniciales europeos comenzaron ya en 1920. El doctor V. K. ZWORKIN, de la Radio Corporation of America, construyó el primer modelo comercial, y actualmente 150 de estos aparatos están descubriendo nuevos campos del conocimiento en la Metalurgia, la Química y la Bacteriología. Por ejemplo, ahora pueden observar los médicos, por primera vez, directamente, el temible germen de la gripe. Los microscopios ordinarios habían mostrado una bacteria, contra la cual preparó la Medicina sus vacunas. Pero con el microscopio electrónico apareció el verdadero virus. Se había sustraído hasta ahora a la observación, porque es tan pequeño, que la cantidad contenida en la punta de una aguja puede matar a centenares de ratones. Después de su descubrimiento, los hombres de ciencia comprobaron que la vacuna tenía que ser diez veces más potente que la preparada en un principio.

El instrumento, más alto que un hombre de

elevada estatura, tiene sobre el microscopio óptico la ventaja de no poseer lentes de cristal y de no tener su capacidad limitada por la longitud de onda de la luz, que sólo permite un aumento detallado hasta 2.000 diámetros. Cuanto menor es la longitud de onda, mayores son las posibilidades de aumento. Así, la longitud de onda del electrón, que es una cienmilésima de la de la luz, eleva las



Dos científicos norteamericanos demostrando el método de funcionamiento de un nuevo microscopio electrónico, con el que tomaron fotografías de gran aumento de la acción de la penicilina y los medicamentos sulfamídicos sobre diversos gérmenes.

posibilidades de aumento hasta 200 millones de veces el tamaño natural (o sea 100.000 veces 2.000). Sin embargo, todavía no se han logrado estos fabulosos aumentos. El incremento de 100 veces ya logrado, que ha llevado el aumento hasta 200.000 veces el diámetro normal, muestra que antes de poder explorar estos campos desconocidos será preciso resolver varios problemas.

El carácter del electrón requiere que el objeto examinado sea sumamente delgado. El obtener un corte de media milésima de milímetro de espesor requiere la mayor habilidad en el manejo de los mejores microtomos; sin embargo, es ne-

cesario que muchas sustancias sean aún más delgadas, para que puedan ser vistas claramente. En la actualidad se está experimentando con nuevos métodos para superar la dificultad de obtener preparaciones adecuadas. Después de obtenido el corte, éste ha de ser preparado en un vacío estéril, ya que el instrumento puede agrandar un cabello humano hasta hacer que parezca un tronco de dos metros de diámetro, y puede descubrir partículas infinitamente pequeñas que impedirían toda observación del objeto estudiado.

El doctor Wyckoff hace resaltar también otros problemas que intrigan a los hombres de ciencia. Por ejemplo, manifiesta que todavía «es imposible decir exactamente cuál es la partícula más pequeña que puede ser registrada con claridad en las microfotografías electrónicas». Las moléculas que pueden verse ahora están formadas a menudo por muy escasa materia—ya que se componen fundamentalmente de átomos ligeros—, por lo que ofrecen poca resistencia al electrón y apenas dan contraste en la fotografía. Por ello, ha de perfeccionarse un procedimiento de tinción u oscurecimiento, a fin de observar las macromoléculas fácilmente por el microscopio electrónico. A pesar de estas dificultades, el microscopio electrónico, cuyos ojos son haces ampliados de electrones activados por 50.000 voltios de electricidad, ha tenido ya efectos beneficiosos para la Humanidad. Lo que antes era teoría, es ahora hecho demostrado. Por ejemplo, se pensaba que existían los bacteriófagos, fuerzas defensivas que en el cuerpo humano atacan a las bacterias. Con el microscopio electrónico pueden obtenerse notables fotografías de bacteriófagos atacando a un germen. A la media hora, la oscura masa del germen se ha convertido en una pulva desintegrada, rodeada por bacteriófagos (de aspecto semejante al de pequeños torpedos) que han cumplido su misión. Otras fotografías muestran la batalla de la penicilina y las bacterias: la imagen de un molar humano revela que unos 800.000 canales, hasta ahora insospechados, con una longitud total de casi 700 kilómetros, atraviesan cada diente. Mientras que algunos especialistas de microscopia electrónica se muestran entusiasmados respecto a las posibilidades de utilizar estos instrumentos para combatir algunas enfermedades de las plantas, como el mosaico del tabaco, cuyo virus ha sido fotografiado recientemente, otros piensan en la posibilidad de resolver los misterios de la herencia mediante el estudio de las hormonas y los genes, que enlazan una generación con otra. El camino del porvenir será más fácil de encontrar conforme el microscopio electrónico descubra lo desconocido.

R. M. B.

EL CARBONO 14

por el

Doctor ROBERT M. BARTON

Un día, a principios de agosto, llegó por correo a la ciudad norteamericana de St. Louis un paquete que contenía una pequeña cantidad de polvo blanquecino. Fué entregado al Barnard Free Skin and Cancer Hospital, donde se guardó cuidadosamente en su laboratorio médico. De vez en cuando, los hombres de ciencia lo contemplaban, previendo una nueva era en los conocimientos médicos del mundo. Pues sabían que este polvo blanquecino contenía una substancia que no existe en la Naturaleza, por lo menos en este planeta. Se trata de un nuevo elemento, fabricado por el hombre, creado en la escisión atómica y tan fuertemente radiactivo, que la pequeñísima cantidad contenida en este polvo durará de diez mil a veinticinco mil años antes de que se consuma la mitad de su energía radiactiva. Fué ésta la primera remesa de carbono 14, el gemelo radiactivo del elemento químico carbono y uno de los numerosos isótopos destinados a la investigación civil por el Departamento de Guerra de los Estados Unidos. Otras remesas se enviaron a las Escuelas de Medicina de las Universidades de Pennsylvania, Minnesota y Chicago, y pronto recibirán diversos isótopos centenares de instituciones científicas de los Estados Unidos.

La importancia del carbono 14, un subproducto relativamente abundante de la pila atómica, ha causado una insólita conmoción en el mundo científico. El carbono es el pilar fundamental del misterioso fenómeno de la vida misma en el sistema solar, que—en un sentido materialista—es una reacción química que gira alrededor del carbono.

El carbono 14 se comporta exactamente igual que el carbono normal 12, diferenciándose de éste sólo por contener dos neutrones más y por su radiactividad, que permite que se le siga a través de todos los cambios que sufre en los procesos que hacen químicamente posible la vida. Este papel de átomo marcado será la principal contribución del carbono 14 a los conocimientos humanos.

A pesar de su radiactividad, puede sustituir al carbono 12 en cualquier proceso biológico, y localizándolo en su paso a través de los organismos vivientes por medio de instrumentos que registran la radiactividad, es posible deducir lo que sucede con el carbono. El doctor JAMES FRANCK, galardonado con el premio Nóbel de 1925 y actualmente profesor de Química física en la Universidad de Chicago, utilizará el carbono 14 para continuar el trabajo de toda su vida sobre la fotosíntesis, el proceso mediante el cual las plantas captan energía de la luz solar y la utilizan para

formar azúcares y almidones a partir del anhídrido carbónico del aire y del agua del suelo. Los azúcares y almidones son alimento y substancia de la vida animal, representan el combustible de los motores vivientes, que son el hombre, los animales y las plantas. La fotosíntesis creó los depósitos de carbón de la tierra y sus yacimientos petrolíferos. El doctor FRANCK, tratando de seguir los esquivos detalles de la fotosíntesis, espera obtener, con ayuda del carbono 14 y de su radiactividad, más conocimientos acerca de la vida que ha poseído nunca el hombre.

Los doctores E. V. COWDRY y WILLIAM L. SIMPSON, del Hospital Barnard, de St. Louis, lo utilizarán para estudiar el cáncer. El doctor D. WRIGHT WILSON, de la Universidad de Pennsylvania, proyecta comparar el metabolismo del azúcar y del ácido láctico en animales sanos y diabéticos. Pienso obtener azúcar radiactivo y seguir su marcha a través del organismo. El doctor W. D. ARMSTRONG, de la Universidad de Minnesota, estudiará cómo se deposita el carbono en los huesos y en los dientes y cuál es la causa de la decadencia de éstos. El doctor L. L. C. HAIKOFF, de la Universidad de California, investigará cómo utilizan las grasas el hígado, los músculos y la sangre.

Hacia fines de 1946, la instalación atómica de Oak Ridge (Tennessee), que produce carbono 14 en cantidades relativamente grandes, habrá satisfecho ya centenares de peticiones. La producción en cantidad es la mayor ventaja del procedimiento a base de la escisión del átomo. El carbono 14 había sido obtenido antes en ciclotrones; pero estos destructores del átomo no producían más que cantidades minúsculas y a un coste elevado. La pequeña cantidad entregada al Hospital Barnard, de St. Louis, representa, por lo menos, cien veces más de lo que podría haberse obtenido en la producción con ciclotrones, y su coste no ha excedido de 400 dólares. Otros solicitantes proyectan utilizar el carbono 14 para el estudio de las funciones del tiroides, el metabolismo del hierro en los estados anémicos, la utilización de todos los alimentos esenciales por el cuerpo humano y otros estudios fundamentales del organismo vivo.

En total, han sido creados unos cien isótopos en la pila atómica; algunos de ellos están envueltos aún en el misterio, aunque se sabe que existen; otros pueden ser producidos en cantidades suficientes para cualquier estudio científico y, probablemente también, para ulteriores aplicaciones

terapéuticas. Lo que se logrará finalmente nadie lo sabe. Los cuerpos radiactivos artificiales entregados en agosto a las instituciones médicas de los Estados Unidos conservarán su potencia por lo

menos hasta el año 11946, un período de tiempo mil veces mayor de lo que cualquier hombre de ciencia se atreve a prever el porvenir de la Medicina.

Los aniversarios de la Academia de Cirugía ⁽¹⁾

por

RENE SUDRE

La Cirugía va a ocupar el primer plano de la actualidad parisiense. Por vez primera desde la guerra, va a reunirse el Congreso francés de Cirugía, el 49.º, en la Facultad de Medicina. En el mismo momento, la Academia de Cirugía conmemorará el centenario de su resurrección. Finalmente, se entregará al ilustre cirujano doctor LERICHE su espadín de miembro de la Academia de Ciencias, en el aula del Colegio de Francia, en que enseña. Todos esos notables acontecimientos permitirán, sin duda, recordar los humildes principios y el estado de perfección actual de un arte que tanto alivio ha brindado a la Humanidad doliente. Fué en 1731 cuando Mareschal, el primer cirujano del rey, obtuvo del Luis XV la fundación de la Academia de Cirugía. La nueva institución tuvo tanto éxito, que Voltaire escribía que «se viene a París desde todos los puntos de Europa para todas las curas y operaciones que requieren una destreza poco común». Cuando se piensa que la Cirugía ignoraba aún la anestesia y la antisepsia, que no sabía contener las hemorragias sino por medios empíricos, que no tenía sino conocimientos aún rudimentarios de la Anatomía y la Fisiología, pese a muy serios progresos, se tiene una borrosa idea de una práctica que requirió todavía más de un siglo para convertirse en una ciencia. Los cirujanos que adquirirían un nombre, lo debían menos a su ciencia que a su habilidad operatoria. Pero fué en esa época cuando se sintió la necesidad de «organizar» la profesión, sustrayéndola a los prácticos y curanderos para ponerla en manos de médicos auténticos especialmente instruidos.

La nueva Academia había sido instalada por Luis XV en unos edificios construidos en los solares del Colegio de Borgoña, y que han desaparecido para dejar sitio a la Facultad de Medicina actual. Después de sesenta y dos años de una existencia brillante, fué brutalmente suprimida por la Revolución, con las demás instituciones culturales del antiguo régimen, especialmente la Real Sociedad de Medicina. Las dos Compañías se fusionaron en 1796 para constituir una Sociedad de salud, que se convirtió rápidamente en la Sociedad de Medicina. Los médicos obtuvieron de

la Restauración, en 1820, la creación de la Academia de Medicina. No se trataba de resucitar a la Academia de Cirugía. Los cirujanos se agruparon entonces en Sociedad nacional en 1843. Ese centenario, retrasado por la guerra, es el que hoy se conmemora. La Sociedad no recuperó su título de Academia sino en 1936, para conmemorar el doscientosavo aniversario de la muerte de su fundador, Georges Mareschal. La Academia de Medicina se resintió un tanto, pero se inclinó cortésmente ante unos pergaminos que eran mucho más rancios que los suyos. Las dos sabias Compañías viven hoy en perfecta inteligencia.

El siglo XIX fué para la Cirugía la prueba científica, de la que salió transfigurada. En la primera parte del siglo debió, sobre todo, su ilustración a unos hombres. La gran figura de Dupuytren domina toda esa época. Es, sin duda alguna, el renovador de la Anatomía patológica, como Laennec lo fué de la Patología médica. Ambos supieron imponer un método clínico riguroso. No cabría reprochar a Dupuytren el haber ignorado las causas de la infección de las heridas y seguido con excesiva fidelidad la influencia tiránica de un doctrinario quimérico, Broussais. Eran muy escasos los médicos que comprendían a la sazón que la fiebre puerperal, por ejemplo, terror de las Maternidades, era una afección contagiosa, contra la que era preciso adoptar enérgicas medidas de limpieza. La espantosa hecatombe hospitalaria de esa época ha hecho decir a un cirujano moderno que «la Cirugía operatoria era en 1850 muy inferior a lo que era un siglo antes, en el tiempo de la Academia Real de Cirugía».

La ciencia introdujo orden en esa situación lamentable. Dos grandes descubrimientos: el de la anestesia por medio del éter, en 1847, y el de la antisepsia por el ácido fénico, en 1867, revolucionaron el arte médico. A Morton y a Jackson se debe el primero, y el segundo a Lister. Se pudieron hacer operaciones sin dolor y sin peligro de infección mortal. Pero el propio Lister rindió tributo al glorioso artesano del método antiséptico: «Los experimentos de Pasteur—escribió—han arrojado chorros de luz sobre las propiedades corruptoras de la atmósfera... Esas propiedades se deben a la presencia de gérmenes de seres inferiores descubiertos desde hace tiempo por el

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

Nos place informar a la clase médica
que a partir de esta fecha quedan surtidas todas las farmacias
de España con la **única y legítima**

Insulina Danesa "LEO"

la cual se expenderá al público a los **precios antiguos**
de 15,00 y 8,00 pesetas respectivamente los tubos de 200
y 100 u. i.

COMERCIAL IBERO DANESA, S. A.

Madrid - Copenhague - Barcelona

Sulfatiazol DIF

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

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

**SE EXPENDE TAMBIÉN EN
TUBOS DE 20 COMPRIMIDOS**

Así como Piridazol y Sulfatiazol DIF fueron los dos primeros preparados de sulfapiridina y de sulfamidotiazol que pudieron utilizar los clínicos españoles, también ha cabido a este Laboratorio el honor de presentar en España el primer derivado sulfamídico con núcleo pirimidínico: la sulfametazina, bajo el nombre AZOLMETAZIN. De parecidas indicaciones al Sulfatiazol, resulta muy recomendable en los casos de Sulfatiazol-resistencia.

LABORATORIOS Dr. ANDREU

Carretas, 10
M A D R I D



Rambla Cataluña, 66
B A R C E L O N A

Esculapio



(Título registrado)

ACADEMIA SANITARIA

Preparación para Oposiciones

Director: DOCTOR FERNAN PEREZ

Fuencarral, 113, MADRID. - Teléfono 44758

Oposiciones libres a Médicos de A. D. P.

Para estas Oposiciones preparamos Contestaciones especialmente adaptadas al programa y cuidadosamente puestas al día en todas las cuestiones y, sobre todo, en la parte legislativa, ajustada a la nueva Ley de Sanidad y Reglamentos complementarios. Estas lecciones formarán cuatro volúmenes: de Medicina, Cirugía, Higiene y Legislación.

Oposiciones a Tocólogos

Aún no se han anunciado las Oposiciones libres a Tocólogos de poblaciones de 12.000 habitantes en adelante. Tampoco se conoce el programa que servirá para las mismas. Haremos unas Contestaciones ajustadas a este programa y tendremos cursos intensivos prácticos con casos clínicos.

Oposiciones a Maternólogos

Se anunciarán en breve. Haremos Contestaciones para los temas legislativos. Organizaremos cursillos intensivos.

Oposiciones a Médicos de Baños

Los ejercicios comenzarán en la segunda quincena de enero. El cursillo intensivo organizado por nosotros comenzará el 2 de enero.

microscopio, pero que habían sido sencillamente considerados como los compañeros accidentales de la putrefacción.»

Aun reuniendo todas las conquistas de la Cirugía más reciente, se está muy por debajo del progreso fulminante realizado en la segunda mitad del siglo XIX por esas nuevas técnicas. La más importante de esas conquistas es la de la transfusión sanguínea, que durante la guerra reciente ha salvado millares y tal vez centenares de millares de hombres por nuevos procedimientos anglo-americanos. El uso maravilloso de las sulfamidas y de la penicilina para el tratamiento de las heridas no es sino un perfeccionamiento del método antiséptico de Lister. Es preciso mencionar asimismo las vacunas contra la gangrena gaseosa y el tétanos, que derivan también directamente de los descubrimientos de Pasteur.

Hay, sin embargo, una evolución de la Cirugía que es más profunda y cuya honra corresponde a quien se ha denominado «el cirujano del dolor», René Leriche. El sucesor de D'Arsonval y de Nicolle en la cátedra de enseñanza de Claude Bernard ha tratado de variar la idea que se hacía la gente del cirujano, una especie de carnicero hábil y bienhechor que corta y talla el pobre cuerpo humano. Leriche ha aproximado a la Cirugía de la Medicina, al someterla a la Fisiología y afirmar que no es sino un medio de rehabilitar la función normal trastornada. Dirigió, sobre todo, su atención sobre los territorios nerviosos, donde

se encuentran los mandos orgánicos, y los cuales exigen intervenciones mínimas. El sistema simpático no tiene un conocedor más ilustrado ni un práctico más audaz que él. Ha creado una «Cirugía nerviosa» que hace milagros, y que, en primer lugar, suprime los dolores, considerados hasta ahora como incurables. Corta las vías a través de las cuales se transmite el dolor o las intercepta por medio de un anestésico. En otros casos, ataca al simpático, para alterar la nutrición de los nervios sensitivos y amortiguar las reacciones dolorosas.

No concluyen ahí sus métodos científicos. En el tratamiento de las fracturas y de las enfermedades de los huesos ha introducido nuevos criterios, y ha curado enfermedades crónicas por medio de operaciones que no dejan apenas cicatriz. Como siempre, se ha apoyado en la Fisiología para favorecer la reconstitución de un mecanismo trastornado. Ha renovado la Cirugía del corazón y de los vasos, y se sabe que ha logrado privar impunemente a un perro de sus principales arterias. Las lesiones venosas rebeldes no resisten a los correctivos que impone a la irrigación sanguínea. Finalmente, Leriche ha preconizado una Cirugía de las glándulas endocrinas que constituirá una auténtica conquista del mañana.

Tales son los numerosos temas que no dejarán de ser tratados próximamente en París, en el curso del conjunto de ceremonias en homenaje a la Cirugía francesa.

Consultorio Médico Quirúrgico

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

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

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

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

Cuando la Dirección la estime oportuno publicará la consulta que se le haga solicitando de los lectores la contestación por si a alguno o algunos de ellos interesase contestar especialmente.

Ayuda al compañero en duda

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

Número 5.—M. G. I.—Zaragoza.—Desea conocer la bibliografía de estos últimos años sobre eclampsia.

Número 6.—A. G. de la C.—Casas del Castañar. Por este lugar, Casas del Castañar (Cáceres), y no

infrecuentemente, me llaman, sobre todo en la época de la patata temprana, para ver a enfermos de verdaderas enteralgias, creo yo debidas a la solamina, y habones de urticaria.

Lo primero, tras de terapéutica de compresas calientes, láudano o tintura de belladona y valeriana, cede, mas no rápidamente.

En cuanto a la urticaria, he ensayado hemoterapia, e hiposulfitos y calcio, con resultados mediocres y tardíos. Hay a quien suprimo los huevos. ¿Tiene algo que ver?

¿Hay algún compañero que quiera resolverme estas dudas? Muy agradecido.

Número 7.—P. C. D.—Fuente Alamo (Murcia).
¿Puede hacerse un buen recuento enviando al analista, a unos treinta kilómetros del medio rural en que ejerzo, la sangre citratada del enfermo?

He visto realizarlo en otros sitios; repasados los libros de análisis clínicos a mi alcance en el medio rural, no he podido hallar nada en pro ni en contra. Desde luego lo mejor es tomar la sangre directamente con las pipetas del hematímetro, pero téngase en cuenta que para que venga un analista a hacer el recuento necesita un gasto de unas doscientas pesetas.

Agradeceré que, en caso de que puedan contestarme mi pregunta, me digan el libro en que puedo estudiar el asunto.

CONTESTACIONES RECIBIDAS

C. Rodríguez.—Totana (Murcia).—En la mayor parte de los Tratados de enfermedades del aparato circulatorio, en muchas de las patologías médicas, se estudia con mayor o menor extensión un capítulo dedicado a la hipotensión arterial en

sus diferentes variedades. Merece recordarse a este propósito el capítulo XLIX del libro de Stroud, en el que, bajo el título de «Presión arterial baja», estudio Barach este síndrome.

También merecen leerse, respecto a este punto, algunos de los libros que tratan de las alteraciones en el tono de la circulación periférica, como el de Dumas y el de Pal.

Por último, hay monografías especialmente destinadas o a las diferentes variedades de hipotensión arterial, como la de Friedlander, o de un modo exclusivo a la forma *constitucional idiopática*, como la de Lian y Blondel.

En cuanto a la terapéutica, cuando es necesario emplear alguna, se aconsejan, además de la medicación clásica (calcio, estroquina, alcanfor hidrosoluble, etc.), los preparados de adrenalina retardada, los de efedrina, los de la hormona córticosuprarrenal, el veritol, el simpatol y, hasta cierto punto también, los preparados de bencedrina y de pervitina.

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR (26 de octubre de 1946.)

Síndrome de Groenblad y Strandberg, por J. Arjona.
Enfermedades sociales que dañan el aparato circulatorio, por D. Durán Arrom.
La nueva quimioterapia, por Barton.
Homenaje a Martínez Vargas, por Fernán Pérez.
El concurso de médicos de A. P. D., por Licenciado del Agro.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO (9 de noviembre de 1946.)

Nuevos puntos de vista en la interpretación y tratamiento de la carditis reumática, por F. González Suárez.
Concepciones y técnicas inéditas en roentgenología del aparato urinario, por F. Martino Savino.
La Curie-roentgenoterapia del cáncer cérvico uterino, por A. Crespo H. de Medina.
La crenoterapia y la senectud, por Domínguez Gil.
Supersticiones y mitos, por Castillo de Lucas.

REVISTA DE SANIDAD E HIGIENE PUBLICA

(Madrid, octubre de 1946.)

Clavero y Romeo.—Anopheles multicolor. Hallazgo en España.
Gómez de Cisneros.—El kala-azar en Murcia.
López Bustos.—Bioquímica del latirismo.
Robinson.—Química y Medicina.

CLINICA Y LABORATORIO

(Zaragoza, octubre de 1946.)

Gispert.—Manifestaciones neurológicas en la xantomatosis vertebral y craneal.
Arrarte.—Insuficiencias suprarrenales y tuberculosis pulmonar.
López Gómez.—Tratamiento de las intoxicaciones fúngicas.
Abades.—Hendiduras palatinas. Su tratamiento.
Arqués Miarnáu y Arqués Navés.—La energía atómica al servicio de la Medicina.

MINERVA MEDICA

(Torino, 11 de agosto de 1946.)

Samek.—Linfogranuloma maligno del estómago.
Sanero.—Las enfermedades cardiovasculares como problema social.
Scarzella.—Hipertrofia del timo en la infancia.

GALICIA CLINICA

(La Coruña, octubre de 1946.)

Hermida.—Bloqueo de rama.
Martínez Gómez.—¿Oclusión intestinal por megacolon o megacolon por oclusión intestinal?
Carrero.—Sorderas por disturbios hormonales.
Quintanilla.—Tratamiento de las meningitis purulentas con sulfamidas y con penicilina.

ODONTOIATRIA

(Madrid, septiembre de 1946.)

Orensanz.—Función masticatoria. Método de valoración.
Guergué.—Organización de la vida profesional del recién graduado.
Sáenz de Pipaón.—Caracterizaciones de las coronas acrílicas.
Lorenzo Velázquez.—Lo que el médico debe saber sobre la penicilina.
Selter.—Sensibilidad a la tuberculina, inmunidad y vacunación profiláctica contra la tuberculosis.

PROCEEDINGS OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE (Londres, mayo de 1946.)

Gray.—El cloruro de tubocurarina como anestésico.
Patterson.—Carcinoma de las amígdalas.
Simpson.—Tumor de las glándulas salivares.
Capps y Hogg.—Sarcoidosis de Boeck con lesión nasal.
Owen.—Tumor del septo nasal. Operación y recurrencia.
Adams.—Condromas.
Robin.—Granuloma laríngeo consecutivo a anestesia intratraqueal.

JOURNAL OF THE ROYAL ARMY MEDICAL CORPS (Londres, agosto de 1946.)

Willcox.—Tratamiento de la sífilis primaria en el Ejército.
Crawford.—Casuística de Oftalmología.
Manifold.—Desnutrición y sepsis crónica.
Lumsden.—El estudio de la anatomía patológica en los Servicios del Ejército.
Raeburn.—Fiebre glandular.
Boycott.—Diarrea endémica.

(18 de agosto de 1946.)

Lenzi y Caniggia.—La prueba de la ouabaína en la valoración del estado anatomofuncional del corazón.
Quattrin.—Investigaciones experimentales sobre inoculación intrahepática de benzopireno.
Scarzella.—Hipertrofia del timo en la infancia. Sintomatología y constitución.

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPANOLA

2 de novbre. de 1946

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA

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

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN PROFESIONAL: BOLETÍN DE LA SEMANA, por Decio Carlán. TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS: *Enérgica campaña contra la dádiva profesional*, por el Dr. Fernán Pérez. SILVA LITERARIA: *Benito Pérez Galdós y la Medicina* (X), por F. Javier Cortezo-Collantes. INFORMATORIO PROFESIONAL. Sección oficial.

BOLETIN DE LA SEMANA

Día santo.—29 de noviembre de 1946.

Todos los días del año; todos los años de la vida...: ET DIMITTE NOBIS DEBITA NOSTRA, SICUT ET NOS DIMITTIMUS DEBITORIBUS NOSTRIS.

Mártires, vencedores y vencidos
por España caídos
ante el altar de santos ideales,
a quienes nuestras preces funerales
dedicamos, de amor estremecidos.

¡Médicos: sin pasiones de partidos,
unamos nuestros lazos fraternales,
sembrando, con amores florecidos,
del odio los estériles canchales!

Que la voz de Jesús sea escuchada
y, al besar en la llaga de su mano,
a Él alcemos la límpida mirada
con sólo una oración: Hermano, hermano.

IN MEMORIAM

Fernando Primo de Rivera, José María Albiñana y Sanz, José María Villaverde y Larraz, Federico González Deleito, Modesto Maestre Ibáñez, Pedro Bouthelier Saldaña, Agustín Van Baumbergen, Julián Sanz de Grado, Ismael Alonso de Velasco, Capas Albiotones, Vázquez Bernabéu, Vicente Martín, Bobillo y Bobillo, Udaeta Cárdenas, González Martínez, Barrado Herrero, Carazo Altozano, Millán Salvat, Esteban Lalanda, Sierra Bustamante, Fernández Lozano, Rodríguez Hurtado, E. Lacalle, Prieto Rincón, Luengo García, Cajo Vicente, García Doctor, Torrijos Valseiro, Arozarena Reyes, Manzano Codino, Alonso Aycart, Martínez Bruguera, Villalobos, Cadohia López, Segoviano, Buey Pagán, Delemús Calderón de la Barca, Fanjul, Gamir Montijo, Martín Arévalo, Aguirreche, Presa Vázquez, Alvarez Martín, Nafría, Vázquez de la Victoria, Arizcun, Alonso, García Rodríguez, Márquez Baruch, Martín Montalvo, Jiménez, Miranda, Pinilla, Romero Plá, Nover, Borrera, Castrillo, Reinoso, Vecino Torres, Serrano Portuhondo, Ruiz Casal, Hernando Vallarí, Alba Manrique, Quintana, Puncel, Aznar, Quiles, Conte, Quintana Duque, Oliván, Cortés Tamiño, Cuartero, Hermoso, Cartegui, Pérez Bryán, Carrión, Gómez del Río,

Salguero, Millán Palma, Corrales, Mesa Rodríguez, Gámez, Serratosa, Laporte, Checa Salcedo, Gallego, Ruiz Valencia, Troya, Burgos, Sáiz Pardo, Villarejo, Muguerza, Naclé, Gómez Clavero, Cudó, Laguna, Castellón, Urbano, Nadal, Oliván Anadón, López Ondé, Peñín Balbas, Cruz Avenía, Navarro, Serrano, García Guijas, Muguza, Elorriaga, Sánchez Pozuelo, Peña Seiquer, Selgas Tuero, Rivas Illera, Quílez, Esteve, Díaz Amilibia, Pallarés, Solís, Ballesteros, Martínez Sabater, Aguilar Castelló, Bonora Muñoz, Conejero Soto, Daras Esteve, Saqués Parrin, Zumalacárregui Calvo, Rodríguez Nicoláu, Castells Adriaensens, Vázquez Bernabéu, Bonet Andrés, Martí Escorihuela, Cirona Chavarría, Aranda Soriano, Melis Morell, Belda Font, Carlos Part, Rigal Llorca, Aleixandre Planes, Bono Moll, Serra Villanueva, Rivelles Luesma, Ferrer Llorente, Pelluch Escrivá, García Puig, Pellicer Delcamp, Torralba López, Escrich Bort, Ferreiro Peiró, Ibáñez García, Sarrió Tamarit, Faus Soler, León Fúster, Colechá Navarro, Herrero, Sánchez Lináres, Cotanda Llavata...

Que la paz del Señor sea con vosotros y vuestro recuerdo en nuestros corazones.

DECIO CARLAN.

TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS

ENÉRGICA CAMPAÑA CONTRA LA DÁDIVA PROFESIONAL

por el
Doctor FERNAN PEREZ

No existe en la vida ni profesión, ni oficio, ni cargo, ni otra labor cualquiera en la que se pres-ten más servicios gratuitos que los realizados di-riamente por la clase médica. El médico asiste a cientos de enfermos a los que no cobra; el médi-co practica peritajes con carácter absolutamente gratuito; el médico extiende a diario muchos cer-tificados por los que no percibe un céntimo; el médico regala en mil facetas diferentes lo que tan-to dinero y tanto esfuerzo le costó adquirir: sus conocimientos profesionales.

Como justa y elemental compensación, al médi-co debían tenerse ciertas consideraciones, hijas legítimas de ese sentimiento que se llama grati-tud; pero lejos de obtener ese «pago» de orden moral, no sólo no se le agradece su labor, sino que, por el contrario, en una buena parte de ca-sos, aún ha de dar las gracias por haberles dejado hacer el favor. Es decir, que la dádiva profesio-nal, en el colmo de lo injusto, obliga al médico mismo a ser el agradecido.

Creo que fué el doctor don Francisco Carmona Camón, durante su etapa de presidente del Cole-gio de Médicos de Madrid—ya hace años—, el que primero formuló su enérgica protesta contra tal estado anómalo de cosas, invitando a dimitir los cargos gratuitos y a restringir en todo lo posible, o en absoluto, la dádiva profesional.

Todas las excitaciones hechas a los médicos para cobrar los trabajos que realicen nos parece-rán muy en su punto, y estaremos de acuerdo completamente cuando se decidan, de una vez para siempre, a no hacer ni una receta sin cobrarla ni firmar un papel en el campo profesional, por in-significante que sea, sin devengar los correspon-dientes honorarios.

Hace poco hemos tenido noticia de la actitud del Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza con un médico rural que se había ofrecido a prestar servicios gratuitos a los vecinos del pueblo que

se lo pidieran con tal de no dejar ganarse su vida al nuevo titular en propiedad, recientemente lle-gado al lugar. El Colegio se apresuró a imponer al dadivoso una multa de cinco mil pesetas y le suspendió en el ejercicio de su profesión en todo el distrito judicial a que pertenecía el pueblo en cuestión, llegando, incluso, a ordenar a los far-macéuticos del distrito que no despacharan receta alguna del médico mencionado. El Colegio Mé-di-co de Zaragoza ha cumplido con su deber; pero ¿cuántos Colegios hay dispuestos a adoptaranáloga plausible actitud?

Ahora se va a ofrecer la oportunidad para sa-berlo al presentar al Colegio de Médicos de Ma-drid, por un grupo de médicos, un razonadísimo escrito, firmado por numerosos y prestigiosos co-legas, planteando la cuestión nuevamente y con toda claridad. El interesante escrito, con el que nos consideramos absolutamente identificados, dice así:

«Señor Presidente del Colegio Oficial de Médi-cos de Madrid y de su provincia:

Conocida es de todos, y ello nos releva de ar-gumentar en este sentido, la profunda crisis que desde hace cierto tiempo viene pacientemente atra-vesando la clase médica española.

La socialización de la Medicina en la casi tota-lidad de sus aspectos, representada por las activi-dades de las Sociedades de asistencia médica, Dis-pensarios, Hospitales, Fundaciones, Mutualidades profesionales, Beneficencias, Cruz Roja Españo-la, Seguro Obligatorio de Enfermedad, etc., etc., que prácticamente absorben la cifra total de en-fermos de todas las categorías sociales, ha moti-vado la desaparición de lo que en otros tiempos se conocía con el nombre de clientela médica pri-vada.

Como, por otra parte, no todos los médicos, ni siquiera una mayoría de ellos, se hallan colocados



SICUNANTIGEN



Suspensiones microbianas desecadas para reacciones serodiagnósticas de aglutina-ción en porta-objetos

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

Información. Apartado 5.039 - MADRID

en las entidades antes mencionadas, y los que lo están perciben remuneraciones en manifiesta discordancia con las exigencias de la vida actual y de la categoría social y científica que corresponde al médico, o no perciben sueldo alguno, como es el caso de los compañeros que prestan servicio en ciertas instituciones de Beneficencia, el problema ha adquirido caracteres de insuperable agudeza, y parece llegado el momento de disponernos con toda serenidad, pero también con toda resolución y energía, a poner en práctica los medios necesarios para que la clase médica pueda llegar a recuperar

a ellas, como tales entidades, y no a los médicos particularmente, a quienes compete esa laudable misión caritativa.

Es, en efecto, escandalosamente inmoral que acaudalados propietarios, destacadas personalidades, altos funcionarios, acomodados industriales y comerciantes, gentes en general económicamente bien dotadas, que hacen uso o abuso de sus medios materiales en todas las manifestaciones de su vida, reciban, en cambio, la asistencia médica de modo semigratuito a cambio de una ridícula cuota de Sociedad o de Mutualidad profesional y a



Presidencia del banquete celebrado en honor del Dr. Alonso Canalejas por su triunfo en las oposiciones del Hospital de la Princesa.

dentro de la sociedad española el rango, la dignidad y las condiciones materiales de vida que por su trascendental y elevada función social legítimamente le corresponden.

Es cierto que algo se ha hecho en tal sentido; pero quedan muchas cosas importantes por hacer, y es obvio resaltar el carácter de verdadera urgencia con que es preciso arbitrar el remedio, aportando cada uno de nosotros (dirigentes y dirigidos) nuestras iniciativas y nuestros esfuerzos, respaldados por el firme propósito de lograr nuestros legítimos objetivos sin titubeos, defecciones ni desmayos de ninguna clase. Con tal propósito, los abajo firmantes propugnamos rotunda y terminantemente los dos siguientes postulados:

1.º *Toda persona económicamente solvente debe sufragar por cuenta propia y de modo particular su asistencia médica, ni más ni menos que como sufraga todas las demás necesidades de su vida.*

2.º *Absolutamente todos los cargos médicos deben ser digna y decorosamente retribuidos, para lo cual las entidades de todo género que tienen por finalidad (muy altruista y meritoria, desde luego) la prestación de servicios médicos gratuitos a los menesterosos deberán disponer de presupuesto para pagar a su personal facultativo, ya que es*

costa de la inhumana y despiadada explotación del médico, o, lo que es peor aún, la reciban totalmente gratuita en Dispensarios, Hospitales y centros similares de todo género. Es asimismo inaceptable y absurdo que en estos tiempos en que multitud de compañeros se debaten inútilmente por encontrar los medios con que hacer frente con un mínimo de decoro a una situación económica cada vez más angustiosa y difícil, existan instituciones (algunas bien poderosas por cierto) en las que los cargos médicos sean gratuitos o, lo que es equivalente, estén dotados con una mezquina gratificación. En consecuencia, y aun cuando los citados problemas, por tener un carácter nacional, entran de lleno en la jurisdicción del Consejo General de Colegios, nos permitimos dirigirnos por vía reglamentaria a esa Junta directiva, rogándole sirva de intermediaria cerca de nuestras autoridades representativas superiores, a fin de que éstas gestionen de los Poderes públicos la urgente adopción de las siguientes medidas, que por ser perfectamente viables y estrictamente morales y justas, no dudamos que encontrarán favorable acogida en quienes tienen la honrosa facultad, pero también el imperioso y renunciante deber de velar por los fueros de la razón, la equidad y la justicia.

ASISTENCIA MÉDICA GRATUITA

Se crea la «tarjeta de asistencia médica gratuita». La posesión y presentación de este documento, que tendrá carácter unipersonal e intransferible, será imprescindible para recibir servicios médicos gratuitos de cualquier clase y condición en los establecimientos de Beneficencia del Estado, Provincia, Municipio, Cruz Roja Española, fundaciones e instituciones de carácter nacional



El Dr. D. Miguel Benzo, a quien se obsequió con un banquete de honor por su triunfo en las oposiciones del Hospital Provincial de Madrid.

o internacional, oficial o privado, y, en general, en toda clase de entidades, Centros y corporaciones que se dediquen a la prestación de esta clase de servicios.

Para acogerse a estos beneficios será necesario demostrar documentalmente los siguientes extremos: pagar por alquiler de la vivienda y percibir unos ingresos familiares totales inferiores a las cifras que se designarán como tope máximo, y que serán establecidas en cada provincia y revisadas periódicamente, de acuerdo con los cambios que experimente el nivel económico de la vida. No pagar contribución industrial ni territorial. No poseer otros bienes de fortuna que le permitan sufragar por cuenta propia su asistencia.

Cuando el solicitante de la tarjeta no sea cabeza de familia, las condiciones que anteceden habrán de concurrir en él y en las personas a cuyo cargo y expensas viva.

Las tarjetas serán expedidas por los Colegios Oficiales de Médicos en nombre del Consejo General. En dicho documento constará la filiación completa del interesado y su retrato, estampados a litografía. Será personal e intransferible, y deberá renovarse periódicamente, exigiéndose para cada renovación los mismos requisitos y formalidades ya expresados. Asimismo llevará impreso su número de orden correspondiente, y solamente tendrá validez dentro del territorio de la provincia en que fué expedida.

En toda consulta que no tenga un carácter es-

trictamente privado se llevará un libro registro, en el que habrán de afiliarse obligatoriamente todos los enfermos nuevos previa presentación de su tarjeta, cuyo número de orden quedará también anotado. En sucesivas consultas, los enfermos antiguos mostrarán simplemente su tarjeta para acreditar su personalidad.

Los médicos encargados de las consultas serán personalmente responsables del exacto cumplimiento de esta disposición, a cuyo efecto se establecerán sanciones disciplinarias para los infractores.

En cada Colegio provincial funcionará con carácter permanente una Comisión inspectora, cuyos miembros serán elegidos entre los médicos que tributen por las tres últimas clases de patente, y que se renovarán trimestralmente, cuya misión será vigilar el cumplimiento de estas disposiciones en todos los Centros de beneficencia de su demarcación. En los pueblos, esta misión inspectora podría recaer en el médico titular.

Se establecerán sanciones gubernativas adecuadas para quienes falseen los datos o documentos exigidos para la expedición de la referida tarjeta.

Las entidades e instituciones de cualquier carácter o naturaleza que deseen establecer consultas de tipo económico o cuota restringida para atender a enfermos que no se hallen en posesión de la tarjeta de asistencia médica gratuita, deberán atenerse, como cifra mínima de honorarios a percibir de los enfermos asistidos, a lo establecido para el pago de servicios por acto médico en el artículo 57 del capítulo VI de la Orden del Ministerio de Trabajo de 4 de octubre de 1946.

RETRIBUCIÓN DE LOS CARGOS MÉDICOS

Ningún cargo médico podrá ser desempeñado gratuitamente cualquiera que sea el carácter y los fines de la entidad en que se presten dichos servicios. El Consejo de Colegios, de acuerdo con las autoridades sanitarias o de otro orden, fijará la cuantía de los sueldos mínimos de los médicos en cada función y servicio, cuidando muy bien, por razones de decoro elemental que no hace falta ni aducir, que dichos sueldos no sean nunca inferiores a los que rijan para profesiones de categoría similar (abogados, ingenieros, arquitectos, etcétera) y que se hallen en consonancia con las exigencias y características económicas de la vida actual.

Ningún médico podrá renunciar voluntariamente al percibo de sus haberes, pues si no le interesan, por ser suficientemente acaudalado, deberá renunciar su destino en beneficio de los numerosos compañeros que necesitan vivir del ejercicio de su profesión. La infracción de esta norma será sancionada por el Colegio Médico respectivo con pérdida del referido cargo y demás sanciones que eventualmente se establezcan.

SEGURO LIBRE Y OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD

Que se cumpla con todo rigor el precepto de que la asistencia del Seguro Obligatorio de Enfermedad se limite exclusivamente a los productores económicamente débiles.

En cuanto a las entidades de carácter mutual o

mercantil que cultivan el seguro libre, su radio de acción debe limitarse de manera exclusiva a los empleados, funcionarios y productores de todas clases que, trabajando por cuenta ajena, perciban unos ingresos familiares totales inferiores a determinada cifra tope, que se podría fijar en el doble de la vigente para el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Los que rebasen dicha cifra tope, y los propietarios de industrias, talleres y negocios de todas clases, así como los familiares que vivan a sus expensas, quedarán totalmente excluidos de este tipo de régimen asistencial.

Estas condiciones habrían de acreditarse documentalmentemente ante el Colegio de Médicos de la provincia respectiva, el cual facilitaría al peticionario un volante con el que podría formalizar su inscripción en la entidad mercantil o mutual por él elegida. Periódicamente se revisarían las condiciones citadas por si hubieran sufrido alguna modificación.

Esta disposición, para que tenga efectividad, debe tener carácter retroactivo, exigiéndose a todas las entidades hoy constituidas, en el plazo máximo de tres meses, acrediten ante el Colegio Médico de su provincia respectiva que afiliados se encuentran dentro de las condiciones citadas y dando de baja automáticamente a aquellos que no las reúnan. Naturalmente, habrán de remitir a dicho Colegio la documentación acreditativa del derecho de los primeros, siendo directamente responsables del cumplimiento de esta disposición y ateniéndose en caso contrario a las sanciones que se dispongan al efecto.

PLÉTORA PROFESIONAL

Que se adopten sin más demora medidas adecuadas para resolver el problema de la plétora médica, aspiración reiteradamente expuesta a los Poderes públicos, y que calificamos verdaderamente fundamental.

* * *

Para todo cuanto se relacione con la articulación, reglamentación y posibles modificaciones de las propuestas que anteceden, los Poderes públicos requerirán el previo asesoramiento y colaboración del Consejo General de Colegios.

En tanto no se logre una satisfactoria rehabilitación de la clase médica española, solicitamos que en el Consejo General de Colegios funcione con carácter permanente una Comisión especial encargada de recoger, estudiar y tramitar en su caso los proyectos e iniciativas encaminados a aquel fin que le sean remitidos por cualquier compañero. De la suerte corrida por tales proyectos habrá de darse cuenta por escrito a su autor en el plazo máximo de treinta días.

Los abajo firmantes quedan a la completa disposición del Colegio provincial y Consejo General de Colegios para cuantas aclaraciones estimen necesarias y se ofrecen incondicional y apasionadamente para todo cuanto redunde en beneficio de la colectividad.

Madrid, 25 de octubre de 1946.»

SILVA LITERARIA

BENITO PÉREZ GALDÓS Y LA MEDICINA

por

F. JAVIER CORTEZO-COLLANTES

X

EL MAYOR MONSTRUO, EL CRUP

A nadie que conozca la trágica historia de la difteria puede extrañarle la verdadera minuciosidad con que don Benito Pérez Galdós observó y estudió la marcha y circunstancias de la dolencia para pintar uno de los cuadros más realistas y dramáticos de su magnífica novela *La familia de León Roch*.

Cuando Pérez Galdós escribía esta obra genial corríanse los años de la primera década de la segunda mitad del siglo XIX.

A los médicos y profanos que hoy se encuentran ante el diagnóstico, la sintomatología, el pronóstico y el tratamiento de una difteria aislada o epidémica, les será muy útil recordar cuánto hay de distinto en todo ello si llevamos su estudio aguas arriba, hasta los inicios del conocimiento de la dolencia, en el cual nos cabe a los españoles no escasa gloria.

Cuando Galdós trazaba los esbozos de las escenas emocionantes que vamos a comentar en este artículo, Federico Loeffler tendría unos doce o

trece años, Emilio Von Behring apenas contaría diez y Alejandro Yersin y Roux eran más pequeños. Las escenas que por aquellas épocas se desarrollaban en toda Europa y en América con las invasiones epidémicas del crup ponen los pelos de punta. La sintomatología y la rapidez del curso del mal era mucho más feroz y rápida que cuanto vemos en los tiempos modernos. Yo he escuchado a mi padre repetidas veces, en los últimos años de su vida, decir que la difteria de ahora era una difterilla sin importancia, y él la comparaba a aquellas epidemias a que asistió en los primeros años de su profesión, alguna de las últimas llevándose la vida de dos hijos en el curso de una semana.

No es menos interesante y genial que el estudio que don Benito hace del crup, la pintura que nos da del doctor don José Moreno Rubio.

No os preocupéis la memoria. ¿Quién era el doctor don José Moreno Rubio? Es indudable que fué un médico famoso, el ejemplar magnífico del médico general de la época que llega hasta finales del siglo XIX. Era un médico real, de carne y hueso, de espíritu cultísimo, de corazón de hom-

bre santo... Lástima grande que no podamos dárselo a conocer en una fotografía o un monumento público, porque el doctor don José Moreno Rubio sólo vivió en la mente y en las cuartilla, de don Benito Pérez Galdós, para immortalizarse en la tipografía de las más grandes novelas suyas: *La familia de León Roch*, *El doctor Centeno*, *Tormento*, *La de Bringas*, *Lo prohibido*, *Fortunata y Jacinta*, *Angel Guerra*.

¡Qué hombre aquél, sabio, amable, optimista, humanista y filósofo; hombre bueno y capaz de todas las generosidades!

Tiene una historia curiosa este compañero nuestro en fantasma literario: procedía de una familia pudiente, más que pudiente, rica: la de aquel don Manuel Moreno Isla, sobrino de doña Guillermina Pacheco, que poseía la magnífica casa de la Cava de San Miguel; hombre riquísimo y elegante, solterón empedernido, educado en las costumbres inglesas, que vivía la mayor parte del año en Londres, pero que vino a enamorarse en Madrid de Jacinta, que no le hizo ningún caso y que acabó muriendo en Madrid víctima de una embolia cuando se disponía a volver despechado a Inglaterra.

De aquella doña Patrocinio Moreno Isla, hermana de don Manuel, que vivía en la calle de Pontejos; de aquel fray Luis Moreno Isla y Bonilla que fuera obispo de Plasencia y de don Carlos Moreno Trujillo y de Moreno Vallejo, a quien le cortaron la pierna el mismo día que se enterraba al hijo de Juanito y de Fortunata.

El doctor don José Moreno Rubio era el médico de cabecera de las familias más elegantes de Madrid, como lo fué del marqués de Casa Fúcar, y también intervenía generosamente en lamentables asistencias, como la del desdichado «Alejandro Miquis» o la de Sánchez Emperador, el infeliz conserje de la Facultad de Farmacia.

Nosotros, los que hemos alcanzado por privilegio de la edad a conocer estos tipos de médico, que don Benito plasma en la figura señorial, bondadosa y culta del doctor don José Moreno Rubio, no podemos menos de emocionarnos hablando de estas cosas y lamentar que la muerte nos llegue antes que el rodar de las costumbres sociales vuelva al prestigio y prioridad que se merece en la profesión nuestra este tipo de hombre que hoy en día es necesario buscar con un candil.

Pues este don José Moreno Rubio es quien interviene en la asistencia y tratamiento de la angelical Monina, presa de una difteria gravísima, que luego veréis cómo la tuvo al borde del sepulcro.

¡El mayor monstruo, el crup! Así decía Galdós, y esto, que nos parece o puede parecernos hoy exagerado, era una triste realidad en aquellos años.

Es difícil puntualizar cuándo comienza a desglosarse en puridad el tipo del crup, del verdadero crup, de las esquinancias membranosas, pútridas, purulentas, entre las que pasaba englobada la difteria de Loeffler a los ojos simplistas de nuestros ilustres médicos de finales del siglo XVI y de todo el siglo XVII y casi todo el XVIII.

El doctor don Rodrigo de Fonseca, que estudiara en Lisboa y ejerció a fines del siglo XVI y

fué maestro en Pisa y en Padua, y fué una gloria de la Medicina española; que escribiera obras de profunda doctrina, alta filosofía y gran expertismo médico, alguna de ellas dedicada al rey Segismundo III de Polonia y Suecia, fué uno de los primeros médicos en defender abiertamente la práctica de la traqueotomía, muy discutida hasta casi principios del siglo XIX, y eso que llevaba ya muchos casos de práctica en animales y en hombres.

La aplicación de la traqueotomía en los crup y esquinancias membranosas tenía en Francia gran partido por el año 1780, como puede comprobarse en las memorias de la Real Sociedad de Medicina. Pero la definición de los crup a la manera de Chambón sólo descansaba en el aspecto externo de las lesiones de la enfermedad. Chambón quería establecer el verdadero carácter de los crup, distinguiendo el esencial del sintomático, y discutía a Michaelis porque éste confundía los crup sintomáticos con la diátesis purulenta que, según él, ocasionaba el crup esencial.

Lo más acertado de estas observaciones y las de Fourcroy es cuanto se detalla de la sintomatología de la voz, de los silbidos, de la tos húmeda y seca, de los esfuerzos sin expectoración, de la saliva espumosa y purulenta.

La terapéutica guarda relación, como es lógico, con el estado de estos estudios: los vejigatorios, los incisivos, las decocciones vegetales activadas con amoniacales, acéticos, la ipecacuana, el oximiel colehico, el quermes...; aquí en España nos corresponde mucho de gloria en los estudios del llamado garrotillo, los de Escobar, los de Gómez de la Parra, Heredia, Núñez, Villarreal, Gil de Pina, Cascales...; no es extraño, porque aunque ello sea falto de base cierta, se aseguró mucho tiempo que el crup era una enfermedad española que allá por el año 1610 pasara a Malta, Sicilia y Nápoles y persiguiera a los habitantes de Europa por más de veinte años. Añadíase que era dolencia desconocida de los árabes y tantos otros dislates como son frecuentes en los estudios de Historia de la Medicina.

Desde que pueden ser estudiadas, las epidemias de difteria tienen todas carácter gravísimo y prolongado. Llámense anginas malignas, garrotillo epidémico o como se quiera, el hecho es que llegó a dar nombre a los años del garrotillo como los diera el tabardillo pintado. Pues bien; desde estos tiempos heroicos a los años en que vemos al doctor don José Moreno Rubio a la cabecera de la cuna de Monina, moribunda por la difteria, no hay que pensar que se adelantó gran cosa.

A finales del año 1876 y con el título de *El crup y la traqueotomía en Génova*, publicaba el doctor Revillió un interesante trabajo para rehabilitar la traqueotomía en el tratamiento del crup o laringitis pseudomembranosa.

Se señalaban como extraordinarios en España los resultados obtenidos, que eran treinta y ocho curaciones de ochenta y siete traqueotomías practicadas, y se añadía que pocos médicos podían vanagloriarse de tan favorables resultados.

Aún se puntualizaban detalladamente las dificultades y peligros de la intervención, y se ter-

minaba diciendo que siendo conocida para muchos, no se ocultaba su gravedad, retardando la curación y predisponiendo a los enfermos a una multitud de accidentes, tales como las hemorragias secundarias, las complicaciones pulmonares, *paralíticas*, etc., etc.

Más tarde, a principios del año 1877, el doctor Houles, de Sorece, comunicaba a la Sociedad de Medicina de Tolosa su pregunta acerca de si el crup era una fiebre intermitente..., si el terror de las madres no podría ser una fiebre intermitente, perniciosa y larvada, y el tratamiento más seguro de esta enfermedad las sales de quinina desde los primeros momentos de la invasión. Señalaba lo que él llamó admirables analogías y numeroso punto de contacto entre el crup y la fiebre perniciosa larvada. Describía casos clínicos de sus estadísticas, interpretaba las remisiones del crup y los trastornos consecutivos en las funciones nerviosas y de los órganos para, en una última conclusión, proponer el sulfato de quinina como el remedio más eficaz contra el crup.

Con estos antecedentes a vuelo pluma, leamos ahora la maravillosa descripción que hace don Benito Pérez Galdós en su novela, de la difteria que puso en inminente riesgo la vida de Monina.

Habla Pérez Galdós:

«León vió también criados en cuyos semblantes se pintaba la consternación, y criadas que tenían los ojos encendidos de llorar. Vió que delante de muchos santos ardían velas primorosas...; por último, llegó adonde estaba el centro de tanta tristeza, una cámara silenciosa, fúnebre, medio a oscuras...; lo que allí pasaba era un drama, la muerte de un ser pequeño, una catástrofe menuda, de esas que no tienen ningún eco en el mundo...; en pos de aquella muerte no vendría orfandad, ni viudedad, ni ruinas, ni herencias, ni trastornos, ni siquiera luto; no habría sino un episodio más de la eterna hecatombe de chiquillos... Pepa, vestida aún con el traje que llevó a los toros. Junto a ella estaba el lecho, tan bonito que las hadas no le fabricaran mejor...: era como una canastilla de cañas de oro...; sus cortinas blancas, con lacitos de rosa y encajes...; León se acercó hasta ver la cabeza de la moribunda, que hundía suavemente con su peso la almohadita llena de rizos dorados y de lágrimas.

León sintió escalofríos de pavor y como un puñal partiéndole el corazón al ver a Monina con la cara lívida y descompuesta, los labios violados, los ojos muy abiertos, pestañeantes y lacrimosos,

el cuello entumecido, tirante, hinchado por el infarto de los ganglios; y padeció más al oír aquel gemido estertoroso, que no era tos ni habla, sino algo semejante a voz de ventrílocuo; una nota aguda, desgarradora, agria como chirrido de un pito en boca de un demonio y parecida a la inflexión del canto de un gallo, de donde viene, según algunos, el nombre de Crup (Crow).

La vió contraerse sofocada, llevándose los dedos al cuello para clavárselos con ansia de agujerearse para dar paso al aire que faltaba a su garganta obstruída.

Espectáculo horrible. La muerte de un niño por estrangulación, sin que nadie lo pueda evitar, sin que la ciencia ni el cariño materno puedan distender la invisible garra que aprieta el cuello inocente, antes blanco como lirio y ahora cárdeno como un pedazo de carne muerta; aquella vida pura, inofensiva, amorosa, angelical, que se extingue de manera trágica, con las convulsiones del criminal ahorcado y el espanto de la asfixia, es uno de los más crueles ejemplos del dolor inexorable que acompaña, como prueba o castigo, a la vida humana.

Monina volvía sus ojos acá y allá y miraba a su madre y a los criados como pidiéndoles que le quitasen aquella cosa apretadora, aquella *pupa*, más horrible y dolorosa que todas las *pupas* posibles. ¡Bárbaro drama de la Naturaleza!

El examen del semblante del doctor Moreno Rubio, que no se apartaba de allí, indicó a León un desenlace funesto.

Para que el *crup* sea más cruel, tiene sus traidores descansos, precursores siempre de una crisis mayor. El infame afloja su dogal para que la víctima respire y vea cuán bueno es el aire, cuán dulce es la vida. Después vuelve a apretar, hasta que concluye todo. Cuando pasa un violento acceso de tos, suelen venir lo que los médicos llaman *falsas mejorías*. Bajo la acción del tártaro estibiado, Monina logró expulsar algo de las falsas membranas que se le habían formado en las amígdalas, en la epiglotis y en la laringe. Aliviada un tanto, respiró con holgura y movió con viveza y animación sus ojos. Movimiento general de esperanza y alegría. Pepa acudió a cubrirla y a arreglar su ropa, porque con la violencia de la tos se había desabrigado...

Pepa puso la mano en la boca de la enferma, y Monina, cerrados los ojos, movió los labios para escupir en la mano; después parecía delirar...

Después, siguiendo en el delirio, hizo un movi-



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

miento cuya vista produjo en todos agudísimo dolor. Fué que extendió una mano cerrando y abriendo el puño..., ¡así saludan los niños cuando se despiden!...; transcurrido un minuto, reapareció con más fuerza la tos seca y metálica, la estrangulación, la desesperación convulsiva de la pobre niña y el alarido agudo, semejante al canto del gallo. El que oye aquel *son* cree que una aguja candente le traspasa el cerebro. La niña se ahogaba, se moría...

... ¡Qué espantosa transformación! El término de un día había bastado para hacer de aquel conjunto hechicero de inocencia y hermosura un miserable cuerpo enfermo. La invasión de la *difteritis traqueal* era tan violenta que no había esperanzas de vida. La niña, según Moreno Rubio, no vería la luz del día siguiente. No había señales de que el tártaro determinase la acción sudorífica y deterensiva... Atento a cumplir con su deber, Moreno Rubio dispuso aplicar la disolución cáustica sobre la mucosa enferma. Un rato después se vió que el resultado era nulo.

—¿No hay otra cosa?—dijo León, que parecía un muerto.

—El mercurio en fricciones.

Pepa, atenta, cuidadosa, sin distraerse un momento, toda su alma estaba en el bracito que se descubría, en el golpe de tos, en el sofoco laríngeo, en el grito desgarrador, indefinible, más trágico que todos los gritos trágicos del mundo antiguo y moderno, que a veces se aguzaba como chirrido de metales rozándose sin aceite, a veces se apagaba como un murmullo de tenues notas, como una música, como un lenguaje, como un soliloquio en sueños.

... la nena se moría. Ya ni siquiera se llevaba las manos a la garganta para arrancarse *aquello*. Iba quedando fatigada, inerte, vencida en la desesperante lucha; su cabeza hacía un triste hoyo en la almohada, cual si fuese una piedra de enorme peso, y sus manecitas no empuñaban la sábana para hacerla trizas.

Si al menos el infame verdugo la dejara morir tranquila...

Pero no: aún aflojó la soga para concederle un instante de alivio.

Vino un nuevo ataque diftérico, que parecía ser el último por su violencia.

—Se muere, se muere.

—¿Por qué no intenta usted la operación de la traqueotomía?

Moreno Rubio repuso con voz sepulcral:

—En esta edad es casi un asesinato.

—Conviene intentarlo todo, hasta el asesinato.

—¿Usted lo quiere?

—Lo quiero, lo mando.

—Mi hija está muerta, muerta.

Y, sin embargo, la enferma no murió. Cuenta Galdós cómo el doctor Moreno Rubio comprobó que había roto a sudar, que siguió sudando copiosamente; que la acción del tártaro y de la disolución cáustica, en una palabra, la Naturaleza, o mejor dicho, Dios sólo, habían hecho el milagro.

No se puede describir mejor la tragedia del *crup* por los años de 1878.

Hemos visto la historia de esta monstruosa dolencia, que segaba los niños a centenares, desde los tiempos del buen don Rodrigo de Fonseca, el súbdito de los Felipes, el estudiante de Lisboa, el maestro de Pisa y de Padua, la gloria de la Medicina española, que describiera esta entidad nosológica con todas las facetas clínicas y con la terapéutica del tratamiento por la apertura de la tráquearteria para procurar la respiración de la enferma; hemos visto que en los periódicos científicos de la época en que Galdós describía tan maravillosamente la difteria, se estimaba esta dolencia y sus tratamientos de modo tan distinto a como hoy las juventudes médicas estiman y temen este mal, para el que la prevención maravillosa de las vacunas y el tratamiento de los sueros ha sido una de las más gloriosas conquistas de la ciencia y de la arte médica.

Gloria a quienes así liberaron a la Humanidad del *mayor monstruo*: el *crup*.

Informatorio profesional

DECLARACIONES DEL OFTALMOLOGO ARGENTINO DOCTOR COUNTIS EN SU VIAJE POR ESPAÑA

El oftalmólogo argentino don Baudilio Countis, director del Instituto Oftalmológico Pedro Lagleyze, del Patronato Nacional de Ciegos de la República Argentina y del Servicio de Prevención de la Ceguera de dicha entidad, ha dicho que visita España por primera vez y que le gusta extraordinariamente nuestro país, donde ha sido recibido en forma tan sumamente agradable, que conservará siempre el más grato recuerdo de su estancia en Madrid y Barcelona. Añadió que realizaba un viaje de estudio para conocer el estado actual de la oftalmología en Europa y América. Partiendo de España, visitará Francia, Suiza e Inglaterra. Manifestó que Barcelona era actualmen-

te uno de los centros oftalmológicos más interesantes de Europa, y por eso su mayor interés era iniciar el viaje por la Madre Patria. «Durante mi estancia en Barcelona—agregó—soy huésped de mi gran amigo el famoso oculista doctor Arruga, con el que me ligan afectos desde hace muchos años. Me propongo visitar las clínicas de los doctores Barraquer y Soria y la del hospital de San Pablo, a cargo del doctor Bordás. En Madrid me puse en contacto con los principales oculistas de la capital, y lamento que la premura de tiempo me impida desplazarme a otros centros españoles importantes, como el de Santander.» Preguntado sobre el estado de la oftalmología en la Argentina, ha dicho que marchaba al unísono con los demás países del mundo. «En mi patria existen varios centros importantes, particularmente en Buenos Aires, Rosario y Córdoba, servidos por

distinguidos compañeros de esta rama de la Medicina.» Manifestó también que había sido invitado a pronunciar una conferencia por el doctor Arruga, la cual se celebraría el viernes en el Colegio de Médicos, sobre el tema «Lente de contacto plástico», y que se ayudaría con proyecciones. Puso fin a su conversación reiterando su satisfacción por encontrarse en España.

LAS CONFERENCIAS DE LOS PROFESORES EXTRANJEROS

Continúan celebrándose en Madrid las notables conferencias organizadas por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas y a cargo del ilustre inmunólogo de la Western Reserve University, de Cleveland, profesor E. Ecker.

El doctor Ecker, después de su conferencia en la Facultad de Santiago, ha dictado en Madrid, en la Facultad de Medicina de San Carlos, una notabilísima conferencia sobre la obtención de plasma en grandes cantidades y otra sobre los factores Rh y Hr.

En la Real Academia de Medicina disertará hoy sábado, día 2, acerca de «El factor de difusión y antidi difusión». El próximo lunes, día 4, dictará otra conferencia en San Carlos acerca de «La nutrición bacteriana».

El miércoles día 6, y en la Real Academia de Medicina, desarrollará el tema «Proteínas del plasma sanguíneo», y finalmente, en el aula del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, hablará sobre «El complemento en la inmunidad natural», tema en el que se ha especializado durante su activísima vida científica.

TRISTE NOTICIA

El martes, día 29 de octubre, recibimos la triste noticia del fallecimiento del brillante y estudioso joven don Luis Botella Llusá, que cursaba sus últimos estudios de Medicina cuando apenas contaba veintiún años.

Por tan irreparable pérdida, enviamos nuestro más sentido pésame a sus padres, el profesor don José Botella Montoya y la virtuosa dama doña Margarita Llusá, así como a su ilustre hermano el profesor de la Facultad de Medicina de Madrid, don José Botella Llusá, con quienes nos unen fraternales lazos de afecto y compañerismo.

EXPOSICION DE REVISTAS MEDICAS PORTUGUESAS

En la Biblioteca Internacional de la casa central del Consejo Superior de Investigaciones Científicas tuvo lugar, bajo la presidencia del excelentísimo señor ministro de Educación Nacional, la inauguración de una magnífica exposición de revistas de Arte, Letras y Ciencias portuguesas, destacando en esta sección, brillantísimamente, las de Medicina.

El doctor Zeferino F. Paulo, jefe del Servicio de Bibliografía Científica, del Instituto para Alta

Cultura, ha compuesto un catálogo interesantísimo, y en el que clasifica las revistas por el sistema decimal. Solamente de Medicina hace las siguientes secciones: Publicaciones generales, Análisis clínicos, Anatomía, Antropología, Anatomía patológica, Asistencia social, Bacteriología, Parasitología, Cirugía, Dermatología, Venereología, Enfermedades infecciosas, Educación física, Estadística médica, Demografía, Estomatología, Farmacología, Hematología, Hidrología, Climatología, Histología, Medicina castrense, Medicina escolar, Medicina legal, Medicina tropical, Obstetricia, Oftalmología, Pediatría, Radiología, Urología, Paramedicina.

Cerca de un centenar de revistas médicas se publican actualmente en Portugal. En un más extenso trabajo, publicado por el doctor Zeferino Paulo en 1944, refiere hasta 530 especies diferentes de periódicos profesionales que han visto la luz desde mitad del siglo XVIII hasta nuestros días; muchos de ellos, desde luego, se han ido fundiendo y variando de título, como ocurre con la hoy decana de las revistas lusitanas, que cuenta ciento once años de publicación, y que se titula *Jornal das Sociedades das Ciências médicas de Lisboa*, que respetuosamente saludamos, así como a toda la prensa médica, que culmina en la recién aparecida *Revista Clínica do Instituto Maternal*.

NUEVO OFTALMOLOGO DE LOS SERVICIOS PROVINCIALES DE SANIDAD DE MADRID

Ha sido nombrado oftalmólogo de los Servicios Provinciales de Sanidad de Madrid, después de reñido concurso celebrado recientemente, nuestro distinguido compañero el doctor Díaz y García del Viso.

SECCION OFICIAL

ORDEN de 16 de octubre de 1946 por la que se convoca concurso voluntario de traslado entre Médicos clínicos del Servicio Oficial Antivenéreo para provisión de vacantes de la plantilla.

Ilmo. Sr.: Vacantes en los Servicios de la Lucha Antivenérea Nacional las plazas de Médico clínico en Avila, Murcia, Palencia, Pontevedra, Soria, Toledo y Teruel.

Este Ministerio, de conformidad con lo prevenido en el artículo 6.º del Reglamento de Lucha contra la Lepra, Dermatosis y Enfermedades sexuales, de 8 de marzo del año en curso, ha tenido a bien convocar concurso voluntario de traslado entre Médicos clínicos, en propiedad, del Servicio oficial Antivenéreo en activo servicio o en expectación de destino para la provisión de las referidas vacantes.

Los aspirantes dispondrán de un plazo de treinta días hábiles, contados a partir del siguiente al de la publicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*, para la presentación de instancias en el Registro de esa Dirección General (plaza de España, Madrid), en las que expondrán por orden de prelación los destinos que deseen ocupar.

A los efectos de su legal tramitación, el expediente del presente concurso será sometido a informe del Consejo Nacional de Sanidad.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 16 de octubre de 1946.—P. D., *Pedro F. Valladares*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 28-X-1946.)

ORDEN de 25 de octubre de 1946 por la que se acepta la renuncia de don José Cogollos Vicéns para la vacante de Médico del Hospital de Sidi Ifni.

Ilmo. Sr.: Vista la instancia presentada por don José Cogollos Vicéns, designado por Orden de 24 de agosto próximo pasado (*Boletín Oficial del Estado* del día 29) para el desempeño de la vacante de Médico civil del Hospital cívico-militar de Sidi Ifni (Territorio de Soberanía de Ifni, en Africa Occidental Española), en la que por motivos de salud renuncia a dicho nombramiento,

Esta Presidencia del Gobierno, por acuerdo de fecha de hoy, ha tenido a bien aceptar dicha renuncia, por lo que queda sin efecto el referido nombramiento.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 25 de octubre de 1946.—P. D., *Luis Carrero*.

Ilmo. Sr. Director general de Marruecos y Colonias.

(B. O. del E. de 31-X-1946.)

ORDEN de 7 de octubre de 1946 por la que se aclara la de 27 de septiembre sobre cambio de entidades colaboradoras del Seguro de Enfermedad.

Ilmo. Sr.: Establecidas por Orden de 27 del pasado mes las normas relativas al cambio de entidades colaboradoras del Seguro Obligatorio de Enfermedad, se hace preciso declarar, una vez más, que el acoplamiento de los asegurados en las distintas entidades gestoras no puede ser causa de actividades de mediación retribuidas, y menos de que las altas o bajas de los productores en cada una de las entidades pueda producir beneficios económicos como actos de comercio o de otra índole a favor de agentes mediadores, gestores administrativos o profesionales análogos, que si son frecuentes en el seguro mercantil, resultaban en un todo opuestos a la administración que corresponde a seguros sociales, que, como el de Enfermedad, no permiten detracción alguna con cargo a su prima que no revierta enteramente en beneficio de los productores asegurados.

La naturaleza social del Seguro de Enfermedad resulta, por tanto, incompatible con este género de actividad remunerada mediadora o de gestión, y, en su consecuencia, este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Artículo 1.º Las entidades colaboradoras del Seguro Obligatorio de Enfermedad no podrán

imputar a la prima de dicho Seguro ni aun en los gastos de administración del mismo, ni justificar como tales, bajo ningún concepto, cantidades destinadas para la producción gestora del Seguro. En su consecuencia, se declara totalmente prohibida cualquiera clase de remuneración destinada a los gastos de producción, sea a favor de agentes, gestores administrativos o cualquiera otra persona.

Art. 2.º Las transgresiones de lo dispuesto se considerarán como faltas especialmente graves en el desarrollo del régimen de entidades concertadas a que se refieren los artículos 46 y 47 del texto refundido de las disposiciones complementarias del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 19 de febrero de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 17 de marzo).

Art. 3.º La Inspección Técnica de Previsión Social concederá preferente atención a la vigilancia del cumplimiento de lo dispuesto en la presente Orden.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 7 de octubre de 1946.—*Girón de Velasco*.

Ilmo. Sr. Director general de Previsión.

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

ORDEN de 25 de octubre de 1946 por la que se promueve a la categoría de Médico, con sueldo anual de 7.200 pesetas, al aspirante en expectativa de ingreso don Alfonso González Cruz.

Ilmo. Sr.: Vacante una plaza de Médico en la Escala facultativa de Sanidad del Cuerpo de Prisiones, por promoción de don Jesús Valverde Gutiérrez, que la servía, con sueldo anual de 7.200 pesetas, y de conformidad con lo dispuesto en la Orden ministerial de 14 de febrero próximo pasado,

Este Ministerio ha tenido a bien promover a la citada categoría al aspirante en expectativa de ingreso, clasificado con el número 3 por el Tribunal examinador, don Alfonso González Cruz, debiendo ser destinado por esa Dirección General donde las necesidades del servicio lo requieran.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 25 de octubre de 1946.—P. D., *I. de Arcenegui*.

Ilmo. Sr. Director general de Prisiones.

(B. O. del E. de 31-X-1946.)

≡ ANÁLISIS ≡

de ORINAS, en comparación con la normal

SANGRE, ESPUTOS, EXUDADOS, etc.

Dr. E. ORTEGA, sucesor del Dr. CALDERON

Análisis de aguas mineromedicinales, etc.

FUNDADO EN CARRETAS, 14, EN 1866

Carmen, 12 - MADRID - Teléf. 16388

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 4.218)

F. ALLUÉ

Mesas de operación y curas

Sillones americanos

Sillones y tornos para dentistas

Vitrinas

Estufas de desinfección

Muebles y útiles para consultorios médicos

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

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

Quimioterapia y desinsectación modernas con



IRGAFEN

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

COMPRIMIDOS

IRGAMID

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

Injectables Pomada nasal
Pomada tópica Polvo puro
Pomada oftálmica

Preparado por LABORATORIO PADRÓ, S. A. - BARCELONA

STEROSAN

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

POMADA

Preparado por LABORATORIO PADRÓ, S. A. - BARCELONA

NEOCID

DDT  DDT

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

POLVO

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

J. R. GEIGY, S. A.
BASILEA

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