

891



EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TÉCNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MÉDICAS

Fundada en 1 de enero de 1854

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

«Boletín de Medicina» (1834-1854) - «Gaceta Médica» (1844-1854)

«Genio Médico-Quirúrgico» - «La Correspondencia Médica»
(1865)

«Revista de Sanidad Civil» - «Revista Clínica de Madrid»

1854 * AÑO NOVENTA Y DOS * 1946

Oficinas de Redacción y Administración:

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

Precios de suscripción:

España, América y Portugal: 50 pesetas al semestre.

Para los demás países: 100 pesetas al semestre

Número corriente: 6 pesetas (del año en curso)

Número atrasado: De año distinto, 15 pesetas

EDITOR RESPONSABLE:

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

Propietario y Director de EL SIGLO MÉDICO.

Fundador de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

Madrid y sábado día 9 de noviembre de 1946

NÚMERO 4.725



HIPPOCRATES



GALENVS



AVICENA



RASIS



MESVE



PLATO



ARISTOTELES



THEOPHRASTVS



AVEROIS



DIÓGENES



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. Beasaín (Guipúzcoa).—Ceñal y Zaloña, S. A. Oviedo.—Centro Farmacéutico Salamantino. Salamanca. Y PRINCIPALES FARMACIAS DE MADRID

(Aprobado por lo Censura Sanitaria núm. 4.808.)

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, PROG REDIMUS, PROGREDIEMUR

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: COLABORACIONES: *Concepciones y técnicas inéditas en roentgenología del aparato urinario*, por el Dr. Francisco Martino Savino. *Nuevos puntos de vista en la interpretación y tratamiento de la carditis reumática*, por el Dr. F. González Suárez. *La curierroentgenterapia del cáncer cervicouterino*, por el Dr. Antonio Crespo H. de Medina. DIVULGACIONES NACIONALES: *Forunculosis grave curada con penicilina*, por el Dr. J. Martín Aragón. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

Concepciones y técnicas inéditas en roentgenología del aparato urinario

por el

Doctor FRANCISCO MARTINO SAVINO

Cirujano-urólogo de Madrid.

Recopilo en este trabajo algunos detalles de técnica y de concepción que juzgo interesantes; algunos se esbozaron en otros trabajos personales aparecidos e inéditos. Se añaden otros, y son interesantes, porque, necesitándose en la práctica, no los hemos visto antes en parte alguna de la bibliografía por nosotros consultada.

1) A propósito del empleo de la anestesia en la pielografía ascendente, obsérvense estas opiniones:

LEGUEU:

«Durante la pielografía, todo modo de anestesia es inútil. Por otra parte, nos privaría del mejor síntoma que podemos observar para limitar la repleción de la pelvis renal: el dolor acusado por el paciente.»

WILDBOLZ:

«La sensibilidad del enfermo respecto de la tensión de la pelvis renal no ha de ser disminuída por los narcóticos, puesto que representa la mejor garantía contra la excesiva repleción de dicha cavidad.»

LOWSLEY-KIRWIN:

«Otro refinamiento consiste en introducir de 1 a 3 c. c. de una solución de Novocaína o Meticaína del 2 al 4 por 100 en la pelvis renal y el uréter,

después de la pielografía, lo cual elimina habitualmente el dolor.»

No expresan taxativamente su opinión sobre el asunto: MARION, MAISSONNET, GAUSA RASPALL, CASSUTO, KEYES, PUIGVERT GORRO, et., etc.

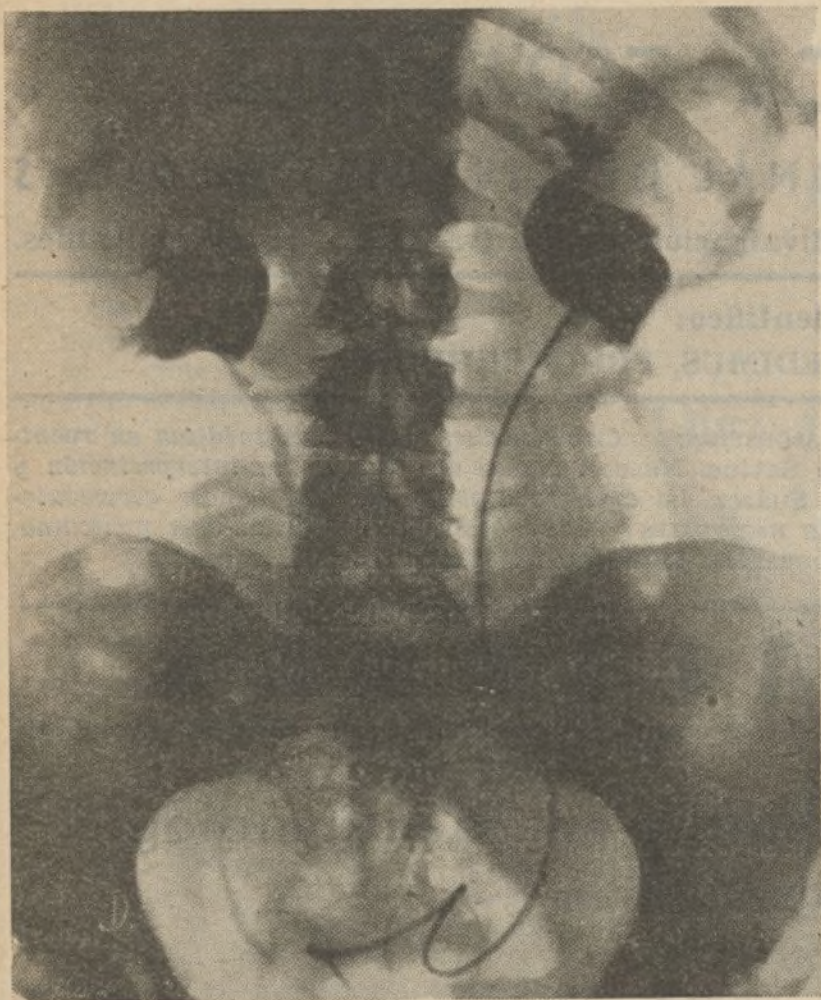
Es indudable que las vías y centros de la sensibilidad renal, así como también las condiciones en que ella se manifiesta y las causas de sus variaciones, son poco conocidas. Presenta los caracteres de la sensibilidad visceral; a veces, no obstante, parece saltar del simpático reflejarse siguiendo los nervios raquídeo (abdominogenitales, etc.), para proyectarse en las zonas de Head.

Es de notar cómo mientras hay lesiones graves de riñón, la sensibilidad apenas se afecta; otras veces, frente a lesiones mínimas, el dolor es insoportable. Un detalle es cierto: hay dolor renal cuando hay «brusco» aumento de su presión interna.

El concepto actual sobre el plexo renal es éste:

Al ganglio semilunar llegan fibras de los esplácnicos mayor y menor del neumogástrico y del frénico. Dos gruesas ramas parten de dicho ganglio y acaban en el ganglio aórtico renal; otras fibras acaban en el ganglio celiaco, en los ganglios mesentéricos superiores y en el ganglio mesentérico inferior de Seres; de los ganglios aórticos renales, del

ganglio mesentérico inferior y de la propia cadena del gran simpático, parten fibras a un ganglio retrorrenal, del que salen múltiples fibras que, ro-



Radiografía núm. 1.

deando esencialmente la arteria renal, acaban en el riñón. Es de notar que las ramicomunicantes envían fibras raquídeas a estas formaciones simpáticas.

Hechos fisiológicos:

La picadura a distintos niveles del suelo del cuarto ventrículo provoca albuminuria, poliuria o glucosuria (CLAUDE BERNARD). Si se excita el primer ganglio torácico: poliuria (ECKHARDT). La sección de la medula cervical provoca la detención de la secreción urinaria por caída de la presión arterial general. La excitación de la medula cervical, los mismos efectos por vasoconstricción general. La sección de los esplácnicos (simpático) ejerce idéntica acción a la de la excitación del ganglio torácico (predominio parasimpático); su excitación, detención de la secreción (parálisis solar). No se aprecia nada anormal con la excitación del vago. La sección de los nervios del riñón (denervación) provoca poliuria por vasodilatación renal y analgesia.

Los nervios terminan en filetes vasculares que acaban en la capa muscular de los mismos; en filetes intersticiales; en filetes epiteliales; en filetes glomerulares descritos por SMIRNOW y, más modernamente, por CASTRO; este último ha observado fibras amielínicas que seguían al vaso aferente del glómérulo y se prolongaban largamente, acá-

bando por terminar en la superficie del vaso mediante una fina maza; pero ha descrito también fibras mielínicas que acabarían en la propia cápsula de Bowmann; de donde se podría deducir que estas fibras, sensibles, indicarían el grado de tensión de la cápsula y, en consecuencia, la intensidad de la filtración. Por lo demás, existen órganos terminales nerviosos en la cápsula renal y en la musculatura lisa del uréter y pelvis renal.

PAPIN y AMBARD presentaron seis casos de nefritis dolorosas que habían sido operados seccionándose todos los nervios que, rodeando a la arteria, fundamentalmente, se encuentran en el hilio renal; comprobándose la curación de cinco de ellos tras varios meses después.

Con estos antecedentes, yo, ante la escasez, por circunstancias de todos conocidas, de los excelentes medios de contraste que se venían utilizando en urología (Uroselectan B, etc.), empezamos a estudiar, allá por el año 1940, diversos medios de contraste para utilizarlos en la pielografía ascendente, sustitutos de los conocidos. Y así nació la fórmula:

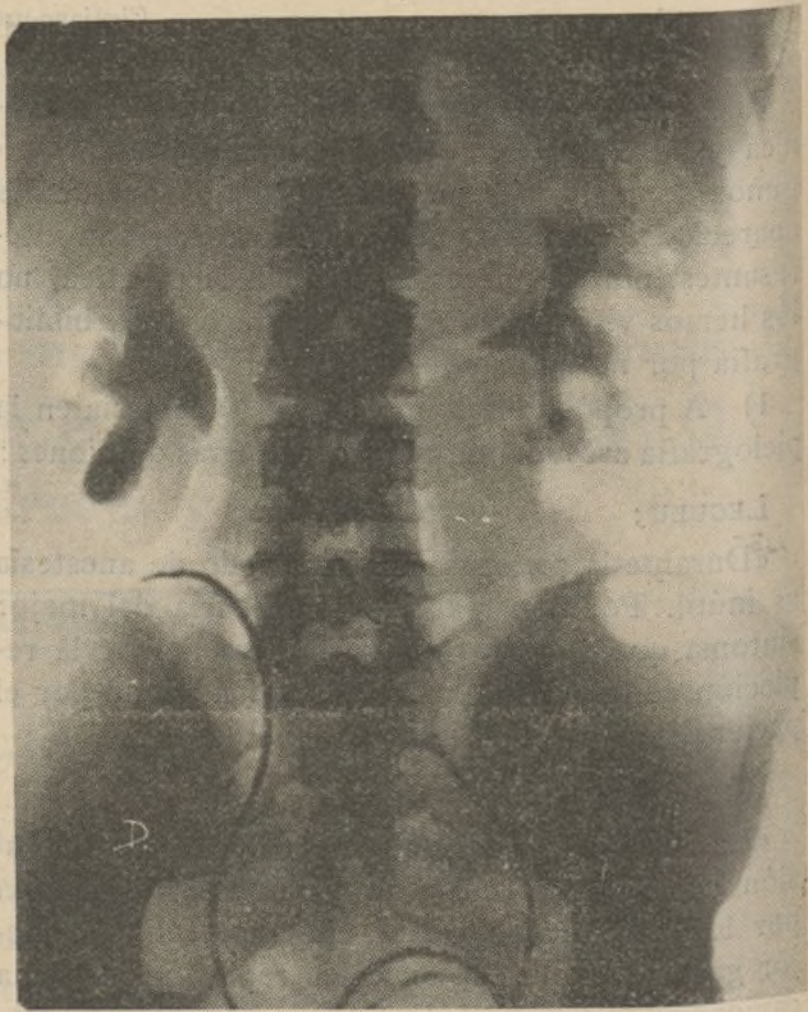
Novocaína: 1 gramo.

Yoduro sódico: 10 gramos.

Agua destilada: 100 gramos.

Filtrese y esterilícese.

Los resultados obtenidos en un sinfín de piel-



Radiografía núm. 2.

grafías ascendentes son excelentes e incluso superiores (por lo que respecta a baratura) al Uroselectan B; no mostrándose inferior a éste en dicha

modalidad pielográfica, en cuanto a opacidad, solubilidad, miscibilidad, atoxicidad, fluidez, estabilidad, eliminabilidad, germinicidad, etc.

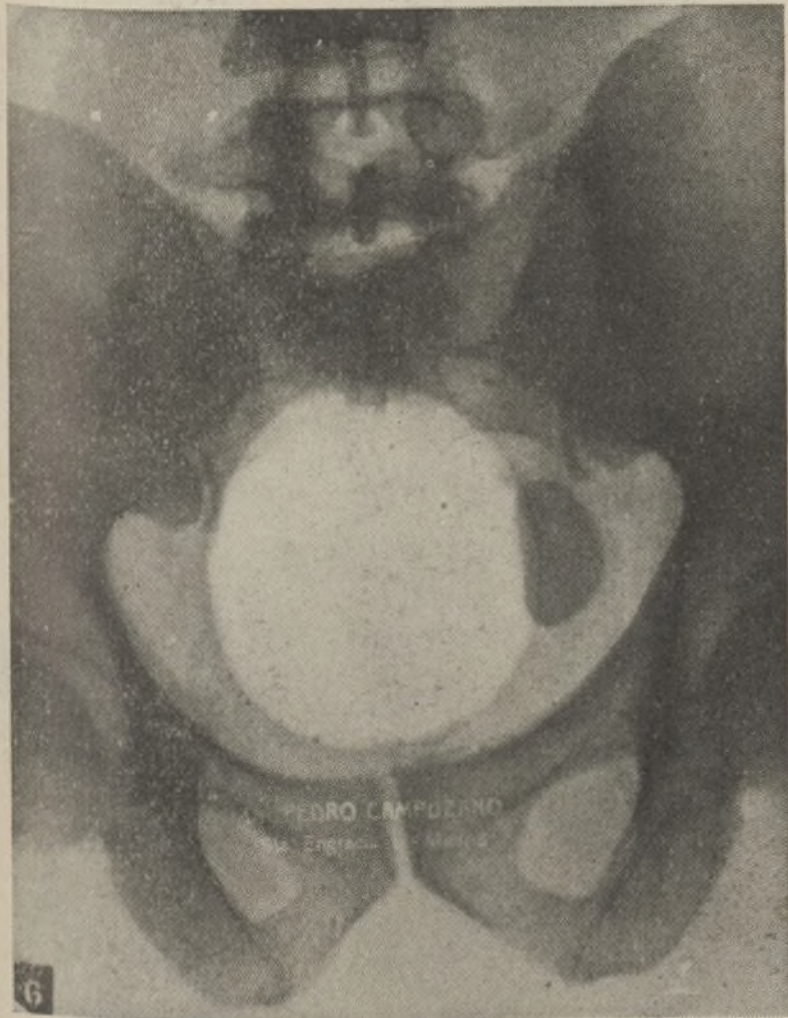
A nuestro juicio, pues, el añadir un anestésico al medio de contraste no constituye error técnico, antes bien, feliz ocurrencia. Por medio de la «impregnación» de los filetes nerviosos «mucosos», éstos quedan anestesiados; subsiguientemente, la mucosa, irritada por el contacto del yoduro, deja de constituir foco del que parten estímulos tendentes a la expulsión del agente irritante. Por el contrario, las terminaciones nerviosas de los «órganos neuromusculares» («huso de Weissmann») son respetadas por dicha impregnación, y apenas son distendidas por el llenaje piélico acusan el dolor de distensión, que nos indica la conveniencia de obtener el pielograma.

En tales condiciones, la evacuación del medio de contraste se realiza sin dificultad, ya que es función de la motilidad pieloureteral, y ésta, a su vez, dependencia de la integridad de las capas musculares. Cuando, por el contrario, el yoduro sólo actuaba sobre la mucosa, la irritación que en ésta producía generaba estímulos para la musculatura pieloureteral que, desordenadamente, procedía a la violenta evacuación del medio de contraste, apare-

Véase la radiografía número 1, excelente pielograma retrógrado con dicho medio de contraste obtenido, y en el que no apreciaron accidentes



Radiografía núm. 4.



Radiografía núm. 3.

ciendo el dolor, una mayor impregnación de la mucosa por el yoduro y el círculo vicioso consiguiente.

postpielográficos, a pesar de las óptimas condiciones que el enfermo presentaba para su aparición por la doble hidronefrosis.

2) De todos es conocida la magnífica tolerancia con que son soportados los cálculos coraliformes gigantes del riñón. Un sinfín de veces, la experiencia nos lo muestra, el hallazgo de tales litiasis es obra de la casualidad: con motivo de una exploración radiológica intestinal, radiólogo, médico y enfermo se ven sorprendidos por la presencia de dichas concreciones.

Semejante hecho corrobora lo indicado anteriormente: el dolor renal es un dolor «visceral» que aparece con la distensión. De donde, comoquiera que los tales cálculos han ocasionado una gran perinefropieloureteritis por esclerofibrolipomatosis, las paredes de la cavidad pieloureteral se tornan rígidas e inextensibles; por tanto, en tales casos, los cambios de tensión intrapiélica no distienden las fibras musculares, etc., y demás formaciones nerviosas incluídas en las paredes de dicha cavidad, y el dolor no aparece; tan es así, que, a veces, la tensión arterial aumenta a consecuencia del obs-

táculo al libre curso de la orina que representa la formación litiasica sin que el dolor aparezca.

La adaptación, cálculo coraliforme-paredes pié-



Radiografía núm. 5.

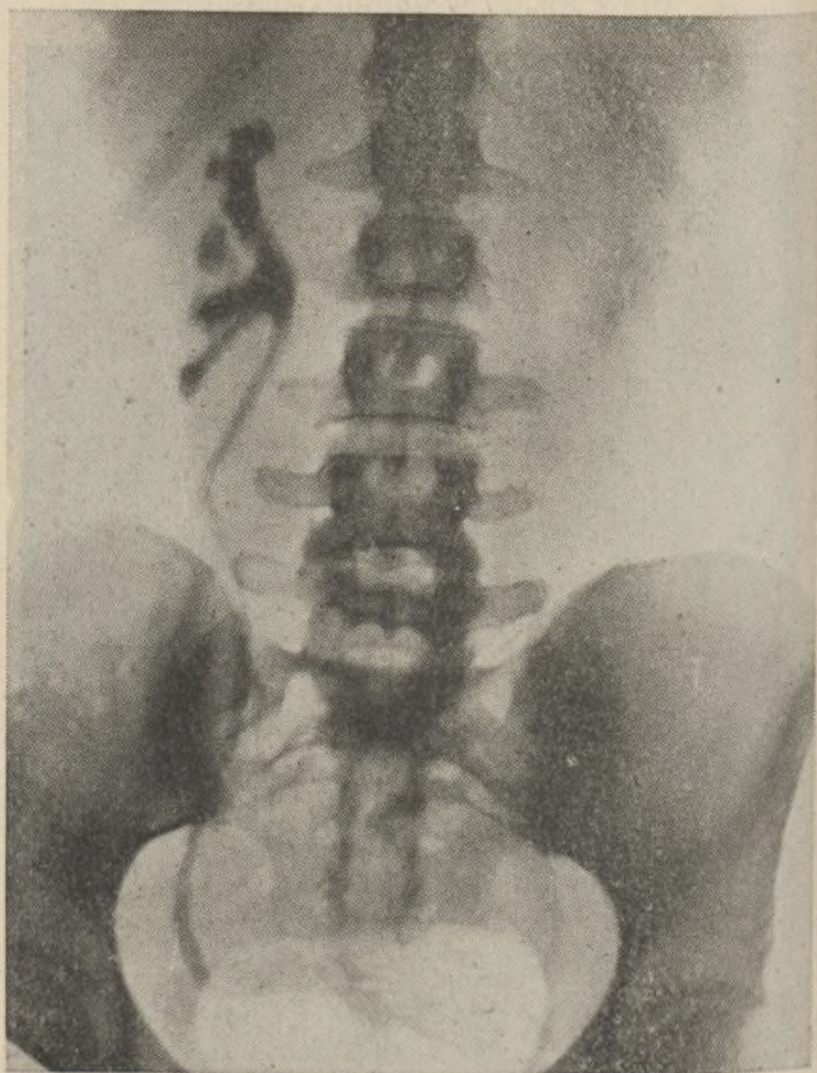
cas, es tan perfecta que un sinfín de veces la substancia de contraste refluye entre sonda y uréter a vejiga sin lograr introducirse entre cálculo y riñón; en estos casos, es de aconsejar la inyección intrapiélica de aire, tras la fracasada inyección de medio de contraste líquido, y, como ocurre en la radiografía número 2, obtener el resultado apetecido; véanse en dicha «pielografía combinada» vestigios del medio de contraste líquido en la porción correspondiente a las pelvis menores del cálculo izquierdo, y, asimismo, al aire, que se ha insinuado en las pelvis menores, media e inferior del cálculo derecho, lugar que no pudo alcanzar el medio de contraste líquido.

En trances semejantes, la obtención del precitado pielograma no ha de ser tildado de fruslería: la necesidad de ser conservadores debe preocupar al urólogo al efecto de ver si la operación que puede realizarse va a ser una nefrotomía, una pielotomía «elargie» o, simplemente, una amplia pielotomía, eventualidad esta última superior con mucho a las anteriores. La medida en que estas intervenciones pueden realizarse en un caso dado, son función del espacio existente entre cálculo y riñón, que se pone de manifiesto con el proceder indicado.

3) Con respecto a la obtención de «diverticulogramas» vesicales, hemos aplicado la técnica seguida por los radiólogos para tratar de llenar de medio de contraste el apéndice ileocecal.

Vaciada la vejiga de su contenido, mediante sondaje, se procede a afectar masaje en la región hipogástrica, tendente a vaciar, igualmente, el divertículo. Obtenido esto, se llena la vejiga con medio de contraste líquido; se practica, con la vejiga llena, masaje hipogástrico, encaminado a llenar el divertículo que fué diagnosticado anteriormente por cistoscopia. Se obtiene un primer diverticulograma colocando al paciente, con respecto al eje del foco de la ampolla radiógena, en posición perpendicular a un plano, útil en este sentido, y que pasa por el orificio diverticular. Comprobado en dicho primer diverticulograma (practicado en placa de 20 x 30) la óptima repleción del divertículo, se vacía por la sonda la vejiga del medio de contraste y, sin masaje alguno, se llena la vejiga de aire.

Véase en la radiografía número 3 una exploración de este tipo. Si se juzgase conveniente, se practica un tercer diverticulograma, en posición distinta, que fijará satisfactoriamente el tamaño, forma, límites y situación del divertículo, datos todos ellos de gran interés para juzgar de la operabilidad del caso de que se trate. En dicha radiogra-



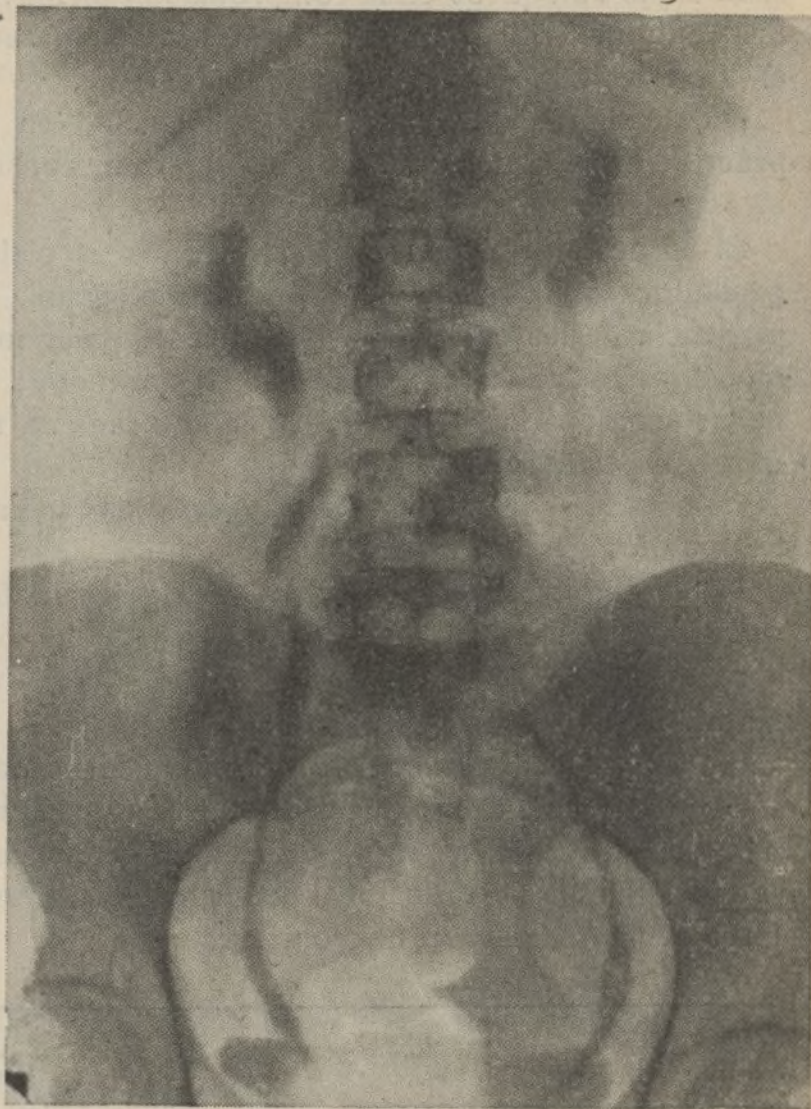
Radiografía núm. 5 bis.

fía—número 3—se aprecia con precisión al divertículo repleto de substancia de contraste y a la vejiga repleta de aire.

4) Reproduzco *ad pedem literem* lo ya aparecido en otro artículo mío; a más, lo amplío. Actitud tendente a la difusión del concepto:

Refiriéndose a las hidronefrosis, dicho artículo reza: «La imagen pielográfica que engloba al megauréter, a la pelvis y al brazo calínefrótico, ha de cambiar su actual nombre de «imagen de retención» por el de «imagen de parálisis»; no nos guía al hacer esta proposición el prurito del cambio de nombre, sino la exactitud de los términos empleados y, fundamentalmente, las consecuencias prácticas de tal interpretación derivadas; así, si hay parálisis ureteral, es que hay (o puede haber) reflujo vésico ureteral, con lo que se cambia de medio a medio el concepto que sobre estas imágenes se tenía, ya que la «imagen de retención» presupone «sólo» lo arribado del riñón de que se trate, mientras que la «imagen de parálisis» supone lo llegado del riñón de que se trate más lo que pueda llegar del otro riñón por medio de la vejiga—o de la vejiga misma si no se tomó la precaución de evacuarla previamente—o la dilución del medio opaco en el contenido de la bolsa hidronefrótica, considerada vacía erróneamente. El concepto «imagen de retención» presupone «concentración» del medio de contraste; mientras que el concepto «imagen de

que se observan en el transcurso del cólico nefrítico; aquí hay retención por cuanto que hay un obstáculo que se opone al libre curso de la orina:

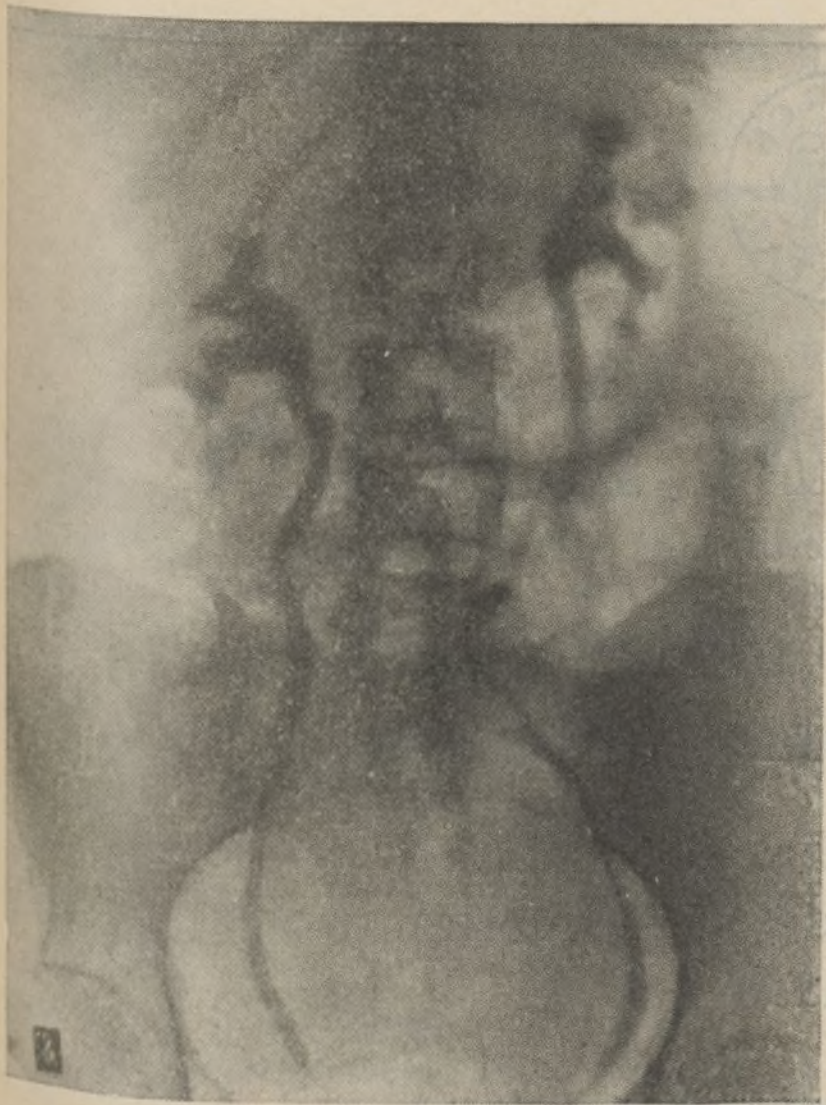


Radiografía núm. 6 bis.

por eso las imágenes son netas y el propio riñón se hace visible (WULFF). Pero cuando la causa de la hidronefrosis es la malfunción por las más variadas circunstancias, la imagen es de parálisis por esclerosis (inflamatoria) del órgano y acalasia, y el medio de contraste se diluye.

La radiografía número 4 muestra una pielografía descendente en la que apenas se ven vestigios del riñón derecho, apareciendo, en cambio, gran hidronefrosis izquierda con megauréter; ante semejante figura, se ha de ir a la nefrectomía derecha, con «sólo» la baja «uremia», si las condiciones físicas del paciente lo permiten, o practicar tan sólo una amplia y rápida «nefrostomía» si la hidronefrosis derecha es grande y antigua; o, en caso de «uremia» alta, a la colocación preoperatoria de sonda permanente, durante algunos días y dieta hídrica apropiada.

Y es que la recogida mediante el cateterismo de muestras de la orina del riñón menos malo arroja cifras funcionales al parecer insuficientes, aparte las causas diluentes del medio de contraste indicadas por la normal poliuria de todo riñón hidronefrótico; estado renal transitorio si somos capaces de romper el círculo vicioso; congestión renal



Radiografía núm. 6.

«parálisis» presupone «dilución» de dicho medio. Más adelante, en el mismo artículo:

«Imágenes de retención» son, por ejemplo, las

(por éstasis urinario), poliuria, más congestión renal por más poliuria, etc., etc.

5) Ya publicamos una «Nota previa» sobre el por nosotros llamado «bloqueo pélvico renal»; consiste dicho «bloqueo» en la comprobación pielográfica de la inmovilidad renal respiratoria que aparece en los riñones «fijados» por una perinefritis.

Dicho signo, que ha de ser introducido en la práctica urológica diaria por su exactitud, consiste esencialmente en lo siguiente:

El enfermo sospechoso de perinefritis es pielografiado; comprobadas en el primer pielograma la presencia de las pelvis, se procede a efectuar una nueva pielografía con el enfermo «respirando»: la pelvis sana aparece difuminada; la colocada en riñón con perinefritis aparece «fija».

Como allá se prometió, damos ahora las razones fisiopatológicas del signo:

1) La inhibición funcional (iteleológica) de los grupos musculares vecinos.

2) La inflamación (congestión, edema, etc.) de las cubiertas renales; por dichos dos factores, el signo es *precoz* y también lo presentan los procesos renales «corticales» que afectan a la cápsula renal. La patogenia del signo da idea de «agudeza», ya que la impotencia funcional de los grupos musculares vecinos cesa con la cronicidad.

Si falta cualesquiera de las dos causas indicadas, el signo no se presenta: verbigracia, en los casos de quistes hidatídicos del hígado supurados; psoriasis; miositis lumbosacrales; mal de Pott (abierto o pagetoide), etc., etc., existe la impotencia funcional muscular, pero falta el componente renal; de aquí que la movilidad del riñón se manifieste. Por el contrario, en las tuberculosis renales, piodermitis (calcificadas, banales o fémicas), tumores renales, etc., etc., existe la perinefritis, pero falta el componente muscular, por lo que sólo se manifiesta una cierta «pereza» en el movimiento renal correspondiente a los movimientos respiratorios.

El signo debe ser positivo y de gran importancia en los casos de suprarrenalitis agudas supuradas; pero carecemos de toda información sobre este punto.

Refiriéndose a esta inmovilidad respiratoria, nos ha llamado la atención este párrafo:

«Igual resultado obtiene BOEMINGHAUS posteriormente, ya que, como indicó HILGENFELDT, basta un simple edema de la cápsula renal para interferir la movilidad renal.» Dicho párrafo es de la *referencia* de BLANCHARD sobre el trabajo de VELIN. Y es extraño, porque justamente lo que se busca es esa inmovilidad que es fruto del edema, ¿o es que



ESTROMENIN

(Dioxidietilstilbeno)

**En todas las indicaciones
de la hormona folicular.**

Gotas - Tabletas de 1 mg.

Ampollas de 1 y de 3 mg. (fuerte)

Pomada

E. Merck

FÁBRICA DE PRODUCTOS QUÍMICOS • DARMSTADT

C. S. núm. 110

el edema de la cápsula renal aparece fuera de las inflamaciones de ésta?

Adjunto dos nuevos casos: la pielografía ascendente número 5 es la 5 bis; en esta última el enfermo respiraba profunda y rápidamente y muestra la fijeza, por perinefritis, de la pelvis renal izquierda; mientras que la derecha aparece por completo difuminada.

Un caso negativo, de gran interés, es el representado en las radiografías 6 y 6 bis; en la pielografía ascendente número 6 se observa la pelvis renal derecha rechazada hacia abajo, y la 6 bis muestra ambas pelvis renales movidas, lo que descartó un proceso renal que confirmó el acto operatorio que descubrió una hepatitis aguda supurada (véase el arco escoliótico, no muy marcado).

BIBLIOGRAFIA

- LEGUEU (F.).—«Tratado médicoquirúrgico de las vías urinarias», pág. 219. Salvat. Barcelona, 1926.
WILDBOLZ (H.).—«Tratado de Urología», pág. 29. Pubul. Barcelona, 1936.
LOWSLEY (O. S.) y KIRWIN (T. J.).—«Clínica urológica», página 136. Salvat. Barcelona, 1945.
RODERO (M.) y MARTINO (F.).—*Rev. Clin. Esp.*, 16, 287-289. 1945.

- MARTINO (F.).—*Sem. Méd. Esp.*, 8, 676-680. 1945.
GAUSA RASPALL.—«La pielografía en vertical en las hidronefrosis». Miguel Servet. Barcelona, 1944.
DETOT (E.).—*Travaux Annuels de l'Hôp. d'Urol. Paris*, 5, 89. 1923.
THEVENOTT.—XXII Congrès Français d'Urol., 1921.
CHEVASSU y RATHERY.—XXI Congrès Français d'Urologie, 1921.
RODERO (M.).—«Pielografía ascendente y descendente». Tesis doctoral. Madrid, 1935.
CASSUTO.—VI Cong. Intern. de Urol. Roma, Octubre de 1923.
BLATT.—*Zeitsch. f. Urol. Chirurg.*, 2, 93. 1922.
CAILLET.—«De la pyélographie dans la lithiase renourétérale». Maloine. París, 1922.
GRANHAN.—*Zeitsch. f. Urol.*, 10, 343. 1922.
JOSEPH (J.).—*Berlin Klin. Wochrs.*, 1.361. 1921.
PAPIN.—«La pyélographie». París, 1921.
SANTE.—*Jour. of Urol.*, 7, 451. 1922.
FRANCOIS.—*Jour. d'Urol.*, 17, 924. 1924.
BRAASCH.—«Urography». Saunders. Filadelfia, 1928.
JEAMBRAU.—*Jour. d'Urol.* Julio de 1933. *Ref. Rev. Española de Cirug. y Urol.*, 16, 166. 1934.
YOUNG y WATERS.—«Urological roentgenography. Heeber. Nueva York, 1928.
BORGARD (W.).—*Zeitsch. f. Urol.*, 37, 7. 1943.
KEYES.—«Tratado de Urología». Heeber. Nueva York, 1928.
RENNER.—*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 110, 101. 1943.
QUYMBY.—*Jour. of Exp. Méd.*, 23, 535. 1916.
WULFE.—*Arch. Esp. de Urol.*, 1, 222. 1945.
VELIN.—*Ref. Arch. Esp. de Urol.*, 2, 201. 1945.
PUIGVERT.—«Urografía clínica». Labor. Barcelona, 1944.

Nuevos puntos de vista en la interpretación y tratamiento de la carditis reumática

Treinta y cuatro casos más, clínicamente curados

por el

Doctor F. GONZALEZ SUAREZ

Madrid.

I

Invitado por los ilustres organizadores del Curso de Verano, hemos pronunciado el día 4 de octubre una conferencia sobre este tema en el aula magna de la insigne Universidad de Oviedo.

Para nuestro ambicioso empeño de dar la máxima expansión a ideas nuevas que ofrecen a los cardíacos la esperanza cierta de su curación, nos parece demasiado escaso el fruto y la utilidad de ser simplemente oídos por un grupo selecto de personas cultas en el ámbito reducido de un aula.

Queremos dejar constancia escrita en un resumen que en las páginas de esta revista pueda alcanzar más amplios horizontes de difusión.

Todo médico conoce los pilares de la tesis clásica formulada por BOUILLAUD, que tiene más de un siglo de existencia. El reumatismo poliarticular agudo es la causa fundamental de la enfermedad del corazón; el reumatismo es producido por un virus, con puerta de entrada nosofaríngea; la endocarditis debida al reumatismo es una endocardi-

tis simple, enfermedad independiente, y el sujeto que la padece sufre más tarde otra endocarditis evolutiva o una endocarditis bacteriana subaguda que se injertan en la primera y que es causada por el estreptococo. El salicilato sódico es el remedio específico del reumatismo poliarticular agudo y, por tanto, de la carditis.

Si el mérito y la certeza de una doctrina en Patología humana se mide por el valor y la eficacia del tratamiento que propugna, esta vieja doctrina clásica resulta hoy inadmisibile por su esterilidad terapéutica, pues con ninguno de los remedios esgrimidos hasta ahora contra el reumatismo agudo, incluido el salicilato, se ha logrado disminuir el número de cardíacos ni su espantosa gravedad. El tratamiento salicílico mejor conducido no impide la presentación y evolución progresiva de la carditis, ni evita las recidivas. Todos los cardíacos que sucumben han sido saturados de salicilato en los episodios agudos.

El error fundamental que invalida esta doctrina consiste en haber asociado y fundido en un solo

concepto el «reumatismo cardíaco», dos procesos patológicos distintos, el reuma y la carditis, estimando que el reumatismo es la causa de la enfermedad del corazón, y ésta una lesión más, una simple complicación de aquél. Ni en Matemáticas ni en Biología se pueden sumar dos conceptos heterogéneos para formar con ellos una unidad conceptual. Deben estudiarse por separado para conocerlos mejor.

Podemos puntualizar cómo y cuándo se inició el error. A principios del siglo XIX, DUNDAS, ODIER y PICKTERNE habían observado que los enfermos del corazón, antes de serlo, padecían episodios de reumatismo agudo. Unos años más tarde, el gran clínico francés BOUILLAUD, con gran acopio de datos, estableció su doctrina del reumatismo cardíaco fundado en el virus reumático, las leyes de coincidencia y, un poco después, en el salicilato como remedio específico y eficaz del reuma y la carditis. Hizo, sin duda, como sus antecesores, una observación sagaz al relacionar en el mismo enfermo lo articular y lo cardíaco, pero no le acompañó el acierto al dar tan desorbitada importancia a lo reumático, que es lo accidental y pasajero del cuadro clínico, en detrimento de la carditis, que es lo permanente, lo que recidiva y mata.

Partió de esta equivocada interpretación: lo primero que aparece en el cardíaco es la inflamación aguda y dolorosa de las articulaciones (el reumatismo agudo); después se presenta la afección cardíaca, y dijo *post hoc, ergo propter hoc*. Lo primero es lo articular, luego es causa de lo cardíaco, y estableció una relación causal y de prelación entre dos factores que son independientes entre sí y originados por la misma causa microbiana. Porque en un cardíaco no es lógico admitir una causa para la poliartritis, otra para el corea, otra para la amigdalitis, otra para la inflamación del miocardio, sino que todo el cuadro clínico obedece, respondiendo cada órgano a su manera, a la misma agresión tóxicomicrobiana.

Y tampoco es cierto que el factor articular sea anterior al factor cardíaco: son simultáneos en su presentación. Los trabajos del gran investigador KLINGE han demostrado recientemente que ya en los primeros momentos de la inflamación articular existen alteraciones patológicas en el miocardio, comprobadas en el electrocardiograma. De modo que si BOUILLAUD hubiera dispuesto de este fino y seguro medio de exploración, no hubiera formulado su doctrina apoyada en la inexacta relación causal y cronológica entre estos factores clínicos que integran con los demás la enfermedad del corazón.

En estos pacientes, el reumatismo pierde toda su hegemonía, y su concepto de afección articular queda vertido y diluido en este otro más claro, más anatómico de «artropatía aguda» o «artritis aguda», un factor clínico más del síndrome cardiovascular, semejante en categoría y significación

mutatis mutandis a la artropatía que escolta cualquiera otra enfermedad infecciosa (tuberculosis, melitococia, gonococia, etc.).

La hipótesis del virus reumático desconocido, después de incesantes pesquisas en el transcurso de un siglo, se bate en retirada, y actualmente está en decadencia irremediable por falta de trabajo alguno que demuestre su existencia, sus mutaciones biológicas, su mecanismo patogénico. Las leyes de coincidencia fallan tantas veces en la práctica que hoy nadie les da valor. Del salicilato, medicación que merece la preferencia entre los que remedian la inflamación aguda de las articulaciones, ya se ha visto que carece de eficacia en la progresiva evolución de la carditis.

Por último, hoy nadie puede sostener que el mismo enfermo del corazón padece primero una endocarditis simple debida al virus; luego esta endocarditis y este virus desaparecen de escena para dar entrada a otra carditis llamada evolutiva y luego a otra llamada bacteriana subaguda causadas por el estreptococo y que se injertan en la primera sin aportar una leve razón del cómo, cuándo y por qué de ese peregrino «injerto».

La doctrina clásica se derrumba, porque, como siempre ocurre, lo que se pudo sostener hace un siglo no puede hoy mantenerse en pie ante las nuevas investigaciones.

Nosotros hemos demostrado en un trabajo llevado a discusión a la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid, en febrero del año 1932, que en un mismo enfermo no hay una carditis reumática simple, después otra evolutiva y otra maligna o lenta, sino que las tres son episodios evolutivos, estadios sucesivos de una misma enfermedad; de aquella que un día adquirió el paciente y que no le abandonará en los días de su vida. Y los cuadros clínicos, cada vez más complejos y graves que van apareciendo en el dilatado curso de la enfermedad, no representan otra cosa que los estragos de la progresiva lesión cardiovascular, producida y atizada por la etiología estreptofocal.

Quienquiera que observe atentamente y cuanto más tiempo y más de cerca, mejor, la evolución de esta cardiopatía, comprobará fácilmente que los episodios sucesivos que la integran son la continuación del primero que inició la enfermedad.

He ahí la unidad del proceso cardíaco base de nuestra doctrina y punto luminoso de partida para la solución de las cuestiones secundarias que encierra el problema de la carditis.

Una vez desarticulada la doctrina clásica, el orden dialéctico de la demostración impone el criterio de elaborar otra, ordenando de distinto modo los factores clínicos dispersos que nos lleven al descubrimiento de una terapéutica eficaz. Nuestro sistema de doctrina se funda en los siguientes principios, que tienen su raigambre en lo más entrañable de la Clínica.

- 1.º La unidad e identidad de todas las carditis llamadas reumáticas.
- 2.º La independencia de la carditis como entidad nosológica de insuperable categoría clínica.
- 3.º La condición de enfermedad infecciosa.
- 4.º La lesión peculiar, el nódulo de Aschoff.
- 5.º La modalidad evolutiva, recidivante.
- 6.º La etiología preponderante estreptocócica.
- 7.º La patogénesis focal.
- 8.º La inmunización de los cardíacos por autovacuna, previa la extirpación de los focos sépticos.

Brevísimamente glosaremos estos principios, que en forma amplia y apoyados en cerca de medio centenar de casos clínicos, están tratados en nuestro reciente libro *La carditis reumática*.

La unidad de las carditis queda esbozada en el párrafo anterior. En verdad, el enfermo padece una sola enfermedad desde que se inicia hasta que acaba. Las que se creyeron enfermedades cardíacas distintas no son más que variedades, formas clínicas de la primera.

La condición de ser una entidad nosológica independiente y de gran categoría clínica nace de poseer todos los requisitos esenciales que como tal le corresponden: una etiología propia, una riqueza incomparable de síntomas inconfundibles, una lesión peculiar (el nódulo de Aschoff), y desde nuestros trabajos cuenta con un tratamiento eficaz.

El ser la carditis enfermedad infecciosa apenas admite discrepancia, si bien recientemente LICHTWITE afirma que no es debida a microorganismos o virus específicos, sino a una sensibilización por antígenos varios, no bacterianos, una *non infectious disease*. No tiene duda que la carditis, al menos en los episodios agudos, es una realísima enfermedad infecciosa.

La lesión peculiar, el nódulo de Aschoff, es producida por la reacción del tejido mesenquimal y retículoendotelial (fundamentalmente una endoteliosis) ante la agresión tóxicomicrobiana. Presenta tres fases: la primera, de imbibición fibrinosa, exudativa; segunda, semanas después la fase de nódulo propiamente dicha (grupos de grandes células epitelioides con los núcleos orientados en la periferia y penetrando desde fuera en ellos los leucocitos; tercera, la fase de cicatriz.

Las dos primeras son reversibles, es decir, pueden desaparecer sin dejar huella; la última es irreversible e irremediable. Estas tres fases explican ciertos hechos clínicos de la mayor importancia, tales como la desaparición del soplo en algunos casos que los clínicos habían observado y la *restitutio ad integrum*, tanto anatómica como funcional, de las grandes lesiones inflamatorias de las articulaciones; así como, en otros casos, la cicatriz permanente en éstos y otros órganos.

La modalidad evolutiva por recidivas, que tanto la asemejan a la de la tuberculosis y sífilis, no es objeto de discrepancia.

La etiología estreptocócica preponderante. Cuestión ésta muy debatida, pero a la hora actual zanjada casi por unanimidad a favor del estreptococo, ya que el otro rival, «el virus reumático desconocido», entra en decadencia irremediable por falta de trabajos, alguno en pro de su existencia real.

Decimos etiología preponderante porque en algunos casos es el estafilococo el germen responsable, el único que se halla en los focos y en la sangre (un 10 por 100 de casos).

El estreptococo tiene infinidad de antígenos y cuenta con diferentes razas, todas ellas reversibles unas en otras, lo que corrobora la unidad estreptocócica; mas las que se encuentran casi exclusivamente en los focos y en la sangre es la *viridans* y hemolítica; como si tuviesen la exclusiva en los cardíacos de provocar la agresión al tejido mesenquimal y retículoendotelial a cuyas expensas se forman las lesiones progresivas cardiovasculares.

Infinidad de investigadores lo descubren en la sangre, en la orina y otros productos patológicos en los períodos avanzados de la enfermedad; y en los focos confinados, especialmente garganta y boca, lo aislamos nosotros, en el 90 por 100 de nuestros cardíacos, en todas las fases de la dolencia.

La mejoría de estos pacientes al extirpar las amígdalas y los granulomas dentarios que contienen esos estreptococos; la explosión de una poliartitis aguda cuando eso se hace imprudentemente en plena flobosis amigdalár; la presencia de estreptolisinas y precipitinas en la sangre de los cardíacos, etc., etc., todo concurre a formar la convicción de considerar al estreptococo como responsable causal de esta enfermedad. Nadie, al menos, se decide a demostrar que no sea este microbio (el de más actitudes patógenas de la Medicina humana) capaz de producir la enfermedad del corazón.

Este germen, en unión de otros comparsas (el estafilococo, neumococo, catarralis, etc.), para asegurar supervivencia, se fragua una cripta, un espacio confinado constituido por un tejido conjuntivo que lo aísla y protege contra las agresiones de los anticuerpos y leucocitos. A esa guarida tampoco llegan las sulfamidas ni la penicilina, por carecer de vasos el tejido conjuntivo; esta falta de contacto es la razón de su fracaso.

El paso de toxinas y demás elementos agresivos del microbio hacia la sangre está también dificultado, pero no impedido por completo. Lentamente, el organismo se sensibiliza, entra en situación alérgica, lo que ya constituye un estado de inferioridad defensiva.

Mientras la producción de anticuerpos y la actividad leucocitaria y retículoendotelial son suficientes se mantiene la convivencia sin manifestación alguna morbosa entre organismo y microbio. Esto caracteriza el estado de latencia clínica.

Cuando se rompe esta especie de *modus vivendi* por disminución de las defensas y aumento paralelo de la virulencia microbiana estallan las lesiones alérgicohiperérgicas en el corazón y a distancia en las demás vísceras, dando lugar a los episodios agudos. Tal es el mecanismo patogénico, expuesto en forma esquemática, en la carditis recidivante.

Bien podemos hacer una síntesis de esta doctrina definiendo la carditis en forma descriptiva de este modo: «Carditis nodular estreptocócica recidivante.»

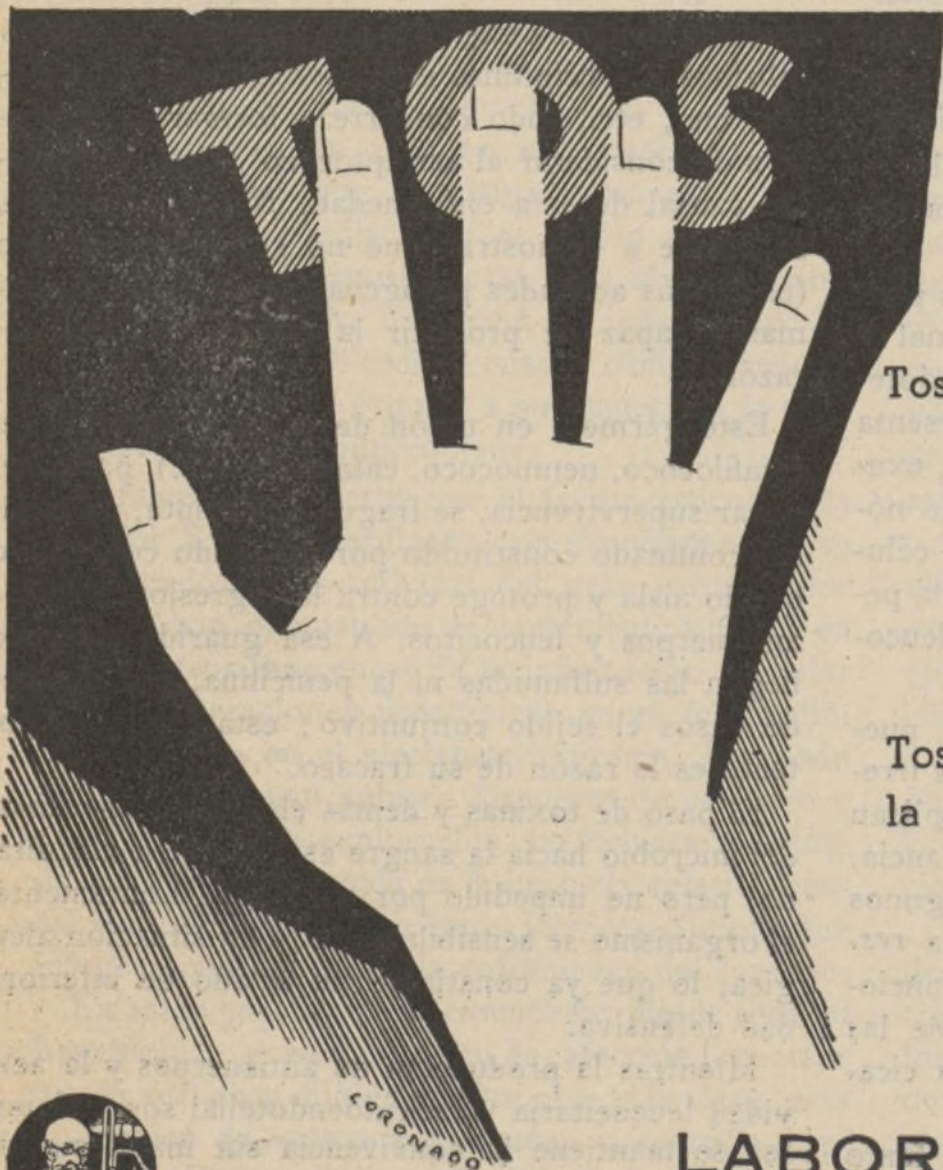
Expuestos con amplitud estos puntos de vista en nuestro reciente libro *La carditis reumática*, nos limitamos a glosar el más trascendental de ellos desde el punto de vista práctico: la inmunización de los cardíacos, equivalente a su curación clínica.

La observación, reiteradamente comprobada, de que algunos cardíacos se curan espontáneamente, nos demuestra que esto, tratándose de una enfermedad infecciosa, sólo puede ser porque se inmunizan. Aceptado el estreptococo como causa de la enfermedad, porque se comprueba incesantemente su existencia en los focos y en la sangre de los cardíacos, nos preguntamos: ¿No podríamos inmunizar a los cardíacos por medio de la vacunación estreptocócica polivalente, después de extirpar los focos desde donde aquel germen realiza

su agresión patógena? Con ello pretendemos ayudar al organismo en su tendencia natural a inmunizarse, estimulando la producción de anticuerpos y la actividad defensiva leucocitaria y del tejido retículoendotelial.

Convencidos previamente de la importancia racional de esta idea, iniciamos en el año 29 nuestro método vacunoterápico, sometido sin interrupción ni desmayo a gran número de cardíacos, por tiempo indefinido, con observación inmediata de los resultados. Requisito indispensable: un diagnóstico precoz y tratamiento inmediato. No se aguarde a que las lesiones del corazón y de otros muchos órganos hagan inútil este tratamiento, pues en los casos avanzados en hiposistolia irreductible, poco o nada hay que esperar de las vacunas (estado de anergia negativa). Para alcanzar un alto grado de inmunización es indispensable tratar a los cardíacos durante largo tiempo (años) en forma escalonada, como se hace con la sífilis; ocasión propicia: el periodo de latencia clínica.

Al cabo de dieciocho años de experimentación, proclamamos *urbi et orbi* la curación clínica de 45 casos, de los 48 sometidos a tratamiento, que permanecen, sin recaídas, en magnífico estado funcional del corazón. Otros 34 casos más son publicados ahora mismo en varias revistas de Medi-



Tos aguda y espasmódica

Jarabe Robert (con Efedrina y Codeína)

Tos crónica, con acción tónico-balsámica.

Bronquiaséptico Robert

ELIXIR

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

Bronquiaséptico Robert

INYECTABLE

LABORATORIOS ROBERT

Mañanado, 9. - MADRID

Valencia, 314. - BARCELONA



cina, después de seis años de observación sin recidivas, contando con que todos ellos habían sufrido episodios agudos muy frecuentes antes de iniciarse el tratamiento.

El tiempo y la Clínica, los dos aliados más leales y seguros de la investigación, sancionan, con su única e indiscutible autoridad, la certeza de la doctrina y la eficacia del remedio que propugnamos con tanta convicción.

Júzguese de la importancia de estos hechos, teniendo en cuenta que la enfermedad del corazón, adquirida casi siempre en la infancia, adolescencia y primera juventud, alcanza cifras superiores a las de la tuberculosis y el cáncer; y su gravedad es aterradora, pues muere el 85 por 100 de los casos en plena juventud; y que con ninguno de los

remedios esgrimidos hasta ahora contra dolencia tan temible se ha logrado disminuir el número ni la gravedad de estos enfermos.

Nuestro método de tratamiento, expuesto reiteradamente en conferencias y revistas profesionales, dentro y fuera de España, y con detalle en el libro *La carditis reumática*, es inofensivo, nada dispendioso y puede practicarse por cualquier médico en cualquier sitio donde ejerza su profesión. Infinidad de médicos lo usan. Y empiezan a llegar del extranjero los primeros trabajos confirmatorios de la eficacia de la vacunoterapia, pero sin citar, claro es, los nuestros tan anteriores.

He ahí un arma formidable que esgrimir en la lucha social contra el reumatismo y las enfermedades del corazón.

(Continuará.)

SERVICIO DE RADIOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS.—Profesor: doctor C. Gil y Gil.

La curierroentgenterapia del cáncer cérvicouterino

por el

Doctor ANTONIO CRESPO H. DE MEDINA

Hace algún tiempo que el tratamiento electivo de estos cánceres cervicales lo constituye la asociación de la curieterapia intracavitaria con la irradiación peripelviana o externa, empleando para esto último a la roentgenterapia o la telecurieterapia. Este criterio terapéutico se ha visto reforzado estos últimos años de enormes posibilidades de orden técnico, al disponer de mayores cantidades de radio y de rayos X más intensos y más penetrantes; pero, sobre todo, por el mejor conocimiento de la acción biológica de las radiaciones, lo que se traduce en una más adecuada distribución de éstas.

La curieterapia intracavitaria o local—primera técnica adoptada y la única utilizada durante muchos años—adolece del grave inconveniente de utilizar una radiación divergente a partir del centro de las lesiones; una radiación muy desigualmente repartida, con la que resulta imposible llegar a destruir la totalidad de las células cancerosas a una distancia superior a pocos centímetros.

Y ante la imposibilidad de apreciar exactamente los límites de la lesión, como el ascenso de la neoplasia en la cavidad uterina, la invasión de los linfáticos y, sobre todo, de los ganglios—ilíacos externos, hipogástricos, presacros—, clínicamente sólo se reconoce cuando en uno de estos puntos ha llegado a desarrollarse un tumor voluminoso, todo el contenido de la pelvis, susceptible de estar afectado, incluso en los casos aparentemente iniciales, debe ser irradiado.

Esto es lo que tratamos de conseguir con la roentgenterapia; su objetivo fundamental es la

esterilización de los parametrios y de los ganglios pévicos invadidos por la neoplasia, complemento indispensable de la curieterapia intraúterovaginal. Si esta última es capaz de esterilizar el cáncer desarrollado en el útero, en la parte superior de la vagina o en las inmediatas proximidades uterinas—tabique véscovaginal, porción yuxtauterina de los parametrios—, en cambio, resulta totalmente ineficaz contra las adenopatías pélvicas, la infiltración de la parte externa de los parametrios, contra los grandes tumores ístmicos.

En este sentido, la roentgenterapia penetrante puede resultar incluso más conveniente que la telecurieterapia, ya que aumentando la distancia, logramos una repartición más uniforme en profundidad.

Por lo que a la distribución se refiere, tendremos en cuenta que la mejor manera de lograr la destrucción de todas las células cancerosas consiste en administrar la mayor cantidad posible de radiación, sin interrupción prolongada, durante la cual ciertos elementos neoplásicos, diseminados, podrían multiplicarse. La continuidad del tratamiento es condición indispensable. Y éste debe ser prolongado alrededor de seis semanas de sesiones diarias, por la mejor tolerancia de los tejidos sanos, sin mengua de su eficacia sobre los tejidos cancerosos. Tal proceder nos permite administrar una cantidad de radiación casi doble de la que permitiría el límite de tolerancia de los tejidos si el tratamiento se hiciera en unos días, en lugar de hacerlo en unas semanas.

El examen previo, meticuloso, de las condicio-

nes particulares de la enferma es absolutamente indispensable para establecer debidamente la conducta terapéutica a seguir.

Una biopsia nos dará a conocer la variedad del cáncer, orientando nuestro criterio pronóstico. Si los epitelomas son radiosensibles, lo son menos los de transición; los alenocarcinomas del cuello ofrecen una gran resistencia.

Otro factor fundamental es el grado de extensión de las lesiones. De aquí la clasificación de estos cánceres en los siguientes cuatro grupos:

Grado primero: Lesión estrictamente limitada al cuello.

Grado segundo: Lesión propagada al segmento superior de la vagina o al tejido celular periuterino.

Grado tercero: Infiltración de los dos tercios de la vagina o de la pared pelviana.

Grado cuarto: Invasión de las vísceras intrapélvicas o diseminación más allá de los límites de la pelvis.

Pero insistimos en lo superficial y grosero de estas clasificaciones puramente macroscópicas.

Ya, en un principio, trataremos de prever las dificultades técnicas que pueden obligarnos a modificar el orden previsto de los tiempos de aplicación—por impermeabilidad momentánea del canal uterino—, incluso el tener que renunciar al tiempo intrauterino, por ser el orificio cervical al final impermeable, o a la colocación del colpostato en los casos de atresia vaginal.

Concederemos la máxima atención a las posibles complicaciones infecciosas, por ser la infección la más frecuente y la más temible de las complicaciones que pueden presentarse en el tratamiento radioterápico de los cánceres del cuello del útero.

Si el orificio del canal cervical se reconoce fácilmente y es fácilmente permeable; si complicaciones infecciosas no lo contraindican, estando la enferma apirética, se debe iniciar el tratamiento por la aplicación local o intracavitaria, y ésta por el tiempo intrauterino.

Convenientemente preparada la enferma—que habrá guardado cama el día anterior, evacuado el intestino por medio de un purgante administrado la víspera, y previo lavado intestinal, enjabonamiento y rasurado de la vulva, desinfección vaginal, etc., todo con las máximas garantías de asepsia—, se procede a la dilatación progresiva, suave y lenta del cuello, valiéndose de las bujías de Hegar.

La sonda intrauterina, que contiene los tubos de radio, no debe tener un diámetro superior a ocho milímetros. Es necesario reducir al mínimo el volumen del dispositivo intrauterino. Su superficie ha de ser perfectamente lisa. Y previa inmersión en aceite estéril y sujeta con una pinza, se la puede introducir con una débil dilatación del canal,

donde debe desaparecer totalmente, pero ocupando *toda* su longitud. Introducida la sonda, provista del hilo de seda, que cierra su abertura e impide el desplazamiento de los tubos de radio, facilitando, además, su extracción, se practica con compresas de gasa un taponamiento poco apretado, pero suficiente para impedir la expulsión del aparato.

De no sobrevenir accidente alguno, de no producirse una elevación febril, se mantiene colocada la sonda durante cinco días consecutivos, renovando diariamente el taponamiento.

La longitud del canal uterino suele permitirnos introducir tres tubos de radio. De ellos, dos contienen 13,33 miligramos; éstos se colocan en la extremidad proximal de la sonda y el tercero, destinado a irradiar el fondo del útero, se elige de 6,66 miligramos. La pared filtrante de estos tubos es de un milímetro de Pt.

Los 33,32 miligramos de radio, que contiene el foco uterino, corresponden a una destrucción horaria de 250 microcuries. Su aplicación durante cinco días completos equivale a una cantidad total de 30 milicuries destruidos. Es ésta una dosis muy eficaz.

Tratándose de un canal cervical corto, que no permite emplear más de dos tubos de radio, se eligen ambos de 13,33 miligramos, y la dosis correspondiente a cinco días será de 24 milicuries diarios (3.200 gramos-hora).

En los casos de fibromas uterinos, con aumento de la cavidad cervical, se utilizan cuatro tubos (uno de 13,33 y tres de 6,66 miligramos), a veces incluso cinco.

La dosis puede elevarse a 32-35 m. c. d. (4.250-4.650 miligramos-hora).

Si el orificio cervical se reconoce difícilmente o resulta difícilmente dilatable, lo que ocurre sobre todo en las formas vegetantes o cuando el cuello aparece parcialmente destruido, lejos de repetir los intentos que multiplican las causas de infección, es preferible decidirse por iniciar el tratamiento por el tiempo vaginal.

Al segundo o tercer día de colocado el colpostato resulta fácil descubrir el orificio del cuerpo. Y si no hay fiebre, estamos en buenas condiciones para empezar el tratamiento uterino antes de acabar con el vaginal. Pero si la hay, vale más aplazar la aplicación. Dada la dosis vaginal, se procederá a la irradiación externa, y a los quince días de sesiones diarias se interrumpirá ésta durante el tiempo que requiere el tratamiento uterino.

Si hay síntomas de infección local o propagación de las lesiones a la vagina, debe procederse a la roentgenterapia previa. Es el momento de evitar los accidentes que podrían desencadenar las maniobras de aplicación intracavitaria en estas enfermas, ya febriles antes de iniciar el tratamien-



Boldevón



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

Dosis

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

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

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

C. S. 8.303



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

DOSIS CORRIENTE PARA AMBÁS MODALIDADES:

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

NIÑOS.— Mitad anterior dosis.

MUESTRAS GRATIS PARA ENSAYOS CLÍNICOS

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



C. S. 7864

Un remedio indoloro



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

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

Presentado en cuatro formas:

INYECTABLE NORMAL • INYECTABLE FUERTE • INYECTABLE FUERTE VITAMINADO • LIQUIDA

PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES HEPATO-GASTRICAS

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

HEPAGASTRON

EXTRACTO HEPATICO Y DE MUCOSA GASTRICA

LABORATORIOS ORZAN, S.A.
LA CORUÑA

Ap C 5 121

ZYMAL TABLETAS

HIDROXIDO DE ALUMINIO COLOIDE
CON ZIMASAS DIGESTIVAS

Hipersecreción gastrointestinal, Hiperclorhidria,
Úlcus, insuficiencias digestivas, proteolíticas,
amilolíticas, etc. Intoxicaciones intestinales.

DOSIS: Una o dos tabletas bien masticadas, varias veces al día antes o después de las comidas.



to. La acción beneficiosa de las radiaciones se manifiesta por la reducción de las vegetaciones neoplásicas, la supresión de las hemorragias, la disminución de la supuración, por una mayor elasticidad de las paredes vaginales. Al finalizar este tratamiento externo estamos en condiciones muy ventajosas para proceder a la curieterapia intracavitaria.

Al practicar la irradiación intravaginal son muy de tener en cuenta la mayor sensibilidad del epitelio vaginal y el hecho de ser esta cavidad fácil e impunemente dilatable, en oposición a la del útero.

Por eso, conviene aumentar la filtración de los tubos de radio y la distancia entre ellos. Esto último se consigue mediante el empleo de un colpostato que contiene tres tubos semejantes a los que se emplean para la irradiación del útero, pero con una pared filtrante de mayor grosor. Se utilizan dos tubos de 13,33 y otro de 6,66 miligramos, todos ellos con una pared de 1,5 milímetros de Pt.

Estos tubos han de ocupar determinadas posiciones fijas y electivas.

Los de mayor cantidad de radio, las partes laterales del parametrio, los fondos de saco laterales; el tercer foco, el menos intenso, ocupa una posición sagital, para disminuir, en todo lo posible, su efecto nocivo sobre los dos órganos más sensibles de la pelvis, la vejiga y el recto.

Si la amplitud de la vagina lo permite, se puede aumentar el número de focos, disminuyendo el valor de cada uno de ellos para lograr una irradiación más homogénea.

En la cavidad vaginal se administra una dosis media de 30 m. c. d.

La dosis total de la curieterapia intracavitaria viene a ser de 60 m. c. d. (8.000 miligramos-hora), administrados en ocho a diez días, ya que en los casos de evolución favorable se puede iniciar la irradiación vaginal dos a tres días antes de terminar el tiempo uterino. Después de un reposo de cuarenta y ocho horas se inicia el tratamiento roentgenterápico.

Aquí, la tensión, el filtro y la distancia no varían.

Suele emplearse una tensión de 200 kilovatios. Tensiones mayores, que apenas aumentan el rendimiento de profundidad, tienen notables desventajas desde el punto de vista económico.

Para una tensión de 200 kilovatios es suficiente un filtro de un milímetro de Cu o de Zn. Suele emplearse una distancia de 70 centímetros.

En cambio, el número de campos, la dimensión de cada uno de ellos, la dosis total a administrar, así como la distribución o duración del tratamiento, dependen de las características personales de la enferma.

Los campos grandes de 20,20 aseguran una am-

plia irradiación de toda la pelvis y mejoran el rendimiento en profundidad, pero tienen el inconveniente de provocar enojosas reacciones locales y generales y de resultar casi inevitable el entrecruzamiento de las superficies cutáneas.

Con campos medianos de 10,15 no son de temer estas reacciones.

En enfermas muy delgadas se utilizan campos aún más pequeños.

El número de campos, de ordinario cuatro o seis, puede elevarse hasta ocho. Dos campos ilíacos anteriores, simétricos, cuyo límite superior sobrepasa ampliamente el nivel de las espinas ilíacas anterosuperiores y viene a estar de dos a tres traveses de dedo por debajo del ombligo. El límite inferior, a nivel de la vulva. Límite interno, la línea media.

El rayo normal, perpendicular a la piel.

Los campos posteriores, igualmente simétricos, son, como máximo, cuatro: dos a cada lado de la línea media. Se denominan campos ilíacos posterosuperiores o iliosacros, y campos ilíacos posteroinferiores o ciáticos. Los primeros tienen por límite superior la cresta ilíaca; por límite inferior, el borde superior de la escotadura ciática mayor. El rayo normal dirigido hacia la escotadura ciática está inclinado unos 20-25°.

Los campos ciáticos están limitados: por arriba, por el borde superior de la escotadura ciática mayor; por abajo, el isquión; por fuera, el trocánter mayor; su límite interno está de dos a tres centímetros por fuera de la línea media, con objeto de proteger la piel del pliegue interglúteo. El rayo normal, inclinado unos 20-25° hacia la cresta ilíaca, se centra en un punto equidistante de la extremidad del coxis y del trocánter mayor.

La dosis total puede repartirse equitativamente entre ambas mitades de la pelvis o bien irradiar más intensamente aquella mitad que aparece más afectada.

La dosis por campo puede valorarse, como máximo, en 3.500 r. para los campos anteriores y en 3.000 r. para los posteriores.

La dosis diaria, de la cual no conviene pasar, repartida entre dos sesiones consecutivas, es de 400-500 r. como máximo.

Puede ocurrir que nos veamos obligados a disminuir esta dosis diaria a 175-150, e incluso a 125 r. para cada uno de los dos campos, para aumentarla ulteriormente a 200-250 r., es decir, a 400-500 r. diarias.

Naturalmente, que en dependencia con las fluctuaciones de las dosis diarias la duración del tratamiento será mayor o menor.

La intensidad r.-minuto no puede ser aumentada más allá de un cierto límite. Por encima de los 20-25 r.-minuto, las reacciones cutáneas se exacerban y, además, pueden producirse reacciones,

por parte del intestino, inmediatas o tardías. Por eso, no es conveniente sobrepasar los 20 r.-minutos.

El empleo de campos demasiado grandes que se entrecruzan, la administración de una dosis total considerable en un espacio de tiempo relativamente corto, son las dos grandes causas determinantes de diversos accidentes y complicaciones.

Las lesiones cutáneas varían entre la radioepidermitis o las telangiectasias simples al acartonamiento difuso de todos los tejidos, que se adhieren en profundidad, con formación de placas de disqueratosis. Grave alteración ésta que se observa principalmente en la región sacrocoxígea.

Por parte del intestino tenemos las diarreas, que, si son moderadas, no deben alarmarnos en exceso, pero sí hacernos pensar en la conveniencia de reducir, al menos temporalmente, la dosis diaria. Otras veces, son ya diarreas profusas, cuando no sanguinolentas. En ciertos casos desgraciados se ha llegado a producir una verdadera ulceración radionecrótica, que, afectando a la pared intestinal en todo su grosor, puede abocar en una peritonitis.

La esclerosis postradioterápica del recto y asa sigmoidea puede inducirnos a la sospecha de una recidiva parametral extensa, que engloba los tejidos perirrectales. Desde el punto de vista terapéutico, es fundamental establecer este diagnóstico diferencial.

Otra consecuencia de estas lesiones tardías es la oclusión intestinal, que a veces obliga a la práctica de una colostomía.

En cambio, los trastornos vesicales son excepcionales y siempre imputables a una dosis excesiva. Se manifiestan por tenesmo, polaquiuria; ra-

ras veces dan origen a verdaderas hematurias. Su aparición debe ser motivo para el radiólogo de una sensata revisión del tratamiento.

* * *

He querido en este esquema de tratamiento aportar las orientaciones actuales que nos va dando la experiencia en el tratamiento del cáncer uterino. Orientaciones que, con el estudio individual y seriado de los casos del servicio del profesor GIL Y GIL, han de ser precisados más en detalle en un trabajo de especialidad, ya abordado.

Sólo me he propuesto—insisto—en que los no especializados, al discurrir sobre este problema—siempre ingrato hasta hoy—de los cánceres uterinos, no piensen que no vamos modificando las antiguas estadísticas, y en esto lo antiguo se refiere a un lustro. Y así, al leer las cifras, que la escasez de literatura hace todavía de consulta diaria, no se piense que seguimos estancados o en un bache sin salida. De 1936, por ejemplo, en que BOWING y FRICKE publican la estadística de las 541 enfermas cancerosas tratadas desde 1930 a 1934 en el servicio de los Mayo (*Am. Journ. of Roentg. and Rad. Therapy.*, número 36, 1936), los hechos han variado. Y de aquel 1,2 por 100 de casos en que una complicación causó la muerte de la enferma—por pelviperitonitis, pelvicolitis, peritonitis generalizada, anuria, piometritis, embolia pulmonar, obstrucción intestinal, etc.—, hay que restar una cifra muy digna de valoración. Es más completo el estudio individual, más científico el tratamiento, por mejor orientado, y las sulfamidas y la penicilina nos ayudan en muchos casos que en las fechas señaladas eran irresolubles y mortales.

Divulgaciones nacionales

FORUNCULOSIS GRAVE CURADA CON PENICILINA

por el

Doctor J. MARTIN ARAGON

Belchite

Dos razones para justificar esta nota clínica: La escasez de bibliografía de comunicaciones rurales de empleo de penicilina y la novedad para nosotros de este cuadro clínico. Héle aquí sucintamente expuesto:

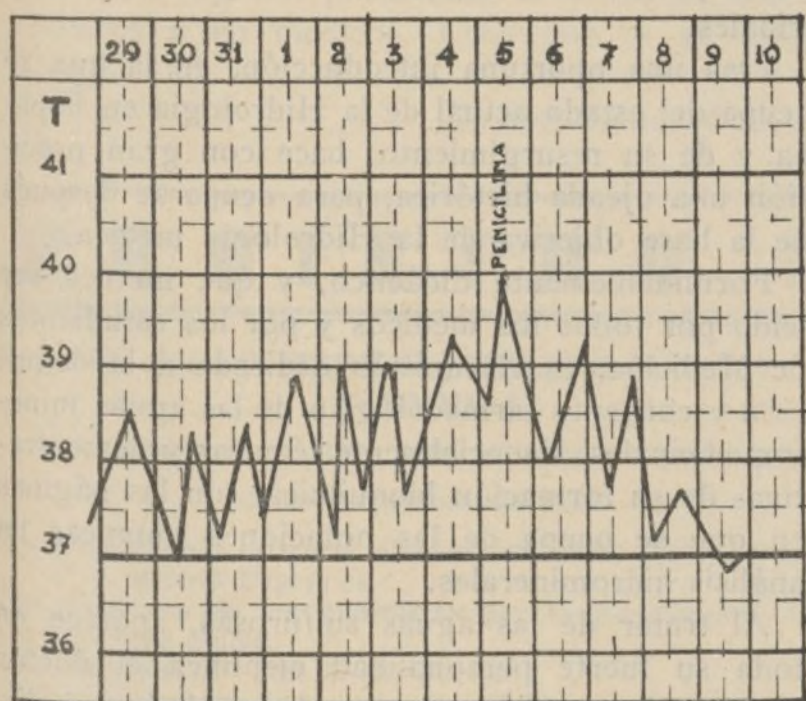
J. L. M., cincuenta y ocho años, casado, de Belchite. Listero. Fumador, bebedor. Bronquitis antigua con enfisema. Boca séptica. Pulmonía hace veinticuatro años. Hace cuatro se produjo una herida leve en la pierna derecha, que se infectó, y recuerda que le pusieron prontosil.

A mediados de julio pasado se da un pequeño golpe en la pierna en el mismo sitio que tuvo la

herida anterior; no le presta más atención que la práctica de una cura diaria con una pomada antiséptica. Requiere nuestra asistencia el 29 de julio, aquejando fuertes dolores en ambas piernas, pesadez de cabeza y temperatura de 38,5°. En la pierna derecha, tercio medio cara anterointerna, presenta una úlcera del tamaño de una moneda de diez céntimos, de bordes violáceos, con fondo sucio y mal granulado. Alrededor de la úlcera se aprecia una zona enrojecida de aspecto erisipelatoso, que se extiende hasta la garganta del pie. No se observan regueros de linfangitis. La úlcera asienta sobre una piel debilitada por el traumatis-

mo anterior. Se instituye un tratamiento con sulfatiazol. A las treinta y seis horas siguientes hay que anotar: los dolores de las piernas han cedido notablemente, la zona de enrojecimiento ha desaparecido totalmente, la piel de los alrededores de la úlcera es seca, con extravasaciones sanguíneas. Continúa la cefalalgia, la fiebre, y aparece ligera disnea al agudizarse su antigua bronquitis.

El día 31 aparece una especie de prurigo interdital, muy discreto y con intenso picor. A las



veinticuatro horas siguientes se señala un brote intenso de forúnculos, poco pronunciados la mayoría, pero muy dolorosos, en dorso de ambas manos y bordes cubital y radial de las muñecas. También en cuello y cara se observan escasos forúnculos, de mejor aspecto clínico y no tan dolorosos como los anteriores. Alrededor de cada uno de los forúnculos de las manos y muñecas aparece una zona de hemorragia. El edema y la confluencia de las hemorragias, con su color negro violáceo, dan a las manos un aspecto parecido al de la gangrena; apenas si se aprecia la zona de pus acuminada de los forúnculos. Así las cosas, empeora rápidamente el estado general, se acentúa la disnea, a ratos hay delirio, el pulso blando, pequeño (140-160); la impresión que da el enfermo es la típica del cuadro séptico. La marcha de la temperatura puede verse en la gráfica adjunta.

Vista la gravedad del proceso y la ineficacia de la medicación sulfamidada, se inyectan por vía intramuscular 25.000 unidades Oxford de penicilina, que se repiten cada tres horas hasta un total de 500.000 unidades. La mejoría se inicia a las pocas horas de aplicar la penicilina por una licuefacción del pus de algunos forúnculos, cediendo más lentamente el edema y los equimosis de las manos, cuya piel se desprende pocos días después en forma parecida a la de la escarlatina. El día 14 es dado de alta.

CONSIDERACIONES

Clínicamente creemos se trata de un caso de sepsis estafilocócica, aun cuando no hayamos podido comprobarlo por medio del hemocultivo, como hubiera sido nuestro deseo. La puerta de entrada hay que situarla en la herida de la pierna.

Que el estafilococo en cuestión estaba dotado de una capilartoxicosis extraordinaria por el aspecto clínico de las hemorragias, así como por ser éstas las últimas y más tenaces en desaparecer. Anotemos que los forúnculos del cuello y cara no dieron señal alguna de gravedad, limitándose a ocasionar intenso picor al enfermo. Los repetidos análisis de orina no descubrieron la presencia de glucosa.

Que sólo 500.000 unidades de penicilina han sido empleadas para salvar a este enfermo, estando plenamente convencidos de que a no ser por el citado antibiótico el enfermo hubiese sucumbido inexorablemente.

Lo más llamativo del cuadro eran las manos enormemente hinchadas de un edema duro, la piel brillante, que parecía querer estallar, sembrada de forúnculos en los que no se apreciaba tendencia a la maduración; los extensos equimosis negrovioletáceos y los acerbos dolores, que impedían al enfermo cualquier movimiento de las mismas.

No se apreció ninguna manifestación tóxica o de intolerancia por la penicilina, ni en el curso ni después del tratamiento. Señalemos de paso que otro enfermo a quien posteriormente aplicamos penicilina notó moderada sialorrea.

Se administraron, además, cardiotónicos, balsámicos, insulina y vitamina C.



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

BIBLIOGRAFIA

Tratamiento hidromineral y climático de las enfermedades de la piel, por el doctor García Ayuso. Editorial Morata. Madrid, 1946. Un volumen de 236 páginas.

Pocos libros existen en la bibliografía médica contemporánea tan interesantes, tan bien escritos y, sobre todo, tan útiles como este volumen del doctor García Ayuso, dedicado al tratamiento hidromineral de las dermatosis. Decimos útil, porque, tanto los médicos generales como los especialistas, se ven frecuentemente abrumados por los cronicismos de la piel de enfermos que resisten a toda terapéutica, y de los que se saca la impresión de que con un tratamiento hidromineral mejoraría. Pero, ¿cuáles son las aguas más convenientes? ¿En qué forma debe dirigirse el método crenoterápico? ¿Cuáles son las posibilidades de curación? Todas estas preguntas y la orientación para llevar discretamente la asistencia hidromineral de un enfermo de piel nos la da este libro, que tiene, además, una prosa tan amena como clara y de forma literaria impecable.

El doctor García Ayuso es, sin duda alguna, el dermatólogo que más se ha preocupado por estudiar las relaciones entre la Hidrología y la Dermatología, en lo que ha tenido un definitivo acierto, ya que las dermatosis son los procesos morbosos en que más precisas y científicas indicaciones tienen los manantiales. Es también una de las figuras definitivamente consagradas y reconocidas con unanimidad entre las más prestigiosas en este orden de conocimientos. Cuando García Ayuso hizo sus oposiciones a la plaza de jefe de enfermedades de la piel, del Cuerpo Médico Escolar, los jueces, sus colegas y el público sacaron la impresión de que en el joven dermatólogo apuntaba uno de los futuros ases de la Dermosifiliografía española; pero cuando actuó recientemente en las oposiciones a médicos de baños, su cultura enciclopédica y su arte de gran clínico demostraron que no es un simple *técnico de sus técnicas especialidades*, sino un verdadero hombre de ciencia que, en lugar de perderse en el polifacetismo de sus múltiples conocimientos, los polariza discretamente en uno de los campos más trascendentales de la práctica profesional: en el de las aplicaciones de la Hidrología a la terapéutica de los trastornos dermosifiliográficos y constitucionales.

Con las dermatopatías ha ocurrido un hecho curioso: antiguamente se atribuía su patogenia a los trastornos de la diátesis, el escrofulismo, el herpetismo. Después, en la escuela de Hebray Kaposi, se da la mayor importancia a la infección

microbiana, y modernamente se abandona este criterio por las teorías humorales, con lo cual, en parte, se vuelve a lo antiguo. García Ayuso ha sabido sacar lógicas consecuencias de toda esta evolución, y se sitúa en una criteriología ecléctica que le proporciona éxitos curativos y aciertos doctrinales.

Tras una oportuna introducción, en la que se ocupa del estado actual de la Hidrología en España y de su resurgimiento, hace con gran precisión una ojeada histórica, para ocuparse después de la base objetiva de la Hidrología médica.

Formidablemente didáctico, y que merece ser leído por todos los médicos y por los estudiantes de Medicina, es el capítulo dedicado a la definición y concepto farmacológico de las aguas minero-medicinales. Esencialmente técnicas y demostrativas de su formación bioquímica, son las páginas en que se ocupa de las notaciones químicas en análisis hidrominerales.

Al tratar de las aguas sulfurosas, aparece en toda su fuerte personalidad científica el doctor Ayuso y se manifiesta como buen clínico al discurrir sobre contraindicaciones, elementos constitutivos de la cura termal y técnicas crenoterápicas. En contraposición, da una lección magistral de Sifiliografía, demasiado docente, cuando expone la terapéutica hidromineral y climática de la sífilis y la crenoterapia en Dermatología.

Sabor esencialmente práctico es el colofón de los climas y estaciones climáticas españolas.

Sinceramente juzgamos como un acontecimiento bibliográfico la aparición de este libro, que no tiene precedentes, y que todos los médicos deben conocer y aprender de memoria.

La circunstancia de ser el doctor García Ayuso uno de nuestros más destacados colaboradores, nos impide referirnos a la formación espiritual y científica de tan ilustre autor y al lugar preeminente que ha sabido conquistar en el mundo médico-hidrológico.

J. A. S.

La mente del hombre, por Walter Bromberg. Gil, editor. Buenos Aires, 1945.

Es un libro de divulgación, pero lleno de sugerencias atractivas. Hace el efecto de leer bajo ambiente científico una novela policíaca.

Cogido entre las manos ya no puede dejarse, como si deseáramos ver el final con la resolución de un conflicto.

De todas formas, es el más científico de cuantos tomos divulgadores ha creado Norteamérica.

Olvidemos que entre las personalidades a las que se debe la marcha de la Psiquiatría coloca

compatriotas completamente desconocidos y que nada hicieron fundamentalmente para el avance de la rama científica aludida. Pero esta veta de nacionalismo es simpática, y ojalá lo hiciéramos nosotros.

Olvidemos también la seguridad que pone en la ciencia moderna y la fe en los hombres que la realizan. Fe que demuestra (¡oh manes de Hegel!) la falta de fe religiosa del autor.

Dejando, pues, aparte cierta manera infantil con que trata algunos problemas, el libro satisface a médicos y no médicos. Creo que es su mejor elogio.

Doctor Blanco Soler.

Patología funcional, por Leopoldo Lichtwitz. Librería Hachette. Buenos Aires.

De cuantos han llegado a mí, es el más delicioso. Sobrio, ajeno a pedantería, sencillamente escrito, trata los problemas bajo un aspecto unitario y funcional que educa al ánimo. Hay capítulos como el del metabolismo del agua, que es una maravilla de síntesis del recambio. Lástima que la biliografía no llegue a nuestros días o que el traductor no anotara los hechos actuales con la competencia que reconocemos en Rubén Darío.

Doctor Blanco Soler.

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR

(2 de noviembre de 1946)

- Poikiloderma reticular pigmentaria.—Por González Calvo y Merino Eugercios.
Tratamiento de las neuralgias por la iontoforesis.—Por Izquierdo Rubín.
El carbono 14.—Por R. M. Barton.
Enérgica campaña contra la dádiva profesional.—Por Fernán Pérez.
Pérez Galdós y la Medicina (X).—Por F. Cortezo Collantes.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO

(16 de noviembre de 1946)

- La quiomioterapia local de la úlcera serpinosa.—Por el Prof. Díaz Domínguez.
Nuevos puntos de vista en la interpretación y tratamiento de la carditis reumática.—Por F. González Suárez. (Continuación.)
El baúl de las sanguijuelas.—Por J. Blanco Juste.
Importancia de la crenoterapia en toxicología.—Por Sales Vázquez.
Hace un siglo médico.—Por el Dottore Baloardo.
Idearium de «Ich».

BULLETINS ET MEMOIRES DE LA SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

(7-14 de junio de 1946)

- Benda y Galby.—Penicilina en aerosoles en las supuraciones pulmonares.
Lamy, Jammet y Paley.—Nanismo, trastornos renales y raquitismo en un niño expuesto a la acción del radio en el tercer mes de su vida intrauterina.
Dúvoir, Pollet, Gaultier y Woimant.—Estreptococemia tratada por la sulfametildiazina. Agranulocitosis. Tratamiento por la penicilina.
Pollet, Cheramy, Gaultier y Bory.—Nefritis mercurial aguda de forma poliúrica.
Layani, Aschkenasy y Mouzon.—Leucopenia con neutropenia en el curso de un tratamiento con el aminotiazol.
Genes, Bricaire y Durupt.—Síndrome de Dercum.
Mahoudeau.—Hiperglucemia provocada en las hipoglucemias espontáneas.
Pruvost y Depierre.—Forma pulmonar de una enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann.
Pruvost, Maurer, Mathey, Brincourt y Couniaud.—Neumonecrosis total por tuberculosis multicavitaria.
Ravina, Pecher y Borniche.—Ictericia emotiva.
Seze, Guillaume y Boulard.—Ciáticas radicales.

- Brelet.—Secuelas venosas de la tifoidea.
Germain, Chertin y Auregán.—Cáncer primitivo de la pleura de tipo fibrosarcomatoso.
Brouet, Herbeuval y Faivre.—Enfisema pulmonar en el curso de una estafilococia maligna de la cara.
Gilbert, Zarachovitch y Sterboul.—Secuelas de arteritis obliterante de origen tifoexantemático.

JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

(20 de septiembre de 1946)

- Rebattú, Sohier y Trenque.—El coriza agudo y su etiología.
Collet.—Parálisis laríngeas por lesiones focales.
Rabattú y Rabaste.—Trastornos debidos a la agenesia del seno frontal.
Mayoux y Paufigue.—Las inyecciones de suero hipertónico y de agua destilada en el tratamiento de los vértigos.
Mounier y Beraud.—El síndrome esofágico atípico de los tumores gástricos yuxtacardiácos.
Bertoin.—Neuralgia del nervio laríngeo superior.

REVISTA ESPAÑOLA DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO Y DE LA NUTRICION

(Madrid, septiembre-octubre de 1946)

- Oliver Pascual y Sanz Ibáñez.—Contribuciones etiológicas y clínicas al problema de las hepatitis agudas infecciosas.
Hernando.—Sección supradiafragmática de los nervios vagos en el tratamiento de la úlcera péptica.
Bergareche.—Disquinesia biliar y denervación del colédoco.
Pinós, Ramentol y Fusté.—Hepatitis salvarsánica.

MINERVA MEDICA

(Torino, 8 de septiembre de 1946)

- Fornara.—Sobre un caso de endocarditis lenta del corazón derecho.
Silvestroni y Bianco.—La microcitemia.

ACTA MEDICA HISPANICA

(Barcelona, julio-agosto de 1946)

- Maia de Loureiro.—Progresos recientes de la inmunización contra la fiebre tifoidea.
Barraquer.—Polineuritis arsenicales.
Raventós.—Un caso de leiomioma intersticial del recto.
Torra.—El yodo y la piroterapia máxima para la curación de la blenorragia.

REVISTA DE SIFILOGRAFIA, LEPROLOGIA Y DERMATOLOGIA

(Cuba, abril de 1946)

- Sánchez Díaz.—Manifestaciones cutáneas de avitaminosis A.
Oteiza y González Prendes.—Censo de lepra en Cuba.

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:** *Un viaje a París del Director general de Sanidad*, por el Dr. Isidro de Magerit. **SILVA LITERARIA:** *Benito Pérez Galdós y la Medicina*, por F. Javier Cortezo-Collantes. **INFORMATARIO PROFESIONAL. Sección oficial.**

BOLETIN DE LA SEMANA

Poco vamos a decir por nuestra cuenta en este Boletín, porque los más destacados episodios de la semana médica han sido comentados por nuestros compañeros de redacción amplia y justamente, y ello nos resta originalidad al trazar estas líneas.

Hecho destacado fué, en primer término, el regreso a Madrid del director general de Sanidad, quien, en compañía del doctor don Julio Bravo, ha permanecido en París durante los días de reunión del *Office* Internacional de Higiene, representando a España en el puesto en que durante tantos años ocupó nuestro inolvidable amigo el doctor don Angel Pulido y Fernández.

Como decimos, en este mismo número se publica una información acerca de este viaje, circunstancia por la que limitamos nuestro comentario a felicitar al doctor Palanca por su actuación en momentos y ambiente tan difíciles para nosotros.

Otro acontecimiento comentado durante la semana ha sido la suspensión de las oposiciones a la cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Madrid, por la justificada causa de la enfermedad que aqueja a nuestro ilustre amigo el profesor Antonio Piga.

Es de esperar su pronto restablecimiento y que se reanuden y finalicen los ejercicios de estas oposiciones, ya célebres en los anales del tema por todas las singularísimas circunstancias que han rodeado sus ejercicios y sus fallos en las cuatro veces que esta cátedra ha salido a refidísima competencia.

Es pronto para augurar nada, sobre todo en este caso, en el que ya repetidas veces han ocurrido cosas inesperadas y sorprendentes. Los juicios imparciales se van señalando y la competencia va quedando limitada a dos ilustres contendientes. Que así sea deseamos, y que no precise nuevo tribunal ni nuevos ejercicios para decidir en esta situación de interinidad, que ya pesa.

Además se daría el caso de que resultara muy difícil encontrar vocales del nuevo tribunal, porque se va estimando la cosa como *gafe*, si mis simpáticos lectores me permiten el uso de esta palabreja en caló.

Y de otras oposiciones vamos a hablar, en que también la opinión pública se ha manifestado in-

teresadísima y elocuente en el aplauso unánime del feliz resultado de ellas.

Aludimos, es claro, a las oposiciones celebradas para cubrir la vacante de profesor de Cirugía del Hospital Provincial de Madrid.

El triunfador de estas oposiciones, doctor Armando Muñoz Calero, puede estar altamente satisfecho, no sólo de su triunfo justo y esperado de su conocidísima competencia, no sólo de esto, que ya es mucho, sino del aplauso general, unánime mejor dicho, con que ha sido recibido su nombramiento en la Prensa toda, en los círculos médicos y sanitarios y en los círculos sociales de las clientelas, los amigos y los conocedores de la gran personalidad del profesor Muñoz Calero.

Por nuestra cuenta no vamos a decir más al enviarle nuestro parabién y al felicitar al ilustre Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial por el ingreso en él de tan brillante compañero.

Pero es el caso que hemos recibido unas cuartillas acerca de este asunto, que firma un anónimo comunicante con una A. y una P.

Aunque sospechemos quién sea el autor, para nada es preciso decirlo. Basta leer el contenido de esta prosa para darse cuenta de la emoción de justicia y de alborozo que han movido la pluma al redactar sus acertados párrafos.

Hacemos nuestro cuanto se dice en las cuartillas que vamos a someter a conocimiento de los lectores.

Dicen así:

«El doctor don Armando Muñoz Calero ha sido nombrado, previos brillantes ejercicios de oposición, cirujano del Hospital Provincial de Madrid... Enunciado de este modo el triunfo del doctor Muñoz Calero, no permite apreciar cuánto de emocional, de singular se encierra en esta noticia.

El doctor Muñoz Calero es uno de los discípulos predilectos de ese hombre admirable, que fué el doctor don Francisco Vigueras, cirujano maravilloso, que tuvo como única aspiración el bien de los enfermos del Hospital General, a los cuales dedicó toda su vida... Para el doctor Muñoz Calero, digno sucesor de tan esclarecido maestro, cuantas actividades ha llevado a cabo a lo largo de su existencia han tenido como tema fundamental el mayor honor, la mayor gloria, el mejor

servicio del Hospital General. El doctor Muñoz Calero, que ha desempeñado cargos políticos y sociales de la mayor importancia, como el de presidente de la Diputación Provincial de Madrid, y en la actualidad jefe o director del Seguro de Enfermedad, debe estar, en estos momentos en el pleno goce de su más grande satisfacción; hoy el doctor Muñoz Calero debe ser un hombre feliz, si es feliz quien realiza su máxima aspiración para él: tener una clínica en el Hospital General.

El doctor Muñoz Calero es un hombre excepcional, dotado de una energía asombrosa, de tesón formidable, de buena voluntad por encima de toda duda; donde se encuentre hará sentir su benéfico influjo. El doctor Muñoz Calero es todo un carácter, como ha demostrado a lo largo de los pocos años en los cuales suena su nombre... Para nosotros, médicos, en un periódico médico, nos interesan muy especialmente sus relaciones con el Hospital General o Provincial...

Cuando el doctor don Armando Muñoz Calero fue nombrado presidente de la Diputación Provincial de Madrid, el Hospital General era... unos doscientos años más viejo que en la actualidad (!!!).

Una de las interrogantes para las cuales no se encuentra solución es la indiferencia de la gente ante el milagro; el milagro se da, el milagro es palpable, y la gente pasa ante él, se encoge de hombros y sigue su camino, temerosa de profundizar en ninguna cuestión, contenta si puede ahorrar a su mente un trabajo que se eleve sobre el reflejo inconsciente de cada día... Delante de nosotros, visible desde la glorieta de Atocha, desde la Estación del Mediodía, se encuentra el Hospital General. Ese Hospital que, con la excepción de un par de clínicas, era un caserón infecto, del cual sólo valían las piedras de su armazón y las ropas de las camas. Las ropas desaparecieron, pueden ustedes imaginarse cuándo, y sólo quedaron aquellas piedras, aquella hermosísima armazón, ciclópea, ocupada por salas vetustas, pululantes de parásitos, sin posible ventilación, maculadas por todos los detritus de varias, de muchas generaciones... Pues bien, en ese Hospital General ha tenido lugar un milagro, *de bulto* (!), de tanto bulto como que ese milagro es el mismo Hospital General, que en tres años, que en estos últimos difícilísimos tres años, ha salido, como el Ave Fénix, renovado..., pero más milagrosamente que el Ave Fénix, porque ésta salía de sus cenizas, como hemos visto en la Ciudad Universitaria y en tantos otros lugares calcinados, y aquí, la renovación

ha sido *por dentro*, quedando íntegra la envoltura, algo así como la puesta en práctica del deseo de todos los Faustos... Pues tal milagro (y eso ha sido lo más milagroso) se ha llevado a cabo por un solo hombre, por don Armando Muñoz Calero, como presidente de la Diputación Provincial de Madrid, impulsado nada más que por su fe en sí mismo, por su energía y por su amor al Hospital Provincial. Tan enorme obra fue emprendida por ese admirable taumaturgo sin dinero. *Sin dinero!!!*, vendiendo ilusión a cambio de dinero.

Como la experiencia nos enseña que, a medida que hay más propaganda, la gente piensa menos, porque el pensar es doloroso y la gente descansa en quienes piensan por ella, este hombre sorprendente, que es Muñoz Calero, acaso por modestia o por un sentido del decoro, rechaza todo trompetazo, todo cartelón, todo reclamo, y después de hecho lo más importante de una obra que sólo tiene como precursora la misma creación del Hospital, y después de impulsar lo que queda por hacer, ha renunciado a su cargo de presidente de la Diputación para tomar parte en las oposiciones, que le han dado ingreso en ese cargo por él tan apetecido, de cirujano del Hospital General, con lo que ha dado una lección de dignidad ciudadana, enseñando que para él tiene más importancia la dirección de una clínica que la ocupación de un cargo político, uno de los más grandes y envidiados de España...

El doctor Muñoz Calero, que es un cirujano, cuyos talentos han sido demostrados en España y fuera de ella, está de enhorabuena porque ha conseguido el más ardiente deseo de su vida... Pero el Hospital General debe rebosar de alegría, de satisfacción. Esta oposición le ha permitido apropiarse el valor excepcional que es el doctor Muñoz Calero, cumpliendo la deuda que tenía consigo mismo. Si, por defecto de esa propaganda a que antes hemos aludido, la gente de la calle podía ignorar quién era este opositor, esa ignorancia no podía alegarse dentro del Hospital. El doctor Muñoz Calero no era, no debía ser, no podía ser y no ha sido, como otro cualquier médico o cirujano, que pasa delante de aquella casa y quiere entrar sólo para poder decir que es de allí, y luego...

Si es verdad que debemos aspirar a que cada hombre esté en su puesto, el puesto del doctor Muñoz Calero es el que le ha dado el Hospital General. Que le ocupe durante muchos años para bien de los enfermos, de la enseñanza y del mismo Hospital.»—(Firmado: A. P.)

DECIO CARLAN.

FÓRMULA		MADREZAL	EL MAS ENÉRGICO GALACTÓGENO LABORATORIOS O. F. E. Aptado 4042 - Madrid. (4)
Extracto galega officinalis.....	0,07 grs.		
Extracto gossypium herbaceum	0,06 »		
Nucleinato sódico.....	0,03 »		
Acido fosfórico.....	0,02 »		
Acido nicotínico.....	0,0001 »		

(Censura Sanitaria 5947)

TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS

EL VIAJE A PARIS DEL DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD

por el

Doctor ISIDRO DE MAGERIT

La mañana está gris. En el antedespacho del director general de Sanidad encuéntrase un numeroso conglomerado sanitario. Allí hemos saludado al jefe provincial de Sanidad de Avila, don Eustaquio González Muñoz, nuestro antiguo y dilecto amigo, que ha sido propuesto para ocupar la Secretaría técnica de la Dirección. Una Comisión formada por los doctores Crespo Alvarez, Rodríguez Partearroyo y Alix Alix, vienen a ver al señor director para darle cuenta de... lo que no hemos podido averiguar, porque la explicación que el presidente del Colegio de Médicos y director de la Escuela de Tisiología nos ha dado no nos ha dejado muy convencidos. Allí están también los doctores Hernández Pacheco, Cañellas, Fernández Turégano y Trujillano, que ha inventado un nuevo verbo: *indiscretear*, y nos lo ha aplicado a nosotros al preguntarnos:

—¿Indiscreteando?

—Nosotros no indiscreteamos, doctor Trujillano. Nos limitamos a informar a nuestros amables lectores de todas aquellas noticias y acontecimientos que creemos deben conocer, aun teniendo que vencer a veces la impenetrable reserva de los que *secretean* tanto como su señoría, con lo que correspondemos a su invento lingüístico o neologismo, creando este otro de *secretear*. Verbos antagónicos que podrían ser conjugados poco más o menos así: Yo indiscreteo, vosotros secreteáis, etc., etc.

El doctor Palanca ha regresado de su viaje a París muy complacido, y el decir esta verdad no constituye, en modo alguno, un tiempo del verbo indiscretear. Y para oír de viva voz una síntesis de los hechos relacionados con su estancia en la capital francesa, estamos aquí, en cumplimiento de nuestra labor de informadores, no de indiscreteadores.

Y don José Palanca ha ido contestando así a nuestras preguntas:

—¿Era muy importante la reunión de la Oficina Internacional de Higiene Pública?

—Tenía, además de la importancia intrínseca de todas estas reuniones internacionales de sanitarios, la excepcional trascendencia de ser ésta la última reunión que celebre este organismo, creado en 1907, para atender a la resolución de vitales problemas sanitarios, y al que ha prestado España, desde su fundación, su adhesión ininterrumpida y su más leal colaboración.

—¿Y por qué se ha disuelto esta Oficina?

—Pues muy sencillo. Usted sabe bien que en la Conferencia Internacional de Sanidad, convocada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, que tuvo lugar en Nueva York del 19 de junio al 24 de julio últimos, se tomó el acuerdo de crear una Organización Internacional que llevase el nombre de Organización Mundial de Sanidad, y que estaba encargada de absorber las ac-

tividades y trabajos encomendados hasta ahora a la Oficina Internacional de Higiene Pública, a la Oficina Panamericana y a la Organización de Higiene de la extinguida Sociedad de Naciones. En esta Conferencia Internacional, celebrada en Nueva York, se aprobó un proyecto de Reglamento de la Organización Mundial de Sanidad, que no entrará en vigor hasta que no lo hayan firmado por lo menos veinte Estados signatarios de la Convención de Roma en 1907, quedando mientras tanto en funciones una Comisión interina, que se encuentra en plena actividad. El proyecto de Reglamento fué firmado por la gran mayoría de las Delegaciones que participaron en la Conferencia, a reserva de una eventual ratificación por parte de los Gobiernos respectivos.

—Por tanto, hasta que no haya entrado en vigor el Reglamento de la Organización Mundial de Sanidad, ¿tiene existencia legal la Oficina a cuya reunión ha asistido usted?

—Efectivamente, y aún podría tener una vigencia hasta fin de noviembre de 1950, si uno sólo de los firmantes del acuerdo de Roma se opusiera, cosa que no es de creer, y, desde luego, no sería España la que fuese a entorpecer en lo más mínimo el advenimiento de una nueva organización, que, es de esperar, contribuya al mejoramiento de las condiciones sanitarias del mundo entero.

—¿Entrará España a formar parte de la nueva organización?

—La constitución de este nuevo organismo sanitario mundial prevé el ingreso de nuevos miembros por simple mayoría de votos de la asamblea. Lógico sería pensar que España no tuviera dificultad alguna para ingresar en la nueva organización, sobre todo si las pasiones políticas se dejasen a la puerta de lo que debiera ser el «Templo Sagrado de la Salud Pública». Es de esperar que, tarde o temprano, acabe por imponerse el buen sentido, que es volver a los principios nobilísimos que tradicionalmente caracterizaron al ejercicio de la Medicina, tanto curativa como preventiva, y que la situaron, como a la caridad cristiana, por encima de todo prejuicio de raza, credo o religión.

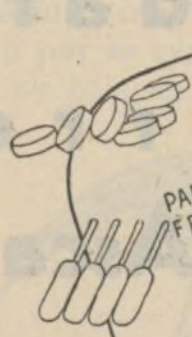
—¿Qué otros temas fueron tratados en esta posible última reunión de la Oficina Internacional de Higiene Pública?

—En el orden del día figuraban temas tan importantes como la vacunación antivariólica, encefalitis postvacunales, desratización de barcos y puertos, estudio epidemiológico de los casos de tifus exantemático observados en la región de París al regreso de los prisioneros y deportados; lucha contra la fiebre tifoidea en Varsovia, etc., etcétera; pero fué el problema de la liquidación de la Oficina lo que nos absorbió la mayor parte del tiempo. Para llevarla a la práctica del modo más justo y eficaz se constituyeron tres Comisiones:

EN TODOS LOS SÍNDROMES ESPÁSTICOS

ESPASMOPAVER

ESPASMOLÍTICO REFORZADO



COMPRIMIDOS

PAPAVERINA • DIMETILOAMIDOANTIPIRINA
FENILETILBARBITÚRICO • ATROPINA SULFATO

INYECTABLE

PAPAVERINA • ATROPINA SULFATO

PRESCRÍBASE SIN RECETA OFICIAL DE TÓXICOS!



JUSTE
S.A.

MADRID

TELÉFONO 55386

APARTADO 9030

Fco NAVACERRADA, 62

CENSURA SANITARIA Nº 5426

FLUOTHYMINA



COMPOSICION:

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

INDICACIONES:

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

DOSIFICACION:

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

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

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

PRESENTACION:

En frascos de 50 c. c.

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

Barquillo, 32 - MADRID

Comercio, 28 - BARCELONA

Sanatorio **SAN ESTEBAN**

USURBIL (Guipúzcoa)

A 11 kilómetros de San Sebastián

TELEFONO 7005

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

Médicos Directores...

Dr. Vidarte

Dr. Larrea

Médico Subdirector...

Dr. Pino Ascarza

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

(Aprobado por la Gensura Sanitaria núm. 4105.)

Traductor médico de **LENGUAS VIVAS**

EL DOCTOR

Don Eduardo del Palacio Chevallier

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

Médico y periodista diplomado de la Escuela Oficial de Periodismo.

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

Con dominio absoluto de la terminología médica.

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

una, llamada Comisión financiera o de liquidación; otra para ocuparse del problema de las pensiones y del porvenir del actual personal de la Oficina, y una tercera encargada de hacer el inventario de las propiedades de la Oficina en París, valor del mobiliario, material de la Oficina, etc.

—El propósito de la Oficina Internacional es poder presentar a la Comisión interina de la Organización Mundial de Sanidad, en el plazo más breve posible, un informe detallado con vistas a la transferencia eventual de parte o de todos los servicios de la Oficina de París.

—¿Cómo fué acogida la presencia de usted como representante de España en esta última reunión del Office International d'Hygiène Publique?

—Con la máxima corrección. El presidente, representante de Inglaterra, doctor Morgan, dedicó en su discurso, particularmente a la Delegación española, un saludo muy cordial y frases de vivo agradecimiento por la ayuda que la Sanidad española prestó a su país en momentos de gran difi-



El profesor J. A. Palanca, delegado de España en el Office Internacional de Higiene.

cultad para ellos. Por su parte, el delegado de Francia, doctor Lémier, nos hizo objeto de grandes atenciones recordando su permanencia en España durante la epidemia del tifus que padecimos en 1941.

—¿Qué otras noticias nos trae usted de París? El doctor Palanca sonríe y nos dice:

—Algunas muy graciosas y otras muy interesantes. Entre las primeras le diré a usted que los «inmortales» de la Academia de Medicina france-

sa han ideado el que en cada sillón de la docta casa puedan sentarse dos académicos. Se ha propuesto modificar el artículo del Reglamento que no autoriza a declarar vacante un sillón de la Academia hasta que haya fallecido su venerable propietario o usufructuario, y proponen el considerar a los demasiado ancianos como miembros de honor, nombrando para su sillón a otro médico más joven, con lo que de esta manera el venerable honorario tendría la satisfacción de conocer en



El doctor García Tornel, representante de España en la Unión Médica Internacional.

vida a su sucesor... Los jóvenes sabios franceses no se conforman fácilmente con la idea de ver vacías las poltronas de los académicos que por su edad o sus achaques no acuden asiduamente a las sesiones de la Corporación.

—En España también hay muchos que pensarían lo mismo y lo llevarían a la práctica si los dejaran, nos permitimos comentar.

—Otra nota interesante de la Medicina francesa—continúa diciéndonos el doctor Palanca—es la elevación de honorarios médicos fijados por la Comisión Nacional de Tarifas, publicados en el *Journal Officiel*. Tome usted nota: Consultas: Seine, Grand Lyon, Marseille, 120; Seine-et-Oise, zona I, 130; zona II, 110; otras provincias, 90, y de esta manera se fijan los honorarios médicos para visitas ordinarias, visitas dominicales, visitas de noche, indemnización por kilómetros, asistencia a partos de un feto... y asistencia a partos gemelares que, naturalmente, son más caros.

—A los médicos del Seguro—sigue diciéndonos el doctor Palanca—se les ha prometido el aumento de sus haberes, cada vez que el aumento del coste de la vida sea de un 20 por 100, y cada 20 por

100 aumentarán automáticamente los haberes médicos en el mismo porcentaje.

El doctor Palanca se ha levantado de su sillón, en señal de dar por terminada la entrevista. Terminamos de recoger nuestras notas y apuntes y hacemos mutis.

A la salida hemos encontrado al doctor Julio

Bravo, que acompañó al director de Sanidad en su viaje a París, y nos muestra muy satisfecho una tesis doctoral sobre los extractos de helecho macho, que le había encargado un alto funcionario de la Embajada francesa en Madrid, mister Pardos, que es farmacéutico, y que ha tenido la fortuna de encontrar, a pesar de ser del año 1905.

SILVA LITERARIA

BENITO PÉREZ GALDÓS Y LA MEDICINA

por

F. JAVIER CORTEZO-COLLANTES

XI

EL PROFESOR BROUARDEL Y JAIME FERRÁN

A finales de julio de 1885 vuelve Pérez Galdós a ocuparse extensa y acertadamente del cólera en sus crónicas. Nada tiene de extraño que en aquellos momentos la atención y curiosidades del escritor dieran en la materia, pues pocas veces se ha dado una tensión de polémica como la que ocupó las principales tribunas científicas de Madrid durante los meses de junio y julio de aquel año con motivo de las inoculaciones de Ferrán.

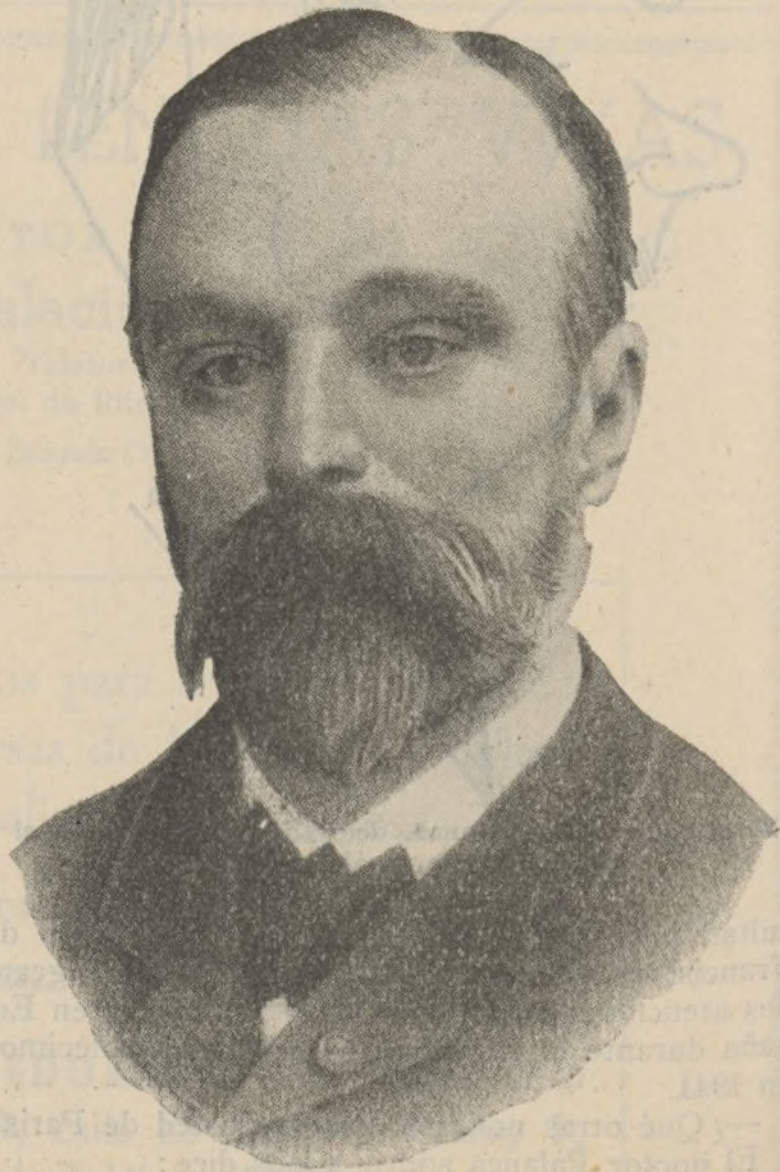
Tuvo en aquellos meses trágica importancia la epidemia en Aranjuez, y las actitudes de políticos y hombres de ciencia frente a los estudios de Ferrán movían la pluma de Galdós para enterar a sus lectores de Hispanoamérica de cuanto aquí ocurría.

Mucho se ha escrito con referencia a las enemigas que encontrara Ferrán al implantar su sistema de inoculaciones anticoléricas, y, claro es, que en este lugar no interesa la cuestión en sí, sino únicamente el cómo Galdós se ocupara de ello.

Es sabido que, tanto en el Ateneo como en la Sociedad Española de Higiene, en las Academias de Medicina y en la prensa médica de entonces, un día y otro se renovaba el tema por partidarios y por detractores; así, no es extraño que don Benito exclamara:

«De veras digo que el doctor Ferrán, si al fin no tiene la suerte de encontrar el remedio del cólera, ganará seguramente el cielo en esta ruda campaña que sostiene contra enemigos mil en defensa de su invento. Porque en el tiempo transcurrido entre mi última crónica y la presente (del 19 al 30 de julio) se le prohibió practicar sus inoculaciones; luego diósele permiso para ello, y al fin se le ha retirado el mismo permiso resuelta y, al parecer, definitivamente. Todas estas prohibiciones y autorizaciones se han hecho sin criterio, obedeciendo a impresiones pasajeras. Debe de estar el célebre doctor aburridísimo y un tanto arrepentido de sus tareas filantrópicas. Ya es un periodista, que le ataca y le desautoriza sistemáticamente; ya es un gobernador que le acusa de industrial; ya es un ministro de la Goberna-

ción que, en pleno Parlamento, pone en duda la sinceridad de su proceder científico. Es verdad que también hay personas y colectividades que le defienden contra viento y marea, y en los pueblos donde ha practicado su sistema continúa siendo popular y muy querido. Si al fin logra que sus teorías prevalezcan, será un mártir, porque los obstáculos que últimamente se han encontrado en su camino son muy grandes. Necesita de una perseverancia heroica para vencerlos. Decididamente, el mundo oficial es hostil, y para continuar sus experimentos tendrá precisión de valerse de subterfugios o quizá de procedimientos



El profesor Pablo Camilo Hipólito Brouardel, nacido en 1837, y que presidió la Comisión francesa ante los trabajos de Ferrán en 1885.

misteriosos, cuando no de trasladarse a otra región castigada por la misma epidemia objeto de sus estudios.

Ha contribuido no poco a esta hostilidad lo acaecido con la Comisión venida de Francia a estudiar las inoculaciones. El doctor Brouardel, que la presidía, se retiró intempestivamente, apresurándose a desautorizar por telégrafo el método de nuestro compatriota. Mil comentarios sucedieron a esta brusquedad del francés. Los parti-

Cuentan que su actitud no era de un colega, sino la de un maestro impertinente que examina a un discípulo avieso. Sus preguntas y exigencias debieron excitar la ira del médico de Tortosa, que no creyó, sin duda, conveniente hacer el doctrino.

A la interrogación del francés sobre la manera de cultivar el bacilo para la atenuación contestó Ferrán mostrándole los caldos y diciéndole que los analizara si quería saber de qué se componían.

No necesitó más el otro para dar por concluí-

EPISODIOS NACIONALES.
Relaciones histórico-novelescas de los sucesos más importantes del presente siglo.



Obras publicadas.—Trafalgar.—La corte de Carlos IV.—El 19 de Marzo y el 2 de Mayo.—Bailén.—Napoleon en Chamartin.—Zaragoza.—Gerona.—Juan Martin el Empecinado.—La batalla de los Arapiles.—El equipaje del Rey José.—Memorias de un cortesano de 1815.

Obras que saldrán á luz con intervalo de dos á tres meses.—La segunda casaca.—El grande Oriente.—Siete de Julio.—Los cien mil hijos de San Luis.—El terror de 1824.—Un voluntario realista.—Los apostólicos.—Un faccioso más y algunos frailes menos.

DOS PESETAS EN TODA ESPAÑA.
ADMINISTRACION: Barco, 2 duplicado, tercero.—MADRID.

Curioso anuncio que se publicaba en el semanario «El Solfeo» del año 1875 para propaganda de las obras de Galdós.

darios de Ferrán se acobardaron. Tomaron alas los enemigos, y de aquí que las discusiones se renuevan más acaloradamente que nunca. El informe que Brouardel dió ante la Academia de Medicina revela displicencia, mal humor y cierta ojeriza contra el doctor Ferrán. Las referencias más imparciales sobre este particular nos manifiestan al médico francés presentándose ante nuestro compatriota con severa arrogancia, no como quien viene a estudiar un asunto científico, sino a pedir cuentas de un desafuero.

Los mismos periódicos de la vecina República aseguran que Brouardel vino a España con prevención, decidido a no reconocer valor científico en las ideas de Ferrán, sin duda por el grave defecto de no haber sido concebidas en el cerebro de un francés.

da su misión, y al punto tomó el camino de Francia, seguido de sus compañeros. No bien llegó a París, el telégrafo transmitió las malas impresiones de estos señores.

Según ellos, el llamado invento del doctor Ferrán no tiene valor científico, por ser secretos y empíricos los procedimientos que emplea para atenuar el virus colérico. Al mismo tiempo, nuestro compatriota es acusado de querer sacar productos demasiado positivos de su profilaxis, y como si esto no fuera bastante para desacreditarle, se añaden críticas acervas de su laboratorio.

El doctor Brouardel se ocupa con cierta complacencia en declarar que el microscopio usado por Ferrán apenas aumenta setecientos tamaños, que los matraces y hornillos (estufas) son insufi-

cientes, que todo el material es pobrísimo y, por fin, que no hay animales para los experimentos.

Si esto es así, supone un mérito mayor en Ferrán, que, con tan pobres medios, ha llegado a tales resultados, pues aunque el remedio del cólera no saliese de sus experimentos, siempre quedaría el incontestable valor de sus trabajos preparatorios, cuya importancia científica pocos se atreven a negar. Además, la pobreza de Ferrán no es argumento contra su seriedad, ni lo es tampoco que desee obtener de sus trabajos el beneficio que por ellos le corresponde, pues, como hombre de carrera y como padre de familia, tiene necesidades que satisfacer.

Que el Estado español le señale una renta, y entonces se le podrá exigir un desinterés absoluto y una consagración completa de sus servicios al interés de la Humanidad.

Ni comprendemos tampoco los exagerados escrúpulos de los franceses en materia de mercantilismo científico, ellos que tan bien saben asociar el bien de la Humanidad con las ventajas del individuo.»

Estas impresiones que Galdós reflejaba en sus escritos de aquella época dan la tónica de la tensión espiritual provocada en médicos y no médicos por la controversia diaria sobre el asunto. Pues lo cierto es que la actitud y los escritos de Brouardel tuvieron su sanción inmediata en su propio país, y ya el 19 de julio, en EL SIGLO MEDICO se daba cuenta de la reacción producida en Francia contra la actitud de Brouardel. La Academia de Ciencias se reunió, y dió lectura de dos nuevas comunicaciones de Ferrán, y en el Senado francés, Paul Bert se declaró en contra de la conducta observada por Brouardel, y sostuvo que la importancia del asunto y los fundamentos en que parece apoyarse la petición de Ferrán exigían que fuese convocada la Comisión del Premio Breant, como se hizo para el día 21 de julio.

Galdós, en una nueva crónica, da cuenta también de este movimiento favorable a Ferrán en Francia, y dice que periódicos muy leídos acusaban a Brouardel de ligereza. Añade:

«*Le Figaro*, en un importante y severo artícu-

lo, dice entre otras cosas muy atinadas: «Prescindimos de ocuparnos de si un médico puede o no, sin dejar de ser digno de la estimación pública, utilizarse de un trabajo, porque esta cuestión, puramente moral, no es de la incumbencia del señor Brouardel, que ha sido nombrado única y exclusivamente para estudiar el ensayo de vacunación colérica de Ferrán. Que éste sea un hombre práctico, no dice nada en contra de su invento.»

Luego el mismo *Le Figaro* se ocupa de los descubrimientos científicos cuyo valor se ha negado sistemáticamente en un principio y cuya utilidad ha sido después reconocida.

Galdós añade que en la prensa inglesa se leían apreciaciones semejantes, censurando la impertinencia y arrogancia del sabio francés, «que, por lo visto, es el mismo que el año pasado estuvo durante dos meses negando sistemáticamente la existencia del cólera en Tolón para complacer al presidente Ferry. Es el señor Brouardel un médico distinguido, pero no una eminencia ni mucho menos, y cualquiera que sea su valer intelectual, le faltan condiciones de carácter y aquel aplomo y tacto que son necesarios para juzgar de hombres y cosas en país extraño.

Su visita a España ha sido poco fecunda.

Ha querido ver mucho y no ha visto nada, y ha dicho a su regreso todas las tonterías de turista, que ya no nos hacen efecto por lo muy acostumbrados que estamos a ellas.»

Como puede verse, don Benito se despachó a su gusto, y puso al ilustre decano de la Facultad de Medicina de París en la picota con bastante injusticia también.

No fué sólo *Le Figaro* en París quien defendió a Ferrán, sino también *La Estafeta*, periódico de gran prestigio entonces, y que hizo la misma campaña.

Así, pues, ni en Francia ni en España estaba Ferrán abandonado de amigos, aun cuando fuese cierto que las discusiones a que se entregaron entonces sus estudios perjudicaron bastante el que llegasen a la perfección deseada.

Informatorio profesional

CONFERENCIA DEL PROFESOR E. ECKER EN LA ACADEMIA DE MEDICINA

El miércoles pronunció una nueva e interesantísima conferencia el profesor Ecker, de la Universidad de Cleveland, en el salón de actos de la Real Academia de Medicina.

El ilustre biólogo norteamericano disertó sobre el tema «Proteínas del plasma sanguíneo», con profundos conocimientos sobre la materia, personales investigaciones y propias observaciones deducidas del estado actual del problema, de tanta trascendencia científica.

Ocuparon la presidencia el doctor Enríquez de Salamanca, que tenía a su derecha al doctor Utrilla, presidente de la Asociación de Médicos Especialistas en Análisis Clínicos, y al doctor Luengo.

El doctor Utrilla, como presidente de la Asociación de Especialistas en Análisis Clínicos, entidad organizadora de la conferencia, hizo la presentación del conferenciante.

Al terminar la disertación, el profesor Ecker fué objeto de una calurosa manifestación de simpatía por sus compañeros españoles.

PROXIMO CONGRESO DE MEDICOS ESPECIALISTAS EN ANALISIS CLINICOS

En junio próximo se celebrará en Madrid el Primer Congreso Hispanoportugués de Médicos especializados en Análisis Clínicos. El científico certamen, que revestirá gran brillantes por la adhesión de los maestros portugueses y españoles

más destacados y la trascendencia de las ponencias oficiales que se discutirán, será presidido por el doctor don Antonio Utrilla, presidente de la Asociación de Analistas Españoles, y se desarrollará en tres jornadas, cuyo programa oficial estudia el Comité organizador, que cuenta con valiosos apoyos oficiales y aspira a dar a este Primer Congreso Hispanolusitano, por la profundidad de sus estudios y la importancia de las ponencias, el más alto rango científico.

SECCION OFICIAL

ORDEN de 26 de octubre de 1946 por la que se aprueba el Reglamento del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo.

Ilmos. Sres.: Este Ministerio se ha servido aprobar el Reglamento del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo, creado por Decreto de 7 de julio de 1944.

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

Dios guarde a VV. II. muchos años.

Madrid, 26 de octubre de 1946.—*Girón de Velasco.*

Ilmos. Sres. Subsecretario de este Ministerio y Director del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo.

REGLAMENTO DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA, HIGIENE Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Creado el Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo por Decreto de 7 de julio de 1944, la experiencia recogida en los dos años de su funcionamiento y la conveniencia de que realice su labor en el margen de los acuerdos internacionales, aconsejan modificar determinados aspectos de su organización.

Por otra parte, la necesidad de someter los interrumpidos progresos industriales a la más esmerada tutela sanitaria, con el doble objeto de mejorar la salud del trabajador y aumentar el rendimiento económico laboral, disminuyendo los ac-

cidas del trabajo y enfermedades profesionales, todas las funciones sanitarias del Ministerio de Trabajo y órganos dependientes del mismo, más aquellas que le han sido encomendadas por Decreto de 19 de octubre de 1945, encuadrando su personal jerárquicamente para la mejor realización de las funciones que se le confieren.

CAPITULO PRIMERO

Fines y organización.

Artículo 1.º El Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo es el Centro técnico superior de organización, investigación, enseñanza, asesoramiento y propaganda respecto a las materias encuadradas en su denominación; depende jerárquica y administrativamente del Ministerio de Trabajo.

En su campo de acción son fines primordiales los siguientes:

a) Investigación y estudio de los problemas de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo.

b) Asesoramiento del Ministerio de Trabajo y de otros organismos oficiales, Magistratura del Trabajo y Tribunales de Justicia, y estudio de problemas y prácticas de ensayos a petición de los mismos.

c) Asesoramiento, estudio de problemas, prácticas de ensayos, etc., a petición de Empresas, entidades y particulares.

d) Estudio e información sobre los problemas médicos que en su aspecto asistencial plantean los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.

e) Estudio e información sobre metodología laboral, tecnologías industriales, en lo que afecta a la seguridad e higiene.

f) Estudio e información sobre procedimientos y medios preventivos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

g) Estudio e información sobre los problemas de higiene del trabajo y del trabajador y de adaptación de éste al trabajo.

h) Divulgación y propaganda en cualquiera de sus formas, así como preparación de publicaciones sobre Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo.

i) Formación de bibliotecas y archivos documentales y estadísticos referentes a las especialidades propias del Instituto.

j) Establecimiento de relaciones e intercambios de elementos técnicos y publicaciones con instituciones similares del extranjero.

k) Organización de Congresos, Asambleas y otras manifestaciones semejantes sobre Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo.

l) Estudio, información y asesoramiento acerca de los problemas de la Medicina de los seguros sociales.

m) Asesorar al Ministerio de Trabajo en todos los problemas sanitarios inherentes al Seguro de Enfermedad, comprendiendo el plan general de instalaciones, modificaciones parciales que pueda sufrir este plan, normas generales para nombramiento del personal sanitario dependiente del Seguro y estudio de las reclamaciones de este personal, cuando por su cuantía la merezca.

TRATAMIENTO
EFICAZ Y BIEN
COMPROBADO DE
LOS ESTADOS DE
DEBILIDAD Y
ANOREXIA
INFANTILES

HEPATORRADIL

DEL Dr. GRAÑO

JARABE AGRAVABILISIMO

VIGOROSO
RECONSTITUYENTE
VITAMINICO PRE-
DOMINANDO EN
SU COMPOSICION
LOS FACTORES
A-D-Y-B1

(Aprobado por la Censura Sanitaria)

cidentes del trabajo y enfermedades profesionales, exige que el Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo no sólo se ocupe en funciones de investigación y saneamiento, sino que coadyuve a la vigilancia y puesta en práctica de las normas de seguridad e higiene del trabajo, sin perjuicio de las funciones que competen al Cuerpo Nacional de la Inspección del Trabajo.

Por todo lo cual, el Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo ha de convertirse en el Centro que asuma la realización de

n) Inspección y tutela sanitaria de las entidades que practican el Seguro de Accidentes del Trabajo, proponiendo al Ministerio de Trabajo las medidas conducentes a la mejor organización de los servicios de asistencia y recuperación de los accidentes en el trabajo.

Para el cumplimiento de esta inspección, se servirá de la Sección Médica del Cuerpo Nacional de la Inspección del Trabajo.

ñ) Cualquiera otra misión o cometido que le sea señalado por el Ministerio de Trabajo.

Art. 2.º La organización del Instituto comprende los siguientes organismos, cargos y servicios:

- a) Patronato.
- b) Director.
- c) Claustro.
- d) Secciones.
- e) Servicios generales.
- f) Administración.

Art. 3.º El Instituto mantendrá estrecha relación y colaboración con los organismos representados en el Patronato, y, en particular, con las Direcciones Generales de Trabajo y Previsión, del Ministerio de Trabajo; Dirección General de Industria y Minas, del Ministerio de Industria y Comercio; Instituto Nacional de Previsión, Consejo Superior de Investigaciones Científicas y Escuela de Medicina Legal.

Art. 4.º El Instituto podrá conceder el carácter de entidad u organismo colaborador del mismo a aquellos que, por la índole o eficacia de la labor que realicen en materias afines del Instituto, sean merecedores de tal distinción. La declaración de entidades u organismos colaboradores podrá llevar consigo la concesión de subvenciones, auxilios técnicos o cualquiera otra prestación, cuya cuantía y forma de efectuarla determinará en cada caso el Instituto, por sí o de acuerdo con el organismo o entidad de que se trate.

También podrá en forma similar designar como «asesores» o «colaboradores» a distintas personas especializadas que coadyuven en tal forma a la labor encomendada al Instituto.

Art. 5.º Conforme el desarrollo de los fines atribuidos al Instituto lo aconseje, éste podrá establecer Servicios diferentes o Delegaciones con carácter general regional, provincial o local, que atiendan a las diferentes funciones asignadas al mismo, previo el cumplimiento de los trámites señalados en este Reglamento.

Art. 6.º Los organismos oficiales, Centros sanitarios y entidades aseguradoras, de acuerdo con la legislación vigente, procurarán facilitar al Instituto y a su personal en funciones de servicio cuantos datos e informaciones recaben de los mismos para mejor cumplimentar la misión encomendada.

Art. 7.º Salvo lo que en disposiciones especiales se disponga sobre el particular, los empresarios y jefes de los centros de trabajo de toda índole vienen obligados, respecto al Instituto y a su personal en el desempeño de su misión:

- a) A permitir el libre acceso de dicho personal en los centros de trabajo, cuyos locales, instalaciones, etc., podrá visitar,

- b) A proporcionarle cuantos datos e informaciones precisen en orden al cumplimiento de su misión.

- c) A entregar o permitir la toma de muestras de gases, polvos y demás productos estimados como nocivos o peligrosos.

- d) A dar facilidades al personal trabajador para que pueda ser reconocido o sometido a observación por parte del personal facultativo del Instituto.

- e) A facilitar, en general, que el Instituto y su personal puedan llevar en la mejor forma el cometido asignado, que carecerá de todo carácter inspectivo o reprobatorio.

Art. 8.º El personal del Instituto está obligado a guardar sigilo profesional y absoluta reserva en todo cuanto observe y conozca en el desarrollo de sus visitas a los expresados centros en acto de servicio, singularmente en lo que haga referencia a instalaciones y procedimientos industriales, composición y empleo de productos, etcétera.

Cualquiera falta probada en este particular será considerada como muy grave, independientemente de la responsabilidad que pudiera haberse incluido según las leyes.

CAPITULO II

Del Patronato.

Art. 9.º El Patronato del Instituto estará presidido por el excelentísimo señor Subsecretario del Departamento, siendo Vicepresidentes los Directores generales de Trabajo y Previsión, y Vocales, un representante designado por cada uno de los siguientes organismos: un representante de los Ministerios del Ejército, de Marina y Aire, a propuesta de la Subsecretaría de la Presidencia; Dirección General de Industria y Minas, del Ministerio de Industria y Comercio; Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Academia de Medicina, Escuela Especial de Ingenieros Industriales, Instituto Nacional de Previsión, Consejo Superior de Colegios Médicos, un representante de las entidades colaboradoras que practican el Seguro de Accidentes del Trabajo y otro de las incluidas en el Seguro de Enfermedad.

Asimismo forman en dicho Patronato el Director del Instituto y dos miembros del Claustro designados por el mismo, uno de los cuales desempeñará el cargo de Secretario del Patronato.

Art. 10. El Presidente del Patronato podrá libremente designar Comisiones o ponencias para el estudio de los problemas específicos, siendo sus informes llevados al Pleno para su aprobación.

Art. 11. Corresponde al Patronato la alta tutela, orientación, promoción y estímulo sobre la labor a realizar por el Instituto, y desarrollará los cometidos siguientes:

- 1.º Examinar el presupuesto anual para sostenimiento y desarrollo del Instituto y las cuentas justificativas que al final de cada ejercicio económico presente el Director. Tanto aquél como éstas, debidamente informadas, serán elevados al Pleno para su conocimiento e informe antes de ser elevadas al Ministerio para su aprobación,

2.º Decidir sobre la adquisición de bienes por título oneroso o lucrativo, aceptación de subvenciones o donaciones; cuidar de la debida administración de cuantos bienes constituyen el patrimonio del propio Instituto y de las inversiones que hayan de darse a los mismos.

3.º Aprobar todo gasto superior a 50.000 pesetas o conocer de los inferiores a dicha cantidad realizados desde la sesión anterior.

4.º Conocer en todo momento la marcha de las actividades de los diferentes servicios del Instituto, así como su desarrollo y rendimiento.

5.º Intervenir en aquellas cuestiones de régimen interior o de personal que por su importancia el Director estime conveniente someter a su consideración.

6.º Aprobar las subvenciones o becas propuestas por el Director que faciliten la especialización en las materias objeto del Instituto o la realización de trabajos o estudios nuevos o de interés, así como la de premios y distinciones a aquellas Empresas, técnicos o trabajadores que se hayan distinguido en materia de prevención, de accidentes e higiene del trabajo.

7.º Conceder el carácter de «organismo» o «entidad colaboradora», señalando las condiciones en que haya de hacerse tal colaboración.

8.º Proponer al Ministro las normas que deben tenerse en cuenta para la organización de Congresos nacionales sobre las materias que constituyen la finalidad del Instituto, así como aprobar las propuestas de la Dirección para acudir a Congresos u organizaciones similares en el extranjero.

Art. 12. A tenor de lo dispuesto en el apartado primero del artículo anterior, al Pleno corresponde el estudio e informe de las cuentas y del proyecto de presupuesto del ejercicio siguiente y su elevación al Ministerio.

Art. 13. Al Presidente del Patronato corresponde su convocatoria, realizando las funciones inherentes a la presidencia y cuidando que cumplan su cometido en debida forma.

Art. 14. Al Secretario corresponde llevar los libros de actas, dar cumplimiento a los acuerdos adoptados, preparar los asuntos que han de ser tratados en sesión y, en general, cuantas misiones le encomiende el Presidente en relación con el cometido de aquéllos.

Art. 15. El Patronato se reunirá una vez al mes, y, con carácter excepcional, cuando sea convocado por el Presidente.

Las Comisiones o ponencias se reunirán de acuerdo con las normas dictadas por el Patronato.

Los acuerdos del Pleno serán adoptados por unanimidad o por mayoría de votos de los asistentes, siendo válidos cualquiera que sea el número de éstos.

CAPITULO III

Del Director.

Art. 16. El Director del Instituto ostentará la representación del mismo en todos los actos y relaciones, tanto oficiales como privados.

Art. 17. Corresponde al Director del Instituto:

1.º Cuidar de que éste cumpla su misión, asumiendo la dirección de todos los servicios técnicos y administrativos, la alta inspección de los trabajos que se realicen y la vigilancia del régimen interior.

2.º Determinar los trabajos, estudios e investigaciones que haya de realizar el Instituto y ordenar la práctica de aquellos que sean dispuestos expresamente por la superioridad, sin perjuicio de la intervención señalada al Patronato según el apartado cuarto del artículo 11.

3.º Proponer al Ministerio resoluciones referentes a la organización y desarrollo del Instituto, con miras al cumplimiento de la función encomendada, así como su intervención en aquellos asuntos que, por su importancia, lo crea conveniente.

4.º Disponer la distribución del personal del Instituto entre las diferentes Secciones, de acuerdo con su especialidad y conforme a las necesidades del servicio.

5.º Ordenar la práctica de visitas, viajes o servicios especiales del personal del Instituto.

6.º Proponer al Ministerio, previo informe del Patronato, el nombramiento de los Jefes de Servicios y Administrador y designar los Auxiliares técnicos y el personal subalterno.

7.º Resolver sobre aquellos asuntos del personal, tales como permisos, correcciones, etc.

8.º Autorizar con su visto bueno los documentos o certificados referentes a los trabajos y ensayos que se realicen en el Instituto y que, por su importancia, estime así hacerlo, sin perjuicio de que pueda emitir su informe personal, siempre que lo juzgue oportuno o la superioridad lo demande.

9.º Autorizar con su firma los cobros y abrir una cuenta corriente en el Banco de España a nombre del Instituto, con su firma, la del Presidente del Patronato, la del Administrador y la del Interventor delegado.

10. Autorizar todo gasto que no exceda de 50.000 pesetas, en cuyo caso deberá proponer su aprobación al Patronato.

11. Proponer a éste, asimismo, la concesión del título de «entidad u organismo colaborador», así como la de subvenciones, becas, premios o distinciones a favor de las entidades o personas.

12. Convocar y presidir el Claustro del Instituto, realizando las funciones que lleva inherentes la presidencia del mismo.

13. Mantener relación directamente con los Centros y Servicios oficiales, así como con las Empresas, entidades de seguros de carácter sanitario oficial, etc., y con los Centros similares extranjeros.

14. Designar a aquellas personas especializadas que hayan de desempeñar el cometido de «asesores o colaboradores» del Instituto, señalando en cada caso la remuneración que procede.

15. Determinar la forma y alcance de las relaciones e intercambios de elementos técnicos y publicaciones que con las Instituciones similares del extranjero pueda mantener el Instituto.

16. Cuando las necesidades del Instituto lo aconsejen, el Director elevará propuesta al Patronato para el nombramiento de Subdirector, asumiendo éste las funciones que se le deleguen.

17. Dar cuenta al Ministerio de Trabajo y al Patronato, mediante la redacción de una Memoria, de la labor anual del Instituto, y en cualquier momento que uno y otro lo soliciten, del estado de un trabajo determinado.

CAPITULO IV

De las Secciones.

Art. 18. El Instituto constará, para el desarrollo de la labor técnica, de las siguientes Secciones:

Sección I.—Higiene y Fisiología del Trabajo.

Sección II.—Patología del Trabajo.

Sección III.—Asistencia traumatológica, Recuperación funcional y Ortopedia.

Sección IV.—Prevención técnica en el trabajo.

Sección V.—Ordenación psicofisiológica del trabajo.

Sección VI.—Sanidad de los seguros sociales.

Art. 19. El personal técnico que deberá estar adscrito a las expresadas Secciones y la misión que a las mismas incumbe serán los siguientes:

SECCIÓN I

Higiene y Fisiología del Trabajo.

Jefe: un Médico.

Técnicos: dos Médicos.

Funciones.—Estudio de los ambientes de trabajo, luz, ventilación, temperatura, humedad, impurezas del ambiente y su influencia sobre el organismo del trabajador.

Estudio de las industrias y trabajos insalubres.

Higiene personal del trabajador.

Alimentación, habitación y vestidos.

Estudio psicofisiológico del trabajador.

Ficha normal y antropológica.

Investigación, información y estadística.

SECCIÓN II

Patología del Trabajo.

Jefe: un Médico.

Técnicos: dos Médicos.

Funciones.—Estudio clínico de las enfermedades profesionales y del trabajo.

Tratamiento de las mismas.

Reconocimientos previos y periódicos del trabajador.

Incapacidad y clasificación de la invalidez en las enfermedades profesionales y del trabajo.

Medicina legal de las mismas.

Investigación experimental.

SECCIÓN III

Asistencia traumatológica, Recuperación funcional y Ortopedia.

Jefe: un Médico.

Técnicos: dos Médicos.

Funciones.—Estudio de los accidentes del tra-

bajo y de sus tratamientos. Organización asistencial.

Ortopedia, prótesis, recuperación funcional y reeducación.

Investigación experimental.

SECCIÓN IV

Prevención técnica en el trabajo.

Jefe: un Ingeniero industrial.

Técnicos: dos Ingenieros industriales.

Funciones.—Estudios del mecanismo, la técnica industrial y los métodos y forma del trabajo como causa de peligro para el trabajador.

Estudios y ensayos sobre las medidas y medios tecnológicos de prevención de accidentes y enfermedades profesionales.

Investigación sobre gases, polvos, humos y, en general, productos peligrosos empleados o producidos en las operaciones y procesos industriales y agrícolas.

Instalaciones de acondicionamiento de los ambientes de trabajo.

Investigación experimental.

SECCIÓN V

Ordenación psicofisiológica del trabajo.

Jefe: un Ingeniero.

Técnicos: un Médico y un Ingeniero.

Funciones.—Psicología preventiva de los accidentes del trabajo.

Orientación, selección y formación profesional en su relación con la peligrosidad en el trabajo.

SECCIÓN VI

Sanidad de los seguros sociales.

Jefe: un Médico.

Técnicos: dos Médicos.

Funciones.—Problemas inherentes al Seguro de Enfermedad y Maternidad.

Plan general de instalaciones y modificaciones parciales que pueda sufrir este plan.

Normas generales para el nombramiento de personal sanitario dependiente de estos seguros.

Estudio de los honorarios en este personal y de las reclamaciones presentadas.

Secretaría técnica.—Para la mejor coordinación de las Secciones de Seguridad del Trabajo (IV y V), se creará una Secretaría técnica, dependiente jerárquicamente del Director, y cuyas funciones le serán expresamente delegadas.

Art. 20. Corresponde a los Jefes de Secciones:

1.º Organizar y dirigir los servicios y trabajos de la Sección.

2.º Cuidar de la disciplina y buen orden de la misma.

3.º Proponer al Director la realización de trabajos, estudios, visitas e inspecciones dentro de lo que constituye la competencia de la Sección.

4.º Proponer al Director las resoluciones que estimen procedentes sobre los asuntos de su competencia.

5.º Dar cuenta al Director de la marcha de los trabajos sometidos a su consideración.

6.º Proponer a la Dirección la formación de expedientes gubernativos a sus subordinados, reprendiendo por sí mismo las faltas leves en que aquéllos incurran.

7.º Redactar anualmente una Memoria sobre la labor desarrollada y resultados obtenidos, y trimestralmente dar cuenta a la Dirección, por escrito, de los trabajos realizados o en curso.

8.º Formar parte del Claustro.

CAPITULO V

De los Servicios generales.

Art. 21. Tienen como misión el cumplimiento de las funciones de carácter general dentro del Instituto y aquellas otras encomendadas por la Dirección.

Art. 22. En el Instituto existirán los siguientes Servicios generales:

- a) Propaganda.
- b) Biblioteca y Archivo.
- c) Estadística.
- d) Laboratorios.
- e) Secretaría General.
- f) Asesoría Jurídica.

A) Propaganda.

Jefe: un Periodista.

Un Ayudante técnico en cinematografía y fotografía.

Funciones.—Prensa, radio, cine, fotografía, dibujos, carteles, publicaciones y distribución.

Organización de actos en los centros mineros e industriales.

B) Propaganda y Archivo.

Jefe: un Médico.

Uno o dos Ayudantes, técnicos en Biblioteca y Archivo.

Funciones.—Formación de una biblioteca específica.

Elaboración de un archivo bibliográfico sobre temas de su competencia.

Confección de archivos auxiliares que favorezcan la labor de las Secciones.

Archivo catalográfico de las publicaciones españolas.

Archivo de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

C) Estadística.

Jefe: un Técnico especializado.

Ayudante: un Técnico especializado.

Funciones.—Encuestas y estadísticas encargadas por la Dirección a las distintas Secciones en materia de su especial competencia: accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, demografía laboral, mortalidad y morbilidad en los núcleos de población obrera, etc.

Realizará asimismo la recogida de datos que le

sean interesados por las Secciones, con todas las cuales mantendrá un íntimo contacto.

D) Laboratorios.

Estarán destinados a las Secciones I, II, III y IV.

Además del personal de estas Secciones, tendrán un Químico y un Anatomopatólogo.

Funciones.—Cuanto análisis e investigaciones precise el Instituto para el desempeño de las funciones encomendadas.

E) Secretaría General.

Jefe.

Funciones.—1.ª Información y trámite en la dirección de toda clase de gestiones de orden interior del Instituto. Correlación entre los diversos Servicios y Secciones.

2.ª Tramitación al exterior de cuantas órdenes, servicios y comisiones disponga la Dirección.

3.ª Correspondencia general, registro de entrada y salida.

4.ª Archivo general de documentos y correspondencia.

5.ª Jefatura de personal.

6.ª Informes de adquisición, conservación, reparto y disposición de toda clase de material.

F) Asesoría Jurídica.

Jefe.

Funciones.—Se encargará de las funciones específicas de tal servicio.

Art. 23. Corresponde a los Jefes de Servicios:

1.º Organizar y dirigir los trabajos que le sean específicos.

2.º Cuidar de la disciplina y buen orden en su servicio.

3.º Proponer al Director las resoluciones que estimen procedentes sobre los asuntos de su competencia.

4.º Dar cuenta al Director de la marcha de los trabajos sometidos a su consideración.

5.º Proponer a la Dirección la formación de expedientes gubernativos a sus subordinados, reprendiendo por sí mismo las faltas leves en que aquéllos incurran.

6.º Redactar anualmente una Memoria sobre la labor desarrollada y resultados obtenidos, y trimestralmente dar cuenta a la Dirección, por escrito, de los trabajos realizados o en curso.

7.º Formar parte del Claustro.

CAPITULO VI

Del personal administrativo.

Art. 24. El personal administrativo del Instituto se compondrá de un Administrador, Oficiales y Auxiliares, cuyo número será designado por el Director, de acuerdo con las necesidades.

Todo aumento en esta plantilla se hará de acuerdo con el apartado 6.º del capítulo III.

CAPITULO VII

Del Claustro.

Art. 25. El Claustro del Instituto será presidido por el Director, y lo compondrán los Jefes de Sección, los de Servicios y los Asesores del Instituto. Un Jefe de Sección o de Servicio será designado Secretario en el Claustro.

Art. 26. Las funciones del Claustro:

1.^a Proponer el plan de trabajo que ha de desarrollar el Instituto.

2.^a Proponer la realización de nuevos estudios o la modificación de los que se encuentran en ejecución y los aumentos en el personal que juzgue necesarios.

3.^a Tratar de aquellas cuestiones que, en conjunto, afecten a más de una Sección o Servicio.

4.^a Coordinar la labor de todas las Secciones y Servicios a fin de imprimir un sentido de unidad a la labor del Instituto.

5.^a Estudiar el presupuesto anual para sostenimiento y desarrollo del Instituto para su elevación al Patronato.

6.^a Entender en las cuestiones de personal que le sean sometidas por la Dirección.

7.^a Entender en cualesquier otros puntos que expresamente le sean planteados por la Dirección del Instituto.

8.^a Nombrar dos representantes para el Patronato.

Art. 27. El Claustro se reunirá, por lo menos, una vez al mes y siempre que estime oportuno convocarlo el Director, o cuando justificadamente lo solicite, al menos, la tercera parte de sus miembros.

En sus reuniones se examinará la labor de conjunto, se marcarán orientaciones y se coordinarán iniciativas, encauzándolas hacia una más eficaz acción del Instituto.

CAPITULO VIII

Régimen del personal.

Art. 28. El personal de plantilla en el Instituto queda encuadrado en uno de estos tres grupos:

a) Personal técnico.

b) Personal administrativo.

c) Personal subalterno.

Pertenecen al grupo a), personal técnico: el Director, los Jefes de Sección, los de Servicios generales y demás Técnicos que, con título profesional superior (Médico, Ingeniero, etc.), presten sus servicios en el Instituto, así como también todo otro personal que desempeñe funciones técnicas auxiliares.

Pertenecen al grupo b), personal administrativo: el Administrador del Instituto, el personal disperso de oficinas, Oficiales, Auxiliares, Taquígrafos, etc., etc.

Pertenecen al grupo c), personal subalterno: los ordenanzas, los serenos y demás personal que desempeñe funciones con este carácter.

Art. 29. Los nombramientos del personal del Instituto se efectuarán en la siguiente forma:

a) La vacante de Director será cubierta por

concurso libre entre Médicos e Ingenieros industriales.

b) Los Jefes de Sección se cubrirán indistintamente por concurso-oposición.

c) Los Jefes de Servicios generales y el Administrador serán nombrados por el Ministerio, a propuesta del Director y con informe del Patronato.

d) Los Técnicos, Ayudantes de Sección, se nombrarán mediante concurso.

Los nombramientos del apartado a) tienen carácter temporal, renovables cada tres años, a petición del Jefe de la Sección o Servicio y con informe favorable del Director. El Ministerio puede, en cualquier momento, disponer el cese de los Técnicos ayudantes, a propuesta del Jefe de la Sección, con informes de la Dirección y Patronato.

e) El personal administrativo, salvo el Administrador, serán nombrados por oposición.

f) Los Auxiliares técnicos (laborantes, enfermeras, etc.) y el personal subalterno será nombrado libremente por el Director.

g) Todo el personal técnico y administrativo, seleccionado en las formas expresadas, tendrá nombramiento hecho por el Ministerio de Trabajo.

Art. 30. El Tribunal del concurso para la plaza de Director estará presidido por el Presidente del Patronato, y tendrá cuatro Vocales, dos de ellos designados por el Ministerio, uno por el Consejo Superior de Colegios Médicos y otro por la Escuela de Ingenieros Industriales.

Art. 31. El resto de los Tribunales serán presididos por el Director, y se compondrán de dos Vocales, designados por el Patronato.

CAPITULO IX

El régimen económico.

Art. 32. El Instituto gozará de capacidad jurídica propia e independiente para la adquisición de bienes por título oneroso o lucrativo, quedando facultado el Patronato para administrar dichos bienes y para destinar sus productos a los fines específicos del organismo.

Art. 33. El patrimonio del Instituto se constituirá:

1.^o Con las aportaciones iniciales que para su instalación señala el artículo 7.^o del Decreto de creación o, en su defecto, con los edificios, terrenos e instalaciones adquiridos mediante dichas aportaciones.

2.^o Con los edificios, terrenos e instalaciones que sucesivamente se vayan adquiriendo.

3.^o Con los donativos, legados y subvenciones concedidas.

4.^o Con los ingresos que obtengan como consecuencia de los trabajos, investigaciones y ensayos realizados.

5.^o Con los ingresos que obtenga de la venta de publicaciones editadas por el Instituto o mediante la propaganda que en sus diferentes formas lleve éste a efecto.

6.^o Y, en general, con cuantos recursos se ob-

tengan como consecuencia de la aplicación de este Reglamento y del desarrollo exterior de los fines del Instituto.

Art. 34. El Administrador del Instituto, como encargado de la administración de todos los bienes y recursos de éste, cualquiera que sea su procedencia, dependerá directamente del Director, correspondiéndole:

1.º Prestar asesoramiento con motivo de la confección de los presupuestos del organismo.

2.º Informar al Director en lo relativo a la constitución del patrimonio del Instituto, y singularmente respecto a inversiones, adquisiciones y realización de bienes, otorgamiento de contratos y otras operaciones similares.

3.º Llevar cuenta a cada partida del presupuesto, con el fin de conocer en todo momento la situación de los créditos, dando conocimiento de ello al Director.

4.º Informar al Director si los gastos que hayan de contratarse cuentan con crédito suficiente para su correspondiente abono.

5.º Efectuar los pagos ordenados por el Director, siempre que se encuentren debidamente justificados o intervenidos por la Intervención delegada del Ministerio de Hacienda.

6.º Ejercer las funciones de Habilitado de personal.

7.º Custodiar los fondos que estén en Caja.

8.º Dirigir la contabilidad de los fondos patrimoniales.

9.º Proponer al Director y, en caso de no ser atendido por éste, directamente al Patronato, las medidas que en cada caso aconseje la situación financiera del Instituto.

10. Informar mensualmente a la Dirección sobre la gestión presupuestaria y la marcha económica del Instituto y redactar y elevar a la misma una Memoria anual sobre la gestión y el desenvolvimiento del organismo.

Art. 35. A la Intervención delegada en el Instituto, que será ejercida por el Interventor delegado del Ministerio de Trabajo, corresponderá desempeñar las funciones que para tal cargo señalan las disposiciones legales correspondientes.

Disposición transitoria.

El personal administrativo que en la actualidad presta sus servicios en el Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo queda confirmado en propiedad en sus cargos desde la publicación de este Reglamento.

(B. O. del E. de 1-XI-1946.)

DIRECCIÓN GENERAL DE MARRUECOS Y COLONIAS.
Anunciando concurso para la provisión de la vacante de Médico civil del Hospital Cívico-Militar de Sidi Ifni.

Vacante en el Hospital Cívico-Militar de Sidi Ifni (territorio de soberanía de Ifni, Africa Occidental española) la plaza de Médico civil, dotada

en el vigente presupuesto con el sueldo anual de 9.500 pesetas y otras 14.980 pesetas de gratificaciones, también anuales, más los quinquenios que puedan corresponder al designado, se anuncia su provisión por concurso de méritos, con arreglo a las siguientes condiciones generales:

Primera. Podrán tomar parte en este concurso los varones que estén en posesión del título de Licenciado o Doctor en Medicina, expedido por cualquiera de las Facultades de España.

Segunda. Será mérito preferente en la provi-



(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.013)

sión de esta vacante el acreditar la especialización en Cirugía, con una práctica mínima de dos años, o presentación del oportuno diploma, aumentándose en este caso la gratificación en 3.000 pesetas anuales, como premio a tal especialidad.

Tercera. La resolución de este concurso estará sujeta a las normas que establece la Ley de 25 de agosto de 1939 (*Boletín Oficial del Estado* de 1 de septiembre), sobre preferencia en la provisión de plazas en la Administración pública a Caballeros mutilados, ex combatientes, ex cautivos, etcétera. Los que se consideren con derecho a ser incluidos en alguno de dichos turnos preferentes lo harán destacar en su instancia.

Cuarta. Las solicitudes se remitirán o presentarán en la Dirección General de Marruecos y Colonias (Presidencia del Gobierno) dentro del plazo de quince días naturales, a partir de la publicación de este concurso en el *Boletín Oficial del Estado*. La documentación mínima a acompañar a las instancias será:

a) Título o copia del mismo o certificado de tener finalizados los estudios de la carrera de Licenciado o Doctor en Medicina. El designado queda obligado a exhibir el título original o certificado acreditativo de haber satisfecho los derechos del mismo para poder tomar posesión de su destino.

b) Los que se consideren con derecho al mérito preferente que establece la base segunda, el documento o documentos que acrediten esa preferencia.

c) Partida de nacimiento, siendo válida la extractada.

d) Certificado acreditativo de carecer de ante

cedentes penales. Certificados de buena conducta y adhesión al Movimiento, cuyos documentos deberán ser expedidos por los organismos competentes.

e) Certificado médico de poseer la necesaria aptitud física para el desempeño del cargo. Certificado, expedido precisamente por el Servicio local Antituberculoso, acreditativo de que el interesado no padece lesión de este tipo.

f) Los que aleguen en su instancia considerarse comprendidos en los beneficios fijados en la base tercera de esta convocatoria, el documento o documentos que acrediten este derecho.

g) Cuantos documentos o certificados estimen oportuno acompañar en justificación de los méritos y servicios que aleguen.

Quinta. El hecho de acudir al concurso representa la obligación, en su caso, de desempeñar el cargo durante un plazo no interrumpido de dos años. Finalizado éste, el funcionario tendrá derecho al disfrute de licencia colonial reglamentaria de cuatro meses, con percibo íntegro de todos sus emolumentos y asignaciones. Los viajes de incorporación y regreso del funcionario y familia serán de cuenta del Estado, con arreglo a las normas que establecen las Ordenes de 10 de julio de 1930 y 22 de enero de 1946.

Madrid, 26 de octubre de 1946.—El Director general, *José Díaz de Villegas*.

Aviso.—Los aspirantes a esta misma vacante anunciada en el *Boletín Oficial del Estado* de 25 de mayo último que deseen concursar nuevamente, y cuyas documentaciones fueron remitidas en su fecha, sólo precisarán, para ser incluidos en este nuevo concurso, que remitan nueva instancia solicitándolo, siéndoles válida la documentación presentada anteriormente.

Madrid, 26 de octubre de 1946.—El Director general, *José Díaz de Villegas*.

(B. O. del E. de 1-XI-1946.)

DIRECCIÓN GENERAL DE JUSTICIA.—Anunciando a concurso de traslación entre Médicos forenses de término la Forensía del Juzgado de Instrucción de Algeciras.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 del Decreto de 17 de julio de 1933, modificado por el de 29 de agosto de 1935, y en la Orden complementaria de 20 de agosto de 1941, se anuncia a concurso de traslación entre Médicos forenses de categoría de término la Forensía del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Algeciras, vacante en 8 de octubre último por traslación de don Eduardo Roca.

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

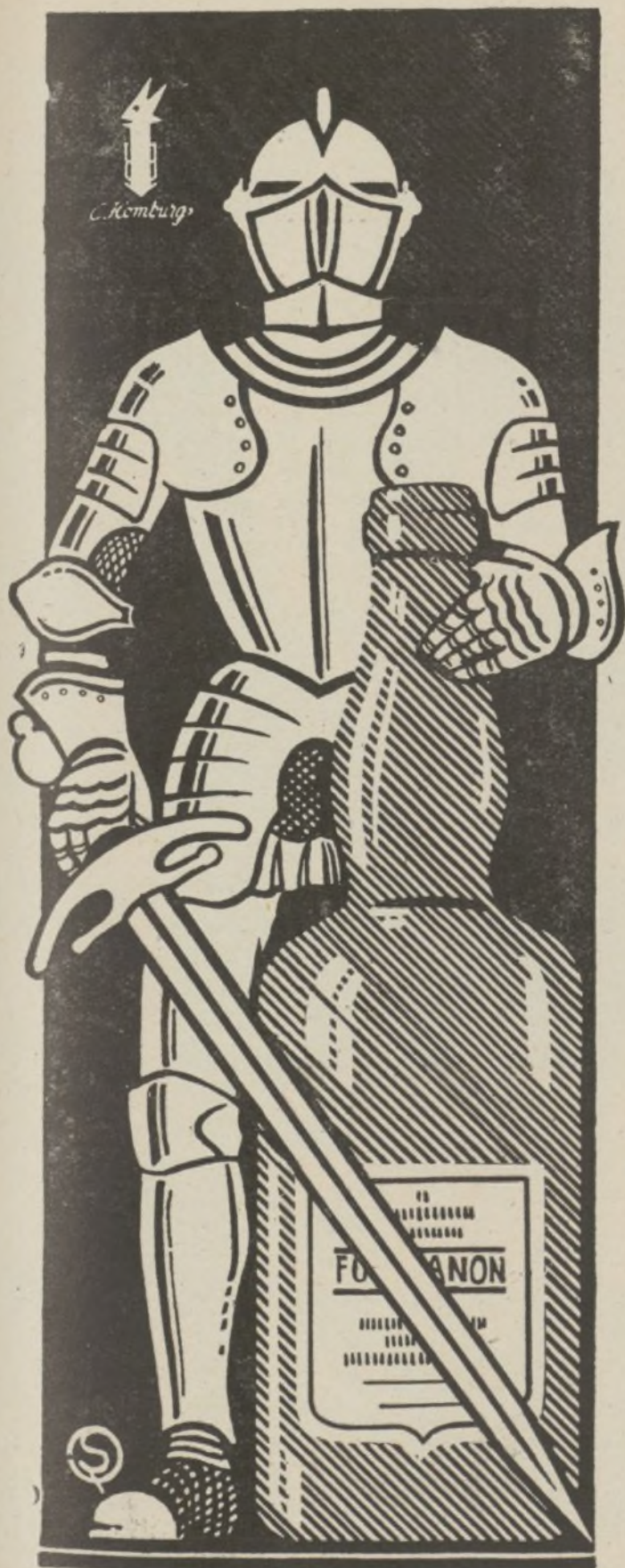
Los que se hallaren pendientes de depuración acompañarán a sus instancias declaración jurada de haber instado aquélla a su debido tiempo, sin cuyo requisito no se les dará curso, estándose a lo dispuesto en la regla sexta de la Orden de 20 de agosto de 1941.

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

Madrid, 24 de octubre de 1946.—P. el Director general, el Subdirector general, *Manuel Soler*.

(B. O. del E. de 2-XI-1946.)

Bolaños y Aguilar, S. L.—General Sanjurjo, 20



Fuerza

Fosvitanón
Hamburg
Temple
Resistencia

Depositarlo para España: GUSTAVO REDER, Zorrillo, 17, MADRID

(C. S. núm. 4.219)

AGUA DE BORINES

**La mejor agua
 de mesa**



Padilla, 12
MADRID



Insulinas

Zeltia

EXACTA TITULACIÓN, ESTABILIDAD

INSULINA ORDINARIA

(FRASCOS DE 100 Y 200 U.I.)

PROTAMINA - ZINC - INSULINA

(INSULINA RETARDADA)

(FRASCO DE 200 U.I.)

LABORATORIOS ESPAÑOLES "Zeltia" S.A.