

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 16 de noviembre de 1946

NÚMERO 4.726



HIPPOCRATES



GALENVS



AVICENA



RASIS



MESVE



PLATO



ARISTOTELES



THEOPHRASTVS



AVEROIS



DIOGENES



Neuralgias • Odontalgias • Estados piréticos dolorosos.
Insomnio debido al dolor • Dolores post-operatorios.
Dismenorrea.

Cibalgina

Analgésico • Sedante • Antipirético

Comprimidos • Líquido • Ampollas • Supositorios



CIBA Sociedad Anónima de Productos Químicos

TOS, BRONQUITIS, CATARROS

J A R A B E

HISPANOFEDRINA

EFEDRINA ESPAÑOLA



COMPOSICIÓN

EFEDRINA CLORHIDRATO • DIONINA • SULFO-
GUAYACOLATO POTÁSICO • ESCIPIENTE
AROMATIZADO DE SABOR AGRADABLE

INDICACIONES

TOS • DISNEA • BRONQUITIS • ENFISEMA
BRONQUITIS ASMÁTICA • TOS FERINA • ETC



TELÉFONO 55386

APARTADO 9030

CENSURA SANITARIA Nº 5427

MADRID

Fco NAVACERRADA 62

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE CIENCIAS MEDICAS

Con la colaboración científica médica nacional y divulgación de la extranjera y de especialidades.

Programa científico:

PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: COLABORACIONES: *Quimioterapia local de la úlcera serpigínosa*, por el Prof. Dr. Diego Díaz Domínguez. *Nuevos puntos de vista en la interpretación y tratamiento de la carditis reumática (II)*, por el Dr. F. González Suárez. DIVULGACIONES NACIONALES: *El aceite de soja*, por Javier Blanco Juste. *La crenoterapia y la senectud*, por el Dr. Domínguez Gil. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *El niño y la enfermedad*, por el Prof. Robert Debre. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

TRABAJO DE LA CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA

QUIMIOTERAPIA LOCAL DE LA ULCERA SERPIGINOSA

por el

Profesor Doctor DIEGO DIAZ DOMINGUEZ

Catedrático de Oftalmología.

Los resultados obtenidos con los tratamientos clásicos en la queratitis serpigínosa son realmente muy pobres. Si se coge al enfermo al principio de la afección se logran a veces buenos resultados, pero otras muchas, sobre todo si el caso no llega pronto a nuestras manos, todos nuestros esfuerzos fracasan ruidosamente.

La poca eficacia de los medios de que hasta hace poco disponíamos se me hizo patente al encargarme de la dirección de la Clínica de Oftalmología de esta Facultad y tener ocasión de atender en la consulta a un gran número de pacientes afectados de esta enfermedad, que consultaban en un período avanzado de la misma. En ninguno de estos casos avanzados conseguí detener la marcha de la afección, a pesar de los más diversos tratamientos.

Entre estos tratamientos no podía faltar el empleo de las sulfamidas por vía oral, que tan buenos resultados nos había dado en la terapéutica del tracoma. Sin embargo, pese a las opiniones favorables de diversos autores, en estos casos tan avanzados no obtuvimos el menor éxito.

Los favorables resultados publicados por ROGGENKAEMPER con el prontosil soluble en inyección subconjuntival, nos hicieron acudir a este procedimiento, con el que si bien obtuvimos algún éxito aislado, nuestra estadística no mejoró apreciablemente.

Después de las comunicaciones de MATA sobre el tratamiento local por sulfopiridinas, y de JANKE sobre el empleo local del cibazol, acudimos al uso de una pomada de sulfatiazol al 10 por 100, sin que nuestros resultados mejoraran ostensiblemente, en parte, quizá, debido a una concentración insuficiente, y, en parte también, a la gravedad de los casos en los que la empleamos, ya que MATA hace notar que en los enfermos con muchos días de infección mal tratada o aquellas úlceras extendidas con crecido hipopións son las únicas en que todavía no obra bien la terapéutica local sulfamídica, y precisamente estos casos, particularmente graves, son los que constituyen la mayoría de los que acuden a nuestra consulta hospitalaria.

Una impresión totalmente pesimista era la que nos dominaba a principios de 1944, cuando llegaron a nuestras manos los números de diciembre de 1943 y enero de 1944 de *The British Journal of Ophthalmology*. En el primero de los citados números apareció una comunicación del coronel DICKSON sobre «Primeros auxilios en los accidentes de trabajo oculares», y en el segundo un trabajo de ROBSON sobre «Úlceras corneales experimentales», comunicaciones ambas que despertaron vivamente nuestro interés.

En el trabajo de DICKSON se refieren los resultados obtenidos con la instilación profiláctica en to-

dos los casos de traumatismos oculares de una solución de albucid al 10 por 100. En el 96 por 100 de los casos en las minas de carbón de Escocia, los traumatizados pudieron volver al trabajo sin ninguna pérdida de tiempo, sin que ninguno de los casos así tratados evolucionase hacia una úlcera corneal. En la industria, sobre un total de 11.953 accidentes oculares, 98,87 por 100 de los casos así tratados pudieron volver al trabajo sin ninguna pérdida de tiempo, con lo que parece demostrado el valor de las instilaciones de albucid soluble como profiláctico de las queratitis.

ROBSON provoca en el conejo ulceraciones corneales mediante la inoculación de bacilo piociánico, neumococo, estafilococo dorado, estreptococo hemolítico y bacilo de Koch, estudiando al propio tiempo la acción de diversas terapéuticas sobre el desarrollo de estas úlceras. En los casos de inoculación por el piociánico, la aplicación de una solución de albucid al 30 por 100, una hora después de la inoculación, prevenía el desarrollo de la úlcera en más de la mitad de los casos así tratados; sin embargo, si el tratamiento se aplazaba hasta doce horas, su valor se reducía considerablemente, aunque todavía ejercía algún efecto. En las úlceras neumocócicas, los mejores resultados fueron alcanzados con penicilina, aunque también se vieran sorprendentes efectos con el albucid; los resultados con esta droga fueron señalados cuando el tratamiento se instituía una hora después de la inoculación, mientras que si se aplazaba hasta doce a veinticuatro horas después, la acción del albucid era muy ligera. La sulfopiridina, aunque parece ser de algún valor para prevenir la infección, por la alcalinidad de sus soluciones ($\text{pH} > 10$), no sólo produce un efecto irritante, sino interfiere con la lisozima de las lágrimas, que producen su óptimo efecto antibactericida a la misma reacción que el cuerpo.

En las ulceraciones provocadas por la inoculación del estafilococo dorado, la aplicación local de penicilina produjo sorprendentes resultados, obteniéndose también con el albucid buenos resultados, siendo de un efecto equivalente las soluciones al 10 y al 30 por 100. En cuanto a los sulfatiazoles, no obstante ser las sulfamidas más activas contra los estafilococos, se mostraron ineficaces, incluso aplicados en polvo, sobre las ulceraciones, debido, sin duda, a que los sulfatiazoles no penetran fácilmente en los tejidos, y una preparación soluble que se ensayó resultó ineficaz.

En las úlceras provocadas por la inoculación del estreptococo hemolítico, la penicilina, en solución concentrada, era eficaz si se instilaba una hora después de la inoculación, mientras que el albucid y la sulfanilamida sólo se mostraron eficaces si se establecía el tratamiento inmediatamente después de la inoculación.

Este trabajo, que explicaba los fracasos que

hasta entonces había tenido en el tratamiento local sulfamídico de mis pacientes con queratitis serpiginosa, me sugirió la idea de tratar en lo futuro mis enfermos afectados de este terrible padecimiento con instilaciones de albucid. El primer caso se presentó el 15 de febrero de 1944. Se trataba de una mujer de cuarenta y tres años de edad, quien un año antes había perdido la visión del ojo izquierdo como consecuencia de una extensa úlcera serpiginosa, que curó dejando un espeso leucoma casi total. Catorce días antes de consultar sufrió un espigazo del ojo derecho, único útil, que, al avanzar, a despecho del tratamiento instituido por el médico del pueblo, le obliga a consultar; al examen encontramos, aparte la inevitable dacriocistitis, una extensa ulceración corneal de casi un tercio de la córnea, fuertemente infiltrada y con un hipopión que ocupa la mitad, aproximadamente, de la cámara anterior. Se hospitaliza la enferma, y se comienzan seguidamente las instilaciones de albucid soluble al 30 por 100, es decir, tal como se encuentra en las ampollas que se utilizan para inyección intravenosa, instilándose dos o tres gotas cada hora, hasta el momento de dormir, en que se le aplica una pomada de noviformo con atropina, prescindiéndose deliberadamente de todo tratamiento de la dacriocistitis. Al día siguiente, la úlcera parece no haber avanzado, y el fondo se nota más limpio; a las cuarenta y ocho horas la úlcera está limpia, pero el hipopión no ha disminuido lo más mínimo. Se continúa con el mismo tratamiento; pero, a pesar de que la úlcera se ha limpiado desde los primeros días y que el proceso de cicatrización ha comenzado, quince días más tarde el hipopión está apenas algo disminuido con relación al día de su ingreso en el hospital; se le inyecta entonces proteína, y el hipopión aminora considerablemente; suprimo el albucid, continuando con una pomada de noviformo, y dos días más tarde de practicada una segunda inyección de proteína, que le hace desaparecer finalmente el hipopión, la enferma puede ser dada de alta a los veintiún días con una nebulosa semitransparente y una visión de 0,1.

Este caso, si bien no se puede decir que haya curado rápidamente, me impresionó ante el hecho de que tan pronto se comenzaron las instilaciones de albucid cesó la progresión de la úlcera, que se detegó con rapidez extraordinaria, contrastando con este hecho la nula influencia del medicamento sobre el hipopión.

Decidí ensayar, pues, este tratamiento en más amplia escala, y, a partir de esa fecha, ha sido el método de elección en todos los casos que han acudido a nuestra consulta, tanto hospitalaria como privada, los que hasta este momento forman un total de 42.

En todos estos casos mi conducta ha sido la

misma; he prescindido de tratar la afección lagrimal, pues por un lado me parece acertada la opinión de LEOZ, de que la extirpación del saco no aligera la curación, y, por otra, el vendaje impele las curas oculares cada hora, que considero necesarias; en ningún caso me parece que este proceder haya perjudicado al paciente; las instilaciones de albucid al 30 por 100 se han continuado cada hora, salvo el descanso necesario, y se ha acudido a la proteinoterapia cuando, limpia la úlcera, el hipopión permanezca estacionario.

En todos los casos así tratados, salvo en dos, los resultados han sido idénticos. La úlcera ha cesado de crecer desde el comienzo de las instilaciones de albucid, el fondo de la lesión y los bordes se han limpiado rápidamente, y la cicatriz resultante ha sido sumamente tenue, permitiendo apreciar el iris a través de la misma; pero también en todos los casos el hipopión, al menos que fuese mínimo, no ha sido influido en absoluto por las instilaciones de albucid, por lo que cuando la infiltración corneal ha desaparecido, espaciamos las instilaciones y empleamos la proteinoterapia, que, así utilizada, se ha mostrado muy eficaz.

La nula acción sobre el hipopión explica el ju-

cio desventajoso que le merece esta terapéutica a TREVOR-ROPER (*British Journal of Ophthalmology*, abril de 1944), quien se sirve de la rapidez en que desaparece el hipopión como test de curación. Este es el único trabajo que conocemos sobre el empleo del albucid al 30 por 100 localmente como tratamiento de la queratitis serpiginosa, aunque en el mismo número se alude en una observación de SAVIN a una conferencia de RIDLEY sobre las lágrimas, a los buenos resultados obtenidos por LUMLEY en dicha enfermedad con este mismo método.

En los dos casos en que fracasó este procedimiento, muy avanzados ambos, y en individuos depauperados, se produjo la perforación, dejando un espeso leucoma adherente como secuela.

Los favorables resultados obtenidos, muy superiores a los conseguidos con todos los otros métodos hasta ahora preconizados, y que no creo puedan ser mejorados sino tal vez por el uso local de la penicilina, me hacen recomendar vivamente a todos mis colegas, que, sin duda, obtendrán resultados tan excelentes como los míos.

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

Pub. Méd. «Gorsia»

C. S. 284

Tiroidina

de acción regularizada

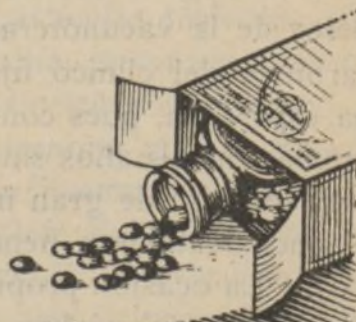
¿Por qué regularizada?

Porque está en alto grado desintoxicada por la acción de la Ergocolina, excelente remedio de los trastornos tireotóxicos y de los del Basedow. La amortiguación de los efectos secundarios de la tiroidina permite aplicar con el APONDON dosis relativamente altas (corresp. a 0,5 mgrs. de yodo por gragea), conservando el preparado una amplitud terapéutica superior a la de los preparados de tiroidina corrientes.



Apondon

Envases originales:
Frascos de 25 y 50 grageas.



SALIA, S. A. - Prod. Químico-Farmacéuticos, San Sebastián

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

Treinta y cuatro casos más, clínicamente curados

por el

Doctor GONZALEZ SUAREZ

(CONTINUACIÓN)

II

De cuantas cuestiones parciales integran un problema clínico cualquiera, ninguna iguala en importancia a la cuestión terapéutica. Puede decirse que todos se enderezan a resolver ésta, la más difícil y apremiante, la que es cifra y resumen del arte de curar, meta suprema de toda la investigación médica.

Mientras el estudio somático de las enfermedades y los medios auxiliares del diagnóstico alcanzan un alto índice de progreso, la terapéutica, por desgracia, marcha rezagada de tal modo que, para infinidad de entidades nosológicas, bien conocidas, contamos con escasísimos remedios verdaderamente eficaces. Los medicamentos no se acaban nunca; se multiplican como los hongos en primavera, al calor febril de la producción industrial que, en alas de la propaganda, atosiga y aturde con la balumba de panaceas para todo, ofrecidas diariamente a nuestra curiosidad. Mucha paja de relleno, escasos granos fructíferos, pocos remedios verdaderamente útiles.

Donde parece que se avanza más es en la profilaxis, en la terapéutica preventiva y en su aplicación precoz. De este orden es el método que ofrecemos al ensayo y crítica de nuestros compañeros, después de la comprobación de su eficacia por nosotros durante diecisiete años de experiencia en cuarenta y cinco casos personales que figuran en nuestro libro *La carditis reumática*, y en los treinta y cuatro que exponemos seguidamente. Es la vacunoterapia, previa la extirpación de los focos sépticos, la única medicación fundamental empleada en todos ellos. Tal cual vez tratamiento anti-anémico, vitaminas, digital y estrofantó (y esto solamente a los incursos o propensos al estado de hiposistolia).

Es de capital importancia señalar el límite de la eficacia de las vacunas, que no va más allá del estado de hiposistolia. Perdida la potencia de reserva, dilatado el corazón, poco o nada se puede esperar de la vacunoterapia. Sin embargo, queda al arbitrio del clínico fijar el momento de la última esperanza, pues contamos con tres casos que permanecen seis años sin recidivas después de más de un episodio de gran insuficiencia cardíaca (edema, encharcamiento hepático, gran disnea en reposo)... La ocasión propicia es reciente. Y que, en último extremo, si hay algo acertado en cuanto

expuesto queda, nada valdrá si no lo comprueban los demás. Por fortuna, la vacunoterapia tiene ya una base comprobatoria suficientemente sólida, y son muchos los que han iniciado nuestro camino. Pero aún quedan muchos más «perpetuamente distraídos». Con mi insistencia trato de persuadirles, aunque no consiga convencerles, de que los enfermos reclaman, con razón, algo más útil que lo que se les viene haciendo.

V. R., veintitrés años.

A los doce, poliartritis aguda curada espontáneamente. *Insuficiencia mitral*. En intervalos, molestias de garganta. Recae casi todos los inviernos. En 1941, mediana tolerancia al esfuerzo; soplo sistólico mitral compensado. Velocidad, 13-27. Hematíes, 4.200.000. Leucocitos, 7.000. Silueta radiográfica de hipertrofia moderada del ventrículo derecho. Aborto de siete meses. Amígdalas con depresiones ovaladas; mayor la izquierda. Mal-estar general.

Extirpación (doctor ACIEGO). Autovacuna estrepto, viridans y hemolítico (doctor ARJONA). Concentración Hopkins-Thomas al 1/10, 1/5 y 1/2. Después vacuna standard con iguales gérmenes de otros cardíacos.

A los seis años de observación, meses después, muy mejorada. Suavizado el soplo. ¿Reducido el corazón? Buen ritmo. Buena tolerancia al esfuerzo. Ningún episodio agudo. Gestación y parto, normales. Reacción dérmica inicial viva, que se apacigua gradualmente. Inactividad de la lesión

D. L., veintiséis años.

Un hermano muerto joven de poliartritis e insuficiencia mitral. Repetidas amigdalitis. En los intervalos, molestias dolorosas de garganta. Accesos de disnea en los inviernos con flojera muscular. *No dolores articulares. Lesión mitral*.

En 1941: Mediana tolerancia al esfuerzo; 82 pulsaciones, 20 respiraciones; después de esfuerzo, 114-28. Velocidad, 23-38. *Ritmo de estrechez mitral* no compensada. Hipertrofia a costa del diámetro transversal. Hepatomegalia congestiva. Amígdalas con criptas; raigón. Extirpación (doctor TAPIA). Preparación autovacuna (doctor ARJONA); estrepto hemolítico y viridans.

A los seis años de observación, gran mejoría inmediata. El primero y el segundo años, algún acceso de disnea (días de niebla y fríos); alguna dosis de digital. Progresiva mejoría. Hígado, normal. Latencia clínica. Buena tolerancia al esfuer-

(1) Véase el número anterior.

zo moderado. Velocidad, 9-15. Anergia positiva a la vacuna. Inactividad de la lesión.

A. T., doce años. Madre y tía reumáticas. Hasta los nueve años, dos veces amigdalitis. A los diez, poliartritis aguda y anginas. *Insuficiencia mitral*. A los once, pulmonía. Entre los nueve y los once años, dolores errantes en varias articulaciones.

En 1941: Anginas desde hace dos semanas, epis-taxis, artralgia moderada en rodilla y tobillos. Doble soplo aórtico y mitral. Gran palidez. Fiebre, 38,5-39,6°. Descompensado; gran hipertrofia y dilatación. Velocidad, 28-45. Hematíes, 3.000.000. Leucocitos, 12.000. Salicilato, sulfamidas, vitaminas, hierro. Pasado el período agudo, extirpación de amígdalas (ACIEGO). Aislamiento del germen (ARJONA), estrepto hemolítico (80 por 100), viridans (10 por 100) y catarralis (10 por 100). Auto-vacuna. Después, estreptopolivalente fabricada. Buena tolerancia.

A los seis años: A los tres meses de iniciado el tratamiento, episodio agudo, doloroso y febril, garganta y columna vertebral (veinte días). A partir del primer año progresa firme la mejoría; desde hace cuatro años, ningún episodio agudo. Buena tolerancia al ejercicio. Desarrollo orgánico, normal. Gran hipertrofia total cardíaca. Danza arterial. Eretismo emocional. Tensión, 17 y 0. Velocidad, 8-17. Hematíes, 3.900.000. Leucocitos, 6.000. Anergia positiva a la vacuna. Inesperado bienestar clínico.

J. A., veintiocho años. Su madre murió cardíaca. Flemón de muelas a los quince años. Frecuentemente, anginas y poliartritis aguda. *Insuficiencia mitral*. En los intervalos, y fijos en las articulaciones del pie derecho, dolores errantes.

En 1941: Gran depresión general. *Insuficiencia mitral*. Disnea de esfuerzo moderada. Hipertrofia en el sentido transversal. Amígdalas anfractuadas con criptas y depresiones ovaladas. Extirpación (ACIEGO). Autovacuna (RIVERA). Estreptococo y estafilococo.

A los seis años: Desaparición rápida de los dolores del pie y de la columna lumbar. Sin accidentes agudos. Compensación cardíaca. Ausencia de disnea de esfuerzo. Reacción dérmica, viva al principio; desaparece después. Sensación de curación clínica.

P. D. S., treinta años. Padre de un niño que murió en asistolia por insuficiencia mitral. Poliartritis aguda a los siete años. *Lesión mitral*. Anginas muy frecuentes siempre. Dolores errantes; a veces precordial.

En 1941: Gran postración. *Doble lesión mitral y aórtica*. Mala tolerancia al esfuerzo. Gran hipertrofia total. Tensión, 17-6. Pulso, 86; arritmia. Electro: predominio ventricular izquierdo (R S); astillamiento en R (indicio de bloqueo de arborización), segunda y cuarta R derivaciones. Extra-

sístole ventricular cuarta R. Complejo ventricular ancho. Dirección de ondas y tamaño, normales. Dificultad discreta de la conducción a ventrículos. Ausencia de signos del miocardio. Amígdalas pequeñas. *Radiación*. Vacuna estreptopolivalente.

A los seis años: La mejoría franca se inicia a los seis meses. «Hasta mentira me parece a mí mismo sentirme tan bien», afirma. Soplo diastólico se atenuó muchísimo. Desapareció la disnea de esfuerzo. Inactividad de la lesión. Velocidad normal. Recuperó la energía con sensación de sentirse bien. Pretende hacerse un seguro de vida.

F. S., tres años. Desde los trece meses, anginas y otitis supurada. *Insuficiencia mitral* a los dos años. Amigdalitis y poliartritis aguda (duración, dos meses). Amigdalectomía; remite la otitis. A los tres años se reproduce la otitis; edemas, anuria pasajera.

En 1941: insuficiencia mitral compensada. Electro, normal. Velocidad de sedimentación acentuada. Vacuna estreptopolivalente (estreptoyatren). *Pasados seis años*, sin soplo, sin recidivas, en pleno y normal desarrollo orgánico.

A. C., veinte años. Desde niño, frecuentes y agudas amigdalitis y poliartritis (cuello, hombros, manos, etc.), que duran tres meses. A los trece, *lesión mitroaórtica*. Espustos sanguinolentos una vez. Amigdalectomía. Después de la operación, dos episodios de poliartritis aguda.

En 1941, mediana tolerancia al ejercicio físico. Doble soplo aórtico y mitral. Danza arterial intensa. Silueta radiográfica, gran hipertrofia total y dilatación aórtica. Velocidad, 17-36. Hematíes, 3.000.000. Leucocitos, 6.000 (48 linfocitos); muchos cuerpos de Grumphecht. Estreptoyatren Vacuna estreptopolivalente.

A los seis años: Después de cierto tiempo de vacunoterapia, el paciente la abandona, por creerse curado, y el 20 de octubre de 1945 estalla un violento episodio agudo; proceloso estado del corazón; disnea en reposo; poliartritis, cefalea; 38 y 39°. Dura dos meses. Pasado el período agudo, se renueva la vacunación. Vacuna estreptopolivalente procedente de amígdalas de cardíacos. Se irradia la faringe. Continúa el tratamiento. Compensado. Latencia clínica (octubre de 1946).

M. L., veinte años. Antes de los catorce, catarrros nasofaríngeos. Sarampión. Poliartritis (rodillas, manos...) durante tres meses. En esa fecha, *insuficiencia mitral*. Extirpación de adenoides. A los quince, nuevo episodio articular violento, cefalea, sudoración. A los dieciocho, tercer episodio articular de amigdalitis, que repiten a los veinte.

En 1941: Mediana tolerancia al esfuerzo. Soplo intenso mitral. Silueta de hipertrofia cardíaca transversal. Dolores residuales. Pulso, 86 en reposo; 120 después del esfuerzo. Prueba de Lian, negativa. Presión, 12,5-6. Después de esfuerzo, 13-5. Velocidad, 19-28. Hematíes, 4.000.000. Leucocitos,

11.000. Amígdalas, anfractuosas, pequeñas. Extirpación. Estafilococo y pseudodiftérico (RIVERA). Autovacuna. Viva reacción alérgica al principio. Vacuna polivalente fabricada.

A los seis años: Dos episodios leves de poliartritis, ligera participación cardíaca. Mejoría progresiva. Desde hace cuatro años, latencia clínica. Compensado el corazón. Buena tolerancia al ejercicio. Anergia a la vacuna. Velocidad y recuento, normales.

M. M., veintidós años. Constitución, normal. Entre los cinco y los quince años, anginas rara vez; molestias de garganta y ligeros dolores en muñecas y piernas con más frecuencia. A los veinte, disnea y palpitaciones al acostarse. *Estrechez mitral*. Bronquitis frecuente en los inviernos.

En 1941: Estado de preocupación. Mediana tolerancia al esfuerzo. Ritmo vivo de estrechez mitral. Extrasístole. Hipertrofia del ventrículo derecho y aurícula izquierda. Velocidad, 15-36. Hematíes, 3.900.000. Leucocitos, 8.000. Amígdalas casi invisibles. Prueba de Vigo-Schmidt, negativa. Electrocardiograma, ritmo sinusal de 70. Ligera arritmia respiratoria. Predominio del ventrículo derecho sin lesiones del miocardio. Vacuna estreptopolivalente.

A los seis años de observación: Ningún episodio agudo. Buena tolerancia al esfuerzo. Menor intensidad del ruido presistólico. Reducción de los diámetros. Velocidad y sangre, normales. En reposo, 90 pulsaciones; algún extrasístole; 18 respiraciones. Después de 20 flexiones: tensión, 6-12 1/2. Tensión normal, 6-12. Después de 20 flexiones: respiración, 19; pulso, 95. Prueba de Lian, normal. Reacción a la vacuna, viva al principio; posteriormente desaparece. Anergia, positiva. Magnífico bienestar.

C. R. de A., veintitrés años. Constitución, normal. Amigdalitis desde la infancia, y poliartritis, ni muy frecuentes ni intensas. A los dieciséis, *insuficiencia mitral*. Extirpación de amígdalas, incompleta.

En 1941: Estado de latencia clínica. Soplo rudo sistólico. Mediana tolerancia al esfuerzo. Velocidad ligeramente aumentada: 12-20. Hace tres meses, amigdalitis (restos de amígdalas). Extirpación (TAPIA). Autovacuna, estreptohemolítico y pseudodiftérico (CIANCAS). Tandas repetidas de veinte inyecciones, seguidas de un mes de descanso. Vacuna estreptopolivalente fabricada.

A los seis años: Ausencia de episodios agudos. Compensación y latencia absolutas. *Desaparición del soplo*. Anergia positiva a la vacuna. Curación clínica.

F. G., treinta y dos años. Constitución normal. Anginas frecuentes desde la infancia. *Insuficiencia mitral* a los diez años. Poliartritis aguda moderada.

En 1941: Mediana tolerancia al esfuerzo físico. Amígdalas con criptas. Electrocardiograma nor-

mal. Pulso normal de ritmo, frecuencia y presión. Soplo mitral. Hipertrofia cardíaca moderada. Vacuna estreptopolivalente. Viva reacción dérmica al principio.

A los seis años de observación: En el transcurso de este tiempo, alguna vez dolor precordial angustioso y palpitación. Ausencia de episodios articulares y de amígdalas. Buena tolerancia al esfuerzo. Resta: dolor angustioso precordial al realizar el coito. Anergia positiva a la vacuna. Sin actividad clínica, dedicado a sus ocupaciones.

M. M., treinta años. Anginas frecuentes; poliartritis agudo a los veintiocho años. *Insuficiencia mitral*.

En 1941, compensado. Extirpación de amígdalas. Autovacuna viridans y estafilococo (BILBAO). Viva reacción dérmica, febrícula (2 décimas a la concentración 1/1.000). Tandas de quince inyecciones, seguidas de un mes de descanso.

A los seis años: Absoluta latencia. Buena tolerancia al esfuerzo. No hubo episodios agudos. Anergia positiva a la vacuna.

M. C. y L., veintitrés años. Constitución asténica. Desde los quince años, *lesión mitral*. Antes y después, episodios agudos, variables en intensidad y frecuencia.

En 1941: Buena tolerancia al ejercicio muscular. Moderada hipertrofia de la aurícula izquierda y ventrículo derecho. Extirpación de amígdalas. Pulso rítmico, 88. Presión arterial, 11-6. Velocidad de sedimentación, 20-38. Hematíes, 4.200.000. Leucocitos, 8.000. Sensación de *no sentirse bien*. Vacuna estreptopolivalente. Tandas de veinte inyecciones con un mes de descanso entre ellas.

Durante *seis* años, ningún episodio agudo. Completa sensación de bienestar. Corazón y sangre normales. Reacción a la vacuna, fuerte al principio, se atenúa después. Anergia positiva.

M. M., veintinueve años. Constitución normal. A los diecinueve años, poliartritis aguda, que, atenuada, se prolongó un invierno. Frecuentes bronquitis. A los veintiuno, otro episodio, que se repite a los veinticuatro y a los veintiocho; esta última poliartritis con febrícula. Amigdalitis.

En febrero de 1941: Malestar y debilidad; ritmo completo de *estenosis mitral*. Arritmia. Edema maleolar. Mediana tolerancia al ejercicio muscular. Hipertrofia cardíaca. Velocidad, 22-40. Hematíes, 3.900.000. Leucocitos, 8.900. Boca con caries y raigones; se extraen. Amígdalas pequeñas; se extirpan (ACIEGO). Estafilococo, estreptococo hemolítico, espirilos. Autovacuna (CIANCAS).

A los seis años de observación: Fuerte reacción a las primeras dosis de vacuna; se fué gradualmente apaciguando. Durante el primer año, algún que otro episodio agudo. Durante los últimos cuatro años, latencia clínica. Velocidad, 6-14. Compensada, pero con merma de la potencia de reserva; trabajo de oficina.

J. C., treinta y dos años. A los quince, poliartritis (una sola vez). Amigdalitis (tres episodios). Raigones y flemones. Disnea de esfuerzo. *Dilatación aórtica*. Recientemente, febrícula, quince días.

En 1942: Mala tolerancia al ejercicio. *Soplo sistólico expansivo*. Foco aórtico. Violento latido base del cuello. Silueta cardíaca enormemente dilatada en sentido total. Dolor zona ovárica y metrorragias. Velocidad, 15-28. Amígdalas rojas y pequeñas. Aislamiento del estreptococo hemolítico y el estafilo. Wassermann positivo (+). Autovacuna polivalente.

A los cinco años: compensada con mediana tolerancia al esfuerzo. Silueta cardíaca invariable. Velocidad, 8-15. Latencia clínica.

J. M., veintiséis años. A los doce, corea. A los dieciocho, extensa poliartritis aguda febril (dos meses). Al año siguiente, nuevo episodio. A los veinticinco, el tercero. Todos poliarticulares. En los intervalos, dolores errantes. Amigdalitis. *Lesión mitral*. Fiebre puerperal grave (cincuenta días sin haber precedido tacto vaginal).

En 1942: *Estenosis mitral*. Mediana tolerancia al esfuerzo. Hipertrofia cardíaca horizontal. Velocidad acelerada. Amígdalas pequeñas, anfractuosas con criptas y depresiones ovaladas. Extirpación (ACIEGO). Aislamiento del hemolítico, viridans y pseudodiftérico. Autovacuna (CIANCAS). Después, vacuna con gérmenes recientes de amígdalas de cardíacos.

A los cinco años: Persistente reacción dérmica fuerte, que se atenúa progresivamente. A los dos años, casi imperceptible el soplo; reducidos los diámetros cardíacos. Buena tolerancia al esfuerzo. Sin accidentes agudos. Recientemente, febrícula por impureza de la vacuna. Con hervirla, desapareció. Magnífico bienestar.

S. P., diez años. A los tres, dolor en la rodilla. Después, artralgias errantes. Molestias de garganta. Anginas propiamente dichas, no. A los cinco, amigdalectomía (CALDERÍN). Posteriormente, inflamación de la úvula. *Insuficiencia mitral*.

En 1942: Soplo mitral sistólico. Silueta radioscópica de moderada hipertrofia. Buena tolerancia al esfuerzo. Vacuna de estreptococo hemolítico y viridans, procedentes de amígdalas de cardíacos recién extirpadas.

A los cinco años: Vista periódicamente, se comprueba magnífico desarrollo orgánico. Menarquia a su tiempo. Se ha reducido el corazón. Desapareció el soplo. No disnea. Completa latencia.

J. F., dieciséis años. A los dos, anginas. A los seis, apendicitis. A los ocho, endocarditis. *Insuficiencia mitral*. A los trece, anginas seguidas de poliartritis aguda febril (dos meses en cama). A los trece, nuevo episodio articular de semeiante intensidad. Amigdalectomía. Un año después, corea y poliartritis. Fué tratada con salicilato, es-

treptoyatren y vacuna antirreumática (treinta inyecciones al año).

En 1942: Buena tolerancia al esfuerzo. Eretismo cardíaco. *Soplo asistólico mitral*. Cansancio muscular fácil. Inapetencia. Velocidad, 18-24. Silueta radioscópica del corazón, normal. Hematíes, 4.290.000. Leucocitos, 11.500. Vacuna estreptopolivalente.

A los cinco años: Observada periódicamente, sin actividad de la lesión. Latencia clínica. Velocidad, normal. Hematíes, 4.500.000. Leucocitos, 6.000. Ausencia de disnea de esfuerzo.

C. L., de veintitrés años. Otra hermana con lesión cardíaca. A los nueve años, poliartritis, breves días. De cuando en cuando, molestias de garganta. Corea. *Lesión mitral*.

En 1942: Mala tolerancia al esfuerzo. *Doble soplo rudo expansivo y estremecimiento en foco aórtico*. Tensión, 5-17. *Soplo mitral*. Arco pulmonar y auricular acentuados. Amígdalas anfractuosas con depresiones ovaladas. Extirpación (SÁNCHEZ LÓPEZ). Estreptococo, capsulatus y estafilo. Autovacuna (CIANCAS). Se continúa con vacuna «standard» polivalente.

A los cinco años: Mediana tolerancia al ejercicio. Viva reacción alérgica. Se va apaciguando progresivamente. Sin episodios agudos. Latencia clínica durante los tres últimos años. Ocupación de oficina.

C. R., veintitrés años. Molestias de garganta muy a menudo. A los dieciséis años, artritis aguda. Se repite con más o menos intensidad y frecuencia. A los veinte, palpitación cardíaca. *Insuficiencia mitral*.

En 1942: Angustiosa preocupación. Insomnio. Taquicardia; eretismo; buena tolerancia al esfuerzo. Soplo sistólico suave con primer tono vibrante en martillo de fragua; moderada hipertrofia cardíaca; amígdalas anfractuosas con depresiones ovaladas. Velocidad de sedimentación, 2-4. Extirpación (ACIEGO). Autovacuna hemolítica y viridans (ARJONA), método Hopkins-Thomas al 1/10, 1/5 y 1/2. Se continúa con polivalente «standard».

A los cinco años: Seguidamente desaparece su «neurosis» cardíaca. Mejoría rápida y progresiva de su estado general. La reacción a la vacuna es viva al principio; se atenúa a medida que aumentan las dosis.

Inactividad clínica de la lesión. Persiste vibrante el primer tono. Desapareció el soplo.

J. P., veintinueve años. A los veinte, artritis en rodilla y pie (diez días). A los veintitrés, en el hombro y brazo izquierdos. Desde los veinticuatro, amigdalitis repetidas. A los veintiocho, dolor en el hombro.

En 1942: Estado general malo; si bebe o trasnocha, dolor precordial, cefalea. *Soplo sistólico en focos aórtico y mitral*; latido pulsátil en hueco esternal. Hipertrofia total. Hematíes, 4.000.000.

Leucocitos, 6.800. Hemoglobina, 58 por 100. Velocidad de sedimentación, 10-26-64. Amígdalas pequeñas, retraídas, deformadas. Extirpación (GARCÍA QUESADA) de las criptas purulentas; se aíslan el estreptococo hemolítico y viridans. Autovacuna (ARJONA), método Hopkins-Thomas, diluida al 1/5 y 1/2. Se continúa vacuna polivalente.

A los cinco años: Mejoría inmediata estado general y cardíaco. A los diez meses, disminuida la intensidad del soplo y los diámetros del corazón. Reacción a la vacuna viva; se atenúa gradualmente. Abandona el tratamiento. Vuelven molestias dolorosas y ciática. Continúa excelente el estado general, con buena tolerancia al esfuerzo.

N. G., veintitrés años. Desde la infancia, amigdalitis frecuentes. *Insuficiencia mitral*.

En 1942: Compensada. Silueta cardíaca normal. Fulso, rítmico: 82. Tensión, 6-13. Velocidad, 10-22. *Soplo sistólico mitral intenso*; amígdalas con depresiones circulares. Extirpación (ACIEGO). Estreptococo y estafilococo hemolíticos. Autovacuna a 2.000.000 por c. c. Después, vacuna polivalente.

A los cinco años: La reacción a la vacuna, viva al principio se va atenuando. Embarazo normal. Sin episodios agudos. Buena tolerancia al esfuerzo. Inactividad de la lesión.

E. M., veintiséis años. Su padre y su abuela, endocarditis y anginas frecuentes. Su madre, poliartritis deformante y anginas. Desde niña, amigdalitis repetida. A los dieciséis años, afección febril que duró cincuenta días. Entonces, *insuficiencia mitral*. Poliartritis aguda muy frecuente. Recientemente, fuerte dolor precordial nocturno, residual después, y fiebre de 39 grados. Veinte días en cama.

En 1942: Descompensada. Enorme silueta radioscópica. Velocidad, 14-34. Extirpación de amígdalas (D. RODRÍGUEZ). Aislamiento del estreptococo hemolítico yseudodiftérico. Autovacuna: concentración, mil millones por centímetro cúbico (CIANCAS).

A los cinco años: Primeramente, absoluto reposo y tónico cardíaco adecuado hasta la compensación. Después, la autovacuna. El primer año, serias peripecias ocasionadas por la insuficiencia cardíaca. En los cuatro últimos años, velocidad de sedimentación: 9-17. Mediana tolerancia al esfuerzo. Sin accidentes agudos. Inactividad de la lesión. Reducido el tamaño del corazón.

F. G., veintidós años. Su padre murió cardíaco. Amigdalitis frecuentes desde la infancia. Poliartritis a los doce años. En los intervalos, dolores errantes. Palpitaciones y disnea al menor esfuerzo. A los dieciséis, *lesión mitral*. Poliartritis y amigdalitis muy tenaces. Pulmonía a los veinte.

En 1942: Preocupación. *Insuficiencia aórtica y mitral*. Todos los signos de hiposistolia grave. Amígdalas pequeñas, retraídas, con criptas puru-

lentas. Extirpación. Se aíslan estreptococos hemolíticos, viridans y anhemolítico. Autovacuna (PEÑA YÁÑEZ). Velocidad de sedimentación, muy acelerada.

A los cinco años: Veinte días después de la extirpación de amígdalas (reposo en cama, tónico cardíaco), gran mejoría general y cardíaca. Terminada la autovacuna, vacuna polivalente. Al año y medio continúa compensada y dedicada a sus ocupaciones de maestra de niñas; mediana tolerancia al esfuerzo. Velocidad, 10-17. Se apacigua la trepidación sistólica precordial. Pero, sintiéndose bien, se baña en el mar y asoma la descompensación. Pequeñas dosis de digital y reposo la compensan de nuevo. Con escasa potencia de reserva vive sin actividad de su lesión a los cinco años de tratamiento.

A. L., diecinueve años. Sarampión y muchas veces amigdalitis. Poliartritis fugaces, frecuentes, sobre todo en invierno. Flemones de boca. *Lesión mitral*.

En 1942: Mediana tolerancia al esfuerzo. Reposo: pulso, 80. Respiración, 19. Después de esfuerzo, 106 y 26, respectivamente. Edema de tobillos. Palpitación. *Insuficiencia mitral con ritmo de estenosis*. Silueta radioscópica: aumento del arco auricular y del diámetro transversal. Dos nódulos en la piel del brazo. Extirpación de amígdalas (estreptohemolítico, estafilococo, pseudodiftérico). Autovacuna. Después, estreptopolivalente con los mismos gérmenes.

A los cinco años: Sin el menor episodio agudo. Buena tolerancia al esfuerzo, Inactividad de la lesión. Bienestar completo.

C. A., treinta y cinco años. Anginas frecuentes desde la infancia. *Insuficiencia mitral a los once años*. Poliartritis aguda (con fiebre en cama). A los diez, a los trece, a los quince y a los veintidós, dolores errantes, más en verano, y bastante fijos en la columna vertebral. Alguna vez, dolor precordial con adormecimiento y pesadez en el brazo izquierdo. Tres muelas infectadas. Extirpación de amígdalas.

En 1942: Mala tolerancia al esfuerzo. *Soplo mitral*. Silueta radioscópica de gran hipertrofia (aurícula izquierda, ventrículo derecho). Velocidad, 15-19. Extracción de las muelas careadas. Se malogra la siembra. Vacuna estreptoestafilopolivalente. Los tres primeros años, tandas de veinte inyecciones con un mes de descanso entre ellas. Los tres siguientes, tandas de quince con dos meses de descanso.

A los cinco años: Ausencia de todo episodio agudo. Buena tolerancia al esfuerzo muscular. Sangre, velocidad y recuento normales. Atenuados el ritmo y el soplo mitrales. Sensación de completo bienestar.

M. D. R., ocho años. Desarrollo retrasado. Amigdalitis. A los seis años, artritis aguda rodi-

lla y manos. *Insuficiencia mitral*. Extirpación de amígdalas.

En febrero de 1941: Palidez y demacración. Disnea al menor esfuerzo. Gran eretismo cardíaco. Abombamiento de la pared precordial. Ochenta y cinco pulsaciones en reposo. Extrasístole. Silueta de gran hipertrofia cardíaca. Velocidad, 17-38. Hematíes, 3.000.000. Leucocitos, 9.000. Febrícula. Inapetencia. Reposo absoluto. Vacuna estreptocócica polivalente. Viva reacción heperérgica. Vitaminas A, D y C. Hígado, calcio y fósforo.

A los seis años: Entre peripecias y dificultades, el desarrollo corporal avanza, aunque retrasado. Buena tolerancia al ejercicio; reducidos los diámetros cardíacos. Velocidad, 10-19. Hematíes, 4.200.000. Leucocitos, 6.000. Inactividad del proceso desde hace tres años. Anergia positiva a la vacuna.

C. S., seis años. Constitución normal. Escarlatina. Artralgia en la rodilla a los cinco años.

En febrero de 1941: Disnea de esfuerzo. *Insuficiencia mitral*. Eretismo cardíaco, 102 pulsaciones. Velocidad, 22-40. Hematíes, 3.000.000. Leucocitos, 10.000. Amígdalas grandes y rojas. Silueta cardíaca moderadamente hipertrofiada en su aurícula izquierda, ventrículo derecho. Enucleación de amígdalas (TAPIA). Aislamiento estreptohemolítico, estafilo y pseudodiftérico. Autovacuna (BILBAO). Tandas de veinte inyecciones, seguidas de un mes de descanso.

A los seis años: Ningún episodio agudo. Compensación completa. Normal velocidad y recuento. Buena tolerancia al esfuerzo. Normal desarrollo orgánico.

T. M., once años. Difteria y escarlatina. *Insuficiencia mitral*. Artritis aguda, columna vertebral. Extirpación de amígdalas. Un episodio de hiposistolia a los nueve años (edemas, taquicardia, disnea de esfuerzo acentuada).

En 1942: Palidez; soplo sistólico; silueta radioscópica de gran hipertrofia y dilatación cardíaca; mala tolerancia al esfuerzo. Velocidad de sedimentación, 20-45. Hematíes, 3.800.000. Leucocitos, 10.700. Hemoglobina, 0,70. Vacuna estreptocócica polivalente. Vitaminas A y D. Vigantol.

A los cinco años: Buena tolerancia al esfuerzo. Persiste la hipertrofia cardíaca. Buen desarrollo corporal. Menarquia a su tiempo. Velocidad, 9-17. Hematíes, 4.000.000. Leucocitos, 8.000. Inactividad de la lesión.

J. L. E., veinticinco años. A los diez, poliartitis aguda, que duró mes y medio. *Enfermedad mitral*. A los trece, nuevo episodio agudo (dos meses). En los intervalos, dolores errantes en tiempo húmedo y frío. Flemones de boca. No hay anginas, pero molestias frecuentes al tragar. Otitis supurada.

En 1942: Pálido, disneico, demacrado. Dos episodios de hiposistolia con fiebre y hemoptisis. Ma-

la tolerancia al esfuerzo. Ligero edema de pies. Disnea en reposo, palpitación. Fracaso de la digital. Éxito del estrofantó. Cuatro meses seguidos con decompensación. Velocidad, 25-42. Hematíes, 3.000.000. Leucocitos, 11.000. Amígdalas pequeñas, sin signos externos de anormalidad. *Lesión mitroaórtica*. Gran hipertrofia y dilatación. Enucleación de amígdalas (AGER). Preparación de autovacunas (CIANCAS): estreptohemolítico, viridans y *micrococcus faringens flavus*.

A los cinco años: Mejoría inmediata muy manifiesta. Apetito, color, alegría. En el invierno del primer año, un episodio que duró ocho días (fiebre, esputos hemoptoicos, disnea); tres ampollas de miokombin resuelven el percance. No sale de casa en tiempo frío. Largo reposo. Los últimos tres años, compensado. Cinco, sin accidentes agudos. Terminada la autovacuna, se continúa como en todos con estreptopolivalentes con gérmenes de otros cariácicos. En reposo, 14 respiraciones y 70 pulsaciones. Después de veinte flexiones, 22 y 98. Velocidad normal. Inactividad clínica de la lesión.

J. E., treinta y un años. A los nueve, intensa poliartitis aguda, que dura treinta días. *Lesión aórtica*. A los once años, nuevo episodio articular (cuarenta días). Desde entonces, dolores errantes tres o cuatro veces por año.

En 1942: Mala tolerancia al esfuerzo. Dolor precordial. Gran eretismo cardíaco; palpitaciones. Súbito despertar con angustiosa disnea. Trepidación de la región precordial. Danza arterial en base del cuello. *Doble soplo aórtico*, perceptible en todo el tórax. Tensión, 6-18; 78 pulsaciones. Enorme hipertrofia y dilatación. Velocidad acelerada. Congestión faríngea. Amígdalas retraídas. Extirpación (ACIEGO). Estreptohemolítico: autovacuna (CIANCAS), añadiendo viridans. Se continúa con vacuna polivalente.

A los cinco años: Seguidamente a la extirpación, fuerte poliartitis aguda y grave situación del corazón. Se apacigua este episodio agudo. Dedicado a su ocupación de factor de ferrocarril. Tendencia a la hiposistolia, que se contiene con miokombin. Sin episodios agudos. Mediana tolerancia al esfuerzo.

M. L., dieciocho años. Procesos agudos frecuentes de garganta y tráquea. Poliartitis reciente, afebril (quince días). *Insuficiencia mitral*.

En 1942: Buena tolerancia al esfuerzo. Compensada. *Soplo mitral*. Amígdalas con criptas. Extirpación (TAPIA). Aislamiento del estreptohemolítico, viridans, piocianico y catharralis. Autovacuna polivalente con los cuatro gérmenes. Concentración a dos mil millones por centímetro cúbico. Continuación con vacuna «standard».

A los cinco años: En el primer año, viva reacción dérmica a la vacuna; se atenúa progresivamente. Ausencia de episodios agudos. Ha desapa-

recido el soplo. Inactividad de la lesión en los últimos cuatro años. Curación clínica.

A L., diecinueve años. Amigdalitis. A los cinco, difteria con asociación estreptocócica. *Insuficiencia aórtica*. Antes y después, frecuentes amigdalitis. Una sola vez, poliartritis en el codo.

En 1943: Doble soplo aórtico. Hipertrofia del ventrículo izquierdo. Mediana tolerancia al esfuerzo. Hematíes, 3.500.000. Leucocitos, 10.100 (doctora GONZÁLEZ DE AMÉRIGO). Velocidad, 12-25. Amígdalas anfractuosas. Extirpación (ACIEGO). Aislamiento del estreptococo hemolítico y unseudodiftérico (CIANCAS). Tensión, 4-14 1/2. Autovacuna. Después, vacuna de estos mismos microbios fabricada.

A los cuatro años: Observada periódicamente. Ningún episodio agudo. Buena tolerancia al esfuerzo. Normal respuesta a la vacuna. Tensión, 14-6. Hematíes, 4.200.00. Leucocitos, 8.000. Velocidad, 7-13. Inactividad de la lesión. Continúa el tratamiento.

J. G., trece años. Su madre, enfermedad mitral. A los siete, a los diez y a los doce años, fuertes episodios de poliartritis aguda, de duración oscilante entre veinte y sesenta días. *Insuficiencia mitral*.

En 1943: Peso (29 kilogramos) y aspecto de un niño de nueve años. Mala tolerancia al esfuerzo. Soplo mitral que se oye en todo el tórax. Gran hipertrofia a expensas de la aurícula izquierda y el ventrículo derecho. Noventa y ocho pulsaciones de ritmo normal. Hematíes, 4.800.000. Leucocitos, 13.500. Hemoglobina, 98 por 100. Velocidad, 11-26. Amígdalas anfractuosas con amplias depresiones ovaladas. Extirpación. Aislamiento de un estrepto *no hemolítico*, estafilo y otros gram-negativos. Autovacuna (CIANCAS), a dos mil millones de concentración por centímetro cúbico. Se continúa con vacuna «standard».

A los cinco años: Peripecias en los seis a ocho meses primeros. Intolerancia a la vacuna en el primer año. Tendencia hiposistólica: pequeñas dosis de digital; taquicardia arrítmica. Febrícula. Durante los cuatro últimos años, mejor tolerada la vacuna. Mediana tolerancia al esfuerzo. Velocidad, 8-16. Hematíes, 4.200.000. Leucocitos, 7.500. Consolidada y reducida la lesión. Latencia clínica.

E. F. P., veintidós años. A los siete, poliartritis febril. A los ocho, nuevo episodio, que dura mes y medio. A los dieciséis se repitieron unas ocho veces. Molestias dolorosas en los intervalos. Pleuritis. Pericarditis. *Insuficiencia aórtica*. Se extirpan las amígdalas a los veinte años, cesando los dolores. Mejoría en todo.

En 1943: Disnea a un acentuado esfuerzo. Gran hipertrofia del ventrículo izquierdo. *Doble soplo aórtico con estremecimiento*. Pulso lento. Presión arterial, 15-6. Vacuna estreptopolivalente.

A los cuatro años: Los soplos se han suavizado.

Aumenta la tolerancia al esfuerzo. Disminuyen los diámetros del corazón. Velocidad, 4-8. Presión, 14 y 1/2-7. Sin actividad la lesión. Mejoría clínica. Continúa el tratamiento.

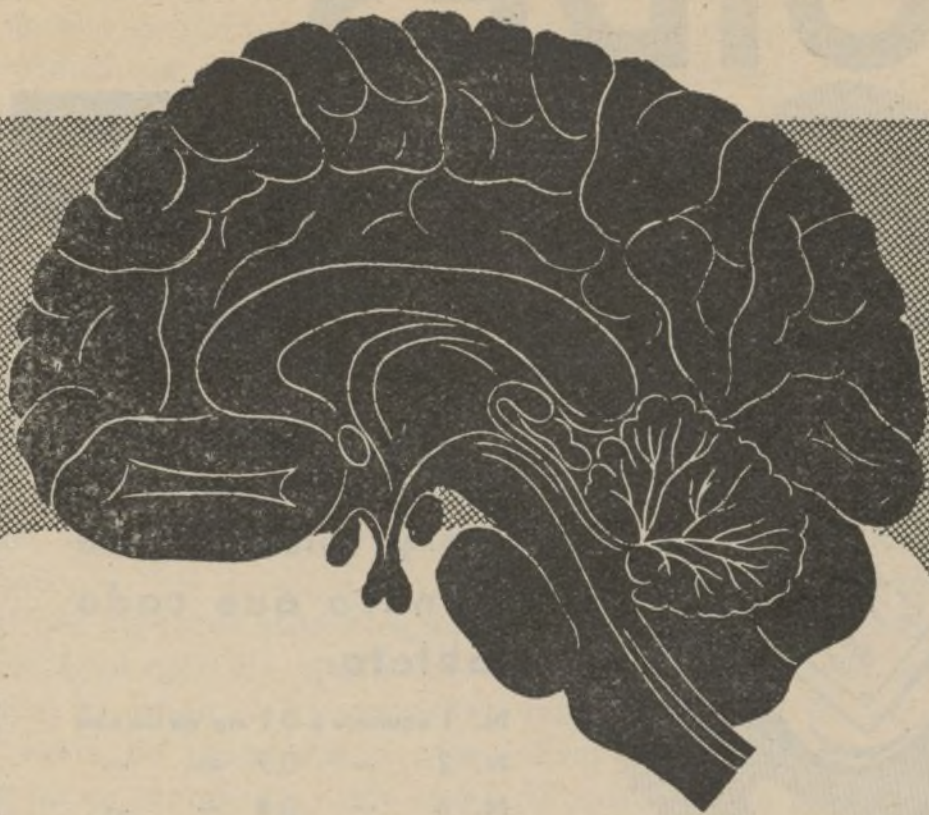
Merece resaltarse que, excepto tres casos en los que sólo se pudo aislar el estafilococo de las amígdalas y dientes, en todos los demás fué el estreptococo el habitualmente demostrado. Esto obliga a incluirle en la vacuna polivalente, por si acaso reside en algún otro sitio fuera del alcance de la exploración.

Raras veces se comprueba en los cardíacos la ausencia del factor articular, y casi nunca está ausente en ellos el foco infectado de garganta. Llamamos la atención sobre las amígdalas pequeñas, que apenas hacen relieve entre los pilares, y que están casi siempre infectadas, aunque el enfermo no haya sentido jamás dolor en ellas. En dos de estos casos, la presión de la espátula al explorar esa región provocó la salida de un chorro de pus maloliente y de mal sabor. Subrayamos este importante dato para hacer mudar de criterio a los especialistas, que sólo admiten la enfermedad de la amígdala cuando está turgente y gorda. Otro hecho clínico digno de mención es la frecuencia familiar de poliartritis, amigdalitis y lesión de corazón. Algunos clínicos llaman la atención recientemente, y con razón, sobre la presentación probable de un brote agudo violento y hasta de septicemia al extraer un diente con granuloma o al operar unas amígdalas en fase aguda, y aun en frío. En todo caso se aconseja prevenir tan importante contratiempo aplicando sulfamidas o penicilina dos días antes y dos después para matar en germen la posible infección aguda: con el mismo cuidado con que se exige el conocimiento previo del tiempo de coagulación y de sangre ante la perspectiva de hemorragia.

No hemos mencionado, porque se supone, que todos nuestros enfermos fueron antes tratados con salicilato, piramidón y sulfamidas, que no han evitado las recidivas ni amigdalinas, ni articulares, ni cardíacas.

El tratamiento es parecido en su ritmo al de la sífilis: tandas de inyecciones con intervalos de descanso durante varios años. Son difíciles los primeros doce o quince meses, hasta conseguir un bienestar que el enfermo comprueba por sí mismo. Luego él ayuda grandemente al celo y perseverancia del médico que, en esto como en todo, ha de ir delante.

Estamos seguros de que queda mucho por explorar, perfeccionar y corregir diagnosticada la lesión de corazón y siempre durante el período de latencia clínica. La vacuna, que ha de ser polivalente, estrepto, viridans y hemolítico, más algún otro de los que predominan en el foco (estafilo, neumococo, catharralis), produce generalmente, en dosis de dos décimas, reacción viva del der-



PROMINAL

ANTIEPILÉPTICO DIURNO

Suprime los ataques sin producir cansancio ni
disminuir la capacidad de trabajo

Tubo de 10 tabletas de 0,2 g.

PROMINALETAS

**ESPASMOLÍTICO Y SEDANTE
DESPROVISTO DE EFECTO HIPNÓTICO**

En la enfermedad de Basedow, hipertensión,
neurosis vascular, tos ferina, etc.

Frasco de 30 tabletas de 0,03 g.



TIROIDES

LEO



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

Actividad
terapéutica
siempre
constante.

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

Conservación
indefinida.



COMERCIAL IBERO DANESA S.A.
LABORATORIO LEOBYL

Apartado 439 - MADRID

Sarriá, 7 - BARCELONA

UN PRODUCTO ESPAÑOL

Diez inyecciones endovenosas de

ASTHICOL

es un tratamiento preventivo, eficaz contra el catarro 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

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 resul-

tados, 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.

Pedidos a López de Hoyos, 11. — MADRID ::

Depósitos generales
del ASTHICOL

Casa Cárcaba. Oviedo. - Centro Farmacéutico Asturiano. Oviedo. - Centro Farmacéutico Nacional. Madrid. - Centro Farmacéutico, S. A. Alicante. - Centro Farmacéutico Salmantino. Salamanca. - Centro Farmacéutico Valenciano. Valencia. - Centro Farmacéutico Vizcaíno. Bilbao. - Ceñal y Zuloaga. Oviedo. - Comercial Farmacéutica Castellana. Burgos. - Cooperativa Farmacéutica Gallega. Coruña. - Cooperativa Farmacéutica Leonesa. León. - Durán, S. en C. Madrid. - Sociedad Anónima Farmacéutica Aragonesa. Zaragoza. - Honorio Riesgo. Madrid. - Matarredona Hermanos. Albacete. - Farmacia Oyarzábal. Beasaín (Guipúzcoa). - Unión Farmacéutica Levantina, S. A. Valencia. - Juan Martín. Madrid. - Y principales Farmacias de Madrid y provincias.

mis al comienzo: es la respuesta del estado de sensibilización y alergia al estreptococo. Al cabo del tiempo, meses o un año después, esa reacción se va apaciguando a medida que se progresa en la dosis (reacción paradójica). Y llega a desaparecer cuando se repite muchas veces el gramo y medio: estado de anergia positiva. Se ha logrado entonces un alto grado de inmunización, que coincide con el bienestar general y cardíaco del paciente. Todos nuestros casos confirman estos hechos. De los 45 primeros perdimos tres, y los tres de probable embolia: dos con enorme hipertrofia cardíaca, y el otro, un niño compensado (insuficiencia mitral), que muere repentinamente en el colegio, sin que síntoma alguno permitiese sospechar la súbita desgracia.

Aun después de extirpar los focos accesibles, alguna vez se reprodujo algún episodio agudo (poliartritis, brote cardíaco) haciendo el tratamiento. Esto sucede porque, hasta no pasar dos o tres años, la inmunización no es completa; y allí está el foco cardíaco, capaz de desencadenar una recidiva, como antes de la limpieza de los focos la

desencadenaron éstos. Aparte de que pueden quedar infectados los folículos restantes del anillo de Waldeyer o quedar incompleta la extirpación de las amígdalas.

Se echará de menos en las historias clínicas el complemento de datos comprobatorios que realcen la demostración de nuestra tesis: radiografías, electrocardiogramas, etc. No contamos con centro alguno hospitalario donde se facilitan esos medios. Hacemos clínica a *cuerpo limpio* entre el enfermo y yo. Suplimos lo que nos falta a fuerza de observación tenaz, personal y continua de los pacientes, con quienes estamos en frecuente relación.

Como dice el gran maestro BAÑUELOS: «La demostración es demostración aunque sólo sea una la prueba que se aporte, siempre que esta prueba sea concluyente como probatoria por razón suficiente.» Esta prueba concluyente radica en la curación clínica de los enfermos y ausencia de recidivas y de toda actividad de la lesión de nuestros 76 casos, en un período de tiempo de observación que abarca un máximo de diecisiete años y un mínimo de seis.

Divulgaciones nacionales

EL ACEITE DE SOJA

por

JAVIER BLANCO JUSTE

Académico de la Real de Farmacia.

Creo que es un tema de interés en estos momentos en que los españoles, por circunstancias de todos conocidas, tomamos el aceite de soja, *magnífica grasa vegetal*, pese a las cosas que se oyen: eso de la espuma, sabor, solidificación, etcétera, etc., y que todos hemos oído y conocemos.

El hecho de haber sido yo quien estudió en nuestra patria la maravillosa *Soja hispida*, hace ya una veintena de años; el haberla cultivado, el haber obtenido pequeña cantidad de aceite para estudio de sus características, obtenido derivados y mis publicaciones, entre ellas el tratadito *Sojología*, hace todo ello un conjunto para llevar a las páginas de EL SIGLO MEDICO unas notas científicas sobre el aceite de soja y unas afirmaciones que las juzgo de inmediato interés bromatológico.

Partiendo del supuesto de la pureza del aceite, sin mezcla de ninguna grasa vegetal, puedo afirmar que el aceite de soja es un aceite magnífico, de uso por millones de habitantes de la tierra: Estados Unidos, China, Japón, Manchukuo, Java, Sumatra, Filipinas y naciones de Europa,

Alemania, Rusia, Dinamarca, Finlandia, etc. Ocurre que España, en plena zona olivarera, con enorme producción y un magnífico cultivo del olivo, forma, con Italia, Grecia y zona de Palestina, un centro productor del *mejor aceite del mundo*, el de oliva, fino, aromático, sin apenas acidez, saponificable todo él, que, refinado, constituye el *manjar* de las grasas vegetales; desde niños nos acostumbramos a tan delicada grasa, como nos acostumbramos a la naranja valenciana y al vino de jerez, y cuando tomamos el sucedáneo o sustituto *notamos la diferencia*, sin que quiera decir *que el sustituido es mejor que el sustituto; pero éste es bueno, en nada pelagra la salud pública, puede usarse con absoluta y plena confianza y sólo esperar el acomodo del paladar.*

Yo siempre hablaré de la especie *aceite de soja puro*, en científico y en bromatológico, para poder afirmar exacto, como si hablara del aceite de cacahuetes, para mí, en bromatológico, admirable, aunque no tan bueno como el de oliva.

Antes diré que para probar la bondad del aceite de soja, que, si lo mezclamos con aceite de oliva, concedo la palabra a los químicos, si disponen

de reactivo capaz de descubrir la mezcla; yo creo que es imposible: el análisis químico no puede con este problema. Dejo al criterio del amable lector lo que esto significa.

El haba o grano de soja contiene del 20 al 22 por 100 de aceite; la planta se cría en noventa días (temprana); semitardía, cinco meses, y tardía, seis meses; el aceite se obtiene por disolventes neutros—éter sulfúrico, alcohol, gasolina, etcétera—. Son célebres las fábricas de aceite de soja Hambur-Hambug, de la S. A. Hansa; trabajo continuo, 2.000 toneladas de soja y seis toneladas de disolvente, y esto diario. En Francia, la Ford Compagny, de extracción continua. Dairés, en Suruky (Manchuria), etc., etc. Cito estas colosales fábricas de aceite de soja para demostrar la potencia económica de esta industria en el Oriente y Norteamérica. En Manchukuo existen ferrocarriles especiales para transportar la soja a puertos y llevarla a las grandes fábricas de aceite; el orujo es luego pienso para las manadas de ovejas de Manchuria, los mayores rebaños del mundo.

El procedimiento mío fué el éter sulfúrico; obtuve 750 gramos de aceite; desde freírme un huevo, hacerme una ensalada y una pastilla de jabón, todo lo miré y estudié, y saqué el concepto que es un *aceite magnífico*, llegando a proponerlo como vehículo en inyecciones intravenosas, intramusculares y subcutáneas. Sólo noté que el *bouquet*, en la ensalada, no es lo aromático y fino del testigo que yo elegí: *refinado «La Giralda»*, de los señores Luca de Tena.

El estudio químico que hice de este aceite es ajeno a la índole de EL SIGLO MÉDICO; trabajo pesado, árido, muchos reactivos, cifras, índices, etcétera; aquí, lo que nos interesa es lo genuino, bromatológico; el humano y el aceite de soja;

el humano es de Occidente, de España, la tierra del olivo, donde la cortijera y el pescador vasco, el mozo de mulas que labra los trigales, los pastores de Gredos y la inmensa masa del pueblo no conocen otro aceite que el de oliva, el purísimo y litúrgico que alimenta la lamparilla al Santísimo, el españolísimo y riquísimo aceite de oliva; le dan el de soja y pregunta, asombrado: «¿Qué es eso?» Vamos a ver cómo es: Color amarillo, ligeramente rosado; tiene al paladar el clásico sabor a *legumina*, típico en los derivados de soja; por el refinado es suprimido. Contiene gran contenido de ácidos grasos no saturados; semisecante, es el tipo intermedio entre el secante de linaza y el no secante de oliva. El olor recuerda al de oliva. Mucho tiempo en reposo deja un sedimento de glicéridos sólidos.

Puedo afirmar que frito, con huevos, nadie distingue si el aceite es de oliva o soja; en crudo y en ensalada, desde luego no puede competir con el de oliva; su *bouquet* es inferior. En los demás usos culinarios, salsas, mayonesas, fritos, aderezos, etc., *siendo el aceite de soja puro, refinado*, constituye, repito, un *magnífico aceite comestible*.

Su peso específico es de 0,926, a la temperatura de 16°. Para saponificar 100 partes se precisan 20 partes de potasa cáustica; la materia insaponificable representa un 0,24 por 100.

El aceite producido representa un 15 por 100 del peso total de la semilla empleada; téngase presente que el orujo es un excelente alimento del ganado.

La industrialización de la soja para obtener aceite es colosal. Manchuria produjo en 1839 cinco millones de toneladas métricas de haba de soja; dos millones y medio se destinaron a la extracción de aceite; esta industrialización afecta a la in-



CEBION

Vitamina C (ácido l-ascórbico) químicamente pura fabricada por E. Merck, Darmstadt. Del valor del Cebión en terapéutica y profilaxis hablan elocuentemente los numerosísimos trabajos publicados.

Tabletas de 0,05 g. — Ampollas de 0,05 en 1 c. c. y 0,10 g. en 2 c. c. y ampollas de Cebión «fuerte», de 0,50 g. en 5 c. c. — Pasta de Cebión, para el masaje de las encías.

E. Merck

dustria de barnices, pinturas, ducos, charoles. El célebre fabricante de automóviles Ford consume cifras astronómicas de aceite de soja en ducos, pinturas y lubricantes en tal colosal fábrica.

La industria jabonera del Extremo Oriente, para hacer jabones ordinarios y de tocador muy detergentes y solubles, en que la saponificación es perfecta, consume enormes cifras de este aceite, y lógica consecuencia es que el aceite de soja *uso industrial* fué muy distinto al *aceite de soja alimento humano*, y de aquí puede dimanar el que alguna partida no sea lo buena que yo estudié, y en que en Suecia y Noruega usen en su industria conservera el aceite de soja, compitiendo con el aceite de oliva español, sobre todo en precio.

En 1922 se dijo, según HORWARTH, que el aceite de soja tenía marcada acción laxante; los técnicos no lo comprendían; se hizo un análisis en Tient-Sin, se comprobó estaba mezclado con aceite ricino; pues el precio del de soja era superior al de ricino, y el comercio, por lucro, hizo esta sofisticación, desacreditando un excelente aceite bromatológico.

El aceite de algodón también es mezclado, coco, palma, de semilla de girasol, y, claro es, resultan mezclas excelentes para usos industriales, pero defectuosas—no peligrosas—para el uso como alimento humano.

Esta diferencia es la causa de que existan muestras de aceite de soja muy defectuosas; afecta también a la elección de semillas, muy diferente si es para alimento o industria.

Aquí, pues, radica el mal: la dualidad de usos, el lucro, la posible confusión. Cosa que en España no ocurría; el aceite de oliva español todo él era para usos culinarios. Sólo el de orujo, extraído por el sulfuro de carbono, y los posos de los envases se destinaban a la industria del jabón; pero no eran ni dos aceites ni procedimientos distintos; la especie química es una, no había mezclas, sólo *aprovechamiento* del orujo y de los sedimentos.

Sólo en Dairen Nisshin se fabrican 20 toneladas diarias de aceite de soja puro, magnífico, refinado. Lo envía al Japón, donde hace sus célebres *tempura* (clásicas frituras japonesas, como nuestros boquerones—bocas de la isla—, chipirones, etc.).

A Padres jesuitas que vivieron en el Extremo Oriente les oí elogiar la cocina de aquellos países, a base del aceite de soja; pues el de oliva español sólo lo conocen como celebridad de nuestra patria.

En Inglaterra se descubrió una mezcla de aceite de semillas de algodón con el de soja, empeorando la calidad del total. En Pekín se usa el aceite de soja en los hospitales, en los dispensarios; se hace gran comercio con Siberia, y la tendencia es que, poco a poco, vaya sustituyendo a las grasas animales.

Hay modernos estudios de ZIMMERMAN, en que científicamente demuestra que el humano digiere el 95 por 100 del aceite ingerido en estado crudo.

Estudios modernos (pues las grasas es problema mundial) demuestran que este aceite puede competir favorablemente con los aceites corrientes de mesa, en relación con el grado de asimilación.

El aceite de soja en Europa es reciente; se dió a conocer hacia 1898; fué cuando Estados Unidos y algunos Estados del Norte de Europa sufrían aguda crisis de grasas vegetales. Las de origen animal escaseaban, y Manchuria empezó a exportar enormes cantidades de este aceite y a ser usado, a tomar nacionalidad europea.

Podemos, pues, sentar las siguientes conclusiones: 1.^a El aceite de soja refinado, puro, es perfectamente sucedáneo del de oliva, al que le damos los máximos honores como grasa vegetal. 2.^a Existen dos clases de aceites: uno para usos industriales y otro alimento humano. 3.^a El aceite de uso industrial con mezclas de coco, algodón, palma, etc., sus caracteres organolépticos empeoran, pero nunca son perjudiciales a la salud. 4.^a El aceite de oliva es tan magnífico que no tiene grasa vegetal comparable. 5.^a En circunstancias especiales de carecer del de oliva, el de soja puede sustituirlo. 6.^a Industria española que podía surgir: cultivo intensivo y grandes fábricas de aceite soja *para usos industriales* y todo el de oliva para alimento humano. 7.^a En los casos de uso medicinal, el de soja puede sustituir al de oliva.

España, con sus magníficos aceites, frutas, vinos, legumbres, etc., es todo de tan excelente calidad, que el español está acostumbrado a lo verdaderamente exquisito; vienen estas hecatombes, como la guerra europea, la tremenda postguerra, sus escaseces y restricciones, los sustitutivos, la comparación, y surge el conflicto, aunque, repito, *el sustitutivo no sea malo*; ejemplo: un plato de soja, guisado al estilo de nuestra judía, compara la judía del Barco, la lenteja de Estella con la japonesa soja, y ésta sale malparada, aunque científicamente le digamos su enorme poder nutritivo; que estampa japonesa, que conservo en mi archivo, de soja, dice: «Un kilogramo de soja equivale a 13,7 litros de leche de vaca; a 66 huevos de gallina; a 3,500 kilogramos de carne de vaca.» Yo puedo asegurar que un glotón *no puede* con 50 gramos de soja guisada. «Desde luego, tiene usted razón; pero prefiero las judías del Barco a la soja.» Es el hombre de Oriente con el de Occidente; como son dos civilizaciones, dos gustos, dos floras tan opuestas, que en Occidente nos sobra lo que les falta en Oriente. ¿Cómo va el español a pensar en el aceite de soja teniendo ese aceite de Montoro, Andújar, Torredonjimeno, etc.?

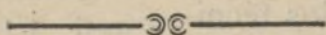
Exacto a cuanto hoy se dice del aceite se decía en guerra; se decía de aquellos guisados de soja que en embajadas, cárceles y particulares consumían. ¡He oído tantas opiniones.

Pero insisto que, como *sustitutos*, bromatológicamente son muy respetables; que son gustos opuestos entre Oriente y Occidente, y que industrializando la soja en nuestra España, podría ser una colosal fuente de riqueza con miras a todo lo pecuario: la leche vegetal en el aspecto médico, el aceite para usos de la industria jabonera, lubricantes, ducos y pinturas, fábricas de lecilina, caseína, materias plásticas; en una palabra, esos doscientos derivados de la maravillosa *Soja hispida* L de las papilionáceas, orden de las leguminosas.

Estas consideraciones nos llevan a la famosa frase de LINNEO: «España es la India de Europa». Tenemos cosas en el orden vegetal tan magníficas, tan exquisitas; estamos tan acostumbrados a lo bueno, que no admitimos lo menos bueno y ponemos peros a lo que en naciones del otro hemisferio lo califican de excelente.

Esto es lo que ocurre con el aceite de soja; como nos pasaría igual se comparásemos nuestros vinos de Jerez, naranjas de Valencia, frutos de la Rioja, harinas de la Sagra, aceites de oliva andaluces y del Bajo Aragón, etc., etc.

Pero convengamos que el aceite de soja le podemos usar con plena confianza al escasear el nuestro de oliva, y pensemos que seiscientos millones de seres humanos lo usan.



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

LA CRENOTERAPIA Y LA SENECTUD

por el

Doctor DOMINGUEZ GIL

Es indudable que uno de los problemas más interesantes de la Hidrología médica es «la crenoterapia y la senectud»; pero también tenemos que admitir que se olvida de un modo injusto la atención que se merece tema tan importante y sugestivo.

Es natural que, consiguiendo niños sanos y jóvenes fuertes, obtengamos un robustecimiento de la raza que puede rendir espléndidos beneficios a la patria; pero no olvidemos el valor y el papel de los que sacrificaron todos sus largos años al servicio de elevados ideales y que, al final de su vida, arrastran achaques y enfermedades que dificultan las aportaciones de estos hombres a la ciencia y al conocimiento de la Humanidad en época en que la experiencia de su mucha edad les dota de las mejores condiciones de consejo. Debemos, y tenemos la obligación moral, de prolongar la vida a los viejos y cumplir con ellos un tributo de justicia y de caridad, corrigiendo y previniendo los males propios de la senectud, y quizá sea la cura balnearia el medio más adecuado, utilizando una cura profiláctica suave, moderada y bien dirigida para conseguir evitar las interurrencias, aumentando la capacidad funcional, retrasando los fallos y complicaciones de los aparatos circulatorio, respiratorio, urinario y digestivo, culpables casi siempre de las afecciones y muerte de los ancianos.

Una vez expuestas las consideraciones anteriores, vamos a entrar de lleno en nuestro tema, y comenzaremos por el concepto de vejez.

Si tomamos el concepto de vejez en sentido amplio y desde el punto de vista zoológico, no es

extraño que llegue a decir HAVELCK ELLIS que el hombre desde el tercer año de su vida en adelante, su ulterior crecimiento, en absoluta y necesaria adaptación del medio, es crecimiento en degeneración y senilidad, aunque en las razas humanas los progresos hacia la vejez son menos marcados que en las razas más inferiores.

Dada la amplitud de este trabajo, no vamos a hacer una crítica fundamental de lo que puede entenderse por vejez y sus caracteres anatómicos, fisiológicos e histológicos. Como proceso patológico bien diferenciado, no lo admite la generalidad de los autores; pero la «sabiduría popular» viene de antiguo apellidando viejo prematuro a todo individuo en que, rota la adecuación funcional de todos sus órganos y tejidos, de la cual es responsable anatómicamente, el predominio del tejido conjuntivo y de la degeneración que, poco a poco invade todos los órganos.

Lo que más nos interesa diferenciar ahora es lo que puede ser comienzo de vejez adelantada y lo que podría ser un decaimiento momentáneo. Porque la vejez no tiene involución, y la astenia simple y aun ciertas lesiones histológicas constituidas tienen distinto pronóstico. Hay que tener presente que una parte enferma de nuestro organismo influye sobre toda la constitución de nuestro cuerpo y le da un matiz morboso, que en modo alguno podría considerarse como de envejecimiento.

Si consideramos la vejez como una debilidad orgánica en consonancia con el desgaste natural y armónico que la misma vida acarrea, decimos que no tiene tratamiento; pero es precisamente

en esta edad cuando se puede desarrollar una profilaxis mediante una serie de prácticas o medidas en relación con las energías de cada sexo, y en esto es donde la crenoterapia adquiere una importancia vital; es lo que pudiéramos llamar «medicación compensadora»; así, en las estrecheces e insuficiencias cardíacas, tonificando el miocardio y disminuyendo la resistencia; en las alteraciones pulmonares, favoreciendo la amplitud del otro pulmón, tonificando los músculos respiratorios para facilitar la hematosis, etc., etc.

Es necesario, para alcanzar estos resultados, que el organismo responda al estímulo que se le pide, y que algunas veces traspasa la línea y los límites del organismo saludable.

Es natural considerar que el efecto curativo de los factores crenoterapéuticos es el resultado de diferentes acciones; así, tenemos la acción química, las aguas minerales son soluciones complejas de sales e iones, la acción térmica, mecánica, etcétera.

Una gran ventaja que tenemos con el tratamiento de las aguas es que podemos producir *pequeños estímulos* que se adicionan sucesivamente, dando lugar a reacciones lentas y no *exigiendo* demasiado al organismo, cosa que es de suma importancia en los viejos, en los que una medicación violenta puede dar lugar fácilmente a una serie de descompensaciones en distintos órganos de consecuencias letales.

En general, podemos decir que la crenoterapia puede mejorar la circulación y el trabajo del corazón; mediante la hiperemia que produce, mitiga los dolores y favorece las funciones de los órganos, en las inflamaciones crónicas, y mediante acciones térmicas locales e intensas produce su reabsorción.

Es un método curativo que posee una influencia activadora y estimulante y que, al mismo tiempo, es bastante intensa y suficientemente suave; eleva la capacidad de reacción y de defensa que están

muy disminuídas en la senectud por el natural proceso de involución. La crenoterapia es una terapéutica capaz de restablecer la armonía entre las funciones de los diversos órganos y que durante la vejez está desequilibrada, en perjuicio del individuo.

En los viejos, la aplicación de un agua mineral medicinal puede ser perjudicial si no tenemos en cuenta las *contraindicaciones* de los distintos aparatos; así, en el circulatorio, la arteriosclerosis y lesiones valvulares, sobre todo la estenosis mitral; en el respiratorio, las bronquitis crónicas, más que por la acción del agua, que puede estar perfectamente indicada, por la altitud de la estación balnearia; en el digestivo, por disminución de fermentos digestivos y aminoración de fuerzas contráctiles del tejido muscular del tractus digestivo, así como los obstáculos en la circulación porta, y finalmente, en el aparato urinario tenemos el frecuente infarto de próstata, que se puede producir por una cura hidrológica enérgica e intempestiva.

Para terminar, diremos que las indicaciones de la cura crenoterápica en la senectud son las mismas que en cualquier otra época de la vida, pues teniendo en cuenta lo dicho en párrafos anteriores, y evitando una reacción violenta a un organismo que por su trabajo está muy gastado y que cualquier sobrecarga funcional puede dar lugar a una alteración de las distintas funciones orgánicas, pudiendo plantearse serios y graves problemas al médico hidrólogo, que debe evitar. Con dichas precauciones, y vigilando siempre el estado del corazón, riesgo cerebral y sistema urinario, se puede, no sólo salir airoso, sino que tenemos la oportunidad de poder hacer más llevadera la vida a los hombres, que, una vez cumplida su misión en este mundo, están llegando al fin de su existencia, puesto que inevitablemente se cumple el viejo aforismo que dice: «El joven puede morir; pero el viejo no puede vivir.»

VERISCAL "C"
 Gluconato de cal 10 %, Vitamina "C" 1.000 U. I. En ampollas separadas. Cajas de 2, 5 y 10 c. c.

VERISCROM y VERISCOLINA
 Solución de mercurocromo al 4 %. Solución de clorhidrato de colina al 1 %.

SULFAFEDRINA
 Sulfamida y efedrina para instilaciones rinofaríngeas.

NUTRIHEPAT "B"
 Terapéutica hepatovitamínica. Ampollas de 1, 2 y 5 c. c.

LABORATORIO VERIS, Juan Bravo, 55 : - : Apartado 4097. — MADRID

«Publ. Med. Garsis».

Divulgaciones del exterior

EL NIÑO Y LA ENFERMEDAD ⁽¹⁾

por el

Profesor ROBERT DEBRE

De la Academia de Medicina.

La actitud del niño frente a la agresión mórbida no sólo interesa al médico, no sólo a los padres, no sólo a los pedagogos, sino a todos aquellos que quieren estudiar el destino del hombre y reflexionar sobre el porvenir de nuestra especie. Quisiéramos tratar de poner en claro algunas ideas acerca de la resistencia del niño a la infección, así como acerca del problema de las enfermedades, las lesiones y las deformaciones congénitas.

La conducta del niño frente a la agresión microbiana es totalmente singular; está constituida, en verdad, por una resistencia particular y, al mismo tiempo, por una gran sensibilidad. Así, el niño muy pequeño, el recién nacido, evita ciertas enfermedades: no tiene escarlatina, casi nunca difteria o paperas. En cambio, su sensibilidad es extrema frente a ciertas infecciones: al contacto con un adulto afectado por un simple catarro, puede resultar contaminado y sufrir una severa bronconeumonía. No conocemos todas las razones de esa doble actitud. Sin embargo, ciertos elementos parecen evidentes, especialmente la transmisión de sustancias protectoras por la madre al niño que lleva en su seno. Una mujer que, en su infancia, ha tenido sarampión, conserva en sus humores, durante toda su vida, sustancias protectoras frente a esa enfermedad y, durante el embarazo, las transmite al niño. Después del nacimiento, el cuerpo del recién nacido está como empapado por ellas. Poco a poco, adopta su propia personalidad biológica y pierde esa inapreciable herencia materna. No está ya protegido. Entonces, podrá alcanzarle la contaminación y, a su vez, deberá forjarse, por sus propios medios, su inmunidad personal. Así, puede agregarse que tal vez la leche materna contiene también algunas sustancias inmunizadoras que van a reforzar y prolongar la inmunidad adquirida antes del nacimiento. El sarampión no es la única enfermedad frente a la cual se observa esa feliz protección. Con el doctor RAMÓN, hemos podido comprobar que, mientras la toxina antitetánica no pasa del organismo materno a través de la placenta, por el contrario, la antitoxina tetánica que se desarrolla en el organismo materno después de la vacu-

na impregna el cuerpo del niño: éste conserva durante cierto lapso el beneficio de la protección adquirida de esa forma. Es posible que los niños de pecho, en los que «no prende» la vacuna contra la viruela, sean ricos en sustancias inmunizadoras adquiridas antes del nacimiento, a consecuencia de la vacuna anterior de su madre.

Esa explicación de la resistencia a la infección, que presentan en algunos casos los niños de pecho y los recién nacidos, por válida que sea, no es la única. Parece indudable que los tejidos jóvenes están dotados, frente a determinadas agresiones microbianas, de singular resistencia, que se atenúa y desaparece con la edad: la franca pulmonía es en el niño menos grave que en el adulto vigoroso, la fiebre tifoidea mucho menos severa a los diez que a los veinte años.

También es indiscutible la sensibilidad especial del niño. Dos de sus caracteres pueden ser destacados. Ante todo, los niños, y especialmente los niños pequeños, son decididamente receptivos frente a infecciones pulmonares como la bronconeumonía (distinta de la franca pulmonía de que acabamos de hablar). La mortalidad más elevada en los primeros meses de vida se debe a las bronconeumonías durante el invierno y a los trastornos digestivos, durante el verano. Ahora bien: las bronconeumonías son causadas por microbios muy vulgares, en medio de los cuales vivimos constantemente. Todo lleva a pensar que, a través de ese contacto, gracias a una serie de infecciones ligeras, nos inmunizamos en el curso de nuestra existencia frente al ataque de los mismos; en cambio, el niño pequeño, cuyo organismo es nuevo, soporta mal el ataque y, si éste es violento, si el frío, la mala nutrición, la alimentación con leche de vaca (alimentación que conviene al ternero pero no al hombrécito) le han debilitado y han disminuído su resistencia.

Pero no es eso todo; es preciso recordar que las enfermedades infecciosas del hombre, como las del animal, son determinadas por dos especies de gérmenes muy distintos: las bacterias visibles, por una parte, aquéllas cuyo aspecto y propiedades conocemos, aquéllas que cultivamos y estudiamos desde PASTEUR: el neumococo o el estafilococo, el bacilo de la fiebre tifoidea, de la difteria o de la peste y tantos otros y, además, por

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

otra parte, los gérmenes invisibles, que se denominan virus y que tienen propiedades especiales: ante todo, la de no ser visibles con nuestros microscopios usuales, tan pequeños son, y, además, su extraordinaria difusión en el suelo, el agua, el aire. El número de los gérmenes visibles es escaso al lado del número inimaginable de virus. Ahora bien: esos virus son especialmente dañinos para los animales jóvenes, inclusive para el niño. Sin duda, los adultos siguen siendo sensibles frente a algunos de esos virus, el del simple catarro («coryza»), el de la gripe, el de la encefalitis epidémica y otros tantos. Pero, en conjunto, las personas mayores son mucho menos sensibles a la acción de los virus que los jóvenes.

El ser viviente está compuesto, como es sabido, por dos partes: el soma y el germen. El soma es el conjunto de todo el cuerpo; el germen, el conjunto de las células sexuales. En los seres bisexuados, las células sexuales masculina y femenina se funden en el curso de la fecundación para formar un individuo nuevo. Cada célula sexual contiene en su núcleo pequeñas formaciones—denominadas cromosomos—, muy particulares por su número, su relación, su forma característica respecto de cada especie, y las cuales son portadoras de todo el patrimonio hereditario. Así es como, de modo indefinido, se prolonga la herencia. El cuerpo no es sino a modo de soporte provisional del germen, dotado de la herencia. Este es eterno. Cuando el cuerpo ha cumplido su misión, la de asegurar la fecundación y, por consiguiente, la supervivencia del germen, envejece y muere tras una existencia efímera. El germen inmortal se deshace del cuerpo mortal. Ahora bien: lo que le ocurre al cuerpo, al soma, no es transmisible a su descendencia.

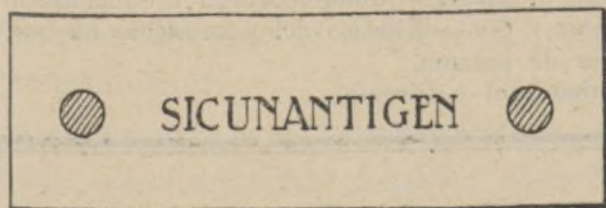
Las enfermedades que sufre, las inmunidades que se crea le son propias. Todo desaparece con él, mientras que el germen sigue transmitiendo, de generación en generación, las cualidades que lo caracterizan. Como se advierte, es decisiva la

distinción entre los incidentes mórbidos determinados en el cuerpo por la acción del mundo exterior y aquellos otros que se deben a las taras de la herencia.

Un ejemplo: he aquí un niño afectado por una deformación del corazón. Los orificios del corazón se han cerrado mal durante la vida intrauterina, la sangre venosa se mezcla con la sangre arterial: el niño está violeta, sufre la llamada «enfermedad azul». Será muy difícil que sobreviva. Ahora bien: en casos tales, la lesión se debe a una infección que ha sufrido la madre durante el embarazo. Un médico australiano ha observado la frecuencia inusitada de las deformaciones cardíacas de los nacidos en una determinada clínica, y ha podido comprobar que sólo resultaban afectados los recién nacidos cuyas madres habían sufrido rubeola al principio del embarazo. En otros casos, por el contrario, la lesión se debe a una tara transmitida por los cromosomos. En el primer caso, el niño, si sobrevive, no transmitirá ninguna enfermedad a su descendencia, aun la más remota; no ocurre lo propio en el segundo caso.

Una lesión cerebral, como vemos desgraciadamente con excesiva frecuencia en los niños pequeños, puede estar relacionada con una tara hereditaria, familiar, cuyo origen será nítidamente establecido por el estudio de los antecedentes, o con un ataque sufrido durante la existencia intrauterina—una enfermedad de la madre, un traumatismo—, o por un accidente ocurrido durante ese episodio peligroso que constituye el parto. Como se advertirá, estamos lejos de la vieja patología, que, al lado del accidente obstétrico, atribuía todo a una sífilis hereditaria, cuya prueba no era suministrada nunca y que se invocaba a tontas y locas.

El estudio de las enfermedades congénitas relacionadas con la herencia se prestaría a infinitos desarrollos. Hemos de limitarnos. Señalemos tan sólo que tales enfermedades pueden no aparecer



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

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

Información. Apartado 5.039 - MADRID

en el momento del nacimiento sino diez, quince o veinte años más tarde, o incluso después. Las más de las veces, la hipertensión de los adultos e inclusive la hipertrofia de la próstata de los ancianos está inscrita por adelantado en el gran libro del patrimonio hereditario. ¿No ocurre acaso lo propio con nuestro temperamento, nuestras tendencias físicas y morales? Una parte de éstas están determinadas por la influencia que ejerce en

nosotros el mundo exterior, ya que somos plásticos, moldeables, imitadores. Otra parte es establecida por nuestra herencia.

Y así nos dirigimos hacia uno de los problemas más esenciales de los que dominan la educación de cada niño, la orientación de cada grupo humano: ¿cuál es la misión relativa de las tendencias adquiridas y de las influencias recibidas? ¿Cómo podemos actuar sobre la naturaleza humana?

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR (9 de noviembre de 1946.)

Concepciones y técnicas inéditas en roentgenología del aparato urinario, por F. Martino Savino.
Nuevos puntos de vista en la interpretación y tratamiento de la carditis reumática, por F. González Suárez.
La curierroentgenterapia del cáncer cérvicourinario, por A. Crespo.
El viaje a París del director de Sanidad, por I. de Magerit.
Benito Pérez Galdós y la Medicina (XI), por F. J. Cor-tezo.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO (23 de noviembre de 1946.)

La patogenia de determinadas pigmentaciones y acromias, por J. Mercadal Peyri.
Impresiones de un año hidrológico, por J. García Ayuso.
El baúl de las sanguijuelas, por J. Blanco Juste.
Recientes avances en patología de la nutrición, por E. Arias Vallejo.
Benito Pérez Galdós y la Medicina (XII), por F. J. Cor-tezo.

ACTA PEDIATRICA ESPAÑOLA (Madrid, octubre de 1946.)

Gil.—Irradiación de las amígdalas en la infancia.
Irizar.—Enfermedad de Oppenheim.
Azarola.—Cirrosis hepática.
Fernández Noguera.—Empleo terapéutico del suero de lactato sódico.
Hurle.—Muerte cinco días después de una inyección antité-tánica.
Martínez Vargas.—Historia de la Pediatría en España.

ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD DE ESTUDIOS CLINICOS DE LA HABANA (Marzo-abril de 1946.)

Levy y Reyes.—Megacolon congénito. Su tratamiento quirúr-gico por las denervaciones simpáticas.

PROCEEDINGS OF THE SATFF MEETINGS OF THE MAYO CLINIC

(Rochester, 18 de septiembre de 1946.)

Carrier.—Papel de la hiperventilación en los trastornos fun-cionales.
Lake.—Rinitis medicamentosa.
Kennedy y Clagett.—Atresia congénita de esófago.

MINERVA MEDICA

(Torino, 1 de septiembre de 1946.)

Gasbarrini.—Adenocarcinoma primitivo duodenal de sintoma-tología atípica. Angiolecistitis y hepatitis ascendente.
Abscesos hepáticos múltiples.
Giunti y Buttaro.—Influencia de la tiroxina sobre el recam-bio proteico.
Secco.—Terapéutica de la descompensación circulatoria.

BULLETINS ET MEMOIRES DE LA SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

(5-12 de julio de 1946.)

Belbenoit y Loy.—Diagnóstico por el neumoperitoneo de un hígado sifilítico.
Huguenin y Favet.—Tratamiento de los epitelomas prostáti-cos por el estilbestrol.
Mussio Fournier y Poumeau Delille.—Disminución de la se-creción lagrimal, sequedad de la boca sin polidipsia, caída de los dientes y de los cabellos.
Durand, Benmusa y Caruana.—Tratamiento del kala-azar por el 2168 R. P.
Troisier, Brouet y Durer.—Eritema nudoso y pleuresía sero-fibrinosa simultáneos con modificación de alergia tubercu-línica.
Riser.—Narcolepsia e hipoglucemia permanente.
Riser, Arlet y Dardenne.—Epilepsia por hipoglucemia paro-xística espontánea al esfuerzo.
Becq, Dardenne y Lazorthé.—Suprarrenalectomía por estado anginoso subintrante en un hipertenso.
André y Feillard.—Intoxicación grave por el tetracloruro de carbono.
Jacob, Langle y Langle.—Bronquioectasia y etmoido-antritis.
Even, Lecoeur y Sors.—Fracaso del tratamiento no quirúrgico del cáncer de pulmón.
Welti.—Aminotiazol y Cirugía.



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

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 Darlán. *Algunas consideraciones sobre el problema de nuestros huérfanos*, por el Dr. S. García Vicente. NUESTRO BUEN HUMOR. INFORMATORIO PROFESIONAL. *Sección oficial.*

BOLETIN DE LA SEMANA

En este número encontrarán nuestros lectores un artículo del doctor don Saturnino García Vicente que se refiere a la situación en que actualmente se encuentra el Patronato de Huérfanos de Médico, que le obliga a consultar a la clase sobre las soluciones posibles para el problema del sostenimiento de los huérfanos y la forma en que haya de realizarse en lo por venir.

Conocida o no del público, nuestra actitud con respecto al Colegio de Huérfanos venía siendo sostenida enérgicamente por nosotros desde que la intervención del doctor Enrique Súñer en este asunto nos produjo una lógica desilusión que vino a agravar nuestra situación de ánimo, creada por los atropellos inadmisibles que se cometieron con el doctor don Carlos María Cortezo a raíz del cambio de régimen en España.

Dejando a un lado nuestra condición sanguínea con el doctor Cortezo, como médicos, como caballeros y como españoles teníamos necesariamente que sentir el peso de la grave ofensa que se hizo a nuestro inolvidable maestro sin motivo ni fundamento, por el solo deseo de mortificar a quien no se debía más que la admiración, el respeto y el agradecimiento.

Desde entonces nos propusimos no intervenir en forma alguna en este asunto; pero la actitud del doctor García Vicente nos ha creado el problema moral y sentimental de no dejar solo a quien enarbola con devoción la bandera que mantuvo don Carlos María Cortezo durante los años en que el Colegio de Médicos marchó por la senda marcada en sus Estatutos sin tropiezos ni dificultades.

El doctor García Vicente aconseja a todos los médicos que en la votación o plebiscito a que los

convoca el Consejo de Colegios se decidan por sostener la primera de las propuestas que figuran en la convocatoria publicada en el «Boletín» del Consejo.

Nosotros, desde este lugar, que es nuestra tribuna para hablar con los compañeros, unimos nuestra opinión totalmente al lado de lo que propugna el doctor García Vicente, y en el mismo sentido aconsejamos a nuestros amigos que manifiesten su decisión.

Después, cuando hayamos conseguido que la línea fundamental del Estatuto del Colegio de Huérfanos se mantenga recta, sin desviaciones oportunistas que cambian el fondo ético de la institución, después hemos de abordar con toda energía las soluciones que lleven al fortalecimiento económico del Patronato para que pueda cumplir su cometido con arreglo a lo que opinamos.

Ello no ha de ser difícil. Téngase en cuenta que el número de los médicos y el alcance de sus actividades no puede dar el espectáculo bochornoso de que falte dinero para cumplir compromisos tan sagrados como el del amparo a nuestros huérfanos.

Las soluciones vendrán, claras y eficientes, y si hoy mismo en estas líneas no apuntamos algunas es porque entendemos preciso que antes de proponerlas se mediten y estudien con todo detenimiento.

En resumen lo que interesa de manera urgente es llevar al ánimo del Patronato que todos los médicos de España están resueltos a que no se varíe el sentido de la honrosa fundación que representan y además que todos procuraremos ayudar a que el Patronato pueda resolver la cuestión económica con la amplitud que estime necesaria.

DECIO CARLAN.

Algunas consideraciones sobre el problema de nuestros huérfanos

por el

Doctor S. GARCIA VICENTE

Inspector honorífico del Patronato de Huérfanos de Médicos.

Es indudable que la clase médica española tiene una entidad rectora que desarrolla actuación dinámica activa y prestigiosa; todos los problemas que nos afectan son abordados y puestos en vía de resolución con elevación de propósito y deseos de acierto. Por ello, y además por las circunstancias especiales que concurren en esta época angustiosa del mundo y de la sociedad, creemos que la crítica severa y fría secuela y corolario obligado de toda actuación directiva (sobre todo en entidades profesionales de tan destacado matiz cultural e intelectual como la nuestra) debe dejar paso a la ayuda y colaboración cordiales, con la aportación leal y efusiva de las consecuencias que la experiencia y conocimiento de los asuntos, derivada de una vocación o de una preocupación reiterada, puedan completar y mejorar los actos de gobierno de nuestros directivos.

Al leer en el último número del «Boletín del Consejo General de Colegios Médicos» la consulta que dirige éste y el Patronato de Huérfanos a los médicos españoles para que elijan entre tres proposiciones de cumplimiento de los deberes para con los hijos de nuestros hermanos muertos, he querido exponer mi criterio sobre el asunto, derivado de la experiencia adquirida con mi actuación personal, en el enfocamiento y resolución de este problema durante la pasada guerra, en su desenvolvimiento creciente durante los primeros años después de aquélla y en la convivencia y contacto reiterado e ininterrumpido desde el año 1936 hasta la fecha con nuestros huérfanos de ambos sexos en sus internados de Madrid y Valladolid.

Y de ello hemos adquirido el absoluto convencimiento de que para que el Patronato de nuestros huérfanos sea digno de tal nombre, debe conceder igual importancia a todos los factores de protección, que son a saber: sostenimiento económico de los niños, instrucción adecuada según sus aptitudes y circunstancias, educación religiosa y moral y, como complemento, hacerles sentir la dignidad y espíritu paternal que impregna el amparo que reciben, para ir desvaneciendo así poco a poco el complejo de tristeza hosca que en más o menos intensidad hemos visto siempre en todos estos pequeños seres, a los que ha fallado bruscamente el puntal material y espiritual más eficaz de su vida.

De estos factores, los primeramente descritos no se pueden llevar a cabo de una manera segura y completa, según nuestra experiencia, más que en los internados regidos por religiosos. El último factor expuesto tienen que realizarlo los médicos, que con vocación, tiempo disponible y amor a nuestros pequeños, se constituyen en este sentido en colaboradores del Patronato.

La obligación de sostener, instruir y educar a

nuestros niños no necesita comentarios; pero el que precisamente tenga que realizarse en internado religioso, fué lo que inspiró y orientó la realización magnífica de cordialidad y eficiencia de nuestro don Carlos María Cortezo, de perdurable memoria, y nos lo ha demostrado además los resultados deplorables de orientaciones distintas a este postulado, y en este aspecto nos hemos dirigido siempre a nuestros compañeros, a través de editoriales y artículos, en el «Boletín del Consejo» durante los años en que contribuimos a ejercer la actuación directiva en sus distintos organismos y tras aquellas descripciones y exhortaciones que procurábamos rodear solamente de todo lo que había de puro y angelical en nuestros pequeños, se ocultaban tragedias y conflictos del más profundo y triste dramatismo, que acaecían siempre en huérfanos no internados, y el recuerdo de esto angustiaba de amargura nuestros días y nuestras noches, en obsesión torturante de que a nuestros hijos les hubiese podido pasar algo parecido si hubiésemos muerto.

Nuestros huérfanos, todos nuestros huérfanos, niños y niñas, deben estar internados en colegios religiosos, como lo están los de los farmacéuticos, los de los militares, marinos, ferroviarios, funcionarios de ministerios, maestros y los de todas las entidades que sienten como es debido este problema. Y ello se hará sin duda sin dar preponderancia a los varones sobre las niñas, pues si importante es conseguir que los muchachos lleguen a ser hombres caballerosos, capaces de ganarse honradamente la vida, es trascendental que las niñas estén encarriladas desde sus más tiernos años por normas estrictas de religiosidad, moralidad y adecuada cultura que aseguren la futura mujer buena y digna, imagen de nuestra madre, y que todos deseamos ver conseguida en nuestras hijas.

Consecuencia de lo expuesto es el ruego que hacemos a los médicos españoles para que al requerimiento de votación propuesto por el Consejo, sobre los tres proyectos de solución, se pronuncien decididamente por el *primero*, que supone la continuación del actual régimen de internado de niños y niñas; bien entendido que aunque esta determinación no resuelva por ahora totalmente el problema, deja el camino iniciado para la solución digna del mismo.

El sostenimiento económico total del Patronato debe resolverse como sea; cuando organizamos la recogida y protección de los huérfanos durante la guerra, apenas disponíamos de fuentes de ingreso para sostener los internados y, sin embargo, fué aumentando progresivamente el número de los acogidos, y bien a la vista está el incremento extraordinario que el actual Consejo ha dado a la potencia económica del Patronato; siga

este camino, y con su actual organización administrativa, modelo de eficiencia, honestidad y competencia técnica, podrá abordar con la mirada puesta en el amor hacia nuestros huérfanos (y para ello le ofrecemos nuestra colaboración modesta en el saber y entender administrativo, pero enjundiosa en experiencia personal sobre el asunto) la captación de nuevas fuentes de ingresos para la resolución total del problema a base de internado, anteponiendo este propósito a otros de posible dispendio y que no serán nunca tan obligatorios como esta sagrada herencia que en esperanza súplica nos transmiten nuestros herma-

nos al morir, dejando en nuestras manos sus hijitos desvalidos, no para que seamos solamente unos fríos pagadores que les entreguen cierta cantidad periódica, sino para que nos obliguemos a hacerlos buenos, trabajadores y religiosos y vean además estos niños, en nosotros, en el Patronato (como su nombre lo indica) el milagro de la permanencia de sus padres en la tierra.

Y sus alegrías, sus confidencias ingenuas, sus miradas limpias, brillantes y agradecidas, nos harán gustar algo excepcionalmente puro y elevado y sabremos de una de las cosas más bellas de la vida.

NUESTRO BUEN HUMOR

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

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

FALLO DE LOS CONCURSOS CUYO PLAZO TERMINO EL 30 DE SEPTIEMBRE Y EL 15 DE OCTUBRE

1.º *Concurso del 30 de septiembre.*—La Comisión calificadora acordó declarar desierto este concurso.

2.º *Concurso del 15 de octubre.*—La Comisión calificadora acordó premiar a don J. M. Tapia, de Montearagón (Toledo), por la ocurrencia que lleva como título «Histórico», publicada en el número de 5 de octubre, página 549.

Igualmente acordó premiar a don G. Ortiz Herráiz, de Muruzábal, por el «Sucedido, aunque parece cuento», publicado en el número de 12 de octubre, página 582.

Ambos señores deberán dirigirse a la Dirección de EL SIGLO MÉDICO indicando la obra que cada cual elija de las ofrecidas de la Colección Like que se detallan en el anuncio del concurso publicado en la página 313 de nuestro número de 24 de agosto de 1946.

La Editorial Javier Morata les remitirá las obras que sean elegidas a su domicilio y libres de todo gasto.

EN LA CLASE DE FARMACOLOGIA

Por J. L. Viñuela, de Hinojosa de Duero.

Profesor.—Deben ustedes tener especial cuidado, al formular, con las faltas de ortografía, etc., pues a menudo se juzga de la competencia por estos detalles. Así, pues, señor Fulánez, ¿cómo se escribe hydrastis?

—Con H.

—¿Y strophontus?

—Strophontus..., con B.

EN EL RESTAURANTE

Por J. L. Viñuela, de Hinojosa de Duero.

Un *nue...* borrico llama al camarero y le dice indignado:

El N. B.—Camarero, este pescado está en pésimas condiciones; no puede comerse.

El C.—Perdone el señor; pero el inspector bromatológico ha certificado su excelente estado.

El N. B.—Las cosas de comer no son para tomarlas a broma, y otra vez que certifique un «seriotológico».

SANATORIO PEÑA - CASTILLO

(SANTANDER)

SISTEMA NERVIOSO. - APARATO DIGESTIVO. - NUTRICION

ONCE HECTAREAS DE PARQUE. - VARIAS VILLAS

SECCION ESPECIAL PARA TOXICOMANOS

Director: Dr. MORALES.

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 4.219.)

Informatorio profesional

INAUGURACION DEL INSTITUTO ESPAÑOL DE HEMATOLOGIA

El lunes 11, a mediodía, se celebró la inauguración de los nuevos locales del Instituto Español de Hematología y Hemoterapia, que vienen a completar la instalación de este gran establecimiento sanitario español. A dicha hora llegó al Instituto, instalado en la calle del General Oraá, el ministro de la Gobernación, don Blas Pérez González, que fué recibido por el director del Centro, don Carlos Elósegui, a quien acompañaban autoridades, jerarquías y numerosos profesionales.

Seguidamente, el párroco de la iglesia de la Concepción pasó a los laboratorios, bendiciendo los locales del Instituto, y luego, autoridades e invitados, pasaron al salón de actos. El ministro ocupó la presidencia, y a su derecha se sentaron el director general de Sanidad, doctor Palanca, y el marqués de la Valdavia, en representación del alcalde de Madrid; y a la izquierda, el doctor González Bueno, presidente del Consejo general de Colegios Médicos; el general Gabarda, el señor Gómez Pereira y el gobernador de Badajoz. Dada lectura de las disposiciones oficiales, por las cuales se concedió la Cruz de la Orden de Sanidad Civil a los más generosos donantes de su sangre, don Blas Pérez González impuso las insignias a doña Eloísa Cano, doña Consuelo Fernández, don Felipe Camino y don Manuel Corral, todos los cuales fueron muy aplaudidos.

Concedida la palabra al director del Instituto, doctor Elósegui, hizo un acabado estudio de la labor desarrollada por el Instituto, y a continuación el ministro de la Gobernación señaló cómo esta obra significa un jalón más en el avance de la política sanitaria española, estimulada constantemente por nuestro Caudillo. Hizo un cálido elogio del doctor Elósegui y destacó que el Gobierno reconoce la calidad del esfuerzo y ha procurado, y procurará en lo sucesivo, su desenvolvimiento eficaz. Para ello destinó la cantidad precisa del fondo de atenciones benéfico-sociales para adquirir este inmueble, que ahora se nos ofrece con tan perfecta y eficaz instalación.

Concluyó el ministro expresando su gratitud a todos y afirmando la satisfacción con que el Jefe del Estado y su Gobierno contemplaban esta obra de verdadera y patriótica eficacia.

CONFERENCIA DEL DOCTOR VEGA DIAZ

El pasado día 7, y en el aula del Instituto de Patología del Hospital Provincial, que dirige el profesor Marañón, tuvo lugar una conferencia del doctor Vega Díaz sobre el tema «Fisiopatología del desmayo».

Tras de unas palabras del profesor Marañón, comenzó el doctor Vega su disertación estableciendo el diagnóstico diferencial y, al mismo tiempo, los lazos de unión entre el síncope, el colap-

so y el shock. El síncope propiamente dicho viene a ser el resultado clínico de tres factores: uno cardíaco, otro vascular, un tercero cerebral, con una transmisión a cargo del sistema nervioso vegetativo y una realidad final: la afección del sistema nervioso central.

Los síncope pueden ser clasificados desde el punto de vista clínico en: precardiácos, cardiogénicos y postcardiácos. Los síncope cardiogénicos pueden tener lugar por asistolia o por aceleraciones paroxísticas de la frecuencia circulatoria.

La fisiopatología de todas las formas y posibilidades clínicas del síncope fué estudiada por el doctor Vega Díaz de modo magistral, acompañando su interesante lección con la proyección de electrocardiogramas y encefalogramas. Las bases clínicas de los estados sincopales quedaron perfectamente sentadas a lo largo de toda la conferencia, al ser estudiados todos y cada uno de los factores y hechos experimentales y de observación que las integran, reuniéndose en una excelente visión de conjunto las múltiples facetas de este problema complejo, cuyo conocimiento es tan trascendental para el médico general, el cardiólogo y el psiquiatra.

La numerosa concurrencia que llenaba el aula premió con un prolongado aplauso la lección del doctor Vega Díaz.

INAUGURACION DEL CURSO EN LA SOCIEDAD DE PEDIATRIA

En el local del Colegio de Médicos se celebró el jueves por la tarde la solemne sesión inaugural del curso académico. Presidió, en representación del director general de Sanidad, el jefe provincial, don Víctor Cortezo.

El doctor Muñoyerro Pretel dió lectura de la Memoria de Secretaría, dando cuenta de los trabajos realizados en el pasado curso y de los presentados al concurso de premios convocado, y el fallo emitido por los tribunales.

El doctor Sáinz de los Terreros presentó al doctor Garrido Lasteche, que dió lectura al discurso inaugural, sobre el tema «El niño en la Clínica quirúrgica». Se trata de un trabajo personal, de alto nivel científico, que pone de manifiesto la labor que realiza el ilustre cirujano de la infancia.

La magnífica conferencia fué seguida con gran interés, y al final el doctor Garrido Lasteche fué calurosamente aplaudido por el numeroso auditorio.

El doctor Cortezo hizo uso de la palabra para ensalzar la labor intensa que la Sociedad de Pediatría realiza en favor del niño, y encomió el discurso del doctor Garrido Lasteche, para el que tuvo frases de elogio.

El acto terminó con la entrega de los premios a los autores de los trabajos galardonados en el pasado curso.

NUEVO ACADEMICO DE MEDICINA

El doctor don Juan Bosch Marín, que acaba de ser elegido por mayoría absoluta de votos miembro de la Real Academia de Medicina, en la Sección de Medicina y Especialidades Médicas. Especialidad de Medicina infantil.

El doctor Bosch Marín, jefe de Puericultura de la Sanidad Nacional y de la Obra Maternal e Infantil del Instituto Nacional de Previsión, tiene en su haber una hoja brillantísima de estudios, prolongada en las clínicas de Munich, Hamburgo, Colonia, Francfort y Berlín.

Su aportación científica a su especialidad es vasta y profunda. Aparte de los muchos trabajos publicados en profusión de revistas médicas, ha escrito varias importantes obras, entre las que destacan un tratado de Puericultura, otro sobre Derecho infantil y familiar español y una terapéutica clínica infantil.

SECCION OFICIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE JUSTICIA.—Anunciando a concurso de traslación entre médicos forenses de categoría de entrada las forensías vacantes que se relacionan.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 del Decreto de 17 de junio de 1933, modificado por el de 29 de agosto de 1935, y en la Orden complementaria del 20 de agosto de 1941, se anuncian a concurso de traslación entre médicos forenses de categoría de entrada las forensías vacantes en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción que a continuación se expresan:

Cabuérniga, en 10 de septiembre de 1946, por fallecimiento de don Francisco Herrera.

Mieres, en 19 de septiembre de 1946, por excedencia de don Mariano Hernández.

Huéscar, en 8 de octubre de 1946, por traslación de don José Almodóvar.

Sariñena, en 8 de octubre de 1946, por traslación de don Francisco Farré.

Ribadeo, en 8 de octubre de 1946, por traslación de don Vicente Jordán.

Cañete, en 8 de octubre de 1946, por traslación de don Víctor E. Martínez.

Alhama de Granada, en 8 de octubre de 1946, por traslación de don Lorenzo Domingo.

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 aquella 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 9-XI-1946.)

ORDEN de 7 de noviembre de 1946 por la que se restablece en la plantilla de destinos del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional el de inspector regional de Sanidad del Campo de Gibraltar.

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo propuesto por esa Dirección General y lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad,

Este Ministerio ha tenido a bien restablecer en la plantilla de destinos del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional el de inspector regional de Sanidad del Campo de Gibraltar, con jurisdicción sobre las localidades bajo el mando del general gobernador militar del citado Campo de Gibraltar y que integran la repetida zona territorial, en cuya función dependerá directamente de esa Dirección General.

A dicho fin queda suprimida en la propia plantilla de destinos el de médico de Sanidad Nacional para los Servicios de Algeciras.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 7 de noviembre de 1946.—*Pérez González*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 10-XI-1946.)

ORDEN de 5 de noviembre de 1946 por la que se autoriza la celebración, en la ciudad de Barcelona, de la segunda reunión nacional de sanitarios españoles.

Ilmo. Sr.: El éxito de la primera reunión de sanitarios españoles, celebrada en Madrid en la primavera de 1943, y el acuerdo unánime de los asistentes a la misma de que la segunda reunión tuviese lugar en la ciudad de Barcelona, así como la conveniencia de tratar de los diferentes hechos que se han producido en el transcurso de estos tres años, tales como la promulgación de la Ley de Bases de Sanidad Nacional y otras numerosas disposiciones oficiales, puesta en marcha de los nuevos Institutos provinciales de Higiene, Sanatorios, Dispensarios y demás servicios y consultorios, la activa participación en las tareas sanita-

FÓRMULA

Extracto galera officinalis.....	0,07	gr
Extracto gossiyum herbaceum.....	0,06	»
Nucleinato sódico.....	0,03	»
Acido fosfórico.....	0,02	»
Acido nicotínico.....	0,0001	»

MADREZAL

L. M. A. S. F. N. E. R. O. I. C.
A L A C T Ó G E N O
LABORATORIOS O. F. E.

Deposito 4042 Madrid (4)

(Censura Sanitaria 5947)

rias de farmacéuticos y veterinarios, auge de seguros sociales en los que colaboran intensamente las clases sanitarias, y adquisiciones científicas que conviene definir y propagar, aconsejan establecer este nuevo contacto, ampliándolo a todos los técnicos que de un modo oficial intervienen en el desarrollo y progreso de la Higiene pública y Sanidad de la nación.

Por todo lo expuesto,

Este Ministerio, de conformidad con lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad, ha tenido a bien autorizar la celebración, en la ciudad de Barcelona, de la segunda reunión nacional de sanitarios españoles, durante la segunda quincena de marzo de 1947.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 5 de noviembre de 1946.—*Pérez González.*

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 10-XI-1946.)

ORDEN de 7 de noviembre de 1946 por la que se nombra a doña Cecilia García de Cosa inspector regional de Sanidad del Campo de Gibraltar.

Ilmo. Sr.: Suprimido, por Orden de esta fecha, el cargo de médico de Sanidad Nacional para los Servicios de Algeciras de la plantilla del citado Cuerpo, y creado por la misma disposición el de inspector regional de Sanidad del Campo de Gibraltar.

Este Ministerio ha tenido a bien disponer, de conformidad con lo propuesto por esa Dirección General y lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad, que doña Cecilia García de Cosa, médico del Cuerno de Sanidad Nacional, cese en el destino de médico para los Servicios de Algeciras y pase a desempeñar el de inspector regional de Sanidad del Campo de Gibraltar, en las condiciones fijadas por dicha Orden.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 7 de noviembre de 1946.—*Pérez González.*

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 10-XI-1946.)

ORDEN de 6 de noviembre de 1946 por la que se convoca prueba de aptitud y selección entre médicos puericultores para el desempeño durante el período de dos años, prorrogables, de plazas de médicos puericultores ayudantes en los Servicios provinciales de Higiene Infantil que se citan.

Ilmo. Sr.: Vacantes las plazas de médicos puericultores ayudantes en los Servicios provinciales de Higiene Infantil de Barcelona (dos plazas), Málaga (dos plazas), Melilla, Oviedo, Santander, Santa Cruz de Tenerife y Sevilla (dos plazas), así como una en cada uno de los Servicios de Puericultura Rural de Villarrobledo, Segorbe, Mahón,

Vall de Usó, Castro del Río, Lucena, Huéscar, Motril, Guadix, Alcalá la Real, Andújar, Baeza, Martos, Torrecilla de Cameros, Jumilla, Estepa, Lora del Río, Utrera, Morón de la Frontera, Burgo de Osma, Carlet, Sueca, Utiel y Puerto de la Luz, dotada cada una de ellas con el haber anual de 5.000 pesetas,

Este Ministerio ha tenido a bien convocar prueba de aptitud y selección entre médicos puericultores españoles para desempeñar por un período de dos años (prorrogables por otro de igual duración) las mencionadas plazas y con arreglo a las siguientes normas:

1.^a Los interesados dispondrán de un plazo de treinta días hábiles, contados a partir del siguiente al de la publicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*, para presentación de instancias en el Registro de esa Dirección General (plaza de España, Madrid), acompañadas de los siguientes documentos:

a) Título de médico puericultor o certificado equivalente expedido de acuerdo con lo que prevenía la Orden de 28 de febrero de 1933.

b) Certificación negativa del Registro Central de Penados y Rebeldes.

c) Certificado facultativo de aptitud física.

d) Testimonio del resultado favorable recaído en la depuración seguida al interesado en el correspondiente Colegio Oficial o en un organismo del Estado, Provincia o Municipio.

e) Los aspirantes femeninos que pudieran acudir a la convocatoria deberán presentar certificado del cumplimiento o exención del Servicio Social de la Mujer.

f) Cuantos el interesado estime necesarios para acreditar méritos y servicios profesionales, singularmente los relacionados con la especialidad de Higiene infantil dentro de la Sanidad Nacional.

2.^a Los aspirantes abonarán en el acto de la inscripción la cantidad de cincuenta pesetas en concepto de derechos de examen.

3.^a El Tribunal que ha de juzgar la presente prueba de aptitud será designado oportunamente por esa Dirección General, en armonía con lo prevenido en el Decreto de 9 de noviembre de 1939.

4.^a Los aspirantes que pudieran presentarse con residencia en las Islas Canarias realizarán su inscripción, así como la prueba de aptitud, en las respectivas Jefaturas provinciales y ante Tribunales designados al efecto y en las mismas condiciones que a continuación se cita:

5.^a Los ejercicios que constituirán la prueba de referencia darán comienzo, en armonía con lo previsto en la Orden de la Presidencia del Gobierno de 6 de marzo de 1942, transcurridos que sean tres meses desde la publicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*, consistirán en:

a) Exposición por escrito y durante el tiempo máximo de dos horas, de uno de los cuarenta y cinco últimos temas del programa que se adjunta, sacado a la suerte y común para todos los aspirantes.

b) Exposición oral, durante el tiempo máximo de treinta minutos, de tres temas sacados a la

suerte por cada uno de los aspirantes, de entre los cincuenta de que consta el programa que a dicho efecto se dividirá en tres partes: del tema uno al catorce, del quince al treinta y tres y del treinta y cuatro hasta el final.

c) Ejercicio práctico, con enfermo, a realizar en la forma que mejor estime el Tribunal.

6.^a Realizados los ejercicios y valorados los méritos de los aspirantes, el Tribunal, ateniéndose a las disposiciones vigentes sobre la provisión de plazas al servicio del Estado, elevará la correspondiente propuesta de carácter unipersonal para cada una de las plazas objeto de esta prueba. En caso de empate para la provisión de alguna de las plazas, el Tribunal estimará como condición preferente la residencia en la localidad de que se trata, a cuyo fin los interesados deberán hacer constar en sus instancias la plaza objeto de preferencia y el debido justificante de su residencia en la misma.

7.^a A los efectos de su legal tramitación, el expediente de la presente prueba de aptitud será sometido a informe del Consejo Nacional de Sanidad.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 6 de noviembre de 1946.—P. D., *Fernández Valladares*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

PROGRAMA QUE SE INSERTA

1. Organización de la Sanidad Nacional española.—Leyes e instituciones de las diversas Luchas sanitarias.
2. Puericultura.—Concepto y desarrollo.—Su importancia en la lucha contra la morbi-mortalidad infantil.
3. Higiene prenatal.—Su acción e importancia en la lucha contra la morbi-mortalidad infantil.
4. Higiene preescolar y escolar.—Control sanitario de estas edades.
5. Demografía.—Métodos demográficos y estadísticos.
6. Natalidad y mortinatalidad.—Factores que las determinan.
7. Morbilidad y mortalidad infantil.—Causas y remedios.
8. Instituciones maternas e infantiles de la Sanidad Nacional.—Idem de otros organismos.
9. Ley de Sanidad infantil y maternal.
10. Protección a la infancia y modificaciones en vigor de dicha Ley.
11. Protección legislativa de la maternidad y de la natalidad (Seguro de Maternidad, Ley contra el aborto, etc., etc.).
12. Tutela jurídica del menor.—Leyes e instituciones tutelares de menores.
13. Trabajo, maternidad y lactancia.—Influencia en la mortalidad infantil y morbilidad maternal.—Leyes de protección del trabajo de mujeres y niños.
14. Tutela sanitaria del niño.—Disposiciones que rigen las vacunaciones antivariólica y antidif-

térica obligatorias.—Enfermedades de declaración obligatoria.

15. Características fisiológicas del recién nacido.—Alimentación, crecimiento y desarrollo.

16. Hemorragias y traumatismos del recién nacido.—Fisiopatología de la vitamina K.

17. Infecciones del recién nacido.—Inmunidad del lactante sano.

18. Prematuridad y debilidad congénitas.—Etiología, síndromes y tratamientos.

19. Metabolismo en general y fisiología de la digestión.

20. Estudio fisiológico de la lactancia.—Composición de las distintas leches.

21. Control sanitario de la leche.

22. Lactancia: sus clases y técnicas.—Ventajas de la materna.

23. Cálculo de la ración alimenticia del lactante.—Principales métodos.

24. Dieta hídrica y leches modificadas; sus indicaciones y técnicas.

25. Conceptos, clasificación y etiopatogenia de los trastornos nutritivos.

26. Dispepsias y toxicosis.—Síndromes y tratamientos.

27. Distrofia y atrofia.—Síndromes y tratamiento.

28. Distrofia láctea y iurinácea.—Escorbuto.

29. Colitis disenteriforme y enfermedad celíaca.—Etiopatogenia.—Síndromes y tratamiento.

30. Raquitismo y tetania.—Síndrome, profilaxis y tratamiento.

31. Diátesis exudativa y eczema constitucional.—Clínica y tratamiento.

32. Vómitos habituales y acetonémicos.—Estenosis pilórica.

33. Anemia del lactante.

34. Glomérulo-nefritis y nefrosis.—Etiopatogenia, síndromes y tratamiento.

35. Pielitis y otitis en el lactante.

36. Neumonías y bronconeumonías.—Síndromes y tratamiento.

37. Difteria.—Epidemiología, síndrome, profilaxis y tratamiento.

38. Sarampión.—Epidemiología, síndrome, profilaxis y tratamiento.

39. Escarlatina.—Epidemiología, síndrome, profilaxis y tratamiento.

40. Viruela y varicela.—Diagnóstico diferencial.—Epidemiología y profilaxis.

41. Tos ferina.—Epidemiología, síndrome, profilaxis y tratamiento.

42. Poliomiелitis anterior aguda.—Epidemiología, síndrome, profilaxis y tratamiento.

43. Meningitis cerebroespinal epidémica.—Epidemiología, síndrome y tratamiento.

44. Paludismo y Kala-azar.—Epidemiología, síndrome y tratamiento.

45. Síndromes clínicos de la tuberculosis en el lactante y en la primera infancia.

46. Tuberculosis óseo-articular.—Síndromes y tratamiento.

47. Sífilis congénita.—Síndrome y tratamiento. Profilaxis.

48. Luxación congénita de la cadera.—Etiopatogenia.—Diagnóstico y tratamiento.

49. Fracturas de codo.—Estudio clínico.—Diagnóstico y tratamiento.

50. Peritonitis aguda.—Etiología, síndrome, diagnóstico y tratamiento.

(B. O. del E. de 10-XI-1946.)

ORDEN de 5 de noviembre de 1946 por la que se nombra al inspector general ilustrísimo señor don Eugenio Pastor Krauel jefe de los Servicios de Sanidad Exterior de Aeronavegación y director de Sanidad Exterior del Aeropuerto de Barajas.

Ilmo. Sr.: Con objeto de dar cumplimiento a los Tratados sanitarios internacionales sobre navegación aérea, y proceder a la organización de los Servicios, de acuerdo con las Autoridades correspondientes,

Este Ministerio ha tenido a bien nombrar al inspector general ilustrísimo señor don Eugenio Pastor Krauel jefe de los Servicios de Sanidad Exterior de Aeronavegación y director de Sanidad Exterior del Aeropuerto de Barajas.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 5 de noviembre de 1946.—Pérez González.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 10-XI-1946.)

ORDEN de 5 de noviembre de 1946 por la que se convoca concurso voluntario de traslado entre médicos jefes especializados en la Lucha Antipalúdica.

Ilmo. Sr.: Vacantes en los Servicios de la Lucha Antipalúdica las correspondientes Jefaturas de Sección de los Institutos provinciales de Sanidad de Salamanca y Cáceres, por pase a la situación de excedencia de los funcionarios que las desempeñaban,

Este Ministerio ha tenido a bien convocar concurso voluntario de traslado entre médicos jefes especializados en la lucha antipalúdica, en activo servicio o en expectación de destino, para la provisión de las expresadas vacantes y sus resultas, y con arreglo a lo prevenido en el apartado primero de la Orden de 17 de octubre último (*Boletín Oficial del Estado* del 21).

Los aspirantes dispondrán de un plazo de quince días hábiles, contados a partir del siguiente al de la publicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*, para la presentación de instancias en el Registro General de esa Dirección General (plaza de España, Madrid).

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

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 5 de noviembre de 1946.—Pérez González.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 10-XI-1946.)

Circular por la que se convoca concurso-oposición para provisión de doce plazas de Médicos maternólogos del Estado.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Orden de 7 de octubre último, por esta Dirección General se convoca concurso-oposición entre Médicos españoles para la provisión de doce plazas de Médicos maternólogos del Estado, dotada cada una de ellas con el haber anual de 5.000 pesetas.

Las normas que habrán de regir en el presente concurso-oposición son las siguientes:

1.^a Los aspirantes habrán de ser españoles, estar en posesión del título de doctor o licenciado en Medicina y Cirugía, carecer de antecedentes penales y gozar de la aptitud física necesaria para el desempeño de cargos públicos.

2.^a Los aspirantes dispondrán de un plazo de treinta días hábiles, contados a partir del siguiente al de la publicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*, para la presentación de instancias en el Registro de esta Dirección General (plaza de España, Madrid), acompañadas de los siguientes documentos:

a) Partida de nacimiento, debidamente legalizada si ha sido expedida fuera del territorio de la Audiencia de Madrid.

b) Título de doctor o licenciado, o, en su defecto, copia notarial del mismo, o certificación médica equivalente.

c) Certificación negativa del Registro Central de Penados y Rebeldes.

d) Certificación facultativa de aptitud física.

e) Caso de estar desempeñando cargo público, los aspirantes acompañarán certificación del resultado favorable recaído en la depuración político-social a que fueron sometidos con arreglo a la Ley de 10 de febrero de 1939. En caso contrario, acompañarán certificación de adhesión al glorioso Movimiento nacional, expedida precisamente por el excelentísimo señor Gobernador civil de la provincia de residencia o por la Delegación Provincial de Información e Investigación de F. E. T. y de las J. O. N. S. respectiva.

f) Todos cuantos estime adecuados el aspirante para acreditar méritos y servicios profesionales, singularmente en relación con la especialidad de Tocología y Ginecología, así como de Puericultura.

g) Declaración jurada de no haber sido expulsado el aspirante de ningún Cuerpo u organismo del Estado, Provincia o Municipio, ni estar sometido a expediente en el momento de la inscripción.

3.^a Los aspirantes abonarán en el momento de la inscripción 50 pesetas en concepto de derechos de examen.

4.^a El Tribunal que ha de juzgar el presente concurso-oposición será oportunamente designado por esta Dirección General, en armonía con lo prevenido en el Decreto de 9 de noviembre de 1939.

5.^a Los ejercicios de oposición darán comienzo, en armonía con lo previsto en la Orden de la Presidencia del Gobierno de 6 de marzo de 1942, transcurridos que sean tres meses desde la pu-

blicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*, consistiendo en:

a) Exposición por escrito, en el plazo máximo de dos horas, de un tema, común para todos los aspirantes, sacado a la suerte de entre los que constituyen el programa adjunto a esta convocatoria.

b) Ejercicio oral, desarrollando en el plazo máximo de cuarenta y cinco minutos dos temas sacados a la suerte por cada opositor del citado programa.

c) Ejercicio clínico a desarrollar en la forma que mejor estime el Tribunal.

d) Exposición por escrito, en el plazo máximo de dos horas, de las partes siguientes: 1.^a Méritos y antecedentes profesionales en la especialidad del opositor. 2.^a Cómo concibe el opositor la organización de la Maternología del Estado español.

6.^a Los ejercicios escritos serán leídos públicamente por cada uno de los opositores. Los tres primeros ejercicios serán eliminatorios, y el cuarto, siéndolo también, contribuirá especialmente a establecer la puntuación definitiva de los opositores aprobados. Cada miembro del Tribunal puede otorgar de 0 a 10 puntos en cada ejercicio, haciéndose pública, a la terminación de cada sesión, las calificaciones obtenidas por los opositores, siendo necesario, para poder pasar de uno a otro ejercicio, haber obtenido como mínimo 25 puntos.

7.^a Una vez terminados los ejercicios y valorados los méritos de los opositores, el Tribunal elevará a esta Dirección General la correspondiente propuesta de nombramientos de opositores aprobados, ateniéndose a las disposiciones vigentes en materia sobre ingreso de funcionarios al servicio del Estado; propuesta que, por motivo alguno, no podrá exceder del número de vacantes convocadas en el presente concurso-oposición.

8.^a El expediente del presente concurso-oposición será sometido, a efectos de su legal tramitación, a informe del Consejo Nacional de Sanidad.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 6 de noviembre de 1946.—El Director general, J. A. Palanca.

PROGRAMA QUE SE CITA

1.^o Puericultura preconcepcional. Constitución y herencia. Factores disgenéticos. Concepto actual de la Maternología.

2.^o La esterilidad femenina. Sus formas y clasificación. Tratamiento. La esterilidad conyugal. Breve idea de la esterilidad masculina.

3.^o Ovulación y menstruación. Sus relaciones y significación en la biología de la mujer.

4.^o Descripción anatomoclínica de la pelvis y de los órganos pelvianos de la mujer.

5.^o Fecundación, anidamiento y desarrollo del huevo hasta la formación definitiva de los anejos fetales.

6.^o Anatomía de las membranas ovulares y de la placenta.

7.^o Fisiología de la placenta. El líquido amniótico.

8.^o Características físicas y biológicas del feto en cada uno de los meses del embarazo y en su madurez.

9.^o Diagnóstico biológico de la gestación.

10. Modificaciones del organismo materno derivadas de la gestación. Sus particularidades en el aparato genital.

11. Técnica general de la exploración obstétrica. Diagnóstico clínico precoz de la gestación.

12. Diagnóstico de la gestación en su segunda mitad. Fijación del tiempo de la estación y cálculo de la fecha del parto.

13. Situación, actitud, presentación y posición del feto. Variedades y diagnóstico.

14. La exploración radiológica en Obstetricia. Sus peligros para el fruto.

15. Asepsia y antisepsia en Obstetricia. Normas generales de profilaxis.

16. Dietética e higiene de la gestación. Influencia de los factores sociales en la misma.

17. Fisiopatología de la gestación. Síndromes más importantes.

18. Gestosis. Generalidades patogénicas sobre las mismas. Sus formas y clasificación. Consideraciones generales sobre profilaxis y tratamiento.

19. Gestosis con lesión predominante de un órgano o sistema. La hiperemesis gravídica. Profilaxis y tratamiento.

20. Gestosis tardías. Complejo edemonefrótico. Preeclampsia y eclampsia. Clínica, profilaxis y tratamiento.

21. Dishormonías gravídicas. Diabetes y gestación.

22. Vitaminas y gestación. Hipovitaminosis gravídicas; formas principales y tratamiento.

23. Neuropatías y psicopatías durante los procesos de generación.

24. Las afecciones gonocócicas del aparato genital femenino y su trascendencia social y clínica en relación con los procesos de la generación.

25. La sífilis congénita. Patogenia. Importancia de la misma en la Puericultura prenatal.

26. Sintomatología general de la sífilis congénita. Diagnóstico, profilaxis y tratamiento.

27. Tuberculosis y gestación. Problemas clínicososociales que plantean. Medidas profilácticas

28. Los procesos de inmunidad en relación con la gestación. Infecciones agudas y embarazo.

29. Las intoxicaciones agudas y crónicas en relación con la gestación.

30. Afecciones del corazón y de los vasos en relación con los procesos de la generación.

31. Afecciones de la sangre y embarazo

32. Afecciones del aparato respiratorio (con exclusión de la tuberculosis) y embarazo.

33. Afecciones del aparato digestivo y embarazo. Apendicitis.

34. Afecciones del aparato urinario y embarazo.

35. Afecciones y anomalías del aparato genital femenino y su influencia en los procesos de la generación.

36. Factores sociales que pueden influir en la

mujer sobre los procesos de la generación. Su significación e importancia.

37. Aborto. Etiología y patogenia.

38. Diagnóstico, profilaxis y tratamiento del aborto.

39. La gestación ectópica. Sus formas. Etiología y patogenia. Diagnóstico, evolución y tratamiento.

40. Enfermedades de la caduca. Enfermedades y anomalías del corión, del amnios y del cordón umbilical.

41. Enfermedades y anomalías de la placenta.

42. La placenta anormalmente inserta. Sus formas. Patogenia, evolución y tratamiento.

43. Anomalías fetales. Sus variedades. Su significación desde el punto de vista obstétrico. Muerte intrauterina y alteraciones *post-mortem* del feto.

44. Causas del parto. Estudio de la contracción uterina.

45. Sintomatología general del parto y diagnóstico del mismo. Su curso normal en presentación de occipucio. Diagnóstico de sus períodos.

46. Pronóstico del parto. Generalidades sobre su dirección. Primeras manifestaciones vitales y cuidados del recién nacido.

47. Asistencia al parto en privado y en la clínica. Juicio crítico sobre las mismas. La anestesia en Obstetricia.

48. Fisiología del recién nacido. La lactancia; variedades y técnica.

49. Distocias por anomalías de la contracción. Patogenia, profilaxis y tratamiento. El parto retardado.

50. Distocias debidas a las partes blandas. Distocias por anomalías de los anejos fetales. Conducta a seguir.

51. Las anomalías pélvicas. Su clasificación y diagnóstico.

52. Mecanismo del parto en las diversas clases de estenosis pélvicas. Pronóstico materno y fetal.

53. Asistencia al parto en las estenosis pélvicas. Medidas de profilaxis y tratamiento. Su juicio crítico.

54. El parto en actitud de deflexión de la cabeza. Sus formas. Conducta a seguir.

55. Mecanismo y anomalías del parto en las presentaciones podálicas. Medidas profilácticas y de tratamiento.

56. Las distocias por situación anormal del feto. Medidas profilácticas y de tratamiento.

57. Rotura uterina. Causas y mecanismo. Su diagnóstico y tratamiento. Medidas de profilaxis.

58. Gestación múltiple. Etiología y clasificación.

59. Diagnóstico de la gestación y parto múltiple. Conducta a seguir en el parto.

60. Prematuridad y debilidad congénita. Etiología, clínica, profilaxis y tratamiento.

61. Lesiones fetales en el curso del parto. Su clasificación. Profilaxis y tratamiento. Vitamina K.

62. Mortalidad fetal durante la gestación (mortalidad prenatal). Etiología y profilaxis.

63. Mortalidad fetal *intrapartum* y en el recién nacido. Etiología y profilaxis. La mortalidad como factor demográfico.

64. Patología del alumbramiento. Diagnóstico y tratamiento. Pronóstico materno.

65. La medicación ocitócica. Consideraciones sobre su aplicación. Su valor actual.

66. El fórceps. Indicaciones y técnica. Operaciones amplificadoras de la pelvis. Juicio crítico de ambas intervenciones. Su repercusión pronóstica sobre el feto y sobre la madre.

67. La versión. Sus modalidades. Su significación actual, terapéutica y profiláctica.

68. Las perineotomías. Desgarros de periné. Técnicas y tratamiento. Consideraciones pronósticas.

69. El parto provocado. Fundamentos y técnica. Juicio crítico. Breve reseña sobre las embriotomías. Su valor actual en Maternología.

70. La operación cesárea. Sus modalidades e indicaciones. Juicio crítico sobre su valor profiláctico y terapéutico. Porvenir de las cesareadas.

71. Estudios anatomofisiológico de los procesos de involución y restauración en el puerperio normal. Medidas a observar durante el mismo.

72. El puerperio patológico. Formas clínicas. Patogenia de las mismas.

73. Tratamiento de las infecciones puerperales. La revisión post-natal y su importancia en la labor de recuperación maternológica.

74. Hemorragias durante el parto y el puerperio. Su tratamiento etiológico, sintomático y de urgencia.

75. Fisiopatología de los fenómenos de la lactación. Afecciones de la mama durante la gestación y el puerperio. Profilaxis y tratamiento.

76. Estudio general de la morbi y mortalidad materna. Su importancia demográfica.

77. Principales trastornos y afecciones del recién nacido. Su diagnóstico y tratamiento.

78. La Obstetricia y Ginecología en relación con la Medicina legal. Cuestiones más importantes.

79. Organización de la Sanidad Nacional española. Leyes e instituciones de las diversas luchas sanitarias.

80. Protección médicosocial de la maternidad. Bases científicas en que ha de estar fundada. Organización de la misma.

81. Ley de Sanidad Infantil y Maternal. Otras leyes de protección maternal. Seguros sociales en relación con la maternidad.

82.—El Dispensario de Puericultura prenatal.

≡ A N Á L I S I S ≡

de ORINAS, en comparación con la normal.

SANGRE, ESPUTOS, EXUDADOS, etc.

Dr. E. ORTEGA, sucesor del Dr. CALDERON

Análisis de aguas mineromedicinales, etc.
FUNDADO EN CARRETAS 14 EN 1868

Carmen, 12 - MADRID - Teléf. 16388

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 4.218)

Labor del mismo. Su significación e importancia médicosocial.

(B. O. del E. de 10-XI-1946.)

DIRECCIÓN GENERAL DE JUSTICIA.—*Anunciando a concurso de antigüedad entre Médicos forenses de categoría de ascenso las Forensías de término que se reaccionan.*

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 del Decreto de 17 de junio de 1933, modificado por el de 7 de enero de 1936, y en la Orden complementaria de 8 de octubre de 1946, se anuncian a concurso de antigüedad y en los turnos que se indican, entre Médicos forenses de categoría de ascenso, las Forensías vacantes en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción que a continuación se expresan:

Figueras. 8-10-1946. Desierta en concurso de traslación. Primero.

Huesca. 8-10-1946. Desierta en concurso de traslación. Segundo.

Los aspirantes presentarán sus instancias en este Ministerio dentro del plazo de quince días naturales, contados desde el siguiente al de la inserción del presente 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, 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 sus solicitudes.

Madrid, 28 de octubre de 1946.—Por el Director general, el Subdirector general, Manuel Soler.

(B. O. del E. de 10-XI-1946.)

TRIBUNAL DE OPOSICIONES A MÉDICOS FORENSES DE MADRID Y BARCELONA.—*Señalando fecha, hora y local donde han de presentarse los opositores del primer ejercicio a la cátedra que se cita para la realización del segundo de estas oposiciones.*

Se convoca a los señores opositores aprobados en el primer ejercicio en la cátedra del doctor Marañón, del Hospital Provincial de esta capital, a las seis de la tarde del lunes 11 del actual, para comenzar el segundo de estas oposiciones.

Se advierte a los señores opositores que la no concurrencia a dicho acto se considerará que desisten de continuar la oposición.

Madrid, 8 de noviembre de 1946.—El Secretario del Tribunal, José Aguila Collantes.

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

ORDEN de 5 de noviembre de 1946 por la que se convoca para su provisión entre Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional, y por turno de elección, la vacante de Jefe provincial de Sanidad de Avila y sus resultas.

Ilmo. Sr.: Vacante en la plantilla de destinos del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional el cargo

de Jefe provincial de Sanidad de Avila, clasificado, a los efectos de su provisión, en el turno de elección, según previene la Orden de 20 de febrero de 1941, dictada para aplicación del Decreto de 2 de noviembre anterior,

Este Ministerio ha tenido a bien anunciar para su provisión la referida vacante, así como las resultas que correspondan al propio turno de elección que puedan producirse, conforme a los preceptos de las dos disposiciones mencionadas.

Los Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional en activo servicio o en expectación de destino que aspiren a la misma deberán presentar instancia en el plazo de quince días hábiles, contados a partir del siguiente al de la publicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*, en el Registro de esta Dirección General (plaza de España, Madrid), pudiendo acompañar a sus solicitudes cuantos justificantes de circunstancias o méritos personales deseen alegar.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 5 de noviembre de 1946.—Férez González.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 11-XI-1946.)

ORDEN de 15 de octubre de 1946 por la que se anuncian a concurso-oposición varias plazas vacantes en la Escuela de Medicina Legal, de Madrid, y se nombra el Tribunal que ha de juzgarlas.

Ilmo. Sr.: Existiendo algunas plazas vacantes en la Escuela de Medicina Legal, adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid,

Este Ministerio ha resuelto:

1.º Que se cubran mediante concurso-oposición, conforme determina el Reglamento de dicha Escuela, aprobado por Orden ministerial de 16 de agosto de 1929, una plaza de Jefe de Sección, siete de Auxiliares y dos de Ayudantes de la plantilla de la citada Escuela.

2.º El Tribunal que juzgará dicho concurso-oposición estará constituido en la forma siguiente:

Presidente: Ilustrísimo señor don Fernando Enríquez de Salamanca Danvila, Decano de la Facultad de Medicina de Madrid.

Vocales: Don Antonio Piga Pascual, Director de la Escuela de Medicina Legal; don Ricardo Royo Villanova Morales, Catedrático de la Universidad de Valladolid, y don Blas Aznar González y don Diego González Bernal, Jefes de Sección de la citada Escuela.

Presidente suplente: Ilustrísimo señor don Buenaventura Carreras Durán, Vicedecano de la Facultad de Medicina de Madrid.

Vocales suplentes: Don Tomás Soler Hernández, Vicedirector de la Escuela de Medicina Legal; don Valentín Pérez Argiles, Catedrático de la Universidad de Zaragoza, y don Manuel Pérez de Petinto y Bertoméu y don Joaquín Páez Ríos, Jefes de Sección de la citada Escuela.

3.º Para poder ser admitidos al mencionado concurso-oposición habrán de cumplir los aspiran-

tes las condiciones que se determinan en la convocatoria del mismo.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 15 de octubre de 1946.—*Ibáñez Martín*.
Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA UNIVERSITARIA.

Anunciando concurso-oposición para proveer varias plazas de la Escuela de Medicina Legal de Madrid.

En cumplimiento de lo dispuesto por Orden ministerial de esta fecha, se hace pública la convocatoria de un concurso-oposición para la provisión de las plazas de la Escuela de Medicina Legal, adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid, que a continuación se expresan:

Una de Jefe de la Sección de Medicina Social, dotada con el sueldo o gratificación de 8.000 pesetas anuales (ocho mil).

Siete plazas de Auxiliares de las Secciones de Investigación Criminal Forense, de Tanatología Médicolegal, de Identificación, de Medicina Social, de Biología Médicolegal, de Clínica Médicolegal y de Toxicología, dotadas con el sueldo o gratificación anual de 5.000 pesetas (cinco mil).

Dos plazas de Ayudantes de Química legal y de Radiólogo, dotadas con el sueldo o gratificación anual de 3.000 pesetas (tres mil).

Las condiciones necesarias para poder ser admitidos a este concurso-oposición son las siguientes:

1.^a Ser español y haber cumplido veintiún años de edad en la fecha de la publicación de esta convocatoria.

2.^a No hallarse incapacitado para ejercer cargos públicos y estar depurado o acreditar su incondicional adhesión al nuevo Estado.

3.^a Estar en posesión del título de doctor o de licenciado en Medicina.

Con arreglo al artículo 70 del Reglamento de la Escuela de 16 de agosto de 1929, los aspirantes presentarán, junto con sus solicitudes, las publicaciones y demás documentos que estimen convenientes como méritos que crean precisos invocar en relación con las plazas a proveer.

El plazo de presentación de solicitudes será el de treinta días naturales, contados a partir del siguiente al de la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*, debiendo unir a las mismas, además de lo expuesto en el párrafo anterior, los recibos de haber abonado en la Habilitación de este Ministerio 10 pesetas en concepto de derechos de formación de expediente y los derechos de examen, que son de 75 pesetas para los aspirantes a la plaza de Jefe de Sección y de Auxiliares y de 40 pesetas para las de Ayudantes.

Las oposiciones constarán de tres ejercicios, según se previene en el artículo 71 del Reglamento de la Escuela. El primero consistirá en la exposición oral durante una hora, como máximo, de tres

temas sacados a la suerte para la plaza de Jefe y de seis para las de Auxiliares y Ayudantes de entre los veinte de que constará el programa, que se dará a conocer por el Tribunal a los opositores con diez días de antelación al comienzo de los ejercicios.

El segundo ejercicio consistirá en la resolución de uno o varios problemas técnicos médico-legales para la plaza de Jefe y de Auxiliares y de uno o varios problemas para los Ayudantes en relación con su especialización.

El tercer ejercicio consistirá en la redacción de un informe médico-forense para la plaza de Jefe y de Auxiliares, y para las de Ayudantes, de un informe en relación con su especialización.

Terminado el plazo de admisión de instancias, se publicará la lista provisional de aspirantes admitidos o excluidos, concediéndoles un plazo de diez días para completar la documentación, en su caso, publicándose a continuación la lista definitiva de los admitidos y remitiéndose al Tribunal el expediente del presente concurso-oposición.

Madrid, 15 de octubre de 1946.—El Director general de Enseñanza Universitaria, *Cayetano Alcázar*.

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

ORDEN de 5 de noviembre de 1946 por la que se nombra Practicante del Servicio Dermatológico y de Higiene Social del Instituto Provincial de Las Palmas a don José García Pastor.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente del concurso convocado en 29 de abril último para proveer una plaza de Practicante afecta al Servicio de Dermatología y de Higiene Social del Instituto Provincial de Sanidad de Las Palmas;

Resultando que, dentro del plazo fijado en la convocatoria, han acudido a la misma don Juan Manuel Solvas Solvad, don José García Pastor y don Julio Gilarranz;

Vistas la Orden de convocatoria, las peticiones de los aspirantes presentadas, las Ordenes de 5 de marzo y 31 de mayo de 1929, el Reglamento de Personal del Instituto Provincial de Sanidad de 14 de julio de 1935 y la Orden aclaratoria de 4 de octubre del mismo año, así como la propuesta formulada por la Inspección General de ese Centro directivo y el informe al efecto emitido por el Consejo Nacional de Sanidad,

Este Ministerio, de conformidad con lo propuesto por esa Dirección General y lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad, ha tenido a bien aprobar el presente expediente, y, en su consecuencia, nombrar a don José García Pastor Practicante del Servicio Dermatológico y de Higiene Social del Instituto Provincial de Sanidad de Las Palmas, con el haber expresamente fijado para dicho cargo en el presupuesto de aquel Instituto Provincial de Sanidad.

Dios guarde a V. I. muchos años

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

Madrid, 5 de noviembre de 1946.—*Pérez González*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 10-XI-1946.)

**PRODUCTOS
FARMACÉUTICOS**

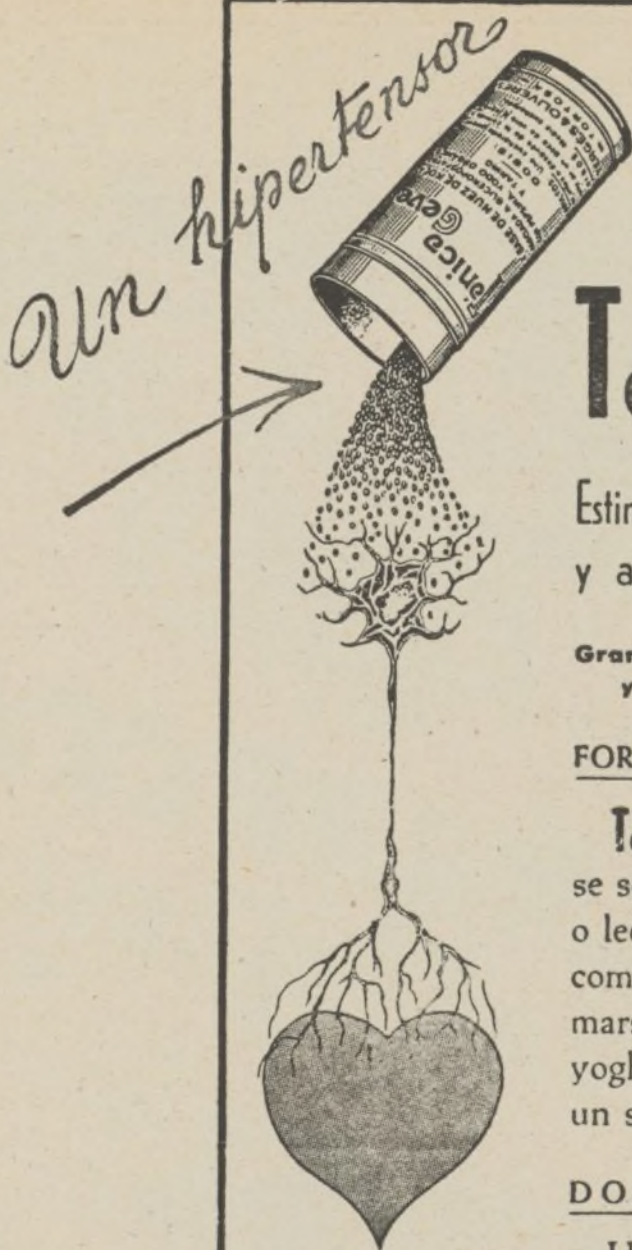


Laboratorio
Quimioterápico del Ebro
VERGÉS & OLIVERES, S. A.
TORTOSA

- = CITRONITRINA
- = CALCIO «GEVE»
SIMPLE
- = CALCIO «GEVE»
CON VITAMINA D
- = SULFOLAPINA
- = TÓNICO «GEVE»
- = LINITUL
- = EUBORAL
- = POMADAS
OFTÁLMICAS «GEVE»
- = POMADAS
DORADA VERGÉS

Doctor:

Sírvase Vd. pedirnos literatura y muestras para ensayos clínicos.



Una excelente
preparación de kola:

Tónico GEVE

Estimula la actividad cardíaca
y aumenta la tensión arterial

Granulado a base de nuez de kola
y glicerofosfatos con pepsina

FORMA DE ADMINISTRACIÓN:

Tónico GEVE puede tomarse solo o disuelto en vino, agua o leche, antes o después de las comidas. Igualmente puede tomarse mezclado con nata o con yoghurt, a los que comunica un sabor muy agradable

DOSIS (Salvo prescripción facultativa)

Una cucharadita de las de café, bien llena, dos o tres veces al día.



LINITUL GEVE

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

Impiden las adherencias del apósito a las heridas y llagas. El levantamiento de la cura se hace, por tanto, cómodamente y con toda facilidad. Evita el DOLOR y las HEMORRAGIAS, dejando los tejidos en las mejores condiciones para que verifiquen rápidamente el trabajo de cicatrización.

El apósito ideal, tanto en las curas de alta como de pequeña cirugía



Ap. C. S. n.º 107

Cinco productos elaborados con materias primas de calidad y pureza debidamente controladas.

Han merecido siempre la más favorable acogida de la clase médica mundial.

AGAROL
VEGANIN
CAL-BIS-MA
ANUSOL
JARABE RAMI

Indicado en todas las formas de estreñimiento, cualquiera que sea su naturaleza.

Analgésico potente y seguro contra toda clase de dolores nerviosos y musculares.

Para el tratamiento de la hiperclorhidria y en los casos de úlcera gástrica o duodenal.

Supositorios anti-hemorroidales. Aplicables en todas las afecciones proctológicas.

Contra la Tos ferina, inflamaciones de la laringe y afecciones respiratorias agudas o crónicas.

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.
Apartado 410 - Barcelona

