



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.

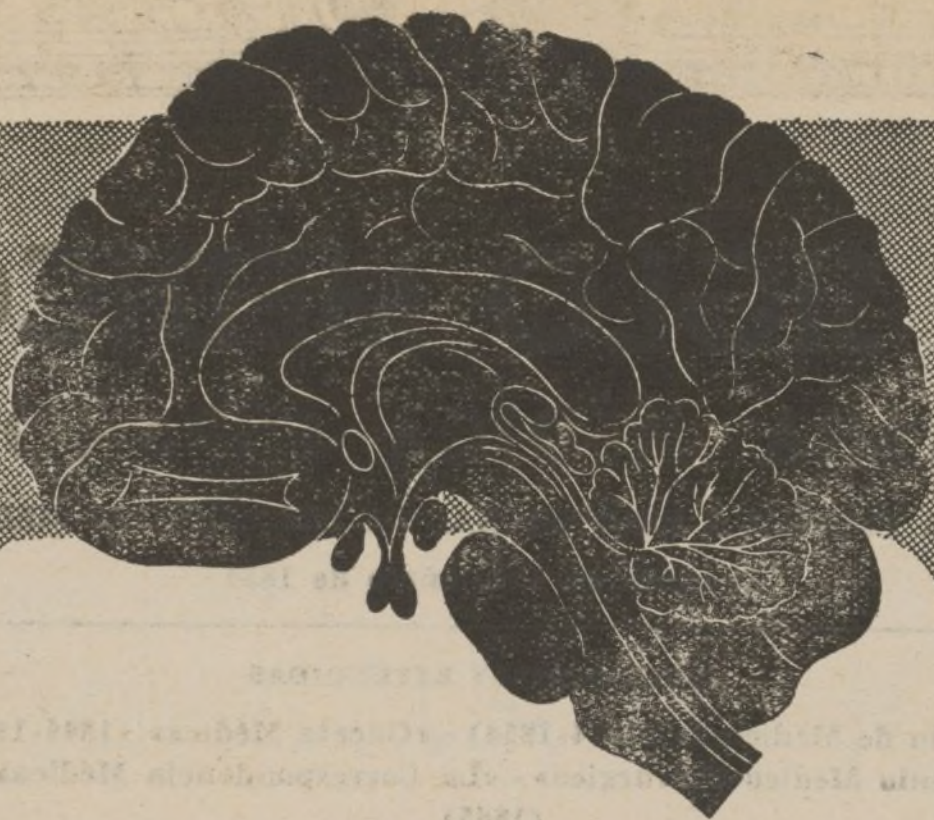
EDITOR RESPONSABLE:

Excmo. Sr. Dr. F. Javier Cortezo-Collantes
Propietario y Director de EL SIGLO MÉDICO.
Fundador de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA.

Madrid y sábado día 7 de diciembre de 1946

NÚMERO 4.729





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.



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 NÚMERO.—COLABORACIONES: *Enfermedad de Feer*, por el Dr. Antonio Muñozerro Pretel. *Ureteritis quística*, por el Dr. Enrique Pérez Castro. *Importancia de la crenoterapia en toxicología*, por el Dr. Miguel Salas Vázquez. *Recambios humanos*, por el Dr. José Megías Velasco. DIVULGACIONES NACIONALES: *Falsas neoplasias abdominales*. *Dificultades diagnósticodiferenciales*, por el Dr. Gregorio Escribano Ortiz. *Genialidad y psicopatología: Jean-Jaques Rousseau*, por el Dr. J. M. Sacristán. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *Proyecto de organización de hospitales en los Estados Unidos*, por Robert M. Barton. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

ENFERMEDAD DE FEER

por el

Doctor ANTONIO MUÑOYERRO PRETEL

Madrid.

La enfermedad de Feer, primeramente descrita por SELTER, recibió el nombre de acrodinia por WESTON, debido al dolor que la caracteriza en los casos bien manifiestos, y de eritroedema por SWILFT. De ahí que se la conozca también con el nombre de enfermedad de Selter-Swift-Feer, o simplemente con el de enfermedad de Feer, por ser este autor el primero que hizo una descripción más detallada de la misma, incluyéndola nosológicamente entre las afecciones del sistema neurovegetativo al denominarla neurosis vegetativa de los niños pequeños.

Etiología.—La enfermedad de Feer se encuentra casi de modo exclusivo en niños cuya edad oscila entre los seis meses y tres años. Es algo más frecuente en el sexo masculino, y tiene mayor predominio en el medio rural.

La época más frecuente del año es la comprendida entre las meses de diciembre a mayo, es decir, invierno y primavera, coincidiendo, por tanto, con la época catarral, aunque parece ser que el factor catarral es sólo un elemento predisponente y no determinante de la enfermedad. WORINGER y otros autores lo llaman por esta razón proceso heliófobo.

Desde que se describió por primera vez esta enfermedad en el año 1903 por SELTER, se pensó en una etiología infecciosa, sospecha que continúa en la actualidad, aunque sin haberse descu-

bierto ningún germen o gérmenes. Desde luego, parece tener una cierta influencia predisponente la diátesis exudativolinfática, como ha observado CZERNY.

Hay quien opina que la etiología es simplemente tóxica, aunque, a decir verdad, desconocida aún.

Hasta estos últimos años no se concedía gran importancia al papel que desempeñan las vitaminas como etiología de la enfermedad o, cuando menos, como factor coadyuvante desencadenante de la misma, y el propio FEER opinaba que no dependía de una hipo o avitaminosis. Hoy día se admite una acción predominante al déficit del complejo vitamínico B, bien por acción directa o indirecta, favoreciendo el efecto tóxico o infeccioso sobre el sistema neurovegetativo.

El problema de la contagiosidad no está aún esclarecido, pues, partiendo de la base de considerar la enfermedad como de naturaleza infecciosa, punto muy debatido, llama la atención el período de incubación extraordinariamente largo que tendría en algunos casos, llegando en ocasiones a alcanzar varios meses.

La clase social no tiene ninguna influencia, así como el tipo de alimentación.

Patogenia.—El virus o noxa es neurotrópo, afectando de modo predominante al sistema vegetativo, produciendo sintomatología dependiente de

este sistema, como también lo determina el hipertiroidismo.

En las lesiones vegetativas, el centro es diencefálico, participando también las glándulas de secreción interna, en especial el tiroides y suprarrenales.

Se origina una distonía neurovegetativa, con predominio simpácticotónico o acción ergotropa, puesta de manifiesto por la taquicardia, temblores, hipertensión, hipotonía muscular, espasmos vasculares, determinando cianosis de manos y pies, hiperglucemia e hipercalcemia y aumento del metabolismo basal.

Partiendo de este efecto ergotropo sobre el sistema simpático, era natural pensar en aumento de adrenalina, que GLANZMANN ha comprobado al observar que en el plasma de enfermos acrodínicos existían sustancias pupilodilatadoras y vasopresoras. FEER cita algunos casos de muerte cardíaca súbita.

La excitación del parasimpático, en menor cuantía, se pone de manifiesto por los sudores y secreción nasal.

Claro es que difícilmente se puede distinguir si las manifestaciones de la enfermedad de Feer dependen de una excitación de un sistema o a una hipotonía del otro.

Algunas modificaciones psíquicas y tróficas son también atribuibles a alteraciones del sistema neurovegetativo.

La denominación de neuropatía vegetativa concuerda con el criterio actual de considerar la enfermedad no sólo con alteraciones funcionales, sino también anatómicas, y, desde luego, mucho más explícita que la propuesta por MAYERHOFER de «anfotonía».

En otro lugar se expone la acción del complejo vitamínico B, en especial la B₁ y el ácido nicotínico o su nicotinamida.

Anatomía patológica.—Algunos autores, como WORINGER y STOLZ, han encontrado una hipertrofia e hiperplasia de la medula suprarrenal y de la hipófisis en su lóbulo anterior, que determina un aumento de volumen de las glándulas.

También se han encontrado lesiones en el sistema nervioso, tales como la degeneración de células ganglionares infundibulares y *tuber cinereum* (FRANCIONE y VIGI).

En el suelo del cuarto ventrículo se ha hallado cromatolisis celular, así como en el núcleo lenticular y en el tálamo.

En el sistema nervioso periférico se han encontrado destrucciones degenerativas de las vainas medulares.

En resumen: existen alteraciones orgánicas del sistema nervioso, en especial del vegetativo, en relación con modificaciones de glándulas de secreción interna.

Es una enfermedad bien definida anatomopato-

lógicamente, y que SPIELMEYER y FEER han diferenciado de las lesiones que se observan en la encefalitis epidémica, postvacunales y postinfecciosas.

Estudio clínico.—Una vez bien manifiesta la enfermedad de Feer, es rica en sintomatología, mas en su comienzo hay que valorar justamente los síntomas encontrados para no errar el diagnóstico, sobre todo en las formas atípicas, antes incluidas en síndromes clínicos o en enfermedades diferentes de la verdadera acrodinia.

Entre los síntomas predominantes se distinguen: taquicardia, hipertensión e hiperglucemia. Al segundo síntoma, es decir, la hipertensión, se le concede tal valor, que se dice que un niño de segunda infancia que no presente lesiones renales y en el que se encuentre elevada la tensión arterial, hay que pensar, en primer lugar, en la enfermedad de Feer con la mayor probabilidad de que así sea.

Como síntomas típicos se citan: el trastorno del estado general, en especial del humor, pues los niños están tristes y con frecuencia manifiestan un carácter irritable, excitable y con un aspecto de seriedad en cara, que parecen de mayor edad de lo que realmente son; y para que no falte nada, en su facies, aparece el entrecejo arrugado.

Sudores profundos, en particular en manos y pies, con una acrocianosis bien manifiesta; frialdad de extremidades y descamación, que patológicamente no se interpreta como consecuencia de aquéllos, sino debida a las propias alteraciones neurovegetativas. Los sudores y descamación se acompañan de prurito, en ocasiones bastante intenso, que no se limitan a las extremidades, sino que se extienden a la mayor parte de la superficie de la piel, contribuyendo al desasosiego del niño, alteración del sueño y a que se produzcan rascamientos intensos y extensos, que determinan con frecuencia lesiones infectadas de piel, por lo general, foliculitis o impétigo.

BOUCOMONET observó, por capilaroscopia, dilatación de la red vascular, aunque GLANZMANN, en su artículo publicado en el libro homenaje a DAPFLES, manifiesta que en sus hallazgos encontró en la mayor parte de los casos una retracción de la red vascular.

El cabello con frecuencia se cae, debido al trastorno trófico, lo mismo que las uñas, y que obedece a la alteración del simpático. Según cita FEER, JENNY observó un enfermo que durante varias horas permaneció con el cabello erizado.

A veces se originan erupciones de tipo sarampioniforme o escarlatiniforme, o bien de aspecto de roséola. Es bastante frecuente el dermatografismo, siendo un indicio más de la alteración neurovegetativa. Todas estas alteraciones dan lugar a una anorexia pertinaz y a un adelgazamiento persistente, aunque, en realidad, más intenso que el

que corresponde a la poca inyección de alimentos, como se verá más adelante.

Hay también trastornos motores con hipoquinesia, probablemente debida a la hipotonía muscular que acompaña a la mayor parte de los enfermos acrodínicos.

Hoy día se admiten dos síntomas bastante frecuentes: la hiperglobulia, atribuible a la expresión del bazo, según GLANZMANN, y la hipercalcemia.

Como manifestaciones consecutivas a estas alteraciones primordiales, pueden catalogarse algunas otras por parte de aparatos y órganos diferentes. Así, por ejemplo, la faringe se encuentra enrojecida y en ocasiones recubierta de aftas, como toda escoriación mucosa, pero que hay que atribuir al trastorno trófico. Por la pérdida de agua, debida al sudor profuso, hay oliguria, siendo causa de la aparición de albuminuria y pielitis.

Si los síntomas son, casi todos ellos, de predominio simpácticotónico, lógico sería pensar que, de existir una hiperadrenalinemia, produciría como consecuencia una midriasis, que la observación clínica no lo confirma. En el órgano de la visión sólo se aprecia una conjuntivitis, no con gran frecuencia; mas, en cambio, muy a menudo se observa una fotofobia que no es consecuencia de aquélla. Este síntoma, cuando es bien patente, orienta muchísimo en el diagnóstico de acrodinia. En pocas enfermedades, como en la de Feer, es tan claro el horror a la luz, sólo comparable algunas veces al que se produce en la escrofulosis. Por lo demás, no hay ninguna otra alteración en el globo ocular.

Según refiere el mismo FEER en el capítulo escrito por él mismo al describir su enfermedad en el apéndice del tratado enciclopédico de Pfaundler, debe considerarse como taquicardia cuando el pulso oscila entre 130, 160, 180 o más, estando el niño en reposo, sin fiebre y con buen estado general. Durante el sueño, el número de pulsaciones disminuye en 40.

La hipertensión encontrada por FEER oscila, en términos generales, entre 120-160 milímetros de mercurio, aunque en algunos casos llegó a ser de 180-195 milímetros de tensión máxima. En la mayoría de los casos también está aumentada la mínima.

Del estudio electrocardiográfico no se deduce ningún dato concreto, así como del estudio del líquido céfalorraquídeo.

El metabolismo basal se encuentra aumentado, indicándose como causa del adelgazamiento que adquieren los enfermitos, no sólo atribuible a la poca inyección de alimento como anteriormente se decía.

Se puede apuntar la idea de una posible disfunción tiroidea, bien sea primaria o secundaria, sea

considerada como causa del temblor, taquicardia, hipertensión e hiperhidrosis.

La sintomatología hasta aquí expuesta corresponde a los casos típicos de acrodinia en los que el diagnóstico es relativamente fácil; mas no ocurre lo mismo en los numerosos casos de formas atípicas o abortivas, en los que hay que valorar muy acertadamente los síntomas recogidos por exploración, insistiendo una vez más en la importancia diagnóstica que se deduce del hallazgo de hipertensión arterial, que no falta ni en estas formas abortivas ni en las atípicas.

Se descubren múltiples formas atípicas de acrodinia, según el predominio de un grupo de síntomas. Así, del estudio de FEER se deducen, entre otras, las siguientes formas:

- a) Forma nerviosa.
- b) Forma paralítica.
- c) Forma convulsiva.
- d) Forma psíquica.
- e) Forma digestiva.
- f) Forma úlcero-gangrenosa, de la que he tenido ocasión de observar un caso indudable.

La simple enumeración indica claramente el predominio de los síntomas que la caracterizan. En los casos dudosos no hay que olvidar nunca que la hipertensión arterial es un signo constante.

Evolución.—La enfermedad queda bien establecida al cabo de uno o tres meses del comienzo de la misma.

La evolución es benigna en algunos casos, quedando en latencia algunos signos primordiales, por lo que se hace difícil el diagnóstico.

Los casos favorables evolucionan hacia la curación en tres o seis meses, aunque en ocasiones se presentan recidivas o recrudecimientos en el curso de enfermedades intercurrentes.

La mortalidad oscila del 5 al 10 por 100, casi siempre por sepsis originada por abscesos, bronconeumonía o atrofia.

Pronóstico.—Para el pronóstico es de suma importancia evitar infecciones secundarias, pues éstas lo agravan considerablemente, como, por ejemplo, bronconeumonía, gangrena, etc.

Se proporcionará una alimentación mixta y variada adecuada a la edad y estado del enfermito. Se tendrá especial cuidado en suministrar toda clase de vitaminas, tanto hidrosolubles como liposolubles, pues son coadyuvantes a la curación cuando no llegan a considerarse como factor etiológico hipovitamínico, según las modernas orientaciones (en particular el complejo B, y de él el ácido nicotínico) o, por lo menos, su acción se limita a proteger contra las infecciones secundarias.

Se protegerá la piel manteniéndola limpia con baños frecuentes en agua de manzanilla o de cortezas de encinas, que disminuyen el prurito, y espolvorear con una mezcla de alcanfor, óxido de cinc y talco, evitándose de este modo infecciones

secundarias dérmicas producidas por el rascamiento. Para este mismo fin se cambiará de ropa con mucha frecuencia.

Tratamiento.—El tratamiento es hasta ahora sintomático, pues no es seguro que la enfermedad dependa única y exclusivamente de una hipovitaminosis B.

Se emplea todo el complejo vitamínico B, o bien de modo exclusivo o alternante la aneurina o tiamina y el ácido nicotínico o, mejor aún, su amida, es decir, la nicotinada.

De antiguo se viene empleando, y con buenos resultados, la atropina a dosis elevadas, pues sabido es la mayor tolerancia que tienen los niños en relación con los adultos. Sin embargo, ha de suprimirse temporalmente para luego reanudar su administración cuando se presentan signos de intolerancia o intoxicación, como son: enrojecimiento cefálico y midriasis, pues la taquicardia no se presenta frecuentemente en la infancia.

Se empleará el sulfato neutro de atropina al milésimo en solución alcohólica, por ser más estable, sobre todo si se conserva en frasco oscuro.

La dosis oscila entre 1 a 3 miligramos diarios, que equivalen a 5-15 gotas diarias, pudiendo doblarse la dosis en el caso de utilizar la solución alcohólica. Tiene una acción eficaz y bastante rápida sobre los sudores y la cianosis.

De antiguo se ha venido utilizando también el calcio, rayos ultravioleta y el ginergeno, aunque con resultados bastante modestos.

Recientemente, MAYERHOFER recomienda con gran entusiasmo el bellergal a dosis de 2 a 4 grageas, que tiene un efecto bastante eficaz por la asociación triple de belladona y ginergeno, que tiene acción inhibitoria sobre el vago y el simpático, respectivamente, y por el tercer componente, el fenobarbital, que tiene un efecto sedante.

Por último, también se recomienda la acetilcolina y el luminal. Este, por su acción unilateral, tiene menos efecto que la atropina, administrándose a dosis elevada, de 3 a 15 centigramos, tres veces al día.

(Autorizada la publicación por la Junta Rectora Central de las Jornadas Médicas Españolas.)



E V I O N

Acetato de α -tocoferol sint. Para la terapéutica por la

Vitamina E

Abortos habituales e inminentes

Tendencia a partos prematuros

Esterilidad femenina y masculina

Distrofia muscular progresiva, etc.

Grageas: Tubos de 20 - Ampollas: Cajas de 5

E. Merck

(Censura Sanitaria núm. 8.770.)

SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID

Profesor jefe: doctor Angel Pulido Martín.

URETERITIS QUÍSTICA⁽¹⁾

por el

Doctor ENRIQUE PEREZ CASTRO

Jefe clínico del Servicio.

Desde MORGAGNI (1761), la ureteritis quística constituye una entidad patológica perfectamente definida. No obstante, permanece hasta nuestros días relegada a la categoría de simple curiosidad anatomopatológica.

Es a JACOBY y a JOELSON (1929) a quienes debemos las primeras imágenes radiográficas típicas que permiten el diagnóstico preoperatorio de la

Los documentos radiográficos sobre ureteritis quística siguen siendo en la actualidad muy escasos (KINDALL, 1933; FITE y KNUTSSON, 1935). Tan



Figura 1.ª—Caso de ISRAEL.

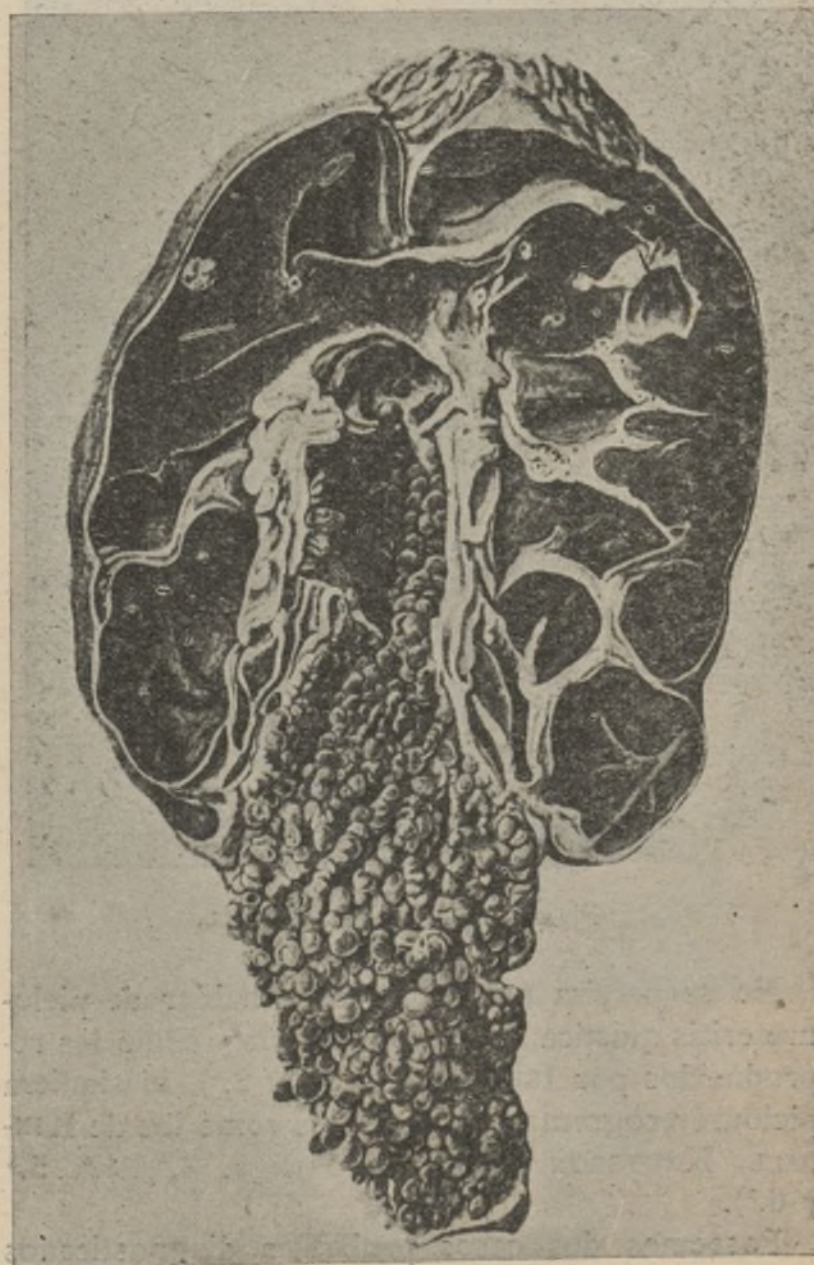


Figura 2.ª—Caso de ISRAEL.

es así, que CHEVASSU (1936), después de hacer 5.000 uréteropielografías retrógradas, ve el primer caso de pieloureteritis quística bilateral, cuya placa muestra a MARION y a LEGUEU. Ninguno de los dos habían visto hasta entonces nada semejante.

Ulteriormente, GÜTGEMANN (1942) comunica otra observación radiográfica personal asociada a riñón hipoplásico.

Quedan en enorme desproporción las casuísticas anatómica (CLELAND, MORSE, SERTOLI, PESSIN) y clínica, referentes a la pieloureteritis quística. Ello se debe, en parte, según creemos, al hecho de no publicarse más que los casos extremos.

afección y hacen pasar a ésta desde el campo anatomopatológico al clínico.

(1) Comunicación presentada al V. Congreso Hispano-portugués de Urología, Madrid, junio 1946.

Las formaciones quísticas pieloureterales de grado moderado son de más difícil diagnóstico, pero su demostración puede aclarar cuadros poco definidos y cuyo origen escapa a toda interpretación.

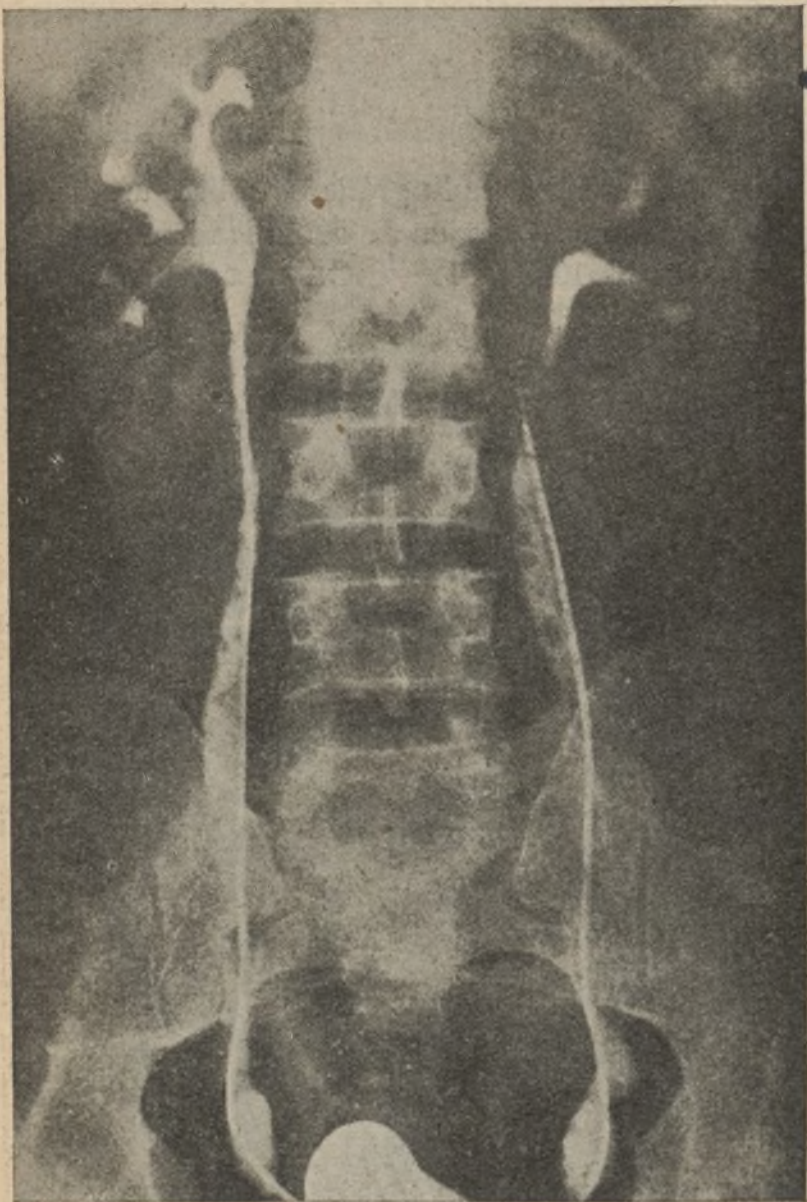


Figura 3.a—Caso de KINDALL.

No se precisa encontrar, para hablar de pieloureteritis quística, ejemplos extremos como los reproducidos por ISRAEL (figs. 1.^a y 2.^a), ni siquiera pielouréterogramas tan acusados como los de KINDALL, KNUTSSON y CHEVASSU (figs. 3.^a, 4.^a, 5.^a y 6.^a).

Poseemos dos casos probables diagnosticados radiográficamente (probables tan sólo, ya que ambas enfermas no precisaron intervención, no obteniéndose por ello el material anatómico de comprobación). En ambos casos fueron descartadas las posibilidades de error que más adelante enunciaremos mediante técnica pielográfica correcta, radiografías de control, etc. Ambas enfermas se vieron libres de sus molestias con el tratamiento recomendado para la ureteritis quística.

Un tercer caso evidenciado operatoriamente y en el que existían formaciones quísticas en cálices, pelvis y uréter (nefrectomía por piónefrosis calculosa).

El cuarto caso lo debemos a la amabilidad del doctor PÉREZ LISTA, jefe del Servicio de Anatomía patológica de nuestro hospital. Esta bella pieza que presentamos, obtenida por sección y con-

servada en el museo del referido Servicio, es a la que nos referiremos también más adelante.

Compartimos con LOWSLEY y KIRWIN la opinión de que la ureteritis quística es mucho más frecuente de lo que la exigua literatura parece indicar.

Condición precisa para llegar al diagnóstico radiográfico de esta afección es la obtención de uréteropielogramas completos como, por ejemplo, se logran con el método de CHEVASSU o el de PFLAUMER. Ahora bien: hay que advertir que precisamente estos dos procedimientos de uréteropielografía son los que más se prestan a convertirse en fuente de error, dando lugar a la entrada de burbujas de aire que pueden simular, a la observación ligera, la imagen de una falsa ureteritis quística. Sobre este extremo, RITTMANNBERGER ha escrito un completo y documentado trabajo.

Utilizando las sondas ureterales finas corrientes, y si no se realiza la pielografía hasta haber obtenido orina para análisis, como hacemos sistemá-

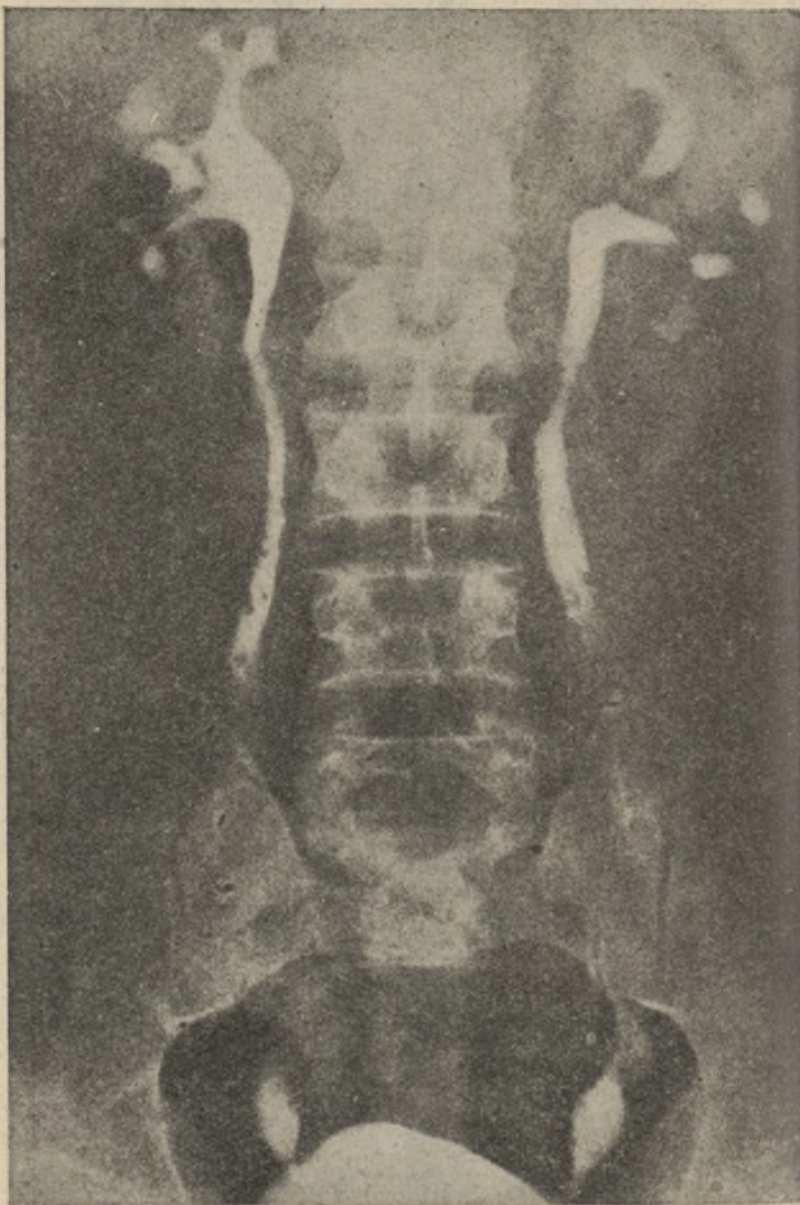


Figura 4.a—Caso de KINDALL.

ticamente, no existe el peligro de inyectar el aire contenido en pequeñísima cantidad en el interior del catéter. Habiéndose cebado la sonda con la crina, ésta expulsa el contenido gaseoso mínimo que en sí encierra. Por lo demás, el volumen ga-

seoso contenido dentro del catéter ureteral usual es prácticamente despreciable.

No suceden las cosas así con las gruesas sondas de Chevassu y Pflaumer, que no deberán ser abocadas al meato ureteral sin haberlas previamente rellenado con el líquido de contraste que se va a inyectar, ya que en su interior, dado su mayor calibre, existe aire que puede empujarse y traducirse en burbujas en el uréterograma.

Evitados estos motivos de error elementales, y ateniéndonos a la técnica indicada, las imágenes espumosas del uréter nos indicarán la existencia de una ureteritis quística.

La ureteritis quística se asocia frecuentemente con formaciones análogas de pelvis, cálices y de vejiga.

Preferentemente asientan los quistecillos en el tercio superior del uréter. Su número, como ya hemos dicho, es variable, oscilando su tamaño desde un milímetro a dos centímetros. Son trans-



Figura 5.a—Caso de KNUTSSON.

parentes unos, otros opacos, dependiendo ello de su contenido.

La pared quística ofrece revestimiento epitelial, generalmente pluriestratificado, que termina en su luz por una capa de células muy altas de tipo ci-

lindrico. Los núcleos ocupan la base celular y no existen formaciones vacuolares protoplasmáticas.

La superficie celular limitante con la cavidad posee una verdadera cutícula, descansando el re-



Figura 6.a—Caso de CHEVASSU.

vestimiento epitelial sobre una capa de tejido conjuntivo denso.

El contenido quístico, que puede ser seroso o coloideo, está formado por una sustancia homogénea acelular o de células degeneradas; se tiñe en rosa por la eosina, y en pardo, por el Van Gieson.

La muy discutida patogenia de la ureteritis quística se explica mediante: 1.º La teoría del origen glandular por la obliteración del canal excretor de las glándulas mucosas (LITTEN). 2.º La teoría parasitaria (v. KAHLEN). 3.º La teoría inflamatoria o de irritación local.

Los anatomopatólogos en general opinan que los quistes proceden de la degeneración central de los llamados nidos epiteliales de Litten-v. Brunn, apareciendo la divergencia tan sólo en la significación que a éstos se atribuye. Mientras unos los consideran como formaciones normales, otros au-

tores mantienen una tesis contraria. Ya STOERK (1911), estudiando la disposición de los vasos sanguíneos, negó la congenitalidad de los nidos epiteliales que, según su criterio, se deberían a procesos inflamatorios anteriores. Más tarde, MORSE (1927) y CICERI (1929), basándose en copioso material, niegan también la existencia de nidos de Litten-v. Brunn, de glándulas y de folículos linfá-

bre tal mucosa alterada. Acorde con su idea, propone emplear la denominación de cistopatía quística en vez de cistitis quística. De evidenciarse esta hipótesis, deberíamos reemplazar también la actual designación de ureteritis quística por la de uréteropatía quística.

Respecto a las imágenes radiográficas en la ureteritis quística, tenemos que decir que lo más tí-

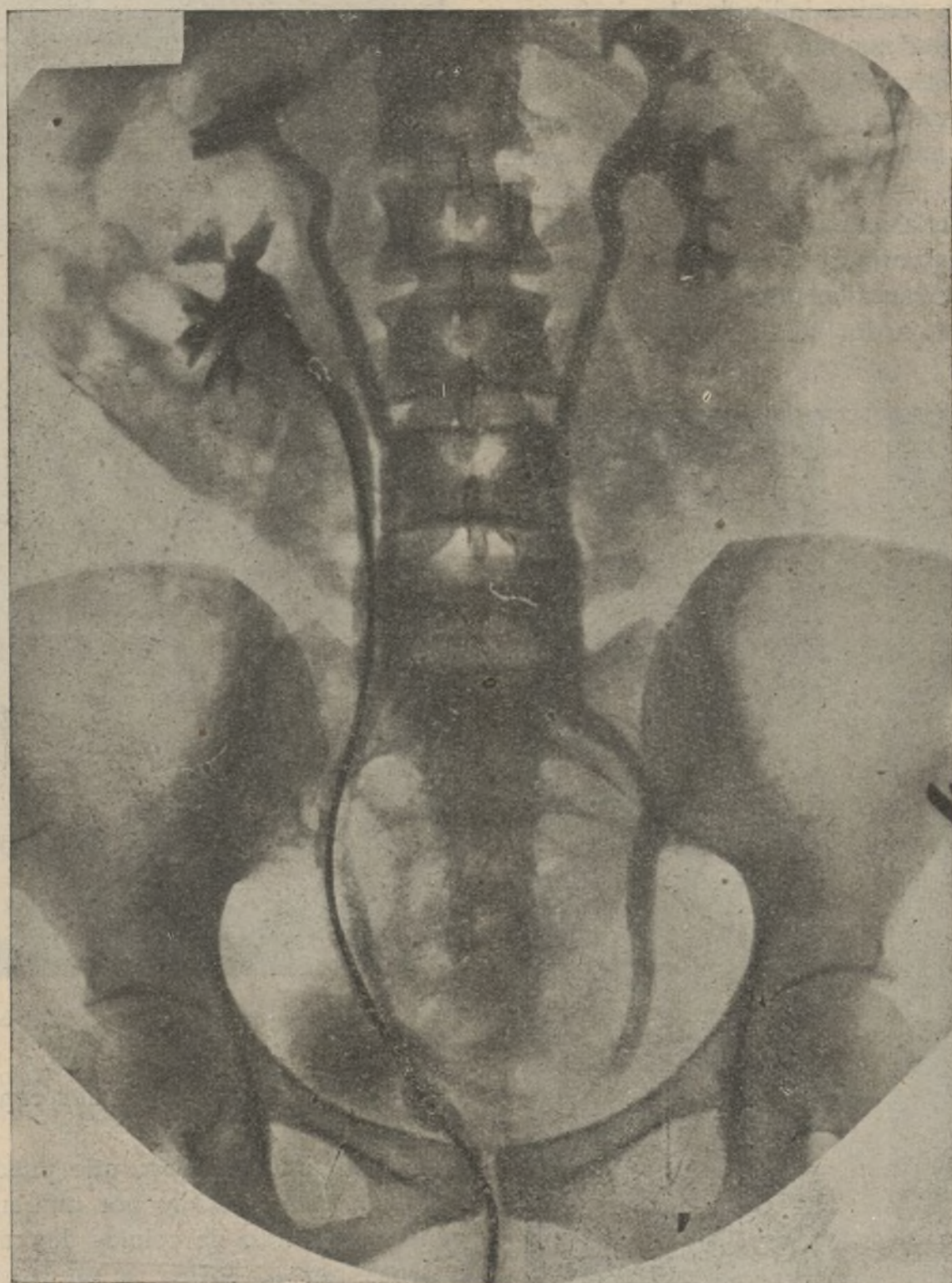


Figura 7.^a—Primer caso personal.

ticos en la pelvis renal, uréter y vejiga normales, considerando los nidos epiteliales como producidos por procesos inflamatorios previos, sin los cuales no se originarían.

L. CIFUENTES, al estudiar con tanto interés y minuciosidad las cistitis quísticas, opina que lo mismo ésta que la ureteritis del mismo nombre representan una degeneración quística de la mucosa del árbol urinario no consecutiva a procesos inflamatorios, sino más bien precursora y favorable a que los procesos inflamatorios prendan so-

pico de ellas lo constituye el aspecto espumoso y lacunar del uréter repleto de líquido de contraste, debido a la prominencia, mayor o menor, de los quistes en la luz ureteral.

Las características piélicas dadas por HINMAN (pelvis globulosa, dilatada no excesivamente, dilatación de cálices proporcionalmente mayor y estrechez entre pelvis y cálices y pelvis y uréter) no es constante. De las imágenes radiográficas revisadas por nosotros en la literatura quizá la única que se aproxime más a esta descripción sea la

del caso publicado por el sueco KNUTSSON (figura 5.^a). El resto, o no ofrece más que alguna de las características reseñadas o ninguna de ellas.

La sintomatología en la ureteritis quística, cuando no llega a sus grados extremos oclusivos, depende más bien de la afección pieloureteral, a la que frecuentemente va asociada (cálculo, anomalía), o es debida a la infección más o menos ligera, que la acompaña. Por sí mismas pueden dar lugar, en ocasiones, a copiosísimas hematurias (OTTOW y PAHL).

Las indicaciones terapéuticas dependerán, por tanto, de estas condiciones particulares que hay que combatir en cada caso.

Respecto al obstáculo mecánico que los quistes representan para la evacuación, se recomienda la ruptura por la dilatación ureteral conseguida mediante el cateterismo asociado a la instilación de nitrato de plata al 1 ó 2 por 100 (KINDALL) o al 5 por 100 (FITE) y a la administración de ácido mandélico (GÜTGEMANN).

El empleo de instilaciones de nitrato de plata a concentración del 5 por 100 es defendido por FITE, quien las considera más eficaces por reputar como ilusoria la ruptura de los quistes mediante la dilatación.

Seguidamente daremos los datos pertenecientes a nuestros casos:

Caso I.—E. M. R. Historia 22.001. Veintinueve años. Soltera. Natural de Almería.

Antecedentes patológicos.—Anginas frecuentes. Palpitaciones y disnea de esfuerzo. Duerme con dos almohadas.

Enfermedad actual.—Vista en nuestro Servicio, en agosto, nos dice que desde marzo último aqueja náuseas y vómitos, dolor en región renal derecha irradiado a ingle. Escorzo y hematurias terminales. Algunas décimas. Hace un mes, dolor hipogástrico irradiado de riñón izquierdo con náuseas y vómitos. Orinas cargadas.

Micción, cada cuatro o cinco horas; por la noche, una vez.

Riñón derecho, palpable.

Análisis de orina vesical obtenida por cateterismo.—Reacción, ácida; células, bastantes; leucocitos, abundantes; hematíes, escasos; gérmenes, no; albúmina, 0; urea, 11,35 por 1.000; cloruros, 12 por 1.000.

Cromocistoscopia.—Capacidad, 200 c. c. O. U. D. doble a — 25 O. U. I., algo enrojecido a + 15. Trígono, cubierto en parte por pseudomembrana blanquecina, que se extiende hasta cuello, rodeada de edema. Eliminan todos el azul de indigo (intravenoso) a los cuatro o cinco minutos, con chorro bien coloreado y de fuerte proyección.

Separación de orinas.—Lado derecho:

	Meato ureteral inferior (sonda corriente)	Meato ureteral superior (sonda opaca)
Albúmina	0	0
Urea	6,30 por 1.000	6,40 por 1.000
Cloruros	7,60 por 1.000	7,60 por 1.000
Hematíes	Bastantes	Bastantes
Leucocitos ...	Algunos	Algunos
Células	No	No
Gérmenes	No	No

Lado izquierdo: albúmina, no; urea, 5,04 por 1.000; cloruros, 6,40 por 1.000; hematíes, escasos; leucocitos, escasos; células, no; gérmenes, no.

Radiografía en vacío: negativa de cálculo.

Uréteropielografía ascendente (tres sondas) con uroselección al 20 por 100: Duplicidad completa en lado derecho. Lado

izquierdo, con pelvis y cálices normales. En tercio superior de uréter se observan fallas en el contorno (fig. 7.^a) y que se aprecian aún con mayor claridad a mayor aumento (figura 8.^a).

Diagnóstico: trigonitis pseudomembranosa de posible origen amigdalino. Duplicidad completa pieloureteral derecha y probable ureteritis quística lado izquierdo.

Tratamiento.—Se envía a la enferma para su adecuado tratamiento a los Servicios de Otorrinolaringología y de Medicina interna. Se ordenan sulfamidas.

La enferma mejora de su sintomatología vesical y renal, siendo vista por nosotros posteriormente a la amigdalecto-



Figura 8.^a—Primer caso personal.

mía. La pseudomembrana es de menor extensión, y el enrojecimiento circundante ha desaparecido casi.

Se le indica que vuelva pasada una temporada, pero la paciente no se presenta de nuevo al Servicio.

Caso II.—E. D. A. Historia 22.176. Veintiocho años. Soltera. Madrid.

Antecedentes patológicos.—Sin interés.

Enfermedad actual.—Dolor de tipo cólico hace cuatro años en región paraumbilical.

Flujo vaginal, escaso. Menarquia a los quince años. Bien reglada. Estreñimiento a temporadas, alternando con diarrea. Buen estado general.

Actualmente, dolor en región renal izquierda, náuseas y discreta hematuria.

Se palpa polo inferior del riñón derecho. Puntos ureterales izquierdos, dolorosos.

Micción de día, cada dos horas, y de noche, sólo una vez.

Análisis de orina vesical obtenida por cateterismo.—Aspecto, límpido; reacción, ácida; albúmina, 0; células, hematíes, pus y gérmenes, 0.

Cromocistoscopia.—Capacidad, 200 c. c. Mucosa vesical, algo congestiva. OO. UU. de situación y aspecto normales.

Eyaculan ambos con chorro de intensa proyección y buena coloración a los cuatro minutos de la inyección intravenosa.

Radiografía en vacío.—Negativa de cálculo.

Uréteropielografía ascendente con uroselectán al 20 por 100 (fig. 9.^a).

Una gran parte del tercio superior de uréter izquierdo presenta una imagen espumosa lacunar compuesta por elemen-

Punto costovertebral derecho, doloroso.

Cromocistoscopia.—Capacidad, 250 c. c. Mucosa vesical, normal. O. U. I., normal; eyacula el indigo con chorro bien teñido y fuerte a los cinco minutos (inyección intravenosa). O. U. D., entreabierto; no se contrae ni expulsa azul. Tras reiterado amasamiento del riñón derecho se ven salir unas masas blanquecinas purulentas.



Figura 9.^a—Segundo caso personal.

tos de diverso calibre; uno de ellos, el más inferior, de gran tamaño. La pelvis de este lado, por la forma de originarse los cálices, es muy reducida.

El uréter se nos muestra algo dilatado y con flexuosidades. En el lado derecho el uréterograma fué imperfecto.

En ambos lados, reflujo.

Diagnóstico.—Probable ureteritis quística.

Tratamiento.—Instilaciones de nitrato de plata al 5 por 100, con las que la enferma se ve libre de sus molestias.

Caso III.—P. A. Z. Historia 24.384. Sesenta y cuatro años. Casado. Asturias.

Antecedentes familiares y personales, sin interés.

Expulsión de arenillas en 1933. Cólico nefrítico lado derecho en 1937, sin expulsión de cálculo ni arenas. No hematuria.

Hace unos días, nuevo cólico derecho con fiebre. Orina turbia. Ligera polaquiuria nocturna.

Sedimento de orina, nada anormal, salvo escasos leucocitos aislados.

Urea en sangre, 0,35 gramos por 100.

Radiografía en vacío.—Cálculo voluminoso enclavado en tercio inferior de uréter. Cálculo en cáliz inferior de riñón izquierdo (fig. 10). No se puede obtener imagen urográfica del riñón y sus cavidades por su exclusión completa. Tampoco se logra pasar ninguna sonda ureteral para obtener pielografía ascendente.

Operación.—Incisión de lumbotomía lado derecho. Intensa perinefritis que obliga a emplear la técnica subcapsular para liberar el órgano. Riñón aparece pionefrótico. Se aísla pedículo y se secciona uréter (muy engrosado y dilatado), incindiendo cápsula propia.

Sutura habitual por planos, y drenaje con tubo fino.

Curso postoperatorio, normal, sin complicaciones.

Aspecto de la pieza operatoria.—Parénquima renal muy adelgazado. A la sección, cavidades repletas de orina puru-

INSTITUTO



LLORENTE

Catarros crónicos

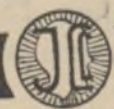
Procesos crónicos del árbol respiratorio. Los enfermos con expectoración purulenta son los más favorablemente influídos por la vacuna. En las dilataciones bronquiales se atemperan o evitan las recrudescencias

DURACION DEL
TRATAMIENTO
15 a 18 inyecciones

VACUNA
ANTICATARRAL
LLORENTE

(POLIMICROBIANA)
6 ampollas de 2 c.c.

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

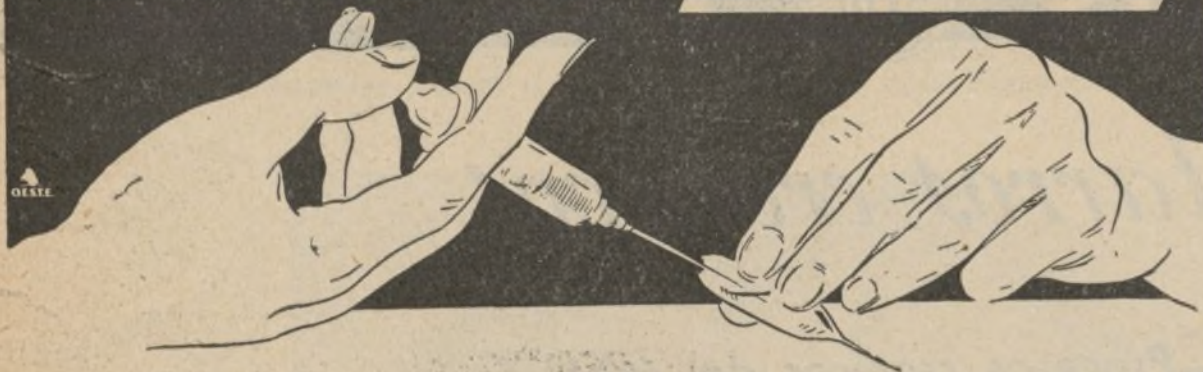


INSTITUTO LLORENTE - Director: J. MEGIAS

9 - MADRID

Pub. Méd. "GARST"

Un remedio indoloro



PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES HEPATO-GASTRICAS

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

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

Presentado en cuatro formas:

INJECTABLE NORMAL • INJECTABLE FUERTE • INJECTABLE FUERTE VITAMINADO • LIQUIDA

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

HEPAGASTRON

EXTRACTO HEPATICO Y DE MUCOSA GASTRICA

LABORATORIOS ORZAN, S.A.
LA CORUÑA

Ap C S 121



FLUOTHYMINA

COMPOSICION:

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

INDICACIONES:

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

DOSIFICACION:

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

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

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

PRESENTACION:

En frascos de 50 c. c.

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

Barquillo, 32 - MADRID

Comercio, 28 - BARCELONA

lenta y espesa. Evacuada ésta y lavada la pieza, se observan pequeños quistes translúcidos en la pared del cáliz superior, en reducido número. En pelvis se hacen más numerosos, y en el punto de transición pieloureteral presentan mayor tamaño. Puncionados algunos, dejan salir un líquido semi-viscoso.

Remitida la pieza para su conservación y estudio histológico al Servicio de Anatomía patológica, nos envían el siguiente informe:

«*Estudio anatomopatológico de un fragmento de uréter.*— En la pared del uréter se aprecian diversas formaciones quísticas, de forma ovoidea, que constan de dos paredes, una de las cuales contacta con la capa muscular y está recubierta por un epitelio poliestratificado semejante al normal del uréter; la otra pared, que hace hernia en la luz del uréter, está constituida por un epitelio que se va adelgazando conforme avanza hacia la parte más procidente del quiste, hasta convertirse en un epitelio monoestratificado.

Asimismo, el epitelio normal del uréter, al recibir la formación quística, va perdiendo capas de su epitelio, convirtiéndose igualmente en monoestratificado.

Las citadas formaciones quísticas contienen una substancia eosinófila, en algunas amorfa, apreciándose, en otros, restos celulares en vías de necrosis.

En la submucosa y en la muscular existen numerosas cé-

vo. En el ángulo inferior izquierdo, un fragmento de mucosa ureteral. En la submucosa se ven bastantes células plasmáticas y linfocitarias.

Dado de alta el enfermo a los veinte días, completamente



Figura 11.—Tercer caso personal.

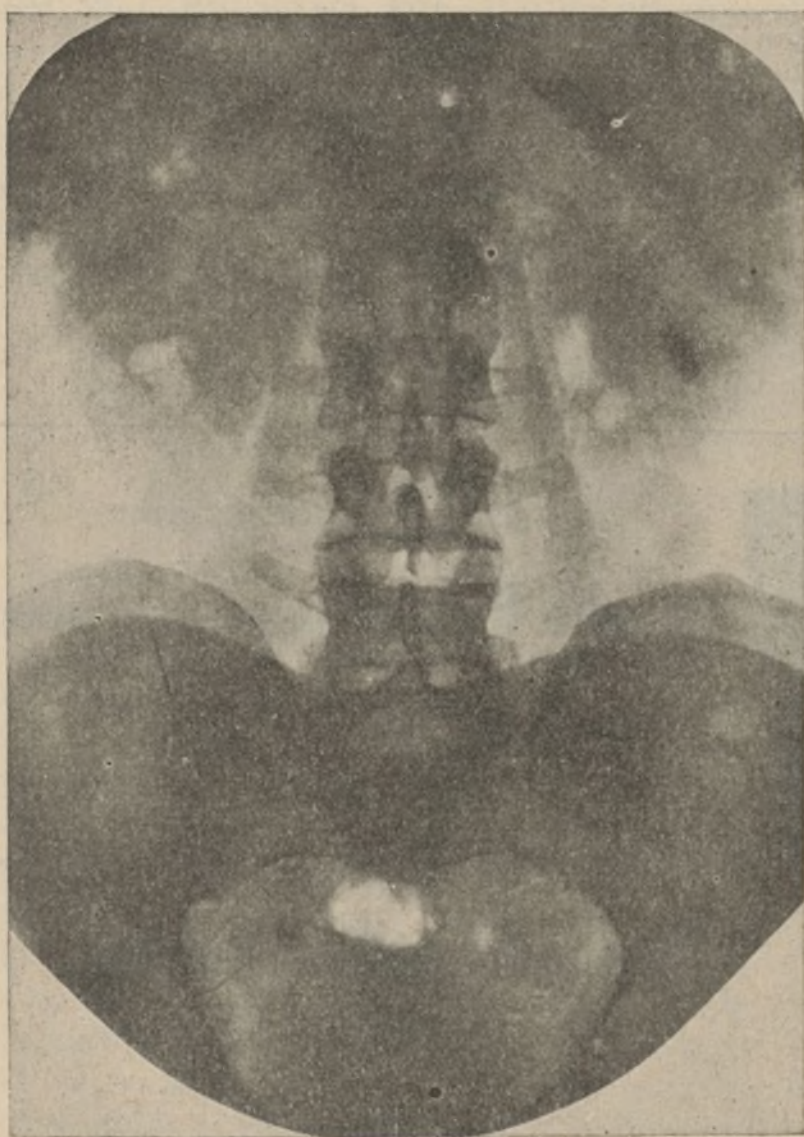


Figura 10.—Tercer caso personal.

lulas plasmáticas y linfocitarias, que en algunos puntos se reúnen formando acúmulos.

Diagnóstico.—Ureteritis quística. (Doctor M. ALBERT LA-SIERRA.)»

Las microfotografías obtenidas de los cortes histológicos de este caso son las siguientes:

Figura 11.—Dos formaciones quísticas, tapizadas interiormente por epitelio estratificado que se va adelgazando hacia la zona de procidencia del quiste en la luz ureteral; están parcialmente ocupados por una substancia amorfa. Entre ambos se ve un pedazo de mucosa ureteral normal que recubre por fuera las dos formaciones quísticas y que, al igual que el epitelio del interior, va perdiendo espesor.

Figura 12.—En la parte superior se aprecia el epitelio que tapiza el quiste, observándose su adelgazamiento progresi-

curado, se le envía a casa para que se reponga y vuelva a ser operado del riñón izquierdo.

Reaparece el paciente al mes, diciendo que ha sufrido un cólico nefrítico intensísimo en riñón izquierdo, tras el cual ya no orinó más que unas gotas de sangre.

En vejiga no existe orina, como se demuestra por cateterismo.

Dada la gravedad del enfermo (sesenta horas en anuria, fuertes dolores cólicos, fiebre y lengua seca), decidimos su operación de urgencia.

Liberado el riñón izquierdo, que aparece muy engrosado, adherido y congestivo, se localiza el cálculo, enclavado en pelvis renal, que extraemos (fig. 13), en unión de otros dos



Figura 12.—Tercer caso personal.

pequeños, por pielotomía. Al suprimirse los cálculos, salen por la incisión de pielotomía unas gotas de orina y flotando en ellas un quistecillo amarillento de un milímetro de diámetro, de igual aspecto que los evidenciados en pelvis renal del lado opuesto. Dada la gravedad del caso, no nos creemos autorizados a prolongar la intervención para reseca un trozo de pared de pelvis con destino a su estudio histológico.

Decapsulación, que muestra un parénquima congestivo en sumo grado.

Comprobada la permeabilidad de vías urinarias excretoras hasta vejiga, mediante una gruesa sonda ureteral, saturamos, dejando un tubo de desagüe próximo a pelvis.

En las primeras veinticuatro horas después de la interven-



Figura 13.—Tercer caso personal.

ción, el paciente orina dos litros. No tiene fiebre, pero la lengua continúa muy seca.

A los tres días, la diuresis se mantuvo a igual ritmo, y el enfermo tiene ya la lengua húmeda y se encuentra con un estado general perfecto.

Se quita el tubo de desagüe, que no da nada, a los cuatro días. Alta a los dieciséis días completamente curado, y con orina clara.

Comentario.—Se trata de un caso típico de pieloureteritis quística bilateral asociada a litiasis de ambos lados.

Caso IV.—Lo debemos a la amabilidad del doctor PÉREZ LISTA, jefe del Servicio de Anatomía patológica de nuestro hospital. Se trata de una pieza obtenida por sección y conservada en su museo.

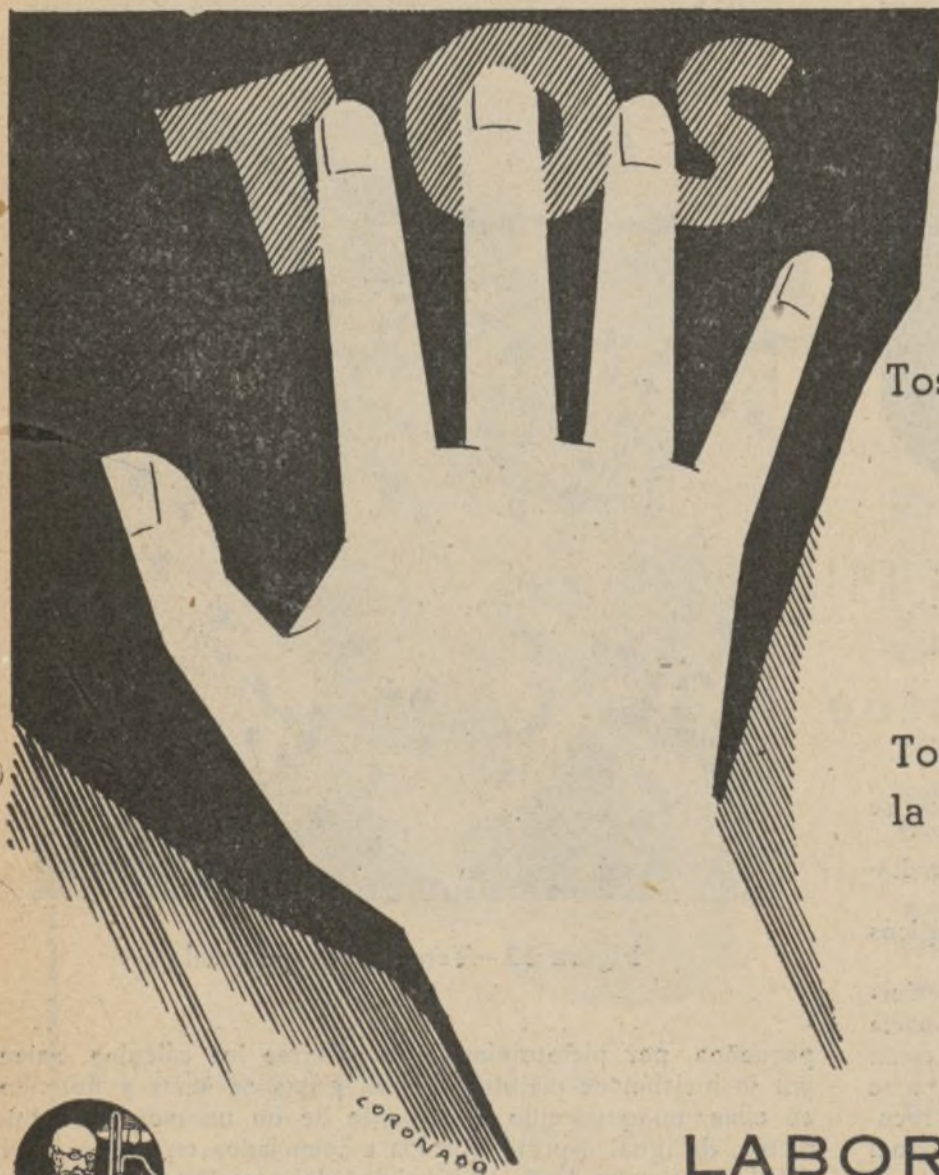
Los quistecillos se extienden por pelvis, cálices y uréter, en grupos o separados. Todos ellos tienen un grosor moderado; el mayor, del tamaño de una cabeza de alfiler negro. No existe dilatación de las vías excretoras referidas, y su pared no parece ser asiento de procesos inflamatorios agudos. El color de los quistecillos es ambarino.

El estudio histológico de este caso será comunicado por el doctor PÉREZ LISTA en un trabajo ulterior.

Lamentamos no poder acompañar una reproducción fotográfica de este caso, ya que la delicadeza y finura de las formaciones quísticas no permite obtener una copia lo suficientemente demostrativa.

BIBLIOGRAFIA

- AUGIER (D.) y LÉPOUTRE (C.).—*Annales des Maladies des Organes Génito-urinaires*, 1, 880. 1911.
 BACHRACH (R.).—«Handbuch der Urologie». J. Springer. V. 1928.
 BRAVETTA (G.).—*Riforma Méd.*, 45. 1938.
 CICERI (C.).—*Studi Sassar.*, 7, 161. 1929.
 CIFUENTES DELATTE (L.).—*Arch. Esp. de Urol.*, 1, 69. 1944.
 CLELAND (J. B.).—*Med. Journ. of Australia*, 2, 13. 1926.
 CHEVASSU (M.).—*J. d'Urol.*, 41, 483. 1936.
 EBSTEIN.—*D. Arch. f. Klin. Med.*, 31, 63. 1882.
 FITE (E. H.).—*Urologie Rev.*, 39, 91. 1935.
 GÜTGEMANN (A.).—*Z. Urol.*, 36, 69. 1942.
 HENKE-LUBARSCH.—«Handbuch der Spez. Path. Anat. und Hist.». J. Springer. 1934.
 HINMAN (J.) y MCCORKLE.—*J. of Urology*, 35, 174. 1936.
 ISRAEL (J. y W.).—«Chirurgie der Niere und des Harnleiters». G. Thieme. Leipzig, 1925.
 JACOBY.—*Z. Urol.*, 23, 718. 1929.
 JOELSON (J. J.).—*Arch. Surg.*, 18, 1570. 1929.



Tos aguda y espasmódica

Jarabe Robert (con Efedrina y Codeína)

Tos crónica, con acción tónico-balsámica.

Bronquiaséptico Robert

ELIXIR

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

Bronquiaséptico Robert

INYECTABLE

LABORATORIOS ROBERT

Mañanado, 9. - MADRID

Valencia, 314. - BARCELONA

KINDALL (LLOYD).—*J. of Urology*, 29, 645. 1933.
 KNACK (A. V.).—*Dermatol. Wochenschr.*, 82, 85. 1926.
 KNUTSSON (Folke).—*Acta Radiológica*, XVI, 43. 1935.
 LOWSLEY y KIRWIN.—«*Clinica urológica*». Salvat, 1945.
 MORSE (H. D.).—*Amer. Journ. of Pathol.*, 4, 33. 1926.
 OTTOW (B.) y PAHL (J.).—*Zbl. Gynäk.*, 38, 2256. 1934.
 PASCHKIS (R.).—*Z. Urol. Chir.*, 28, 64. 1929.
 PATCH (F. S.).—*Urol. Cutan. Rev.*, 42, 627. 1938.

RITTMANNBERGER (K.).—*Z. Urol.*, 34, 406. 1940.
 PESSIN (S. B.).—*Urol. Cutan. Rev.*, 13, 752. 1939.
 SERTOLI (L.).—*Arch. Ital. Urol.*, 7, 249. 1931.
 STOERK (K.).—*Beitr. z. Pathol. Anat. u. z. Allg. Pathol.*, 50, 1911.
 STOW (B.).—*Ann. Surg.*, 46, 233. 1907.
 (Reproducido de *Archivos Españoles de Urología*, III, 1. 1946.)

CATEDRA DE HIDROLOGIA MEDICA
 Profesor: Doctor San Román.

IMPORTANCIA DE LA CRENOTERAPIA EN TOXICOLOGÍA

por el

Doctor MIGUEL SALES VAZQUEZ

Tal vez una de las aplicaciones de la crenoterapia menos estudiada y de mayor interés científico es la que se relaciona con su capacidad coadyuvante y en ocasiones decisiva para combatir y neutralizar determinadas acciones tóxicas. Y, al hablar de toxicidad, no nos referimos en el presente estudio a los tóxicos endógenos nacidos de un dismetabolismo o de una disfunción glandular que perturbe el equilibrio neuroendocrino, ni tampoco a las autointoxicaciones intestinales debidas a fermentaciones o putrefacciones anormales, sino a los tóxicos exógenos, y particularmente a aquellos que, actuando en pequeñas y repetidas cantidades, dan margen a intoxicaciones crónicas, bien sean éstas de tipo fortuito o profesional.

El umbral tóxico para una determinada sustancia viene representado por el poder reaccional del organismo para neutralizarla, desdoblarla en productos menos tóxicos o eliminarla. En cada uno de estos procesos antitóxicos ocupa la crenoterapia un lugar principal.

Bien es verdad que, de un modo empírico, se utilizan determinadas aguas para ciertas intoxicaciones. Así, por ejemplo, las aguas purgantes tipo Carabaña, Mediana de Aragón, San José, etcétera, se emplean para provocar la eliminación de algunos venenos metálicos. Pero conviene señalar que, además de esta acción principal, tienen estas aguas el poder de estimular el funcionalismo metabólico de la célula hepática, haciéndose con ello más eficaz la acción antitóxica de fijación que estas células muestran para este tipo de intoxicaciones.

La acción purgante se utilizará no sólo para la eliminación del tóxico cuando éste se injiere por vía digestiva, sino incluso en los casos en los que—como ocurre con muchos derivados del opio—ingresan por inyección, pues se eliminan, en parte, también por las mucosas digestivas.

Además, la acción reductora de estas aguas, por acción del SO_4 sobre la piel, podrá aprovecharse en beneficio de la mayor parte de manifestaciones cutáneas del hidrargirismo, y aun, como coadyu-

vante, en las dermatosis arsenicales, tan rebeldes.

Las aguas sulfatadas actúan también favoreciendo la formación de cuerpos sulfoconjugados en la intoxicación fenólica, pudiéndose emplear también como heméticas administradas calientes puras a dosis de unos 300 gramos.

Diluidas con agua corriente, pueden emplearse con éxito para el lavado gástrico en intoxicaciones por venenos metálicos, tóxicos corrosivos, a excepción del sulfúrico, e intoxicaciones alimenticias.

Las aguas bicarbonatadosódicas se utilizarán en Toxicología por su acción sedante sobre el sistema nervioso vegetativo.

Además, por su acción diurética, las emplearemos en aquellos casos en que esté indicada una acción moderada y mantenida sobre el emuntorio renal: intoxicaciones por sublimado, cantáridas, venenos methemoglobinizantes, etc.

En la intoxicación por el ácido oxálico y oxalatos se aconsejarán aquellas aguas que en su composición intervenga activamente el ión cálcico (Solares, San Hilario, Insalus, Villavieja de Nules, etcétera), y, en general, todas las bicarbonatado-cálcicas.

Las aguas sulfurosas se administrarán a los intoxicados crónicos por el plomo, por su propiedad de formar sulfuros de plomo en los saturninos. También en los casos de nefritis saturnina de tipo azotémico y en las alteraciones que sobre el metabolismo ejerce aquel metal (gota saturnina).

Estas aguas, en general, muestran una acción solubilizante sobre el mercurio, plomo y bismuto, pudiendo emplearse en las intoxicaciones crónicas por estos metales en forma de baños generales de diez a veinte minutos o más de duración (piscinas de Alceda).

En la intoxicación por el plomo se administrarán también las aguas sulfatadas, especialmente las de sodio y magnesia, sobre todo cuando se sospeche la presencia del tóxico en el estómago, pues con ello conseguiremos la transformación del metal al estado de sulfato de plomo insoluble.

Las aguas ferruginosas encontrarán indicación en las intoxicaciones crónicas por venenos methemoglobinizantes, por el benceno, benzoles y en los intoxicados por el fósforo, óxido de carbono, etc. Se explica el efecto beneficioso sobre esta clase de intoxicaciones por la acción hematopoyética que las aguas ferruginosas ejercen sobre estos intoxicados.

Las aguas cloruradosódicas (tipo Vallfogona, con 7,01 gramos por litro) se administrarán con éxito en la mayoría de intoxicaciones, pues es sabido que buen número de tóxicos producen una marcada insuficiencia córticosuprarrenal, siendo indispensable aumentar en estos casos el sodio orgánico con la aportación exógena del mismo que asegure un perfecto equilibrio en la relación sodio-potasio.

Las aguas oligometálicas, por su marcada acción diurética, encontrarán aplicación en cuantos casos se halle comprometida la eliminación renal por acción tóxica (sublimado, ácido oxálico, cantáridas, etc.).

Finalmente, las aguas radiactivas se usarán en las intoxicaciones crónicas por el fósforo, alcohol, arsénico, etc., y, en general, en cuantos casos la acción tóxica haya perturbado la nutrición tisular y el metabolismo íntimo celular, sobre los que influirán de manera favorable, no sólo estimulando los procesos anabólicos, sino incluso la vitaminogénesis (Collazo, San Román).

Estas aguas activan los fermentos destruidos por muchos tóxicos metálicos (hierro, cobalto, manganeso), que, si bien se comportan como microfactores indispensables en los fenómenos de óxidorreducción cuando actúan en pequeña cantidad, tienen efectos opuestos cuando los aportes son excesivos.

Es bastante lo expuesto para ver cómo la Clínica hidrológica encuentra formal aplicación para combatir las perturbaciones causadas por los tóxicos y cómo el estudio de las propiedades específicas de las aguas-tipo deben figurar al lado de los tratamientos clásicos de las intoxicaciones corrientes.

RECAMBIOS HUMANOS

por el

Doctor JOSE MEGIAS VELASCO

Médico fisiólogo del P. N. A. en Gandía.

El título de estas cuartillas es un poco chocante, y creo que merece una ligera explicación preliminar, la cual aclarará lo que vamos a exponer en relación con el tal título. Y ello es que, a pesar de que la Medicina, el arte médico, de curar y aliviar la enfermedad, existe desde que existen los primeros hombres, y que así podemos verificarlo en cuanto encontramos datos históricos que nos cuentan la vida y las costumbres de esos hombres primitivos y de esas edades pretéritas, realmente la Medicina como hoy la conocemos es cosa reciente, y esta parte reciente es la que más apasiona al público, o sea la parte de tratamientos en su doble aspecto médico y quirúrgico. Y hacemos esta salvedad puesto que en el arte del diagnóstico, o sea el de la observación del hombre enfermo y de la interpretación de esos datos que se recogen a la cabecera del enfermo, ha habido inteligencias geniales en todos los tiempos que han sabido interpretarlos. Pero, volviendo a la finalidad de este artículo, o sea la de los tratamientos, hoy nos ocuparemos de la breve reseña de cómo se está logrando salvar un escollo hasta ahora infranqueable, que ha sido el de los trasplantes de tejidos, de órganos, de una persona a otra. Y esta idea yo creo que tiene mucho tiempo, pues el médico, y más que él el cirujano, se ha enfrentado muchas veces con el problema con

que se enfrentaba al ver que a un enfermo, a un accidentado que le faltaba una mano, que le faltaba un brazo, por ejemplo, no se le podía poner, no se le podía adaptar la mano o el brazo de otra persona que hubiera muerto en aquel mismo accidente, y decimos esto porque un órgano no muere cuando muere el individuo; ese órgano no tiene unas horas más o menos cortas en que su vida, si se le coloca en condiciones adecuadas, puede seguir realizándose. Y se presentaba ese problema doloroso ante su conciencia de no poder hacer dicho traslado de un órgano que estaba destinado a morir y el del otro herido, del otro accidentado, que iba a salir mutilado para toda su vida por aquel accidente.

Este problema, que es lo suficientemente cotidiano y trágico para atraer la inteligencia de los investigadores, empezó a hallar su solución en la mente del doctor IUDINE, el cual, siendo médico de urgencia en un gran hospital, tuvo la genialidad de extraer y hacer conservar la sangre de los que morían por accidente (por ejemplo, atropello, caídas, etc.), y a la cual se le practicaban todos los análisis necesarios para convencerse de que pertenecían a una persona sana. Esta sangre, conservada en cámaras frigoríficas y en condiciones adecuadas, duraba un tiempo determinado, y si durante este tiempo a este médico le llegaba al-

gún otro accidentado con una gran anemia, entonces se le inyectaba dicha sangre, y esta persona se salvaba.

Y no creáis que esto es igual que la transfusión, no; con esto se han salvado muchas vidas, puesto que por este procedimiento se puede proporcionar a una herida, y de una sola vez, una cantidad más grande de sangre que las que las transfusiones permiten, y, además, teniendo siempre las cantidades de sangre a punto para el momento que fueran necesarias.

Y ahora, siguiendo los científicos buscando la solución de este problema, tan angustioso a veces, nos llega la noticia por la prensa de una magnífica operación efectuada en un hospital inglés, y que ha sido la curación de una muchacha ciega, la cual ha recobrado la vista. Esto creo que para algún lector merece una somera explicación.

La ceguera puede ser por lesión o enfermedad de una o de todas las diversas y delicadísimas partes que componen el ojo humano, y, claro está, se puede ser ciego porque esté enferma una de estas partes aunque las demás permanezcan sanas. Pues esto ha sido el caso tan maravilloso; esta muchacha era ciega por una enfermedad de la córnea, que es, por así decirlo, como un cris-

talito que hay en la parte anterior del ojo, y en ella se pudo comprobar la perfecta normalidad de todas las demás partes del ojo.

Una vez así planteado el asunto, estos médicos iniciaron su solución, y para ello eligieron, mediante su ofrecimiento, claro está, la córnea de otro ciego, el cual lo era de modo total e irreparable, pero en el que esta parte del ojo estaba sana, y la de un donador voluntario, el cual también era sano, e hicieron el transplante de estas dos córneas a los ojos de la muchacha ciega, a la que previamente le habían quitado las suyas enfermas, y el milagro se realizó, y esta chica ha recuperado su vista.

¿No es verdad que es maravilloso? Es una operación arriesgadísima y de una finura de ejecución de relojería; pero el fin lo justifica ampliamente; y, además, una vez logrado por el avance de la Medicina, en técnica quirúrgica, antiséptica, etcétera, orientar este camino, parece ser que Dios quiere permitirnos que caminemos por él a fin de reparar tantas vidas truncadas y tanto dolor como representan las inutilidades de las personas que, por enfermedad o por accidente, quedan en ese grupo, tan digno de compasión, que son los inválidos.

Divulgaciones nacionales

Falsas neoplasias abdominales. - Dificultades diagnósticodiferenciales

por el

Doctor GREGORIO ESCRIBANO ORTIZ

Arganda del Rey.

Frecuentemente el médico práctico se enfrenta con signos de exploración clínica de confusa significación y que ha de interpretar debidamente para evitar severas admoniciones del especializado, quien, mejor dotado en todos sus aspectos, no siempre valora debidamente el esfuerzo que realiza aquél para lograrlo. Así, el hallazgo de una tumoración palpable en cualquier segmento abdominal, especialmente en aquellos más frecuentemente asiento de neoplasias, por este solo hecho sugiere la inmediata idea de su posibilidad, que no siempre ocurre, por fortuna. Se olvidan, por poco tratados, procesos benignos de amplias posibilidades terapéuticas, incluso de espontánea resolución, que convendrá tener en cuenta pueden exteriorizarse con similar aspecto para evitar ulteriores enojosas situaciones.

* * *

La hidatidosis generalmente es un diagnóstico radiológico, de sorpresa, en sus formas puras la mayoría de las veces. Así, las localizaciones pul-

monares, las de cara superior de hígado, etc. Pocas veces se dan casos, o, por lo menos, no con tanta frecuencia, de asiento hepático en cara inferior próximas a borde anterior, y, por tanto, accesibles a la palpación. Pero cuando así ocurre, aun siendo ésta muy cuidadosa, no reviste siempre las características de redondez lobular, renitencia, fluctuación o estremecimiento hidatídico clásicamente descritas. En ocasiones la sensación palpatoria es exactamente la de un plastrón carcinosomatoso, de dureza varia, pero siempre intensa, y a su diagnóstico se llega por diversas vías, pero, sobre todo, pensando en su posibilidad. De esta suerte, pequeños detalles pueden ser decisivos. Véase este caso nuestro:

C. C. Muchacha de veintisiete años. Desde hace una temporada, próxima a los seis meses, se encuentra mal, con asfénia marcada, anorexia, pesadez gástrica y decaimiento paulatino de estado general, habiendo perdido cuatro kilogramos en ese tiempo. Es una enferma de tinte terroso, con intensa anemia secundaria y mal estado general. Gran taquicardia (130 pulsaciones al minuto), pero afebril siempre y en el momento de la exploración. Esta revela la existencia de

una tumoración de consistencia casi ósea, que ocupa todo el ángulo epigástrico, al que abomba considerablemente.

La delimitación de la misma era imprecisa, pero no rebasaba el marco citado. Este hecho hizo descartar la cancerosis hepática, porque en ella la hepatomegalia es difusa, palpándose perfectamente en todo su contorno su borde cortante. Las mismas razones o muy parecidas tuvimos para descartar el éstasis hepático, por otra parte sin signos clínicos en qué apoyarla (corazón indemne, sin signos de anterior endocarditis).

La relativa rareza, pese a todo lo dicho y escrito, del sarcoma gástrico juvenil y la indemnidad radiológica, nos llevó al ánimo a la idea de una gran formación hidatídica hepática que ya habíamos valorado anteriormente por el gran abombamiento epigástrico (EPPINGER). Practicadas las reacciones específicas al efecto, confirmaron, con la intervención a seguido llevada con fortuna, su existencia.

En ocasiones, la sintomatología digestiva preferente, cuando no única, siempre muy referida, hace más embrollosa la diferenciación, como ocurrió en este caso:

S. B. Hombre de cincuenta y dos años. Motiva su consulta molestias de estómago del tipo de hipersecreción a temporadas, que mejoran considerablemente los alcalinos. Apenas durante ellas se afecta su estado general ni su capacidad de trabajo en faenas rudas. Largas etapas de intervalo libres de molestias, con estómago que percibe anormalmente distendido y duro y excelente apetito siempre. Es un sujeto de mediana nutrición, pálido, con ligera palidez de piel y mucosas. Creemos hallarnos ante un síndrome de úlcus; pero con gran sorpresa encontramos en epigastrio una amplia tumoración de límite inferior bien acusado, de consistencia pétrea a la palpación, y que sigue las excursiones respiratorias. Todo parece hablar en favor de un escirro voluminoso bien tolerado que apenas afecta, como suele ocurrir hasta el final, su estado general. La sensación es de tener en la mano un estómago enormemente densificado fijo a hígado.

La exploración radiológica, nunca valorada con justeza, nos da la sorpresa de hallarlo de características absolutamente normales mucho más abajo de donde suponíamos, sólo desplazado lateralmente merced a la tumoración que se ve y se palpa extragástrica de claro origen hepático. Por todo ello pensamos, sin más, en un quiste hidatídico de cara inferior de hígado. La exploración biológica primero y la intervención después confirmaron nuestras presunciones.

Deslindar ante un caso dado qué es lo propio de estómago y cuál de colon transversal, por el solo recurso de la palpación, cuando éste se encuentre elevado por la existencia de un buen tono intraabdominal (jóvenes, deportistas), o aquél descendido, ptósico, como ocurre tan frecuentemente, no resulta nada fácil. Algunos virtuosismos exploratorios han sido agudamente criticados (GONZÁLEZ CAMPO).

He aquí otro caso rico en enseñanzas:

C. C. Muchacha de diecisiete años. Historia muy breve de temporadas de hiperacidez, con intervalos de normalidad, coincidiendo las crisis de mayor secreción con marcado estreñimiento. Ha sido tratada con alcalinos y buen resultado. Refiere desde hace pocos días una extraña sensación de peso, como de una bola, en estómago, que, junto a una discreta anorexia y marcada depresión psíquica, la traen a la consulta. Estreñida de cuatro o cinco días. Comprobamos en seguida la existencia de una gran tumoración epigástrica cuyo contorno parece seguir exactamente los límites de curvatura mayor gástrica. Es de gran consistencia y dolorosa su presión, siquiera sea moderada. Discreta anemia de piel y mucosas, sin ganglios perceptibles, incluso los supraclaviculares. El hallazgo, un tanto desusado, nos intranquiliza, y disponemos una radioscopia al siguiente día. Antes de practicarla exploramos nuevamente, para contrastar nuestra impresión del día anterior. La sorpresa que recibimos es enorme, ya que aquella tumoración, que tan mal cariz poseía, ha desaparecido. También lo hicieron bruscamente las molestias de la enferma, a la que interrogamos de nuevo en ese sentido, quien dice se encuentra sorprendentemente bien. En el intervalo ha habido una copiosa deposición, que demuestra ser un fecaloma lo que hallamos. No obstante, se practica un examen radiológico de estómago, que revela, como ya suponíamos ahora, una normalidad absoluta en su conformación y vaciamiento.

También ha sido considerado muy fácil la diferenciación de los denominados fecalomas. Pero a veces no lo son tanto (MARAÑÓN), y los datos conocidos para su identificación (huella que se marca sobre la masa, que siempre resulta maleable) resultan prácticamente muy difíciles de reconocer si hay unas paredes abdominales resistentes interpuestas. Por otra parte, apenas se piensa puedan asentar más que la porción cólica descendente y menos veces en la cecal, y entonces sí resulta extremadamente sencillo diferenciarlos. La edad y el pertinaz estreñimiento son datos importantes a valorar. De todas suertes, siempre pueden surgir dificultades. Así, el caso que exponemos:

R. C. Mujer de cincuenta y cuatro años. Refiere molestias abdominales poco definidas, especialmente dolorosas a nivel de epigastrio y fosa iliaca derecha, juntamente con breve

“ eregumil ”
Fernández

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO A BASE DE CEREALES Y LEGUMINOSAS
 Especial para niños, ancianos, enfermos
 :: del estómago y convalecientes ::

Insustituible como alimento, en los casos de
 Intolerancia gástrica y afecciones intestinales

Fernández y Canivell, S.A.
-Malaga-

temporada inmediata de anorexia y pérdida de peso marcada (unos cinco kilogramos en dos meses). Acusado estreñimiento, pero deposición cada dos días. Encontramos a nivel de fosa ilíaca derecha una densa y mal limitada tumoración dura que parece corresponder a ciego y porción inicial de colon ascendente. Sus límites superiores se pierden confusos en la región de ángulo cólico hepático, resultando especialmente dolorosa la presión. Su historia, sucintamente reseñadas; su edad, y el decaimiento de estado general nos hacen pensar en una neoplasia intraabdominal de dudosa enmarcación. Se procede a sistemáticos exámenes radiológicos de intestino, sin hallazgos convincentes. Bruscamente, la enferma suspende las exploraciones en curso, negándose a ellas, y vuelve a su residencia. Sólo volvemos a verla a los tres meses, con ocasión de un proceso banal intercurrente. La tumoración ha desaparecido en absoluto, conservándose un buen estado general. Persiste estreñimiento atónico, pero menos acusado que entonces, merced al uso y abuso de toda clase de laxantes.

Parece casi seguro el fecaloma en este caso; por su curso, no muy seguido, por las circunstancias relatadas, no se puede afirmar en absoluto. No obstante, todos pensamos y valoramos, cuantos la vimos, muy poco su posibilidad. Se había descartado de antemano cualquier neoformación de carácter inflamatorio, cecal o pericecal (apendicular) y de anejos mediante pruebas exploratorias y de laboratorio al efecto.

* * *

Existe casi unánime convencimiento de ser pocas veces palpable la vesícula biliar en sus afecciones más frecuentes. Sólo se percibe, por ejemplo, en la colecistitis, calculosa o no, una sensación táctil confusa de una formación, redonda unas veces, periforme otras, lisa o rugosa, siempre dolorosa, que por su localización se interpreta sin más como perteneciente a la misma. Pero aun cuando revisita forma francamente tumoral, si está muy desplazada de su asiento habitual, puede plantear serias dudas diagnósticas. Entonces su relación con el borde hepático se ha perdido, y su desplazamiento con él ya no es perceptible. Un tumor renal o epiploico pueden dar análoga sensación, si bien, atendiendo a otros signos, puede casi siempre preverse la confusión. El tumor vesicular siempre se encuentra dirigido hacia adelante, inmediatamente por debajo de las paredes del abdomen (MATTHES), y además tiene un aspecto alargado,

periforme o de pepino, muy característico. Los datos clínicos coincidentes tienen un gran valor orientador. Así ocurrió en este otro caso que exponemos:

F. A. Muchacha de veintinueve años. Acaba de pasar una ictericia calificada de «catarral». Queda bien, pero persisten una serie de molestias abdominales de sensación de inflazón *postprandium*, escaso apetito, tendencia a estreñimiento, aguas de boca matinales. Hay una evidente subictericia, con un buen estado general. Apirética. Por encima inmediatamente del reborde ilíaco derecho, y pareciendo confundirse con él, existe una tumoración alargada, cuyo contorno se sigue mal, perdiéndose entre los tejidos vecinos, pero muy por debajo de pared abdominal, lo que permite su parcial identificación, ya que se trata de una muchacha con paredes muy musculadas y resistentes. Su lejanía de la zona cística nos hace dudar de, no obstante su historia, su origen vesicular, y pensamos más bien en una neoformación de otro origen que comprimiase a la misma. Una vesícula tan palpable nos parecía extrañamente fácil. La colecistografía practicada al efecto demostró tratarse de ella, con seguridad repleta, además, de cálculos, que justifica por el engrosamiento inflamatorio de sus paredes y su contenido la sensación pseudotumoral que ofrecía.

Seguramente la vesícula, anormalmente descendida, habría contraído adherencias, por pericolecistitis, con las vísceras vecinas, especialmente colon, por lo que resultaba su delimitación poco clara. Resulta interesante la carencia de sintomatología dolorosa en cualquier fase del proceso, a pesar de ello y de la gran cantidad de cálculos existentes.

En resumen, confusiones, a pesar de todos los medios diagnósticos utilizables, son casi inevitables, lo mismo en el sentido de creer hallarse ante un proceso benigno, cuando no lo es, como a la inversa. Es evidente que una observación del caso meticulosa y un buen «ojo clínico», que es expresión simplemente de experiencia adquirida y acrecentada con el tiempo, pueden resolver, a veces con increíble facilidad, la tarea.

BIBLIOGRAFIA

- GONZÁLEZ CAMPO.—*Bol. Inf. del Cons. Gen. de Col. Médicos*, núm. 51.
EPPINGER.—«Enfermedades del hígado». Ed. Española. Labor.
MARAÑÓN.—«Diagnóstico etiológico». 1.^a ed. 1942.
MATTHES.—«Diagnóstico diferencial». 4.^a ed.
GONZÁLEZ GALVÁN.—*Medicamenta*, núm. 71.
GARCÍA BARÓN.—Capítulo Cáncer del intestino en el «Manual de Patología quirúrgica», de R. Argüelles. Ed. Científico-Médica. 3.^a ed.



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

GENIALIDAD Y PSICOPATOLOGIA

JEAN-JAQUES ROUSSEAU

por el

Doctor J. M. SACRISTAN

«Me voici donc seul sur la terre, n'ayant plus de frère, d'ami, de prochains de société que moi-même.»

J. J. Rousseau («Les rêveries du promeneur solitaire.—Première rêverie»).

Los tratados de Psiquiatría suelen citar el caso de Rousseau como ejemplo típico de curso crónico caracterizado por el predominio de ideas delirantes—ideas de persecución, o de celos, o de grandeza, etc.—, que jamás conducen al derrumbamiento de la personalidad, es decir, a la demencia.

En *Les confessions* y en *Les rêveries du promeneur solitaire*—documentos humanos de excepcional interés psicopatológico—, Rousseau analiza y disecciona fríamente su alma, que muestra a los demás en toda su cruda desnudez. Estas narraciones autobiográficas no sólo permiten seguir paso a paso la evolución de su enfermedad psíquica, sino conocer la naturaleza de la personalidad de Rousseau, acusadamente patológica desde los primeros años de su vida.

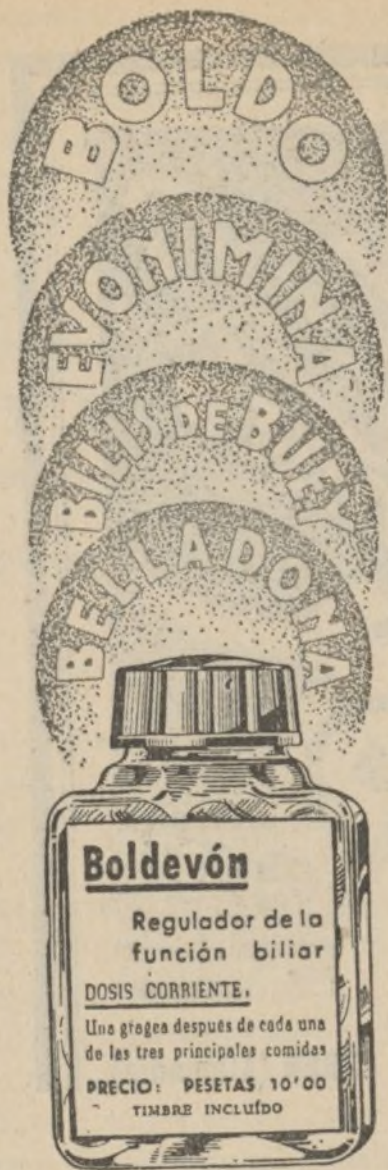
La paranoia de Rousseau parece iniciarse pasada la cincuentena. Determinadas circunstancias externas de su vida favorecieron evidentemente la génesis del proceso delirante. El autor de *La nouvelle Héloïse* cayó en desgracia. En junio de 1762 su libro *Emile* es condenado en París a la hoguera. Pocos días después, en su ciudad natal, Ginebra, sus publicaciones corren idéntica suerte, y las autoridades decretan el encarcelamiento del autor. Por todas partes surgen libelos condenatorios. Las primeras interpretaciones delirantes—pretextos que anuncian la borrasca de la enfermedad—hacen su aparición. Por comodidad, según dijera el propio Rousseau, adopta el atuendo armenio—caftan gris, cinturón y gorro de piel—y de esta guisa se presenta en todas partes. Extravagancia que le hace objeto de la burla general. Busca sosiego en la isleta de Saint-Pierre, situada en medio del lago de Bièvre, en la cual tampoco puede vivir tranquilo. Aprovecha una circunstancia favorable y huye a Inglaterra, acompañado de su amigo el filósofo inglés David Hume.

Un día, nuboso y frío, de enero de 1766 pisa Rousseau el suelo de Inglaterra. Los periódicos celebran su llegada, los nobles le buscan, un príncipe real le visita. Londres, sin embargo, no le place. Se instala en Wootton, en la casa de su amigo Davenport, situada en un lugar apacible, desde el cual se divisa el amplio panorama del valle, surcado por un arroyo y poblado de colinas. Rousseau se encuentra contento, pero el clima no le es grato. El sol es débil y la Naturaleza perezosa. El sue-

ño de Rousseau se quiebra. Al pertinaz insomnio se añaden nuevas desdichas e infortunios. La opinión pública, antes favorable, cambia bruscamente. A los elogios, alabanzas y ditirambos suceden en los periódicos toda clase de burlas, ironías y zaherimientos. Aparecen algunos libelos que son muy buscados y leídos con fruición y regocijo. La *Lettre au docteur Pansophe* y la *Lettre du Roi de Prusse à J. J. Rousseau* le hieren al fondo. Tristes pensamientos le abruman. La amistad que hasta entonces le unía a Hume se rompe. En una célebre carta que Rousseau le escribe aparece con toda claridad el núcleo delirante. «El estado crítico a que usted me ha llevado—escribe—me recuerda vivamente las cuatro palabras... que le oí pronunciar y repetir... la primera noche de nuestra salida de París.» Dormían en la misma habitación, y durante la noche Rousseau oyó decir a Hume con gran vehemencia: «*Je tiens Jean-Jacques Rousseau!*» Estas palabras—reales o alucinadas—fueron para Rousseau torturante ritornelo en sus noches insomnes. «Su tono—dice—resonaba en mi corazón como si acabaran de pronunciarse.»

La ruptura con Hume fué un golpe muy grave para Rousseau. ¿Por qué amigos tan dilectos, como lord Keith, le evitaban? ¿Se trataba en realidad, como Rousseau creía, de un complot general tramado contra él? ¿Era todo interpretación delirante? En periódicos, libelos y cartas, sin embargo, se lanzaban las mayores injurias e invectivas contra Rousseau. Su gran susceptibilidad—según palabras de Hume—le había colocado en el estado de un hombre desnudo, despojado de su piel y expuesto a la intemperie. Llegó, por fin—como dice el propio Rousseau—, «mi gran *brouille* con los que se llamaban mis amigos, época memorable de mi vida, manantial de todas mis desgracias». El año 1767 salió de Inglaterra «el pobre y desgraciado Rousseau—escribe Hume en una carta famosa—, que se ha vuelto totalmente loco y que merece gran compasión».

A su regreso a Francia, buscó Rousseau en la Botánica, en el trato con las plantas, paz y recreación. El delirio de persecución, sin embargo, no le abandonó. Para su defensa y justificación, Rousseau escribió su vida. El proceso delirante, se ha dicho acertadamente, determinó su tendencia a mostrar a los demás la verdad sin reservas ni eufemismos. La enfermedad, como es sólitamente en to-



Boldevón



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

Dosis

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

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

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

C. S. 8.303



Calcio por vía bucal

EN COMPRIMIDOS
DE SABOR AGRA-
DABLE A CACAO
VAINILLADO

2 MODALIDADES
= SIMPLE =
Y CON
Vitamina D

DOSIS CORRIENTE PARA AMBÁS MODALIDADES.
ADULTOS.— Dos comprimidos, antes o después de cada una de las tres comidas.

NIÑOS.— Mitad anterior dosis.

MUESTRAS GRATIS PARA ENSAYOS CLÍNICOS

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

C. S. 7864



Felsol



Asma bronquial
Asma cardíaca
Angina de pecho

No contiene narcóticos.
No produce hábito.

CAJAS DE 10 PAPELILLOS



GUSTAVO REDER
MADRID -- Zorrilla, 17



ROLAND, S. en C. - ESSEN (Alemania)

Sanatorio SAN ESTEBAN

USURBIL (Guipúzcoa)

A 11 kilómetros de San Sebastián

TELEFONO 7005

Asistencia y tratamiento de los
enfermos nerviosos y mentales

Médicos Directores...

Dr. Vidarte

Dr. Larrea

Médico Subdirector...

Dr. Pino Ascarza

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

(Aprobado por la Gensura Sanitaria, núm. 4.105.)

dos los paranoicos, no arrebató a Rousseau la fuerza intelectual ni el talento creador.

Los últimos años de su vida fueron años de resignación. Cesó la lucha contra el mundo, pero la actitud delirante perduró. En sus *Rêveries* define el estado de su espíritu en el año 1778, último de su vida: «*Le mal que m'ont fait les hommes ne*

me touche en aucune sorte... je me ris de toutes les trames, et je joins de moi-même en dépit d'eux.»

En el sosegado refugio de Ermenonville, que le proporcionara el marqués de Girardin, dejó de existir Rousseau el 2 de julio de 1778.

(Del diario A B C.)

Divulgaciones del exterior

Proyecto de organización de hospitales en los Estados Unidos

por

ROBERT M. BARTON

Durante los próximos cinco años los Estados Unidos emplearán más de mil millones de dólares en iniciar un plan de servicios hospitalario; coordinados que revolucionará la organización de los hospitales, y que tiene por objeto llevar la mejor asistencia médica posible a las más aisladas zonas rurales del país.

Este plan se ha originado—democráticamente— a partir de discusiones privadas, artículos en revistas médicas y de arquitectura, consultas y otros intercambios de opiniones. Finalmente, ha sido fomentado y aceptado por el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, formulándose en la ley de construcción de hospitales, que prevé el gasto de 1.134 millones de dólares y construcción de centros hospitalarios durante el quinquenio próximo.

Este plan comprende cuatro tipos de instituciones: el hospital base, el hospital distrito, el hospital rural y el centro sanitario rural.

El centro sanitario rural puede ser sólo un dispensario con una o dos camas para casos de urgencia y un servicio de ambulancia, que trasladará a los pacientes a un hospital cercano. O puede tener hasta diez o quince camas y retener a pacientes, tales como los casos de maternidad, hasta que se les dé de alta, especialmente si el hospital rural está algo alejado. Se proyecta este tipo de centro para servicio de Obstetricia, servicio médico de urgencia, departamento de rayos X, laboratorio de Bacteriología, sección de Odontología, una o varias consultas para médicos particulares y funcionarios administrativos de Sanidad.

Este centro, el más bajo en la escala de servicios coordinados, será, en un sentido, el más importante. Realizará la mayor parte de la labor sanitaria y educativa. Será el medio de contacto de la profesión médica con el pueblo. Atenderá los padecimientos más leves y seleccionará los casos más serios para su ulterior tratamiento médico, posiblemente más especializado, contribuyendo así a la economía y eficacia del personal médico.

Si se encuentra que el paciente que acude al centro sanitario rural tiene una herida o enfermedad grave, se le presenta la primera asistencia y se le envía al hospital rural. Allí, además de las instalaciones del centro sanitario, encontrará especialistas de Medicina interna, una clínica oftalmológica y otra de Otorrinolaringología. El hospital rural estará también equipado para llevar a cabo intervenciones quirúrgicas sencillas.

Si el paciente requiere una operación quirúrgica importante, se le enviará al hospital de distrito, una institución mayor con capacidad hasta de varios centenares de camas. Además de las instalaciones de los otros dos tipos de centro, el paciente hallará aquí toda clase de servicios quirúrgicos, tratamiento para las enfermedades contagiosas y secciones de Pediatría y Fisioterapia. La enseñanza básica de las enfermeras, de los internos y de los especialistas de dietética se llevará a cabo en el hospital de distrito. Será el hospital principal para todos los pacientes que no sufran afecciones raras o muy graves.

La institución culminante de este plan será el hospital base u hospital de enseñanza. En esta clasificación figurarán instituciones mundialmente famosas, como el Hospital Johns Hopkins y la Clínica Mayo, así como otras muchas menos conocidas y otras que se habrán de construir. Una de sus principales funciones será la investigación, acompañada por la enseñanza de postgraduados, las consultas y los seminarios avanzados, donde se adoptarán las más autorizadas decisiones de la ciencia médica del país. Además de las instalaciones ya mencionadas, el hospital base típico tendrá una clínica de cáncer, un servicio psiquiátrico, una clínica de enfermedades del corazón e instalaciones de Cirugía ortopédica.

Cada hospital base servirá a una amplia zona que contenga cierto número de hospitales de distrito. En muchos casos habrá un hospital base en un Estado, sostenido por hospitales de distrito en varias grandes ciudades y en zonas rurales densamente pobladas. Los hospitales rurales estarán si-

tuados en ciudades más pequeñas y cabezas de partido, y numerosos centros sanitarios rurales estarán estratégicamente situados en localidades aisladas.

El plan de servicios hospitalarios coordinados, cuando fué discutido por el Congreso norteamericano, se había convertido ya en un objetivo bien definido de la profesión médica y de los ciudadanos previsores. La ley finalmente aprobada fué el resultado de esta actividad concertada. Cuando el presidente Harry S. Truman firmó el proyecto en la Casa Blanca, recientemente, lo convirtió en ley, quedando automáticamente a disposición de los Gobiernos de los diversos Estados tres millones de dólares de los fondos federales para revisar las necesidades hospitalarias de su territorio. Los Estados han de someter un proyecto para tales estu-

dios y deben proporcionar dos terceras partes de los fondos necesarios para llevarlo a cabo antes de que puedan recibir la tercera parte de los gastos ofrecida por el Gobierno federal. Más de cuarenta, de los cuarenta y ocho Estados, han comenzado ya la investigación.

Una vez realizada la revisión y aprobado el plan por el Consejo Federal de Hospitales, presidido por el jefe de Sanidad, Thomas G. Parran, el Gobierno federal ha prometido costear una tercera parte de los gastos de construcción.

Además de los tres millones de dólares de los fondos federales para la revisión de las necesidades, se dispondrá durante cinco años de 75 millones de dólares anuales para la construcción, cuando los Estados aporten en conjunto una cantidad doble que ésta.

OTRO PREMIO NOBEL AMERICANO

El premio Nóbel de Medicina y Fisiología de 1946 ha sido concedido al doctor Herman J. Müller, de la Universidad de Indiana. Según ha declarado el doctor Müller, considera esta distinción «no sólo como un gran honor, sino también como una gran responsabilidad». Le fué otorgado el premio por sus descubrimientos sobre las alteraciones hereditarias o mutaciones producidas por los rayos X al actuar sobre los genes contenidos en los cromosomas de células vivas. Estos descubrimientos fueron considerados como revolucionarios en el estudio de la herencia.

El doctor Müller, que actualmente se encuentra en Wáshington tomando parte en una conferencia científica, ha manifestado que confía en poder marchar a Estocolmo para la entrega oficial del premio en el mes de diciembre, siempre que se lo permitan sus trabajos experimentales.

Realizó su primer descubrimiento hace veinte años, mientras trabajaba en la Universidad de Tejas, y desde entonces ha estudiado los efectos de los rayos X y de otras radiaciones, tales como las que se producen en la escisión atómica, en la producción de modificaciones físicas en insectos y otros animales.

Llevó a cabo sus experimentos principalmente con la mosca de las frutas, a causa de su corta vida de sólo algunas semanas. «Una diminuta mosca de las frutas tiene miles de genes, los agentes de la transmisión de las características hereditarias—declaró el doctor Müller—. No hay razones para suponer que el ser humano tenga menos.

Estos genes pueden alterarse mediante la exposición a ciertos rayos. Esto origina modificaciones de las características físicas transmitidas por los progenitores a la descendencia. Aunque los genes se alteran inmediatamente, las modificaciones físicas del cuerpo pueden no manifestar-

se en muchas generaciones, quizá en miles de años, en el caso de los seres humanos.»

Manifestó el doctor Müller que las mutaciones producidas por las radiaciones son todavía incontrolables. En el caso de la mosca de las frutas, la exposición a los rayos produce alteraciones, tales como el crecimiento de alas, cabezas y patas supernumerarias, así como el cambio de color. El número y extensión de las mutaciones se hallan en relación directa con la cantidad de radiación. Según declaró el doctor Müller, sus experimentos se hallan aún en el dominio de la ciencia pura, y toda aplicación práctica directa está reservada a un porvenir lejano.

El doctor Müller, nacido en Nueva York en 1890, está reconocido desde hace largo tiempo como la figura más destacada en la ciencia de la genética. El año pasado, la Fundación Rockefeller concedió 95.000 dólares a la Universidad de Indiana para un programa de investigación de seis años en el campo de la genética; el doctor Müller fué uno de los tres hombres de ciencia encargados de llevar a cabo los trabajos.

Muy recientemente la American Cancer Society concedió al doctor Müller 4.500 dólares para el estudio de ciertos aspectos hereditarios del cáncer.

El doctor Müller estudió en la Universidad neoyorquina de Columbia, recibiendo el título de doctor en Medicina en 1911 y el de doctor en Filosofía en 1916. Mientras se hallaba en dicha Universidad estudió con el difunto doctor Thomas Hunt Morgan, famoso especialista en genética y laureado con el premio Nóbel en 1933.

El doctor Müller fué profesor de Zoología en el Rice Institute, de Tejas, y después en la Universidad de Tejas, durante quince años. Continuó sus estudios en Alemania hasta la subida de Hitler

al Poder. En 1933 se trasladó a Moscú, donde durante cuatro años trabajó en el Instituto de Genética.

Marchó luego a la Universidad de Edimburgo, en Escocia, trabajando durante tres años en el Instituto de Genética Animal; esta Universidad le concedió el título de doctor en Ciencias en 1940. Pasó a la Universidad de Indiana en 1945 como

director del departamento de Zoología, después de haber permanecido en el Amherst College, en Massachusetts, desde 1940.

El año pasado, cuando el doctor Müller fué a Londres para pronunciar una conferencia, el Real Colegio de Cirujanos Británicos convocó una reunión especial para escuchar su exposición de los problemas de la genética.

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

La carditis reumática, por el doctor Francisco González Suárez. Ediciones de los Estudiantes Españoles. Madrid, 1945.

Cerca de veinte años lleva el doctor González Suárez trabajando de un modo incansable para resolver el problema de la carditis reumática, afección que, individual y socialmente, tiene tanto o mayor interés que la tuberculosis, dado el número de enfermos y los estados de incapacidad para el trabajo de los mismos.

Múltiples comunicaciones en Academias científicas, conferencias y artículos lleva publicados el doctor González Suárez sobre los múltiples temas relacionados con esta enfermedad, que es absolutamente independiente del reumatismo, como ha demostrado, y, por tanto, que no debe tratarse con el simple salicilato, para luego aplicar los tónicos cardíacos en la fase de descompensación, a la que inevitablemente se llega si no se corrige a tiempo una cardiopatía. Tras reiteradas experiencias clínicas, ha podido el doctor González Suárez llegar a la definición de la hasta ahora llamada carditis reumática por este nuevo concepto: *Carditis nodular* (por el nódulo de Aschoff, que constituye su típica lesión), *estreptofocal* (porque éste es el germen y su patogenia) y *recidivante* (por su carácter de repetición en brotes, como no lo hacen las demás cardiopatías agudas).

Estas ideas clínicas son germen de muchísimas sugerencias, y en la práctica orientan el tratamiento, previo el diagnóstico de los focos de gérmenes para su extirpación, y para inmunizar al organismo contra esos gérmenes por medio de autovacunas o por vacuna estreptocócica polivalente, curándoles funcional y orgánicamente.

Dada la necesidad de aprovechar el tiempo para estudiar y aun el espacio en las librerías de nuestros despachos, las monografías, reuniendo cuanto se ha dicho sobre un punto, resultan ya farragosas e imposibles de leer, precisase algo más conciso y substancial, y esto es lo que representa el libro de González Suárez, pues reúne en sus páginas la experiencia propia, y sin divagaciones, por este problemas de las carditis, mencionando tan sólo las obras y juicios de aquellos autores prestigiosos que más han influido en el concepto

de estas cardiopatías, a la vez que sirven de refuerzo al criterio que de un modo tan noble y científico sostiene el autor con el apoyo de su inmensa experiencia.

¡Bien venidos sean los libros, que como el del doctor González Suárez, además de enseñar mucho, hacen pensar!

CASTILLO DE LUCAS.

Las deformidades post-traumáticas de los pies. Su valoración clínica como determinativa del grado de incapacidad, por el doctor Mario Oliveras Devesa, jefe del Servicio de Recuperación Laboral de Mutilados. Un folleto, publicado por la Editorial de Publicaciones Médicas, 1946, con figuras en el texto y sin precio.

Recibimos este interesante folleto, cuyo tema está desarrollado por una de las más destacadas autoridades en la materia, el doctor Oliveras Devesa, que ocupa en Barcelona una eminente situación profesional, a la que ha llegado por méritos propios destacados, especialmente en su labor durante la guerra civil española. El tema de las deformidades post-traumáticas de los pies está tratado con verdadero dominio de la materia y enfocado de modo muy especial, como hoy requieren estos estudios, hacia la valoración determinativa del grado de incapacidad, para aconsejar y resolver los múltiples problemas que los accidentes presentan al juicio médico, en que ha de fundamentarse la resolución de las indemnizaciones.

F. J. C.

Varices. Su tratamiento basado en la flebografía, por el doctor F. Martorell, jefe de la Sección de Cirugía vascular del Instituto Policlínico de Barcelona. Monografía de la Editorial Labor, Barcelona, 1946. Con 119 figuras en el texto. Precio, 55 pesetas.

El doctor Martorell, cuya autoridad en estas materias es indiscutible, nos da en su monografía un tratado completo acerca de cuanto puede hacerse en el intrincado problema de las varices mediante un tratamiento fundamentado en la flebografía.

Desde hace ya bastantes años son conocidos del público médico las Memorias y comunicaciones del doctor Martorell acerca de este tema atrayente. El maestro y su escuela han venido ocupándose del tema con verdadera especialización desde 1940, y de modo muy significado por el doctor Valls Serra, cuyo trabajo, publicado en 1945, descansa principalmente sobre la llamada prueba flebográfica de Martorell.

La monografía que ahora acaba de lanzarse al público es un resumen de todo lo actuado y un resumen de gran valor didáctico y consultivo para cuantos se sientan preocupados por el problema de las varices y sus posibles tratamientos.

La obra está magníficamente editada por la Editorial Labor, S. A., y merece la más sincera recomendación de su lectura.

F. J. CORTEZO.

El niño en la clínica quirúrgica, por el doctor Juan Garrido Lestache. Discurso de la sesión inaugural de la Sociedad de Pediatría. Madrid, 1946.

La especialización médica, en el recto sentido de cultivar con preferencia una rama de la Medicina,

se impone por las técnicas, ya que no es posible dominar éstas de un modo completo, para todas las edades y órganos del cuerpo humano.

En Pediatría resáltase esta necesidad por el terreno orgánico tan delicado en que se ha de trabajar; de ahí que el autor considere la rapidez como un factor importantísimo para tener en cuenta en Cirugía infantil, pues el niño soporta mejor varias operaciones cruentas cortas que una sola prolongada.

En sendos capítulos trata de cuándo debe ser operado el niño, la anestesia, sus clases y peligros, los cuidados postoperatorios y las crisis acidóticas, la infección y cuantos problemas tienen relación con la patología infantil.

Es un trabajo personal, no tiene citas bibliográficas, es el libro de su experiencia dictado en treinta años de Cirugía en el Hospital del Niño Jesús; por ello es una obra eminentemente substanciosa, repleta de doctrinas, al par que escrita con galanura, y que hace de este trabajo un modelo de su género en estos actos académicos que, por su importancia, han de perpetuarse.

CASTILLO DE LUCAS.

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR (30 de noviembre de 1946.)

La talla hipogástrica, por F. Martino.
Pruritos por distonías neurovegetativas, por A. Martínez Navarro.
Biomicroscopia del canal de Cloquet, por E. Salgado.
El caso del cura Merino, por F. J. Cortezo.
Perfil y recuerdo de Angel Ganivet, por E. Conde Gargollo.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO (14 de diciembre de 1946.)

Número dedicado a homenaje y recuerdo de Louis Pasteur, con ocasión del cincuentenario de su muerte.

THE JOURNAL OF LARINGOLOGY AND OTOTOLOGY (Londres, marzo de 1946.)

Dickson, Simpson, Swindell y Brown.—Un nuevo método de examen para los candidatos a aviadores.
Mac Naughtan y Mac Nally.—Algunos experimentos sobre la función del equilibrio.
Handousa.—Quistes vestibulares.
Rushton.—Un caso de absceso subdural secundario a una sinusitis frontal aguda.

REVISTA DE SANIDAD E HIGIENE PUBLICA (Noviembre de 1946.)

Villar.—Mortalidad por cáncer en España.
Lozano.—Tratamiento del paludismo con metoquina.
Ruiz Merino.—Tinción de cápsulas bacterianas.

RESENHA MEDICA

(Río de Janeiro, abril-junio 1946.)

Medeiros.—Medicina egipcia.
Caldas.—Prurito anal.

HISPALIS MEDICA

(Sevilla, septiembre de 1946.)

Umbert.—Lucha contra la obesidad.
Lazo.—Simplificación de la reacción de Kahn.
Domínguez Navarro.—Aneurisma de la aorta descendente.

GALICIA CLINICA

(La Coruña, noviembre de 1946.)

Pérez Hervada y Fernández Obanza.—Diagnóstico y tratamiento de la fiebre tifoidea.
Martínez Gómez.—Enfermedad de Wilson.
Carreró.—Sorderas por disturbios hormonales.
Sarandeses y Hernández Valenzuela.—Dosificación de la urea en sangre por el método de Saher.

TOKO-GINECOLOGIA PRACTICA

(Madrid, octubre de 1946.)

Roncales.—Beta-glicerofosfato sódico y Obstetricia.
Ferreira.—Choque foliculínico por vía intravenosa.
Cardús.—Sepsis ginecológica y penicilina.
Bonilla.—Patogenia del prurito vulvar.

A MEDICINA CONTEMPORANEA

(Lisboa, mayo de 1946.)

Paiva.—Lesiones traumáticas de la columna vertebral. Primeros cuidados.
Carneiro.—Divertículos de la uretra femenina.

JORNAL DO MEDICO

(Oporto, 16 de noviembre de 1946.)

Pereira y Barros.—Mixedema adquirido.
Kaeck.—Medicina sin fronteras.

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRUGIA

(San Pablo (Brasil), agosto de 1946.)

Pujol.—Imágenes radiológicas del pulmón en la coqueluche.
Rizzini.—Enfermedad de Duplay.
De Mello.—Mecanismo de la hemostasis.

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 NÚMERO.—SECCIÓN PROFESIONAL: BOLETÍN DE LA SEMANA, por Decio Carlan. *Frente a frente: El deber de las edades*, por el Dr. J. García Ayuso. **INFORMATARIO PROFESIONAL. SECCIÓN OFICIAL.**

BOLETIN DE LA SEMANA

Porque estamos seguros de que nuestra lealtad y franqueza hacia los lectores les ha llevado, a través de tantos años, a un conocimiento firme de nuestro modo de ser y de que, acertados o equivocados, jamás nos guió torpe ni misterioso objetivo al exponer nuestro pensamiento; porque estamos seguros de esto, vamos a ocuparnos hoy de un asunto del que nos habíamos propuesto no hablar en mucho tiempo, hasta que los acontecimientos afirmasen nuestra convicción.

Pero es que los acontecimientos van más de prisa de lo que pudimos calcular y las noticias que han llegado a nosotros en esta semana ponen en plaza pública este tema que venía siendo objeto de discusiones y apelaciones a cargo de entidades defensoras de nuestros intereses.

Era fatal que así ocurriera. No se puede pretender deslumbrar alegremente a una clase a quien, como es lógico, y por muy esplendorosas que sean las muestras, le interesa sobre todo la práctica defensa de cuanto tiene encomendado a los regidores sindicales.

Porque, dígame lo que se quiera, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España no puede ser más que la alta representación, o, si se quiere, la más alta representación de la organización gremial de los médicos españoles, y, por tanto, su voz y su voto deberán siempre influir y acompañar con su confianza las actuaciones de su Junta representativa.

Nosotros aceptamos que las circunstancias políticas aconsejen que la cabeza representativa del Cuerpo gremial médico sea designada por el Gobierno en lugar de elegida entre los compañeros de profesión. Pero, como es natural, también aceptamos que el nombramiento sea un acierto, y que las actividades de esa cabeza representativa se esfuercen en el mejor servicio y defensa de los compañeros de clase, y, cuando se le señale un error, sobre él medite y sobre los daños que causa o puede causar a los compañeros que le honran con su confianza.

Lo que no puede aceptarse de ningún modo es que esa cabeza representativa de todos los intereses de las clases médicas españolas se enfrente con los intereses a ella encomendados, y de una manera tozuda plantee y mantenga un problema grave, muy grave, y destinado al fracaso, desoyendo consejos y advertencias y proclamándose dic-

tador de unas opiniones cuyo error queda manifestado con sólo el hecho de que, para poderlas sostener contra sus compañeros, ha sido preciso usar de argucias y habilidades para sortear disposiciones legales claras y evidentes, obligando a los compañeros a plantear en términos de pleito contencioso una cuestión que nunca debió suscitarse.

Este es nuestro pensar; pero claro que podíamos estar equivocados o tal vez influidos porque nos dañaba, como a muchos otros, esa inexplicable actitud, y, como somos hombres muy respetuosos con el pensar ajeno, nos dijimos íntimamente que si a todos los médicos de España les parecía bien, a nosotros debiera parecernoslo así, aunque nuestros intereses personales resultaran perjudicados.

Pero ya nos maliciábamos que no se tardaría en asomar la oreja de muchos que no estaban conformes, aunque a ellos de modo directo no les dañase la cuestión, porque si de modo directo no lo hacía, era indudable que, a la larga, y sobre todo con las indiscretas declaraciones y alarides de propaganda que se manifestaban repetidamente, los compañeros médicos irían cayendo en la cuenta de que aquello, además de innecesario, era dañoso.

Y así ha sido, aunque antes que lo esperábamos; hemos tenido conocimiento de que en el Colegio de Santander se plantea esta protesta por quienes son libres e independientes profesionales al margen de todo interés de la especialidad más perjudicada.

Hemos recibido una carta y la copia de una solicitud que entendemos no tener derecho a silenciar, porque, apartando de ellas los elogios generosos que se hacen a nuestra gestión personal y familiar, estos documentos interesan a todos los médicos de España, y estamos seguros, como decimos al principio, de que quienes nos conocen no pensarán que los reproducimos por interés personal, sino por intentar, una vez más, un buen servicio para la clase.

DECIO CARLAN.

Dice así la carta:

«Santander, 30 de noviembre de 1946.

Doctor Cortezo. López de Hoyos, 11. Madrid.

Mi querido y distinguido amigo: A vía de cu-

riosidad, le envío copia de la solicitud que he cursado a través del Colegio de Médicos de Santander.

Me he decidido a hacer esta operación porque me parece que nuestro *Boletín* recuerda un desfile donde sólo aparecen los salones y las modelos se quedan en casa.

Además, todo esto se puede hacer cuando se paga del bolsillo de cada uno; pero cuando se paga con el dinero de los demás, me parece descortés e indelicado. Por ejemplo: en el *Boletín* número 2 de julio de 1946 aparece un huecograbado precioso donde salen por un lado los cacharros viejos de una farmacia, por otro lado la fotografía de una vieja instalación de rayos X; en otros lugares de la revista se ve una magnífica litografía, donde no sé si son enfermeras o qué en una terraza que dicen que es la Puericultura de Madrid; pero igual podía ser de una propaganda de una película de moda. En fin, cada uno puede hacer lo que le dé la gana con su dinero, pero no con el de los demás.

El *Boletín* debe ser boletín, mas no una imposición desfigurada de un «movimiento científico» a estilo barato y cursi.

Muchas gracias por la atención que guarda usted siempre conmigo, y dentro de unos días le enviaré un trabajo, pues estoy un poco ocupado esta temporada. He creído oportuno enviarle la copia de la instancia, porque, en homenaje a la verdad, el verdadero defensor de la clase médica española, tanto científica como social, ha sido EL SIGLO MEDICO, con el apellido Cortezo antes, ahora y Dios quiera que alguno de sus hijos después.

Quedo de usted affmo. s. s. y compañero,

Firmado: *Luis Morales Noriega.*»

Y dice la solicitud:

«El que suscribe, Luis Morales Noriega, de profesión médico y con el número 442 del Colegio de Médicos de Santander,

SOLICITA: Desearía saber, si puede ser posible, que el Consejo General de Colegios Médicos me

diese de baja como suscriptor de la revista o *Boletín* que mensualmente recibimos.

Desearía que ya que la cuota como colegiado está calculada con la suscripción del mencionado *Boletín-revista*, la parte del importe de mi recibo que se dedica por el Consejo General al *Boletín* sea, una vez desglosado, ingresado en las arcas del Colegio de Huérfanos de Médicos. Las razones son las siguientes:

1.^a En el *Boletín* se encuentran noticias oficiales de gran interés médico, mas éstas las encontramos también en el *Boletín Oficial del Estado*.

2.^a En el *Boletín* se encuentran preciosos trabajos de huecograbados y de litografía sobre propaganda de instituciones que, al ser del Estado y locales de ciertas provincias, al médico práctico, como el que suscribe, que vive sólo de su trabajo liberal, no le interesan.

3.^a Que, si bien existen trabajos profesionales muy distinguidos, serán para las aficiones y el interés de cada médico según su especialidad y sentimiento con que ve la Medicina, y en España creo que existen suficiente número de revistas profesionales donde cada compañero puede suscribirse voluntariamente según sus sentimientos y aficiones de la especialidad que curse.

4.^a Que no dudo que sería secundado por muchos compañeros, con lo cual nuestro Colegio de Huérfanos de Médicos se vería favorecido, y, por otra parte, haríamos labor patriótica no malgastando papel en estos momentos de restricciones.

5.^a No me lleva otra pretensión en mi escrito que solicitar a V. E. que no se me obligue a leer lo que no me interesa, pues no encuentro que sea un obsequio cuando en realidad contribuyo con mi recibo.

Dios guarde a V. E. muchos años para bien de España y de su clase médica.

Santander, a 30 de noviembre de 1946.

Excmo. Sr. Presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España. Madrid.»

FRENTE A FRENTE

EL DEBER DE LAS EDADES

por el

Doctor J. GARCIA AYUSO

De la Asociación de Escritores Médicos.

Los médicos jóvenes honrarán a los ancianos con un trato respetuoso y deferente en razón de su edad, de su experiencia y de sus méritos profesionales.

Los ancianos deben prestar a los jóvenes una cortés acogida, tratarlos con benevolencia y dispensarles el apoyo que quisieran ellos haber encontrado en los comienzos de su carrera.

L. ALONSO MUÑOYERRO: Código de Deontología médica.

No tenemos fe en el papel de moralistas; carece de eficacia y, además, está desacreditado por tantos como, alardeando de puritanismo y rectitud, incurren de antemano en las mismas faltas, graves faltas, que pretenden corregir en los demás.

No se trata de moralizar. Pero es conveniente, sin embargo, que en la liza áspera, dura y peligrosa para los principios de conciencia en que las espinosas circunstancias del momento nos sitúan

a los profesionales de una carrera tan sacrificada como la nuestra, recordemos con frecuencia esos dos párrafos tan densos de caridad y de justicia que encabezan sobre el nombre ilustre de un virtuoso prelado español estas cuartillas:

Nos invita a recordarlos y discurrir sobre ellos el hecho que cualquiera puede observar del olvido en que fácilmente incurrimos jóvenes y viejos profesionales cuando las circunstancias nos colocan en

disputa de intereses, de derechos y de deberes. Y aunque de siempre los instintos primarios han hecho que unos y otros no veamos justicia y equidad más que para nuestra conveniencia, es en estos tiempos, tan duros y desapacibles, cuando se observa una agravación de esa postura, tan poco caritativa y respetuosa para con el derecho ajeno y para con los dictados eternos de la justicia cristiana, que sólo encuentra defendible el propio interés.

Es conveniente, pues, que discurramos sobre el deber de las edades, y ninguna reflexión puede ser más certera que la que se contiene en los párrafos ejemplares del doctor Munoyerro.

Yo creo que los viejos se merecen mucho de parte de los jóvenes; para mí se lo merecen todo, hasta la tolerancia para sus muy disculpables recelos y egoísmos, que siempre responden a la amarga experiencia de desengaños sufridos a lo largo de toda una vida, y al grito instintivo, angustioso, del barro humano, que no quiere terminar en lo que es.

Yo he presenciado siempre con profundo desagrado a esos jóvenes de valía, de gran valía, que, en su marcha ascendente hacia la notoriedad, no han respetado a nada ni a nadie, ni siquiera a sus propios maestros, a quienes, con ausencia de todo respeto, y no digamos del más mínimo agradecimiento, han pretendido arrebatarse los puestos que con toda justicia habrán conquistado o les han negado el debido reconocimiento y admiración por sus méritos.

La figura del maestro, del verdadero y buen maestro, es tan digna de consideración y de cariño, que todo hombre honorable la ha concedido siempre categoría de excepción, merecedora de sincera admiración y de íntimo, profundo agradecimiento.

Porque el buen maestro influye tanto en facilitar la formación intelectual y posición social, que quienes no hemos tenido la suerte de tropezar con él en nuestro camino, hemos tenido que sufrir las enormes desventajas del autodidactismo y del aislamiento, con sus consecuencias de mayor esfuerzo para lograr el mismo fin.

¡Cómo no levantar en nuestro corazón y en toda nuestra vida un altar de gratitud y amor al viejo maestro que nos haya dado la mano, mano de luz y de fuerza para ayudarnos a subir la oscura y difícil pendiente de la nombradía! ¡Cómo desertar de su lado y, peor aún, traicionarle, olvidando favores y apoyos recibidos!

No abunda, desde luego, el tipo del maestro de auténtica valía y de generoso espíritu merecedor de lealtades y gratitudes; abundó a principios del siglo; yo he oído de discípulos suyos palabras encendidas de elogio y gratitud para Sañudo, Olóriz, Calleja, San Martín, Huertas, Cortezo, Azúa, etcétera, etc., grandes maestros, alguno de los cuales llegó a sacrificar su clientela particular para consagrarse exclusivamente a la enseñanza en el hospital. Sus enseñanzas, he oído a alguien, nos han hecho ganar mucho dinero, frase pletórica de sugerencias espirituales, dentro de su aparente materialismo.

Llor y gratitud, pues, para el viejo que encorva su cuerpo en la tarea de ayudarnos a subir con él a la cima del saber, y disculpa siempre para sus

genialidades, para sus asperezas, para sus recelos, que siempre tienen justificación y siempre acaban en comprensiva templanza.

Pero junto a todos estos derechos de justicia y de conciencia, los viejos maestros o simples compañeros tienen también deberes. En primer lugar, tienen el deber de ser respetables para ser respetados; para tener derecho a la admiración de sus virtudes y al respeto de puestos y prebendas es necesario alcanzar aquéllas y merecer éstas con toda verdad y toda dignidad. El viejo, por ser viejo, no tiene derecho a amurallarse en privilegios, que sólo merece la edad, cuando la acompaña el auténtico valer; en los anaqueles del prestigio hay que ocupar el estante merecido.

Y no puede pedirse a los jóvenes que, por sus esfuerzos, tienen derecho a situarse que respeten posiciones de los que las alcanzaron a hombres de innobles arrivismos y las siguen detentando encaramados sobre escabeles que la influencia social proporciona a muchos seres privados de auténtica valía.

Y otro deber tienen los viejos: el de ser humildes y el de ser generosos; el despotismo, la intemperancia, la grosería, en fin, es inaceptable, y, además, inútil en quien ya todo lo ha logrado, y por legítimo que sea su triunfo, como ha dicho Marañón (*Vocación y ética*), tiene siempre mucho que hacerse perdonar de sus semejantes; el ser generoso es una de las virtudes más raras en los tiempos que corremos; pero por lo mismo que la codicia se enseñorea hoy de las naciones y de los individuos, la generosidad es la virtud cristiana que más debemos fomentar en nuestra conciencia, si con el ejemplo queremos influir sobre la conducta de todos.

Oponer un valladar a las lícitas aspiraciones de los que tienen derecho a subir, negar sistemáticamente apoyo y cooperación a quienes carecen de poder o influencia, que ayude a su personal valía, colocarse frente a frente de los que llegan, obrando absurdamente como si jamás hubiese de llegar la hora de la marcha, esto, todo esto, ni es generoso ni es correcto.

Y nada decimos de quienes, en una u otra edad, saltan, guiados únicamente de su personal egoísmo, por encima de lo lícito y lo justo y aun de lo legal, para arrebatarse al compañero lo que éste logró con digno esfuerzo: su puesto en la vida y en la general estimación. Apelar a la zancadilla, a la difamación, al atropello legalizado o todas las artimañas que teje la ineptitud, vestida de perversión moral, esto es muy frecuente; pero, claro, ya sobrepasa de toda reflexión o recomendación para entrar de lleno en los linderos de la delincuencia moral y aun legal, aunque los culpables de aquellos delitos escapan tantas veces a los artículos contenidos en los Códigos.

Viejos y jóvenes, todos, en fin, venimos a tener parejos derechos y deberes; el derecho a la estimación y respeto de nuestras auténticas virtudes y merecimientos, el deber de ayudar a quienes todavía no llegaron, pensando, en fin de cuentas, en que ya en nuestro puesto, nuestro porque nos lo ganamos recta y lícitamente, nadie debe disputárnoslo, porque lo defiende la conciencia de todos, que es como si lo defendiera Dios.

La Sociedad Española de Hidrología ha querido ofrecer un sincero homenaje a su ilustre presidente el doctor don Víctor María Cortezo, en ocasión de su nombramiento para la Jefatura Provincial de Sanidad de Madrid. Con este motivo, un nutrido grupo de socios que pertenecen al Cuerpo Médico de Baños y de Médicos de Aguas Minerales, inspectores de balnearios, se reunieron en una agradable comida. En un ambiente de grato compañerismo se demostró el cariño y simpatía que todos tienen a su querido presidente.

Al final del almuerzo, el doctor Bermúdez de Castro leyó varias de las muchas felicitaciones y adhesiones recibidas de diferentes puntos de España. El doctor Elizegui puso de relieve con cálidas y sinceras palabras el entusiasmo y cariño que en todo momento el doctor Cortezo ha puesto para la defensa y auge de la Hidrología española desde la presidencia de la Sociedad y al frente de los Servicios Centrales en la Dirección General de Sanidad.

Por último, con unas emocionadas palabras, el doctor Cortezo expresó su agradecimiento y su vivo deseo de que todos colaboren dentro de la «familia hidrológica» con el mayor celo y entusiasmo en bien de la sanidad nacional y en prestigio de nuestra patria.

El Consejo Supremo de la Orden Hospitalaria y Militar de San Lázaro de Jerusalén ha tomado el acuerdo de conceder la Gran Cruz de dicha Orden al doctor don José Alberto Palanca y Martínez Fortún, director general de Sanidad, y al doctor don Enrique Álvarez Sáinz de Aja, consejero nacional de Sanidad y director del Hospital de San Juan de Dios, por su meritisima labor en la lucha contra la lepra.

La imposición de estas altas condecoraciones la efectuará el príncipe gran maestro de la Orden en un solemne, acto que tendrá lugar en la Dirección General de Sanidad el próximo día 17 del actual, festividad de San Lázaro.

Prosiguiendo la humanitaria labor de esta Orden, el delegado del Consejo Supremo, marqués de Cárdenas, y el inspector general de Sanidad, dignidad hospitalaria de la Orden, doctor don Eugenio Pastor Krauel, han realizado una visita al Instituto Nacional de Leprología de Trillo, para conocer el estado de las obras que allí se efectúan para ampliar a doscientas el número de noventa camas de que actualmente se dispone, llevando a los enfermos lazarenos varios importantes regalos. Fueron recibidos por el director del Instituto, doctor Such, y por el médico residente, pudiendo comprobar el cuidado extraordinario con que son atendidos los leprosos allí hospitalizados, un grupo de los cuales solicitó del señor marqués de Cárdenas que hiciera las gestiones necesarias para que se les regalase una imagen de Jesús cru-

cificado para poder sacarlo en procesión los mismos enfermos.

Atendiendo estos deseos, la Orden abre una suscripción para adquirir esta imagen, invitando a las personas caritativas a participar en este humanitario propósito, enviando sus donativos al señor delegado del Consejo Supremo, marqués de Cárdenas de Montehermoso, Fortuny, 3.

Sesión inaugural del curso 1946-47 (14 de noviembre de 1946)

En la tarde del 14 de noviembre de 1946 tuvo lugar la sesión inaugural del curso 1946-47 de esta Academia bajo la presidencia del doctor V. Cortezo, en representación del director general de Sanidad, y con asistencia de destacadas personalidades de la especialidad. El secretario de la Sociedad, doctor Muñozerro Pretel, dió lectura a la Memoria comprensiva de los trabajos desarrollados por esta Academia durante el curso anterior. A continuación, el presidente de la Sociedad, doctor Sáinz de los Terreros, pronunció unas palabras de salutación y otras en memoria del recientemente fallecido doctor Criado y Aguilar, primer presidente de esta Sociedad y primer catedrático de la especialidad en la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

El doctor Garrido Lestache leyó el discurso inaugural, que versó sobre «El niño en la Clínica quirúrgica». En este trabajo, de síntesis científica del tema, abordó su autor el terreno orgánico en Cirugía infantil; las facetas de la edad; la rapidez, en cuanto a característica técnica; causas de intervención, métodos de anestesia, herencia, puertas de entrada, etc., etc., haciendo ver a los pediatras la importancia de estos problemas para su resolución conjunta. Fué escuchado con suma atención y largamente aplaudido y felicitado al final.

El doctor V. Cortezo encomió la labor de la Academia en el curso pasado, felicitó al doctor Garrido Lestache por su discurso y declaró abierto, en nombre del director general de Sanidad, el curso 1946-47 de la Sociedad de Pediatría de Madrid. Finalmente se dió cuenta del fallo del concurso de premios, y se abrieron las plicas de los trabajos premiados, cuya enumeración es la siguiente:

AUTORES DE LOS TRABAJOS PREMIADOS DEL CURSO PASADO, CUYAS PLICAS SE ABRIERON EL DÍA 14 DE NOVIEMBRE DE 1946 EN LA INAUGURACIÓN DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DEL CURSO 1946-47

Premio de la Dirección General de Sanidad.

Premio: «Guillaume de Baillón, 1578». (Autor: doctora Amelia Azarola Echevarría y doctor Federico Rodrigo Palomares.)

Accésit: «Menester es estudiar para hacer estudiar». (Doctores Eduardo Jardón Rón, Carlos Sáinz de los Terreros Amézaga y Francisco Andolz Aguilar.)

Premio de la Sociedad de Pediatría.

Premio: «Rheumatismus verus». (Doctores Francisco Andolz Aguilar y Carlos Sáinz de los Terreros y Amézaga.)

Accésit: «El miedo en el niño». (Doctor Luis Alamán Iñiguez.)

Premio Nestlé.

«Restitution ad integrus». (Doctor Antonio Montero Rodríguez.)

Premio Artiach.

Premio: Desierto.

Accésit: «Coloides». (Doctor B. Felipe Vila.)

Premio Alter.

Premio: «Crecer es más que vivir». (Doctores Julián T. Rubio García y Federico Rodrigo Palomares.)

Accésit: Desierto.

Premio Auxilio Social.

Desierto.

—o—

EL DOCTOR DE LA VIESCA REGRESA DE LONDRES

Ha regresado de Inglaterra, en donde permaneció pensionado por el Gobierno español haciendo estudios de ampliación sobre Cirugía proctológica, nuestro muy querido amigo y compañero en EL SIGLO MEDICO el doctor don Pedro de la Viesca, cuyas dotes de cultura general y médica y cuya personalidad como especialista de aparato digestivo, son bien conocidas de los lectores de EL SIGLO MEDICO, en donde colaboró muchos años antes y después de la guerra civil española.

Damos nuestra bienvenida al doctor De la Viesca, quien ha dejado un gratisimo recuerdo entre los profesores y compañeros del St. Marks Hospital.

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

HEPATORRADIL

DEL DR. GRAINO

JARABE AGRAVABILISIMO

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

(Aprobado por la Censura Sanitaria)

EL DOCTOR FERNAN PEREZ. EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

La Real Academia de Medicina de Barcelona ha celebrado solemne sesión literaria para oír la conferencia del doctor don Juan Fernán Pérez, secretario de la Asociación Española de Escritores Médicos, de Madrid, que desarrolló el tema «Pedro Hispano, el médico que llegó a ser Papa».

Hizo la presentación el ilustre profesor don Andrés Martínez Vargas con una exacta semblanza del conferenciante como médico, historiador y literato, entusiasta defensor de las clases sanitarias y divulgador de las ciencias médicas.

El doctor Fernán Pérez comenzó su disertación trazando un atinado boceto histórico políticsocial del siglo XIII, al que calificó con el nombre de siglo de la conciencia europea. Habló de las Escuelas de Medicina y de las tendencias científicas

de aquellos tiempos, analizando las teorías filosóficas y médicas, para detenerse a estudiar con minucioso detalle la vida y la obra de Pedro Hispano, que llegó a ocupar la silla apostólica de San Pedro y a escribir tal cantidad de obras magistrales, que alguien pudo suponer que la vida normal de un hombre no daba tiempo material para tan profusa labor.

Estudió el concepto que predominaba en sus principales libros médicos, destacando el denomi-

Climaterio... dismenorreas...

VAGOTONIL

DEL DOCTOR GRAINO

DVARIQ VALERIANA BELLADONA LUMINAL

EN GRAJAS DE 4 A 6 DIARIAS

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.013)

nado *Tesoro de los pobres*, especie de recopilación de los métodos curativos de aquellas lejanas épocas; del *Tratado de Oftalmología*, acaso uno de los primeros que se escribieron sobre estas materias, y, finalmente, de su *Tratado de Psicología*, que, con el título *De Anima*, ha publicado recientemente en latín el Instituto de Investigaciones Científicas, y que seguramente es uno de los más completos tratados de Psicología conocidos.

La numerosa concurrencia que llenaba por completo el gran anfiteatro de la Real Academia premió con entusiastas aplausos la erudita labor del doctor Fernán Pérez.

Finalmente, el presidente, profesor Peyri, anunció el nombramiento del conferenciante como miembro corresponsal de la Real Academia de Medicina de Barcelona como premio a su magnífica lección de humanidades médicas.

SECCION OFICIAL

DECRETO de 8 de noviembre de 1946 por el que se nombra Inspector general, jefe de los Servicios Centrales de la Dirección General de Sanidad, con la categoría de Jefe superior de Administración civil de primera clase, a don Benigno García Castrillo.

A propuesta del Ministro de la Gobernación, de conformidad con lo prevenido en el Decreto de 2 de noviembre de 1940, sobre provisión de destinos en los distintos Cuerpos de funcionarios del Estado dependientes de dicho Departamento, así como en la convocatoria de 1 de agosto último, y de acuerdo con el Consejo Nacional de Sanidad,

Nombro Inspector general, Jefe de los Servicios Centrales de la Dirección General de Sanidad, con categoría de Jefe superior de Administración civil, a don Benigno García Castrillo, Jefe de Administración civil de primera clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en Madrid a 8 de noviembre de 1946.—Francisco Franco.—El Ministro de la Gobernación, Blas Pérez González.

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

Declarando admitidos y excluidos provisionalmente a los aspirantes que se indican como opositores a las cátedras de Universidad que se mencionan.

En cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 12 y 13 del Decreto de 25 de junio de 1931,

Esta Dirección General hace público lo siguiente:

1.º Que el Tribunal que juzgará las oposiciones anunciadas por Ordenes de 11 de mayo y 27 de septiembre de 1945 (*Boletín Oficial del Estado* de 22 de mayo y 19 de octubre del mismo año) para la provisión en propiedad de las cátedras de Fisiología general y Química biológica y Fisiología especial de las Facultades de Medicina de las Universidades de Santiago y Sevilla (Cádiz) ha sido nombrado por Orden de 26 de julio del corriente año (*Boletín Oficial del Estado* de 13 de agosto siguiente).

2.º Se declara admitido a la cátedra de Santiago, por reunir las condiciones exigidas en la convocatoria, a don José Ruiz Gijón.

3.º Se declaran excluidos a la cátedra de Cádiz, por falta de presentación de los documentos que se indican, los aspirantes siguientes:

Don José Ruiz Gijón (trabajo científico).

Don Antonio Gallego Fernández (aspirante que puede tener solamente derecho a opositar a esta cátedra), por falta de presentación de toda la documentación, excepto el recibo de 10 pesetas por derechos de formación de expediente.

4.º Se declaran excluidos a las dos cátedras, por falta de presentación de los documentos que se indican, los aspirantes siguientes:

Don Ramiro Sánchez Calvo (certificado de los dos años de función docente, en la forma establecida por Orden de 27 de abril del corriente, *Boletín Oficial del Estado* de 11 de mayo siguiente).

Don José Manuel Rodríguez Delgado (partida de nacimiento legitimada y legalizada, título de doctor o certificado de haber aprobado los ejercicios correspondientes para la obtención del mismo, certificado de firme adhesión, trabajos científicos y certificado de los dos años de función docente, en la forma establecida por Orden de 27 de abril del corriente año) (*Boletín Oficial del Estado* de 11 de mayo siguiente).

Dos Luis Olivares Baqué (certificado de firme adhesión y trabajo científico para la cátedra de Cádiz).

Don Ramón Domínguez Sánchez (certificado de los dos años de función docente, en la forma es-

tablecida por Orden de 27 de abril del corriente año (*Boletín Oficial del Estado* de 11 de mayo siguiente), y trabajo científico para la cátedra de Cádiz).

Don Enrique Recarte Casanova (toda la documentación, excepto el recibo de 10 pesetas por derechos de formación de expediente).

5.º Que durante los diez días siguientes al de la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado* se podrán interponer las reclamaciones y recursos a que se refiere el Decreto mencionado anteriormente, así como el artículo 21 del de 18 de septiembre de 1935.

Madrid, 11 de noviembre de 1946.—El Director general, Cayetano Alcázar.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—Circular por la que se hace público el nombramiento del Tribunal del concurso convocado para proveer plazas de Instructoras de Sanidad.

Esta Dirección General ha tenido a bien disponer que el Tribunal juzgador del concurso convocado en 16 de mayo último, para proveer plazas de Instructoras de Sanidad, quede constituido en la siguiente forma:

Presidente, ilustrísimo señor don Benigno García Castrillo, Inspector general, Jefe de la Sección de Personal de esta Dirección General.

Vocales: Don Miguel Solves Aguilar, Médico del Cuerpo de Sanidad Nacional; don Eustaquio González Muñoz, Médico del mencionado Cuerpo de Sanidad Nacional; doña Angela Enciso Callejo, y doña Pilar Requena Asensio, Instructoras de Sanidad.

Presidente suplente, don Eugenio Pastor Krauel, Médico del Cuerpo del Cuerpo de Sanidad Nacional.

Vocales suplentes: Don José Fernández Turégano y don Jesús Molinero Manrique, Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional; doña Pilar Ramos y doña Matilde Fernández de Ibarra, Instructoras de Sanidad.

Lo que se hace público para conocimiento de los interesados.

Madrid, 21 de noviembre de 1946.—El Director general de Sanidad, J. A. Palanca.

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

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

MADREZAL

EL MAS ENERGICO GALACTÓGENO * Laboratorios O.F.E.-MADRID (4)

Myokombin

(Estrofantina "Boehringer")

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

Efecto indoloro



"BOEHRINGER", S. A.
Madrid BARCELONA Sevilla



EN TODOS LOS SÍNDROMES ESPÁSTICOS

ESPASMOPAVER

ESPASMOLÍTICO REFORZADO

COMPRIMIDOS

PAPAVERINA • DIMETILOAMIDOANTIPIRINA
FENILETILBARBITÚRICO • ATROPINA SULFATO

INYECTABLE

PAPAVERINA • ATROPINA SULFATO

PRESCRÍBASE SIN RECETA OFICIAL DE TÓXICOS!

TELÉFONO 55386

APARTADO 9030

CENS. IDA. SANITARIA N.º 5426



MADRID

Fco NAVACERRADA, 62



NUEVA TERAPÉUTICA DEL
HIPERTIROIDISMO

Anatirin

COMPRIMIDOS DE METIL-TIOURACILO
PURÍSIMO **GEIGY** DE 0,05 GR.



Dosificación reducida
Sin intolerancias ni peligros



Para muestras y literatura:

LABORATORIO PADRÓ, S. A.

Avenida de Carlos I el Emperador, 206
BARCELONA

CONCESIONARIOS
EXCLUSIVOS DE



DEPARTAMENTO
FARMACÉUTICO

BASILEA (Suiza)

G*M

Censura Sanitaria núm. 9.081