



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 14 de diciembre de 1946

NÚMERO 4.730



UN PRODUCTO ESPAÑOL

Modernas aplicaciones del ASTHICOL

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

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

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

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

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

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

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

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

Diez inyecciones endovenosas de

ASTHICOL

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

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

Preventivo - Eficaz - Cicatrizante - Antipútrido

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

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

(Aprobado por lo Censura Sanitaria núm. 4.808.)

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE CIENCIAS MEDICAS

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

Programa científico:

PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

SUMARIO DE ESTE NÚMERO.—COLABORACIONES: *Astenia neurocirculatoria*, por los Dres. Enrique García Ortiz, F. López Arriba, C. Pérez Muñoz y M. Casamayor del Cacho. *El fraccionamiento de la diuresis*, por Luis del Portillo Fernández. *Cuántia de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas*, por el Dr. Ignacio López Sáiz. DIVULGACIONES NACIONALES: *Curación natural de la tuberculosis*, por el Dr. J. Megías Velasco. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *Tratamiento hormonal del cáncer de la próstata*, por el Dr. Cly de Leroy Deming. ACADEMIAS Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

ASTENIA NEUROCIRCULATORIA

por el

Doctor ENRIQUE GARCIA ORTIZ

Profesor auxiliar de Patología general.

y los doctores

F. LOPEZ ARRIBA, C. PEREZ MUÑOZ y M. CASAMAYOR DEL CACHO

Colaboradores de la cátedra de Patología general.

En el año 1871, DA COSTA (14) describe, bajo la denominación de corazón irritable de soldado, un conjunto de manifestaciones sintomáticas que, por su frecuencia, lo variado de las mismas y aspecto funcional, entran a formar parte de un nuevo capítulo de la Cardiología. LEWIS (15), en 1914, y basándose en observaciones realizadas en combatientes de la guerra mundial, confirma las descripciones primeras denominándolas síndrome de esfuerzo, buscando un punto de comparación en la sintomatología que se presenta a continuación de un esfuerzo violento o prolongado. Posteriormente, la escuela americana da a este cuadro la denominación de astenia neurocirculatoria, resumiendo así en ella los dos elementos más destacados de la misma, cual son las manifestaciones circulatorias y astenia general.

En el estado actual de nuestros conocimientos, es un hecho cierto que existe un determinado grupo de individuos que, por su constitución orgánica y psíquica, están especialmente predispuestos a tal suceso. Son sujetos de hábito longilíneo, asténico o leptosomático de la escuela krestmeriana, generalmente neuróticos y emotivos, con respuesta violenta y no pocas veces con estigmas de hipertiroidismo, mirada brillante, tendencia a la ta-

quicardia, piel húmeda y sudorosa y facilidad para el suspiro, que, según opinión de WHITE (10), es manifestación típica de la astenia circulatoria. Son los individuos que VON BERGMAN denomina estigmatizados vegetativos, y en los que existe un marcado predominio del sistema simpático.

La hipoplasia genital femenina, con manos habitualmente frías, acrocianóticas, con alteraciones discretas en las cifras tensionales e irregularidades menstruales, es un factor predisponente en la mujer.

Sujetos neuropáticos, hipocondríacos, con tendencias patofóbicas, temerosos especialmente de padecer cardiopatías orgánicas, encuadran de lleno en el grupo de tales enfermos.

Las intoxicaciones habituales (alcohol, café, tabaco, etc.) son igualmente, y en particular cuando arraigan en sujetos asténicos y neuróticos, un factor más a tener en cuenta en la anamnesis de estos pacientes. Personas impresionables, víctimas de profundas preocupaciones, de emociones intensas, trabajos especiales, etc., así como los enfermos crónicos o con procesos banales de índole secundaria (aerocolia, vermes intestinales, etcétera) son también víctimas frecuentes de neuritis cardíaca.

Las manifestaciones sintomáticas de tales estados oscilan desde la más variada y florida sintomatología a las discretas sensaciones de ahogo, palpitaciones e inquietud, que, por arraigar en un hábito especial, dentro de los descritos más arriba y por exclusión de toda sintomatología cardíaca que nos confirmase la existencia de cardiopatía orgánica o proceso respiratorio, nos lleva al diagnóstico de astenia neurocirculatoria.

Son enfermos que presentan por inspección un biotipo asténico o respiratorio, como ya hemos señalado, con mirada brillante, frecuente parpadeo, y en los que no es rara la existencia de un discreto tiroides o de saltos vasculares. Acompaña frecuentemente un choque de punta impulsivo, que hay que diferenciar del latido de empuje de las cardiopatías orgánicas con tendencia a la taquicardia, y en los que a veces se auscultan soplos funcionales en los focos de base y rara vez en los de punta; otras veces es un primer tono soplante o alargado, y al que LEVINE (13) concede una importancia secundaria, y que tiene la misma significación que los soplos que antiguamente describiera POTAIN bajo la denominación clásica de «soplos de consulta» (1); no es rara la existencia de arritmias, particularmente de tipo extrasistólico, y que tienen un valor menos importante, así como tampoco que exista un aumento de la velocidad de corriente circulatoria, y sí es habitual que el enfermo aqueje palpitaciones, crisis de taquipnea y disnea, que, según PARKINSON (6), se presenta en el 90 por 100 de los casos. FRIEDMAN (1) hace constar la existencia de discretas elevaciones febriles y crisis de tipo angoroide localizadas en región precordial y sin irradiaciones, unido todo ello a síntomas de eretismo cardíaco. También acompañan elevaciones moderadas de la tensión arterial, crisis de sudoración y de temblor, con tendencia a la lipotinia, y cansancio general.

Todo este cuadro se exagera con los estímulos psíquicos y emotivos, y desaparece con el reposo y durante el sueño, como señalan LEWIS (16) y BOAS (17).

Sin embargo, esta sintomatología es lo típico de las descripciones habituales, no siendo lo que, con frecuencia, se ve en la práctica médica. Corrientemente es un sujeto nervioso con palpitaciones, temblor o alguno de los síntomas que hemos señalado, que, por la visión de conjunto y exclusión de otro padecer, nos llevan a tal diagnóstico, no debiendo olvidar que cardiopatías con substratum lesional orgánico pueden dar lugar a síntomas parecidos que, arraigando en un fondo constitucional predisponente, nos lleven de primer momento a emitir tal juicio. Por tanto, señalamos la importancia de llegar a diagnosticar la astenia neurocirculatoria, en la seguridad siempre de que no hay una base orgánica en el sistema cardiorrespiratorio.

El problema de la causa común de tan variada y rica sintomatología es un hecho discutido y sin una base suficiente que nos explique de un modo seguro la génesis del mismo.

Como ya hemos dicho, uno de los síntomas más acusados es la taquipnea. Su génesis se atribuyó en un principio a la taquicardia, íntimamente ligada a ella, siendo, además, una de las manifestaciones del síndrome general y a los que va unido la hipertensión discreta y las crisis anginoideas. También se pretendió atribuirle a la ventilación deficiente del pulmón, y ello explicaría el porqué de la taquipnea en enfermos pulmonares discretos que padecen astenia neurocirculatoria. Sin embargo, FRIEDMAN (2) ha realizado estudios comparativos, llegando a la conclusión de que la ventilación pulmonar deficiente era en la mayoría de las veces compensada por la función vicariante del resto del parénquima pulmonar, de modo que la ventilación se acercaba en mucho a la normalidad. Por otra parte, KERR, DALTON, GLIEBE (5) y SOLEY (9) han comprobado que los síntomas aparecen igualmente en casos de hiperventilación del pulmón.

Se ha estudiado después la relación que guarda la aparición de la taquipnea con la deficiente absorción de oxígeno, falta del mismo y exceso de anhídrido carbónico, y con el esfuerzo, concluyendo en que la deficiente absorción del oxígeno y la defectuosa difusión por los tejidos es un factor muy a tener en cuenta. Sin embargo, como la aparición de disnea y taquipnea, ya íntimamente ligada a la aparición de taquicardia, se ha pensado también en la posibilidad de una causa única que, de un modo dualista, desencadenase ambos síntomas. FRIEDMAN (2) llega a la deducción final de que la aparición de tales hechos va unida a descargas de tipo simpático, y que, por tanto, la base común de todo radica en un factor psicógeno de tipo nervioso. Ello explica igualmente la aparición del temblor, estado ansioso, eretismo cardíaco, elevación tensional, etc.

El dolor de tipo anginoide es también un punto a discutir. La probable desviación del corazón en casos de elevación del diafragma por aerocolia, neumoperitoneo, etc., explicaría el hecho por la posición anormal del corazón e insuficiencia funcional consecutiva; pero el hecho de que el dolor aparezca también en posiciones normales del mismo nos obliga a dar más amplitud a este punto.

WOOD (11) insinúa la posible relación que tiene el dolor con el tipo de respiración, y comprueba que aquél es más acusado cuando la amplitud de la respiración es mayor y aumenta la profundidad de la misma. Simultáneamente lo relaciona con un estado especial de irritabilidad de los nervios intercostales, basándose en el hecho objetivo de que la anestesia de la musculatura intercostal hace desaparecer rápidamente el dolor.

Como final, concluyó en que la causa del mismo está, además del estado de hiperexcitabilidad de los intercostales, en la acción local, que tendría su origen en trastornos locales de irritación miocárdica.

Finalmente, RANSON (8) lo atribuye todo a un estímulo de los centros hipotalámicos, que sería la causa de toda sintomatología de la astenia neurocirculatoria.

Como factores que favorecen la producción del cuadro figuran, aparte del tipo constitucional, la edad y el sexo y las acciones del café, tabaco, etcétera, especialmente este último, que, por actuar como estimulante del simpático, por un lado, y, por otro, como tóxico apetente del sistema coronario, ocupan un lugar destacado, y al que STROUD (12) concede una primordial importancia.

Los estados de debilidad orgánica, particularmente la clorosis, anemias megalocíticas, hipotonía habitual, etc., contribuyen a que los síntomas clásicos del proceso se presenten.

Igualmente, los desplazamientos del corazón, consecutivos a procesos intraabdominales, determinan tal estado, acompañado en algunas ocasiones de alteraciones electrocardiográficas de tipo coronario que hay que valorar minuciosamente por aparecer en los cambios de posición del corazón secundarios a los mismos, y que son índice de trastornos banales de la musculatura cardíaca (18) (19).

Queda, por último, el factor hormonal, especialmente la disfunción ovárica y la hiperfunción tiroidea. Respecto a esta última, aclaramos que, dentro de nuestro estudio, la consideramos en un grado inicial, esto es, solamente desde el punto de vista de la simpaticotonía, pues en un estadio más acusado entra ya en el cuadro típico y diferenciado del corazón tiroideo. Sin embargo, podemos afirmar de un modo seguro que los sujetos con síntomas discretos de función tiroidea aumentada, con metabolismo basal discretamente elevado (12 a 15) y demás síntomas típicos, el eretismo cardíaco que aparece es debido a la función aumentada del tiroides que no alcanza el dintel suficiente para ser considerada como resultado de tireotoxicosis.

Después de todo lo expuesto, aconsejamos que siempre que nos hallemos ante un sujeto con sintomatología de astenia neurocirculatoria debemos procurar buscar aquellos procesos que pudieran tenerla como consecuencia o que diesen lugar a síntomas que pudieran confundirnos.

Es preciso hacer el diagnóstico diferencial con la toxicosis tiroidea, y en ello nos orienta el metabolismo basal aumentado, las variaciones en la yodemia, signos de bocio, exoftalmia y demás signos oculares (MOEBIUS, GRAFFE y ESTELLWAG), taquicardia permanente, descenso de la coagula-

bilidad sanguínea y alteraciones electrocardiográficas a expensas de las ondas P y T.

La psiconeurosis cardíaca pudiera dar lugar a dudas, pero en ella existe un acusado predominio de las manifestaciones psicopáticas, cuales son: patofobia cardíaca, depresión psíquica, tendencia al llanto, etc., ocupando un lugar secundario las manifestaciones circulatorias, mientras que en la astenia neurocirculatoria se observa un marcado predominio de alteraciones cardiovasculares de tipo simpático-adrenal, taquicardia, eretismo cardíaco, etc., que podemos comprobar fácilmente.

Respecto a las cardiopatías orgánicas, son especialmente las lesiones mitrales las que con más frecuencia se padecen en la juventud, y que pueden, particularmente en las fases compensadas, dar lugar a dudas diagnósticas. Son entonces los datos auscultatorios (soplo presistólico, *roulement* diastólico y refuerzo del segundo tono pulmonar), unidos a los signos ortorradiográficos y electrocardiográficos (P aumentada en primera y segunda derivación, bifidez de la misma y aumento del espacio P Q), los que nos aclaran la cuestión.

Las crisis de aortralgia, expresión de un proceso profundo de la aorta, se confunden, dado que, en muchas ocasiones, los datos auscultatorios no resuelven el problema; en estos casos, la silueta radiográfica de los vasos, los antecedentes y la positividad del serodiagnóstico de la lúes, nos ponen en la pista del proceso real.

Más frecuente es la confusión con la angina pectoris, tanto más cuanto que la astenia circulatoria se acompaña no pocas veces de opresión precordial, y que el angor no siempre tiene la sintomatología variada y aparatosa que describiera HEBERDEN. Ante tal problema, los antecedentes de tabaquismo, lúes, diabetes, arteriosclerosis, etcétera, son un dato, y el electrocardiograma, con las típicas pruebas de esfuerzo de Sherf y Goldamer, nos resuelven el problema.

Igualmente, procesos extracardíacos pueden enmascarar las manifestaciones típicas del síndrome; así, por ejemplo, afecciones del pericardio, pleura, neuralgia del frénico, etc., pueden motivar síntomas confusos; en tal estado, los datos estetoacústicos y el control sanguíneo y radiográfico aclaran nuestras dudas.

Como final, señalar una vez más que el diagnóstico de astenia neurocirculatoria debe hacerse siempre eliminando la posibilidad de padecimiento orgánico que exige de nuestra parte una minuciosa y detallada exploración del corazón y aparato respiratorio.

BIBLIOGRAFIA

- (1) FRIEDMAN.—«Studies concerning the etiology and pathogenesis of neurocirculatory astenia». *Ward. Med.*, 6, 221. 1944
- (2) FRIEDMAN.—«The cardiovascular manifestations of neurocirculatory astenia», *Am. Heart*, 30, 325. 1945.

- (3) GROSS.—«Investigations concerning vital capacity». *American Heart*, 1943.
- (4) GUTTMAN and JONES.—«Hyperventilation and the effort syndrome». *British Med. Journ.*, 736. 1940.
- (5) KERR and DALTON.—«Some physical phenomena associated with the anxiety states and their relation to hyperventilation». *Ann. In. Med.*, 961. 1937.
- (6) PARKINSON.—«The cardiac disabilities of soldiers on active service». *Lancet.*, 191. 1916.
- (7) RANSON.—«The hypothalamus; significance for visceral innervation and emotional expression». *Trans. Coll. Physiologie*, 222. 1934.
- (8) RANSON.—«Autonomic reactions induced by electrical stimulation of the hypothalamus». *Am. J. Physiol.*, 109. 1934.
- (9) SOLEY.—«The etiology of effort syndrome». *Am. Journal M. Sc.*, 840. 1938.
- (10) WHITE.—«The soldier's irritable heart». *Journ. American Med. Ass.*, 1942.
- (11) WOOD.—«Da Costa syndrome». *Brit. Med. Journ.*, 767. 1941.
- (12) STROUD.—«Enfermedades del corazón y de los vasos».
- (13) LEVINE.—«Imp. clínica del soplo sistólico». *Car. Patología Clínica*.
- (14) DA COSTA.—«On irritable heart». *Am. Journ. Medicine*, 1871.
- (15) LEWIS.—«The soldier's heart and the effort syndrome». P. Hower. Nueva York, 1919.
- (16) LEWIS.—«Diseases of the heart». Londres y Nueva York, 1936.
- (17) BOAS.—«The heart rate during sleep in grave's disease and in neurogenic sinus tachycardia». *Am. Heart. Journal*, 1932.
- (18) GARCÍA ORTIZ y L. ARRIBA.—«Electrocardiograma en el neumoperitoneo». *Medicina*, junio de 1946.
- (19) CLIFFORD-JONES.—«Neumoperitoneum in the collapse therapy». *Am. Heart*, 1943.

EL FRACCIONAMIENTO DE LA DIURESIS⁽¹⁾

por

LUIS DEL PORTILLO FERNANDEZ

Sabido es que en el sujeto normal, la vejiga no se evacúa sino cuando se siente necesidad de ello, esto es, cuando hay una cantidad de orina suficiente para determinar el estímulo nervioso, efectuándose entonces la micción.

En circunstancias normales se realizan en las veinticuatro horas de cinco a seis micciones; este número posee gran firmeza, tanto que tiene gran importancia para establecer en qué momento se instala una polaquiuria.

En el niño se dan tan sólo de tres a cuatro micciones en las veinticuatro horas, adoptando el tipo adulto en la pubertad.

El fraccionamiento de la diuresis consiste en recoger en recipientes la orina de cada micción. El empleo de esta prueba, extremadamente sugestiva y poco utilizada, conoce límites y reclama condiciones precisas. Durante toda la experiencia, la micción no debe ser diferida; el vaciamiento vesical debe ser hecho cuando se sienta el deseo.

Las horas de las comidas debe ser exactamente conocidas; si la experiencia se hace durante varios días, debe ser rigurosamente mantenida.

Es habitual estudiar la función urinaria después del reposo nocturno estando el sujeto en ayunas 2 veces doce horas.

Los resultados así obtenidos tienen un valor importante, pero no es necesario señalar el carácter excepcional del propio sujeto comiendo y trabajando. La preocupación casi única de los enfermos es saber en qué medida pueden cumplir estas dos cosas fundamentales. Hace falta obtener una serie de datos, de donde se sacarán con-

clusiones opuestas a aquellas que deben manifestarse estando el sujeto en estas condiciones. Aquí aparece la diversidad de puntos de vista: el cirujano reclama una instantánea biológica, el internista busca el sentido de una evolución que debe componer un *film* veraz.

Así, cuando el sujeto no cambia de vida es cuando debemos experimentar, debiendo variar las constantes y las variables. Los resultados no son valederos si existen perturbaciones urinarias emotivas. En estos sujetos sólo los preparativos de una exploración pueden producir una inhibición o, lo que es más frecuente, una polaquiuria.

Conocida de todos es la polaquiuria emocional, ya sea por exámenes, oposiciones, etc.; esta orina, llamada también espástica, es de una densidad muy débil. Los clásicos aconsejan evacuar la vejiga por cateterismo; pero esta maniobra puede ser causa de una oliguria secretoria. Cada muestra de orina así recogida produce una molestia al sujeto; las muestras deben recogerse por micción espontánea. De cada muestra de orina se practican varias pruebas; las variaciones que presentamos se refieren a número, volumen, horario, densidad, reacción, cantidad de urea y de cloruros. El número de micciones, si varían fuertemente, son advertidas por el individuo, no fijándose, en cambio, de las variaciones moderadas, que sólo el fraccionamiento de la diuresis puede evidenciar.

El hombre normal orina de cinco a seis veces en las veinticuatro horas; la séptima micción, cuando se tiene durante el sueño, puede o no marcar la entrada en la polaquiuria; la octava micción para algunos autores es patológica.

Ciertas mujeres, sobre todo de edad avanzada, orinan poco, de 500 a 800 c. c. en tres o cuatro micciones en veinticuatro horas; su alimentación

(1) A disposición de los compañeros que lo deseen pongo las gráficas y datos de este trabajo.

es normal, aunque casi siempre injieren pocos líquidos, y el laboratorio y la Clínica no descubren ninguna anomalía en la función renal. El volumen de cada muestra varía entre límites extensos de 80 a 700 c. c.; nosotros el límite máximo que hemos obtenido es de 580 c. c. y el mínimo de 50 c. c. En el sujeto normal, la micción más abundante es el que efectúa al levantarse; equivale al quinto o al tercio de volumen total en las veinticuatro horas.

Si hay una o varias micciones durante el sueño, deben considerarse; si están alejadas de la hora de levantarse no cambia gran cosa. Si esta proximidad es de una a dos horas, es la más abundante de las veinticuatro horas; pero hace falta anotar la no reaparición del sueño después de esta micción.

Si hay hiponuria y poliuria, el volumen total de las orinas nocturnas es siempre mayor que la micción primera matinal, pero el volumen de ésta predomina sobre las del día. El volumen de cada micción diurna, excepto la primera matinal, es sensiblemente igual y sus variaciones pequeñas. Se puede designar por volumen medio de micción el número obtenido dividiendo el volumen total de orina entre el número de micciones efectuadas en las veinticuatro horas.

Existe una regularidad en el horario de las micciones que se evidencia por el fraccionamiento, seguido durante varios días o semanas. Se trata de un verdadero habituamiento renal, condicionado por el sueño y las comidas, e incluso por las condiciones atmosféricas y, sobre todo, climatológicas.

Si la vida del sujeto se ranversa, sobre todo en algunas profesiones, entonces el horario de las micciones es fijado por los elementos que condicionan éstas. Si hay desplazamientos de las comidas, influyen en la micción, y, en general, se ad-

quiere después de tres o cuatro días del desencaje del horario de las comidas.

En el fraccionamiento de la diuresis se encuentran micciones aberrantes; las unas son pequeñas, de 20 a 30 c. c., y son de orden emotivo después de un baño, etc., etc.; otras son de mayor volumen, y sobrevienen de forma inexplicable; a veces se les achaca a causas alimenticias.

Esto nos ha sugerido la idea de un régimen fijo en todo sujeto en que se efectúa el fraccionamiento de la diuresis; en todos nuestros casos, tres días antes de la prueba instituímos una dieta especial, pero que no difiera del régimen alimenticio anterior del sujeto sometido a experiencia.

Existe un ritmo de secreción urinaria que puede representarse por una curva que tiene una parte ascendente, de las cero a las trece horas, con un máximo secretorio a las trece horas, y otra parte descendente de las catorce a las veinticuatro horas, con un mínimo secretorio a las veinticuatro horas.

Este aspecto es para cada día igual, y se repite de idéntica forma toda la vida de la mayoría de los sujetos sanos; se llama onda secretoria de Gerritzen, que fué el primero que la describió.

Nosotros hemos encontrado una elevación de la curva, en su parte descendente, que se presenta con gran fijeza entre las veintidós a las veintitrés horas, y que suele ser la mayor de las micciones de la segunda parte de la onda secretoria de Gerritzen.

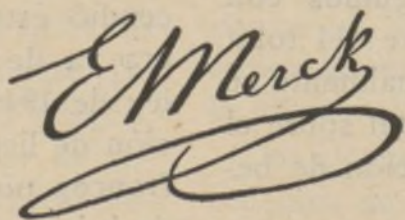
Del examen de un gran número de casos, las densidades recogidas en individuos normales por fraccionamiento de la diuresis, no conteniendo ningún elemento anormal, no se saca ninguna ley. La densidad de la orina puede repartirse en tres zonas: densidades débiles, que no pasan de 1.015; densidades medias, que no pasan de 1.025, y densidades altas o fuertes, de 1.025 en adelante. Cada

SEDA L M E R C K

(Efetonina, Dionina, cafeína, fenacetina y dimetilaminofenazona.)

**Dolores de cabeza, resfriados,
gripe, neuralgias, etc.**

Tubos de 10 tabletas



FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS DARMSTADT

C. S. núm. 110

individuo parece tener predilección por una zona particular de densidad.

Es de interés también estudiar la reacción de las diferentes muestras; la reacción de la orina en el sujeto sano es ácida; aparece, sin embargo, en las muestras antes de las comidas una ligera alcalinidad, la marea alcalina.

La urea de las diferentes muestras presenta pocas modificaciones; en la muestra de la orina primera matinal es la más elevada, excepto la correspondiente a la última muestra, que es la mayor. La curva de los cloruros presenta pocas variaciones; también hay una ligera elevación en las muestras de las catorce a las veintitrés horas, aunque menor que en las correspondientes a la urea.

Los hechos expuestos ponen en evidencia la existencia de un ritmo de la secreción renal, y que se llama flexibilidad renal. En la diuresis intervienen cuatro factores: factor renal, factor neurohormonal, factor plasmático y factor tisular.

El riñón es flexible cuando puede asegurar una depuración urinaria normal cualesquiera que sean

las condiciones de trabajo a que está sometido, siempre que sean compatibles con la salud.

Este poder singular de acomodación es la característica del riñón sano; depende de tres factores: vitalidad renal, poder de dilución y de concentración. Estudiar la función de la diuresis es, por otra parte, medir el complejo designado con el nombre de flexibilidad renal. Al contrario; la invariabilidad renal es propia de la insuficiencia renal. La flexibilidad renal parece que se ejerce más sobre las concentraciones que sobre las diluciones. En el fraccionamiento de la diuresis, teniendo como fisiológicos valores teóricos medios, se puede decir que hay individuos yuxtapatológicos y superfisiológicos. Así, la importancia de la aplicación del ritmo particular de la secreción renal, que demuestra el fraccionamiento de la diuresis, o sea la flexibilidad renal, tiene una importancia grande en sus aplicaciones clínicas al estudio de la función renal.

La parte experimental de nuestro trabajo se ha efectuado sobre cincuenta y dos sujetos sanos.

Cuantía de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas⁽¹⁾

por el

Doctor IGNACIO LOPEZ SAIZ

Jefe de clínica del Sanatorio Psiquiátrico de San Luis (Palencia).

Es en el siglo XIX cuando se emprende de una manera continuada y científica la lucha contra el abuso de las bebidas alcohólicas.

Una de las medidas propuestas por los economistas, y aceptada con simpatía por moralistas e higienistas, fué la aplicación de impuestos sobre la fabricación del alcohol y el consumo de las bebidas alcohólicas. Con esto se tiende a conseguir, además de producir unos ingresos muy importantes al Estado, una disminución del alcoholismo como plaga social degenerativa de la raza.

En algunos países, estos impuestos han llegado a adquirir una cuantía extraordinaria.

Unos ejemplos tomados de la realidad nos darán una idea del volumen alcanzado por estos tributos.

La adopción del célebre sistema de Gotemburgo por varias naciones (monopolio del alcohol por el Estado), promulgado en 1865, fué aplicado en Sueci en 1880; Rusia lo adoptó y lo puso en práctica hacia 1900. Los ingresos conseguidos con esta medida ascendían a la cuarta parte del total de gastos del presupuesto zarista. Actualmente se sigue en esta nación el monopolio estatal sobre el alcohol que se emplea para la fabricación de bebidas.

El fin del sistema Gotemburgo es, como hemos dicho, proporcionar, además de unos ingresos a la nación, un medio eficaz en la lucha contra el alcoholismo; primero, al disminuir su consumo por la carestía del producto, y segundo, porque al proporcionar un alcohol ético de buena calidad, los efectos tóxicos son mucho menores que cuando se empleaban alcoholes de baja calidad en las destilerías particulares.

En Alemania, el impuesto se aplicaba a los fabricantes, llegando a producir al Tesoro, solamente en tributo sobre el alcohol, un ingreso de 154 millones de marcos (año 1902).

Parece ser que la primera aplicación del impuesto sobre las bebidas alcohólicas se efectuó en Baviera, al imponerse, en 1543, una contribución sobre el consumo del aguardiente.

En Francia, nación que va a la cabeza en la producción de bebidas fermentadas, también se aplica el impuesto sobre el alcohol. En 1840 ascendió éste a 37 francos por hectolitro, en 1900 era ya de 220 francos, y actualmente, según la ley de 1940, el alcohol empleado para la fabricación de licores sufre el enorme impuesto de 4.000 francos por hectolitro, comprendido el impuesto de lujo, y de 2.600 francos hectolitro para el que se emplea en la elaboración de los vinos y espu-

(1) Ver EL SIGLO MÉDICO, núm. 4.728, de 30-XI-946.

mosos o se reserva para los cosecheros. Si tenemos en cuenta que esta nación tenía una producción media de alcohol de más de dos millones de hectolitros, de los cuales se empleaban para la fabricación de licores y aguardientes más de la mitad, nos daremos una idea de la fantástica cantidad a que daría lugar este impuesto, aparte, claro es, de los tributos que gravan las bebidas alcohólicas naturales fermentadas.

Permítasenos un breve inciso para comentar estas medidas.

La ley francesa a que nos hemos referido fué dictada con un fin fundamentalmente restrictivo sobre el consumo de las bebidas alcohólicas; no hay duda que consiguió rápidamente una disminución de la fabricación y consumo del alcohol que se empleaba para producir bebidas espirituosas por el enorme tributo que le gravaba; pero la disminución del alcoholismo, fin primordial que intentaba conseguir, no fué, ni mucho menos, en sentido proporcional; la prueba práctica la tenemos en las numerosas comunicaciones presentadas por los autores franceses, referentes a la gravedad que el alcoholismo adquiría, debido a la presencia en los licores de alcoholes de baja calidad o de tipo más tóxico (metílico) fabricados en la clandestinidad (GRIFFONT, DEROVERT, NAVINA, etcétera).

Estas duras medidas restrictivas en el primer país productor de vino del mundo y uno de los primeros en la fabricación de alcohol, obtenido de los productos agrícolas del país, no podían dar, en modo alguno, los resultados apetecidos, entre otras razones por ir contra la habituación tradicional del individuo y, sobre todo, contra los fuertes intereses económicos creados, sin que fuesen dictadas medidas concomitantes capaces de encauzar estos intereses hacia otros derroteros.

La elocuencia de las cifras señaladas no admite comentario alguno, probando de manera plena el enorme volumen de estos tributos.

Vayamos ahora al motivo principal de esta nota: el hacer unos comentarios en relación con los ingresos que producen al Estado y Municipio en España la fabricación y consumo de las bebidas alcohólicas.

Desde 1632 se explota en nuestra península la renta sobre el aguardiente; en un principio este tributo fué cobrado por un monopolio; posteriormente fué éste abolido, estableciéndose una contribución sobre la venta, administrada, según las épocas, por arrendamiento o por la Hacienda. De 1717 a 1728 fué declarado libre de todo tributo, volviendo otra vez desde esta fecha a ser monopolizado por el Estado. En 1817 desapareció definitivamente el monopolio, siendo sustituido por un tributo sobre la venta. En 1885, 1904 y 1905 se dieron disposiciones referentes a este impuesto,

dividiéndole en dos cuotas: una, sobre la fabricación, y otra, que gravaba el consumo.

En la actualidad, los impuestos a que están sometidos el vino y demás bebidas alcohólicas son diversos, acumulándose en ocasiones sobre el mismo producto tres o más conceptos tributarios.

Veamos brevemente algunos de los más importantes:

Los arbitrios municipales de las capitales de provincia gravan en 0,10 pesetas litro todas las clases de vinos, sidras, cervezas y vinos compuestos (vermut, etc.) y 0,20 pesetas por litro a los licores (aguardientes, coñacs y licores propiamente dichos).

Por orden del Ministerio de Hacienda de 26 de febrero de 1943, desde el 1 de abril de aquel año se aumentó en 0,05 pesetas por litro el impuesto a los vinos naturales y compuestos, sidras, etc., cantidades que, cobradas por los respectivos Ayuntamientos, debían ser ingresadas trimestralmente en la Delegación de Hacienda. Estos impuestos son aplicados también a los pueblos.

Por ley de Reforma Tributaria de 1940 se estableció un impuesto para los vinos, sidras y chacolí embotellados y con marca que asciende al 10 por 100 del precio de venta marcado por el cosechero o embotellador.

Impuesto de «consumo de lujo». Este gravamen se aplica a todos los vinos y licores que se consumen en cafés, bares, confiterías y establecimientos análogos, ascendiendo al 20 por 100 del precio de venta.

Si se despachan en cualquiera de estos establecimientos para su consumo fuera de él, se gravan solamente en un 10 por 100.

Este tributo no existe para el vino corriente cuando es consumido en los domicilios particulares.

Por tanto, un vino de marca puede sufrir cuatro impuestos: el municipal y del Estado, de 0,15 pesetas en total por litro; el 10 por 100 del precio de venta marcado por el cosechero (ley de 1940), el 20 por 100 del precio de venta al público si es consumido en cafés, bares, etc., o el 10 por 100 si es adquirido en cualquiera de estos establecimientos para su empleo fuera del mismo, y, por último, en la actualidad, hay que añadir un impuesto eventual de un 20 por 100 para todos los artículos expedidos en establecimientos de primera y segunda categoría y un 10 por 100 para los restantes, impuesto que se emplea para compensar el abono de las cartillas primadas. Muy recientemente este gravamen se ha disminuído a la mitad del que hemos señalado.

Los alcoholes y aguardientes neutros de 96° procedentes de vinos o residuos vínicos abonarán el impuesto de 125 pesetas hectolitro de volumen real.

Los obtenidos en destilerías cooperativas, aco-

gidas a la ley de Sindicatos Agrícolas de 28 de enero de 1906 y 4 de junio de 1935, satisfarán solamente 107 pesetas por hectolitro.

Los aguardientes denominados «holandas» abonarán a razón de 225 pesetas hectolitro; pero si se ajustan en su producción y empleo a los preceptos reglamentarios, liquidarán a razón de 86 pesetas hectolitro.

Los aguardientes de caña de 75° tributarán 125 pesetas hectolitro.

Todos los demás alcoholes y aguardientes neutros satisfarán a razón de 300 pesetas por hectolitro.

Los alcoholes desnaturalizados pagarán 15, 20 y 25 pesetas por hectolitro, según sean de vino, melazas u otras procedencias.

Aparte de estos impuestos, los alcoholes neutros, cuando sean empleados para la fabricación de licóres, abonarán:

a) El aguardiente anisado y el ron, con o sin azúcar, incluso los escarchados, el de caña, el coñac, ginebra, cualquiera que sea su graduación, y los demás aguardientes y licores cuya graduación alcohólica fuese hasta de 34°, envasados en botellas y frascos de hasta medio litro de cabida, abonarán 0,40 pesetas.

b) Los mismos, envasados de medio a tres litros, 0,80 pesetas.

c) Dichos aguardientes compuestos y licores cuando su graduación ascienda a más de 34°, en recipientes de hasta medio litro de cabida, 0,80 pesetas.

d) Los mismos, en envases de más de medio litro y hasta tres litros, 1,60 pesetas.

e) Los citados productos, ya sean nacionales o extranjeros, envasados en botellas que no excedan de un decilitro, 0,04 pesetas.

f) Tratándose de muestras comerciales en frascos hasta de un decilitro que circulen por correo, quedarán exceptuadas de la imposición de precintados, y no podrán destinarse a la venta.

Como ya hemos dicho para los vinos, los licores se gravarán, además, con el impuesto municipal de 0,20 pesetas litro; el impuesto de lujo, que asciende al 10 por 100 en cualquier establecimiento y al 20 por 100 cuando es consumido en cafés, bares o establecimientos análogos, y el impuesto eventual del 10 por 100 para los establecimientos de primera y segunda categoría, o el 5 por 100 para los restantes, como compensación al abono de cartillas primadas.

Si nos hemos extendido un poco en dar estos datos sobre los impuestos, es para darnos cuenta del volumen a que pueden ascender, y en segundo lugar a lo difícil que es precisar la cuantía de los mismos, dada la variedad y número de circunstancias.

Pongamos unos ejemplos prácticos tomados de la realidad.

En Palencia, capital, ascendió el impuesto municipal, en 1934, a 364.812 pesetas (vinos, más licores), abonando, además, el Ayuntamiento a la Delegación de Hacienda la cantidad de 149.257 pesetas.

El impuesto de consumo de lujo de cafés y bares está concertado, y asciende en la capital a 468.906 pesetas, pudiéndose calcular en un 70 por 100 la parte proporcional que correspondería, por el volumen de venta, a las bebidas alcohólicas, es decir, unas 328.234 pesetas.

A esto hay que añadir el precio de venta marcado por el cosechero sobre los vinos embotellados, más el impuesto de precintados que correspondería a los licores y coñacs, el impuesto sobre el alcohol de estos mismos productos y el 10 ó 5 por 100, según las categorías, del impuesto eventual para las cartillas primadas; todo lo cual ascendería, valorándolo muy bajo, a unas 750.000 pesetas.

Por tanto, Palencia, capital, con un consumo de 3.080.641 litros de vino y sidra y 162.739 litros de licores, daría unos impuestos totales, aproximados (Municipio y Estado), que ascenderían a más de 1.592.303 pesetas anuales.

En Burgos, capital, el impuesto municipal supuso un ingreso al Ayuntamiento, en 1944, de 676.105 pesetas.

Con los datos que poseemos, podemos afirmar que los impuestos totales ascendieron en esta capital a más de tres millones de pesetas.

Fácil es comprender, teniendo en cuenta que estas poblaciones son económicamente pobres y que tienen un número de habitantes reducido (algo más de 100.000 habitantes entre las dos), que en toda España la totalidad de estos impuestos asciende a varios cientos de millones de pesetas.

Téngase en cuenta que no hemos acumulado a las cantidades señaladas la recaudación obtenida por estos impuestos en la provincia ni añadido la parte proporcional de contribución industrial que correspondería de los miles de establecimientos que, en su totalidad o en mayor o menor cuantía, viven con la fabricación, almacenamiento, venta y consumo de las bebidas alcohólicas.

En resumen: el valor económico del vino y demás bebidas alcohólicas es, sin género de duda, el primero con que cuenta en la actualidad España.

Esta consecuencia merece tenerse muy en cuenta para adaptar en cada momento las medidas legislativas que se crean oportunas a esta multitud de potentes intereses creados, único modo de evitar muchas veces el ruidoso fracaso de las normas que, dictadas con un fin higiénicosocial indudable, se olvidan del volumen económico que mueve el vino y demás bebidas alcohólicas.

Divulgaciones nacionales

CURACIÓN NATURAL DE LA TUBERCULOSIS

por el

Doctor J. MEGIAS VELASCO

Tisiólogo del P. N. A. en Gandía.

Y habiendo pasado la digresión anterior, hablaremos hoy para seguir el orden expositivo que deseamos dar a estas cuartillas, con el anhelo de una mayor claridad de conceptos: nos referiremos a ese punto tan interesante que representa en esta enfermedad lo que se denominan *fuentes de contagio*, o sea de donde viene el peligro que, de modo oculto e imperceptible, como en el último artículo os relaté, puede abordar a nuestro organismo hasta entonces sano, y que, desde aquel momento, al llegarle la infección, ya nos presentara la incógnita de si podrá con dicha infección, de modo espontáneo, autónomo, o bien no podrá por sí solo detenerla, dominarla, dando lugar a formas diferentes de enfermedad tuberculosa. Desde la forma más leve y benigna, que da poquísimos síntomas, cuando da alguno, y que interiormente causa poco perjuicio, hasta las formas graves, mortales, en que el organismo no puede luchar con tal infección, contra la agresión de microbios, y ésta toma un vuelo enorme, invasivo y destructor de aquel organismo que, por no haber podido dominarle, sucumbirá ante ella.

Y nada más que con haber formulado, enunciado estos dos hechos, tan distintos y de resultados tan dispares, es suficiente para que surja un problema, un aspecto interesante de poner en claro, y que, aunque no encaje exactamente en nuestro propósito de exposición para el día de hoy, por su valor y por su extraordinaria valía, merece que nos detengamos un poco a examinarlo, siguiendo después con el orden esquemático establecido.

Os he dicho que unas veces los bacilos, la infección, al llegar prácticamente, no hace nada en nuestro organismo, y que otras veces, en cambio, es de consecuencias gravísimas, mortales. Pues bien; creo que aceptaréis lo que anteriormente os decía de que dicha contradicción merece una aclaración prolija a fondo; ¿de acuerdo?; pues vamos a ella.

El problema así planteado se basa en la diferenciación de conceptos entre *infección* y *enfermedad tuberculosa*, y para haceros ver que esta diferencia de palabras lo es asimismo en sus resultantes, os pondré algunos ejemplos. Una persona hasta entonces sana, en todo su organismo recibe el contagio tuberculoso por una sola vez; pues bien, los bacilos, dicho contagio, al llegar, por ejemplo, a sus pulmones, entablan una lucha

con los mecanismos de defensa que dicho individuo tiene, y como estas defensas son buenas, y como dicho contagio es ocasional, fortuito y único, las fuerzas defensivas podrán eliminar, matar, a dichos bacilos, quedando, por tanto, dominada la infección, y quedando aquel individuo prácticamente sano, aunque, como resultado de la lucha entablada, quede en el sitio donde se verificó ésta, en los pulmones, una pequeña cicatriz, que no representa ningún peligro para dicho individuo, siempre que éste continúe sano y *no continúe recibiendo la infección*, pues lógicamente comprenderéis que si ésta continuara llegando a tal individuo ocurriría que un día sus medios de defensa, sus energías, decayeran, y entonces la infección, que persistía, tomaría incremento, y entonces es cuando dicho sujeto desarrollaría la *enfermedad*. Y también es fácilmente comprensible que, por bien que se cure una cosa, aunque llegue a una cicatriz perfecta, siempre hay el peligro de que si no se tiene cuidado en evitar peligros innecesarios, podría reactivarse dicha cicatriz, desarrollando a sus expensas la enfermedad. Esto que os relato, en su forma de terminación buena, cuando allí se queda el proceso, cuando no pasa adelante, es lo que médicamente se llama *infección tuberculosa*, y a ella están afectas una gran parte de las personas consideradas como sanas, casi unas tres cuartas partes de las personas consideradas como normales, y que únicamente se enteran de tal síntoma de que en ellos ha pasado ese pequeño episodio, generalmente de curso silencioso, como os dije, porque, al ser examinados a rayos X, por alguna otra causa oyen, extrañados, al médico que se lo dice, y que casi no pueden creérselo, pues ellos no recuerdan el haber estado enfermos, y es que no saben que esto puede pasar *sin haber estado enfermos*, sin síntomas en absoluto, o cuando los hay con unos síntomas tan vagos e indeterminados, que suelen ser achacados a una «gripe», un «catarro bronquial», etcétera, o sea procesos que la gente se cura sola, o que, lo más, tomándose un analgésico cualquiera (aspirina, café, coñac, etc.), pasa sin que se vuelva a pensar en ello.

Y, una vez expuesta la infección tuberculosa, en mi próximo artículo os relataré el otro aspecto, el de enfermedad tuberculosa, o sea cuando ocurre lo peor.

Divulgaciones del exterior

Tratamiento hormonal del cáncer de la próstata

por el

Doctor CLY DE LEROY DEMING

Profesor clínico de Urología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale.

comentario del

Doctor ANGEL PULIDO MARTIN

En el asombroso, por la riqueza editorial y por su contenido científico, *Boletín de la Academia de Medicina de Nueva York*, correspondiente al mes de febrero del año actual, aparece un trabajo del profesor LEROY DEMING, de la Universidad de Yale, sobre tratamiento hormonal del cáncer de la próstata (prostatic malignancy), donde se contiene, expuesto con claridad, el estado actual de esta cuestión, tan debatida entre los urólogos.

He aquí las conclusiones del trabajo del doctor CLY DE LEROY DEMING.

Hasta ahora ningún caso de cáncer de la próstata ha sido curado con el tratamiento hormonal. El único dominio completo del cáncer de la próstata obtenido en nuestra Clínica lo ha sido por la escisión radical quirúrgica llevada a cabo al principio del desarrollo de la enfermedad. (Esta afirmación es la que ha hecho repetidas veces en España el ilustre urólogo profesor GIL VERNET, de Barcelona.—*Nota del traductor.*) La mayoría de los enfermos con extensos carcinomas prostáticos, que sufren de dolores por las lesiones metastásicas, encuentran alivio con la terapéutica hormonal. La castración y el tratamiento por el estilbestrol producen el mismo resultado. Se quita por completo el dolor temporalmente, por lo menos en el 50 por 100 de los casos. Mejora mucho el estado general del enfermo, y en el 66 por 100 aumentan de peso los pacientes. De 50 a 75 por 100 tienen una vuelta temporal a la micción normal o a una micción soportable. De 20 a 25 por 100 no experimentan ningún alivio. Ni la castración ni el tratamiento estrogénico evitan el desarrollo de las metástasis. Algunas lesiones metastásicas en el pulmón y una en un fémur ofrecieron completa regresión; pero no hemos sabido de ninguna metástasis de la pelvis que haya regresado por completo. Localmente, la glándula prostática se hace más blanda y se reduce de tamaño. Después de tres a veintidós meses, el tejido prostático aumenta de tamaño hasta la muerte. La mayor parte de las lesiones óseas muestran una ebonización, que puede durar hasta la muerte, o cambiar en un aspecto osteoplástico característico. Los enfermos que ofrecen una recaída después de un año o más no tienen mucho dolor, ni

la fosfatasa ácida del suero suele elevarse mucho. Tales enfermos decaen progresivamente con astenia, y mueren sin gran emaciación. Hasta ahora no se pueden hacer pronósticos de vida, y de los trabajos publicados no se puede esperar que esta vida sea muy larga. El hecho de que la terapéutica hormonal haga tolerable la vida en un 50 por 100 de los enfermos justifica esta terapéutica y abre la puerta para futuras y extensas investigaciones que puedan conducir, no sólo a la curación del cáncer de la próstata, sino a la prevención de su desarrollo.

El autor reconoce la necesidad de eliminar, en los casos de cáncer de la próstata, el factor obstructivo por medio de la Cirugía, lo que permite la mejora de la función renal y el tratamiento de la infección urinaria; pero no hay acuerdo sobre el método quirúrgico que haya de emplearse. Se ha recomendado la resección transuretral, lo que en algunos casos proporciona excelentes resultados transitorios, pero algunos enfermos empeoran porque se establecen úlceras del cuello de la vejiga y de su trigono y quedan muy molestos. Para el doctor LEROY DEMING, el método más útil es el de la escisión perineal conservadora, porque debemos recordar que la mucosa de la uretra y de la vejiga son las más eficaces barreras contra la extensión del proceso maligno. ¿Por qué eliminar estas barreras con la resección transuretral, precisamente cuando más las necesita el organismo? Al actuar por la vía perineal, se elimina la mayor cantidad de tejido canceroso y se conservan estas barreras.

No podemos dejar pasar sin comentarlas algunas afirmaciones que hace el doctor LEROY DEMING en su trabajo referentes a la frecuencia del cáncer de la próstata en el hombre. Repite que, como es sabido, el término medio de la vida humana ha subido en los últimos treinta años desde los 47 a los 64,2. El cáncer de la próstata ha seguido en su frecuencia un curso análogo; según LEROY DEMING, pasados sus cuarenta y cuatro años el 14 por 100 de los hombres padecen cáncer de la próstata. A la edad de los setenta años se admite que de cada siete hombres, uno tiene cáncer de la próstata. El término medio de la edad de los cancerosos es la de 67, 68 años, aunque

no todos mueran de su padecimiento. Actualmente se relaciona el cáncer de la próstata con un agente carcinogénico existente en las gonadas, y es preciso estudiar esa relación entre las gonadas y el cáncer prostático para eliminarlas o para neutralizar las hormonas procedentes de las gonadas del macho con otras de sexo opuesto.

Así dice LEROY DEMING. Ahora que todos los representantes de los diversos países comentan las declaraciones del británico sir HARTLEY SCHAWCROSS: «Hay otros medios de destrucción todavía más terribles que la bomba atómica cuya existencia (la de esos medios) no es desconocida...», entrevemos una posibilidad espeluznante si los «científicos que trabajan a gran presión en la investigación de esos medios de destrucción (todo acaba en on), «empiezan a practicar su labor preventiva del cáncer de la próstata antes de los cuarenta y cuatro años de la edad del hombre, en la cual hay (dicen que hay) un 14 por 100 de cancerosos.

Nosotros, que, como todos los urólogos, hemos comprobado y comprobamos cada día en nuestra clínica los beneficiosos efectos de la hormonoterapia femenina en los cancerosos de la próstata, recordamos que la sulfamidoterapia empezó estudiando los químicos las propiedades antisépticas de diversos colorantes, y suponían que esa acción antiséptica era debida a la molécula colorante, hasta que llegó a discriminarse la acción que correspondía a cada parte de la molécula y se averiguó que no era el grupo colorante el eficaz, y se lle-

gó a la sulfamida, desprovista de color. Nosotros pedimos a los químicos que investiguen esas moléculas orgánicas tan complejas que son las hormonas masculinas y femeninas, por si ocurre que no es el elemento masculinizante o feminizante el que influye sobre la presentación y desarrollo del cáncer de la próstata; seguramente ocurrirá así, seguramente la Providencia lo querrá así; y de un lado, los hombres conservarán la integridad de sus dídimos, que ya empiezan a dejar en los cubos de las salas de operaciones envueltos en papel moneda o en cheques al cirujano, o se evitarán esos desarrollos de mamas y esas sensaciones molestas en los pezones. Algunos filósofos, que han dedicado una pequeña atención a este asunto, se muestran inclinados a suponer que, así como en la infancia las influencias sexuales están más equilibradas que en el adulto, al llegar a la ancianidad ocurre o debe ocurrir algo análogo, y el hombre paga su excesiva masculinidad con el cáncer de la próstata; nosotros tenemos fe en que los sabios lograrán separar el elemento cancerígeno, y si fuera verdad (lo que nos parece error), la proporción de un canceroso por cada siete hombres, esos otros seis hombres no cancerosos, pero hombres, demuestran que el grupo molecular engendrador de la malignidad no es un componente fatalmente necesario de la molécula masculinizante. Aislémosle cuanto antes; y, conocido, será fácilmente dominado sin lesiones desmoralizadoras para la Humanidad.

Academias y Sociedades científicas

DEBERES DE LOS MEDICOS PARA CON SUS HUERFANOS

CONFERENCIA PRONUNCIADA EN LA HERMANDAD DE SAN COSME Y SAN DAMIÁN POR EL DOCTOR S. GARCÍA VICENTE, INSPECTOR HONORÍFICO DEL PATRONATO DE HUÉRFANOS DE MÉDICOS

(Extracto de la misma.)

Describe y analiza el conferenciante las características de convivencia interprofesional para sacar la consecuencia de que lo que se dice de vidriosidad de carácter, insumisión a las órdenes y mal compañerismo no son sino una exacerbación subconsciente del sentido de la dignidad y propio valer, consecuencia de la trascendencia, respeto y admiración que supone su función de apostolado.

Describe con aciertos de honda emoción la época en que ingresó como redactor de EL SIGLO MEDICO, cuya redacción describe con sus salas amplias, en suave penumbra, sobre la que resaltaban cuadros, muebles y objetos del mejor gusto, que hacían pensar en que se había conservado en aquel ambiente de acogedora y cordial elegancia el es-

píritu apasionado y cortés del siglo XIX. La aparición de don Carlos María Cortezo en la sala de redacción, envuelto en bata de amplios pliegues, que en él parecía toga, con una sonrisa y una frase oportuna para cada uno de los redactores, y la expresión indefinible de su cara, en la que unas gafas de cristales gruesos y de talla absurda, fingiendo ser heraldos del mirar, no eran sino una manera delicada de ocultar a sus amigos la tristeza de sus ojos muertos.

Refiere con prolijidad y acentos de ternura la predilección de don Carlos para los huérfanos de médicos, cuyo Patronato fundó, y a quienes dió en su vida más importancia que a todos los cargos y veneras (sólo jefes de Estado podían igualarle en honores).

Cuando al doctor García Vicente le comisionó el Gobierno de la España nacional durante la guerra de liberación para reorganizar el Patronato de Huérfanos siguió las lecciones de buen amor aprendidos con don Carlos María Cortezo, y en el contacto con nuestros huérfanos consiguió que en él prendiese la vocación por este sagrado

deber que ha venido realizando sin interrupción durante diez años.

La experiencia de este apostolado le ha hecho saber que los deberes de los médicos para con sus huérfanos son *espirituales y materiales*. Los primeros, casi más importantes que los segundos, se refieren a *la educación moral y religiosa, con seguridad de su realización y la instrucción adecuada*, según su capacidad e inteligencia. Otro de los factores espirituales importantísimos en los huérfanos es hacerles sentir *la dignidad de la protección que reciben*, que ésta no es más que un sagrado deber de los médicos para con sus padres muertos. Esto se realiza y consigue conviviendo con los huérfanos como lo hacía don Carlos María Cortezo, como lo hace el conferenciante desde el año 1936 y como lo realizan algunos otros médicos con vocación y entusiasmo para ello, procurando sustituir la presencia del padre con las consecuencias favorables que en la formación espiritual del niño tiene despertar en él los sentimientos de propia estimación, fe en el porvenir, disciplina de las pasiones, orientación en la vida, etc.

Para realizar estos indispensables cometidos es absolutamente necesario, según la larga experiencia del orador, el tenerles en internados religiosos.

Detalla las características de éstos y la ventaja sobre los que no lo son, a pesar de la buena voluntad y condiciones docentes de los que intervengan.

Glosa luego el orador las tres proposiciones que el Consejo General de Colegios Médicos pone a votación de referéndum, y rechaza la que se refiere a eliminación de los internados de todos los huérfanos, asimismo la que solamente elimina a las niñas. Las razones que da para repeler en absoluto estas dos proposiciones se derivan de lo expresado en el comienzo de la conferencia. El Patronato en esa forma dejaría de serlo para convertirse solamente en una oficina de entrega de cantidades, que, además de no resolver el problema económico del sostén de los niños, se des-

entendía por completo del verdadero deber de protección, que es el de ampararlos, corregirlos y enseñarlos.

Da a entender el gran número de veces que ha tenido que afrontarse con problemas del más triste dramatismo acaecidos en niños y en niñas que no estaban internados, y, por consiguiente, fuera de la actuación tutelar del Patronato, y exhorta a los médicos para que voten por la proposición que aconseja la continuación de los actuales internados, y ampliando los mismos hasta conseguir resolver totalmente el problema. Los recursos deben obtenerse principalmente de un modo indirecto, sobre los medicamentos, recetas, etcétera, aumentando las subvenciones oficiales.

Pide a la Federación de Hermandades de San Cosme y San Damián que se dirija rápidamente al Consejo General de Colegios Médicos para que dé un plazo suficiente antes del referéndum para que los médicos que conozcan el asunto y sientan cordialmente el problema, puedan orientar a sus compañeros en este asunto de importancia extraordinaria para el porvenir y la dignidad de la clase médica.

—O—

SOCIEDAD DE PEDIATRIA DE MADRID

Sesión del día 28 de noviembre de 1946.

Bajo la presidencia del doctor Sáinz de los Terreros, celebró sesión científica esta Academia con las siguientes aportaciones:

MENINGOENCEFALITIS POSTVARICELOSA

El doctor Cavengt presenta una niña de seis años, hija de padre fímico y con antecedentes de enterocolitis intensa, terminada por curación. A los dos años de este episodio sufre una varicela, al cuarto día de la cual presenta un cuadro clínico meningoencefalic, con el siguiente resultado del análisis de líquido céfalorraquídeo (dos punciones): líquido, claro; escasa presión; reacciones Nonne-Appell y Pandy, francamente positivas; al-

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

VERISCROM y VERISCOLINA
 Solución de mercurocromo al 4 % Solución de clorhidrato de colina al 1 %
 Dos especialidades únicas para oftalmología.

SULFAFEDRINA
 Sulfamida y efedrina para instilaciones rinofaringeas.

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

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

«Publ. Med. Garsi».

búmina, 90 centigramos; células por encima de 80 y negatividad para bacilo tuberculoso y toda otra clase de gérmenes. A los cuatro días de presentado este cuadro—que fué tomado por una meningitis tuberculosa—comenzó a mejorar la enfermita, y en el transcurso de pocos días recuperó la salud plenamente. Con motivo de este caso clínico, pasa revista el doctor Cavenget a las complicaciones de la varicela, y llega a la conclusión, basada en su experiencia y en el cotejo de la literatura (se citan unos 200 casos de complicación meningoencefálica), de que es una complicación rara, por lo que ha creído oportuno traer el caso a la Academia.

Interviene el doctor Eznarriaga, que aporta un caso análogo tratado con penicilina y con resultado letal rápido.

INTERFERENCIA DE KALA-AZAR Y PALUDISMO

(Caso clínico.)

El doctor Pérez Blázquez da lectura a una historia clínica referente a un niño de nueve años, de Talavera de la Reina, que ha estado infectado de leishmaniosis y tal vez de paludismo desde hace cuatro años, no siendo diagnosticado de la primera de ambas enfermedades hasta hace un año, aproximadamente, por análisis de sangre y por punción de bazo, siendo, en cambio, negativo dicho análisis de sangre para el paludismo. Al principio fué tratado como raquítico, y sólo después de los referidos análisis se le trató su kala-azar por medio de neoestibosán. Las cantidades inyectadas, así como los intervalos de administración y la vía de introducción (endovenosa) han sido correctos, no obstante lo cual no se ha conseguido curación ni casi mejoría del paciente. En tal estado, el médico que le ha tratado le remite consejo de que le operen (esplenectomía), y es visto por nosotros. Discrepamos de este punto de vista, e intuimos que se trate de una interferencia de paludismo y kala-azar, a pesar del análisis negativo de sangre para aquél. Hospitalizado, se le investiga nuevamente sangre, previa inyección de adrenalina, y se obtiene resultado positivo para *plasmodium vivax*; por punción esternal se confirma la existencia de leishmanias. Entonces se instituye un tratamiento dirigido a suprimir primero el paludismo, por considerarlo frenador o interferente de la acción estibiada, dado su predominio retículoendotelial, y después a curar su kala-azar. Con atepe y neosalvarsán se consigue la desaparición del paludismo, y entonces (por no encontrar soluestibosán y no querer insistir en el empleo del neoestibosán, ya utilizado sin resultado) se inyecta tartrato antimónicopotásico (de menor categoría farmacológica que los citados), y se alcanza éxito. En efecto: el niño abandona la clínica curado clínicamente, aunque con su esplenomegalia, habiendo en-

gordado cuatro kilogramos y con un estado general excelente.

El doctor Tolosa Latour interviene haciendo algunas consideraciones relativas a la transmisión del kala-azar, aludiendo a estado reciente respecto al huésped intermediario (flebotomo) o agente transmisor, y se extraña que se haya obtenido éxito con una sal antimonial, de menor valor que la corrientemente empleada. Asimismo afirma lo, a su juicio, peligroso del atepe para célula hepática, mostrándose decidido partidario del empleo de la quinina.

El doctor Sáinz de los Terreros glosa la historia clínica y su conformidad por lo expuesto por el comunicante, e insiste en que, en realidad, se trata de un caso de interferencia por una probable retículoendoteliosis, cuyo mecanismo de acción queda aún oscuro. No se muestra sorprendido por el éxito del tartrato antimónicopotásico, no obstante ser de menor valor farmacológico que sus homónimos antimoniales específicos, admitiendo una acción frenadora del paludismo sobre el kala-azar; una vez curado aquél, nada tiene de extraño que cualquier sal estibiada haya esterilizado el medio de leishmanias. El hecho cierto es que con el neoestibosán no se consiguió nada, estando en pie al mismo tiempo la infección por el *plasmodium vivax*, y que en cuanto se consiguió la desaparición de éste por la atebrina-plasmoquina y el neosalvarsán, el antimonial produjo su lógico efecto. Hace resaltar también el aspecto médicosocial del caso por una acción tutelar del médico; si se hubiera efectuado la intervención quirúrgica (esplenectomía) es muy probable que, aparte sus grandes peligros, no se hubiera curado ni el paludismo ni el kala-azar; en cambio, con la referida acción tutelar facultativa se ha curado este niño, y vuelve a su pueblo con su bazo íntegro.

El doctor Pérez Blázquez agradece la intervención a los señores que han hecho uso de la palabra.

LA VITAMINA K EN EL TRATAMIENTO DE LA TOS FERINA

El doctor Jardón expone los resultados beneficiosos de la vitamina K en 62 casos de tos ferina, explicando sus efectos basándose en conceptos patogénicos personales, fundados en el papel de la vitamina K como elemento necesario para la coagulación de la sangre. Aunque el mecanismo de la coagulación sanguínea es imperfectamente conocido, se sabe que la vitamina K guarda estrecha relación con el contenido de la sangre en protrombina, siendo un dato seguro de carencia de vitamina K la hipoprotrombinemia, y estudiando en la tos ferina el mayor número de factores de los que intervienen en la coagulación, sólo se encuentra alterado el tiempo de protrombina de

forma constante. La vitamina K es necesaria para que se realice la formación de protrombina, siendo el sitio principal de formación el hígado, y como en la tos ferina hay alteración de la función hepática, debido al éstasis hepático producido, no sólo por la endotoxina del *H. pertussis*, sino, además, por la dificultad circulatoria producida por los accesos de tos, se explica entonces la hipoprotrombinemia existente (se acompañan análisis y microfotografías que confirman lo anterior). Como la insuficiencia funcional es transitoria, el aporte de vitamina K normaliza la protrombinemia, cosa que no ocurre con las lesiones graves de hígado. La carencia de vitamina K favorecería entonces, junto con la hipovitaminosis C existente en todo proceso infeccioso, la producción de microhemorragias cerebrales, constantes en la tos ferina, y que son las que pueden explicar muchos de los síntomas nerviosos de la tos ferina, actuando estas hemorragias no como un factor de realización de los ataques de tos en la tos ferina, pero sí como un «factor de persistencia» de los mismos (se acompañan microfotografías, donde se ven capilares rotos y focos hemorrágicos numerosos).

El doctor Zamorano confirma la existencia anatomopatológica de este trastorno de la coagulación sanguínea encontrado en los casos de tos ferina del doctor Jardón en casi todas las enfermedades infecciosas; particularmente en algunas (tifus) se encuentra muy semejante. Por eso me parece acertada la terapéutica por la vitamina K que, indudablemente, ha de modificar esos factores alterados de la coagulación. Sin embargo, se pregunta cuál es la causa primera, si las hemorragias que provocan por irritación la tos o los accesos violentos de ésta, que por hipertensión capilar provoca la salida de sangre y su infiltración en los tejidos vecinos.

El doctor Rodrigo Palomares felicita al doctor Jardón por su insistencia en buscar un tratamiento eficaz contra la tos ferina; pero ello no es obstáculo para que juzgue equivocado el camino seguido. La tos ferina responde a una impregnación tóxica del sistema nervioso por las endotoxinas liberadas del bacilo de Bordet Gengou. Las alteraciones de la protrombina no son más que las que se encuentran en la casi totalidad de las enfermedades infecciosas. Aconseja el empleo de sueros antitóxicos.

El doctor Agrasot opina también que las alteraciones de la protrombina y las microhemorragias no son las determinantes del curso continuado de la tos ferina. Cabe preguntarse si el acceso convulsivo se debe a tales factores o a la inversa; esas alteraciones son provocadas por la congestión torácicocerebral originada por los referidos accesos de tos.

El doctor Jardón agradece a todos sus inter-

venciones respectivas, y afirma que no ha pretendido atribuir a la hipotrombinemia y subsiguientes microhemorragias cerebrales o pulmonares el papel de factor realizador, sino simplemente el de persistencia. Insiste en los buenos resultados obtenidos con la vitamina K, lo que parece estar de acuerdo con su interpretación.

Antes de acabar la sesión, el señor presidente dió lectura a una carta del Comité organizador del V Congreso Internacional de Pediatría, de Nueva York, invitando, por conducto de esta Academia, a los pediatras españoles a cooperar y participar en el mismo, y rogó una contestación pronta de los miembros de la Sociedad de Pediatría de Madrid.

—o—

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BARCELONA

CURSILLO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL SISTEMA NERVIOSO

Lección 5.^a, 16 de febrero de 1946.

Doctor J. Solé Sagarra: *Anatomía patológica de las inflamaciones supuradas del sistema nervioso central.*

El absceso cerebral puede llegar a adquirir dimensiones extraordinariamente grandes; casi puede llenar por completo un hemisferio cerebral.

La histogénesis del absceso cerebral no puede diferir de la de los abscesos localizados en otros órganos, pues la inflamación purulenta es en todos los órganos el prototipo de inflamación, cuya característica es la emigración de leucocitos polinucleares a través de las paredes vasculares. Por efecto de esta emigración leucocitaria en masa se produce rápida destrucción del tejido nervioso, que primero aparece reblandecido y edematoso. Las alteraciones de la neuroglia son secundarias. A menudo, la periferia de la cavidad del absceso está formada por una zona de tejido reblandecido. No obstante, como ya indicó WERNICKE, no es cierto, por lo menos para la mayoría de los casos, que la encefalitis hemorrágica constituya el período preliminar del absceso.

Este acaba, por lo general, abriéndose en los ventrículos o en el espacio subaracnoideo, desarrollándose meningitis supurada. En los abscesos de origen ótico, la meningitis puede proceder de la infección directa de las meninges por la enfermedad fundamental del oído. En cambio, en el absceso cerebral metastásico, a pesar de existir meningitis, no siempre es posible descubrir el verdadero punto de entrada, siendo forzoso admitir la posibilidad de que la meningitis se haya desarrollado a partir de vías preformadas por las cuales penetraron los gérmenes.

En todo absceso antiguo se forma alrededor de su cavidad una membrana, cuyo embozo inicial,

**PRODUCTOS
FARMACÉUTICOS**



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

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

Doctor:

Sírvase Vd. pedirnos literatura y muestras para ensayos clínicos.



Una excelente
preparación de kola:

Tónico GEVE

Estimula la actividad cardíaca
y aumenta la tensión arterial

Granulado a base de nuez de kola
y glicerofosfatos con pepsina

FORMA DE ADMINISTRACIÓN:

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

DOSIS (Salvo prescripción facultativa)

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



LINITUL GEVE

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

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

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

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

Insulina Danesa "LEO"

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

COMERCIAL IBERO DANESA, S. A.

Madrid - Copenhague - Barcelona



Es útil en las afecciones "a frigore", gripe,
neuralgias, estados reumáticos, dismenorrea,
y también en Otorrinolaringología, Odon-
tología y en los dolores postoperatorios.
DOSIS: Adultos, dos tabletas de 1 a 3
veces diarias. Niños, una a media tableta
de 1 a 3 veces diarias.

El ANALGÉSICO *Potente y Seguro*

En todos los casos en que el dolor de cualquier localización e
intensidad aumente el malestar del enfermo, VEGANIN es el
remedio indicado que actúa rápidamente y con seguridad. Por
su alto poder sedante, antitérmico y analgésico, calma el dolor
y hace bajar la fiebre de un modo gradual y duradero. La adi-
ción de un centígramo de Codeína en cada tableta de VEGA-
NIN, amplía sus efectos sedantes calmando la tos provocada
por la gripe, anginas y demás procesos respiratorios agudos.



Ap. C. S. n.º 107



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

según las experiencias de FRIEDMANN, aparece ya al quinto o sexto días; en el hombre, según las observaciones de CASSIRER, desde el octavo al décimo días. Esta membrana está constituida por tejido conjuntivo vascularizado, pareciendo, por tanto, totalmente de origen mesodérmico. En ocasiones forma una vaina continua al absceso, de tal suerte, que es posible enuclear por completo a éste conjuntamente con su vaina de tejido conjuntivo. Piamadre y aracnoides pueden contraer adherencias con la membrana del absceso, que sólo representa una protección parcial para los efectos de librar de ser infectadas las porciones vecinas, aunque las *latencias prolongadas* hayan de explicarse por el cierre eficaz pronunciado por la membrana.

Los abscesos de grandes dimensiones, actuando como tumores, pueden provocar desplazamientos y dislocaciones de porciones encefálicas y la aparición de hidrocefalo. El absceso de origen ótico se asocia a menudo a trombosis de los senos.

Se encuentran otros abscesos del tamaño de una cabeza de alfiler. En la autopsia de los fallecidos por absceso cerebral, el hallazgo anatómico más frecuente en el cerebro son abscesos desde el tamaño de un huevo de gallina a una manzana; en el cerebro son de menor tamaño. En el vivo se han llegado a extraer 400 gramos de pus.

Por lo general, el pus es verde o verde amarillento; suele ser inodoro, rara vez fétido, casi siempre fluido.

La forma del absceso es irregular al principio; pero al formarse la membrana suele regularizarse, volviéndose redondeado u ovoide. No es raro el hallazgo de cavidades irregulares o bien múltiples por la presencia de diafragmas intermedios.

Las alteraciones histopatológicas que encontramos alrededor de una *cavidad purulenta* por absceso agudo pueden agruparse en *tres capas*. En la más interna, limitante con la cavidad purulenta, predominan los leucocitos polinucleares, apareciendo de un modo irregular algún que otro fibroblasto. En la capa media hay una mezcla de polinucleares y células plasmáticas; en el límite entre la capa media y la interna vemos linfocitos y alguna célula granulosa redonda, mientras que los fibroblastos se ordenan aquí con frecuencia en el sentido de brotes de neoformación vascular. La capa externa muestra un predominio exagerado de células plasmáticas.

Alrededor del absceso encontramos muchas células hipertrofiadas de macroglia y proliferación de vasos de pequeño y mediano calibre con infiltración linfocitaria y de células plasmáticas.

Un absceso cerebral puede producir meningitis purulenta concomitante. En este caso, la piamadre aparece engrosada y repleta de polinucleares, entre los cuales se ven macrófagos y fibroblastos. En la mayoría de estos casos pueden des-

cubrirse bacterias con los preparados corrientes de histopatología cerebral, a saber, con el simple método de la hematoxilina-eosina y con el método de NISSL modificado. (Se proyectan microfotografías.)

Lección 6.ª, 23 de febrero de 1946.

Doctor J. Solé Sagarra: *Anatomía patológica de las oligofrenias y de las demencias senil y pre-senil.*

I. Las lesiones anatómicas que encontramos en los síndromes oligofrénicos son de muy diversa naturaleza y etiología. Se trata casi siempre de lesiones residuales o de defectos del desarrollo cerebral que tuvieron lugar en épocas muy anteriores a la fecha en que podemos explorar el cerebro de los enfermos oligofrénicos. Por tanto, más que la naturaleza de la lesión, es la época de la presentación de la misma la que determina, en primer lugar, los caracteres morfológicos de las lesiones encontradas, pues si la lesión cerebral acontece en la infancia, como es la regla, al proceso patológico genuino se añaden siempre alteraciones del desarrollo cerebral, que son las que condicionan la mayoría de los síntomas deficitarios de la inteligencia en los oligofrénicos.

Para sistematizar dentro de lo que cabe el complejo anatomopatológico de las lesiones en la oligofrenia, vamos a estudiarlas en tres grandes grupos: lesiones congénitas, detenciones del desarrollo cerebral por un proceso adquirido y lesiones por procesos cerebrales activos.

1.º En el primer grupo se comprenden las *malformaciones congénitas del cerebro*, conocidas con los nombres de arincefalia, etmocefalia y ciclopía, disgenesias casi siempre incompatibles con la vida del recién nacido. Menos graves son las heteropías, o sea trastornos del desarrollo cerebral con islotes de sustancia gris dentro de la sustancia blanca. Heteropías mínimas son las células fetales de Cajal en la capa molecular de la corteza del cerebro. Otras malformaciones congénitas cerebrales frecuentes en la oligofrenia son el *status varrucosus deformis*, la agiria o lisencefalia, la macrogria y la microgria. Todas estas anomalías de las circunvoluciones cerebrales suelen presentarse en cerebros microencefálicos, que condicionan secundariamente disminución de volumen de la caja craneana (microcefalia). La microcefalia verdadera debe distinguirse de la pseudomicrocefalia debida a causas extracerebrales y constitucionales óseas; asimismo, debemos distinguir una microgria verdadera de una pseudomicrogria o microgria secundaria, debida a causas vasculares, traumáticas o encefalíticas.

2.º Estas últimas lesiones representan la transición al segundo grupo de las lesiones anatómicas en la oligofrenia, o sea las *detenciones del desarrollo cerebral por afecciones adquiridas*. Entre

estas afecciones ocupa el primer lugar la porencefalia, que significa lesión en forma de poro o agujero en la superficie cerebral; las causas más frecuentes de porencefalia son las traumáticas y las circulatorias. El grado más acentuado de la porencefalia corresponde a la hidranencefalia, en la cual, parte, o todo un hemisferio cerebral, están llenos de cavidades con líquido céfalo-raquídeo.

3.º El tercer grupo de lesiones anatómicas en la oligofrenia está representado por dos procesos muy característicos histopatológicamente, a saber: la *idiotia amaurótica* y la *esclerosis tuberosa*. En la primera de estas dos afecciones son patognomónicas las alteraciones de las células nerviosas en forma de balonización de sus cuerpos y de sus prolongaciones dendríticas y cilindroaxiles; en la esclerosis tuberosa encontramos tumores duros nodulares macroscópicamente y células gigantes al microscopio.

II. En la *demencia senil* son características las lesiones regresivas del cerebro, con atrofia parenquimatosa y degeneración lipoidea. Además, encontramos alteraciones específicas de la corteza

cerebral en forma de las llamadas lesiones fibrilares y las placas seniles. Estas dos últimas lesiones histopatológicas son también características de la *demencia presenil de Alzheimer*. En cambio, en la *demencia presenil de Pick* lo característico es la atrofia parenquimatosa, localizada solamente al lóbulo frontal («Pick frontal») o al lóbulo temporal («Pick temporal»).

III. En la *demencia arteriosclerótica*, aparte del conocido foco de reblandecimiento cerebral, encontramos pequeños y múltiples focos escleróticos en la corteza, cuyas cicatrices gliosas condicionan retracciones pequeñas en la superficie del cerebro, que adquieren de este modo aspecto granuloso en determinadas regiones bien delimitadas. Este síndrome histopatológico es conocido por el nombre de *atrofia granulosa cerebral*. Esta atrofia granulosa puede ser también causada por la tromboendoangitis obliterante de Satz, en cuyo caso se conoce con el nombre de síndrome de Winawarter-Buerger.

Se proyectaron numerosas preparaciones de las lesiones aquí mencionadas rápidamente.

BIBLIOGRAFIA

La diuresis y los diuréticos, por F. Serrallach Juliá. Man. Salvat. Barcelona, 1946.

Sin alardes bibliográficos, pero refiriendo las citas oportunas, el autor ha hecho una excelente monografía.

Desde los balbuceos del aparato excretor en los animales inferiores hasta el hombre, va Serrallach fijando las premisas que habrán de servirle después para la fisiopatología urinaria, y, sobre todo, los diuréticos, que es el verdadero motivo del libro.

El menor detalle moderno falta en el trabajo, que es absolutamente necesario para la Clínica en general. Los especialistas secarán bien poca cosa de cuanto dice, pero el médico encuentra una cantera magnífica y el acicate para recordar hechos terapéuticos de los que no puede prescindir en el diario trato con sus enfermos.

Si los primeros capítulos constituyen una síntesis científica llena de jugosidad y encanto, el último, sobre diuréticos, bien merece de nuestros plácemes.

Doctor Blanco Soler.

Terapéutica de la tuberculosis pulmonar, por el doctor José Cornudella. Manuales de Medicina Práctica, núm. 94, cuarto menor. 220 páginas. Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1947. Precio, 50 pesetas.

Cada lustro o década conviene al médico general revisar sus conocimientos sobre tuberculosis

pulmonar, en especial en cuanto a su tratamiento, apoyado en la concepción patogénica reinante.

Es la labor que el doctor Cornudella realiza en este manual de Medicina práctica, de Salvat, Inicia su labor con el desarrollo del concepto patogénico del terreno físicoquímico en la tuberculosis pulmonar, preámbulo, como lo titula el doctor Cornudella, que consideramos, con el capítulo I, «Objetivos de la terapéutica antituberculosa», como lo más substancioso de la obra.

En los diez capítulos restantes describe: cura higiénicodietética, tuberculinoterapia, quimioterapia, las medicaciones complementarias, neumotórax artificial, el neumotórax bilateral, neumolisis intrapleurales u operación de Jacobeauss, el oleotórax, la aspiración endocavitaria de Monaldi y terapéutica quirúrgica en la tuberculosis pulmonar.

En cada uno de estos capítulos «sitúa» al médico a la cabecera del enfermo o bien ante el «caso clínico» a resolver, y siempre como médico general, y a seguido, como el especialista que es llamado a consulta, con la exposición de los resultados conseguidos o que se pueden conseguir cuando el enfermo «es tal», es decir, acepta en todos sus puntos el tratamiento impuesto.

Lo dicho para presentación del número 94 de los manuales Salvat es suficiente para que el médico, y, sobre, todo, el estudiante de Terapéutica clínica, lo coloque en su mesa de estudio, pues a su contenido científico y práctico se une un abundante material radiográfico de la Clínica.

Finalmente, nuestras felicitaciones al doctor Cornudella y a Salvat Editores, S. A., por su nuevo éxito.

M. A.

Tratado de Ginecología y de técnica terapéutica ginecológica, por el doctor Víctor Cónill Montobbio. Editorial Labor, S. A. Barcelona, 1946. Un volumen de 760 páginas, con 461 figuras en negro y color. Precio, 270 pesetas.

La presente obra es el fruto de los cuarenta años de severa formación ginecológica del profesor Cónill Montobbio.

En el campo de la Ginecología se han afirmado en los últimos años nuevas realidades: la cronología definitiva del ciclo genital; las sinergias y antagonismos endocrinos que deciden el equilibrio somático y el espiritual; la sazón en el conocimiento de los estados carenciales que impiden o malogran la generación; los singulares tumores hormonales; la bendita aparición de la quimio y micoínoterapia de las infecciones; la experiencia vastísima relativa a la posición definitiva de la fisioterapia y la utilización de una nueva modalidad, la onda corta, etc., que, operantes en todos los temas, han obligado a la elaboración de un nuevo pensamiento ginecológico. Este proceso, por su mismo empecinamiento, supone y justifica modificaciones personales de criterio y de metódica que, para realce de la obra propia, merece la sanción del tiempo.

El profesor Cónill ha redactado este magnífico tratado bajo la idea de ofrecernos, no solamente toda la doctrina ginecológica con dignidad y eficiencia, sino también la posibilidad de los métodos terapéuticos quirúrgicos, asequibles en estas páginas para cualquier médico medianamente preparado en Cirugía.

La parte física, constitución del átomo y física de las radiaciones, es también expuesta sugestivamente.

El libro resulta así de lectura provechosa para el estudiante, el médico general y el especialista. Como obra científica, prestigia a la editorial que lo lanza y atestigua la maestría de su autor, reconocida por tantas generaciones de ginecólogos formadas junto a él. En nuestra biblioteca, la obra del catedrático de Ginecología de la Universidad de Barcelona figurará en sitio de honor junto a otros libros españoles y extranjeros, de los que nada desmerece.

S. M.

El lenguaje del rostro, por Fritz Lange. Luis Miracle, editor. Barcelona, 1946.

Conocemos dos aportaciones del doctor Ramón Sarró a libros extranjeros. Las dos son extraordinarias, pero los comentarios que ha puesto a la obra de Lange me permito suponerlos muy supe-

riores al libro mismo. Constituye su capítulo II, la «Fisiognómica española», un bello estudio histórico, literario y científico que nos hace después desanimarnos conforme nos enredamos entre las páginas de Lange.

El recuerdo de Letamendi es perfecto.

Pero si el capítulo II es bueno, el III, que titula «Límites de la fisiognómica», es superior, si cabe.

La obra de Lange, aun a trueque de querer ser científica y de fustigar a aquellos que se ocuparon del asunto de manera superficial, no es de un alto valor de pura ciencia. Tiene observación y poesía, pero nada más. Ya es bastante en tema tan oscuro como la fisiognómica.

El libro atrae, y, repetimos, que las nociones de Anatomía y Fisiología con que encabeza los capítulos no pueden proporcionar fundamento científico a las deducciones simpáticas que el autor realiza, luciendo en todo ello una cultura artística verdaderamente estimable.

Doctor Blanco Soler.

Los salvarsanes en la terapéutica de la sífilis. Estudio comparativo de los arsenóxidos y los arsenobenzoles, por Eduardo de Gregorio García Serrano. Un tomo, en rústica, de 212 páginas. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1946. Sin precio.

El doctor De Gregorio acaba de publicar una nueva obra. Este hecho constituye un verdadero acontecimiento dentro de la bibliografía dermatológica nacional, ya que muy pocos son los publicistas que han logrado como él sostener sin desmayo, a través de una copiosa producción, una trayectoria de sensatez, eficacia y oportunidad. No hemos de repetir en esta ocasión lo que hemos dicho reiteradamente sobre la personalidad de este autor al enjuiciar sus libros precedentes. Quien supo hacer de su labor científica una cátedra de hecho, ya que no de derecho, ha demostrado bien claramente, y contra viento y marea, que está capacitado para las más altas empresas de la enseñanza y del libro.

Nuestra tarea en este instante no es hablar de De Gregorio ni de su obra pretérita. Nuestro cometido es enjuiciar desde esta Revista no especializada y para el médico no especialista su más reciente publicación.

El tratamiento de la sífilis ante un criterio simplista parece un tema archisabido y agotado en cuanto a sus posibilidades de comentario y aportación personal. Todos los médicos, y aun, por desgracia, algunos no médicos, se creen capacitados para tratar enfermos de lúes, y de estos tratamientos empíricos—la experiencia de muchos años de especialidad nos lo ha enseñado—se deducen con frecuencia desastres, que muchas veces no es posible remediar. Esta es la primera razón

que justifica la oportunidad de la obra que nos ocupa. Todos los esfuerzos que se hagan por divulgar las bases científicas y prácticas en que debe reposar la terapéutica eficaz de la sífilis tendrán siempre un valor sanitario, y éste constituirá un desiderátum cuando la tarea se efectúe con la serenidad, competencia y madurez de juicio que forman la tónica personal del doctor De Gregorio. Quien lea las páginas claras, transparentes y directas de la obra que nos ocupa tiene asidos de la raíz a las hojas los fundamentos doctrinales y prácticos para establecer el tratamiento de la sífilis de un modo lógico y eficaz.

Lo que acabamos de indicar sería ya por sí solo mérito suficiente para justificar la publicación de este libro. Sin embargo, su propósito es más ambicioso y el logro mucho más profundo. En muchas ocasiones, el tópico del tratamiento de la sífilis, como algo estético, ha sobrepasado el campo no especializado para formar parte del hábito del especialista. Aun muchos de los que especulan e investigan con temas dermatológicos parecen anquilosados y rutinarios en lo que se refiere al punto concreto de la terapéutica antiluética. El trabajo de alta crítica sifiliográfica que realiza De Gregorio a través de estas páginas es como una llamada de atención y un acicate para que la curiosidad de los venereólogos se fije y ahonde en este capítulo, demasiado olvidado de la especialidad. Se puede o no estar de acuerdo con todos y cada uno de los asertos que hace el autor de esta obra; pero, sea como quiera, la eficacia didáctica es grande, tanto por las enseñanzas argumentales y bibliográficas que en ella surgen, como por la incitación polémica que pueden inspirar, rompiendo una inercia acomodaticia y estéril.

En las conclusiones a que llega el autor en su estudio crítico y comparativo de arsenobenzoles y arsenóxidos estamos completamente de acuerdo. Los primeros son siempre un paso más allá en la terapéutica arsenical de la sífilis, y las indicaciones prácticas de los arsenóxidos son consecuencia exclusiva de los fallos fortuitos y poco frecuentes de los arsenobenzoles. Bien está—pensamos con De Gregorio—que se conserven ambos productos en el arsenal quimioterápico del especialista, pero sin pretender en manera alguna, por un diletantismo irrazonado, desterrar lo antiguo y consagrado para imponer lo pretendidamente nuevo, sólo por el hecho de esta novedad, sin que existan argumentos de peso que obliguen a ello.

Si contáramos con espacio, y el marco donde se desenvuelve esta nota bibliográfica fuera adecuado para ello, nos hubiera gustado analizar con detalle este punto, que tanto nos interesa a los que, por mal de nuestros pecados, nos gusta más la especulación doctrinal que la mecánica de la Clínica cotidiana. Ello no es posible, y hemos de con-

formarnos con haber subrayado las dos facetas fundamentales que ofrece este libro: la divulgadora de los fundamentos del tratamiento arsenical de la sífilis y la doctrinal, de crítica razonada y severa de las novedades—más pretendidas que reales—que han intentado imponerse en estos últimos años en la terapéutica antiluética.

Por lo demás, la obra, desde el punto de vista de su forma, está perfectamente concebida y realizada con el estilo directo, un poco áspero, pero nunca incorrecto, que es tan personal en todas las publicaciones de este ilustre dermatólogo aragonés.

La realización material del libro, teniendo en cuenta las dificultades editoriales del momento, es discreta y agradable, sin que pueda oponerse a ella ninguna objeción de peso.

Doctor Tomé Bona.

El dibujo del fondo de ojo, por el doctor Hermenegildo Arruga. Un folleto con numerosa documentación gráfica y preciosas láminas en color de alto valor demostrativo. Barcelona, 1946. Sin precio.

La gran figura de la Oftalmología española el doctor Hermenegildo Arruga, nos remite este trabajo, que es la edición de lo que comunicó al XXIV Congreso de la Sociedad Oftalmológica Hispanoamericana, celebrado en La Toja el último mes de septiembre.

Tratándose de un estudio del doctor Arruga, fácil es suponer, al margen de nuestro criterio de médicos generales, que es una verdadera perfección de la técnica y del juicio, en que modestamente asegura que para el dibujo del fondo de ojo es más precisa la paciencia que la habilidad; ahora bien, que la paciencia del más paciente, sin la habilidad del doctor Hermenegildo Arruga, sería muy difícil que llegase a la maravillosa exposición que hace en el trabajo de que venimos ocupando.

F. J. CORTEZO.

El laboratorio en las enfermedades venéreas, por el doctor José Estrade Camúñez, director del Laboratorio Municipal de Higiene de Jerez de la Frontera. Un tomo de 306 páginas, en rústica. Manuales de Medicina Práctica, núm. 93. Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1947.

El libro, bien concebido, oportuno en su tema y correctamente realizado, que acaba de publicar el doctor Estrade Camúñez, de Jerez de la Frontera, requiere sólo un breve comentario, que casi está realizado ya con las anteriores palabras. Trátase de una obra de carácter práctico, en la que se agrupan las más importantes técnicas que se em-

plean como auxiliares en la Clínica venereológica. Es, más que un libro de estudio, uno de esos manuales, bastante abundantes por cierto, que se tienen sobre la mesa del laboratorio y que constantemente se manejan, adquiriendo por su uso una policromía de manchas de colorantes y reactivos que constituyen el mejor testimonio de su utilidad. La obra del doctor Estradé es bastante

completa, y, desde luego, supone una clara superación de sus congéneres.

La Editorial Salvat, continuando, en lucha con las circunstancias, su tradición bibliográfica, ha realizado con la mayor corrección la parte material de esta obra, que está destinada a multiplicar sus ediciones.

Doctor Tomé Bona.

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR

(7 de diciembre de 1946.)

Enfermedad de Feer, por A. Muñoyerro Pretel.
Ureteritis quística, por E. Pérez Castro.
Recambios humanos, por J. Megías Velasco.
El deber de las edades, por J. García Ayuso.

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO

(21 de diciembre de 1946.)

No habiéndose podido publicar en el presente número el recuerdo de Louis Pasteur, con ocasión del cincuentenario de su muerte, a consecuencia de dificultades del fotograbado, se publicará dicho trabajo en el número de 21 de diciembre.

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

(Madrid, noviembre-diciembre de 1946.)

Casas Carnicero.—Modificaciones de la diástasa urinaria y sanguínea en el curso de las enfermedades infecciosas.
García Donas.—Relación entre la evacuación y la acidez gástrica.
Bergareche.—La gastroenterostomía anterior, precólica, con asa corta.
Arias Vallejo.—El ácido fólico y la thymina como sustancias hemopoyéticas.
Esteban y Márquez de Prado.—Parasitismo intestinal. Su tratamiento.
Benítez López de Heredia.—Bilirrubina y bilirrubinemia.

FARMACOTERAPIA ACTUAL

(Madrid, octubre de 1946.)

Lorenzo Velázquez.—Terapéutica novocaínica.
Soto.—Ácido fólico y rutina.
Aracil, Aristegui y Babé.—Novocaína y sus aplicaciones terapéuticas en aparatos respiratorio y circulatorio.
Armijo.—Modificaciones ejercidas por el salicilato sódico sobre la acción acetilcolínica.
García Boix.—Novocaína en Traumatología.
Páez e Insausti.—Penicilina en Urología.
Pereda y López Pacios.—Asma bronquial y novocaína intravenosa.
Lorenzo Velázquez.—Actualidades farmacológicas.
Gallego.—Neuralgia del trigémino y simpatalgia.
Pereda y López Pacios.—Infiltración por alcohol-novocaína del nervio laríngeo superior en las laringitis fímicas.

LA MEDICINA COLONIAL

(Madrid, 1 de noviembre de 1946.)

Romo.—Regulación de la hematopoyesis.
Garrido y Peña.—Disenteria bacilar en Ciempozuelos.
San Antonio.—Terapéutica antileprótica.
Casas Carnicero.—Estudio electrocardiográfico del tífus exantemático.

ANALES DE MEDICINA

(Barcelona, junio de 1946.)

Alemany.—Coriza.
Surinyach.—Tratamiento de las asma de clima.
Matas.—Terapéutica del hipertiroidismo del enfermo asmático.
Bassas.—Alergodermatosis por cosméticos.
Serra.—Errores comunes en el tratamiento de los asmáticos.
Agustí.—Penicilina en las enfermedades alérgicas.
Soriano.—Alergia e infección.

BOLETIN MEDICO BRITANICO

(Volumen 4, núm. 2, 1946.)

Burn.—Anestésicos locales.
Whitteridge y Bulbring.—Actividad de los receptores pulmonares en anestesia.
Dodds.—Sustitutivos de la morfina.
Ing.—Sustitutivos sintéticos de la atropina.
Burn.—Mantenimiento de la presión en anestesia.
Evans y Mendelsohn.—Medición visual de la presión sanguínea.
Garrod.—Meningitis a consecuencia de raquianestesia.
Hewer.—Tricloroetileno como anestésico.
Hewer.—Curare.
Morton.—Anestesia con respiración controlada.
Beard.—El anestésico y el cuidado del caso quirúrgico.
Buncunm.—Historia de la anestesia, 1846-1900.
Organe.—Centenario de la anestesia.
King.—Evolución del aparato anestésico.

THE BRITISH JOURNAL OF OPHTHALMOLOGY

(Londres, octubre de 1946.)

Reed.—Frecuencia del tracoma en Tanganyika.
Gardiner.—Vascularización corneal en las enfermedades crónicas.
Smith.—Iridocleisis.
Lavery.—Sulfonamidas y penicilina en el tracoma.
Parker.—Desprendimiento bilateral de la coroides.
R. A. F.
Dallos.—Enfermedad de Veil. Etiología y tratamiento.
Sureyya.—Trastornos conjuntivales en la hemoaglutinación por el calor.
Farid.—Protección de los ojos en la campaña de Egipto.
Massoud.—Proptosis. Diagnóstico diferencial.

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPANOLA

14 diciembre 1946.

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA

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

SUMARIO DE ESTE NÚMERO.—SECCIÓN PROFESIONAL: BOLETÍN DE LA SEMANA, por Decio Carlan. *Concomitancias entre medicina y literatura*, por el Dr. C. Morcillo Hervás. SILVA LITERARIA: *Benito Pérez Galdós y la Medicina* (XIV), por F. Javier Cortezo-Collantes. *Supersticiones y mitos*, por Castillo de Lucas. *Mi abuelo Juan Ramón*, por Maruchi Fresno. INFORMATORIO PROFESIONAL. SECCIÓN OFICIAL.

BOLETIN DE LA SEMANA

En los días transcurridos desde nuestra última crónica puede decirse que ningún acontecimiento ha sido suficiente a hurtar la atención de los médicos de la magna protesta española contra la injerencia de países extranjeros en la vida política nacional.

La manifestación celebrada en Madrid el martes día 9 ha sido calificada por la prensa diaria, y con justísima apreciación, como algo nunca visto entre nosotros.

Es indudable que la unión de las más dispares opiniones y de las más distantes esferas sociales fué un hecho indiscutible, para demostrar ante el mundo que España no está dispuesta a hipotecar su soberanía.

El miércoles tuvieron lugar en el resto de las provincias españolas actos semejantes al celebrado en Madrid, y con éxito igualmente clamoroso.

Las instituciones corporativas se han manifestado en escritos enjundiosos y vibrantes de entusiasmo en su protesta contra los ataques de que viene siendo objeto nuestra Patria en la O. N. U., y entre estas instituciones se ha manifestado nuestro Consejo General de Colegios Médicos, que, con ocasión de celebrarse la junta reglamentaria, al abrirse la sesión aprobó por unanimidad las dos propuestas del presidente: la primera, dirigiendo

al Jefe del Estado la protesta indignada, como españoles, con motivo de las deliberaciones de la O. N. U., y expresando su unión y adhesión al Gobierno de España.

La segunda propuesta, aprobada también por el Consejo, fué el escrito dirigido al secretario general de la Organización de las Naciones Unidas, manifestando la más sentida y enérgica protesta con motivo de las deliberaciones referentes a España.

Todos los médicos españoles, añade el escrito, sean cuales fueren sus preferencias políticas, tienen un sentimiento común: no olvidan los crímenes y vilezas del período rojo, y, por encima de todo, termina, no olvidan tampoco la historia, soberanía y dignidad de nuestra Patria, que se pretende mancillar.

EL SIGLO MÉDICO, como miembro de la prensa técnica española, consigna aquí su adhesión a la actitud de todos los españoles frente a las torpes maniobras con que se intenta injerir la discordia y el mangoneo dentro de nuestra Patria, que no hay duda que sola y libre ha sido, es y será siempre capaz de resolver sus problemas políticos de cualquier orden que ellos fueren.

DECIO CARLÁN.



SICUNANTIGEN



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

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

Información. Apartado 5.039 - MADRID

DIVAGACIONES MEDICAS EN TONO MENOR

CONCOMITANCIAS ENTRE MEDICINA Y LITERATURA

por el

Doctor C. MORCILLO HERVAS

Jaén.

Lo habíamos comentado muchas veces sin pararnos a considerar la cuestión más allá de la simple coincidencia; pero realmente nunca fuimos más lejos. Al fin, toda la tertulia estaba formada de médicos. ¡No éramos nosotros los únicos obligados a escarbar en el asunto! Y si en alguna ocasión planteamos el problema con cierta hondura, pronto vimos su complejidad, y, con humana tendencia al mínimo esfuerzo, lo dejamos.

Por otro lado, ¿no lo silenciaban los maestros? Porque imaginamos que un Letamendi, un Marañón, un Baroja, pongamos por ejemplo, habrían parado atención en ello, y, sin embargo, nada sabemos que a este respecto hayan publicado.

Hasta que un día un amigo—no médico—nos la plantea concretamente en estos o aproximados términos: «Usted, que es médico con aficiones literarias, ¿no puede decir a qué causas se debe esta cara concomitancia entre una y otra actividad, que, por su constante repetición, no creo en forma alguna que sea simplemente casual?»

Y así, obligado, me atreví a escribirle aproximadamente como sigue:

«Su pregunta me honra, pero siento el agobio de no poder corresponder con la dignidad que los honores, como el que ésta me confiere, obligan. Me halaga la seguridad que pone en el supuesto y puede imaginar lo favorablemente dispuesto que me halla para aceptarla y hacerla mía. De ello, no obstante, a razonar «la causa», hay larga distancia. El tema es complejo, y, si se escarba, de honduras psicológicas, culturales, sociales, de educación y tradición profesional influenciando el temperamento y carácter del médico, que, si mira con ahínco cualquier curioso, se perderá en recovecos y simas de vértigo sin llegar a la visión de síntesis que buscaba. Sé que a su agudeza no escaparán estas dificultades; pero la cumplida respuesta supondría un extenso ensayo filosófico para el cual no me creo preparado. Esto me recuerda la de:

Mocita que riega la albahaca,
¿cuántas hojitas tiene la mata?»

* * *

¿Por qué tantos médicos escriben y algunos con acierto?

Pero si nos remontamos a antes de que actúen las influencias ambientales del ejercicio profesional, que pueden no ser únicas, tendríamos que preguntarnos, ¿cuál es la disposición—factor personal—que induce al muchacho de dieciséis años,

casi siempre por propia iniciativa, a seguir los estudios que lo hagan útil para auxiliar al enfermo; a aquellos de sus hermanos, precisamente, los más débiles y necesitados?

No preguntemos entonces al universitario en ciernes, que poco aclararía. Los «porque sí» guían las actividades, apetencias, la vida entera de un joven a su edad, y la dinámica razonada es la excepción. Conversando, acaso apreciamos que es inquieto, observador, aficionado al deporte (esfuerzo desinteresado) y a la lectura de cuanto cae en sus manos.

El muchacho pasa a la Facultad, y, remontados los primeros y más penosos escollos de «las anatomías», entra de lleno y se enfrasca a gusto en los movidos problemas de la Fisiología, pasando más tarde, desde la Patología general, al mundo apasionante y diverso de las asignaturas clínicas, con sus teorías múltiples (camino apenas abiertos en su iniciación hacia la enigmática nota del «saber a fondo») y sus prácticas ante el dolor; siempre personal, siempre diverso, siempre influenciado por una serie de factores de situación en cada caso que el enfermo lo cuenta, sin que para ello esté advertido.

Y esta diversidad de problemas extramédicos (?) tiñen de tan diferente colorido el dolor, que sólo en contados casos encaja en el encasillado descrito, proclamando entonces con alegría: «¡He aquí un enfermo de libro!» Ante los demás comienzan las decepciones y flaquea la confianza en sí mismo.

Enfermos diferentes con problemas siempre diversos y peculiares a cada uno. Por lo mismo, lo imprevisto es regla; el estudiante comprende pronto que sólo le empujaron un poco con básicos conocimientos generales para adentrarlo en un mundo cuyos límites no atisba, y en el que, si quiere ser útil, ha de ser *creando siempre* ante cada enfermo, identificándose con él y viviendo su propio dolor. Que si espera al «enfermo de libro» para aplicarle el correspondiente remedio de libro—estamos ante el «médico de máquina registradora» de Unamuno—, bien mezquina será su labor.

Ganado por el medio en que se mueve, despertadas en él actividades superiores hasta entonces soterradas, sumándose con diferente fortuna a aquel trabajo duro y agotador, dándose en cuerpo y alma a una profesión que desde el principio exige el tributo sin tibiezas de sus mejores calidades, cada vez se adentra más, aunque comprende que nunca le será permitido ver el fin. Cada vez los superiores mecanismos, que el continuo ejercicio perfecciona a diario, rinden mejor y, di-

gámoslo ya, cada vez desarrolla mejor con un bagaje científico aprendido en sus maestros, una labor creadora que tiene mucho de *arte*.

Aquel muchacho que, por vocación entonces oscura, escoge esta profesión, hoy hombre maduro, con experiencia, con una formación cultural y al que su propia actividad cual pocas otras, sin antepasados ni parapetos, pone en contacto íntimo con la vida del dolor desnuda, medita en sus pocos ratos libres. Piensa, y ante sus ojos entornados se suceden escenas de la más diversa índole en atmósferas de miseria y escasez ahora, de abundancia y mimo hiperestesiado después, de desequilibrios emocionales, de intereses bastardos, de renunciaciones sublimes. Acá un secreto que el pudor oculta y al fin exhibe a él. Allá otro en que se pone en juego el porvenir conyugal. Todos pendientes de su consejo, habilidad y discreción; todos convergiendo y pesando en él; todos apremiantes, angustiosos, vitales...

Pero, ¿qué decir de las satisfacciones, de las íntimas e inefables satisfacciones, pago de estos desvelos, que el médico recoge? De la riente y enterneceida emoción siguiente al parto felizmente resuelto; del agradecimiento renovado en cada saludo por la madre a cuyo hijito sacó de apurado trance; del seco y hondo reconocimiento del esposo por la curación de su mujer, que le importaba mucho más que su propia vida.

El tipo de actividad que el médico desarrolla día a día, de intensidad emocional inigualada, le obliga, como parte de su cotidiano quehacer, a dejar

ante cada caso jirones de su propio ser. Los desgarros y heridas abiertas en su espíritu y en su carne, cual superficies sin protección tegumentaria, captan emociones que en epidermis indemnes no harían la más mínima mella. La trascendente responsabilidad de sus decisiones exige un trabajo intelectual siempre máximo, y la ética profesional, sus convicciones religiosas y la confianza en él depositada le niegan el sedante consuelo de una confidencia que comparta el peso que sólo sobre él gravita.

Un hombre con base cultural, que desarrolla un quehacer en negocios que juegan vidas, zaherido por situaciones extremas a diario, en las que si ha de ser útil es dejándose quemar en el mismo fuego que calcina a cada uno de los que en su busca acuden, ¿no tendrá favorablemente dispuesta la cuerda de su espíritu para vibrar melódica al menor contacto? ¿No supondrá su «aversión» literaria la necesaria sublimación de emociones, precisa en ésta como en ninguna otra profesión?

* * *

Al terminar viene a mí el recuerdo de un trabajo estadístico de cardiólogo tan autorizado como el inglés Lewis, relativo a la frecuencia por profesiones de la angina de pecho, en el que los médicos ocupamos los primeros lugares. Todos mis compañeros saben el valor que se da hoy a los factores psíquicos y neurógenos, en el determinismo de este complejo síndrome.

SILVA LITERARIA

BENITO PÉREZ GALDÓS Y LA MEDICINA

por

F. JAVIER CORTEZO-COLLANTES

XIV

EL CASO DEL CURA GALEOTE

Como comentario paralelo al que hicimos en nuestro artículo anterior acerca del caso de Martín Merino, nos parece indicado el tratar ahora del crimen cometido por el sacerdote Cayetano Galeote y Cotilla, quien, en ocasión de celebrarse las fiestas de las Palmas en la catedral de Madrid, hirió de muerte, por disparos de revólver, al que fué primer obispo de la diócesis de Madrid-Alcalá, excelentísimo señor don Narciso Martínez Izquierdo, el día 19 de abril de 1886.

Creemos oportuno este comentario paralelo por cuanto lo que don Benito escribiera en aquellos días, y que en su primera carta o crónica lleva la fecha de 21 de abril de 1886, es decir, dos días después de cometerse el tremendo delito de Galeote, refleja en toda su prosa un estado de reacción sentimental e intelectual semejante al que se produ-

jo en los contemporáneos del atentado del cura Martín Merino contra la Reina Isabel II.

En efecto, las primeras crónicas de Galdós están empapadas por el asombro y la justa indignación que produjo en todos el hecho criminal del sacerdote, mucho mayor por las circunstancias y virtudes que adornaban a la víctima, generalmente conocidas y reconocidas a lo largo de su vida íntima, política y eclesiástica.

Después, cuando pasados los días, Galdós escribe más sereno y se preocupa de estudiar directamente al asesino, conferenciando con él en la cárcel, y analizando puntualmente la historia de su vida y cuantos datos recoge de sus conversaciones, de sus escritos y de su vida irregular, se presenta ya bien dibujada esta figura psicopatológica, que contrasta en todos sus detalles con la de Martín Merino, viéndose perfectamente claro que éste sí era un paranoide.

Don Cayetano Galeote y Cotilla es un caso típico de paranoia que se va diagnosticando ella

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

Cibalgina

Analgésico • Sedante • Antipirético

Comprimidos • Líquido • Ampollas • Supositorios



CIBA Sociedad Anónima de Productos Químicos

TOS, BRONQUITIS, CATARROS

JARABE

HISPANOFEDRINA

EFEDRINA ESPAÑOLA



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

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



TELÉFONO 55386

APARTADO 9030

CENSURA SANITARIA Nº 5427

MADRID

Fco NAVACERRADA 62

Traductor médico de LENGUAS VIVAS

EL DOCTOR

Don Eduardo del Palacio Chevallier

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

Médico y periodista diplomado de la Escuela Oficial de Periodismo.

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

Con dominio absoluto de la terminología médica.

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

AGUA

DE

BORINES

La mejor agua de mesa

Padilla, 12
MADRID

sola desde los primeros datos recogidos de la infancia de este desventurado hasta las últimas explosiones, que le llevaron a su acto criminal.

Mejor que cuanto nosotros pudiéramos decir, sería para el lector curioso la lectura de cuanto vamos a extraer de lo escrito por Galdós con este motivo, y que no creemos que sea fácil de encontrar, pues nos parece que no están recogidas estas crónicas en sus obras completas y solamente publicadas en una colección de cricones editados por la Biblioteca Renacimiento, poco corriente hoy en las librerías.

Así, pues, vamos en este artículo a ir extractando lo escrito por Galdós, y ello llevará al lector como de la mano a compartir con nosotros la opinión que hemos manifestado.

Lo primero que es preciso recordar es el ambiente de Madrid en aquellos días y la personalidad de la víctima y del asesino, por lo cual comencemos a extraer la primera carta de Galdós, que, como ya hemos dicho, lleva la fecha de 21 de abril de 1886.

«Hace dos días—escribe Galdós con fecha 21 de abril de 1886—, el obispo de Madrid ha sido asesinado en el momento de entrar en la catedral para celebrar la fiesta de las Palmas. El asesino ha sido un sacerdote. La noticia de este infame atentado era de tal naturaleza que, al principio, no se le daba crédito...; los crímenes de esta naturaleza, por la calidad de la víctima y la investidura del delincuente, son tan raros en la Historia, que se pueden contar con los dedos de una mano. Un príncipe de la Iglesia herido por un clérigo y muerto en medio de la multitud, que se agolpa a su paso con veneración, es caso que, como vulgarmente se dice, pone los pelos de punta. El fanatismo político de Merino, asestando una puñalada a Isabel II, tiene explicación dentro del orden lógico de las cosas humanas; pero un cura disparando tres tiros de revólver contra su superior jerárquico, por móviles de amor propio herido, por venganza de un castigo disciplinario, no cabe ciertamente, a primera vista, dentro de nuestras presunciones, por pesimistas que sean.»

En este solo párrafo de la primera carta de Galdós acerca del cura Galeote, ya plantea don Benito el problema diferencial que nos hemos animado a establecer, y ya anuncia su afán de adentrarse en el análisis del caso, como luego lo hace con gran detalle y acierto.

En esta primera carta también dedica don Benito extenso comentario a la figura del obispo Martínez Izquierdo, a los móviles que hicieron precisa la creación de la diócesis de Madrid-Alcalá; a la actuación de Martínez Izquierdo como representante en las Cortes de 1871, cuando era un clérigo joven, desconocido y traído al Parlamento por Guadalajara. El señor Nocedal fué quien, en su discurso de debate con don Emilio Castelar, aludió al joven sacerdote, quien pronunció un discurso, del que arrancó su popularidad y fama.

En 1874 se preconizó a don Narciso Martínez Izquierdo obispo de Salamanca y once años después se le designó obispo de Madrid-Alcalá, diócesis recién creada. Al morir tenía Martínez Izquierdo cincuenta y cinco años.

Es interesante saber los motivos a que obedeció

el crear la diócesis de Madrid-Alcalá y el designar para ella a Martínez Izquierdo, porque, sobre todo en un aspecto, ello nos explica la actuación de Galeote y de muchos otros que pasaban en Madrid camuflados de su verdadera situación de expulsados de otras diócesis, castigados por sus obispos, y ejerciendo su sagrado ministerio de forma irregular y, en muchos casos, con escándalo.

La situación debía ser muy delicada, y se pensó en Martínez Izquierdo por sus grandes dotes de virtud y de energía.

Es lógico que al actuar el señor obispo contra los abusos tropezara con Cayetano Galeote, que luego veremos no llevaba vida ni ejercicio aceptables en un sacerdote, y, como también es lógico, comenzaron a manifestarse en Galeote las ideas delirantes de persecución, que se dejan ver claramente en la serie de cartas dirigidas a periódicos revolucionarios, y cómo serían ellas que ya el director de *El Progreso* no las publicaba, teniéndole por loco o poco menos.

El día anterior de cometer su delito, Galeote volvió al periódico, dejándole al director un paquete de cartas, que eran copia de las que anteriormente le había dirigido, y en la tarjeta, que acompañaba al paquete, Galeote rogaba al director de *El Progreso* conservase las cartas, *por si pronto necesitaba hacer uso de ellas*.

Así llegó el Domingo de Ramos, 19 de abril de 1886.

Cayetano Galeote salió de su modesta casa vestido de clérigo y se dijo que a primera hora de la mañana desayunó en un café, y a las nueve ya estaba en el pórtico de la catedral.

Las escaleras y el pórtico de San Isidro estaban llenas de gente, la iglesia atestada y en la calle de Toledo coches y tranvías tenían que detener su marcha por la aglomeración de público.

A las nueve y media llega el señor obispo a la catedral, descendiende del carruaje y sube las gradas del pórtico entre los devotos, que con reverencia besan su anillo pastoral.

De pronto, un clérigo se acerca y, con movimiento rápido, saca un revólver y dispara tres tiros a quemarropa sobre el obispo Izquierdo, quien cae a tierra mortalmente herido.

El asesino grita: «Estoy vengado.»

En medio de la confusión se trasladó al obispo Izquierdo a la conserjería de la catedral, inmediata al lugar del suceso. El doctor Creus, que se halla en la iglesia, acude y examina al herido. Las lesiones son tres: una, de poca gravedad, en el muslo, y otra en el costado derecho, mortal de necesidad. La bala lesionó la médula espinal y los riñones. Se inició la parálisis de las extremidades inferiores y el herido cayó en gran postración. Su muerte era inevitable, y después de unas horas de sufrimientos, a las cinco y cuarto de la tarde falleció el virtuoso prelado.

Galeote es conducido por la Guardia civil a la Cárcel Modelo. Aparece fatigado, pero no arrepentido, e insiste en la justicia de su causa y en que los móviles de su acto sean juzgados sin ligereza.

Tiene el asesino cuarenta y cinco años, es natural de Vélez-Málaga y padece sordera, la que puede tener relación con la acritud de carácter. Es

muy nervioso, y las cartas suyas, publicadas con ocasión de su crimen, revelan soberbia extraordinaria, temple moral completamente depravado, natural quisquilloso, levantisco y rebelde a toda disciplina.

Según Galeote, su honor ha sido ultrajado, y es víctima de los superiores y perseguido injustamente.

Tales son los primeros juicios de Galdós acerca de Cayetano Galeote.

Más tarde, despertada la enorme emoción en toda España y sometido el caso a las discusiones de la prensa de todos los colores políticos, Galdós estudiará el caso puntualmente.

La prensa ultramontana asegura que Galeote es masón. También se dijo de Martín Merino, pero en ninguno de los dos pudo probarse. Las cartas y declaraciones de Galeote le retratan como movido por la soberbia y las malas pasiones, pero no fanatizado por ideas políticas.

Galdós exclama: «Hombre de menos pasta de sacerdote no es posible imaginarle. Iracundo, insolente, poco culto y reflejando premeditación de su crimen en sus escritos.»

La idea de persecución se manifiesta en muchos casos, como cuando amenaza al rector del Cristo de la Salud o al cura de Chamberí. En Puerto Rico, donde vivió cinco años, fué varias veces procesado. En Madrid vivía Galeote con suma estrechez, no tratando a casi nadie por el carácter duro

y violento, poco a propósito para el cultivo de la amistad.

Vivía Galeote con una mujer llamada Tránsito Durdal, de treinta y tantos años, personaje también interesante y poco recomendable de este asunto.

El 30 de abril de 1886, don Benito Pérez Galdós va a la Cárcel Modelo para estudiar a Cayetano Galeote, y después tiene una conversación con la famosa doña Tránsito.

Hace Galdós un elogio de nuestra Cárcel Modelo, y pasa en seguida a detallar sus impresiones sobre Cayetano Galeote y Cotilla, de quien la fisonomía predispone, dice don Benito, muy poco en su favor. Tiene la nariz pequeña y corta, la boca muy grande y muy separada de la nariz, los ojos negros y vivos, la frente despejada. La sordera que padece da a sus ojos una expresión particular: parece querer oír con la mirada. Está fuertemente excitado; tiene contracciones extrañas en el rostro y extremada tartamudez. Durante la conferencia con Galdós, clava sus manos en la red de alambre del locutorio, asomando sus dedos afilados y sucios de nicotina. Acerca su cara hasta tocar los alambres o la retira rápido hasta la penumbra, con movimiento de fiera enjaulada, y su inquietud, dice Galdós, habría sido poco tranquilizadora si no estuviese donde estaba.

(Continuará en el número próximo.)

SUPERSTICIONES Y MITOS

(A guisa de prólogo... de un libro en preparación)

por

CASTILLO DE LUCAS

Antes de adentrarnos en el extenso y complejo campo de las supersticiones conviene detenerse en su linde, para reflexionar sobre su esencia, origen y forma, con el fin de caminar después con paso seguro por tan peligroso terreno, en el que tantas veces se enmascaran los mitos paganos con las verdades divinas.

La Academia Española define la superstición diciendo que «es una creencia extraña a la fe religiosa y contraria a la razón».

Santo Tomás considera la superstición como un pecado por exceso, pues fía o da culto a cosas no acreedoras a ello, modificando o supervalorando el que se debe a Dios o a los santos.

La ciencia se opone a la superstición por no ajustarse a las leyes naturales, que son la razón y base de su doctrina, para comprobar experimentalmente y de un modo constante los hechos que ha de admitir como verdades. Son, pues, dos los errores de la superstición: el católico y el científico.

Mas con tantos siglos de civilización, luchando contra todos los mitos la religión y la ciencia, ¿por qué prevalecen las supersticiones? Indudablemente, porque representan un sedimento de

creencias ancestrales, es la herencia paleolítica que pervive del hombre primitivo y en todo tiempo hasta la civilización cristiana, en que pensó en la existencia de un ser o seres sobrenaturales que intervenían en la previsión y resolución de los problemas de cada uno y de cuanto ocurre en la Naturaleza, era una fe errónea, pero fe al fin arraigada en el espíritu de la Humanidad y que se transmite de una a otra generación, errores a los que se opone la cultura. Así nos explicamos cómo las grandes supersticiones, cual las referentes a las curas mágicas, ya no se practican en ningún pueblo culto, porque están desechadas por el convincente progreso de la ciencia, sobre todo en lo que se relaciona al arte de curar, lo mismo que los ritos idolátricos y paganos fueron olvidados en los pueblos cristianos; mas lo que no se ha podido desterrar es ese poso supersticioso que forma parte ya de la organización social y familiar, casi como una costumbre, que si no es ley, es, cuando menos, una fórmula de cortesía para convivir entre sí, y que en su pasado remoto revela la superchería de un culto o de temor a un poder sobrenatural ajeno a Dios.

La gran diversidad de supersticiones forma co-

mo una escala, cuyos peldaños primeros son tan pequeños e inocentes, que la misma Iglesia no los considera pecado, y hasta como me decía una religiosa andaluza: «Ir contra alguna de esas bagatelas, como *tocar madera*, o decir «lagarto», para librarse de un maleficio, es un movimiento reflejo, en el que la voluntad no puede apenas intervenir, y como antes hemos dicho, caen ya incluso dentro de las fórmulas sociales, y hasta se considera de buen gusto no provocarlos voluntariamente, para no herir la susceptibilidad ajena; ejemplo, es el de abrir un paraguas dentro de una habitación, o la de bailar una silla sobre una pata, pasar bajo una escalera de mano o de un andamio (esto es además prudente); pues «da mala suerte» a quien lo ve y lo ejecuta; considérase segura la desgracia de uno de los asistentes cuando se sientan trece a la mesa, y en las comidas diplomáticas se tiene tan en cuenta, que para evitarlo siempre tienen preparada a otra persona (*bouche troupe*) para que haga el catorce y ya no haya maleficio por el número; internacionalmente también ocurre en los hoteles el no dar este número de cuarto a los huéspedes, y, para ello, o se lo saltan y, por tanto, no existe tal habitación, y caso de haberla la dedican a otro servicio, como he podido comprobar en el Balneario de Panticosa en el Hotel Embajadores—desde el que escribo estas líneas—, en el que el cuarto trece era la centralilla eléctrica, y en su puerta, debajo del número, estaba la clásica placa de «peligro de muerte», con su calavera y tibias cruzadas.

Con carácter más erróneo que impío, tenemos en la *vana observancia*, cual es la interpretación del canto de las aves (augurios), su vuelo (auspicios), los agüeros que por el tiempo y fenómenos naturales se predecían; ya más avanzando en malignidad, tenemos la Astrología judiciaria, deduciendo por el curso y fases de los astros el porvenir de las personas.

Las artes adivinatorias tienen más relación con los espíritus malignos: *quiromancia* o adivinación del porvenir por las rayas de la mano, es la buenaventura de nuestras gitanas; *cartomancia*, por medio de los naipes; *onomancia*, nombre de las personas y la significación de su carácter y condiciones; la *oniromancia* o interpretación por medio de los sueños, y adentrándose más en la magia, tenemos la *piromancia*, en la que por la contemplación del fuego, color y aspecto de la llama, de lo que en él se quemaba, las brujas anunciaban lo que había de ocurrir; igual pasaba con todas las formas de *sortilegios*, en las que había palabras y actos que realizaban hechiceros nigromantes y brujas que tenían tratos con el demonio. Para restaurar la salud habían de ser los ensalmadores, curanderos y saludadores quienes habían de aplicar los remedios y oraciones sacrilegas, puesto que unían palabras cristianas con símbolos y términos paganos.

A mayor grado de impiedad llegan los espiritistas, con su envoltura de pseudociencia, y culmina la maldad con la invocación al demonio y su culto en las fatídicas «misas negras», en las que las oraciones son sartas de blasfemias y una burla des-

piadada es el simulacro de consagración de una oblea negra, e invocando a Belcebú.

Son, pues, en resumen, dos los tipos de supersticiones: unas se pueden considerar pertenecientes a la *magia blanca*, en las que se interpreta el poder sobrenatural por medio de las cosas naturales; otra es la *magia negra*, en la que se solicita el poder del demonio para alcanzar el favor sobrenatural; esta forma es la verdaderamente peligrosa para el alma y para el cuerpo; mas no deja de ser resbaladizo el terreno de la primera, por cuanto se inclina fácilmente hacia la segunda por un lado y mixtificar de otro la pureza de nuestra religión, al ensamblar prácticas mitológicas con nuestras austeras oraciones, y que ya de antiguo merecieron castigo por herejía estos llamados *ensalmos*, y actualmente condena la Iglesia la moda de las «*cadenas*», que son unas oraciones que hay que copiar para enviar a siete personas, al par que se anuncia que amenaza una gran desgracia «si se rompe esta continuidad»; desde luego podemos afirmar que no pasa nada por dejar de escribir, y como no consideramos interesante la copia de estas oraciones, prescindimos de ello, y así evitamos que por una mala tentación alguien las reprodujese.

Todas las supersticiones tienen un origen más o menos remoto, y ninguna conserva su primitiva significación; de todas ellas la *astrología* es quizá la más antigua, pues se remonta a la civilización caldea antes de J. C.; reminiscencia de la mitología griega en las ninfas y nereidas, tenemos las *lamias vascas* o *lumias gallegas*, como llaman los aldeanos a unas figuras de medio mujer y medio peces, que viven en los ríos, estanques y lagunas, y que todavía dicen algunos campesinos que las han sorprendido, sobre todo en la noche de San Juan; otras creencias tienen su fundamento en leyendas y devociones; en algunas la tradición alcanza hasta los divinos misterios, como es la citada idea del maleficio *del trece*, por ser éste el número de los asistentes a la Sagrada Cena, y durante ésta dicese que se vertió la sal, detalle que recogió Leonardo de Vinci en su cuadro famosísimo, y que ha trascendido en la Humanidad como signo de mala suerte.

Alguna práctica supersticiosa es el fragmento de una razón, y como la verdad es indivisible, resulta incongruente su relación con otros actos; tal ocurre, según me comunica el doctor Ruiz Ibarra, con una costumbre de cierto pueblo de Aragón, en el que siempre que sus vecinos habían de pretender algo del cielo, o de los demás, «ataban el gato a la pata de la mesa» para conseguirlo. Según la tradición, el origen de esta absurda práctica fué el que en dicho pueblo hubo años atrás un hombre virtuosísimo y pobre, que se pasaba muchas horas en la iglesia, daba como limosna cuantas a él le daban, avenía con sus consejos a los mal maridados y ponía la paz en todas las riñas; vivían todos como en una balsa de aceite hasta que murió dicho varón; tomaronle por un santo, y para imitarle, al encomendarse a él «ataban el gato a la pata de la mesa», que, según una vieja fisona que le había visto por el ojo de la cerradura hacer al santo cuando regresaba por la

noche a su casa, y no se fijó que ello tenía como fundamento el que el gato no le molestara con sus juegos y zalamerías y le impidiera hacer la oración con los brazos en cruz, durante algunas horas, antes de dormir.

Las supersticiones que hoy llamamos curanderías representan muchas veces el estado de la ciencia de otras épocas; y mágica del todo fué en sus primeros tiempos la Medicina; ello demuestra cuánto tienen de rutinarias estas prácticas, pues la verdadera ciencia está en constante renovación y tiene por errores y desecha todo aquello que la experimentación reiterada no comprueba; criterio bien contrario al de la superstición, que se apoya en observaciones casuales, sobre todo si algún hecho histórico coincidió con alguna fecha u otro signo, como es aquélla que dice el refrán: *El año de siete toma tu capa y vete*, o *El año de siete deja la España y vete*, ambos se originaron porque en el año 1507 hubo una gran epidemia de *landre*, enfermedad con que entonces se denominaba a las adenopatías escrofulosas supuradas; prueba la inseguridad de estos pronósticos el que días tan mal vistos en todo tiempo como los martes (*en martes, ni te cases ni te embarques*), sean hoy, por las circunstancias de dificultades para viajar, el día escogido por la mayoría para ponerse en camino, pues creen que habrá menos aglomeración; lo mismo decimos de otros augurios, en los que en cada pueblo tienen una significación distinta, y es mala suerte lo que en otros es buena.

Es ley natural que a toda acción suceda una reacción, y contra los maleficios que suponen ciertas supersticiones hay sus conjuros para contrarrestarlas, así como amuletos, sortilegios y remedios para evitar el mal agüero tan antiguos como ellas; y así, ya en las tumbas egipcias se encontraron toda clase de símbolos para ahuyentar los malos espíritus; en la leyenda homeriana destácase la muerte de Aquiles por la flecha que durante el sitio de Troya le disparó Paris en el talón, ya que sabía que esta parte de su cuerpo era la única vulnerable, por no haber sido sumergida en la laguna Estigia, cuyas aguas defendían de los venenos, pues su madre le sujetó por el calcañal cuando le bañó en ella y, por tanto, la única parte de su cuerpo que no estaba preservada.

Las supersticiones tienen su especial carácter y forma en cada sexo y, dentro de él, para cada edad y situación, ajustándose a todas las apetencias y

necesidades humanas; así en la mujer giran aquéllas en torno del amor, pues amor es toda su vida, el del amante de joven, al esposo después y a los hijos siempre. En el hombre es el afán de conseguir riquezas y bienestar para su hogar, es la fortuna en los negocios; y para todos es la salud lo que desean tener y conservar; de ahí que la mayor parte de las supersticiones estén dedicadas a los medios para evitar las enfermedades y conservar la vida.

Para el vulgo, el factor suerte es la clave de la vida, teniéndola como buena cuando influye favorablemente en nuestras necesidades, deseos y ambiciones; buena suerte es para la mujer encontrar su amor, para el hombre prosperidad en su oficio y para el enfermo recuperar la salud; sobre este factor suerte tiene la superstición todo su poder emocional, pues hasta las maldiciones llevan para el vengador una insana alegría si se cumplen sobre su víctima. Llamando azar o suerte, en general, a que los hechos en la vida no se realizan con arreglo exacto a nuestros cálculos, sino que existe un poder sobrenatural que los dirige; lamentable es que ese poder lo vea el hombre fuera de Dios; por eso los supersticiosos, ante el destino fatal, se encogen de hombros, diciendo: *¡Mala suerte! o ¡estaba escrito!*, y no luchan contra el hado, porque carecen de la esperanza que todo buen cristiano tiene cuando la suerte se inclina del lado adverso, sino que dice con el poeta:

*Dios lo ha querido así,
¡bendito sea!*

Y confiando en la Providencia que así lo dispuso, procura su remedio con la confianza puesta en su misericordia y justicia, rezando y trabajando (*ora et labora*), ya que en realidad muchas veces no nos favorece la fortuna en la vida por nuestra indolencia y falta de preparación; de ahí que al supersticioso refrán, como dicho por la Celestina: *Suerte te dé Dios, hijo, que el saber nada te basta*, haya de oponerse a aquel otro, tan sensato como derivado de las Sagradas Escrituras: *Ayúdame y Dios te ayudará*.

«El hombre supersticioso—dijo Plutarco—teme todas las cosas, la tierra y el mar, el aire y el cielo, las tinieblas y la luz, el ruido y el silencio; él teme hasta en el sueño.» El hombre cristiano y culto vive tranquilo con su conciencia, no teme al



BARACHOL

**Contra la sarna, aplicando la pomada
en las manos.**

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

azar, pues confía en la ley de Dios y en sus designios, pues hasta las contrariedades en este mundo le sirven de esperanza como premio en el futuro.

Con estas sencillas ideas, pero bien arraigadas

de amor a la verdad, puede ya el curioso lector entrar en el campo de las supersticiones con paso firme, sin que le preocupe la fórmula agorera de pensar *con que pié* lo hizo.

MI ABUELO JUAN RAMÓN

por

MARUCHI FRESNO

Un poeta, en unos versos, nos dice: «... Porque... ¿qué voy a cantar, si no tengo ni una patria,—ni una tierra—provinciana,—ni una—casa—solariega y blasonada,—ni el retrato de un mi abuelo—que ganara—una—batalla?»

Y yo desearía cantar a mi abuelo, con nombre de poeta, Juan Ramón, que ganó batallas, no con las armas, sino con la otra manera bella de luchar en la vida y por la vida; ganó la batalla de la paz de su existencia, que supo consagrar íntegra a la investigación y al estudio.

No conocí a mi abuelo, y, sin embargo... Murió el año 1913, con la ilusión de ver a su primer nieto, y yo soy la tercera de mis hermanos. He ido conociéndole a través de la veneración de mis padres hacia él, y por tantos detalles que me hicieron admirarle y quererle. Su figura ha ido siempre desde lejos, como aconsejando e iluminando mi vida de estudiante.

Cuando era niña, había una especie de cuarto milagroso para mí: era la biblioteca de mi abuelo. Casi no sabía leer y adoraba ya aquellos librotos tan grandes, tan en orden, tan bellos. Y conforme fui creciendo, fui comprendiendo y admirando aquella figura que había ido coleccionando libros tan interesantes y diversos, y en los que se perdía mi imaginación de niña: libros de Historia, de Filosofía, de Arte; ediciones fantásticas del *Quijote*, de la *Divina Comedia*, de romances de los mejores novelistas del mundo. Y hasta cuentos de hadas, hadas nórdicas, leyendas noruegas, no sé...

Libros de ciencia: Química, casi desde el siglo XVI, cuando existían unas teorías, tan absurdas muchas de ellas, que hoy nos harían sonreír; de Física, de Geología; pero, sobre todo, innumerables libros de Botánica, alemanes, franceses, latinos. Y muchos nombres de sabios entrelazando estos libros. Y comprendía que mi abuelo había pasado media vida suya viajando a través de esos libros, conociendo, investigando en ciencia, en arte y en el conocimiento de la Humanidad. Y las obras que él escribió, que eran como un resumen de toda su labor de enseñanza y de investigación, y que significaban la ofrenda de una vida dedicada a la ciencia farmacéutica.

Y he querido conocer su espíritu a través de sus fotografías. En la orla doctoral, doctor a los veinte años, y con una carita casi de niño. En aquella época, en que las barbas y el bigote daban un aire en seguida patriarcal, Juan Ramón Gómez-Pamo tenía una cara tan añorada que no se comprende, al verle en otra de sus fotos, catedrático

ya y rodeado de sus alumnos, que pudieran aquellos señores tan graves ser los discípulos de aquel muchacho en la más plena e iluminada juventud. Adquirió todos sus cargos con una especie de premura en la vida de adelantarse a los de su generación. Fué uno de los más jóvenes doctores, catedráticos, académicos... Escribió su primera obra científica antes de su mayoría de edad. ¡Cómo admiraba yo esta espléndida y alegre juventud conquistadora y trabajadora, incapaz del cansancio ni del desánimo! Hay otras fotos en el laboratorio, que se construyó bajo su dirección; fotos de académico, las últimas suyas. En todas ellas se observa el gesto del analizador y el pensador, con una expresión de voluntad y de acción y una mirada de infinita bondad.

Fué mi abuelo la representación de la bondad, de la suavidad, de la ternura. Y al mismo tiempo fué un hombre dinámico, activo, investigador incansable. Alcanzó en su época los cargos más elevados a que podía llegar en su carrera, y en todos realizó una gran y destacada labor. Jamás tuvo un gesto de orgullo, porque él era la sencillez. Dedicó su vida, toda de paz, laboriosa, a la investigación y a la enseñanza, huyendo siempre de la exhibición y de la fácil popularidad.

Y en sus retratos me emocionaba mirar sus manos (esas manos que no pudieron acariciarme nunca), y eran finas como de artista, firmes y laboriosas. Pensaba que con ellas había realizado las colecciones espléndidas de cortes histológicos, de raíces, de tallos, etc. Consideraba cuántas horas se habrían necesitado para ir las preparando, analizando minuciosamente e implacablemente las estructuras más complicadas del organismo vegetal. Y creando, después de un estudio detenidísimo con el microscopio, esas láminas prodigiosas que durante tantos años han ayudado a la más fácil comprensión de su obra cumbre: *Materia farmacéutica vegetal*, a tantas generaciones de estudiantes. Yo creo que estas láminas se sienten todavía jóvenes en la alegría iluminada de la Facultad nueva de Farmacia, de la Ciudad Universitaria. Y quizá, lo mismo que cuando oímos un motivo musical, o leemos un libro o vemos una obra de arte, que nos producen un efecto de admiración o de emoción, aun sin saber a veces quién fué el artista que las realizó, quizá también muchos alumnos no sepan quién dibujó esas láminas, que les ayudan a estudiar, pero agradezcan esa ayuda, y el antiguo maestro, desde donde pueda contemplarlos, se emocionará con ese recuerdo agradecido, y cerrará los ojos, con su gesto de suave bondad, como en su actitud habi-

tual en clase, cuando oía una buena disertación y comprendía que sus enseñanzas iban enraizándose profundamente en el cerebro de sus alumnos, y esta satisfacción era su mejor alegría.

Dedicó su vida a la ciencia, su corazón a un solo amor. Y supo, casi sin salir de su patria, tener una cultura universal y ser uno de los más destacados valores de su época.

Cuando yo empecé mis estudios de bachillerato y seguí más tarde mi carrera de Ciencias Químicas, era para mí una gran ilusión, al leer mi nombre los catedráticos, el poder responder con un verdadero y sano orgullo a su pregunta, que yo era la nieta del doctor Gómez-Pamo, que ellos veneraban, y ponía todo mi entusiasmo y mi voluntad en poder ser digna de un apellido ilustre en la ciencia española.

Recuerdo la emoción con que el sabio matemático José María Plans, leyendo por primera vez mi nombre en la lista de alumnos, en su primera clase, la interrumpió para hablar ya durante toda ella de la figura de mi abuelo, y acabó con lágrimas en los ojos. Hace muy pocos días tuve esa misma alegría, al escuchar las frases que dirigió el catedrático don José Rogerio Sánchez sobre la personalidad de mi abuelo, en un acto realizado por la Sociedad de Amigos de Bécquer, donde tuve el honor de acompañarle.

La única asignatura que cursé en la Facultad de Farmacia coincidió con la última asignatura de mi carrera de química en el curso de doctorado. Al entrar en la Facultad tenía siempre una mirada para la lápida que perpetúa en ella la memoria

de mi abuelo, y me alegraba poder saludar su cara bondadosa y serena, que parecía querer despedirme en mi carrera, habiéndome acompañado tanto en ella con su ejemplo lejano, con su cariñosa bendición diaria.

En el banquete de doctorado, al hablar yo, representando a mis compañeras de estudio, y al cerrar con su docta expresión el decano de la Facultad de Farmacia, don José Casares, tuvo la atención de dedicar un cálido y sincero elogio de recuerdo a la figura de mi abuelo, y sus palabras emocionadas fueron en aquel momento para mí como un magnífico premio de fin de carrera.

El recuerdo suyo y su presencia espiritual e impalpable fué siempre mi mejor guía y como luz que ilumina mi camino. Estudiantes y compañeros míos, en los actos que se han celebrado este año en su honor, vuestra presencia juvenil, alegre y entusiasta, habrá sido para él su más cordial homenaje. La beca «Juan Ramón Gómez-Pamo», concedida por el Consejo de Investigaciones Científicas (Instituto Mutis de Farmacognosia), perpetuará su nombre en vuestro recuerdo. Y por ese recuerdo, mi gratitud. La más profunda e intensa para todos los que han tratado de exaltar su memoria y muy especialmente para los farmacéuticos españoles, y la más fervorosa para sus antiguos discípulos, que en esta ocasión le han demostrado todo su cariño e imborrable recuerdo. Y para Arévalo y su alcalde, don L. Gómez-Fortado, que de una manera imponderable le ha honrado como hijo de aquella ciudad castellana.

Mi más profundo agradecimiento para todos.

Informatorio profesional

INSTITUTO DE UROLOGIA DE BARCELONA

Curso intensivo de ocho lecciones sobre «Endoscopia vesical» por los miembros facultativos del Instituto, con la colaboración de los doctores profesor Carneiro de Moura, de Lisboa; doctor A. Moya y doctor E. Bruguera, de Barcelona, y del profesor A. Oriol Anguera.

Día 21, primera lección: *Fisiopatología de la micción* (doctor A. Oriol Anguera).—*Técnica de la exploración cistoscópica*. Indicaciones, contraindicaciones y accidentes, inmediatos y tardíos (doctor Puigvert).

Día 22, segunda lección: *Cistoscopia de la vejiga normal*. Semiología de las alteraciones de la pared vesical y variaciones de color. Variaciones de aspecto y superficie. Variaciones vesicales durante la exploración (doctor Puigvert).

Día 23, tercera lección: *Alteraciones morfológicas intrínsecas de la pared vesical*. Columnas, células y divertículos. Edema. Fístulas (doctor Moya). Esclerosis y bridas cicatriciales (doctor Puigvert).

Día 24, cuarta lección: *Cistitis en general*. Cistitis bacterianas. Cistitis crónicas. Cistotrigonitis. Ulcus vesical (doctor Carneiro de Moura).

Día 25, quinta lección: *Cistitis específicas*. Tuberculosas y sifilíticas (doctor Puigvert).

Día 26, sexta lección: *Cuerpos extraños de la vejiga y cálculos* (doctor Cols Baqués).

Día 28, séptima lección: *Tumores vesicales benignos y malignos* (doctor Puigvert).

Día 29, octava lección: *Modificaciones vesicales por ginecopatías* (doctor E. Bruguera).—*Meatoscopia ureteral y cromoscopia* (doctor Cols Baqués).

El trabajo estará distribuido según el siguiente horario:

De nueve a diez de la mañana: Lección teórica con demostraciones iconográficas.

De diez a doce de la mañana: Lección práctica con examen de enfermos.

Por las tardes, de siete a nueve: Prácticas de laboratorio y comentarios anatomopatológicos de las lesiones vesicales, divididos en los siguientes temas:

Día 22: *Anatomía morfológica de la pared vesical* (doctor Puig Serra).

Día 24: *Histopatología de los procesos inflamatorios vesicales* (doctor Alvarez Zamora).

Día 26: *Citología del sedimento de orina* (doctor A. Mas Oliver).

Día 28: *Bacterioscopia del sedimento de orina* (doctor Vidal Ribas).

Día 29: *Histopatología de las tumoraciones benignas y malignas* (doctor Alvarez Zamora).

IN. FA. LE.
CARDIOVASCULARES
ESPAÑOLES



**TÓNICO
CARDÍACO**

OMNIGITALIS

(antes OMNIGITAL)

FÓRMULA: Solución total de glucósidos digitálicos equivaliendo biológicamente cada c. c. (50 gotas) a 1 c. c. (50 gotas) de la solución de Digitalina al 1/1000; valorada con el máximo rigor científico en Departamento propio de Farmacología.

INDICACIONES: Todas las de la Digital. — **PRESENTACIÓN:** Solución.

CANFO-CORINA - Analeptico de acción inmediata

FÓRMULA (Simple): Sol. acuosa aromatizada de canfo-carboxilato amónico. — (Con Efedrina): Sol. acuosa aromatizada de Canfo-carboxilato amónico y clorhidrato de efedrina natural.

INDICACIONES: Enfermedades infecciosas; estados de shock; colapso; adinamia; hipotimia; envenenamiento por narcóticos; Inhalaciones de gases tóxicos; disnea; etc.

PRESENTACIÓN: Solución; Inyectables de 1, 2 y 5 c. c.; Tabletas.

U V E I N A - Tónico cardíaco

FÓRMULA: Solución de ouabaina cristalizada

INDICACIONES: Insuficiencia cardíaca aguda; insuficiencia cardíaca con ritmo lento y la insuficiencia con trastornos de conducción; grandes dilataciones cardíacas; miocarditis agudas de causa infecciosa; en casos de intolerancia a la Digital.

PRESENTACIÓN: Vía gástrica; Vía intramuscular; Vía endovenosa.

S E D I C O R - Contra la neurosis cardíaca

FÓRMULA: Salicilato de eserina; Extracto seco de Crataegus; Extracto seco de Passiflora; Ácido fenil-etilbarbitúrico; Canfo-Corina.

INDICACIONES: Neurosis cardíacas en todas sus manifestaciones (algias precordiales; palpitaciones; arritmia extrasistólica; espasmos vasomotores; taquicardias sinuales; etc.). Trastornos digestivos debidos a una simpaticotonía o por hipovagotonía (ptísicos aerófagos, atónicos, etc.).

PRESENTACIÓN: Grageas.

DIGITALINA HISPÁNICA - Tónico cardíaco

FÓRMULA: Digitalina cristalizada, químicamente pura y valorada con el máximo rigor científico en Departamento propio de Farmacología.

INDICACIONES: Tónico en las insuficiencias cardíacas, principalmente de corazón derecho con arritmia.

PRESENTACIÓN: Solución al 1/1000; Gránulos de 1/10 de miligramo.

L I S O E S C L E R I N A - Hipotensor

FÓRMULA: Trinitrina; Yoduro Sódico; Extracto de muérdago; Extracto de Escila.

INDICACIONES: Esclerosis cardio-vascular en todas sus formas. Espasmos vasculares.

PRESENTACIÓN: Grageas.

T O N O F L E B I L - Constrictor venoso

FÓRMULA: Extr. fl. Cupressus Sempervirens, L.; Extr. fl. Aesculus hippocastanum, L.; Extr. fl. Ramnunculus ficaria, L.; Tintura Strychnos nux-vómica, L.; Tintura Arnica montana.

INDICACIONES: Terapéutica venosa constrictora (hemorroides, varices, flebitis terminada la fase aguda), congestiones pelvianas (prostatitis y desarreglos cíclicos). Extasis venoso.

PRESENTACIÓN: Mixtura estabilizada.

C A F I N I T R I N A - Vasodilatador de urgencia

FÓRMULA: Cafeína; Trinitrina; Ac. fenil-etil-barbitúrico.

INDICACIONES: Medicamento de urgencia en las estenocardias; Isquemias vasculares por espasmo; claudicación intermitente; etc.

PRESENTACIÓN: Grageas.

Industrial Farmacéutica de Levante, S.A.
MADRID - BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid

IN. FA. LE.
CARDIOVASCULARES
ESPAÑOLES



ANALÉPTICO DE
ACCIÓN INMEDIATA

CANFO-CORINA

FÓRMULA (Simple): Sol. acuosa aromatizada de canfo-carboxilato amónico. — **(Con Efedrina):** Sol. acuosa aromatizada de Canfo-carboxilato amónico y clorhidrato de efedrina natural.

INDICACIONES: Enfermedades infecciosas; estados de shock; colapso; adinamia; lipotimia; envenenamiento por narcóticos; Inhalaciones de gases tóxicos; disnea; etc.

PRESENTACIÓN: Solución; Inyectables de 1, 2 y 5 c.c.; Tabletas.

DIGITALINA HISPÁNICA - Tónico cardíaco

FÓRMULA: Digitalina cristalizada, químicamente pura y valorada con el máximo rigor científico en Departamento propio de Farmacología.

INDICACIONES: Tónico de las insuficiencias cardíacas, principalmente de corazón derecho con arritmia.

PRESENTACIÓN: Solución al 1/1000; Gránulos de 1/10 de miligramo.

LISOESCLERINA - Hipotensor

FÓRMULA: Trinitrina; Yoduro Sódico; Extracto de muérdago; Extracto de Escila.

INDICACIONES: Esclerosis cardio-vascular en todas sus formas. Espasmos vasculares.

PRESENTACIÓN: Grageas.

OMNIGITALIS - Tónico cardíaco

FÓRMULA: Solución total de glucósidos digitálicos equivaliendo biológicamente cada c.c. (50 gotas) a 1 c.c. (50 gotas) de la solución de Digitalina al 1/1000; valorada con el máximo rigor científico en Departamento propio de Farmacología.

INDICACIONES: Todas las de la Digital.

PRESENTACIÓN: Solución.

CAFINITRINA - Vasodilatador de urgencia

FÓRMULA: Cafeína; Trinitrina; Ac. fenil-etil-barbitúrico.

INDICACIONES: Medicamento de urgencia en las estenocardias; isquemias vasculares por espasmo; claudicación intermitente; etc.

PRESENTACIÓN: Grageas.

TONOFLEBIL - Constrictor venoso

FÓRMULA: Extr. fl. Cupressus Sempervirens, L.; Extr. fl. Æsculus hippocastanum, L.; Extr. fl. Ranunculus ficaria, L.; Tintura Strychnos nux-vómica, L.; Tintura Arnica montana.

INDICACIONES: Terapéutica venosa constrictora (hemorroides, varices, flebitis terminada la fase aguda), congestiones pelvianas (prostatitis y desarreglos cíclicos). Extasis venoso.

PRESENTACIÓN: Mixtura estabilizada.

UVEINA - Tónico cardíaco

FÓRMULA: Solución de ouabaina cristalizada.

INDICACIONES: Insuficiencia cardíaca aguda; insuficiencia cardíaca con ritmo lento y la insuficiencia con trastornos de conducción; grandes dilataciones cardíacas; miocarditis agudas de causa infecciosa; en casos de intolerancia a la Digital.

PRESENTACIÓN: Vía gástrica; Vía intramuscular; Vía endovenosa.

SEDICOR - Contra la neurosis cardíaca

FÓRMULA: Salicilato de eserina; Extracto seco de Crataegus; Extracto seco de Passiflora; Ácido fenil-etilbarbitúrico; Canfo Corina.

INDICACIONES: Neurosis cardíacas en todas sus manifestaciones (algias precordiales; palpitaciones; arritmia extrasistólica; espasmos vasomotores; taquicardias sinuales; etc.). Trastornos digestivos debidos a una simpaticotonía o por hipovagotonía (pléticos aerófagos, atónicos, etc.).

PRESENTACIÓN: Grageas.

Industrial Farmacéutica de Levante, S.A.
MADRID - BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid

Este cursillo tendrá lugar durante el mes de abril de 1947, en los días señalados.

El número de alumnos es limitado y los derechos de inscripción serán de 1.000 pesetas.

A los señores alumnos les será entregada una colección de preparados histológicos iguales a los examinados durante el curso, correspondientes a lesiones inflamatorias y neoplásicas. Asimismo tendrán a su disposición servicio de Secretaría para las notas recogidas durante el curso.

Para la correspondencia, dirigirse a la Secretaría del Instituto: Doctor J. Puig Serra.

—o—

PATRONATO NACIONAL ANTITUBERCULOSO

Asociación Oficial de Tisiología

Se recuerda a los profesionales interesados que la admisión de trabajos para el concurso anual de Tisiología se cerrará el día 31 de diciembre de 1946.

Los temas sobre que habrán de versar los trabajos y los premios son los siguientes:

Primer premio, para el mejor trabajo de investigación, 10.000 pesetas.

Segundo premio, para el mejor trabajo clínico o terapéutico, 5.000 pesetas.

Tercer premio, para el mejor trabajo sobre profilaxis social, 2.000 pesetas.

Además será concedido un accésit de 1.000 pesetas para el mejor artículo publicado en la prensa diaria sobre lucha antituberculosa.

SECCION OFICIAL

ORDEN de 21 de noviembre de 1946 por la que se resuelve el recurso de agravios interpuesto por don Francisco Ramírez Gil contra Orden del Ministerio de la Gobernación de 20 de junio de 1945, que le niega el derecho a ocupar una de las plazas de Médico de Casa de Socorro del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria, en forma automática, sin oposición o concurso.

Excmo. Sr.: El Consejo de Ministros, con fecha 18 de octubre último, tomó el acuerdo que dice así:

«En el recurso de agravios interpuesto por don Francisco Ramírez Gil contra Orden del Ministerio de la Gobernación de 20 de junio de 1945, que le niega el derecho a ocupar una de las plazas de Médico de Casa de Socorro del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria, en forma automática, sin oposición o concurso;

Resultando que con fecha 27 de agosto de 1943 el recurrente elevó instancia solicitando ser reintegrado a las funciones de Médico de Casa de Socorro de título honorario adscrito al distrito 5.º de Las Palmas, en las que había cesado al ser movilizado en 1937;

Resultando que la Jefatura Provincial de Sanidad de Las Palmas informó acerca de la referida instancia que, no obstante no concurrir en el nombramiento del señor Ramírez Gil la circunstancia que señala la base 18 de la Ley para la Coordina-

ción Sanitaria de 11 de julio de 1944, cree de justicia acceder a lo solicitado;

Resultando que con fecha 13 de octubre de 1944 formuló el interesado recurso de alzada contra las Ordenes ministeriales de 30 de junio y 14 de julio de 1943 y 2 de agosto de 1944, en virtud de las cuales fueron cubiertas las tres vacantes de Médicos honorarios de la Casa de Socorro Municipal de la ciudad de Las Palmas. Alega en su instancia que si bien el artículo 13 del Reglamento de Casas de Socorro de 15 de febrero de 1943 declara a extinguir las plazas de Médicos supernumerarios que a la publicación de dicho Reglamento subsistan, respeta los nombramientos adquiridos con tal carácter y que, al amparo del régimen excepcional que estableció la cuarta disposición transitoria de la Ley Municipal de 1935, era propietario de esa plaza, por lo que en 18 de febrero de 1943, fecha de la publicación del Reglamento de Casas de Socorro, era de hecho supernumerario, pero de derecho numerario, por corresponderle cubrir plaza de Médico numerario con anterioridad a la fecha de promulgación de dicho Reglamento;

Resultando que en 27 de diciembre de 1944 presentó otra instancia el interesado solicitando nuevamente fuera reintegrado en el desempeño del cargo que cree tener derecho a ocupar;

Resultando que con fecha 20 de enero de 1945 reitera su petición sobre la resolución a su recurso de alzada de 13 de octubre de 1944;

Resultando que por Orden de 20 de junio de 1945, y de acuerdo con lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad, fué desestimada la petición del recurrente en razón a que el nombramiento de Médico supernumerario de la Casa de Socorro de Las Palmas que ostentaba no le puede conceder ningún derecho para ser designado con el carácter que pretende, por ser su nombramiento interino y no haber sufrido ni oposición ni concurso alguno, y aun en el caso de que la designación de Médico supernumerario hubiera reunido los requisitos legales para el nombramiento en forma automática para una plaza de Médico honorario como reclama el recurrente, tampoco podía ser estimada, dado que no solicitó del Ministerio de la Gobernación el oportuno nombramiento en propiedad al ser declarada la vacante de la plaza que pretende, habiendo sido cubierta la misma, igual que las otras dos posteriormente producidas, por el ingreso de los facultativos contra cuyo nombramiento recurre, los cuales han sido hechos con sujeción a las disposiciones vigentes;

Resultando que contra la anterior Orden formuló el interesado recurso de reposición en 28 de junio de 1945 y de agravios en 29 de septiembre del mismo año, alegando las siguientes infracciones:

1.ª De Ley, por aplicación indebida del artículo 161 de la Ley Municipal de 31 de octubre de 1945. Si el Ayuntamiento carecía de la competencia necesaria para nombrar al recurrente Médico supernumerario de Casas de Socorro Municipales, la Administración del Estado tenía conocimiento del ingreso del recurrente en el Cuerpo de referencia y debía haber hecho revocar el acuerdo por el que ingresó en el mismo declarándolo

lesivo con arreglo a las normas de procedimiento contencioso administrativo.

2.^a Infracción de doctrina, por violación de la del Tribunal Supremo, reiterada, entre otras muchas, en las sentencias de 5 de junio de 1935, 9 de marzo y 14 de junio de 1941, etc., etc. La Administración no puede volver sobre sus propios acuerdos cuando son firmes sino mediante los trámites legales adecuados.

3.^a Infracción de la Ley, por violación de la cuarta disposición transitoria de la Ley Municipal de 31 de octubre de 1935, porque habiendo sido éste el fundamento legal que motivó el acto administrativo por el que se le incluyó en el escalafón del Cuerpo de Médicos de la Casa de Socorro Municipal de la ciudad de Las Palmas, no puede ahora la Administración, después de diez años, desconocer derechos adquiridos derivados de los actos administrativos anteriores.

4.^a Infracción del artículo 1.º del Real Decreto de 4 de enero de 1928 (*D. O.* núm. 6), por no habersele aplicado los preceptos contenidos en el mismo, porque habiendo sido movilizizado como soldado cuando desempeñaba su plaza en propiedad, está fuera de toda cuestión, de que deben reconocérsele los derechos establecidos en el referido Real Decreto.

5.^a Infracción del apartado d) de la base primera del Decreto-Ley de Reclutamiento y Reemplazo del Ejército de 29 de marzo de 1924, por no habersele aplicado lo dispuesto en el mismo, que taxativamente preceptúa que el servicio militar no podrá ser origen de perjuicio alguno para los funcionarios de la Administración pública;

Resultando que la Sección de Médicos Titulares informa lo siguiente: que el recurso carece de fundamento legal porque el nombramiento de carácter supernumerario interino acordado por la Administración municipal en el año 1933 para proveer ulteriormente una plaza correspondiente a una escala técnica con carácter numerario o de propiedad sin la garantía de una oposición o concurso se halla en abierta pugna y vulnera los artículos 247 y 248 del Estatuto Municipal de 8 de marzo de 1924 y los artículos 94 y 96 del Reglamento de Funcionarios Municipales de 23 de agosto del mismo año, preceptos vigentes en la fecha del acuerdo, por lo que éste no puede surtir en manera alguna los efectos que pretende el interesado. En apoyo de este criterio, la Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de julio de 1924, base 29, y el artículo 2.º del Reglamento orgánico de 29 de septiembre del mismo año, cuyos preceptos quedaron confirmados por el artículo 161 de la Ley Municipal de 1935, establecen que los nombramientos de funcionarios sanitarios son de la exclusiva competencia del Ministerio de la Gobernación y deberán realizarse con arreglo a las disposiciones ordenadas, por lo que en manera alguna puede acogerse el recurrente a la disposición transitoria cuarta de dicha Ley Municipal que alega como fundamento de su pretensión. Tampoco pueden servir de fundamento a la petición formulada las sentencias del Tribunal Supremo que cita el recurrente, pues en todo caso sería necesario que, además de los reiterados fallos

requeridos, éstos contengan doctrina uniforme y constante, siendo necesario que exista analogía entre los supuestos de hecho, los preceptos legales y fuentes jurídicas respecto de los cuales se creó la doctrina y los supuestos de hecho y preceptos aplicables al caso planteado, cuando sea pertinente aplicar aquella jurisprudencia. No guarda relación alguna la Orden ministerial recurrida con los preceptos de la Ley de Reclutamiento y Reemplazo del Ejército, pues aun admitido que el señor Ramírez, al cumplir el servicio militar, hubiera de incorporarse a la Beneficencia Municipal de Las Palmas, no podría en modo alguno tener lugar aquella incorporación en otra plaza distinta de la de Médico supernumerario interino que tuviera antes de pasar al Ejército y de ninguna manera en una plaza perteneciente a una escala o plantilla de Médicos numerarios, en la que no ha ingresado por no haber cumplido los requisitos fundamentales exigidos para tal ingreso. En consecuencia, la Sección de Médicos Titulares propone la desestimación del recurso;

Resultando que la Asesoría Jurídica, en 29 de abril de 1946, abundando en el mismo criterio que el Consejo Nacional de Sanidad y la Sección de Médicos Titulares, entiende que procede reiterar el criterio anteriormente mantenido por el Ministerio de la Gobernación, desestimando el recurso formulado por don Francisco Ramírez Gil;

Resultando que con fecha 17 de junio de 1946 la Presidencia del Gobierno pasó el recurso a informe del Consejo de Estado;

Resultando que en la tramitación del expediente se han cumplido los trámites establecidos por las disposiciones vigentes;

Vistos: Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de julio de 1934, Reglamentos de 29 de septiembre de 1934 y 15 de febrero de 1943, Ley Municipal de 31 de octubre de 1935, Ley de 18 de marzo de 1944 y demás disposiciones aplicables;

Considerando que la cuestión planteada en el presente recurso de agravios es en síntesis la de que si el recurrente, Médico supernumerario de la Casa de Socorro del Ayuntamiento de Las Palmas, reúne, como pretende, los requisitos necesarios para adquirir en propiedad la plaza que solicita y ser incluido en el escalafón correspondiente;

Considerando que, con arreglo al artículo 161 de la Ley Municipal de 1933, los funcionarios de profesiones sanitarias se atenderán para sus nombramientos, ceses y correcciones a los Reglamentos dictados por el Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad, por lo que no es de aplicación al caso la cuarta disposición transitoria de la citada Ley que invoca el recurrente, y que se refiere, de modo general, a la situación de los funcionarios dependientes especialmente de la Administración Municipal;

Considerando que, con arreglo a la Ley de 11 de julio de 1934 y su Reglamento de 29 de septiembre del mismo año y 15 de febrero de 1943, disposiciones comprendidas en la remisión del artículo 161 de la Ley Municipal de 1935, los nombramientos de los funcionarios sanitarios son de la exclusiva competencia del Ministerio de la Gobernación;



BUCO-PENTAL

en las

AFECCIONES BUCO-FARINGEAS
SUBSTITUYE CON VENTAJA TODAS
LAS MEDICACIONES TÓPICAS

Ayuntamiento de Madrid

BUCO-PENTAL

ES EFICAZ POR DIFERENTES RAZONES

...El gran valor bacteriostático del PENTAL que contiene.

...Mantiene en la cavidad buco-faríngea una concentración elevada y constante de sulfamida.

...Su permanencia en la boca facilita la absorción de la sulfamida por vía sublingual, lo que a igualdad de dosis dobla su eficacia.

...Las saponinas del regalíz que contiene facilitan la dialisis, lo que aumenta por tanto la absorción local.

...Su pequeña dosificación permite la administración por vía oral de sulfamida a dosis refractas.

Y TIENE GRANDES VENTAJAS

...Sabor sumamente grato a todos los niños.

...Por ello constituye un medio excelente de administración de sulfamidas en los niños rebeldes o intolerantes.

...Dosificación pequeña que elimina toda posibilidad de intoxicación, manteniéndolo su poder curativo.

...Substituye definitivamente el engorro y las molestias de los toques, pincelaciones y gargarismos.

...Por su absorción lenta por vía sublingual, elimina toda intolerancia gástrica.

Es un producto de

SOCIEDAD GENERAL DE FARMACIA

ESPLUGAS-BARCELONA-ESPAÑA

Consi
ción de
supernu
tamient
poració
ner má
des que
atribuye
para pa
signació
piedad

Con
situació
current
glamen
pertene
Médico

con ca
blicació
liciten,
aquel
de la f
to y s
rio de

Cons
este de
dejand
que de
mismo

El C
sultado
estima
Franci
terio
que le
zas de
miento
ma au

Lo
letín C
y noti
lo que
Presid

Dio
Mac
Subse
Excm
(B.

DIREC
CIA
gun
za
y A

TEMA

1.º
2.º
3.º
zón,
4.º
sister
5.º
esófa
6.º
dulas

Considerando que, en consecuencia, la designación de que fué objeto el recurrente, de Médico supernumerario de la Casa de Socorro del Ayuntamiento de Las Palmas, por acuerdo de la Corporación de la expresada localidad, no puede tener más efectos que los derivados de las facultades que en tal sentido la Corporación gozaba, no atribuyendo al señor Ramírez Gil derecho alguno para pasar, sin más trámites que el de aquella designación, a ocupar la plaza que solicita en propiedad;

Considerando que precisamente para regular la situación de quienes se hallaban en el caso del recurrente, el apartado b) del artículo 2.º del Reglamento de 15 de febrero de 1943 dispone que pertenecería al Cuerpo Facultativo Nacional de Médicos de Casas de Socorro los que, nombrados con carácter interino con anterioridad a la publicación de la Ley de Coordinación Sanitaria, soliciten, justificando un derecho, su inclusión en aquel Cuerpo en término de dos meses, a partir de la fecha de promulgación del citado Reglamento y sean aprobados como tales por el Ministerio de la Gobernación;

Considerando que el recurrente no hizo uso de este derecho en tiempo oportuno, como debiera, dejando transcurrir los plazos señalados, por lo que debe considerarse firme y consentida para el mismo la Orden de 15 de febrero de 1943,

El Consejo de Ministros, de acuerdo con lo consultado por el Consejo de Estado, acuerda desestimar el recurso de agravios interpuesto por don Francisco Ramírez Gil contra Orden del Ministerio de la Gobernación de 20 de junio de 1945, que le niega el derecho a ocupar una de las plazas de Médico de Casa de Socorro del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria, en forma automática, sin oposición o concurso.»

Lo que de orden de S. E. se publica en el *Boletín Oficial del Estado* para conocimiento de V. E. y notificación al interesado, de conformidad con lo que dispone el número primero de la de esta Presidencia del Gobierno de 12 de abril de 1945.

Dios guarde a V. E. muchos años.

Madrid, 21 de noviembre de 1946.—P. D., el Subsecretario, *Luis Carrero*.

Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación.

(B. O. del E. de 3-XII-1946.)

DIRECCIÓN GENERAL DE BENEFICENCIA Y OBRAS SOCIALES.—*Transcribiendo el cuestionario de preguntas para los ejercicios de oposición a la plaza de Médico jefe del Servicio de Laboratorio y Autopsias del Hospital de la Princesa.*

TEMAS DE HISTOLOGÍA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

- 1.º Autopsia. Biopsia.
- 2.º Técnicas histopatológicas.
- 3.º Histología del sistema circulatorio: corazón, vasos.
- 4.º Histología de los órganos hematopoyéticos: sistema linfático, medula ósea, bazo.
- 5.º Histología de los órganos digestivos: boca, esófago, estómago, intestino.
- 6.º Histología de los órganos digestivos: glándulas salivares, páncreas, hígado.

7.º Histología de los órganos respiratorios: nariz, laringe, tráquea, bronquios, pulmón.

8.º Histología de los órganos urinarios: riñón, vías urinarias.

9.º Histología del aparato genital masculino: testículos, vías genitales, glándulas anejas.

10. Histología del aparato genital femenino: ovarios, vías genitales, placenta.

11. Histología de las glándulas de secreción interna: tiroides, paratiroides, timo.

12. Histología de las glándulas de secreción interna: suprarrenales, hipófisis, epífisis.

13. Histología del sistema nervioso: cerebro, cerebelo.

14. Histología del sistema nervioso: medula, nervios, ganglios.

15. Histología de los órganos de los sentidos: el ojo.

16. Histología de los órganos de los sentidos: órgano del oído, órgano del olfato.

17. Histología de la piel: glándulas anejas, glándula mamaria.

18. Trastornos del metabolismo. Necrosis.

19. Trastornos de la circulación local.

20. Inflamación. Variedades según las formas reaccionales.

21. Inflamación tuberculosa. Diversas formas y su evolución.

22. Inflamación sifilítica. Lesiones de las diversas fases.

23. Inflamación leprosa. Inflamaciones micóticas.

24. Procesos de regeneración y adaptación.

25. Tumores y anomalías. Conceptos y clasificación.

26. Criterios histopatológicos de benignidad y malignidad de las neoplasias.

27. Tumores epiteliales benignos. Quistes.

28. Carcinomas.

29. Tumores conjuntivos benignos

30. Sarcomas.

31. Condromas, osteomas, odontomas.

32. Miomas.

33. Tumores endoteliales y vasculares.

34. Tumores de los tejidos hematopoyéticos.

35. Tumores del sistema nervioso central y periférico.

36. Tumores mixtos.

37. Anomalías.

38. Lesiones degenerativas del miocardio.

39. Lesiones sifilíticas de las arterias.

40. Lesiones de linfogranulomatosis.

41. Tipos de cáncer gástrico.

42. Hepatosis y hepatitis.

43. Lesiones de las colecistitis.

44. Lesiones de las pancreatitis agudas.

45. Lesiones de las distrofias óseas.

46. Tipos de cáncer del pulmón.

47. Lesiones de los procesos bronconeumónicos.

48. Tumores hipernefroides.

49. Lesiones degenerativas del riñón.

50. Hipertrofia prostática.

51. Seminomas.

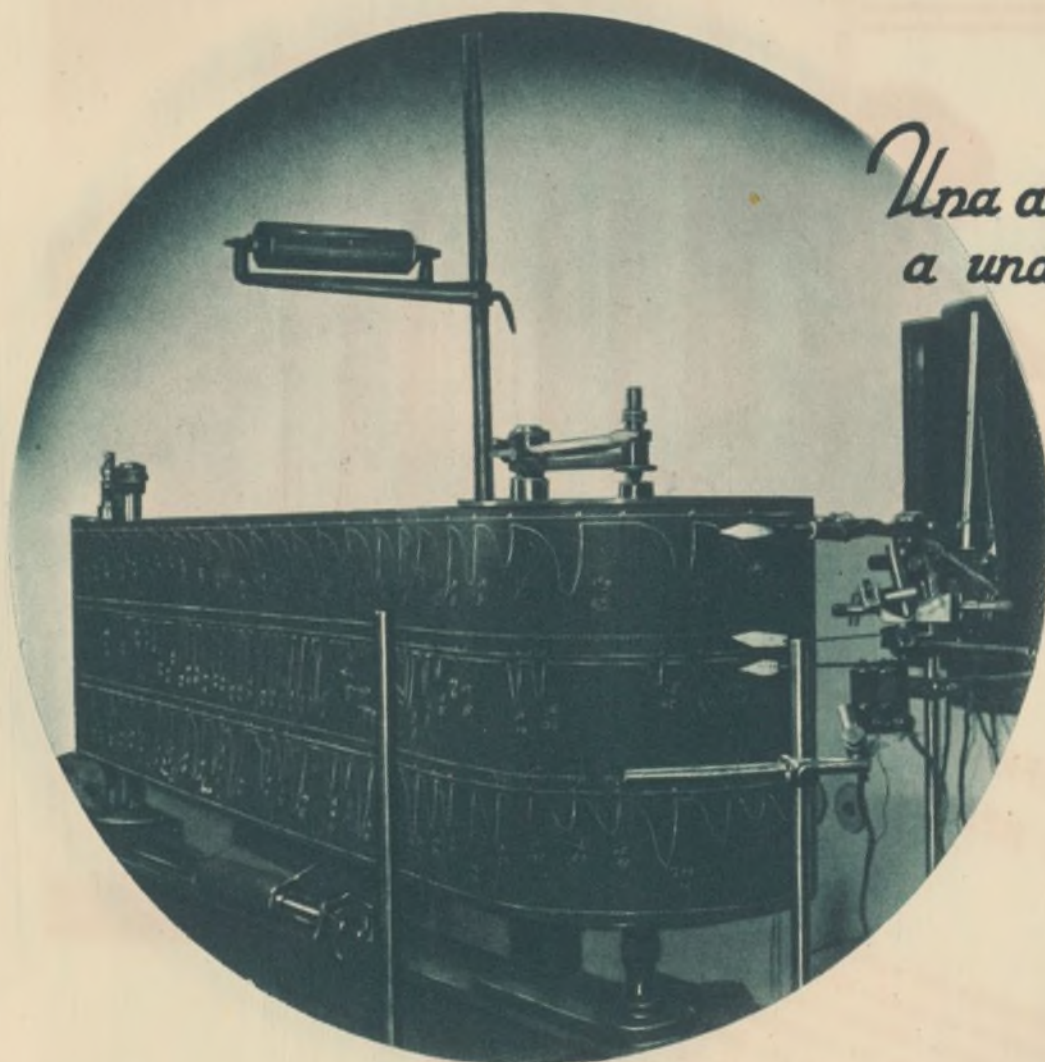
52. Tumores quísticos del ovario.

53. Concepto y clase de hiperplasias del endometrio.

54. Tumores placentarios.
55. Procesos hiperplásicos de la glándula tiroides.
56. Tumores de la hipófisis.
57. Lesiones cerebrales de la parálisis general.
58. Tumores meníngeos.
59. Procesos displásicos de mama.
60. Reacciones tisulares por la presencia de parásitos.

TEMAS DE BACTERIOLOGÍA Y SEROLOGÍA

61. El microscopio en Bacteriología. Microscopio de fluorescencia. Microscopía electrónica.
62. Aparatos de esterilización y de cultivo.
63. Técnica de la determinación de poder anti-séptico de distintas sustancias.
64. Morfología bacteriana. Formas elementales y de asociación.
65. Esporos, cápsulas y flagelos. Inclusiones intraprotoplasmáticas.
66. Metabolismo de los hidratos de carbono.
67. Metabolismo de las proteínas.
68. Medios de cultivo; técnicas generales de su preparación.
69. Ciclo vital de un cultivo microbiano.
70. Técnica general de aislamiento de gérmenes aerobios.
71. Técnicas especiales de aislamiento de aerobios.
72. Técnicas de aislamiento de gérmenes anaerobios.
73. Identificación de un cultivo puro.
74. Toxinas y toxinogénesis.
75. Reacción toxina-antitoxina.
76. Producción de diastasa por las bacterias.
77. Antígenos.
78. Anticuerpos.
79. Inmunidad; concepto y formas.
80. Mecanismo de los procesos inmunitarios.
81. Estructura antigénica de las bacterias.
82. Anafilaxia y alergia.
83. Aplicaciones diagnósticas de los procesos de anafilaxia y alergia.
84. Reacciones antígeno-anticuerpo. Generalidades.
85. Aglutininas y reacciones de aglutinación.
86. Aplicaciones diagnósticas de la aglutinación.
87. Saturación de aglutininas.
88. Obtención de suspensiones bacterianas para las reacciones de aglutinación.
89. Obtención y valoración de sueros aglutinantes.
90. Precipitinas y precipitación.
91. Aplicaciones diagnósticas de las reacciones de precipitación.
92. Opsoninas e índice opsónico.
93. Bacteriolosinas y bacteriolisis.
94. Hemolisinas y hemolisis.
95. Fijación del complemento; concepto general.
96. Elementos que intervienen en las reacciones de fijación del complemento; valoración de los mismos.
97. Poder complementario. Estructura del complemento.
98. La fijación del complemento en el diagnóstico de la tuberculosis.
99. Fijación del complemento en el diagnóstico de la gonococia.
100. Fijación del complemento en el diagnóstico del quiste hidatídico.
101. Fijación del complemento en el diagnóstico de la sífilis; concepto general y elección de técnica en la reacción en suero.
102. Fijación del complemento en el diagnóstico de la sífilis; interpretación de resultados.
103. Fijación del complemento en el líquido céfalorraquídeo en el diagnóstico de la sífilis.
104. Reacciones de floculación en el diagnóstico de la sífilis.
105. Comparación de los resultados obtenidos en las reacciones de floculación y hemólisis en el diagnóstico de la sífilis.
106. Variación bacteriana.
107. Influencia de la variación bacteriana en las reacciones diagnósticas serológicas.
108. Vacunas. Técnicas generales de preparación.
109. Autovacunas.
110. Inoculación a los animales de experimentación como método de diagnóstico. Técnica de la autopsia en los animales inoculados.
111. Género estafilococo; descripción.
112. Diagnóstico bacteriológico de las estafilococias.
113. Género estreptococo.
114. El estreptococo en la erisipela, escarlatina, fiebre puerperal y endocarditis lenta.
115. Diagnóstico bacteriológico de las estreptococias.
116. Género neumococo.
117. Diagnóstico bacteriológico de las neumonías.
118. Diagnóstico rápido del tipo de neumococo causante de una infección.
119. Gonococo.
120. Diagnóstico bacteriológico de la gonococia.
121. Meningococo.
122. Diagnóstico bacteriológico de las meningococias.
123. Bacilo diftérico.
124. Diagnóstico bacteriológico de la difteria.
125. Diagnóstico de portadores de bacilo diftérico.
126. Diagnóstico de susceptibilidad en la difteria.
127. Bacilos proteus y piociánico.
128. Bacilo tuberculoso.
129. Diagnóstico de los distintos tipos de bacilo tuberculoso.
130. Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis. Examen directo del producto y técnicas de homogeneización.
131. Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis. Métodos de obtención de cultivos.
132. Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis. Inoculación a los animales de experimentación.
133. Bacilo de la lepra.
134. Diagnóstico bacteriológico de la lepra.
135. Neumobacilo de Friedländer.



*Una actividad consagrada
a una especialización*

AMINOACIDOS - COMPLEJO B, ELEMENTOS INDISPENSABLES PARA LA NUTRICION

El B-Complex es un complemento indispensable de la alimentación de todos aquellos casos en que por un mayor consumo energético del organismo, crecimiento, embarazo, etc., aumentan las necesidades en vitaminas y aminoácidos. De estos últimos se encuentran presentes en este producto todos aquellos que no son sintetizados por el organismo, siendo por tanto preciso su aporte exógeno (triptófano, histidina, etc., etc.).

Está especialmente indicado en la Gestación, Lactancia, Trastornos digestivos, Astenia, Polineuritis, Estados depresivos, Forunculosis, Eczemas, Enfermedades cutáneas alérgicas, etc.

B-COMPLEX

Se presenta en frascos de granulado conteniendo todos los aminoácidos indispensables para el organismo asociados al complejo vitamínico B, etc.

ALTER - MADRID



STUDIO
ALTER

Ayuntamiento de Madrid

HUECOGRABADO FOURNIER - VITORIA

*Una actividad consagrada
a una especialización*



ANEMIAS REFRACTARIAS A LOS EXTRACTOS HEPATICOS USUALES

Gracias a la obtención del extracto de hígado proteolizado pueden tratarse un grupo de anemias hipercrómicas que eran absolutamente refractarias a los extractos hepáticos corrientes, tales como las anemias que se observan en el embarazo, en el sprue y en las deficiencias nutritivas estudiadas en los trópicos, o anemia de Willy-Evans, etcétera, que demuestran que, además del principio antianémico conocido, existen otros en el hígado fresco indispensables para la hematopoyesis.

Su digestión enzimática hace que el HEPAVITAL PROTEOLIZADO alcance una eficacia antianémica muy superior a la conseguida por otro cualquier procedimiento, reuniendo también este preparado una mayor riqueza de aminoácidos y complejo vitamínico B.



HEPAVITAL PROTEOLIZADO

Frascos de granulado conteniendo el principio antianémico, complejo B y aminoácidos de 1.000 gramos de hígado fresco.

ALTER - MADRID

Ayuntamiento de Madrid

136. Salmonellas. Concepto general.
137. Salmonellas. Estructura antigénica.
138. Colibacilo.
139. Diagnóstico bacteriológico de las salmonelosis. Hemocultivo.
140. Diagnóstico bacteriológico de las salmonelosis. Aglutinación.
141. Diagnóstico bacteriológico de las salmonelosis. Coprocultivo y bilicultivo.
142. Diagnóstico bacteriológico de las intoxicaciones alimenticias por salmonellas.
143. Grupo disentérico.
144. Diagnóstico bacteriológico de la disentería bacilar.
145. Género brucella.
146. Diagnóstico bacteriológico de las brucelosis.
147. Bacilo de Bordet. Descripción y diagnóstico bacteriológico.
148. Bacilo de Pfeiffer. Descripción y aislamiento.
149. Bacteriología de las conjuntivitis agudas.
150. Bacilo del carbunco.
151. Diagnóstico bacteriológico del carbunco.
152. Anaerobios de la gangrena gaseosa.
153. Diagnóstico bacteriológico de la gangrena gaseosa.
154. Bacilo tetánico.
155. Bacilo betulínico.
156. Sífilis. Agente etiológico.
157. Sífilis. Diagnóstico de la misma por investigación del treponema.
158. Asociación fusoespirilar.
159. Virus filtrables. Generalidades.
160. Virus de la rabia.
161. Virus de la viruela y de la vacuna.
162. Virus de la poliomielitis.
163. Rickettsias.
164. Diagnóstico bacteriológico del tifus exantemático.
165. Análisis bacteriológico del pus en general.
166. Análisis bacteriológico del esputo.
167. Análisis bacteriológico de exudado faríngeo.
168. Análisis bacteriológico del jugo gástrico y duodenal.
169. Análisis bacteriológico de las heces.
170. Análisis bacteriológico del exudado conjuntival.
171. Análisis bacteriológico del exudado uretral.
172. Análisis bacteriológico del exudado vaginal.
173. Análisis bacteriológico de la orina.
174. Análisis bacteriológico del líquido céfalo-raquídeo.
175. Análisis bacteriológico de los exudados pleurales y peritoneales.

TEMAS DE ANÁLISIS BIOQUÍMICOS Y MICROGRÁFICOS APLICADOS A LA CLÍNICA

176. Consideraciones generales sobre el valor del análisis de la orina. Caracteres organolépticos de la orina normal y significación de sus alteraciones.
177. Técnicas para la determinación de los com-

ponentes salinos normales de la orina. Significación de sus variaciones.

178. Técnicas para la determinación de los componentes orgánicos normales de la orina. Significación de sus variaciones.

179. Técnicas para la investigación y dosificación de los compuestos albuminoideos en la orina.

180. Técnicas para la investigación y dosificación de los azúcares en la orina.

181. Técnicas para la investigación de la acetona, de los cuerpos cetónicos y de los pigmentos biliares y hemáticos en la orina.

182. Investigaciones más frecuentes de medicamentos en las orinas. Su técnica.

183. Análisis micrográfico del sedimento urinario. Significación clínica de los datos proporcionados por el mismo.

184. Pruebas funcionales del riñón. Crítica de su significación.

185. Análisis químico de los cálculos urinarios y biliares.

186. Pruebas biológicas del embarazo.

187. Técnicas para la determinación del valor nutritivo de la leche. Datos proporcionados por el examen micrográfico de la misma.

188. Técnica del examen micrográfico del esputo y significación clínica de los datos proporcionados por el mismo. La albúminorreacción de Roger.

189. Técnica del examen químico y micrográfico de los exudados peritoneales y pleurales. Significación clínica de los datos proporcionados por los mismos.

190. Técnicas para el examen micrográfico de los exudados faríngeos y nasales. Análisis micrográficos de la saliva y significación de los datos proporcionados por el mismo.

191. Técnicas del cateterismo gástrico. Desayunos de prueba. Prueba de la histamina. Caracteres físicos del jugo gástrico normal y significación de sus alteraciones.

192. Determinación cuantitativa de la acidez gástrica. Determinación de los ácidos orgánicos.

193. Determinación de la pepsina, del cuajo, de la tripsina, de la lipasa y de la amilasa.

194. Técnica del sondaje duodenal. Datos proporcionados por el examen micrográfico de la bilis. Determinación del índice icterico.

195. Pruebas funcionales del hígado y valoración de sus resultados.

196. Análisis de las heces. Preparación del enfermo. Recolección del material fecal. Caracteres macroscópicos de las heces normales y significación de sus variaciones.

197. Análisis de los residuos alimenticios fecales. Técnicas e interpretación de los resultados.

198. Determinación de la reacción y de las albúminas solubles en las heces. Dosificación de la acidez total y del amoníaco.

199. Dosificación de las grasas y de los pigmentos biliares en las heces. Prueba de la fermentación.

200. Examen bacteriológico micrográfico de las heces. Valoración de los datos proporcionados por el mismo.

201. Técnicas para la investigación de los protozoos rizópodos en las heces. Especies encontra-

das en España; su diferenciación y valoración de su poder patógeno.

202. Técnicas para la investigación de los protozoos flagelados en las heces. Diferenciación de las especies encontradas en España y valoración de su significación patógena.

203. Técnicas para la investigación de esporozoarios y ciliados en las heces. Especies encontradas en España y valoración de su poder patógeno.

204. Técnicas para la investigación de huevos de helmintos en las heces. Determinación del número de huevos por gramo de material fecal.

205. Caracteres diferenciales de los huevos de los diferentes helmintos parásitos del hombre.

206. Valor de la investigación parasitológica de las heces.

207. Técnicas para la investigación de ectoparásitos en el hombre. Especies más frecuentes en España y su identificación.

208. Técnicas para el examen micrográfico de pelos y escamas. Hongos patógenos que pueden encontrarse en los mismos en España y su diferenciación morfológica.

209. Técnicas para la extracción de la sangre en el adulto y en el niño.

210. Determinación numérica de los elementos morfológicos de la sangre. Determinación de la hemoglobina. Cronometría. Variaciones patológicas y su significación.

211. Técnicas de la eritrocitometría. Expresión gráfica de sus resultados.

212. Volumen de los eritrocitos. Técnicas para su determinación. Técnica para la determinación de la masa total de la sangre.

213. Técnicas para la determinación de la resistencia de los eritrocitos.

214. La reacción de Fåhræus. Sus técnicas en el adulto y en el niño.

215. Técnicas para la determinación de los grupos sanguíneos.

216. Técnicas de coloración de los elementos morfológicos de la sangre.

217. La coloración vital. Reacción de las oxidasas y peroxidasas. Granulaciones tóxicas de los leucocitos. Técnicas y significación de los resultados.

218. Diferenciación morfológica de los elementos celulares de la sangre. Variaciones patológicas.

219. El hemograma de Schilling. Técnica de su obtención. Significación de sus distintas variaciones.

220. Técnicas para el examen de los órganos hemopoyéticos.

221. El mielograma normal. Variaciones patológicas.

222. El adenograma normal. Variaciones patológicas.

223. El esplenograma normal. Variaciones patológicas.

224. Técnicas para la investigación de los hemoparásitos.

225. El proceso de coagulación de la sangre. Sus fases. Técnicas para su determinación clínica.

226. Técnicas para la valoración del fibrinógeno

no y de la protrombina. Significación de los resultados.

227. Técnica general de la colorimetría. Diferentes tipos de aparatos.

228. Concepto del pH y procedimientos para su determinación.

229. Acidez y alcalinidad de la sangre y sus alteraciones.

230. Técnicas para la valoración de la glucemia. Curvas de glucemia y su significación.

231. Determinación de la urea sanguínea. Técnicas y valoración de los resultados.

232. Determinación de la constante ureosecretoria de Ambard. Prueba de Van Slyke.

233. Determinación del nitrógeno total y residual de la sangre.

234. Determinación del calcio y del cloruro sódico de la sangre.

235. Determinación de la colesteroína, creatina y creatinina de la sangre.

236. Determinación de la bilirrubinemia. Técnicas e interpretación de los resultados.

237. Determinación de la seroalbúmina y de la seroglobulina. Reacción xantoproteica de la sangre. Su significación.

238. Reacciones de Takata-Ara, de serocoagulación del Weltmann, de formol y lactogelificación y reacciones del oro y del benjuí coloidales en la sangre. Interpretación de sus resultados.

239. Técnica de la determinación del amoníaco y de los aminoácidos de la sangre. Determinación del ácido úrico.

240. Determinación del fósforo orgánico e inorgánico y de la fosfatasa de la sangre.

241. Determinación del sodio, del potasio y del hierro en la sangre.

242. Técnicas para la obtención del líquido céfalorraquídeo.

243. Valoración de los datos proporcionados por el examen físico del líquido céfalorraquídeo.

244. Examen citológico del líquido céfalorraquídeo y valoración de sus resultados.

245. Determinación de los componentes albuminoideos del líquido céfalorraquídeo. Valoración de los datos obtenidos.

246. Técnicas para la determinación de la urea, de la glucosa y de los cloruros en el líquido céfalorraquídeo. Significación de las variaciones patológicas.

247. Flocculación de suspensiones coloidales por los líquidos céfalorraquídeos patológicos y valoración de los resultados.

248. Preparación de soluciones valoradas y normales.

249. Examen micrográfico del líquido espermático y de la secreción vaginal. Significación clínica de los datos obtenidos.

250. Técnicas para la preparación del oro coloidal.

Madrid, 28 de noviembre de 1946.—El Director general, *Manuel Martínez de Tena*.

(B. O. del E. de 5-XII-1946.)

PATRONATO NACIONAL ANTITUBERCULOSO.—*Anuncio por el que se hace pública la resolución del concurso convocado para proveer la plaza de Médico encargado de la consulta de Tisiología de Ceuta.*

En virtud de acuerdo de la Junta Central de este organismo de fecha 16 de octubre último, ha sido resuelto el concurso convocado en 1 de agosto del año en curso para proveer la vacante de Médico encargado de la consulta de Tisiología de Ceuta, nombrando para la expresada plaza al concursante don Arturo Más Ramos.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 23 de noviembre de 1946.—El Delegado de S. E. el Ministro de la Gobernación, Presidente, *José A. Palanca.*

(B. O. del E. de 5-XII-1946.)

Anuncio por el que se hace pública la resolución del concurso convocado en 14 de mayo último para proveer Direcciones de establecimientos antituberculosos.

Por acuerdo de la Junta Central de este organismo, adoptado en sesión de 16 de octubre último, ha sido resuelto el concurso anunciado en 14 de mayo del año en curso para proveer diversas Direcciones vacantes en Centros dependientes de este Patronato, habiéndose acordado designar a don Ramón Rodríguez Galindo para la del Dispensario Antituberculoso de Triana, en Sevilla, y declarar desiertas las demás vacantes por no haber concursantes con derecho a ellas.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 23 de noviembre de 1946.—El Delegado de S. E. el Ministro de la Gobernación, Presidente, *José A. Palanca.*

(B. O. del E. de 5-XII-1946.)

DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA UNIVERSITARIA.

Anuncio por el que se rectifica el publicado en el Boletín Oficial del Estado de 12 de noviembre de 1946 sobre provisión de plazas en la Escuela de Medicina Legal de la Universidad de Madrid.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Orden ministerial de 16 del actual, por la que se modifica el artículo 12 del Reglamento de la Escuela de Medicina legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid,

Esta Dirección General ha resuelto:

1.º Que se modifiquen las bases para el concurso-oposición de plazas de la referida Escuela, publicadas en el *Boletín Oficial del Estado* del día 12 del actual mes de noviembre, en el sentido de que pueden optar a la plaza de Ayudante de Química legal los doctores o licenciados en Medicina, Farmacia o Ciencias Químicas.

2.º Que el plazo de presentación de solicitudes para la expresada plaza en el Registro General de este Ministerio sea el de treinta días naturales, que

se contarán a partir de la publicación del presente anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*.

3.º Que habiéndose omitido en el anuncio publicado en 12 del actual dónde han de presentar se las solicitudes para las diversas plazas que componen el concurso-oposición, se entienda que ha de ser en el Registro General de este Ministerio.

Madrid, 16 de noviembre de 1946.—El Director general, *Cayetano Alcázar.*

(B. O. del E. de 9-XII-1946.)

ORDEN de 14 de noviembre de 1946 por la que se rehabilita el nombramiento de Médico segundo del Servicio Sanitario Colonial de los territorios españoles del golfo de Guinea a favor de don José María Limón Miguel.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente incoado a instancias de don José María Limón Miguel, y de conformidad con la propuesta de V. I.,

Esta Presidencia del Gobierno ha tenido a bien acordar la rehabilitación del nombramiento de Médico segundo del Servicio Sanitario Colonial hecho a favor de don José María Limón Miguel por Orden de la Presidencia del Gobierno de 20 de marzo de 1942.

Lo que participo a V. I. para su conocimiento y efectos procedentes.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 14 de noviembre de 1946.—P. D., el Subsecretario, *Luis Carrero.*

Ilmo. Sr. Director general de Marruecos y Colonias.

(B. O. del E. de 6-XII-1946.)

ORDEN de 2 de diciembre de 1946 por la que se autoriza la celebración en la ciudad de Barcelona, durante los días 3 al 10 de mayo de 1947, del XV Congreso Nacional de Odontología.

Ilmo. Sr.: Estimando la importancia científica y profesional que para los Médicos odontólogos y Odontólogos tienen los certámenes científicos que se vienen realizando, y atendiendo la petición de la Comisión Ejecutiva designada por el Consejo General de los Colegios de Odontólogos de España para organizar el XV Congreso Nacional de Odontología,

Este Ministerio ha tenido a bien autorizar su celebración en la ciudad de Barcelona, durante los días 3 al 10 de mayo de 1947, inclusivos, concediéndole carácter oficial, al objeto de que puedan concurrir a dicho Congreso los profesionales que así lo deseen.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 2 de diciembre de 1946.—*Pérez González.*

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 8-XII-1946.)

ORDEN de 4 de diciembre de 1946 por la que se convoca a concurso voluntario de traslado entre Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional el cargo de Bacteriólogo, vacante en el Instituto Provincial de Zaragoza.

Ilmo. Sr.: Vacante en el Instituto Provincial de Zaragoza el cargo de Bacteriólogo, cifrado en el correspondiente presupuesto de la Mancomunidad Sanitaria Provincial,

Este Ministerio, de conformidad con lo prevenido en el artículo 45 del Reglamento de Personal de Institutos Provinciales de Sanidad, con lo propuesto por esa Dirección General y con el parecer emitido por el Consejo Nacional de Sanidad, ha tenido a bien convocar a concurso voluntario de traslado entre Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional que aspiren a ocupar la referida vacante, quienes podrán formular sus instancias dirigidas a esa Dirección General y acompañadas de cuantos documentos justificativos de méritos y servicios deseen alegar, en un plazo que finalizará el día 21 del actual.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 4 de diciembre de 1946.—P. D., *Pedro F. Valladares.*

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 8-XII-1946.)

PATRONATO NACIONAL ANTITUBERCULOSO.—*Convocatoria de concurso para cubrir las vacantes de Direcciones de Centros de este Patronato que se mencionan.*

Vacantes las plazas de Médicos directores del Preventorio Infantil Antituberculoso de Guadarrama (Madrid), Dispensario Antituberculoso Central de Soria y los sanatorios antituberculosos de San José y El Tomillar, de Sevilla (acumuladas), Leza (Alava), Boltaña (Huesca) y Valle de Tena (Huesca), se convoca concurso por la presente para su provisión con arreglo a las siguientes normas:

1.^a Para tomar parte en este concurso será preciso pertenecer al Escalafón de Médicos Directores del Patronato Nacional Antituberculoso.

2.^a Las instancias, dirigidas al excelentísimo señor Presidente del Patronato, se presentarán en el Registro General de éste, en el plazo de veinte días naturales, entendiéndose desestimada toda aquella que, cualquiera que fuese la causa, tuviera ingreso transcurrido dicho plazo.

3.^a Los solicitantes pueden acompañar a su instancia relación de méritos, con sus justificantes.

4.^a En la provisión de las plazas se tendrá presente lo dispuesto en la Orden de 24 de julio de 1944, sobre preferencia de quienes hubiesen ingresado al servicio de la Lucha Antituberculosa en virtud de oposición central, y asimismo lo preceptuado en la de 13 de noviembre de igual año

(Boletín Oficial del Estado del día 26), que establece el tiempo de permanencia mínima en los destinos obtenidos por concurso.

5.^a En el presente concurso pueden solicitarse y ser provistas, en su caso, las vacantes que, como resultas, puedan producirse.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 16 de noviembre de 1946.—El Delegado de S. E. el Ministro de la Gobernación, Presidente, *José A. Palanca.*

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

Disponiendo la sustitución de un vocal de los Tribunales designados para juzgar las oposiciones para la provisión de plazas de Oficiales de la escala técnica del Cuerpo de Funcionarios Administrativos Sanitarios y de Auxiliares Administrativos.

En la imposibilidad, por tener que ausentarse de Madrid, de que don Mariano de Mingo Fernández, Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad, forme parte de los Tribunales designados por circular de 6 del actual para juzgar oposiciones convocadas en 1 de mayo último, para proveer plazas de Oficiales de la escala técnica del Cuerpo de Funcionarios Administrativos Sanitarios y de Auxiliares Administrativos de la correspondiente escala del mismo Cuerpo,

Esta Dirección General ha tenido a bien disponer que el referido Vocal sea sustituido en ambos Tribunales por don Luis Nájera Angulo, Profesor auxiliar de la Escuela Nacional de Sanidad.

Asimismo ha tenido a bien nombrar Vocal suplente del Tribunal para juzgar la oposición a Oficiales del repetido Cuerpo a don Gerardo Robles Baonza, Jefe de Negociado de tercera de su escala técnica.

Lo que se hace público para conocimiento de los interesados.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 21 de noviembre de 1946.—El Director general, *José A. Palanca.*

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

≡ A N Á L I S I S ≡

de ORINAS, en comparación con la normal.

SANGRE, ESPUTOS, EXUDADOS, etc.

Dr. E. ORTEGA, sucesor del Dr. CALDERON

Análisis de aguas mineromedicinales, etc.

FUNDADO EN CARRETAS, 14, EN 1886

Carmen, 12 - MADRID - Teléf. 16388

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 4.218)

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 Censura Sanitaria núm. 4185.)

SANATORIO PEÑA - CASTILLO

(SANTANDER)

SISTEMA NERVIOSO. - APARATO DIGESTIVO. - NUTRICION

ONCE HECTAREAS DE PARQUE. - VARIAS VILLAS

SECCION ESPECIAL PARA TOXICOMANOS

Director: Dr. MORALES.

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 4.219.)



Insulinas Zeltia

EXACTA TITULACIÓN, ESTABILIDAD

INSULINA ORDINARIA

(FRASCOS DE 100 Y 200 U.I.)

PROTAMINA - ZINC - INSULINA

(INSULINA RETARDADA)

(FRASCO DE 200 U.I.)

LABORATORIOS ESPAÑOLES "Zeltia" S.A.



HIPPOCRATES



GALEN



AVICENNA



RASIS



MESVE



ALVNAR
DVSA
FEC
PIT