

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 TRES * 1947

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:

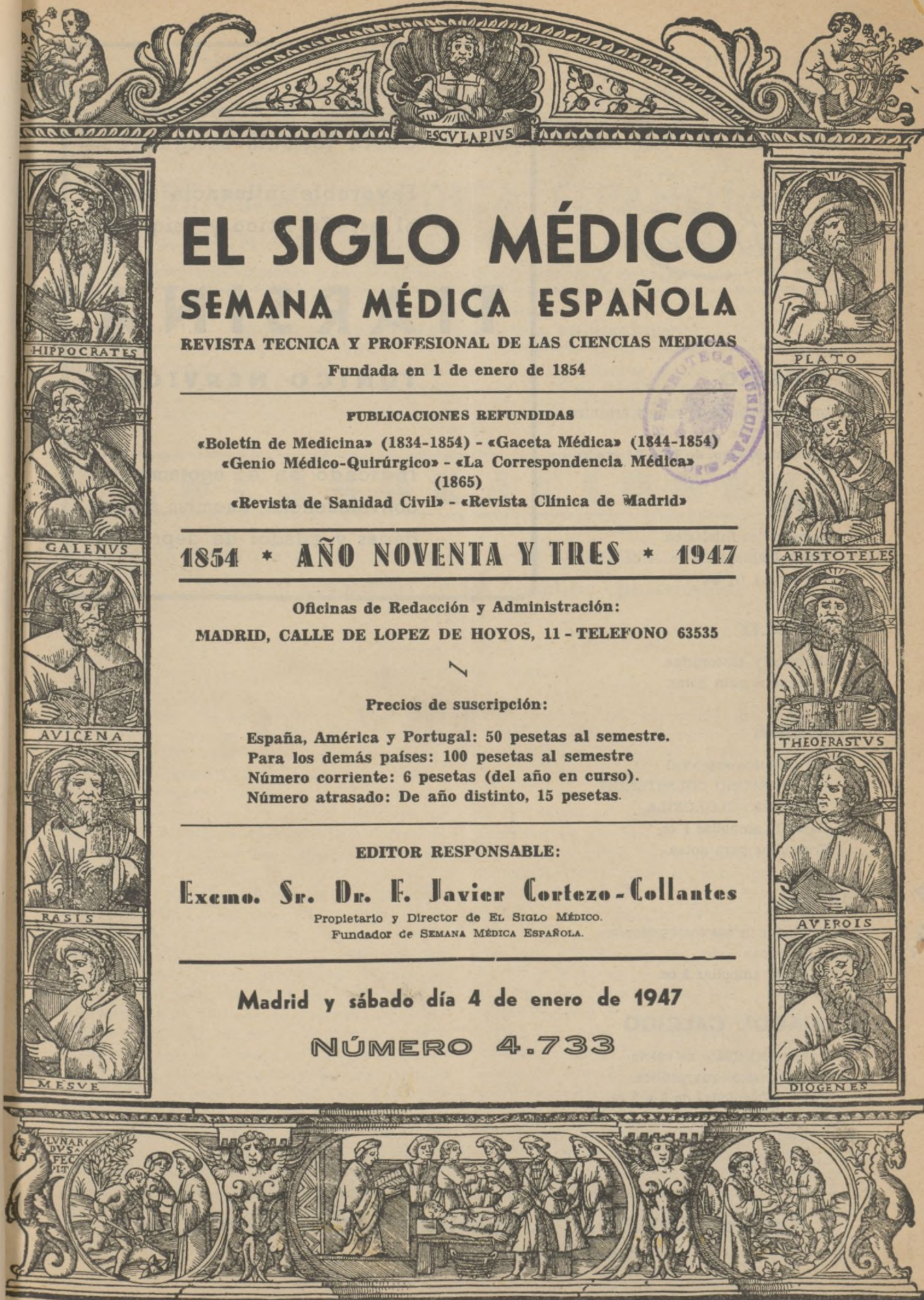
Excmo. Sr. Dr. F. Javier Cortezo-Collantes

Propietario y Director de EL SIGLO MÉDICO.

Fundador de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA.

Madrid y sábado día 4 de enero de 1947

NÚMERO 4.733





IODARSOLO

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

ZIMEMA

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

AGLICOLO

Diabetes y glucosurias.
Frasquitos para gotas.

TIARSINA

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

OXIDAL

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

GUAIACOL CALCICO

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

Rápido y persistente mejoramiento
de la fórmula sanguínea.

Favorable influencia sobre
el estado físico y psíquico.

TIARSINA

TÓNICO NERVIOSO

Indicado en el agotamiento,
convalecencias, anemias secun-
darias y estados de depresión.

Agente: "DYPESA" - Apartado 942 - BARCELONA

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.982.)

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: *Influencia de las deficiencias de nutrición primarias y condicionadas sobre el desarrollo de las hepatitis epidémicas*, por el Prof. E. Oliver. *Hepatitis epidémica*, por el Dr. John R. Paul. DIVULGACIONES NACIONALES: *¿Es beneficiosa o perjudicial la faja elevadora gástrica?*, por el Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *Un gran bacteriólogo*, por el Dr. Robert M. Barton. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

Influencia de las deficiencias de nutrición primarias y condicionadas sobre el desarrollo de las hepatitis epidémicas

por el

Profesor E. OLIVER

Catedrático de Patología médica.

Es innegable que en la etiología de la mayor parte de los casos de hepatitis epidémica no parece que intervengan más factores que los corrientes en cualquiera otra infección (proximidad al foco del contagio, cuantía de la infección, virulencia del germen, etc.), y, por el contrario, parece que la resistencia del sujeto tiene escasa importancia sobre la aparición y el desarrollo de esta infección.

Semejante criterio es llevado a su extremo por algunos autores, tales como WITTS, quien, en junio de 1944, niega no sólo la influencia del cansancio, del frío, del hambre, de la disentería, sino incluso la influencia de los tóxicos (alcohol, arsénico, sulfamidas, etc.) y de las deficiencias de nutrición, y ello tanto en el desarrollo de la epidemia de 1942-43 como en la más reciente de 1944.

Sin embargo, de siempre se viene sospechando por muchos autores antiguos y modernos que las deficiencias de nutrición tienen manifiesta importancia en la aparición y en la gravedad de la hepatitis infecciosa (ved en prueba de ello las recientes recopilaciones de BORRMANN, 1940-43, y de BECKMAN, 1944-45). Un clásico en esta materia como EPPINGER resume su opinión en los siguientes términos: «Los sujetos desnutridos resisten mucho peor los peligros de la ictericia catarral común que los bien nutridos. Asimismo procede

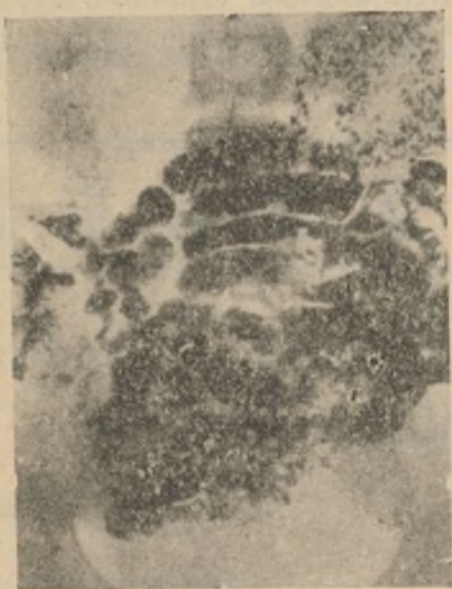
tener en cuenta las correspondientes carencias vitamínicas. Ambos factores deben haber tenido manifiesta importancia en los años que sucedieron a la guerra mundial, durante los cuales menudearon extraordinariamente las observaciones de atrofia aguda del hígado. El único detalle sorprendente es que casi al mismo tiempo también apareciese la atrofia aguda del hígado con carácter epidémico en países no sometidos a las restricciones alimenticias.»

Más recientemente, muchos autores, y entre ellos SNELL y colaboradores (1945), llegan a conclusiones parecidas, y en estos últimos meses LUCKÉ y MALLORY (septiembre de 1946) y nosotros mismos (primavera de 1946) y ECHEVERRÍA (1944) llegamos a las mismas conclusiones.

Por otro lado, la experimentación viene demostrando desde ANDERSEN (1937) que la transmisión del virus de la hepatitis de los cerdos, con aparición de la enfermedad, se obtiene *solamente en animales desnutridos*, y desde hace mucho más tiempo en los animales mal alimentados, se conoce la susceptibilidad del hígado a los agentes hepatotropos (cloroformo, fósforo, tetracloruro de carbono, arsenical, etc.), merced a numerosos trabajos de WELLS (1906), OPIE (1914), WHIPPLE y DAVIS (1919), etc., etc. Posteriormente, se ha visto que las deficiencias del complejo B (GYORGY

y GOLDBLATT (1938-1946), que las deficiencias de aminoácidos y proteínas (RAVDIN y colaboradores (1939), WHIPPLE y colaboradores (1940) crean una mayor susceptibilidad del hígado de los animales a los agentes hepatotóxicos más diversos, sobre todo cuando la deficiencia de proteínas coincide con la de hidrocarbonados, es decir, con hígados grasos.

Se ha visto, además, que el efecto protector de las proteínas está en relación con su «actividad lipotropa», la cual, a su vez, depende de la proporción de metionina en la molécula proteínica correspondiente. Pero hay más: las investigaciones de CALDER (1942) han confirmado recientemente



te que la susceptibilidad del hígado a los tóxicos depende esencialmente de la relación o proporción de la colina de la dieta con los diversos factores del complejo vitamínico B y con la riqueza y proporción de aminoácidos en la misma, y todavía se ha visto una influencia de la hormona sexual femenina sobre las hepatopatías de origen tóxico o dietético, una estrecha relación entre las hormonas sexuales (especialmente los estrógenos) y los factores de la dieta (GYORGY, GOLDBLATT con sus colaboradores (1945-46) y SEIFTER y TOMARELLI (1946). Es bien curioso que el desarrollo de un síndrome hepatorenal de origen tóxico o dietético dependa del balance entre las hormonas sexuales y que algunos tóxicos produzcan precozmente lesiones de nefrosis necrotizantes, las cuales incluso aparecen antes que las lesiones hepáticas, y también es bien curioso que la metionina y las proteínas que la contienen, así como las dietas pobres en grasa, desempeñan o ejercen su papel protector más eficaz y precozmente sobre las lesiones renales que sobre las lesiones hepáticas.

Puesto que en muchas ocasiones la hepatitis aguda mortal con atrofia del hígado es un síndrome hepatorenal (ved, por ejemplo, LUCKÉ (1946), quien la llama «forma fulminante de la hepatitis epidémica»), excusamos decir la impor-

tancia clínica de las observaciones experimentales de GYORGY y colaboradores.

Como se ve, no es fácilmente demostrable en Clínica la influencia de las deficiencias de nutrición sobre la génesis y desarrollo de la hepatitis epidémica. Por ello, creemos que tienen positivo interés las contribuciones que demuestran patentemente la intervención de tales factores. Ahora bien: como se comprende, es necesario para tal fin explorar previa y adecuadamente el estado de nutrición del enfermo y saber que las deficiencias de nutrición *no se traducen en la mayor parte de las ocasiones por ningún síndrome clínico característico*, sino que es necesario explorarlas con medios suficientes. Es ésta precisamente la noción que es necesario introducir entre los médicos de nuestra época.

Pero, además, en vista de que el período de incubación de la hepatitis epidémica puede durar alrededor de un mes, aunque corrientemente sea más corto, es necesario conocer el estado de nutrición del paciente, precisamente durante esta época, para saber si la génesis y el desarrollo de la enfermedad son influidos por tales deficiencias.

Fácilmente se comprende que las oportunidades para hacer observaciones clínicas en esta época de la enfermedad son muy escasas, hasta el punto de que nosotros, en una de 150 observaciones sobre hepatitis epidémica, icterica y anictérica realizadas desde 1939, sólo hemos podido estudiar las deficiencias de nutrición en fase preictérica en siete casos, siquiera en algunos más conociéramos la historia clínica y el estado de nutrición durante los meses precedentes. Estos casos poseen por sí mismos un valor demostrativo extraordinario, y por ello nos parece oportuno reseñarlos.

CASOS CLINICOS

M. B. de Post, cuarenta años. Madrid. Desde diciembre de 1945 viene siendo explorada por un síndrome neuropsíquico de «angustia», con opresión precordial y pequeños desmayos, el cual se acompaña de una hepatoenteropatía con estreñimiento y coledisquinesia.

Dicho síndrome se ha exacerbado durante estos últimos meses por la aparición de la menopausia. Esta, no sólo ha exagerado la coledisquinesia y el estreñimiento, sino que ha hecho total la aclorhidria.

Un mes antes de la aparición de la ictericia conjuntival y del aislamiento del virus en las heces, las deficiencias de nutrición son las siguientes:

Deficiencias del complejo B.—Factor antianémico: eritrocitos, 4; D. m., 8,2 micras; linfocitosis, 36 por 100; aclorhidria histaminorresistente y ligera glositis. *Síndrome de hipotiaminosis*, caracterizado por S. C. V., en el que resalta la hipotonía y la depresión de los espacios S. T. en la segunda y tercera desviaciones y aplanamiento de T. en segunda. Síndrome neuropsíquico de tipo neurasténico con angustia. Enteropatía del delgado leve (pauta borrosa y copos gruesos) y curva de glucemia de tipo diabetoide (90 milímetros en ayunas, 250 milímetros por 100 a la media hora y 140 milímetros por 100 a las dos horas).

No existe hipovitaminosis A por haber sido tratada específicamente, pero sí es muy pronunciada la *hipovitaminosis C*.

La *evolución* de la hepatitis de este caso no presentó ninguna peculiaridad en cuanto se refiere a duración de la fiebre de la ictericia de la hepatomegalia ni de los demás síntomas. Solamente el adelgazamiento fué más pronunciado de lo que es costumbre encontrar, y el síndrome neuropsíquico se agravó, apareciendo algias en los miembros inferiores una vez que había cedido la hiperbilirrubinemia y la indoxiluria.

Es muy posible que la insuficiencia de estrógenos previamente registrada (menos de 20 unidades en fase premenstrual, según el doctor ANDOLZ), junto con la deficiencia del complejo B, ya existente, contribuyera a exagerar los síntomas de tal deficiencia, y por ello diera lugar a la aparición de la neuropatía y a la exageración del síndrome neurasténico que ya aquejaba la paciente.

M. C., cuarenta y cinco años, ingeniero. Síndrome de insuficiencia gonadal crónica con síndrome neurasténico típico. Viene siendo tratado con testovirón (15 miligramos por semana) y con vitamina A (3.000 unidades darias).

Con ocasión de aparecer una estafilococia cutánea, se acentuó la astenia, y entonces fueron exploradas las deficiencias de nutrición con los resultados siguientes:

No hay hipovitaminosis A, según el umbralómetro de Costi (sin duda, por el tratamiento realizado).

Hipovitaminosis C.—Prueba de Ralli y colaboradores: eliminación de 10 miligramos en diez horas.

Hipovitaminosis del complejo B.—Factor antianémico: anemia macrocitaria de 3,8 por 100, con 78 por 100 de Hb. y D. m. de 8,5 micras: B. l. r. de 3,1 por 100, con R directa.

Deficiencia de proteínas: fracción albuminoidea, 3,2 gramos por 100; fracción globulínica, 3,2 gramos por 100; proteínas totales, 6,5 gramos por 100.

Reacción de Takata, dudosa. Protrombina, normal.

Veinte días después de esta exploración, nueva exacerbación de la astenia y aparición de la hiperbilirrubinemia (1,8 miligramos por 100) y de la bilirrubinuria, seguida de intericia conjuntival, y sólo de muy ligero tinte cutáneo. Aparición de disbacteriosis intestinal con presencia de paracoli en bilis y en heces. La acolia no fué total; pero, a pesar de ello, la enteropatía del delgado es evidente, la hipocolétesis manifiesta y la zona hepatovesicular hipersensible.

A pesar de la manifiesta levedad de la infección por el vi-

rus (éste fué encontrado en las heces por el doctor SANZ IBÁÑEZ merced al método de la alantoides de gallina), este caso experimentó una recidiva y exacerbó el síndrome neuropsíquico, el cual, a pesar del tratamiento intensivo, ha durado varios meses.

Observaciones sobre este caso.—Téngase en cuenta que, aunque en este caso las deficiencias de nutrición precedieron claramente a la exteriorización de la hepatitis epidémica, pueden haber contribuido a la infección por el virus, no sólo las deficiencias de nutrición (probablemente sintomáticas de una hepatopatía ya existente), sino la insuficiencia adrenogonadal o, simplemente, gonadal, que el enfermo padecía (recordad las experiencias de GYORGY y colaboradores). Es muy posible, asimismo, que la estafilococia exacerbara su hepatoenteropatía, y ésta, a su vez, las deficiencias de nutrición, y que la conjunción de estos tres factores hiciera más susceptible el medio intestinal a la invasión por el ultravirus. Recordemos que la vía digestiva tiene muchas probabilidades de ser la que sigue con más frecuencia este virus.

La evolución de la enfermedad en el paciente que comentamos revela claramente la sucesión de dos ciclos en la sintomatología de esta hepatitis epidémica infecciosa. En efecto; no sólo la hiperbilirrubinemia experimentó dos brotes perfectamente definidos y bien separados por una fase de colemia casi normal, sino que la coléresis y la enteropatía experimentaron, asimismo, dos ondas patológicas separadas igualmente por un intervalo normal. La desaparición del virus de las heces poco después del segundo brote no permite asegurar si este último fué o no una verdadera recidiva de la infección o si se trató de un brote alérgico.

(Continuará.)

HEPATITIS EPIDÉMICA

por el

Doctor JOHN R. PAUL

En el *Bulletin of the N. York. Acad. of Med.* Abril de 1946.

La hepatitis infecciosa tiene hoy interés especial, porque puede muy bien ser llamada una de las enfermedades de la segunda guerra mundial, del mismo modo que la influenza pandémica fué una de las enfermedades de la primera. Ambas, la influenza y la ictericia epidémica, eran conocidas desde hacía centurias; pero no seríamos completos si no dijéramos que fueron origen de muchos e inesperados disgustos en ambas guerras. La Historia debe ser recordada, porque parecería extraño que una enfermedad, tan co-

mún en muchas partes del mundo, pueda haber seguido tan mal definida y tan mal comprendida durante largo tiempo, sobre todo en este país. El cuadro todavía no está perfectamente esclarecido, pero brota el hecho de que la hepatitis infecciosa ha sido enmascarada con una variedad de nombres, entre los cuales pueden recordarse: 1.º, ictericia catarral; 2.º, atrofia amarilla aguda del hígado; 3.º, enfermedad de Weil, y 4.º, sero-ictericia.

Antes de intentar decir cuanto se incluye en

esos cuatro apelativos de la hepatitis infecciosa, parece discreto presentar un apunte clínico de esta enfermedad para que quede mejor sentado cuanto discutimos. En primer lugar, el término hepatitis infecciosa se refiere a la misma enfermedad que los ingleses llaman hepatitis infectiva y otros ictericia epidémica. Como su nombre indica, se trata de una enfermedad infecciosa. Aparece esporádicamente o en epidemias grandes o pequeñas. Son tradicionales los brotes familiares; la enfermedad se presenta en un miembro de la familia, y pasado un mes, en otros parientes. Los primeros síntomas señalan un trastorno en el tramo gastrointestinal superior; la lesión del hígado se evidencia luego. Clínicamente, el cuadro es semejante al de una ictericia catarral, con una clara división en dos fases: preictérica e ictericia. Estas dos fases tienen síntomas y signos característicos. El período preictérico, que puede durar de cinco a diez días, suele manifestarse por anorexia, náuseas, fiebre y trastornos intestinales. La fórmula leucocitaria ofrece una leucopenia, seguida por un aumento anormal de linfocitos, y desde éste y otros puntos de vista la hepatitis infecciosa tiene algunas características comunes con la mononucleosis infecciosa. En este período no suele haber aumento del hígado, pero sí lo hay de los ganglios linfáticos cervicales y de bazo. El período icterico que le sigue puede durar de dos a diez semanas. Suele haber ictericia; pero, a pesar del nombre, la ictericia clínica no es esencial; hay casos ligeros que no la presentan. Los síntomas corrientes del período icterico consisten en molestias intestinales en forma de dolor en el epigastrio o en el cuadrante superior derecho, náuseas continuas, aumento y tensión del hígado y heces decoloradas y hasta blancas. Antes de que se presente la mejoría hay gran pérdida de peso. La numeración de los glóbulos blancos en este período da cifras normales, el pronóstico es bueno, porque esta enfermedad es raras veces fatal (alrededor de un 2 por 1.000 en los adultos). En muchos de los casos fatales se ha encontrado una destrucción extensa y difusa del hígado—el cuadro de la atrofia aguda amarilla del hígado.

Pero no es mi objeto dar una descripción de libro de texto a esta enfermedad, sino revisar su historia hasta el comienzo de la segunda guerra mundial, y volver a recogerla después, porque parece que se ha hecho casi tanta historia de la hepatitis epidémica desde 1940 como se había escrito en la era precedente. En verdad que la guerra ha sido responsable del ímpetu dado a la investigación de esta enfermedad.

En mi revista histórica me apoyaré en diversos orígenes, sobre todo en la obra de COCKAYNE, un médico inglés que publicó un tratado en 1912 con el título *Ictericia catarral, ictericia epidémica y sus relaciones con la atrofia aguda amarilla del hígado*.

Los tres estados que se incluyen en el título representan para el autor una y la misma enfermedad. En esta tríada, la ictericia catarral tiene la historia más antigua; parece haber sido conocida de escritores griegos y romanos. Adquirió pronto la categoría de una entidad clínica, y todavía es considerada por muchos como una enfermedad «respetable». Sus principales atributos son su distribución esporádica y su probable no contagiosidad. Su curso clínico dura de tres a seis semanas y no es fatal. Si se cambiaban esas características había la tendencia a cambiar el nombre; es decir, si se presentaban muchos casos, la ictericia catarral se convertía en ictericia epidémica; si el curso era breve, se podía llamar influenza biliosa, y si era largo, tifoidea biliosa, y si fatal, hepatitis tóxica o atrofia aguda amarilla del hígado.

La patología de la ictericia catarral ha sido fundada bastante correctamente en el concepto de la duodenitis como lesión primaria. Pero, según lo sugería el nombre, la ictericia era obstructiva y debida a un pelotón de moco localizado en el conducto común o en la ampolla de Vater. Hay pocos datos sobre este pelotón, porque raras veces mueren los enfermos con ictericia catarral y los patólogos no tienen oportunidad para realizar las necropsias.

El maestro de los anatomopatólogos, VIRCHOW, tuvo uno de esos casos en 1865 con un acúmulo mucoso en la porción terminal del conducto biliar. Algunos otros refirieron observaciones análogas y convencieron a muchos de que «los casos de verdadera ictericia catarral pueden ocurrir como consecuencia de una colangitis ascendente o consecutivos a cambios inflamatorios en estructuras como las del páncreas y de los ganglios linfáticos en íntima relación con los conductos biliares».

Otros autores tienen un concepto opuesto de la ictericia catarral, a la que suponen debida a una hepatitis consecutiva a una infección sistemática más que a un taponamiento de los conductos biliares. Según RICH, entre 11.500 autopsias llevadas a cabo en el John Hopkins Hospital durante cuarenta años, no se encontró un solo caso en el cual el diagnóstico de ictericia catarral pudiera ser considerado como exacto. Dice: «Cualquiera que pueda ser la patogénesis de este estado (que probablemente representa un *mélange* de tipos de ictericia benigna de distintas etiologías), los datos proporcionados por los laboratorios son, evidentemente, los de ictericia por regurgitación como opuestos a los de ictericia por retención. Así, actualmente, la nomenclatura general de la ictericia catarral se traduce esencialmente en un concepto clínico de etiología desconocida y de patología que no puede satisfacer en cuanto al hígado hace relación.»

Otra enfermedad en la tríada de COCKAYNE era la atrofia amarilla aguda del hígado. Esta tiene una historia larga que llega hasta BALLONIUS, antiguo médico francés, a quien se supone primer expositor de la fiebre reumática. El término tan engorroso de «atrofia amarilla aguda», al cual suele añadirse el adjetivo «idiopática», falla en cuanto a la indicación de la naturaleza de la enfermedad y de su etiología, y así continuó la situación durante muchos años. Este término anatómico se ha prodigado en los casos en los cuales un agente desconocido causaba rápidamente gran destrucción de las células hepáticas. También aquí se reúnen varios tipos de lesión hepática, debidos a una variedad de causas que incluyen la ictericia catarral, la hepatitis infecciosa y venenos químicos.

Pero llegamos a un grupo definido de enfermedades cuando empezamos a examinar la hepatitis infecciosa o la ictericia epidémica o el *icterus epidemicus*. La referencia más antigua de este grupo epidémico llega hasta HIPÓCRATES; mucho después se generaliza su conocimiento, que viene de Europa a mediados del siglo XVIII. Desde entonces se pueden recordar muchos brotes. Esta enfermedad tiene una larga historia militar, porque es un viejo y muy mal enemigo de los campamentos. Fué padecimiento muy frecuente en América entre las tropas federales durante la guerra civil, y también lo ha sido en muchas guerras sucesivas, particularmente en la primera guerra mundial.

En el siglo XIX se hizo evidente la existencia de dos variedades de ictericia epidémica: la leve y la grave. La forma grave fué diferenciada por WEIL en Alemania en 1886, que describió esta enfermedad, a la que dió su nombre. Puede ser claramente distinguida de la hepatitis infecciosa como una infección grave con mortalidad elevada. Se ha culpado a la rata de su extensión. El descubrimiento de su etiología por espiroquetos hecho por autores japoneses en 1914, pareció fascinar a los estudiantes de la ictericia epidémica de aquella época. Ese entusiasmo se comunicó al doctor NOGUCHI, quien sostuvo que la fiebre amarilla (debe querer decir ictericia febril.—N. del T.) se debía a un leptospira. De todas maneras, la influencia de este descubrimiento fué tal, que el término hepatitis infecciosa se hizo, con el tiempo, sinónimo del de enfermedad de Weil, y durante veinticinco años la mayoría de los libros de texto más importantes de América (desde 1920 a 1930) eliminaron de sus sumarios el término hepatitis infecciosa, sustituyéndolo por el de enfermedad de Weil. Esta confusión puede ser atribuida, en parte, al hecho de que había referencias equivocadas sobre el encuentro de espiroquetos (*Leptospira icterohaemorrhagiae*) en la sangre en los casos clínicos. Hoy sabemos que muchos investigadores se equivocaron al encon-

trar en la sangre formaciones que tenían una semejanza misteriosa con espiroquetos vivos. Es importante la diferencia entre la enfermedad de Weil y la hepatitis infecciosa por la diferencia en la frecuencia de estos dos tipos de enfermedades del hígado; así, por ejemplo, en el Estado de Connecticut, la enfermedad de Weil constituye una extraordinaria rareza, mientras pueden verse al año cientos de casos de hepatitis infecciosa. Los datos para distinguirlas entre sí son: en la enfermedad de Weil hay leucocitosis, mientras en la hepatitis la fórmula leucocitaria tiende a permanecer normal, excepto al principio, que hay leucopenia. Además, la enfermedad de Weil puede ser diagnosticada al principio por la inoculación en el conejillo de Indias, y en la convalecencia por las pruebas serológicas adecuadas.

Otro motivo de confusión de la hepatitis infecciosa durante la primera guerra mundial, y algún tiempo después de ella, fué la forma biliosa de la fiebre tifoidea (*typhus biliosus*), descrita ya en 1864, y luego la forma biliosa de la influenza, que sugieren más bien un estado icterico que una entidad clínica. El enlace con la fiebre tifoidea o paratifoidea y con la disentería tiene lugar, porque la ictericia epidémica suele ocurrir en muchos casos de infecciones intestinales. Esta verdad se puso de manifiesto durante la primera guerra mundial en 1916 en la campaña de los Dardanelos, en la que los médicos franceses observaron una epidemia militar de fiebre tifoidea que terminó en ictericia epidémica; de hecho se hizo una tifoidea de forma biliosa. En la sangre de los enfermos de esta epidemia se hallaron las bacterias del grupo paratifoideo, como si fueran sus anticuerpos específicos. Entonces se dijo que estas razas atípicas del grupo paratifoideo o de salmonella (ordinariamente *Sal schottmuellen*) habían adquirido nuevas características y logrado una «capacidad icterógena». Estos hechos pueden ser despreciados, pero no deben ser olvidados. Pueden ser justificados ante la nueva luz proyectada por un importante descubrimiento en el cual se ha aislado la salmonella en la sangre de dos casos humanos experimentales de hepatitis inducida por virus. Los hombres que se sometieron voluntariamente a este experimento vivían en una institución en la cual era frecuente la salmonellosis. La bacteriemia fué considerada en estos casos como un ejemplo de infección secundaria. Como tal, podía ser considerado el aspecto etiológico de esta salmonella desde el mismo punto de vista en que podemos considerar el bacilo como causa de la influenza en un caso de influenza A o B.

Hoy no podemos comprender el enlace con la influenza. Hay muchos casos de hepatitis infecciosa en los cuales no se presenta nunca la ictericia. Pueden ser tan comunes en algunas epi-

demias que la proporción de los casos ictericos sea a los no ictericos, como de 1 a 1 y hasta menos. Los síntomas de los casos no ictericos no son muy determinados, pero incluyen la fiebre, el malestar y los vómitos. Tales casos pueden haber sido confundidos fácilmente con la influenza, especialmente si se emplea el calificativo «gripe intestinal». Si son frecuentes al principio de cualquier epidemia, y no es raro ver que el concepto de forma biliosa de la influenza se hace popular.

Esta era la idea, más bien confusa, que se tenía de la hepatitis infecciosa en 1920. BLUMER fué uno de los primeros en los Estados Unidos que defendió la identidad de la hepatitis infecciosa, y dijo que era un padecimiento común. Creía que la ictericia catarral era la forma esporádica de la hepatitis infecciosa. Sólo hace muy poco tiempo se han aceptado esos conceptos por un número creciente de clínicos en Inglaterra, en Europa y en este país, preferentemente por MOLNER y MEYER, de Detroit,; el último describió una gran epidemia de ictericia que no era debida al espiroqueto de la enfermedad de Weil. Prueba de ello es que la comprobación serológica de la enfermedad de Weil resultó negativa y negativos resultaron también los datos serológicos en la mayoría de los casos de hepatitis infecciosa, algunos de los cuales hubieran sido clasificados como de enfermedad de Weil antes de estas pruebas diagnósticas.

Esto nos lleva a la segunda guerra mundial (un hito en la historia de la hepatitis infecciosa). Nuestro primer contacto con este segundo capítulo tiene lugar muy poco después de la entrada de los Estados Unidos en la guerra, cuando en el Ejército de este país se encontró, al principio de 1942, un brote numerosísimo de ictericia de origen desconocido. Esta nueva variedad de ictericia no permaneció largo tiempo sin ser identificada: pronto fué reconocida como la ictericia serohomóloga, descrita por FINDLAY y MAC COLLUM en 1937 y después por otros, pero era poco conocida hasta 1942. La ictericia del suero es una enfermedad artificial extendida como consecuencia del transporte del virus causal de un individuo a otro cuando la sangre infectada parece haber sido sacada con el fin de usarla en la transfusión o como suero inmunizador o como en los casos entonces observados, en que se empleaba para estabilizar la vacuna de la fiebre amarilla. Este virus es similar, pero no idéntico, al de la hepatitis infecciosa, y lo mismo puede decirse del cuadro clínico.

Las dos enfermedades parecen ser primas entre sí. Es también probable que algunos casos de «ictericia del suero» representen sólo una transmisión artificial de una hepatitis infecciosa, aunque no se pueda decir que todas las ictericias del

suero pertenezcan a esa categoría. Los agentes de ambas enfermedades son filtrables, ambos son resistentes a un calor de 56°, ambos son incapaces de infectar a ningún animal de laboratorio conocido, y los dos causan ictericia cuando se inyectan por vía parenteral en los humanos. Pero en la ictericia infecciosa hay un período de incubación relativamente corto (veinticinco días), y en la ictericia del suero este período es más largo (sesenta a ciento cincuenta o más días). Un ataque de ictericia del suero no produce inmunidad contra la hepatitis infecciosa. Hay, además, entre las dos enfermedades una diferencia, por lo menos, experimental; es inútil el intento para recoger el virus en el curso del corto período de incubación de un individuo infectado experimentalmente con hepatitis infecciosa, mientras que en el período mucho más largo de incubación de la ictericia del suero de virus parece circular por la sangre durante semanas. En un caso se le encontró sesenta días antes de la presentación de la ictericia. Esto significa que en individuos aparentemente sanos hay largos períodos en los cuales su sangre es infecciosa. Estos *portadores preenfermedad* representan cierto peligro para la comunidad si es que llegaran a ser donantes de sangre o si asisten a una clínica donde se practiquen sistemas de inmunización. El enfermo con hepatitis infecciosa activa ya no es tan peligroso, porque aunque sea infeccioso, mientras está enfermo, sus síntomas son suficientes para poner en guardia a todos los médicos contra el empleo de su sangre en todos los casos en los cuales ésta hubiera de usarse. La importancia de todo esto reside en que ha habido muchos casos de ictericia del suero como consecuencia de transfusiones o de inyecciones profiláticas de suero contra el sarampión o las parótidas u otras enfermedades por virus, y parece que también por el uso de jeringuillas mal esterilizadas. La ictericia del suero puede, por tanto, ser una variante de la hepatitis infecciosa, sobre la cual hemos aprendido por el camino más amargo.

Pero por muy desgraciados que hayan sido estos ensayos, facilitan la vía para llegar al concepto de la aceptación del hombre como animal de experimentación en una enfermedad en la cual no puede aprovecharse ningún animal. El uso de voluntarios humanos durante estos últimos años ha aumentado positivamente nuestro conocimiento de estas dos enfermedades, ictericia del suero y hepatitis infecciosa.

Esto nos retrotrae a la hepatitis infecciosa de 1940 y de la última guerra y al problema de su inesperada presentación y arraigo en algunas zonas militares. Tal enfermedad era y es bastante común en Europa y en otros lugares; pero fué en la zona mediterránea donde tuvo su mayor importancia militar. Aquí, en 1941 y en los tres in-

viernos sucesivos, hubo muchísimos casos en las tropas británicas y americanas. No hay razón suficiente para creer que esta enfermedad fuera distinta de la observada en otros países y de la que pareció florecer en el Oriente Medio y en el litoral mediterráneo en 1916. En este tiempo (1940 al 43) se supuso era transmitida por infección de gotitas (por las vías respiratorias), aunque no todos lo creyeron así. Actualmente la cuestión del modo de propagarse esta enfermedad es de fundamental importancia militar, y necesita ser establecido cuanto antes un criterio, porque el conocimiento del modo de propagarse la enfermedad es la base sobre la cual ha de fundarse su prevención.

En esa parte dicha del mundo, es decir, en Egipto, Norte de Africa, Sicilia e Italia, esta enfermedad, hepatitis infecciosa, predominó entre las tropas, y allí fué donde se hizo gran labor investigadora. Las informaciones preliminares derivadas de la experiencia militar británica en el Oriente Medio fueron utilísimas. La obra de VAN ROOYEN y GORDON y la de CAMERON nos ayudó de manera especial. Hay también que rendir un tributo al Servicio de Medicina Preventiva de la Oficina de Cirugía General, especialmente porque tuvieron la idea de asignar pequeños grupos de investigadores para estudiar estos problemas en el mismo campo de la enfermedad. También debe agradecerse que el departamento médico de los teatros de operaciones del Norte de Africa y del Mediterráneo en 1943 al 45 señalara, para aclarar este problema en Italia, oficiales médicos verdaderamente capacitados. Finalmente, debe recordarse la parte representada por muchos voluntarios que se ofrecieron como objetos (dice sujetos, pero debe decir objetos), de estudio en estos casos.

Como resultado de estas investigaciones en el ejército, se han afirmado los siguientes hechos, de los cuales algunos son nuevos y otros antiguos, pero mejor estudiados. La enfermedad ha sido reproducida repetidas veces en el hombre, ya por la inyección, ya por la administración del agente etiológico, considerado ahora como un virus. Este virus no ha sido «aislado», en el sentido de que haya sido visto o cultivado o transmitido a los animales de laboratorio, porque los ensayos, muchas veces repetidos, hechos en toda especie de roedores y de monos y hasta chimpancés, han sido negativos. Pero muchas de sus propiedades han quedado bien conocidas, empleando el hombre como animal de experimentación. Este virus es un agente filtrable y resistente al calor de 56° durante media hora, y también lo es a la clorinización (una parte de cloro por millón) (VEEJE y otros). Probablemente ha sido hallado en el agua potable.

Entre las alegaciones de resultado positivo con-

seguido en la transmisión al hombre se hallan las de VOEGT, en Alemania, publicadas en 1944. Faltan detalles, pero VOEGT dice que ha infectado a algunos pocos voluntarios alimentándoles con líquido duodenal, orina y sangre. Los estudios británicos se llevaron a cabo en Palestina un año después por CAMERON, cuando se inyectaron intramuscularmente seis soldados británicos con sangre completa procedente de casos de hepatitis. Después de un período de incubación irregular se lograron algunos casos de ictericia.

Un año después apareció en Inglaterra una breve nota de MACCALLUM y BRADLEY, quienes hallaron el virus en las heces, y observaron que esta enfermedad puede ser transmitida a artríticos, quienes, voluntarios para estos experimentos, injirieron ese material. Estos resultados fueron duplicados con independencia y mejorados por HAVENS y sus colaboradores en los laboratorios de la Comisión de virus neurotrópicos, establecidos primero en Egipto, en El Cairo, y después en los Estados Unidos, en la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale y después por NEEFE, STOKES y REINHOLD, de la Comisión de Sarampión y Paperas de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania. La raza usada por HAVENS fué recogida de un soldado enfermo en Italia, y con esa raza de virus de hepatitis infecciosa se averiguó que esta enfermedad podía ser reproducida fácilmente en el hombre por vía experimental, usando la ruta oral, es decir, alimentando con las heces infectadas o pulverizando tal material en las vías nasofaríngeas. Análoga hepatitis infecciosa pudo conseguirse alimentando con suero infectado o dándolo por vía parenteral. En ambos casos, el período de incubación oscilaba entre los veinte y treinta días y se lograba la infección en el 60-66 por 100 de los casos estudiados. También se vió, en experimentos sucesivos, que sólo en el período agudo activo de la enfermedad era cuando podía ser hallado el virus en la sangre y en las heces, y no en el período de incubación o en el de convalecencia. Los experimentos hechos en nuestro país para hallar el virus en los lavados de la nasotaringe o en la orina, han dado resultados negativos. De las observaciones experimentales hechas se deduce la convicción de que el circuito intestino-oral es una de las rutas naturales de expansión de la enfermedad, y esto, unido a las observaciones de campaña, según las cuales esta enfermedad florece donde la higiene del campo militar es mala, y de que han sido descritos casos de infección llevados por las aguas, hace suponer que esta enfermedad pueda ser considerada como perteneciente al grupo de las entéricas, de las intestinales, hasta que se demuestre lo contrario.

Finalmente, acaso el más útil de los descubrimientos hechos por los miembros de la Comisión

del ejército, en relación con esta enfermedad, sea el llevado a cabo por STOKES y NEEFE, de que esta enfermedad puede ser prevenida, como el sarampión, por la inyección durante el período incubatorio de globulina gamma. Teniendo en cuenta el largo período de incubación (alrededor de los veinticinco días), la hepatitis infecciosa es una enfermedad que se presta muy bien para este tipo de inmunización pasiva. Esto permite un período de unos setenta días después del momento de exposición, durante el cual la inoculación puede ser efectiva. Dada dentro de los seis días después de aparecidos los síntomas, hay menos probabilidades de prevenir el ataque que si se da en cuanto éste empieza. Tal descubrimiento está de acuerdo con la idea de que los cuerpos inmunes se desarrollan en la enfermedad como expresión de una inmunidad que probablemente es duradera.

Nos hallamos, pues, como resultado de una labor llevada a cabo durante los últimos años, con que la enfermedad hepatitis infecciosa descansa en bases más firmes que antes. El acumulo de nueva información ha logrado identificar su cau-

sa como un agente filtrable; ha esclarecido también el cuadro clínico, su clasificación como miembro del grupo de infecciones entéricas y su prevención por la inmunización pasiva. Desde un punto de vista nosológico, parece como si la denominación ictericia catarral pudiera ser eliminada de la literatura, a menos que se demuestre sirve para una finalidad útil que nos escapa. Además, ahora hay menos razón que nunca para confundir la hepatitis infecciosa con la enfermedad de Weil. En cuanto a la ictericia del suero y a la hepatitis infecciosa, parece que tienen mucho en común, y es bueno recordar esta relación, aunque sólo sea porque las dos pueden ser producidas artificial e inadvertidamente por la transfusión de sangre o de suero desde un individuo infectado a uno sano, y que esto puede producirse hasta por el uso de jeringuillas mal esterilizadas.

* * *

Hay una abundante bibliografía, que debe ser leída en el artículo original.

—○○—



BETABION

Vitamina B₁

Acreditadísimo en la terapéutica y profilaxis

Tabletas de 3 mg. — Ampollas de 5 mg.

«Fuerte»: Ampollas de 25 mg. — «Fortísimo»: Ampollas de 100 mg.

E. Merck

C. S. 1110, 1111

Divulgaciones nacionales

¿Es beneficiosa o perjudicial la faja elevadora gástrica?

por el

Doctor J. LUIS YAGÜE Y ESPINOSA

Las exploraciones radioscópicas se han difundido de modo considerable entre los médicos generales. La relativa facilidad de su técnica y la satisfacción que siente el enfermo y sus familiares a que «de vean por dentro» han contribuido a ello en muy gran parte, y, en otra menor, algunos aspectos económicos profesionales, no siempre confesables. Entre los diagnósticos más fáciles de efectuar, sin entrar a fondo en su eficiencia, figura el de la atonía, dilatación, miastenia y gastroptosis, según sus diferentes modalidades y nomenclatura; la posibilidad de establecer fijeza de referencias anatómicas muy destacadas lo facilita. Pero, a más, la atonía gástrica, generalmente unida a la de todos los órganos abdominales, con gran frecuencia, incluso, los pélvicos, es frecuentísima en el sexo femenino español, por múltiples circunstancias de sobra conocidas, entre las que predominan la plurigestación y su habitual indumentaria, sobre todo la campesina.

El diagnóstico de la esplacnoptosis puede establecerse en muchas ocasiones por simple inspección externa. Una mujer campesina, de edad generalmente inferior a la que representa, se presenta en la consulta más o menos acompañada de parientes o convecinos, casi siempre más. Vestida con cuerpo y falda, la mayoría de las veces oscuro y con gran frecuencia negro, sobre la que rara vez falta el delantal; su cintura es estrecha, fina en exceso, comparada con la anchura de hombros y, sobre todo, con la opulencia de caderas, región glútea y abdomen; este último simulando en bastantes ocasiones inexistente gestación avanzada, en vientre péndulo; todo ello acrecentado por sinnúmero de recios refajos y faldas.

Pero tan sólo quedan contentos y satisfechos pacientes y acompañantes, tras haber contado prolija relación, no siempre todo lo explícita, clara y concisa que fuera de desear; después de haber sido explorada a rayos X, «de haberla echado el rayo X», en particular y con insistencia si no les supone gasto o dispendio, y ver todos sus acompañantes, quizá todavía acrecentados por alguno más curioso de husmear y criticar la mancha oscura originada por la papilla opaca, que cada uno interpreta y comenta a su manera. Y si luego, en lenguaje vulgar, para mejor comprensión de todos, se les dice que la enferma tiene «el estómago caído», las comadres se quedan tan con-

tentas y satisfechas, porque aquello de tener el estómago caído o descolgado debe ser algo muy terrible.

Si la exploración radiológica se completa con la clínica subsiguiente confirmatoria, que también la habrá precedido al efectuar la maniobra de Glénard, elevando por detrás el vientre de la enferma mediante las manos cruzadas, con evidente sensación de mejoría y bienestar, iniciándose de nuevo la molestia, sobre todo el que ella llama «dolor de riñones», al dejarlo caer, y más si esto se efectúa rápidamente separando las manos de pronto, lo que determina muchas veces dolor intolerable (dolor-señal de Leven).

Tan sencilla maniobra parece marcar terapéutica conveniente: la ortopédica. Y entonces se aconseja el uso de faja contentiva abdominal adecuada, estimada de necesidad absoluta.

Pero en este diagnóstico conviene no confundir la dilatación por miastenia o atonía gástrica simple con la originada por estenosis pilórica, en la que nada beneficia y sí perjudica la faja. La dilatación vertical o alargamiento es la que pudiera favorecer más, algo menos la horizontal y mucho menos cuando existe en las dos dimensiones.

No vamos a estudiar en detalle los distintos tipos de fajas abdominales aconsejadas para la gastroptosis. El Atlántico separa dos tendencias diferentes: las temporales y las permanentes. Constituidas las primeras por tiras anchas de esparadrapo, que se aplican de manera adecuada para elevar el vientre, han intentado llegar a la ciencia anglosajona por salto trasatlántico; mas la necesidad de su aplicación por el médico o sus auxiliares capacitados y otras consideraciones técnicas nos han llevado a no emplearlas, careciendo, por tanto, de experiencia personal. Nacidas las segundas como consecuencia de estudios en las próximas Galias, pronto se extendieron por los países vecinos, siendo las más difundidas entre nosotros en su forma primitiva o, a veces, algo modificada y, por excepción, en forma de contentor.

Por desgracia, subsiste aún más de lo conveniente la faja-coraza, recuerdo y perduración de los corsés de finales del pasado siglo, que más perjudicaban a la estática abdominal y la estética femenina que la beneficiaban. Tal tipo de fajas tiene muy limitadas indicaciones, siendo, por el contrario, la de mayor difusión entre los fabricantes más

o menos especializados. De excesivo coste, con fuertes aceros verticales centrales y aun laterales, que inmovilizan la estructura y molestan y dificultan los movimientos del cuerpo, para nosotros carecería de toda indicación, pues la estética que pretende modificar casi siempre afea más que embellece. Técnicamente, no sirve más que para contener la gran masa abdominal, nunca para situarla en su lugar anatómico, y muchas veces para desplazarla de éste y empeorar los desplazamientos orgánicos ya existentes, con sus secundarias alteraciones funcionales.

Como posible modificación, se han ideado las fajas cortas, ya más científicas, sobre el tipo de la maniobra exploradora mencionada y por ello conocidas como de manos cruzadas, pero casi todas con el mismo error de las ballenas o accros verticales, que se incrustan en el vientre al inclinarse hacia adelante, lastimándolo. Estos son tan molestos, que con gran frecuencia los quitan las propias enfermas, y entonces la faja se transforma en justillo más o menos largo, que no llena ninguna finalidad y que debe desecharse sin contemplaciones por perjudicial.

Como también se suelen suprimir con frecuencia las inguinales, que impiden que la faja se suba y desplace, sobre todo por las mujeres muy gruesas y durante el verano, por originar con sus roces y el sudor lesiones de intétrigo; pero para no ponérselas después en el invierno.

Recogiendo ideas y teorías, en algunos casos beneficiosas, se ha adaptado a estas fajas, largas o cortas, un elevador gástrico en forma de pelota insuflable o neumática, como menos molesta, o sencilla media luna enguatada. Pero la colocación de la pelota no suele ser siempre la correcta por demasiado baja, sin que, por tanto, para nada sirva, sino que molesta mucho y llega a perjudicar, ya que es frecuente que se apoye sobre la sínfisis púbica o la vejiga urinaria, las que mortifica, dejando, en cambio, en hueco y sin contención la región mesogástrica o umbilical, con caída, que quiere evitarse, de todo su contenido.

Para nosotros, la faja ideal sería de tela recia, o si se quiere elástica, en su totalidad o alguna de sus partes laterales, nunca sólo en el central, aun cuando más cara y con mayores facilidades de estropearse, cuyo límite superior llegara a la altura del ombligo, colocado éste en su emplazamiento normal mediante la ya citada maniobra de GLENARD, el que corresponde, aproximadamente, a la línea bicrestal iliaca, marcadora a su vez del límite inferior fisiológico máximo gástrico; y por detrás, hasta el mismo centro de la cintura, cerrada por detrás con ojete y cintas, como los antiguos corsés, y llevando delante dos aceros en forma de V inferior, que, apoyándose sobre su vértice, el empeine, suban paralelos a las ingles,

pero distanciados de éstas, dejando, por tanto, el vientre libre, sostenido por la tela, que pudiera reforzarse en su extremo superior por medio de una banda transversal ancha, que la daría más firmeza. Bien recogido y adaptado el vientre dentro de la faja, suelen no precisar inguinales, siempre molestas; pero si aquella tiende a subirse, entonces deben colocarse bajo la forma de tubos finos de goma.

El estómago queda colocado de este modo casi sobre el borde o porción superior de la faja, sin que precise pelota elevadora. Cuando la delgadez del enfermo es considerable o su cinturón muscular abdominal, flácido en extremo, sobresaliendo de modo excesivo los ilíacos, se hace entonces difícil la adaptación de la faja, y puede convenir la colocación de una pelota neumática o maciza que suba el estómago. Esta se situará con su convexidad superior dos traveses de dedo por debajo del ombligo, y, por tanto, no coincidente con el borde superior de la faja, sino algo por debajo de éste.

Tal tipo de faja puede ser construido por cualquier persona un poco mañosa sin que precise especialización excesiva ni recomendación especial de fabricante o fajista, que siempre podría hacer presuponer, por lo menos, recusables dicotomías o peligrosas simbiosis económicas que la Deontología médica rechaza con energía.

La faja corta con pelota neumática es siempre mejor sobrellevada y tolerada por el varón, que se le adapta sin ideas estéticas, que por la hembra; posiblemente porque ésta no suele encajársela bien, pudiendo hacer aquél con ella bien colocada toda clase de trabajos, incluso los rudos agrícolas, ya que quizá moleste menos que algunos bragueros contentores de hernias.

Pero toda faja precisa su colocación estando echado el enfermo, antes de levantarse, y mejor por este mismo, colocado boca arriba y apoyado sobre los talones, para así lograr un ligero tren-delenburg que desplace y suba los órganos ptosados, quitándosela por la noche también en la cama. Su colocación después de levantado, con tracción de los órganos hacia arriba, pueden efectuarla sólo los muy habituados. En las grandes ptosis con considerable adelgazamiento, puede ser conveniente incluso dormir con ella durante las primeras semanas.

De precisar el uso de pelota neumática, ésta se insuflará moderadamente siempre en la cama, pero sin que moleste su compresión en exceso.

Un detalle que suele olvidarse con excesiva frecuencia es el de la comprobación de la faja sobre el enfermo, con las correcciones que precise para obtener la finalidad deseada. En cambio, no parece tan precisa su comprobación en la pantalla, si bien con ello se logra muchas veces evidenciar al enfermo y sus acompañantes la necesi-



Boldevón



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

Dosis

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

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

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

C. S. 8.303



Calcio por vía bucal

EN COMPRIMIDOS
DE SABOR AGRA-
DABLE A CACAO
VAINILLADO

2 MODALIDADES
= SIMPLE =
Y CON
Vitamina D

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

NIÑOS.— Mitad anterior dosis.

MUESTRAS GRATIS PARA ENSAYOS CLÍNICOS

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

C. S. 7864





FLUOTHYMINA

COMPOSICION:

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

INDICACIONES:

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

DOSIFICACION:

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

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

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

PRESENTACION:

En frascos de 50 c. c.

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

Barquillo, 32 - MADRID

Comercio, 28 - BARCELONA

Felsol



Asma bronquial
Asma cardíaca
Angina de pecho

No contiene narcóticos.
No produce hábito.

CAJAS DE 10 PAPELILLOS



GUSTAVO REDER
MADRID - Zorrilla, 17



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

dad del uso de la faja, pero sin que en modo alguno pueda constituir motivo de explotación pecuniaria del paciente.

Es preferible llevarla directamente sobre la piel, sin intermedio de prenda alguna, lo que ofrece el inconveniente que se estropea la prenda con mayor facilidad y rapidez, obligando a pronta reposición, así como que se ensucia más y no puede procederse a su lavado.

La faja debe ser retirada en cuanto sea posible; mas esta posibilidad se cuenta siempre por meses y con frecuencia por años. Su constancia—sobre todo si es muy ceñida, no se hace con ella puesta más que pequeños movimientos y lleva pelota—puede ser perjudicial, no curando nunca por causar su porte la atrofia de los músculos abdominales, que han de actuar de vicariantes, y con los que debe tratarse de suplir la hipotonicidad gástrica. Y es extremo sobre el que llamamos la atención con insistencia de los médicos de cabecera, como más asiduos vigilantes de los estados patológicos.

Es, pues, necesario que el portador de la faja haga con ella puesta, incluso, algunos ejercicios algo violentos, como en el campesino la acción de cavar o picar, y en la mujer la de guisar y cuidar la lumbre baja. Cuando a ello se sume ligero engruesamiento, de gran utilidad, conviene efectuar algunos ejercicios de los denominados de gimnasia abdominal por las mañanas al tiempo de levantarse, aumentándolos en número según tolerancia, y colocarse la faja después de verificados, para retirarla al acostarse.

Y, transcurrido bastante tiempo, siempre bajo comprobación radioscópica, intentar abandonarla, primero algunas horas y más tarde algunos días, con gran vigilancia y nunca sin prisa; pues la desilusión es grande, y suele ser frecuentísima, al quitársela alguna corta temporada y observar que nada se ha conseguido con su empleo y sacrificio, ya que el órgano ha vuelto a ocupar el sitio que antes tuviera.

Es evidente que la faja elevadora determina más rápida evacuación gástrica de los alimentos y bebidas, impidiendo la producción de lesiones secundarias, que si al principio sólo son de hiperacididad con gastritis, pueden llegar a transformarse en erosivas. Y, sobre todo, también conviene insistir en médicos y enfermos que el estómago caído, como dicen, por sí sólo no es enfermedad, sino que puede originar otras graves. Y ésta es quizá la máxima ventaja y única razón de la faja.

El llevar la faja no evita, en modo alguno, la observancia del plan alimenticio e higiénico convenientes, a más de la terapéutica que se estime apropiada, reiterado todo ello con gran paciencia. Y en esto vamos también un poco contra la corriente habitual. Se recomienda, en líneas generales, que las comidas sean frecuentes, cortas

y poco copiosas y lo más nutritivas posible. No estimamos necesaria su frecuencia más de la habitual en los gastrópatas hiperclorhídricos: desayuno, temprano, preferentemente en la cama, para permanecer después en ella un largo rato, que se aproxime a la hora; comida y cena, ésta también de preferencia en la cama, pero sin dormirse a seguida de ello; y sólo cuando medien más de cinco horas entre el desayuno y la comida o seis entre la comida y la cena, puede autorizarse alguna ligera toma alimenticia intermedia, pero nunca durante la noche, respetando el sueño. En cuanto a poco copiosas, es preferible y aconsejable la disminución de líquidos, es decir, la menor cantidad posible de leche bebida, sola o cortada con correctores rápidos, y su sustitución por papillas con huevos, lo que al propio tiempo consigue hacerlas más nutritivas, y, en especial, la aminoración de agua, nunca gaseosa ni de seltz. Por este concepto de nutritivos no debe entenderse el tan difundido en el agro de hacer las comidas muy substanciosas a base de caldos fuertes.

Y, al igual que en los hiperácidos gástricos, se aconseja como conveniente el reposo de una hora echado sin dormir después de las comidas principales; en los ptósicos es absolutamente necesario e imprescindible, pero preferentemente en decúbito dorsal o boca arriba, cuarenta a cincuenta minutos, y el resto en lateral derecho. Con esto se consigue favorecer al máximo la evacuación gástrica.

Mas la gastropotosis no se presenta nunca sola, sino que va asociada a la coloptosis en mayor grado y frecuencia; y para ésta el papel de la faja es meramente contentivo abdominal. Algunas veces suele aconsejarse el empleo de pelota neumática en las coloptosis puras; el fracaso de la misma es evidente, pues en modo alguno puede elevar y menos sostener el colon desplazado.

Por excepción, en algún caso ha precisado llevar pelota fijadora renal, sumada a la gástrica, y entonces sí parece semejar un aparato torturador.

La precisión de llevar algo abrigado el estómago puede obligar a usar una bayeta sobre el epigastrio, que otra faja de vueltas o punto no se acomoda bien con la ortopédica, y la pretina o peto que llevan algunas de éstas es molesta y las encarece con poca utilidad.

Y surge un último aspecto de la ptosis gástrica que cada vez origina más consultas: el quirúrgico. Sobre él rogaríamos que se abstuviesen de dar consejo y observaciones no técnicas los enfermos y sus familiares, a veces quizá algo influidos por médicos; luego puede ser mayor la desilusión. La miastenia gástrica habitual no aconseja la práctica de una intervención quirúrgica, ya que, hoy por hoy, no existe ninguna eficaz; tan sólo en las grandes, enormes dilataciones, puede estar indicada. Y tales casos suelen ser

siempre motivados por estenosis pilórica o duodenal, de indudable indicación operatoria; son muy serios los riesgos quirúrgicos y los postoperatorios comparados con los escasos beneficios que produce y escasos los peligros y molestias que origina la miastenia.

Tal vez causará un poco de sorpresa la posible conclusión deducible de nuestra modesta experien-

cia sobre la faja elevadora gástrica. Como tal, y por sí sola, no cura nunca, sino que puede evitar complicaciones de la hiperacidez y el retardo evacuador gástrico; de persistirse en su uso, sin tratamientos concomitantes, puede ser perjudicial, al determinar estados atróficos de la musculatura de la pared abdominal, que ha de actuar como vicariante y suplente de funciones perdidas.

Divulgaciones del exterior

UN GRAN BACTERIÓLOGO

por el

Doctor ROBERT M. BARTON

Cuando el doctor RENÉ JULES DUBOS, distinguido bacteriólogo y uno de los iniciadores en la investigación de los antibióticos, hizo público su descubrimiento de la tirotricina, poco antes de la última guerra, sus colegas comenzaron a considerarle como un eminente continuador de la tradición de PASTEUR. Más recientemente, su obra ha sido comparada con la de otro gran hombre de ciencia: ROBERTO KOCH. Experimentando con el bacilo tuberculoso descubierto por KOCH, el doctor DUBOS ha hecho una nueva e importante contribución a los conocimientos científicos.

Nacido en Saint-Brice (Francia), en 1901, DUBOS asistió al Instituto Nacional Agronómico de París. Después de graduarse, en 1921, entró a formar parte del personal del Instituto Internacional de Agricultura, en Roma. Durante dos años, DUBOS fué editor auxiliar de una revista de agricultura, revisando la literatura científica en el campo de esta disciplina. Luego, en 1924, en un Congreso internacional de investigadores del suelo reunido en Roma, DUBOS entabló conocimiento con el doctor JACOBO LIPMAN. Este conocido químico y bacteriólogo era director en los Estados Unidos de la Estación Agrícola Experimental de Nueva Jersey. El joven francés preguntó a LIPMAN si podría trabajar con él. Alentado por éste, DUBOS llegó a los Estados Unidos en el otoño de 1924, y comenzó a preparar su grado de doctor en la Universidad Rutgers, en Nueva Brunswick (Nueva Jersey).

Allí, bajo la dirección del doctor SELMAN WAKSMAN, jefe del departamento de Microbiología del suelo en la Estación Agrícola, DUBOS comenzó a trabajar en un problema concerniente a los microbios del suelo productores de enzimas y capaces de digerir la celulosa.

Durante este mismo período, investigadores del Instituto de Investigaciones Médicas de Nueva York estaban buscando un método para combatir el neumococo, que se mostraba resistente a los

ataques a causa de una capa protectora de material semejante al azúcar. Los investigadores del Instituto Rockefeller se enfrentaban con el problema de descubrir una sustancia que disolviera este revestimiento. Teniendo en cuenta su trabajo con los microbios del suelo, DUBOS fué invitado, en 1927, a unirse al grupo de Rockefeller que estudiaba los neumococos.

Se practicaron incontables experimentos, y transcurrieron varios años antes de que DUBOS encontrara la solución de este difícil problema. Colocando tierra húmeda rica en microbios en un recipiente, DUBOS añadió neumococos. Dejó que transcurriera tiempo para que cualquier consumidor de estos gérmenes creciera en número, y luego pasó una pequeñísima cantidad de la tierra infectada a un frasco que contenía un cultivo puro de neumococos. Con esta dieta, sólo un antagonista del neumococo podía sobrevivir. Mediante sucesivos pases, DUBOS aisló finalmente dos cepas puras de bacterias en forma de bastoncito: los tanto tiempo buscados antagonistas del mortífero neumococo, uno que aceptaba el revestimiento azucarado como una dieta natural y otro que mataba directamente las bacterias.

El siguiente paso consistió en aislar de las bacterias del suelo el enzima responsable de la disolución y digestión del revestimiento protector del neumococo. En 1931, después de fructíferos trabajos con ratones, DUBOS y un colaborador lograron aislar esta sustancia. En ese momento, el investigador estaba presto a iniciar una serie de experimentos que purificarían la sustancia activa de la otra especie de bacteria germicida.

En 1939, DUBOS, que ya era ciudadano norteamericano, pudo informar sobre el descubrimiento de la gramicidina y la tirocidina. Estos extractos químicos son componentes de la sustancia primitivamente obtenida, a la que se dió el nombre de tirotricina. Los dos fármacos, no sólo son mortíferos para los neumococos, sino que tam-

bién son eficaces contra los estreptococos y estafilococos. Aunque son tóxicas cuando se introducen en el torrente circulatorio, ambas sustancias han producido resultados sumamente satisfactorios en el tratamiento de las úlceras de las piernas, de las infecciones de la cavidad torácica y de otras infecciones locales.

Por estos trabajos sobre las bacterias del suelo, DUBOS recibió el premio John Phillips de 1940-41, uno de los máximos honores en Medicina. Su labor fué nuevamente reconocida cuando la Academia Americana de Pediatría le otorgó el premio Mead Johnson de 1941.

DUBOS estaba preparado para reanudar el trabajo en otro campo: el de la tuberculosis; pero antes de que pudiera iniciar su labor experimental en este sector, América entró en la guerra, y sus talentos fueron requeridos por las fuerzas armadas. En la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, donde fué profesor de Patología comparada y de Medicina tropical desde 1942 hasta 1944, y de nuevo en el Instituto Rockefeller, DUBOS trabajó en problemas médicos directamente relacionados con la guerra. Como miembro de varios Comités médicos del Consejo Nacional de Investigaciones, DUBOS contribuyó al trabajo práctico en los campos de la disentería bacilar y de las heridas y quemaduras infectadas.

Al terminar las hostilidades, DUBOS comenzó a trabajar sobre el bacilo tuberculoso. En junio de 1946, en una reunión conjunta de tres Socieda-

des fisiológicas celebrada en Búffalo (Nueva York), los resultados de sus estudios fueron comunicados al mundo médico. El descubridor de la gramicidina y la tirocidina había encontrado ahora un nuevo método para cultivar los bacilos tuberculosos, sencilla y rápidamente, en el tubo de ensayo. Con una grasa hidrosoluble, un detergente sintético conocido como «Tween 80», el desarrollo del bacilo de Koch se activa considerablemente. Es probable que la investigación terapéutica sea grandemente favorecida por esta técnica. El posible valor de un fármaco contra el germen tuberculoso puede ser ahora ensayado en un plazo quizá tan corto como tres días.

Según el doctor DUBOS, «un desarrollo más rápido permite un diagnóstico bacteriológico más rápido». Parece ahora posible hacer diagnósticos más precoces en la tuberculosis humana, lo que tiene evidente importancia.

Aunque su trabajo ha sido muy elogiado como una importante contribución al estudio de la tuberculosis, DUBOS considera sus esfuerzos tan sólo como un comienzo a lo largo de un camino difícil. Su propósito, que ha atraído la atención de los hombres de ciencia de todo el mundo, consiste en obtener, no sólo un medio para curar la temible enfermedad, sino en hacer también posible la inmunización contra sus estragos. En su amplio y moderno laboratorio del Instituto Rockefeller, el doctor RENÉ DUBOS está ahora tratando de alcanzar este doble objetivo.

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR

(28 de diciembre de 1946)

Neumonía del lóbulo de Wrisberg, por E. García Ortiz.
Las aguas mineromedicinales y el metabolismo lipídico,
por J. Molina y P. Peralta.
La guerra bioparasitológica, por L. Nágera Angulo.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO

(11 de enero de 1947)

El tratamiento de las hepatitis, por C. L. Fox.
Hipoxemia miocárdica y a. V. derivación, por F. García Ortiz.
Los médicos piratas, por J. Megías Velasco.

ODONTOIATRIA

(Madrid, noviembre de 1946)

Fish.—Adelantos en la práctica dental.
Broderik.—Prevención y tratamiento de la piorrea alveolar.

Cabrera.—Composición química de los dentífricos y su acción fisiológica.

Martínez Montes.—Las aguas mineromedicinales en Odontostomatología.

ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD DE ESTUDIOS CLINICOS DE LA HABANA

(Mayo-junio de 1946)

Milanés, Curbelo, Rodríguez, Gouri y Spies.—Estudios bacteriológicos y parasitológicos del contenido intestinal.

Abalo.—Extracción de cuerpos extraños, bronquiales, situados fuera de la zona accesible al broncoscopio.

Canosa.—El uso del tiouracil en el tratamiento del hipertiroidismo.

Barata.—Duodenopancreatectomía parcial con pancreatoyeyunostomía por ictero obstructivo de origen tumoral.

VIDA NUEVA

(La Habana, junio de 1946)

Smith y Capote.—Fibroma calcificado parcialmente y eliminado por la vagina.

Villaverde.—Mastitis crónica y cáncer.

Villaverde.—Penicilina y presión arterial.
Angelucci.—Tratamiento de la vaginitis por tricomonas con sulfonamidas.

(Julio de 1946)

Montoro.—Hepatitis aguda.
Blanco y Rodríguez de la Vega.—La novocaina endovenosa en el tratamiento de los reumatismos y otras afecciones.

ARCHIVOS CUBANOS DE CANCEROLOGIA

(La Habana, abril-junio de 1946)

Herrera.—Dermatoma múltiple de Bessnier.
Fons Abrén.—Cáncer del útero.

MINERVA MEDICA

(Torino, 17 de noviembre de 1946)

Gambigliani y Zambelli.—Tratamiento del ulcus con novocaina «per os».
Comolli.—Tratamiento acidificante de la tos ferina.
Rendano.—Los aminoácidos sulfurados en patología hepática.
Volterrani.—Los antihistamínicos en las alergias.
Capuani.—Cura de la alergia con antihistamínicos.
Clerici.—Piridina N.
Menozzi.—Tratamiento de la bronquiolitis.
Negri.—El neumotórax como terapéutica del absceso pulmonar.
Dolfini.—Terapéutica antitetánica.

(24 de noviembre de 1946)

Quatria.—Trombopatía constitucional.
Caviglia.—Ictericia regional.
Anile.—Tratamiento de la brucelosis vacunorresistente.

Benedetti y Levi.—Organización sanitaria del campo de concentración de Auschwitz.

REVISTA DE SIFILOGRAFIA, DERMATOLOGIA Y LEPROLOGIA

(La Habana, julio de 1946)

Ibarra y González Prendes.—Incidencia de la lepra según el sexo.
García Miranda.—Valor de la prueba de la lepromina.
Sánchez Díaz.—Sífilis en el Dispensario de Pinar del Río.
Armenteros.—Tratamiento local de las tiñas del cuero cabelludo.
Pedroso y Sánchez Acosta.—La sífilis en el Dispensario de Guantánamo.
Argüelles.—Primera observación cubana de acné clórico.
Simón.—Necesidad de las pruebas de laboratorio en el diagnóstico de la lesión inicial de la sífilis.

PROCEEDINGS OF THE STAFF MEETINGS OF THE MAYO CLINIC

(Rochester, 2 de octubre de 1946)

Walters y Hein.—Estenosis del colédoco y del hepático.
Keith y Osterberg.—Tolerancia humana para el potasio.

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

(Washington, julio de 1946)

Cordeiro.—Las toxicomanías después de la guerra.
Bejarano.—La salud y la educación, fundamentos de la democracia americana.
Hernán y Morover.—Lucha contra la tuberculosis y administración sanitaria.
Colwell.—Tiempo de acción y empleo de varios tipos y mezclas de insulina.



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPANOLA

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 Carlán. COMENTARIOS NAVI-
DEÑOS, por el Dr. Isidro de Magerit. TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS: *Problemas fundamentales que plantea la vida
medicorrural*, por el Dr. Manuel Chazarra Quesada. SILVA LITERARIA: *Julio Bravo, escritor*, por el Dr. Conde Gargo-
llo. INFORMATORIO PROFESIONAL. SECCIÓN OFICIAL.

BOLETIN DE LA SEMANA

Poca cosa podemos decir de este recién nacido año 1947, en cuyo cuarto día nos encontramos

Siempre es goloso hacerse ilusiones cada año nuevo, y como a la postre ello a nadie perjudica ni nos aumenta la contribución, bueno fuera que renunciásemos a echar cuentas galanas de cuanto de próspero y feliz nos pueda traer este 1947, número bonito que suena bien y que, por lo menos, ha tenido la gentileza de no engañarnos en la temperatura de nacimiento, que ha sido *rigurosamente de rigor*.

Nieves y hielos han abundado por toda España, y ya es buen comienzo si a ello se siguen las lluvias, y podemos esperar que cesen las dificultades de luz y de fuerza que tanto nos vienen complicando la vida y el trabajo del periódico.

Llénense en buena hora los embalses y cúbranse de blanca nieve montes y valles, que nos daremos por muy contentos a pesar de las toses y estornudos con que hoy resuenan todos los hogares, pues no creemos que haya ninguno libre de estas bronquitis y tráqueobronquitis que se han repartido a voleo durante las Pascuas y la retirada del año viejo.

Por fortuna, no son graves estas dolencias, con poco movimiento febril y con muy raras complicaciones, así que puede decirse que el estado de la salud pública no es malo dentro de las circuns-

tancias de los fríos de la estación y de las agudizaciones de los procesos crónicos reumáticos y cardiovasculares sobre todo.

Las gentes cenaron bien y se divirtieron bien en estas clásicas ocasiones, y no puede negarse que, a pesar de los altos precios alcanzados por las materias comestibles, bebestibles y fumables, Madrid y España entera han dado una sensación de bienestar y de posibilidades en que muy pocas naciones del mundo podrán hacerle pareja.

También se anuncia un encalmamiento general de las luchas políticas que han venido dificultando el establecimiento definitivo de la paz, de que tanto precisan los espíritus y los cuerpos.

No es hacerse demasiadas ilusiones el augurar que nuestro nuevecito año traerá, antes de su final, una pacificación muy notable en todo el mundo, y por ello elevamos preces al Altísimo para que así sea y se favorezca todo empeño de los hombres de buena voluntad.

Feliz año nuevo a todos, y nuestra gratitud por el apoyo que una vez más se nos dispensa por la clase médica española, a la que deseáramos corresponder con todas las mejoras posibles, y aun imposibles, que las circunstancias nos vayan consintiendo implantar.

DECIO CARLÁN.

COMENTARIOS NAVIDENOS

por el

Doctor ISIDRO DE MAGERIT

Ya estamos en plenas fiestas de Navidad, y no puedo menos de evocar mis tiempos, ya lejanos, ¡ay!, de médico titular, inspector municipal de Sanidad, que era como nos llamaban entonces en vez de esta categoría reciente de «Asistentes Públicos a Domicilio» a que han hecho descender la augusta misión facultativa del médico titular, que es como se llamaron antes y seguirán llamándose por los siglos de los siglos.

¡Qué diferencia de antaño a hogaño! ¿Verdad, compañero titular? Por aquellos tiempos, a estas fechas yo tenía ya mi corral lleno de pavos, gallos, corderos, conejos y palomas, y en mi despensa bombonas de buen vino, garrafas de aceite puro de oliva, chorizos caseros y hasta jamones... de tamaño natural. En cambio, ahora sólo llegan a mi casa tarjetas y más tarjetas, y, menos mal, las que vienen por correo, que no hay nada que pagar por ellas. Las peores son las que presentan a la mano el cartero matinal, el del reparto vespertino, el repartidor de telegramas, el de los periódicos, el barrendero, el trapero, el portero, el sereno...; pero de dónde voy a sacar propinas para tanto pedigüeño?

Lo que es tarjetas acompañando a alguna cosa substancial, ésas sí que brillan por su ausencia. Los aguinaldos al médico se acabaron para siempre, como se acabó también para siempre la venerable figura del médico de familia, aquel médico que nos vió nacer y que nos asistió a toda la familia en nuestros padecimientos con una generosidad, con un sentido ético, con una dulzura, con un cariño paternal verdaderamente inolvidables. Y, además de pagar poco o mucho los honorarios devengados, siempre, siempre, se nos agradecía la asistencia con un presente, lujoso o modesto, pero que llevaba en sí la expresión de la gratitud y del recuerdo por el bien recibido.

Hoy el médico es una minúscula ruedecilla del maquinismo que ha invadido a la Humanidad, ruedecilla que no siempre gira o funciona suavemente, sin ruido, engrasada con cuidado. Ahora suele funcionar chirriando de un modo estridente, como oxidada por la escasísima ración de grasa adulterada que recibimos, y bien sabe Dios que no me refiero a la que se nos proporciona con el suministro de la Comisaría de Abastecimientos, ¡no!. Me limito a hacer mención del bajo nivel de nuestros honorarios, del pago de los mismos a través de tercero, llámese Sociedad de asistencia, Caja Colaboradora o Caja Nacional del Seguro. Porque el pago directo de enfermo a médico constituye ya un rarísimo acontecimiento del cotidiano vivir del facultativo. El enfermo particular no existe. Hasta los directores de los más grandes Bancos se hacen asistir con especial regusto en las clínicas del Seguro. Conocemos el caso de una prestigiosa figura de la Banca española, poseedor de una gran fortuna, que ha necesitado unas sesiones de onda corta, y no ha dudado un

segundo en ponerse en manos del especialista de la Mutual creada por su propio Banco. Pero lo peor no es esto, sino que el mismo especialista ha encontrado de perlas el prestar esta asistencia, sin duda porque de otra forma jamás habría tenido el honor de recibir en su casa a tan alto personaje, y esto da mucho brillo, aunque poca substancia.

Y es que el médico de hoy, desde el más modesto hasta el más empingorotado y supercientífico, no desdeña ni rechaza jamás el prestar asistencia al modesto beneficiario de menos de 9.000 pesetas de ingresos, con tal de añadir unas pesetillas más cada mes a las diversas nóminas que percibe. Y no importa el ser catedrático o coronel o director de un hospital. Todo se acepta sin el menor sonrojo, mientras los más modestos médicos, los que no disfrutaron de capital inicial para «instalarse» o para hacerse la propaganda o acaban de terminar sus estudios, se ven y se desean para lograr cada treinta días un mínimo ingreso profesional.

Este comentario me lleva de la mano, bien a mi gusto, a dedicar una alabanza a una personalidad que trata desdeñosamente a los periodistas, y a mí entre ellos. Pero es que mi criterio terminante no acepta el soslayar el derecho que tiene el lector a que se le diga la verdad, sin que esta verdad sea interferida en ningún caso por las simpatías o molestias personales del que escribe, que, en todo caso, debe estar por encima de apasionamientos. Y por ello, aunque no debo ningún favor a esta figura, profesionalmente muy destacada en los momentos actuales de la Medicina madrileña, quiero poner de relieve su gesto gallardo de renunciar a una sinecura bien remunerada y de poco trabajo, como para dar el ejemplo a los demás acaparadores de canonías médicas. Me refiero al presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España, que ha renunciado a su cargo de médico jefe de los servicios sanitarios de una Compañía tan poderosa como la Tabacalera. No importa que la Tabacalera, en un lamentable plan de economías, haya amortizado la plaza; pero la actitud de nuestro ilustre colega merece un entusiasta aplauso, que yo no le regateo, sino que quisiera hacerlo llegar a conocimiento de todos los médicos de España para que supieran agradecerlo y estimarlo. Claro es que nuestro dilecto presidente tiene otras muchas cosas buenas dignas de alabanza, pero también las tiene regulares y hasta malas. ¿Quién no tiene puntos flacos? Por eso de la necesidad de rodearnos de amigos leales que nos digan siempre la verdad, por amarga que sea, en vez de la servil adulación que puede llevarnos inevitablemente, por error de interpretación o por marcada miopía propia, al más rotundo fracaso. Pero esto no es cuestión para ser tratada ahora. Me limito única y exclusivamente a hacer destacar este bello ges-

to de renunciar *motu proprio* a una gabela como la de médico de la Tabacalera.

Como contraste, voy a referir ahora un caso interesante. Un médico que domina plenamente el oficio, de una honestidad excepcional, se ha visto obligado a rehacer su vida, por causas ajenas a su voluntad, y solicita y obtiene una sustitución en una zona del Seguro, donde cobra la mitad del haber que corresponde al propietario, cantidad insuficiente a todas luces para poder vivir. Un día recibe el alegrón de ser llamado para encargarse de sustituir a otro compañero enfermo, y cuando se presenta en el despacho del director, se le dice que es materialmente imposible encargarse de este nuevo trabajo, porque ya tiene otro semejante. No se pueden tener dos sustituciones, que, en cuanto a los ingresos, equivalen a una sola. ¿Cuántos multienchufistas hay por ahí? Incontables. Los conoce usted y yo. Pero nadie protesta. Y mientras unos cobran un sueldo y numerosas gratificaciones, los hay que no pueden percibir dos medias pagas, tan difíciles de ganar como las del Seguro.

En cambio, hay otros casos muy peregrinos. En el *Boletín Oficial del Estado* del día 26 de noviembre se anunciaba una plaza de cirujano del Hospital Municipal de Morón, provincia de Sevilla, dotada con el haber anual de 11.000 pesetas, más mil y pico aparte para sufragar el impuesto de Utilidades que le correspondiese. Tan poco acostumbrado estoy a estas generosidades municipales, que me llamó mucho la atención, y estudié el caso con curiosidad, ayudándome eficazmente para ello un ilustre médico palentino que me dice textualmente: «Esta plaza se anuncia en unas condiciones muy raras. Se exige no exceder de cuarenta años y se anuncia que la oposición constará de un ejercicio teórico y tres prácticos, siendo estos últimos en la forma que el Tribunal determine. ¿Por qué razones esa plaza no se ha anunciado ajustándose en un todo al Reglamento de Casas de Socorro y Hospitales Municipales de 15 de febrero de 1943 (*Boletín Oficial del Estado* de 18 del mismo mes), en cuyos artículos 18 y 19 se estipulan las condiciones de estas oposiciones y los ejercicios de que han de constar, no mencionándose para nada ni en éstos ni en ningún otro artículo que los aspirantes hayan de ser menores de cuarenta años ni que haya un ejercicio teórico ni nada, en fin, de lo que dice la convocatoria hecha por dicho Ayunta-

miento?» Y continúa diciéndome en otro párrafo: «Porque tampoco se menciona para nada dicho Reglamento de Casas de Socorro y Hospitales Municipales, y se infringe el artículo 25 del mismo, que, bien terminantemente, prohíbe a los Ayuntamientos el *anunciar y proveer plazas* de dicho Cuerpo.»

No resisto la tentación de transcribir el resto de la interesante carta de este compañero—que no padece «legislofobia», como digo yo—y que sabe colocar los puntos sobre las íes. Dice así: «Todo esto parece a primera vista un atropello de la legislación vigente, y quisiera que usted me aclarase este embrollo para tomar, si puedo, las medidas convenientes e interponer recurso contra ese anuncio, que automáticamente elimina a todos los aspirantes que excedemos de los cuarenta años, y, sobre todo, que vulnera en absoluto la ley sobre provisión de estas plazas. No quiero pensar que el Hospital Municipal de Morón de la Frontera no tenga nada que ver con el Reglamento de Casas de Socorro y Hospitales Municipales y que funcione con autonomía plena. Y, de no ser así, ¿en virtud de qué ley se ha permitido que se haga esta convocatoria en tal forma? Le suplico encarecidamente me asesore sobre el particular con la mayor urgencia, debido a que el 26 del actual se cierra el plazo de admisión de instancias, y quedan pocos días para el *tratamiento de ataque*, si cabe.»

Y como el compañero palentino tiene razón sobrada para protestar, según mi leal saber y entender, porque Morón de la Frontera no tiene 75.000 habitantes, y, por tanto, está clasificado, según el Reglamento, en cuarta categoría, cuyos médicos no deben cobrar más de 7.000 pesetas, yo me vi en el trance de tratar de averiguar las razones por las que ese Ayuntamiento se sentía tan generoso, que daba al futuro cirujano de su hospital nada menos que un sueldo efectivo de 12.000 y pico de pesetas, y, para empezar, di cuenta del caso al señor director general de Sanidad, que prometió enterarse rápidamente del mismo. Pero, mientras tanto, los maliciosos pensarán en seguida: ¿Cuarenta años, ejercicios anormales, 11.000 leandras y la propina de 1.210 para no tener que rascarse el bolsillo cuando vaya el cobrador del impuesto de Utilidades! Pues que hubieran puesto ya que debía tener 1,70 de talla, 70 kilogramos de peso, soltero, moreno y sabiendo cantar fandanguillos.

—○○—

MADREZAL

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

TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS

Problemas fundamentales que plantea la vida medicorrural

por el

Doctor MANUEL CHAZARRA QUESADA

Médico de A. P. D. Benferri (Alicante).

Es evidente que en la vida medicorrural existe una serie de problemas muy complejos. Fuera sublime ambición el pretender la solución exacta de los mismos. Ello nos llevaría a esa meta feliz y venturosa en la que cada plaza representara un rincón del Paraíso y el médico encargado de servirle no fuera sino un ángel celestial.

Pero, dejando a un lado esos irrealizables sueños de quimera, es evidente que si pudieran ser resueltos de manera cordial y equitativa un mínimo aceptable de los que fueran más fundamentales, arribaríamos a otra meta real y suficiente, en que las plazas, obtenidas con justicia, no fueran otra cosa que lugares de trabajo, de lucha noble, de ambición honrada; donde el mutuo respeto y la mutua convivencia fueran restablecidos de modo inexorable, donde la autoridad que el médico precisa para que su misión quede cumplida fuera reconocida y acatada por todos los palurdos de la aldea; donde se hiciera sanidad eficiente, y donde hubiera, al fin de la jornada, esa serenidad de la misión cumplida que no debe saber de odios ni revanchas, y que permite, en unión de la familia, comer en santa paz el pan de cada día.

Y esto ya no serían sueños irrealizables: bastaría para conseguirlo un estudio objetivo e imparcial de las causas que lo impiden y cortarlas de raíz.

Nuestro modesto trabajo de hoy lleva el intento de analizar a grandes rasgos dos problemas de los más fundamentales: *la provisión de vacantes y el Escalafón de A. P. D.* Y no renunciamos a la idea de estudiar en sucesivas ocasiones otros no menos importantes, pues todos se complementan en el complejo mecanismo de la vida medicorrural.

LA PROVISIÓN DE VACANTES.—Todos los finales de concurso se acompañan de esa «lista grande» de plazas desiertas que nadie apetece. No se trata de unas pocas; se cuentan por centenares, y esto obliga a meditar.

¿Son malas todas las plazas desiertas? ¿Son buenas todas las adjudicadas? Hay de todo: buenas, regulares y malas. Pero estos calificativos de apreciación subjetiva no bastan para justificar la existencia de esa lista, toda vez que en ella figuran muchas plazas que en ocasiones anteriores fueran cubiertas. Lo que existe es una gran desorientación que impide o dificulta, en muchos, el acierto necesario para dar con «su» plaza. Y así como en Medicina no hay enfermedades, sino enfermos, de idéntica manera podemos afirmar que no hay plazas buenas ni malas, sino médicos a quienes, por circunstancias especiales, puedan convenir o no. Muchos destinos, que serían calificados por la mayoría como verdaderos «lugares de expiación», son solicitados para su desempeño indefinido por quienes sin esfuerzo alguno hubieran podido con-

seguir «mirlos blancos»—en la apreciación de los demás—; y, sin embargo, rehúsan éstos y prefieren aquéllos, a pesar de estar su dotación vinculada no al mérito de quien la sirve, sino a esa artificiosa clasificación por categorías que, por espezismo, es causa de tantos traslados inexplicables, seguidos de fracasos tan rotundos.

Para que el servicio resulte eficaz es condición elemental que el encargado de cumplirlo se considere estable en él. Y el espectáculo actual es bien poco propicio para rendir una función eficiente. Existe un trasiego alocado y confuso. En medio de la mayor desorientación, con datos inciertos, guiados tan sólo de las apariencias, se abandona una plaza que resultó mala, y se da con los huesos en otra que es peor. Y así, en este ir y venir de la Ceca a la Meca, sabiendo por qué se sale, pero ignorando por qué se llega, se desgastan energías de toda índole, se anulan vocaciones, se pierde un tiempo hermoso, se resiente el servicio y, sin razón justificada, son desplazados torpemente idóneos servidores.

La serie de consecuencias desastrosas que este trasiego lleva consigo no es preciso ni esquematizarla: son demasiado conocidas para insistir en ello.

Sin ridículas pretensiones de cosa perfecta, pero sí con el convencimiento de su eficacia, vamos a exponer nuestro modesto criterio acerca de un método práctico, rápido y seguro que debiera aplicarse en la provisión de vacantes que tiene muchos puntos de coincidencia con el parecer de algunos distinguidos compañeros. Valdría la pena ensayarlo.

* * *

Sería condición previa que cada Colegio viniera obligado a recoger datos *exactos* de las principales características que presentan las plazas de su provincia; y con ellos editaría un folleto que sería intercambiado con el de los demás Colegios. Ello supondría una inestimable fuente de información, permitiendo orientar hacia la plaza que mejores condiciones reuniera para cada cual. Con buena voluntad quedaría esto resuelto en brevísimo plazo. Algo se ha intentado hacer en tal sentido; pero, a nuestro modesto juicio, se partió de un error: sin que tengamos que decir el porqué, no es el médico residente el informante idóneo. Hay que ir «allí», plaza por plaza, y sobre el terreno tomar los datos necesarios. No es tarea difícil. Es, simplemente, de buena voluntad.

El método que preconizamos se sintetiza en una sencilla fórmula: *una plaza para cada médico y cada médico en su plaza* (si se nos permite el plagio).

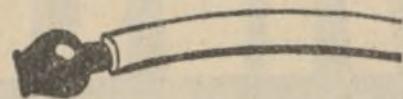
Habría un servicio permanente de admisión de

INSTITUTO



LLORENTE

Catarros crónicos



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

DURACION DEL
TRATAMIENTO
15 a 18 inyecciones

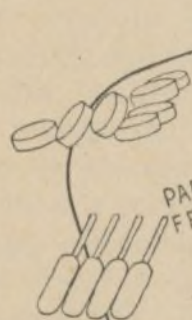


Pub. Méd. "GARSI"

EN TODOS LOS SÍNDROMES ESPÁSTICOS

ESPASMOPAVER

ESPASMOLÍTICO REFORZADO



COMPRIMIDOS

PAPAVERINA • DIMETILOAMIDOANTIPIRINA
FENILETILBARBITÚRICO • ATROPINA SULFATO

INYECTABLE

PAPAVERINA • ATROPINA SULFATO :

PRESCRÍBASE SIN RECETA OFICIAL DE TÓXICOS!



JUSTE
S.A.

MADRID

TELEFONO 55386

APARTADO 9030

Fco NAVACERRADA, 62

CENSURA SANITARIA N° 5426

Sulfatiazol DIF

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

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

SE EXPENDE TAMBIÉN EN
TUBOS DE 20 COMPRIMIDOS

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

LABORATORIOS Dr. ANDREU

Carretas, 10
M A D R I D



Rambla Cataluña, 66
B A R C E L O N A

instancias. Todo médico de A. P. D.—ejerciendo en propiedad o libre—podría en cualquier momento solicitar *una sola plaza*, estuviera o no vacante: sería aquella que más pudiera convenirle, es decir, *su plaza*. Si se encontraba vacante, entraría en posesión de ella inmediatamente. Si estaba cubierta en propiedad, sería informado del número que había de ocupar en la *lista de aspirantes* a dicha plaza; esos aspirantes serían colocados por riguroso orden cronológico de petición con derecho a ir cubriendo sucesivamente las vacantes que ocurrieran en los diversos distritos de la misma. Todo aquel que figurase en primer lugar de la lista vendría obligado a esperar la vacante y a posesionarse de ella. Los restantes aspirantes podrían—si lo solicitaban—anular su petición; en tal caso no les sería permitido emplear este sistema hasta pasados seis meses, por ejemplo. Toda plaza adjudicada por el procedimiento que nos ocupa habría de ser forzosamente desempeñada durante un plazo mínimo de cinco años, bajo pena de expulsión del Cuerpo.

No se nos oculta que alguien, al leer lo que antecede, pudiera colocarse en plan de «mártir» y alegar su derechos de antigüedad en el Escalafón. Por si hubiera alguno de esos, desde ahora mismo le invitamos a que reflexione ligeramente y verá que nadie intenta lastimarlos; porque si *todos*, absolutamente todos, podíamos solicitar por este sistema rápido, ¿quién le impediría el apresurarse a solicitar «su» plaza? Y si *todavía* no lo tenía pensado o de momento no le convenía ninguna, ¿sería posible y justo que mientras quisiera *decidirse o no* tuvieran que estar aguardándole sus compañeros y estacionados, además, los trámites para normalizar el servicio? Si le interesa..., a solicitar con toda diligencia; si no le interesa, no cabría otra cosa que esperarle sobre la marcha; ya se incorporaría cuando cesara su indecisión o su desgana.

No obstante, y con el fin de tener prevista la difícil—aunque posible—circunstancia de dos o más peticionarios a una misma plaza y en un mismo día, podría resolverse el caso tomando por base de ordenación en la lista de aspirantes la antigüedad en el Escalafón.

Principales ventajas de este método.—1.^a Regularizar rápidamente el servicio en propiedad y con carácter estable, base esencial para que la función medicorrural se desenvuelva con la necesaria eficacia.

2.^a Conseguir que cada plaza esté servida por quien verdaderamente lo desee y reúna especiales condiciones para ello.

3.^a Evitar la frecuencia de tanto concurso convocado con indudable buena fe, pero con resultados cada vez más lamentables a causa de la desorientación que existe.

4.^a No lesiona los intereses de nadie; a todos se les daría opción a elegir la plaza preferida. Y garantiza, en igualdad de condiciones, el respeto a la antigüedad.

5.^a Acabaría en plazo corto con el llamado «problema de los interinos», porque al quedar vacante una plaza podría ser cubierta automáticamente en el mismo día.

Ni que decir tiene que, por diversas circunstan-

cias, no a todos podría interesar este sistema; por consiguiente, quedarían plazas sin candidatos, pero cada vez se iría reduciendo más el número de vacantes. Periódicamente, cuando hubiese suficientes vacantes sin candidatos especiales, se suspendería el método de provisión rápido y se convocarían concursos de antigüedad en la forma que vienen celebrándose. Pasado el concurso, volvería a entrar en vigor dicho método, y así sucesivamente.

No sería extraño que por ser tan importante el número de plazas que irían cubriéndose por «su» médico—con carácter definitivo—, llegaría un momento que las vacantes irían agotándose, quedando reducidos los concursos a la más mínima expresión y tal vez desterrado algún día no lejano.

EL ESCALAFÓN DE A. P. D.—Nadie ignora que el Escalafón de A. P. D. es un verdadero cajón de sastre (tocólogos, radiólogos, dentistas, turistas sin ejercicio, oftalmólogos, cirujanos, analistas..., en fin, de todo—como en botica—); y porque no falte de nada, «hasta» *titulares* tiene.

Estos ilustres colegas fueron, allá en sus años mozos, médicos titulares más o menos efectivos. Tuvieron suerte, talento, posición social, y abandonaron, en buena hora para ellos, las penalidades del ejercicio rural; actualmente sirven en la ciudad relevantes cargos los unos, distinguidos consultorios los otros, y tal que cual despistado que ocupa simplemente un lugar en el espacio. Tienen, pues, un derecho, que nadie les discute, a figurar en el escalafón de A. P. D. Lo que sí discutimos es el uso que alguno suele hacer de ese derecho.

Podíamos catalogarlos en tres grupos:

1.^o Los que, por conveniencia propia, no volverán a ser titulares.

2.^o Aquellos que abrieron un paréntesis en el ejercicio rural, pero que tal vez vuelvan al mismo.

3.^o (El menos numeroso.) Señores que, en funciones de suegros amantísimos, amigos protectores o estraperlistas redomados, especulan con su número en perjuicio de algunos compañeros.

A todos cuantos pertenecen a los dos primeros grupos nuestro respeto y consideración más reverentes; y si bien en muchos casos no comprendemos la utilidad de permanecer en el escalafón, es lo cierto que tampoco perjudican a nadie, y deben continuar, si lo desean; pero, eso sí, condicionando su estancia a ciertas normas para evitar algún caso esporádico de injusto proceder; verbi-gracia: el que está muchos años sin asomar por la aldea, y, de repente, cuando surge una bicoca, deja caer sobre ella el peso de un número que ha ido mejorando, a fuerza de «resistir» en el escalafón, sin prestar servicio.

Los señores que integran la minoría del tercer grupo son unos pájaros de cuenta. En gracia a la brevedad omitimos la casuística tan variada que existe respecto a las picardías de que son capaces. Además, todos conocemos sus andanzas y las consecuencias tan perjudiciales que de ellas derivan, resultando cruel y paradójico que, siendo el escalafón la base defensora de derechos, sea en ocasiones—por culpa de unos cuantos—el arma aleve que los trunca.

Si se les dejara continuar «metidos en faena»,

y, en virtud del fenómeno de adaptación, al medio ambiente, quizá llegaría un momento en que aceptásemos—como cosa muy puesta en razón—la organización de un amplio sistema de «mercado negro» adonde habría que acudir, bien para obtener una plaza que valga la pena, o bien para impedir que otro pueda conseguirla. Y no sería extraño entonces llegaran a circular anuncios clandestinos del tenor siguiente:

Médico joven, soltero, bien parecido, entraría relaciones formales señorita cuyo padre tenga disponible número escalafón. No importa color pelo.

Deseo titular con instituto o colegio. Pago bien.

A interino presto magnífico número. Verdadera ganga.

Cedo bicicleta seminueva a número bajo, poner sancadilla.

Hay permutas para todos gustos y fortunas.

Poseo número capas reventar al que me echen. Admito pago a plazos.

¿A qué seguir? ¿No perciben ustedes un tufllo desagradable?

* * *

Si se nos permite, vamos a dar nuestra opinión—tan insignificante como sincera—acerca de cómo estimamos pudiera llegarse a una mediana solución de este desdichado problema.

Comenzaremos por afirmar que en el escalafón de A. P. D., porque sobran bastantes, faltan muchos. ¿Que quiénes sobran? ¡Ah! Eso ellos mismos lo irán diciendo.

Dijimos antes y repetimos que todos los que hoy integran la lista de titulares tienen perfecto derecho a ser médicos de A. P. D.; ahora bien: para ser médico de A. P. D. hay una estricta obligación que cumplir: *trabajar en funciones de médico titular, o, al menos, estar dispuesto a ello en todo momento.* ¿Cómo sustentar un derecho si la previa obligación no se cumple?

A pesar de todo, no propugnamos la salida de nadie; tal vez mañana, por azares de la vida, alguno de esos, que hoy «no están dispuestos», pudiera verse obligado a cambiar de opinión. Pero mientras llega en ellos esa fase reversible es de elemental previsión fijarles un lugar inactivo del escalafón donde puedan hacer vida contemplativa sin entorpecer el trabajo a los demás.

Decimos que faltan muchos, porque, aparte los motivos apuntados anteriormente, ¿no indica nada esa «lista grande» de plazas desiertas que nadie del escalafón apetece? Alguien dirá que no las solicitan, porque allí hay un interino que las sirve y no se marcha. Nosotros reconocemos que eso es cierto en muchos casos; añadiremos, además, que el interino puede ser una de las causas de tanto médico sin «su» plaza; pero replicaríamos que la necesidad del interino—con toda esa gama de intereses creados—surgió en bastantes ocasiones de la reiterada desgana y confusión por parte del sector de A. P. D. Todos quisiéramos plazas en propiedad de esas «buenas» y desdeñamos las «malas», sin tener en cuenta que este calificativo muchas veces es consecuencia de un estudio muy superficial y descuidado de sus características. Unas veces nos deslumbra la «categoría» de la plaza (es una de primera, decimos para nuestro caletre;

debe ser una «perita» en dulce). En ocasiones es la región la que nos cautiva. Y sin más miramientos, nos lanzamos a la ventura. Cuántas veces desaprovechamos buenas oportunidades, porque, ¡como es de cuarta, decimos, debe ser una birria!

Hay de todo; y ello obliga a un poco más de cuidado en la elección. Luego ya no hay remedio. Por eso existen tantas plazas desiertas y se deserta de tanta plaza; por eso hay tantos interinos.

Pero es el caso real y palpable que esa lista grande está formada por pueblos que «también» necesitan su médico; y si la cantera del escalafón no lo facilita—por la razón que sea—, el lugar se ve obligado a buscarlo donde puede, o acepta al que le ofrece su trabajo. Y así se va formando un círculo vicioso cada vez mayor.

Nosotros no nos atreveríamos a llamar «interinos»—en el sentido que suele darse a la palabra—a esos compañeros. No es lo mismo un interino que, atropellando derechos, con picardías sin cuento y en inconfesable contubernio con un estraperlista del escalafón, se instala, porque sí, en una plaza, que aquel otro interino que encuentra el campo libre porque nadie quiso aceptar su posesión; en este caso, ese compañero cumple allí una función inestimable, y acaba por enraizarse al terruño donde ha conseguido un mediano bienestar. Esa función debió haberla cumplido quien tenía obligación de hacerlo; y ya que no lo hizo, no sería justo arrojar de allí, al cabo de los años, al que, voluntariamente, cubrió esa gran necesidad social que es la misión del médico rural. ¿Qué sería de los inapetentes del escalafón si no hubiera interinos de esos? Sencillamente, que, con carácter forzoso, habrían de ir a donde se les ordenase por necesidades del servicio, o tendrían que salir del Cuerpo. Así, que no tanto clamar contra «todos» los interinos. Como dijo el castizo: «¡Todavía hay clases!»

Esos compañeros son necesarios, son dignos, quieren ser titulares y deben estar con nosotros. Hay, pues, que abrirles las puertas del escalafón para que, con el debido decoro, puedan entrar.

Pedimos también amnistía generosa para todos los compañeros expulsados por sanciones, cuyo olvido sea compatible con el prestigio del Cuerpo.

Nuestra intención es sumar el mayor número posible de verdaderos médicos de A. P. D.—léase activos—para que se forme un conjunto orgánico, animoso, compenetrado, con ansias de servicio y espíritu de hermandad.

* * *

Deberían establecerse métodos de selección y de perfeccionamiento para los que van a entrar en el escalafón y para los que estamos en él.

Nuestro decoro exige la mayor capacitación que a cada cual le sea posible adquirir sin rebajar la ley del mínimo. A nadie se le puede obligar a que sea sabio, pero sí, al menos, a que sea digno y conozca su oficio.

Como dice nuestro ilustre colega Fernán Pérez, la oposición es el medio menos malo para seleccionar. Nosotros estamos absolutamente conformes; pero hay también que considerar que algu-

nos compañeros, por sus especiales circunstancias, no acudirían nunca a oposiciones; unas veces por falta de tiempo para preparar decorosamente los ejercicios, otras por carencia de recursos económicos—que también los hay—; por cortedad de carácter, en fin, si queréis; quizá alguno por cortedad de inteligencia o simplemente porque, humildes, viven felices la vida del lugarejo que les vió nacer. Son médicos con aptitud suficiente para las necesidades de su peculiar trabajo, y—hablando más claro—parece demasiado duro obligar a unas oposiciones para estar en algunos pueblos de Dios—verdaderos paisajes lunares—. Pudiera permitirse, a quien así lo deseara, el ingreso en el escalafón mediante una prueba de aptitud menos severa que las oposiciones y suficiente para las necesidades de muchos casos. Claro está que a los ingresados por este procedimiento se les concederían derechos más limitados que a los opositores, por ejemplo: no poder desempeñar durante equis años más plazas que las de categorías inferiores.

Los que ingresaran por oposición—que serían la mayoría—, además de ser esto un mérito cotizante en cualquier momento de su vida profesional, adquirirían en el acto el derecho a solicitar plazas de todas las categorías.

Sería obligatoria para todos la asistencia periódica y subvencionada a cursos de perfeccionamiento, con sanciones de postergación a quienes no demostraran la suficiencia debida en relación con los avances científicos.

El primer paso del aspirante debería ser su ingreso en el escalafón; y allí, con todos los demás, esperar la convocatoria de concurso o solicitar «su» plaza por el método rápido, pues no sería equitativo que, mientras el que llega de la calle gana de una vez *escalafón* y *plaza* (dos pájaros de un tiro), el otro, que está en el escalafón, se vea obligado a opositar por segunda vez para conseguir un destino.

Y ahora vamos a ver cómo podría reorganizarse el escalafón.

* * *

En el menor plazo de tiempo posible todo médico que perteneciera al escalafón vendría obligado a declarar por escrito, de una manera clara y terminante, si está dispuesto o no servir plaza en propiedad.

Los que contestaran afirmativamente integrarían la *Sección A* (de activos), y los demás formarían la *Sección E* (de excedentes). En cada una de ellas se tomaría la antigüedad como base de ordenación.

Sección A.—En ella no se admitiría la holganza. Quienes pertenecieran a esta sección y no estuviesen desempeñando plaza en propiedad, vendrían obligados—sin pretexto alguno—a tomar parte en todos los concursos que pudieran convocarse hasta obtener destino. No tendrían obligación de solicitar *plaza única* por el método rápido; pero si lo hicieran, no les relevaría esta circunstancia del deber de acudir a los concursos, excepto si estuviesen ocupando el número 1 en la lista de aspirantes, en cuyo caso tendrían el deber de esperar la vacante.

Obtenida plaza por concurso, quedaría anulada su petición de plaza única y sin derecho a solicitar por este procedimiento en un plazo de seis meses, por ejemplo.

Sería obligatorio solicitar un número determinado de plazas en cada concurso. Si alguno dejara de presentar instancia—teniendo obligación de hacerlo—o solicitase menor número de plazas de las obligadas, sería automáticamente dado de baja en A y de alta en E, perdiendo quinientos lugares en el escalafón.

Toda renuncia a una plaza en propiedad que no sea motivada por pasar a ocupar otro destino análogo, iría seguida del pase a E y de una postergación con arreglo a la siguiente escala:

1.º Si nó tomó posesión, mil quinientos lugares.

2.º Servicios inferiores a un año, mil lugares.

3.º Servicios inferiores a dos años, quinientos lugares.

4.º Servicios superiores a dos años, no habría postergación.

Sección E.—Estaría formada:

1.º Por los actuales médicos del escalafón que voluntariamente hubieran rehusado, de momento, a desempeñar plaza en propiedad.

2.º Por todo el que, al ingresar en el Cuerpo, hiciera constar sus deseos, provisional, de ser excedente.

3.º Por quienes, llevando más de dos años consecutivos de servicios en propiedad de una plaza obtenida por concurso, renunciasen a ella.

4.º Por todos los que procedan de la *Sección A* con motivo de sanción.

En esta sección guardaría cada uno—tomando por base la antigüedad—el lugar que le correspondiera, deducido del motivo de su llegada; y, una vez ingresado en ella—sea por la causa que fuere—, no se podría pasar a la A hasta transcurrido un año como mínimo y previa solicitud.

Todo el que, llevando más de un año en E no solicitase pasar a la *Sección A*, sufriría postergación de quinientos lugares anuales.

* * *

Se debería hacer una edición del escalafón así reorganizado, y el *Boletín del Consejo de Colegios Médicos* podría dedicar en cada número un espacio suficiente donde quedasen consignadas las alteraciones ocurridas en el mes anterior (bajas, altas, postergaciones, etc.), y ello permitiría a todo el que lo deseara el poder llevar «al día» la lista general, que sirviera, en un momento dado, de eficaz elemento de orientación.

* * *

Nuestra imperfecta manera de opinar acerca de estos problemas ha sido expuesta con mucha mejor intención que acierto. A pesar de ello, tal vez no sea la última vez que nos ocupemos de estos asuntos. No nos guía el más mínimo deseo de que prevalezca, intangible, nuestro criterio. Desearíamos, si algún colega nos honra con su lectura, se dignara rectificarnos en todo aquello que su buen juicio le sugiera con fines de alcanzar el

máximo de perfección, toda vez que es nuestro deseo—muy sentido—el contribuir a despertar en los compañeros la idea de que nuestros problemas pueden tener solución, si todos y cada uno de nosotros contribuimos, en la medida de lo

posible, a ello. Y debemos afirmar que en el Cuerpo de A. P. A. son necesarias grandes y urgentes reformas si queremos ser dignos ejecutores de la elevada misión que la sociedad espera y tiene derecho a exigir de nosotros.

SILVA LITERARIA

JULIO BRAVO, ESCRITOR

A propósito de su última creación literaria

Entre las ideas, consejos y aforismos que Leonardo de Vinci nos ha dejado en su famosa obra *Tratado de la pintura*, es grato recordar aquellos que dicen: «Aquel que se inspira en la Naturaleza logrará buenos frutos», «Al andar por el campo, mira tanto una cosa como otra, formando un manojo de observaciones variadas».

Me parece que estos admirables preceptos del maestro florentino son aplicables lo mismo al pintor, que busca la belleza y la emoción en el colorido, que al escritor, que cautiva nuestro espíritu con la armonía de su estilo y la gracia de sus creaciones; pero este encanto y poesía de lo bello, que es la verdad, lo hallaréis en la Naturaleza, que ha sido siempre la fuente originaria de la inspiración. De aquí el paralelismo entre el paisaje pintado, que es por el artista «creación expresiva», y el «paisaje humanizado» o lenguaje expresivo del alma humana, que el escritor nos brinda cuando se inspira en el mundo circundante que le rodea.

Y éste es el caso de Julio Bravo, porque para inspirarse, andar y ver por el campo de la vida es preciso poseer una fina personalidad que permita calar hondo en las almas; acaso por esta aptitud, tan definida en Julio Bravo, su vocación literaria está enraizada desde los albores de su adolescencia—tiempo pretérito de nuestro caminar terrenal—, donde comienza a cuajar nuestra propia personalidad. Por esto, la calidad literaria de las obras de Bravo es y será siempre espiritual, porque es fiel expresión de una inquietud y sinceridad temperamental.

Julio Bravo tiene la admirable condición o requisito de escritor que todo lector debemos desear; es claro, preciso y conciso; junto a la limpieza del léxico, la riqueza de expresión, valores que en todas sus obras podemos aquilatar. Tiene

la habilidad de no sobrecargar con rodeos ni perifrasis su prosa literaria, que se enriquece con vocablos bellos y plásticos.

No es el mismo lenguaje, lleno de agudezas, fino estilo y admirable humor, donde se acusa una original estética, de su obra *El contemplar nubes y otros filósofos menores* que se publicó en 1933, de aquel otro lenguaje lleno de vida como debe poseer el diálogo teatral en su comedieta burlesca *El teatro privado de Dión Chinelón*, que mereció honor en un concurso de obras teatrales y poco después, por el año 1928, fué estrenado en el teatro Alcázar, de Madrid.

Hay otras muchas obras de Julio Bravo—algunas en ediciones privadas o limitadas—; pero en todas se observa armonía entre el tema y el estilo y una sensibilidad trascendente, que no es fácil hallar en muchos.

Su última creación, *La pendiente trágica*, que Ediciones «La Nave» ha ofrecido al gran público hace unos meses, es una novela que subyuga por su sencillez y ternura, donde sus personajes—como en la vida—sienten sus inquietudes y sus pasiones con un realismo cálido y humano que arrastra al lector para sentir con la misma emoción lo irónico con lo trágico, lo amoroso con el amargo de la desilusión, gracias al dinamismo de la acción, al diálogo expresivo y a la policromía de la trama.

Esperamos en breve nuevas y espléndidas aportaciones a las letras hispanas de este excelente conocedor del perfil del hombre—cualidad espléndida en su profesión médica—, «fino observador» de la Naturaleza y de la vida, que logra buenos frutos, porque es sincero y posee la habilidad de conmover los sentidos con la misma fuerza que lo hace la poesía.

Doctor Conde Gargollo.

Informatorio profesional

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

Sesión inaugural del curso 1946-47, celebrada el día 20 de diciembre de 1946.

Preside el inspector de Sanidad, doctor Cortezo, en representación del director general de Sanidad. Ocupan el estrado el presidente de la Sociedad, doctor Marín Amat; el secretario, doctor Mier; el profesor Carreras y el doctor Mario Esteban, a cuyo cargo corre el discurso inaugural.

Tras unas breves frases del doctor Marín Amat, el secretario, doctor Mier, da lectura a la Memoria de la labor verificada en el curso pasado, comenta la marcha de la entidad y dedica un sentido recuerdo al malogrado doctor García Miranda.

El doctor Mario Esteban pronuncia el discurso inaugural sobre el tema «Pasado, presente y porvenir de la Oftalmología».

El conferenciante hace un bosquejo histórico de la Oftalmología desde los tiempos primitivos, en que la enfermedad era considerada como un maleficio o una venganza de los dioses. Refiere y comenta las prácticas supersticiosas con que se pretendían curar las enfermedades de los ojos en épocas y en pueblos milenarios, algo semejante a lo que todavía es dado observar en algunas tribus apartadas de la civilización.

En Egipto se rendía culto a la diosa Isis, que curaba a los ciegos.

En Grecia, la Oftalmología se esboza confundida con la Mitología y la leyenda. En la *Odisea* se describe entre la fábula la evisceración del único ojo de Polifemo, el cíclope a quien vence Ulises con su astucia. El genio helénico se manifiesta en todas las actividades y también en el arte de curar los ojos.

En Roma, la Medicina era vulgar hasta que recibe los influjos de la cultura griega. De la época romana quedan en España lápidas, sellos e instrumentos de médicos oculistas.

Cuando el imperio de los Césares empieza a descomponerse por el vicio y la corrupción, surge, en contraste, la figura sublime de Jesús de Nazareth. Predica la virtud, y nos enseña con su ejemplo que curar a los enfermos y dar vista a los ciegos es un don divino. Para merecerlo y para gozarlo tenemos que tender a un constante perfeccionamiento intelectual y moral.

A la caída del Imperio romano, los árabes recogen una cultura que estaba a punto de perecer. Entre los médicos árabes es manifiesta una predilección por la Oftalmología, cuyo estudio y ejercicio son rigurosamente reglamentados.

En la Edad Media, la ciencia se cobija en los monasterios. En esta época merece citarse a nuestro compatriota Pietro Hispano, el Papa Juan XXI, que fué oculista y autor de una obra de la especialidad.

Llega el Renacimiento. Las ciencias, las letras y las artes salen de los moldes clásicos de la Grecia y de la Roma antiguas. Leonardo de Vinci,

anatómico, artista y creador de teorías científicas, es como una figura simbólica.

Durante los siglos XVII, XVIII y XIX se suceden continuamente estudios y descubrimientos, entre éstos el del oftalmoscopio, que marca una nueva era en el progreso de la especialidad.

En el momento actual, después de cinco milenios de irse acumulando y rectificando conocimientos, la Oftalmología es una ciencia extensa y profunda, pero todavía en plena evolución.

El futuro de la Oftalmología no podemos preverle por mucho que dejemos volar la imaginación.

Habrà una primera fase en que la Cirugía se enseñoree insolente, con atrevidas operaciones para recomponer los ojos ciegos como un aparato



(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5013)

to mecánico en que hay necesidad de cambiar alguna pieza.

Pero a medida que se ahonde sobre la génesis de enfermedades como la catarata y el glaucoma, éstas dejarán de ser tributarias de la Cirugía, porque se podrán prevenir y curar por procedimientos médicos.

Los oculistas de los siglos venideros leerán con una curiosidad no exenta de admiración las habilidades técnicas de que eran capaces sus colegas del siglo XX.

En el porvenir se harán experiencias merced a las cuales los ciegos podrán percibir las impresiones de luz y de colores. Se aprovecharán los estímulos luminosos del exterior para convertirlos en energía fotoeléctrica transmisible al cerebro por otra vía que no sea la de la retina. Esto quizá sea menos espectacular que aplicar la energía atómica para sembrar la muerte y la destrucción; pero será, desde luego, mucho más hermoso.

Terminado el discurso, se procede a adjudicar el premio de la Dirección General de Sanidad, y, abierta la plica correspondiente, resulta premiado el trabajo de que es autor el doctor don Fermín Galíndez, a quien se hace entrega del mismo. El premio de la Sociedad Oftalmológica se declara desierto, y el presidente, doctor Marín Amat, anuncia que será acumulado al del curso que empieza.

Por último, el doctor Cortezo, en nombre y representación de la Dirección General de Sanidad, se felicita de la labor desarrollada por la Sociedad Oftalmológica de Madrid y del alto nivel que ocupa la Oftalmología en España. Declara abierto el curso de 1946-47.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Esta Sociedad celebrará durante el curso actual, entre otras, las siguientes conferencias:

Doctor Vidal Juárez: «La ciudad y el campo. La vida urbana y la vida rural. Factores que influyen en la salubridad pública».

Doctor Larrú: «¿Es posible la profilaxis de los cánceres del recto calificados actualmente como inoperables?».

Doctor Yagüe y Espinosa: «¿Podría evitarse la autointoxicación aguda por los balituros?».

Doctor Castillo de Lucas: «Algunas supersticiones relacionadas con la higiene».

Doctor Vallejo Nágera: «Espiritismo e higiene mental».

Doctor Marín Amat: «Higiene ocular en la infancia».

Doctor Daza de Campos: «La música como remedio higiénico».

Doctor Daza de Campos: «Higiene del prostático».

Doctor Puyuelos: «Profilaxis psíquica de la delincuencia».

Doctor Morales Díaz: «Lo bello como medio y fin de la higiene».

—o—

SEGUNDA REUNION NACIONAL DE SANITARIOS ESPAÑOLES

(Barcelona, 24-29 de marzo de 1946)

El éxito de la Primera Reunión, celebrada en Madrid en la primavera de 1943, y el acuerdo unánime de los asistentes a la misma de que la Segunda Reunión tuviese lugar en la ciudad de Barcelona, así como la conveniencia de tratar de los diferentes hechos que se han producido en el transcurso de estos tres años, tales como la promulgación de la Ley de Sanidad y otras numerosas disposiciones oficiales, puesta en marcha de los nuevos Institutos Provinciales de Higiene, sanatorios y dispensarios y demás servicios y consultorios, y la activa participación en las tareas sanitarias de farmacéuticos y veterinarios, auge de seguros sociales, en los que colaboran intensamente las clases sanitarias, y adquisiciones científicas que conviene definir y propagar, aconsejan establecer este nuevo contacto, ampliándolo a todos los técnicos que, de un modo oficial, intervienen en el desarrollo y progreso de la higiene pública y sanidad de la nación.

A estos efectos se presenta este proyecto de organización, que comprende los siguientes grupos:

- a) Presidencia y Secretaría.
- b) Sectores o grupos.
- c) Ponencias oficiales.
- d) Inscripciones.
- e) Recursos económicos.
- f) Propaganda y publicidad.

a) Presidencia y Secretaría.

Dada la trascendencia que ha de tener esta Segunda Reunión, es obligado ofrecer el puesto de honor más elevado de la misma al excelentísimo señor ministro de la Gobernación, y la segunda presidencia de honor al ilustrísimo señor director ge-

neral de Sanidad. Seguirán a estas jerarquías, y con carácter de vicepresidentes honorarios, todos los miembros que constituyan el Consejo Nacional de Sanidad, representación genuina de las diferentes ramas que en la misma se integran.

Se propone para la presidencia efectiva, por sus relevantes méritos y por la circunstancia de ser Barcelona la ciudad que ha de recibir a los asambleístas, al ilustrísimo señor jefe provincial, y tres vicepresidentes, que con él colaboren y que tengan su residencia en Madrid, por la proximidad a los Servicios Centrales y mayor facilidad para recibir y transmitir las órdenes de la superioridad. El presidente de la Reunión propondrá a la superioridad la persona que haya de encargarse de la Secretaría general, que debe ser del Cuerpo Nacional de Sanidad y residir en Barcelona.

b) Sectores o grupos.

Para mayor eficacia en la labor a realizar, conviene dividir el trabajo de acuerdo con la disciplina a que pertenece cada uno, con lo que podrán formarse los siguientes grupos:

- 1.º Sanidad Nacional.
- 2.º Tisiólogos.
- 3.º Puericultores.
- 4.º Dermatólogos y otros especialistas.
- 5.º Farmacéuticos.
- 6.º Veterinarios.

Cada uno de estos grupos será presidido por un miembro del Cuerpo a que corresponda o miembro del de Sanidad, que será asistido por dos secretarios, según las especialidades. Cada presidente cuidará de orientar y dirigir el trabajo de su respectivo grupo y facilitar, por medio de la Secretaría, los datos y noticias que convengan a los que de su grupo intervengan en la Reunión.

Tanto los presidentes como los secretarios de Madrid estarán en contacto con la oficina, que ha de instalarse en la Dirección General de Sanidad, en relación constante con la Secretaría general y con el señor presidente.

c) Ponencias oficiales.

Serán de dos tipos: una de carácter general, que se expondrá al pleno de la Reunión, que tratará del estudio y valoración de los asuntos sanitarios más destacados hasta el día y propondrá orientaciones futuras que armonicen los adelantos de carácter sanitario social.

Esta ponencia será redactada por el presidente y vicepresidentes efectivos.

Cada sección, por su parte, presentará una ponencia que estudie los problemas de mayor interés, cuyo título será dado por los presidentes de las secciones respectivas el señor secretario general. Estas ponencias serán editadas con la debida antelación, para que puedan ser conocidas por los que deseen intervenir en su discusión.

Las intervenciones habrán de hacerse por escrito, admitiendo el presidente de la sección las que juzgue de interés.

Asimismo, las comunicaciones de carácter científico serán remitidas a las secciones correspondientes, para que, una vez admitidas, sean puestas en turno para ser leídas, dando cuenta del título de

las mismas y nombre de sus autores a la Secretaría general de la Reunión.

d) *Inscripciones.*

Serán de número y colaboradores.

De número.—Del Cuerpo Nacional: Los señores inspectores generales de Sanidad, directores de Servicios Nacionales y jefes de sección de los Servicios Centrales, y en aquellas provincias en que haya más médicos del Cuerpo Nacional de Sanidad podrán ser designados los que lo soliciten, excepto en Barcelona, que todos serán considerados de número.

Del Patronato Nacional Antituberculoso: Los médicos jefes de los Servicios Centrales y los directores de dispensarios y sanatorios, así como todos los del Cuerpo de Madrid y Barcelona que se inscriban.

De Puericultura: Jefes de los Servicios y directores de escuelas de Puericultura y dispensarios oficiales, así como todos los de Madrid y Barcelona que lo soliciten.

Los dermatólogos, oftalmólogos, otorrinolaringólogos, psiquiatras y demás especialistas de Madrid y Barcelona y de aquellas provincias que propongan los jefes provinciales.

Los farmacéuticos y veterinarios, además de los jefes de los Servicios Centrales, lo será uno de cada Cuerpo por provincia.

Colaboradores.—Todos los médicos, farmacéuticos y veterinarios que soliciten su admisión.

Serán considerados agregados un familiar por cada asambleísta, enviándose el nombre de la persona a las oficinas de la Reunión.

Para todo lo relacionado con este apartado se establecerán dos oficinas: una en Barcelona, en la Jefatura Provincial de Sanidad, y otra en Madrid, en la Dirección General de Sanidad.

e) *Recursos económicos.*

Para sufragar los gastos que ocasione la organización, más propaganda, publicaciones, etc., se destinarán las siguientes aportaciones:

1.^a Producto de las suscripciones, a 100 pesetas por asambleísta de número y colaboradores.

2.^a Subvención de la Dirección General de Sanidad, Patronato Nacional Antituberculoso, Servicio Nacional de Puericultura, farmacéuticos, veterinarios e Instituto Provincial de Barcelona.

f) *Propaganda y publicidad.*

La propaganda de la Reunión será dirigida por el jefe de dicha sección de la Dirección General de Sanidad, siguiendo las sugerencias que en relación con la misma le haga el presidente efectivo de la Reunión. Este último requerirá la colaboración de la prensa política y profesional que con venga a la mayor difusión de los actos que se celebren.

Presidentes de honor:

Excelentísimo señor ministro de la Gobernación.

Ilustrísimo señor Director general de Sanidad.

Vicepresidentes de honor:

Ilustrísimos señores consejeros nacionales de Sanidad.

Presidente efectivo:

Ilustrísimo señor don Enrique Bardají, jefe provincial de Sanidad de Barcelona.

Vicepresidentes efectivos:

Doctor don Ciriaco Laguna, director de la Escuela Nacional de Puericultura.

Doctor don Bartolomé Benítez Franco, secretario general del P. N. A.

Doctor don José Fernández Turégano, director de la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias.

Secretario general:

Doctor don Clemente García Luquero, del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional.

Presidentes de grupo:

Sanidad: Doctor don Gerardo Clavero del Campo, director de la Escuela Nacional de Sanidad.

Tisiólogos: Doctor don Antonio Crespo Alvarez, director de la Escuela de Tisiología.

Puericultura: Doctor don Juan Bosch Marín, jefe de los Servicios Centrales de Puericultura.

Dermatología, etc., y otras especialidades: Doctor don Enrique Alvarez Saiz de Aja, presidente de la Sección de Venéreo y Lepra, del Cuerpo Nacional de Sanidad.

Farmacia: Doctor don Nazario Díaz López, inspector general de Farmacia.

Veterinaria: Doctor don Salvador Martí Güell, inspector general de Veterinaria.

Secretarios de grupo:

De Madrid.—Sanidad: Doctor don Justiniano Pérez Pardo, jefe de la Sección de Tisiología del Instituto Nacional de Sanidad.

Tisiólogos: Doctores don Fernando Paz Espeso y don Joaquín Márquez, tisiólogos oficiales.

Puericultura: Doctor don Luis Navas Miguelo, médico puericultor del Estado.

Dermatología: Doctor don Laureano Echevarría, médico dermatólogo del Estado.

Farmacia: Doctor don Guillermo Folch, farmacéutico de la Dirección General de Sanidad.

Veterinaria: Doctor don Leandro Carbonero, veterinario de la Dirección General de Sanidad.

De Barcelona.—Sanidad: Doctor don Joaquín Martínez Borzo, del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional.

Tisiólogos: Doctor don Tomás Seix, tisiólogo oficial.

Puericultura: Doctor don Carlos Bardají, médico puericultor del Estado.

Dermatología: Doctor don Antonio Carreras, médico dermatólogo del Estado.

Farmacia: Doctor don Francisco P. Salas, farmacéutico de la Dirección General de Sanidad.

Veterinaria: Doctor don César Ajenjo, veterinario de la Dirección General de Sanidad.

Jefe del Servicio de Propaganda:

Doctor don Julio Bravo Sanfelú, jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección General de Sanidad.

—o—

ESCUELAS INGLESAS DE MEDICINA PARA MUJERES

En el próximo año de 1947 entrará en vigor en todas las Escuelas de Medicina del Reino Unido la propuesta redactada por una Comisión del Gobierno para ello designada; una vez aprobada y

debidamente respaldada por la Universidad de Londres, se establecerá la enseñanza conjunta de estudiantes de uno y otro sexo.

Este nuevo triunfo de la intelectualidad femenina ha costado muchos años de lucha contra una fuerte oposición que se obstinaba en mantener que la Medicina no es profesión adecuada a la mujer.

Gracias a la decidida vocación de unas cuantas mujeres de finales del siglo pasado, precursoras de eminentes doctoras con que hoy cuenta Inglaterra, se consiguió que en el año 1874 se estableciera en Londres una Escuela de Medicina exclusivamente para estudiantes femeninos. Hoy, la Escuela ocupa en Londres unos amplios edificios en el distrito de Bloomsbury; su primera directora fué miss Sophia Jesse Blake. La Escuela comenzó con catorce alumnas, y en el curso actual cuenta con unas quinientas.

En los primeros años de su funcionamiento, las estudiantes de dicha Escuela tropezaron con el inconveniente de que ningún hospital les permitía realizar sus prácticas, y las Facultades universitarias no querían admitirlas a examen. Por fin, la Universidad de Londres fué la primera que decidió admitir a las mujeres para toda clase de honores y grados de la carrera médica, y acordó conferir a las mujeres títulos académicos.

Posteriormente se crearon diversas Escuelas de Medicina femeninas y se organizaron hospitales, totalmente servidos por médicos femeninos, entre los que se cuentan, dentro de la capital, el llamado Elizabeth Garret, en recuerdo de la primera doctora en Medicina que figura en el registro médico de Gran Bretaña, y otro que lleva el nombre de Marie Curie, en el cual se tratan las dolencias en que está indicado el empleo del radium y de los rayos X.

En el transcurso de los tiempos, algunas de las Escuelas de Medicina han ido admitiendo un cierto número de estudiantes femeninos, y en la actualidad, según cifras recogidas de las recientemente publicadas en el *British Medical Journal*, órgano de la British Medical Association, vemos que entre las diferentes escuelas médicas agregadas a hospitales en Inglaterra, Escocia y Gales hay quinientas plazas reservadas a estudiantes femeninos. Tanto para conseguir una de estas plazas como las de la Escuela femenina, se necesita ganar reñidísimas oposiciones, en las que toman parte crecido número de opositoras.

En el Registro Médico Británico hay inscritas, en activo ejercicio de su profesión, seis mil mujeres. Desde el año próximo, y merced al último acuerdo, no sólo las mujeres tendrán acceso a todas las Escuelas de Medicina, sino que, de análoga manera, los médicos podrán ingresar en las escuelas fundadas por mujeres cuando se trate de interceptarles el camino en tan humanitaria y elevada profesión.

—o—

EL CINCUENTENARIO DEL DESCUBRIMIENTO DE LA RADIATIVIDAD

En la Academia de Ciencias, de París, han asistido dos sabios extranjeros a la sesión celebrada el día 4 de noviembre: el profesor Mac Nielle,

del Kenion College (Ohio), director de Investigaciones del Almirantazgo americano en Londres, y el profesor Ernesto Gaumann, director del Instituto de Botánica de la Escuela Superior Politécnica Federal, de Zurich.

Al comienzo de la sesión, Gabriel Bertrand relató una anécdota personal para demostrar que el principio de la radiactividad fué descubierto por Becquerel dos o tres años antes de la fecha oficialmente admitida hasta hoy, y que es la de su comunicación a la Academia de Ciencias, en 1894.

Becquerel, en fecha que Gabriel Bertrand no puede precisar exactamente, pero que sitúa a fines de 1893 o principios de 1894, fué a consultarle pidiéndole le explicara una impresión fortuita producida por un pequeño trozo de pechblende (mineral de uranio) sobre una placa fotográfica.

Bertrand, muy joven entonces, le propuso una explicación química. Poco después recibió de nuevo la visita de Becquerel, quien le dijo: «Vuestra explicación no es buena. Yo tengo otra.»

Esta otra explicación, que no le reveló entonces, era, ciertamente, el fenómeno de la radiactividad, del que ahora se celebra el cincuentenario, con un retraso de dos años según la opinión de Gabriel Bertrand.

TRISTE NOTICIA

Nuestro querido amigo y compañero doctor Antonio de Soroa ha perdido en estos días a su único hijo varón, el niño de doce años José Antonio, tras inesperada y agudísima dolencia.

Acompañamos al matrimonio Soroa González-Valerio en su tristeza, de todo corazón, deseándoles la resignación cristiana suficiente para sobrellevar esta desgracia.

SECCION OFICIAL

ORDEN de 23 de diciembre de 1946 por la que se suspende la admisión de nuevas inscripciones en el Registro de la Comisaría de Asistencia Médicofarmacéutica.

Ilmo. Sr.: La asistencia médica colectiva libre, es decir, la asistencia médica en enfermedades proporcionada por Sociedades organizadas a tal fin, bien sean de tipo mercantil o mutuales, y sostenidas mediante el pago de una cuota periódica, han sido repetidas veces objeto de la atención del Poder público; desde el año 1926, en que aparece el primer Decreto sobre dicho asunto, diversas disposiciones legales han tratado, y, en parte, conseguido, regularizar las relaciones entre Sociedades y afiliados a fin de conseguir la mayor eficacia en los servicios sanitarios ofrecidos.

La puesta en práctica de los Seguros sociales de carácter sanitario, las normas de trabajo del personal facultativo y auxiliar que en dichas entidades presta sus atenciones, han modificado profundamente el funcionamiento de la asistencia colectiva libre, produciendo en algunos casos la ineficacia de disposiciones existentes y ocasionando en

otros interpretaciones diversas que pueden motivar cuestiones de competencia. Resulta, por tanto, en el momento presente, que sobre este asunto de asistencia colectiva existe una legislación en gran parte inadecuada, y es prudente, por consecuencia, revisarla y redactar de nuevo aquellas disposiciones que tiendan a hacer eficaz y reducida a los términos justos de su extensión social la tutela y vigilancia del Poder público sobre este aspecto de las prestaciones sanitarias.

En consideración a estos motivos, este Ministerio ha tenido a bien disponer lo siguiente, de acuerdo con el Consejo Nacional de Sanidad:

1.º A partir de la promulgación de esta Orden ministerial quedará suspendida la admisión de nuevas inscripciones en el Registro de la Comisaría de Asistencia Medicofarmacéutica, así como cualquier petición de ampliación de ámbito territorial de las actualmente existentes; suspensión de carácter temporal, que cesará automáticamente en el momento de la publicación de los nuevos Reglamentos.

2.º Quedará constituida, bajo la presidencia del ilustrísimo señor Director general de Sanidad, una Comisión encargada de estudiar la promulgación de aquellas disposiciones legislativas precisas que regulen las normas, reglamentación y atribuciones señaladas a la Comisaría de Asistencia Medicofarmacéutica. De esta Comisión formarán parte: dos delegados de la Dirección General de Sanidad, un representante de la Dirección General de Trabajo, dos representantes del Consejo General de Colegios Médicos de España, un representante del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, un representante del Consejo General de Auxiliares Sanitarios, un representante de las Sociedades de carácter mercantil, un representante de las Mutuales y otro de la Obra Sindical «18 de Julio».

3.º Dicha Comisión redactará, en un plazo que no exceda de cuatro meses, a partir de la fecha de su designación, el proyecto aludido en el artículo anterior, que lo elevará a conocimiento y aprobación, en su caso, de este Ministerio. El anteproyecto que ha de servir de base para confeccionar el que ha de elevarse a este Ministerio será confeccionado por el Consejo General de Colegios Médicos en plazo improrrogable de sesenta días, a contar de la fecha de la publicación de la presente Orden.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 23 de diciembre de 1946.—Pérez González.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—Haciendo pública la petición de permutas de las plazas que se citan, formuladas por don Manuel Muñoz Benítez y don Pedro Muñoz Silva.

Don Manuel Muñoz Benítez y don Pedro Muñoz Silva, Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria, con destino en las plazas de los Ayuntamientos de Valencina y en la agrupación de

los de Castilleja de la Cuesta-Tomares (Sevilla), respectivamente, dirigen instancia a este Departamento solicitando permutar las plazas de referencia.

Y con el fin de que tenga lugar el debido cumplimiento de los preceptos contenidos en la Orden ministerial de 26 de julio de 1943, según Reglamento del Cuerpo de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria, de 14 de junio de 1935, se hace pública la petición de permuta aludida en el *Boletín Oficial del Estado*, a fin de que los demás Practicantes o los Ayuntamientos interesados puedan formular reclamaciones si lo estiman conveniente, cuya permuta tendría lugar si en el plazo y condiciones señalados en la Orden ministerial citada no se hubiese formulado reclamación alguna.

Madrid, 14 de diciembre de 1946.—El Director general, José A. Palanca.

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

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

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 del Decreto de 17 de junio de 1935, modificado por el de 7 de enero de 1936, y en la Orden complementaria de 27 de noviembre último, se anuncia a concurso de promoción, y en el turno de antigüedad absoluta en el Cuerpo (turno primero), la Forensía vacante en el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Algeciras, que quedó desierta en el correspondiente concurso de traslado.

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

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

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

Madrid, 20 de diciembre de 1946.—El Director general, M. Mariscal de Gante.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA UNIVERSITARIA.—Convocando a concurso de traslado la cátedra que se cita de la Universidad de Sevilla (Cádiz).

Se halla vacante en la Facultad de Medicina (Cádiz) de la Universidad de Sevilla la cátedra de Patología general y Propedéutica clínica, que ha de proveerse por concurso de traslado, conforme a lo dispuesto por Orden de esta fecha.

Pueden optar a la traslación los Catedráticos numerarios y excedentes de disciplina igual o aná-

loga legalmente a la vacante y Auxiliares numerarios que tengan reconocido este derecho.

El orden de preferencia de los aspirantes será el que, para los concursos, establecen la Ley de 29 de julio de 1943 y el Real Decreto de 17 de febrero de 1922, en cuanto no esté derogado por aquélla, teniéndose en cuenta, además, los servicios que hubieren prestado o presten al nuevo Estado.

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

Rectificación del artículo 29 del Reglamento del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo publicado el día 1 de noviembre próximo pasado.

Habiéndose padecido error en la inserción del citado Reglamento, aprobado por Orden de 26 de octubre último y publicado en el *Boletín Oficial del Estado* del día 1 de noviembre próximo pasado, páginas 8005 a 8009, se reproduce el ar-



Aprobado por la Censura Sanitaria

tículo 29 del referido Reglamento, y que debe decir así:

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

a) La plaza de Director será cubierta por concurso libre entre Médicos e Ingenieros civiles con título oficial español.

d) Los Técnicos Ayudantes de Sección se nombrarán mediante concurso. Estos nombramientos tienen carácter temporal, renovables cada tres años a petición del Jefe de la Sección o Servicio y con informe favorable del Director. El Ministerio puede, mediante formación de expediente, disponer el cese de los Técnicos Ayudantes, a propuesta del Jefe de la Sección y con informe de la Dirección y del Patronato.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE JUSTICIA.—Anunciando a concurso, entre Médicos forenses de término, ingresados en el Cuerpo por oposición, la Forensía del Juzgado de Instrucción número 6 de Madrid.

De acuerdo con lo prevenido en el artículo 14 del Decreto de 17 de junio de 1933, modificado por el de 7 de enero de 1936, y en la Orden complementaria de 20 de agosto de 1941, se anuncia la provisión, entre Médicos forenses de categoría de término, que hayan ingresado en el Cuerpo por oposición, de la Forensía del Juzgado de Primera

Instancia e Instrucción número 6, de Madrid, vacante por fallecimiento de don Manuel Martínez Arnaud, correspondiente al turno segundo de los establecidos en el mencionado artículo.

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

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

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

Madrid, 24 de diciembre de 1946.—El Director general, *Manrique Mariscal de Gante*.

(B. O. del E. de 30-XII-1946.)

Anunciando a concurso de traslación entre Médicos forenses de ascenso las Forensías vacantes que se relacionan.

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

Olot. 28-11-1946. Traslación de don José María Fraguas.

Alcaraz. 28-11-1946. Traslación de don Gabriel Albasini.

Igualada. 28-11-1946. Traslación de don Eduardo Varela de Seijas.

Mondónedo. 28-11-1946. Traslación de don Manuel Aguirre.

Los aspirantes presentarán sus instancias en este Ministerio, dentro del plazo de quince días naturales, contados desde el siguiente al de la inserción de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*, señalando en su solicitud numeradamente el orden de preferencia de las vacantes a que aspiren.

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

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

Madrid, 20 de diciembre de 1946.—El Director general, *Manrique Mariscal de Gante*.

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

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.)



NUEVA TERAPÉUTICA DEL
HIPERTIROIDISMO

Anatirin

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

*

Dosificación reducida
Sin intolerancias ni peligros

*

Para muestras y literatura:

LABORATORIO PADRÓ, S. A.

Avenida de Carlos I el Emperador, 206
BARCELONA

CONCESIONARIOS
EXCLUSIVOS DE



DEPARTAMENTO
FARMACÉUTICO

BASILEA (Suiza)

G*M •

Censura Sanitaria núm. 9.081