



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 18 de enero de 1947

NÚMERO 4.735



*Eficaz
auxiliar*

**PARA COMBATIR
CUALQUIER CLASE
DE ESTREÑIMIENTO**



OESTE.



Nos permitimos recordarle las excelentes cualidades que reúne AGAROL para combatir cualquier clase de estreñimiento. Compuesto de aceite mineral, aga. agar y fenoltaleína en emulsión finísima perfectamente homogénea, estimula el peristaltismo intestinal, lubrica el intestino, favorece el reblandecimiento y progresión de las heces.

Eficaz auxiliar en las anomalías del tipo dólico y megacolon. Indicado en todas las edades, cualquiera que sea la causa de la constipación.

AGAROL

DOSIS: Adultos, una cucharada al acostarse, si es necesario, repetirla al día siguiente en ayunas.

Niños, una o dos cucharaditas diarias.

Ap. C. S. n.º 107

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

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: *Pasado, presente y porvenir de la Oftalmología*, por el Dr. Mario Esteban. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *Terapéutica de las enfermedades del hígado*, por el Dr. Charles L. Hoagland.

COLABORACIONES

Pasado, presente y porvenir de la Oftalmología ⁽¹⁾

por el

Doctor MARIO ESTEBAN

Para la mayoría de los que cultivamos la Oftalmología, como cualquiera otra rama del saber humano, ya es bastante si no nos quedamos atrás en la evolución incesante que tiene lugar cada hora que vivimos.

Instante tras instante estamos absorbidos por inquietudes científicas que se renuevan y por afanes que no se satisfacen. No hemos de perder detalle de lo que observamos en la clínica o en el laboratorio, de lo que leemos o escribimos en incontables libros y revistas, de lo que discutimos en Sociedades, que se multiplican, y en asambleas, que se repiten sin cesar.

Así pasan años y años, a veces varias generaciones, sin que se aprenda ni se enseñe nada decisivo y trascendente. De tarde en tarde surge un descubrimiento como el del oftalmoscopio, que marca un avance, un salto gigantesco en la marcha progresiva del saber; pero, entre tanto, a pesar de la inquietud que nos anima, la ciencia marcha lenta, paso a paso. A lo largo de este camino sin fin, sólo alcanzamos a ver lo más inmediato, lo más próximo a nosotros, que representamos un simple eslabón en la cadena interminable de los tiempos.

* * *

Merece que nos detengamos un instante, que hagamos un alto, para volver la mirada hacia atrás escudriñando los caminos recorridos por los que nos precedieron, y después tender la mi-

rada hacia adelante, tratando de atisbar sendas ignotas por las que continuarán los que nos sucedan en pos de un ideal lejano.

* * *

La Oftalmología es tan antigua como la Humanidad. El primer ser humano que enfermara de los ojos indudablemente trataría de hallar remedio a un mal que le habría de originar sufrimientos y le colocaría en condiciones de inferioridad para la dura lucha por la existencia. La enfermedad, cuyas causas no eran comprendidas, tenía que llevar envuelto un concepto misterioso y sobrenatural; y así, vemos que, de un modo idéntico, en todos los pueblos primitivos se atribuye a demonios o espíritus maléficos, cuando no a una venganza de los dioses. En consecuencia, los enfermos acuden a los templos para implorar su curación. Son los sacerdotes, a los que se supone dotados de un poder mágico, quienes pueden atraer una influencia bienhechora de las divinidades mediante prácticas, encantamientos y ceremonias misteriosas.

Han llegado a nuestros días testimonios fehacientes que se remontan hasta mil quinientos años antes de Jesucristo, que demuestran esta concepción teúrgica y este carácter supersticioso de la Medicina en general y de la Oftalmología en particular. Aun hoy, hay pueblos apartados de la civilización en que la ciencia y el arte de curar se reducen a eso mismo.

Hace no más de veinticinco años que yo me he

(1) Discurso inaugural de la Sociedad Oftalmológica de Madrid (curso de 1946-47).

visto sorprendido por el estado rudimentario, verdaderamente de tipo primitivo, de la Medicina entre los indígenas de Marruecos.

Me aventuré por tierras marroquíes, en mi cualidad de médico militar, en aquellos días que el protectorado español se ensanchaba por cabilas inexploradas, a las que todavía no se había asomado la cultura europea. Me parecía como si, de pronto, me hallara transportado a épocas remotas. El contraste se hacía más chocante para los que, como yo, íbamos con un bagaje científico flamante, recién adquirido en la Facultad y en las clínicas perfeccionadas de Europa. Frente a la cultura médica del siglo xx, la superstición y el empirismo prehipocrático.

Desde el primer momento, los indígenas se sometían de buen grado a nuestros procedimientos terapéuticos, tanto médicos como quirúrgicos, los cuales tenían, y creo que siguen teniendo, para ellos, un significado de taumaturgia. Así, a nadie extrañará que a los médicos españoles nos envuelva una aureola de prestigio religioso entre los moros. No esperemos cuando, al operar cataratas, el enfermo recobra la vista, frases de agradecimiento. El musulmán queda en éxtasis, poseído de un respeto sobrenatural hacia nosotros. No habla, reza. No nos admira, eso sería poco, eso sería humano; nos acata con fervor divino. No se para a pensar en nuestra ciencia; cree en nuestra virtud. Para ellos no hemos hecho una operación, hemos obrado un milagro.

Acuden al médico europeo con igual ánimo que al faquir; una receta o una cura de aquél representa lo mismo que un amuleto o una ceremonia de éste.

Es raro el enfermo de los ojos que no sea portador de un amuleto. La característica esencial de los amuletos, en cuanto a su aplicación en las enfermedades del aparato visual, es que nunca o casi nunca se utilizan más que para aquellas en las que su origen les es desconocido, o, por lo menos, no está a su alcance la manera de obrar de la causa productora. Se emplean contra la catarata, contra el glaucoma, etc., y nunca se utilizan para las lesiones traumáticas, contusiones ni heridas por armas de fuego.

Lo más frecuente es buscar con el amuleto un fin curativo; pero también, en ocasiones, preventivo, pues se cifran en él la felicidad y el buen funcionamiento de los órganos, no sólo de los ojos, sino de todo el cuerpo. En esta categoría pueden incluirse las ramas del maxilar de un erizo que cuelgan a los niños para lograr un desarrollo rápido y completo.

La colocación de los amuletos se hace siempre en la cabeza y frente, las más de las veces encima del ojo enfermo, y, en el caso de ser la afección doble, sobre la raíz de la nariz. Le llevan enrollado en un trapo, sujeto con un cordón o cin-

ta. En algunos casos lo ponen oculto entre los pliegues del turbante; pero lo más corriente, tratándose de enfermedades agudas, es que lo lleven al exterior y en inmediato contacto con la piel.

Aparte de raras ocasiones en que los amuletos consisten en una reliquia de un venerado santón u otros objetos extraños, como pedazos de huesos de animales, pelos de hiena, etc., casi siempre están representados por un papel con versículos del Corán, compendio de toda la sabiduría (figura 1.^a).

Los versículos han de ser manuscritos por el faquir, elemento indispensable para la acción, quien, además de las alabanzas al Dios único,

Fig. 1

Fotografía de un amuleto.

Traducción:

«Con el nombre de Dios, clemente y misericordioso.

Librenos del maldito Satanás y lo haga desaparecer.

Librenos del maldito Satanás y lo haga desaparecer.

Librenos del maldito Satanás y lo haga desaparecer.

Que Dios dirija la paz y la bendición sobre nuestro señor y dueño Mahoma y sobre su familia y le conceda la paz completa.

Invoco la palabra de Dios Todopoderoso. Dios es clemente y hará desaparecer la ceniza (legaña) y la estrella (generalmente se refiere a catarata) de la vista. Dios es tan grande, para que aligere la enfermedad de la estrella, ceniza y lágrimas.

¡Dios! Nosotros somos débiles y a Ti invocamos para que nos libres de este mal. Tú eres el clemente, el misericordioso y el benigno, porque Tú eres el único que puedes librarnos de los duendes y personas.»



añade, por su parte, algo de magia, con la que quiere hacer participar al enfermo del *baraka* o gracia de que se creen poseedores. Esa parte cabalística—los cuadros trazados en la parte inferior izquierda del amuleto—es generalmente secreta, y el faquir se vale para ejercerla de signos empleados por sus antepasados o por algún santón famoso. Son letras o garabatos sin significado estricto, sino el que el autor va inculcando con el pensamiento mientras lo dibuja. Por ejemplo, invoca: «Con este signo serás feliz; con éste obtendrás riquezas; con este otro en tu casa no entrará el diablo; con éste sanarás...»

El faquir no siempre limita su actuación a confeccionar y cobrar un amuleto. Hay casos en que escribe sus invocaciones por separado en un papel y en un fragmento de ánfora o cacharro de

barro. El enfermo deberá hacer una especie de infusión con el papel sumergido en agua caliente, colocará al fuego el cascote de barro, e irá vertiendo sobre éste gotas de aquella agua, donde van diluídas las oraciones. Los vapores que se desprendan serán absorbidos por los ojos.

Los enfermos no sólo pretenden la curación de sus males por intermedio del faquir, sino que acuden a los «morabos», pequeños santuarios donde yace enterrado algún santón, acarician la tumba sagrada y rezan. Allí pasan un día o dos y celebran fiesta con la que creen atraer los beneficios de Alá. Muchas veces utilizan algunas fuentes o charcas próximas, a las que, según la tradición, el santo concedió virtudes salutíferas. Tal sucede en el morabo de Sidi Megfi de Kadia (Ulah Abdaim, Beni Said), en el que hay una charca cenagosa. Los enfermos de los ojos, después de orar en el morabo, beben de aquella agua sucia, se lavan la parte enferma, y antes de abandonar el lugar cuelgan de un árbol un pedazo del turbante o de las vestiduras, ofrenda o recuerdo perpetuo que ha de quedar para que el santo no eche en olvido la petición.

Fuera de estas prácticas teúrgicas, sólo en los zocos es dado observar algunas escenas que guardan relación con el arte de curar. Los que lo ejercen aquí no son sacerdotes, sino ciertos individuos que se agitan, vociferan y danzan como posesos al son de una música monótona arrancada al pandero, al gembri o a la chirimía, con el fin de atraer curiosos. Adoptan aire de iluminados y verifican maniobras extrañas, a las que dan un sentido mágico y misterioso. A veces echan mano de un cesto donde llevan serpientes, a las que previamente han desprovisto de sus órganos venenosos, las cogen con la mano, se las enroscan al cuello o se les acercan a la boca, dejando que la lengua del reptil les haga contacto en la nariz o en los labios, incluso se tragan el cuerpo del reptil como si fuera un tubo de Faucher, y en ocasiones permanecen sentados tocando sin cesar mientras tienen delante al ofidio incorporado, en actitud enhiesta. Son los encantadores de serpientes que explotan la credulidad de las gentes como poseedores de talismanes con virtud contra las mordeduras venenosas. Los charlatanes y embaucadores son de todos los tiempos.

También se ven en los zocos mercaderes de drogas que expenden polvos de colores diversos, hierbas, pelos o huesos de animales, etc. Es el esbozo de un farmacopea en que la superstición va cediendo paso al empirismo. Entre los productos de aplicación ocular figuran el alumbre y el *kool* para el embellecimiento de los ojos de las mujeres, del igual modo que el *henné* o pintura para las uñas. También la coquetería femenina es tan antigua como la Humanidad; es posible que Eva tu-

viera ya la intuición de adornarse los ojos para ofrecer a Adán la manzana nefasta.

Otros representantes de la Medicina, en cierto modo, son los sangradores. Estos recorren los zocos y se instalan bajo una sencilla tienda de campaña, donde no tardan en acumularse los clientes. Son medio barberos, medio cirujanos, que hasta en eso cabe establecer analogías en la evolución histórica de la cultura profesional en los diferentes pueblos. Primeramente afeitan al cliente todo el cuero cabelludo. Después, a fuerza de pasar los dedos reiteradamente de delante atrás, hacia el occipital, y de pellizcar sobre la nuca, acaban por formar un verdadero hematoma. Hacen con una navaja vulgar varias escarificaciones y aplican la ventosa. El aparato consiste en un vaso de hoja de lata provisto de un tubo, en cuyo extremo va atada una tripa de cordero. Bien adaptado el recipiente a la región, el tebib comienza a aspirar con la boca suave y reiteradamente. Cuando considera hecho el vacío, aprieta con los dientes el trozo blando de tripa, dejándole cerrado por aplastamiento. Es como si dijéramos una especie de válvula que no impide la aspiración y se opone a que el aire pueda penetrar. Se comprende que esta sangría local tenga un efecto útil, descongestivo, sobre los ojos, y que en muchas enfermedades agudas (conjuntivitis, iritis, glaucoma, etc.) produzca notorio alivio. Esta práctica está muy generalizada; no sólo se someten a ella los enfermos, sino también los sanos, que así purifican su organismo.

En los zocos, donde concurre una gran muchedumbre, pueden observarse enfermos de los ojos en gran número. Llama la atención la extensión que alcanzan las enfermedades infectocontagiosas, especialmente el tracoma, y, en determinadas épocas otoñales, la conjuntivitis de Koch-Weeks, cuyo origen atribuyen a la floración del granado. Los zocos, a donde llevan a vender productos comestibles (carne, higos, dátiles, confituras), y en donde quedan restos e inmundicias que nadie se cuida de limpiar, son verdaderos viveros de moscas, y es corriente ver cómo estos insectos se posan pegajosamente en los ojos llenos de suciedad. No es de extrañar que algunas enfermedades poco corrientes en Europa, como las miasis, se observen allí con relativa frecuencia, siendo dado apreciar la invasión del ojo por gusanos que raptan por la conjuntiva y que no son sino larvas de moscas (generalmente *oestrus ovis*).

También se ven a veces lesiones sifilíticas avanzadas, de aspecto repugnante, que no tienen equivalente en otros lugares, porque los enfermos, por muy descuidados que sean, no se abandonan sin tratamiento hasta tal extremo.

Igual podríamos decir de algunas neoplasias que hubiesen requerido una enucleación precoz,

la cual no se hizo, por lo que alcanzan un desarrollo enorme con invasión total de la órbita.

En otro orden, hay estampas impresionantes para cualquier espíritu sensible, y más para nosotros, los oculistas. Me refiero a los mendigos ciegos, que van peregrinando de zoco en zoco. Es corriente ver una cadena de cinco o seis ciegos; el primero camina guiado por un pequeño lazarillo o sirviéndose de un palo, y los demás le siguen en fila cogidos de la mano o atados con una cuerda unos tras otro. Es una representación viva de la parábola de los ciegos del Nuevo Testamento, en que hubiera podido inspirarse BREUGHEL EL VIEJO para pintar el cuadro que le hizo famoso, y que hoy puede admirarse en el Museo de Nápoles.

Otra estampa de intenso dramatismo que ya nunca más se verá, pero que yo he presenciado estremecido, es la de algún reo desdichado que había sufrido el tormento horrendo de que le abrasaran los ojos con un hierro candente. Por grande que fuera la falta, por abominable que fuera el delito, este castigo que acostumbraba a imponer un jerifalte rebelde a España, de triste memoria, inspiraba todavía mayor horror. Aun hoy se sobrecoje mi ánimo cuando recuerdo a un desventurado que imploraba limosna en una calle de Tetuán. Permanecía en cuclillas horas y horas, inmóvil, con una mano apoyándose sobre un palo y en la otra una cazuela de barro, en espera de que algún transeúnte le echara una moneda o un mendrugo. Inclínaba la cabeza hacia adelante cuanto podía, y, no conforme con esta actitud, se tapaba el rostro casi del todo con la capucha de la chilaba, sucia y andrajosa, tratando de ocultar unas órbitas vacías, y, por si esto fuera poco, unas cicatrices deformes, delatorias en todo momento de haber cometido una acción punible y vergonzosa.

* * *

Muchas veces, en mis andanzas por aquellas tierras, no he podido menos de reflexionar sobre la analogía de lo que allí se ofrecía a mi contemplación con lo que la Historia nos refiere de épocas y de pueblos milenarios. Entre los hindúes, los babilonios, los hebreos, los galos, y asimismo en egipcios, griegos y romanos, cuya cultura había de florecer más tarde, los comienzos de la Medicina en general y de la Oftalmología en particular tienen iguales características.

A la primera fase, teúrgica, sigue otra de observación de la naturaleza que conduce al empleo de remedios empíricos. Se esboza el ejercicio de la Medicina, que abandona los templos y deja de estar en manos de los sacerdotes para ir a parar a individuos que detentan un poder especial de devolver la salud. HERODOTO refiere cómo en Babilonia son llevados los enfermos por sus familiares y expuestos en el mercado público en espe-

ra de que alguien pudiera reconocer la enfermedad y aconsejar el remedio. Poco a poco surge el profesionalismo, y éste acaba por reglamentarse.

En el código de HAMMOURABI (fig. 2.^a), rey de la primera dinastía babilónica (2.003 a 1.961 antes de Jesucristo), se tarifican ya las operaciones oculares en diez siclos para los nobles y dos siclos



Fig. 2
Código de Hamurabi.

Monumento en diorita negra, descubierto en 1901 en las ruinas de Susa por la misión Morgan, traducido por Sichel en 1902. (Museo del Louvre.)

para los esclavos. Cada siclo contenía seis gramos de plata, y es posible que en aquellos tiempos que los cirujanos no usaban automóvil ni se conocía el estraperlo, dichas remuneraciones no fueran tan poca cosa como pudiera parecernos hoy.

Por otra parte, es de suponer que nuestros colegas de entonces no se arriesgaran demasiado en operaciones, pues el mismo código señala, sin duda refiriéndose a la catarata, que «si el médico ataca la nube de un hombre libre con un punzón de bronce y le revienta el ojo, se le cortarán las manos», y si se tratara de un esclavo habría de pagar la mitad de su precio en plata. Se ve que HAMMOURABI tenía prudentes consejeros. Con todo, no sabemos a cuánto ascendería la cifra de oculistas mancos en Babilonia.

* * *

En Egipto, la Medicina también se inició a la sombra de los templos, donde se rendía culto a la

diosa Isis, que curaba a los ciegos, y después pasa a ser ejercida por prácticos que van acumulando experiencia clínica. En algunas excavaciones se han hallado frascos de colirios, productos medicamentosos, pinzas de depilar, etc. El papiro de EBERS tiene una parte consagrada a la Oftalmología.

Ha nacido la especialización, y de entre todos los especialistas, los más reputados son los oftalmólogos. CIRO, rey de Persia, pide a AMAZÍS, rey de Egipto, que le mande un médico oculista, el más hábil de su reino, y como no accede a la demanda le declara la guerra. Los oculistas y los médicos en general alcanzan rango y prerrogativas, visten la túnica sagrada de los egipcios. Cerca de la pirámide de Giseh se ha descubierto, en 1920, la estatua de un oculista de la corte faraónica de la VI dinastía y varias lápidas dedicadas a otros colegas. La más importante de tales lápidas—dice WILLARD—es la de PEPI-ANKH-OR-IRI, (fig. 3.^a), el más antiguo oftalmólogo



Fig. 3

Estela funeraria de Pepi-Ank-Or-Iri. (Tomado del *Traité d'Ophthalmologie*, capítulo redactado por Willard.)

cuyo nombre ha llegado hasta nosotros, y que allá, unos tres mil años antes de Jesucristo, era al mismo tiempo astrólogo, médico de los ojos y médico del vientre en la corte faraónica (MEYERHOF).

* * *

En Grecia se esboza la Medicina confundida con la mitología y la leyenda. El centauro CHIRON, fundador del arte de curar, devuelve la vista a unas jóvenes fenicias, a quien su padre, AMINTOR, había hecho cegar en castigo de haber perdido su pureza.

HOMERO, el inmortal rapsoda ciego, relata en *La odisea* la extraña aventura de ULISES en la cueva de POLIFEMO, el cíclope brutal y monstruoso. Entre la fábula se describe una evisceración tal como se haría en aquellos tiempos:

HOMERO intuyó incluso la anestesia cuando dice que el prudente ULISES hizo probar al cíclope el rico vino de los griegos, escanciando de él una y una vez hasta hacerle caer completamente ebrio.

«... Polifemo lanzó una gran carcajada, y habiendo hecho el vino su completo efecto, quedó tendido cuan largo era, profundamente dormido. Al ver ULISES a POLIFEMO tendido en tierra, embriagado, rendido, se apresuró a llamar a sus hombres... Juntos corrieron entonces a buscar el palo que habían preparado, e introduciendo su punto aguda en el fuego, la pusieron al rojo. Después lo retiraron, hundiéndolo ULISES y cuatro hombres más en el horrible ojo del cíclope. Algo espantoso ocurrió entonces... ULISES, teniendo la estaca clavada en el ojo de POLIFEMO en pie, lanzando gritos roncoss como el trueno, liera a borbotones del ojo y que éste se vaciara. Púsose POLIFEMO en pie, lanzando fritos roncoss como el trueno, gemidos estridentes que hicieron retroceder a ULISES y a sus compañeros hasta los rincones más apartados de la cueva. De verdad imponía pavor el aspecto del gigante con el ojo vacío, del que colgaba la estaca roja, encendida y cubierta de sangre. Sin dejar de dar voces, POLIFEMO logró arrancarse el palo candente del ojo, lo arrojó a gran distancia y llamó con formidables gritos a sus hermanos, los otros cíclopes que habitaban en las cercanías en cuevas semejantes...»

El arte de curar, mientras es ejercido por los asclepiades, no pasa de ser un mito, una ficción alegórica. Pero aparece la figura de HIPÓCRATES y surge la verdadera Medicina clínica, basada en la observación de los enfermos. Se describen las enfermedades y se investigan sus causas. El genio helénico, creador de una civilización que se manifiesta en todas las actividades y que brilla en las ciencias, las letras y las artes, ilumina al mundo de la época, para reflejarse más tarde en Alejandría y en Roma.

EPOCA ROMANA

En Roma se adoraba a Apolo y a Esculapio, cuyos sacerdotes detentaban el poder de curar. Se practicaba también una Medicina casera y popular, cuyo ejercicio incumbía al *pater familias*, pues si éste tenía el derecho de matar a los suyos, debía tener igualmente el de darles la salud.

La Oftalmología, como la Medicina entera, era vulgar, y no faltaban en ella los exorcismos y cábalas. En el tratado *De re rustica*, de CATÓN, se prescribe, por ejemplo, contra las legañas: «Grabad sobre una lámina de oro con un punzón de cobre las palabras *ouruo*, *ourode*. Colgadla con un cordón del cuello del enfermo, y esto le preservará eficazmente y por mucho tiempo si la aplicación se hace en lunes y habéis sido casto.»

No mucho más que esto era todo el arte de curar en Roma cuando empezó a incorporarse la cultura helénica. Poco a poco, y tras una fase de desprecio y de desconfianza, los médicos y las ideas de los griegos ejercen una poderosa influencia. Hay ya los *médicus ocularius*, que se consagran por completo a nuestra especialidad. Empiezan por copiar y utilizar los conocimientos de la escuela hipocrática; pero más tarde corrigen, amplían y crean conceptos con criterio propio. CELSO y RUFO hacen sendas descripciones anatómicas del ojo y sus cubiertas. PLINIO EL VIEJO cita el uso de lentes por NERÓN. GALENO, ya en la segunda centuria de nuestra era, compone una *Anatomía del ojo* y un tratado de *Diagnóstico de las enfermedades de los ojos*. ANTYLLUS, contempo-



Fig. 4

Lápida de Artemidorus, oculista de la época romana (de procedencia griega), descubierta en Chiclana. (Museo Arqueológico de Cádiz.)

raneo de GALENO, se ocupa de la extracción de la catarata por succión. SORANO DE EFESO, ORIBASIO DE PÉRGAMO, ALEJANDRO DE TRALLES, etcétera, posteriormente, escriben diversas obras de Oculística, y aunque a veces se pierden en laberintos de vanas teorías, muestran un afán laudable de explicarlo todo.

A medida que el Imperio romano se extiende por casi el mundo entero, su ciencia también se difunde y emigra a países lejanos, en los que da y toma enseñanzas que se traducen en mutuas y recíprocas influencias beneficiosas para el progreso. En la Galia romana se acostumbraba a enterrar a los muertos con las armas o los instrumen-

tos de que habían hecho uso durante la vida, y, debido a esta circunstancia, han llegado a nosotros valiosos testimonios (esculturas, sellos, colirios) de médicos oculistas.

España, provincia romana, no dejaría de contribuir a la cultura médica y oftalmológica del Imperio. Es seguro que allí donde nacieron emperadores como TRAJANO, ADRIANO y TEODOSIO; filósofos como SÉNECA; retóricos y poetas como SILIO, MARCIAL, QUINTILIANO, MARCO ANNEO SÉNECA y LUCANO; oradores como PORCIO LATRÓN; geógrafos como POMPONIO, etc., también se darían oculistas que incrementaran con sus aportaciones el acervo científico de la época. No hay razón para que en los mismos lugares donde se levantaban maravillosas obras arquitectónicas, acueductos, puentes, murallas, anfiteatros y arcos triunfales, no se crearan obras de ciencia equivalentes en mérito. Mas las primeras nunca podrían ser separadas del suelo en que se alzaban, en tanto las segundas serían absorbidas y transportadas por la civilización de Roma, que fue un día la civilización universal. En efecto; en nuestra patria se han descubierto lápidas, sellos, recetas, frascos de colirios, productos medicamentosos e instrumentos de médicos oculistas de dicha época (figuras 4.^a y sucesivas) (1).

La corrupción de costumbres arrastró al Imperio de los césares a su decadencia, de igual modo que el lujo y la molicie habían conducido antes a la caída del Imperio de ALEJANDRO MAGNO. Magníficas enseñanzas de la Historia, que nunca debemos olvidar: con trabajo, con sentido moral y con unidad política, un pueblo levanta una civilización; pero basta que alguno de dichos principios se quebrante para que la vida de un pueblo se derrumbe.

En contraste con aquel ambiente de vicios, odios y crímenes en que se debatía el Imperio romano, aparece la sublime figura de JESÚS DE NAZARETH. Predica la virtud, el amor al prójimo, la fraternidad entre los hombres, la misericordia..., ideales opuestos a los de aquella sociedad corrompida. Sus doctrinas ejercerán una poderosa influencia en el mundo. Obremos el bien. Amemos a los enfermos como a nosotros mismos y hagamos con ellos lo que quisiéramos que hiciesen con nosotros. Imitemos el ejemplo simbólico de JESÚS y reconozcamos que curar a los enfermos y devolver la vista a los ciegos es un don divino.

(1) Las figuras 4.^a y 5.^a están tomadas de la documentada e interesante monografía *La Oftalmología en tiempo de los romanos*, publicada por el doctor RODOLFO DEL CASTILLO CUARTILLERO, de que conocemos la versión alemana (Léipzig, 1907).

Las restantes ilustraciones, con una información valiosísima, por lo detallada y por ser, en parte, inédita, las debemos a la gentileza del señor MARTÍNEZ SANTA OLALLA, catedrático de la Universidad de Madrid y comisario general de Excavaciones Arqueológicas, y a la amabilidad del señor SÁEZ DE BURUAGA, director del Museo de Mérida.

Para merecerlo y para gozarlo tenemos que tender a un constante perfeccionamiento intelectual y moral.

EPOCA ÁRABE

La caída del Imperio romano arrastraba tras de sí a una civilización. Los bárbaros consideran que la guerra es la única ocupación digna de los hombres libres, y, atentos sólo a las hazañas bélicas, muestran desdén por todo lo demás. La cul-

paña la generosidad con que han editado y distribuido este libro, e igualmente una versión al catalán de la obra de ALCOATÍN, médico árabe cristiano que vivió en Toledo en el siglo XII, titulada *Congregatio sive liber de oculis*, ambas plenas de sugestivo interés, sobre todo para los oftalmólogos hispanos.

En el califato de Córdoba gozaron los honores de la fama como oculistas otros muchos, entre ellos ALBUCASIS, musulmán hispanomarroquí, autor de una enciclopedia médica en que se describen las operaciones oculares, y AVENZOAR, médico judío, cuyos manuscritos se han perdido o yacen inéditos e ignorados en cualquier biblioteca, que se distinguió, no sólo por su gran habilidad, sino también por su señorío y liberalidad en el ejercicio de la profesión.

Se dice que la Oftalmología de los árabes es poco original, copia de la de los griegos. Sin embargo, hay evidentes innovaciones. HONAIN describe las afecciones de los párpados, la xeroftalmia, el pannus («sebel») y la catarata, que atribuye a la disolución del cristalino. ALCOATÍN recomienda en las inflamaciones del iris la hiosciamina. ALHACEN estudia el ojo como aparato de óptica, y, en medio de groseros errores, denota fina intuición.

La Cirugía ocular también se perfecciona. ALCOATÍN señala las ventajas del catgut sobre la seda ordinaria en las operaciones de los párpados. ABULCASIS practica escarificaciones sobre la mucosa conjuntival en las oftalmías, y aconseja contra el pannus la peritomía hecha con tijeras. AVICENA trata la fístula lagrimal mediante un estilete recubierto de algodón impregnado de sustancias medicamentosas.

Los árabes son los precursores de la dacriocistorrinostomía, pues en la fístula lagrimal ejecutan algunos la perforación del hueso seguida de cauterización con un hierro al rojo.

Para la catarata verifican la reclinación del cristalino; pero también practican la succión. OMAR EL MUSLY, en el siglo XI, se atribuye la invención del procedimiento; pero ya había sido mencionado por TSABET BEN CORRA en el siglo IX; y RAZES, en el *Continente*, refiriéndose a este método, hace alusión a ANTILLUS. Los árabes se han anticipado, en cierto modo, a la facoerisis, aunque de sus descripciones se desprende claramente que no intentaban la extracción del cristalino, sino una simple discisión seguida de aspiración de masas blandas.

El ejercicio médico entre los árabes acaba por ser rigurosamente reglamentado. Aparte de la visita domiciliaria, hay hospitales y centros de enseñanza, en los cuales los servicios oftalmológicos ocupan un puesto preferente. Nadie puede ejercer sin tener un diploma o título, que no es fácil adquirir; se exige un largo aprendizaje, y



Fig. 5

Lápida de Fulvius Icarus, «Medicus ocularius», descubierta en Aguilar. (Museo provincial de Córdoba.)

tura grecorromana está a punto de perderse; mas los árabes la recogen, la incorporan y la salvan. Sobre estas bases elaboran una nueva civilización.

Su celo fanático les había hecho creer que toda la sabiduría se hallaba compendiada en un solo libro: el Corán. El intrépido OMAR incendió la famosa biblioteca de Alejandría; los 500.000 volúmenes que reunía sirvieron para calentar los baños públicos durante medio año.

Pero no tardan en dejarse seducir por los encantos insinuantes del genio helénico. Traducen al árabe y comentan los libros de HIPÓCRATES y de GALENO, y toman de sus vencidos, los cristianos, el caudal de ciencia que éstos conservan. Y, como si quisieran compensar al mundo del error inaudito cometido por OMAR, crean nuevas e inmensas bibliotecas, entre ellas la de Córdoba, con 600.000 volúmenes, y otras en El Cairo y en Trípoli, en que se contaban las obras por millones.

Entre la profusión de libros árabes, son de extraordinaria importancia, tanto en cantidad como en calidad, los consagrados a la Oftalmología. El doctor MAX MEYERHOF, oculista e historiador que todos conocemos y admiramos, ha traducido, en 1928, al inglés, un manuscrito que se conserva en El Cairo, de la famosa obra de HUNAIN, escrita en el siglo IX, *Los diez tratados sobre el ojo*. Y el mismo historiador nos ha deleitado en 1933, con la traducción al francés de otra obra, *Guía de Oculística*, manuscrito hallado en la biblioteca de El Escorial, cuyo autor, MOHAMED AL-GHÁFIQI, fué un oculista del siglo XII. Hemos de agradecer a los Laboratorios del Norte de Es-

sólo se otorga a los que demuestran su suficiencia en diversas pruebas: disecar en un ojo «sus siete membranas y sus tres humores», diagnosticar tres enfermos, preparación de colirios y medicamentos, conocimiento profundo de los *Diez tratados sobre el ojo*, y, por último, prestar solemnemente ante el *Mouhtasseb* (inspector) el juramento de HIPÓCRATES.

EDAD MEDIA

Muchos historiadores nos representan la Edad Media como un período de tinieblas en que la ciencia se eclipsa. A nuestro modo de ver, marca una fase de transición en que los conocimientos adquiridos se ordenan y preparan para la ulterior marcha evolutiva.

Es en tal momento histórico, que musulmanes, cristianos y judíos contribuyen a sostener y fomentar la cultura grecolatina, cuando el mundo cristiano se hace cargo y toma bajo su custodia los conocimientos de la época. La ciencia médica, a merced de los vendavales bélicos universales, acaba por refugiarse en los monasterios, donde halla cobijo y protección a la sombra de los claustros.

En Chartres, en Reims, en Monte Casino, los monjes traducen, copian y comentan las obras griegas, latinas y árabes. La Medicina toma un carácter teórico, propio de la época, y que no deriva precisamente de las creencias religiosas. En la escuela de Salerno, de tipo laico, la enseñanza se reducía en el siglo XI a la lectura de textos griegos y árabes. Sólo dos veces por año, y con gran ceremonia, se hacía una demostración anatómica en el mono o en el cerdo, y hasta el siglo XIII no se utilizaron cadáveres humanos, siendo éstos de criminales.

En toda Europa se fundaron Universidades, de las cuales la de Salamanca, en el siglo XIII, fué una de las más famosas, como antes lo había sido la de Toledo. Emulaba la de Salamanca a la escuela de Salerno; pero aún la aventajaba aquella por conservar el esplendor de la Medicina árabe e influir con la labor simultánea que en la península ibérica realizaban los médicos musulmanes, judíos y cristianos.

Entre los oculistas cristianos no podemos menos de citar a ALCOATÍN, autor del libro ya mentado, y a PIETRO HISPANO, el oculista que fué Papa, de que se ha ocupado recientemente el doctor FERNÁN PÉREZ en la Asociación de Escritores Médicos, quien compuso el *Brevarium de egritudinibus et curis oculorum*.

Las obras de nuestros compatriotas, a pesar de los errores y defectos que hoy nos sería fácil criticar, no desmerecen de las de ZACARÍAS y BIENVENIDO DE JERUSALÉN, ARNALDO DE VILANOVA, YPERMAN, GUY DE CHAULIAC y otros autores medievales de celebridad mundial.

La Oftalmología—triste es reconocerlo—degeneró en una práctica rutinaria de los «periodeutas», comúnmente judíos, a los que no se exigía título alguno, que se transmitían de padres a hijos sus libros, sus conocimientos y sus habilidades, y que iban ambulantes de un sitio a otro para ejecutar bien la operación de la catarata (por inclinación), bien la operación de la talla contra el mal de piedra en la vejiga.

También se adelanta poca cosa en cuanto a los medicamentos de aplicación ocular.

En cambio, en el siglo XIII se abre un nuevo capítulo de la ciencia oftalmológica: la Óptica. ROGERIO BACON, «el doctor admirable» como le llamaban entonces, el precursor de GALILEO y de NEWTON, según le denomina ahora WILLARD, da, en su *Perspectiva*, una teoría de la visión, en la cual demuestra la necesidad de una lente en el interior del ojo. Estudia los cristales convexos y los cóncavos, y sienta por primera vez la indicación de lentes en la presbicia. A finales del siglo XIII el empleo de los vidrios convexos ha entrado en la práctica; no así de los cristales para miopes, que no hacen su aparición hasta dos siglos más tarde.

La *Optica*, de VITELLION, y la *Perspectiva com-*

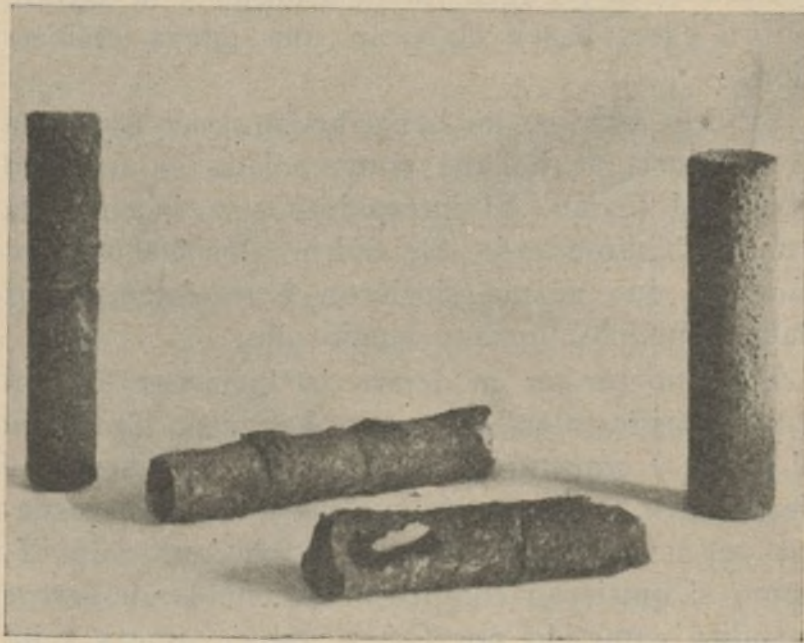


Fig. 6

Canutos romanos con restos de productos medicamentosos, encontrados en la sepultura de un médico. (Museo de Mérida.)

munis, de JOANNES PTHISIANUS, aparecidas ambas en la misma época que la de BACON, ofrecen menos importancia. La primera comenta y amplía los mismos conceptos de ALHACEN. La segunda tampoco contiene nada original; pero ha de inspirar en el siglo XVI a FABRICIO DE ACQUAPENDENTE su obra sobre la visión.

EPOCA DEL RENACIMIENTO

Llegamos a la época del Renacimiento. Las letras, las ciencias y las artes, encerradas y como momificadas en los moldes clásicos e inmutables

de la Grecia y de la Roma antiguas, reciben un soplo vivificador. A partir del siglo XIV, los viejos conceptos dejan de ser aceptados como dogmas, y son revisados con espíritu crítico. Se adoptan nuevos sistemas, se investiga y se crea. Los inventos se multiplican: el de la imprenta marca a la Humanidad un progreso indefinido.

La Medicina se transforma. Se hacen disecciones en cadáveres humanos, y así se origina la verdadera Anatomía, cuya figura representativa es ANDRÉS VESALIO. Al mismo tiempo, PARACELSO emprende la reforma de la Patología médica, pone los cimientos de la Farmacología química y de la Terapéutica, y, llevado de su afán renovador, hace quemar públicamente las obras de GALENO y de AVICENA. En Cirugía, AMBROSIO PARÉ observa e interpreta, da de lado prejuicios supersticiosos como el del «pus laudable», e idea procedimientos operatorios y ortopédicos con recto criterio.

En nuestra especialidad, en el siglo XVI publican obras importantes LUDOVICUS BONACIURUS, RYFF, BARTISCH, etc.

No deja de ser instructiva y atrayente la colaboración que en aquella época existía entre artistas, médicos y boticarios, al extremo de formar un gremio común. Los pintores seguían afanosamente los cursos de Anatomía, y desde la farmacia, donde compraban sus colores, se dirigían al anfiteatro a presenciarse las demostraciones anatómicas que tanto influirían en el realismo de sus obras. Algunos artistas alternaban con igual maestría el manejo del escalpelo y el del pincel, y se cuenta que los sangradores permanecían delante de los lienzos para aprender bien las ramificaciones de las venas.

Yo no puedo menos de sentir una profunda admiración y una fervorosa simpatía hacia aquel gran hombre del Renacimiento italiano que se llamaba LEONARDO DE VINCI. Su genio artístico plasmó esas obras maravillosas que contemplamos en los museos. Su afán investigador, esos improvisados y magníficos bosquejos hechos junto al cadáver, que le conceptúan tan anatómico como VESALIO. Su intuición creadora, esos diseños de aparatos voladores que le revelan como un glorioso precursor de la aviación. Y, mientras tanto, sus inquietudes científicas le sugerían concepciones y teorías acerca de la visión de los colores...

LEONARDO DE VINCI con el arte hacía ciencia y con la ciencia hacía arte.

Después de esto—pensamos, rememorando inspirados párrafos de BLÁZQUEZ BORES—, ¿es posible que alguien establezca una idea de rivalismo entre ciencia y arte? ¿Habrá siquiera quien considere a la ciencia como una cenicienta humilde por que sus hermanas, las letras y las artes, se

vistan con hermosas galas? ¿Cómo se comprende que un poeta de nuestros tiempos—el inglés KAATS—se atreva a maldecir la memoria de NEWTON, porque, según él, destruyó la poesía del arco iris reduciéndolo a un prisma?

Si LEONARDO DE VINCI hubiera sido posterior a NEWTON, habría hallado también poesía y motivo de inspiración haciendo surgir de una arista de vidrio el arco iris con todas sus bellezas.

El movimiento artístico, literario, científico y



Fig. 7

Cuchillo con mango de oro, encontrado en la sepultura romana de un médico. (Museo de Mérida.)

filosófico, iniciado en Italia en la época renacentista, se propaga a Europa y al mundo entero.

Las conquistas de la ciencia ya no quedan bajo el dominio de un pueblo o de una nación dada, cruzan fronteras, se reparten, se suman y se mezclan. Los conocimientos, a partir de entonces, adquieren un significado de universalidad.

En los siglos XVII y XVIII son numerosísimas las publicaciones de Oftalmología. En la *Guide pratique des maladies des yeux*, publicada por CARRON DU VILLARDS en 1838, la bibliografía ocupa 89 páginas.

Se suceden continuamente estudios, descubrimientos y teorías que sería imposible enumerar. Se inicia la Bacteriología, se estudia la Óptica. DAZA DE VALDÉS publica en Sevilla su famosa obra *Uso de los antojos*. La enseñanza de la Oftalmología va tomando carácter oficial en los diferentes países. Las técnicas quirúrgicas progresan, y DAVIEL idea la operación de la catarata por extracción del cristalino, no por reclinación como hasta entonces se venía haciendo.

En 1851—ayer, como quien dice—, HELMHOLTZ descubre el oftalmoscopio. En lo sucesivo ya no se nos ocultarán aquellas enfermedades de las que pudo decirse que ni el médico ni el enfermo veían nada.

En Madrid se inaugura, en 1872, el Instituto Oftálmico, y en 1886 se crea la primera cátedra oficial de enfermedades de los ojos en la Facultad de Medicina de San Carlos.

PRESENTE DE LA OFTALMOLOGÍA

En la hora que vivimos nos encontramos nada menos que con cinco milenios de civilización humana.

Sería prolijo hacer un análisis detallado y erudito de la cultura oftalmológica actual.

Pensad lo que en el aspecto evolutivo significa que tengamos en nuestros gabinetes aparatos de biomicroscopia, campímetros, oftalmómetros, oftalmoscopios eléctricos, estereóscopos, forómetros, etc., y que esté a nuestro alcance medir la tensión en los vasos de la retina u obtener fotografías y cinematogramas del fondo del ojo. Es más: yo espero que no acabe mi vida sin haber visto antes, desde Madrid, por televisión, la ima-



Fig. 8

Vidrio negro y restos de cuchara de vidrio blanco tallado, para preparar ungüentos, hallados en la sepultura romana de un médico. (Museo de Mérida.)

gen oftalmoscópica de un sujeto que esté en Nueva York.

En una impresión intuitiva y sintética de la Oftalmología contemporánea observamos:

En Anatomía hemos llegado a ese límite que suponen los grandiosos descubrimientos de CAJAL acerca de la fina estructura de la retina.

En Fisiología conocemos los mecanismos del ojo como aparato de óptica y como aparato de sensación.

La Embriología ha tomado un carácter experimental, del cual derivarán aplicaciones prácticas que hoy ni siquiera sospechamos. Quién sabe si algún día se podrán prevenir defectos congénitos o dirigir a voluntad el desarrollo y formación de los órganos de la visión.

En Patología se interpretan los fenómenos a la luz de la Histología patológica y de la Bacteriología, que entran en una nueva fase con el advenimiento del microscopio electrónico, y se progresa en estudios bioquímicos que quizá den la clave de la catarata y del glaucoma.

En Terapéutica contamos con valiosos recursos farmacológicos de acción definida: antisépticos, midriásicos, miósicos, anestésicos, etc. Tenemos a nuestra disposición medicaciones específicas (sueros y vacunas, hormonas, vitaminas, etc.). Y

medios físicos, como los rayos X, el radium, la luz ultravioleta, la diatermia.

Para la práctica quirúrgica, el instrumental fino y delicado de hoy hace fáciles muchas operaciones que sin él no podrían verificarse. Además, tenemos a nuestro favor un factor esencial: la anestesia. Ciertamente, cuesta trabajo comprender cómo los enfermos soportarían, con la docilidad que se requiere, una operación de catarata antes de 1884, en que KOHLER dió a conocer la acción anestésica de la cocaína sobre las mucosas. Sin la anestesia local, muchos de nosotros renunciaríamos al ejercicio de la cirugía ocular, con mayor razón que SYDENHAM decía que sin el empleo del opio renunciaría al ejercicio de la Medicina.

La asepsia es otro elemento que ha impulsado el desarrollo de la Cirugía. ¿Podrían conducir a resultado favorable muchas operaciones de las de hoy si no estuviéramos en condiciones de prevenir la infección?

Mas no nos vanagloriemos del estado actual de la Oftalmología. Se sabe mucho, si; ¡pero es tanto lo que todavía falta por saber!...

PORVENIR DE LA OFTALMOLOGÍA

¿Qué nos reserva el futuro? Es difícil adivinar a dónde nos conducirán los avances de la ciencia. Vemos tantas maravillas, que acabamos por no maravillarnos de nada. Las fantasías de JULIO VERNE han sido superadas en la realidad. Ya nos parece cosa vulgar el submarino, el aeroplano, la luz eléctrica, los rayos X, la «radio», la televisión y tantos y tantos inventos del saber humano. Dentro de poco tiempo—poco tiempo es un siglo en la evolución del mundo—nadie se sorprenderá tampoco de que la energía atómica sea aprovechada para infinitas aplicaciones que ni siquiera sospechamos.

Puede ser... todo.

Dejemos que vuele la imaginación de un oculista.

Las infecciones todas, externas e internas, podrán prevenirse y curarse. El tracoma y la úlcera hipopiónica, por ejemplo, no serán para los oculistas venideros una pesadilla, como lo son para los actuales.

La vacunoterapia y la quimioterapia, en aplicación local o general, pondrán en manos de los prácticos recursos inocuos para los tejidos oculares y de un poder bactericida superior miles de veces al de las sulfamidas y la penicilina. Quizá se descubran radiaciones insospechadas aplicables al mismo fin.

Pensar que un día nuestro planeta llegue a ser aséptico, porque los higienistas consiguieran el exterminio de todos los gérmenes patógenos, nos parece demasiado atrevido. Si los hombres dejaran de ser víctimas de los microbios, se multipli-

carían las guerras y los modos de matarse unos a otros.

Llegará una época en que la *terapéutica médica* se enseñoree sobre la terapéutica quirúrgica, y aun acabará imponiéndose y desplazando a ésta a medida que se vaya logrando curar por procedimientos farmacológicos afecciones que hoy están bajo el dominio de la Cirugía.

Entretanto, la Cirugía se alzarán insolente y avasalladora durante un período transitorio de más o menos siglos, en que lucirá con extraordinarios resplandores.

La esterilización se hará de la propia sala de operaciones con todo lo que se prepare en su interior (material, instrumental, etc.) como si el quirófano entero fuera un gran *poupinell* o un autoclave gigante o una cámara de gases. Se utilizarán procedimientos físicos (calor seco o húmedo, radiaciones antisépticas, etc.) o químicos que superen y no tengan los inconvenientes del ácido fénico en la época de LISTER o del formol en la hora actual.

Los oculistas adoptarán y generalizarán sistemas de iluminación adecuados. Sobre el cristalino se aprovechará la fluorescencia de éste para hacerle especialmente visible. Las cataratas se operarán siempre bajo luz ultravioleta u otra que la aventaje.

Para las operaciones del segmento anterior se impondrá la iluminación focal y la telelupa, es decir, se operará bajo biomicroscopía mediante aparatos especialmente contruidos y adaptados a esta finalidad. E igualmente en las operaciones sobre retina, el control oftalmoscópico será más perfecto y constante, sin tener que interrumpir las maniobras quirúrgicas, merced a un dispositivo frontal para el oftalmoscopio eléctrico, similar al espejo de Clare de los rinólogos.

El *instrumental* será cada día más variado, más complicado... y más costoso. En los catálogos de las Casas constructoras no quedará sitio para los nombres de los incontables oculistas que hayan ideado un modelo o se les haya ocurrido una innovación, que a menudo no es más que un simple detalle o un capricho personal.

Los instrumentos de acero en uso serán reemplazados con ventaja por otros contruidos con pastas artificiales al estilo del plexiglás. No se oxidarán, no molestará su brillo y serán transparentes; al tallar un colgajo corneal podrá verse a su través el iris.

La Cirugía en general y la Oftalmología en particular implantarán nuevas modalidades. Bisturries eléctricos que seccionen los tejidos como si éstos fueran de cera. Hemostasia por electrocoagulación o por sustancias coagulantes *in situ* o mediante pinzas que, con el sólo acto y en el propio instante de cerrarlas, dejen «precintado» el vaso. Cremalleras y suturas a máquina en susti-

tución de la torpe aguja a mano, o quizá materias adhesivas que aglutinen los labios de la herida, sin que por eso se perturbe la ulterior cicatrización.

Se intentarán atrevidas operaciones para recomponer los ojos ciegos como un aparato en que hay necesidad de cambiar alguna pieza.

Las pérdidas de tejidos por causas traumáticas y por accidentes en la industria o en la guerra impondrán asimismo reparaciones plásticas a base de injertos.

A tal fin, se prepararán y habrá depósitos de cultivos de tejidos vivos, especialmente tejidos embrionarios, dotados de un especial poder de proliferación. Se tendrán en cuenta los grupos sanguíneos.

Las blefaroplastias se harán de injertos dermoepidérmicos. Se adaptarán y conformarán con ayuda de moldes que reproduzcan la región anatómica.

Las *queratoplastias*, que todavía están en período de ensayo, en el que tan brillantes aportaciones han hecho compatriotas nuestros, pasarán a ser una práctica común y corriente. Hay que pretender que el trasplante prenda y que no se opacifique. Para uno y otro fin interesa que no se resienta su nutrición, con mayor motivo tratándose de un tejido vascular.

Es posible que se opte por las queratoplastias totales, con preferencia a las parciales. Los procesos de reparación corneal son más fáciles cuanto más periféricos.

Importa que el colgajo se ajuste exactamente en tamaño y en forma para que la coaptación sea perfecta. Para tallar correctamente el injerto puede resultar útil el queratótomo de cuchilla giratoria ideado por BARRAQUER (hijo) para la catarata (operación ésta en la que, por el contrario, no creo que tenga aceptación dicho instrumento).

El trasplante se fijará mediante sustancias adhesivas en lugar de sutura, y su vitalidad se asegurará aplicando con tal fin en el ojo esos medios de cultivo de tejidos de que hablábamos antes.

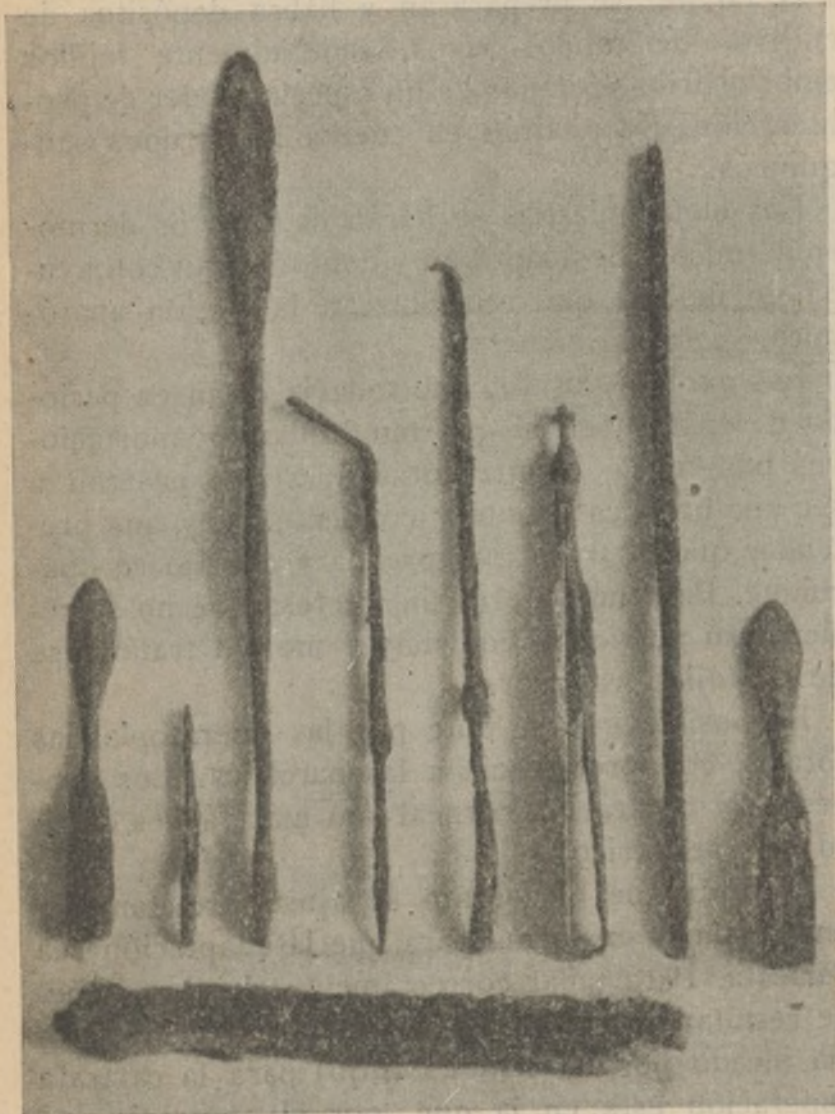
En lo por venir se generalizarán también los trasplantes, mejor dicho, las transfusiones de vítreo. Estarán indicadas especialmente para suplir las pérdidas de este humor a consecuencia de una herida o como complicación de una operación de catarata. Un vítreo turbio también podrá ser reemplazado por un vítreo transparente. En los estados de hipotonía del globo y hasta en algunos desprendimientos de retina puede constituir una indicación.

Algún optimista quizá llegue a imaginar, puestos en el camino de las fantasías, el injerto total de un ojo. Eso nunca tendrá realidad práctica. No puede pasar de una lucubración restablecer artificiosamente las múltiples, complicadas y deli-

cadass conexiones histológicas, nerviosas y vasculares con que la Naturaleza ha dotado a un globo ocular.

En cuanto al *desprendimiento de retina*, me temo que dejará de ser el tema de moda. No sabemos lo que dentro de unos siglos pensarán de los conceptos y de las técnicas actuales. Es posible que lo que un día priva, al siguiente sólo merezca una sonrisa desdeñosa.

Yo, que tanto admiro a GONIN, a SOURDILLE, a ARRUGA, LINDNER-GUITS, etc., que he acogido

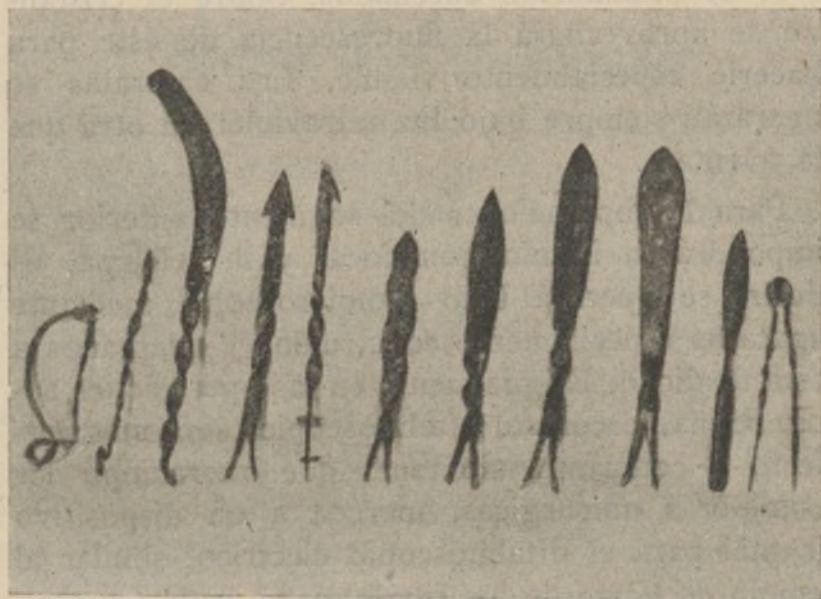


na, lo mejor sería poner una inyección de cemento en el espacio subretiniano. Quizá el secreto de la curación consista en hallar un «cemento» biológico adecuado. No se aleja mucho esta idea de la de RUBRECH, que preconiza evacuar el líquido subretiniano e inyectar sangre, con la pretensión de que los restos se organicen y establezcan adherencias.

Y el *tratamiento de la catarata*, os preguntaré, ¿sufrirá grandes cambios, dado el perfeccionamiento a que hemos llegado en las técnicas operatorias?

Cabe prever un período en que, efectivamente, se irán sumando innovaciones y detalles que den mayor seguridad de éxito, aunque, lejos de simplificar el acto operatorio, le hagan más engorroso y complicado. Más tarde, en un segundo período, la operación de la catarata habrá dejado de hacerse. Los oculistas del siglo xxx leerán con una curiosidad, no exenta de admiración, las habilidades de que eran capaces los oculistas del siglo xx para extraer limpiamente el cristalino.

La operación de la catarata no se hará, porque



Figs. 9 y 10

Estiletes, agujas, pinzas y otros objetos de metal hallados en sepulturas romanas de médicos. (Museo de Mérida.)

con entusiasmo sus innovaciones y las practico a diario, creo que hemos adelantado mucho en el tratamiento de una enfermedad que antes era incurable. Pero no considero que los métodos actuales sean los definitivos.

Lógicamente, el tratamiento ha de pretender la adhesión de la retina. Pero, ¿no habrá otros procedimientos más seguros y eficaces para lograrlo que el de provocar una inflamación? ¿Con esa inflamación obtenemos siempre el efecto que buscamos?

Confieso que cuando leí los primeros trabajos de SOURDILLE pensé que había tenido un precursor en España. Ese precursor no era siquiera oculista, sino un escritor médico que malgastaba su ingenio en un humorismo mordaz y hasta a veces de un gusto dudoso, el cual decía jocosamente que, para curar los desprendimientos de reti-

se podrá prevenir y curar por procedimientos médicos. Para llegar a esto se habrán hecho estudios interesantísimos del metabolismo del cristalino y de las circunstancias que determinan su opacificación.

La Química biológica esclarecerá totalmente el mecanismo íntimo por el que se coagulan las albúminas cristalinas, que es tanto como descubrir los medios para que el proceso de opacificación no tenga lugar, y encontrar los recursos en virtud de los cuales la coagulación de albúminas sea un fenómeno reversible. En otros términos: la catarata podrá prevenirse y curarse médicamente.

Los oculistas de entonces no sufrirán las inquietudes que nos dan los operados de catarata; pero tampoco gozarán esa sublime emoción del momento en que el operado recobra la vista.

Por otra parte, nuestros pobres colegas se lamentarán. ¿Cuándo podrán pasar una minuta decente si no operan cataratas? Entre eso y la socialización de la Medicina, mal lo han de pasar si no han dado con el secreto de la alimentación y el vestido sintéticos.

El *glaucoma* es, acaso, el problema más importante que tiene pendiente la Oftalmología.

Durante mucho tiempo se ha venido confundiendo el *glaucoma* con la hipertensión, que es mera consecuencia del exagerado aflujo de líquidos en el interior del ojo.

El *glaucoma* consiste en una perturbación del equilibrio hidrodinámico. De un lado, la presión de la sangre en los vasos; de otro, la presión de los líquidos en la cavidad ocular. En este conflicto, el aumento de la tensión en el ojo representa un mecanismo defensivo y compensador, puesto que se opone a la llegada de más sangre y, por ende, a una mayor trasudación de líquidos endoculares.

Las operaciones fistulizantes, con las que se pretende facilitar la evacuación del humor acuoso, van contra la hipertensión; pero sólo actúan de un modo indirecto sobre la afección fundamental *glaucomatosa*. A este respecto, son muy interesantes las atinadas consideraciones del doctor MARRÍN AMAT en su discurso del año pasado en esta Sociedad.

El tratamiento del *glaucoma* hay que dirigirlo en el sentido de regular ese equilibrio hidrodinámico del ojo, actuando de preferencia sobre los vasos, que es el factor más importante. Al hablar del factor vascular, van comprendidas naturalmente todas las circunstancias que condicionan un mayor o menor aflujo de sangre, presión de ésta, calibre de los vasos y estado de sus paredes, etcétera.

Dentro de unos años, las operaciones fistulizantes habrán quedado como un recuerdo histórico. La *ciclodiatermia* de Vogt ya marca otro rumbo; no persigue que se elimine más acuoso, sino que se produzca menos.

Mas llegará un día en que el tratamiento del *glaucoma* sea exclusivamente farmacológico. Se contará con medicamentos que, bien manejados, permitirán regular la función vascular y graduar el aflujo de sangre en el ojo en términos que convenga.

Los defectos de refracción podrán ser corregidos sin necesidad de gafas. Todo consiste en idear el medio de modificar a voluntad la longitud del ojo o el poder refringente de los medios oculares.

El que tenga la fortuna de conseguirlo pasará a la Historia; el sexo femenino le elevará un monumento grandioso.

Tan poca aceptación como las gafas tendría cualquier resorte mecánico para estirar o encoger

el ojo, regulando su enfoque cual si fuera una máquina de retratar.

Es posible que en los gabinetes de Cirugía estética se aventuren a tratar quirúrgicamente las ametropías. Un ojo largo, miope, será susceptible de acortarse, provocando una retracción anteroposterior de la esclera, por ejemplo, mediante escarificaciones circulares profundas, pero no penetrantes, con bisturí eléctrico. Una hipermetropía se rectificaría haciendo las cauterizaciones en sentido meridional. Un astigmatismo, verificándolas en los sectores correspondientes al diámetro previamente determinado por el oftalmómetro.

El segundo procedimiento, o sea variando el poder de refracción de los medios oculares, ya está logrado en cierto modo con los cristales de contacto. Sólo falta perfeccionar éstos para que sean tolerados por el ojo... y por el bolsillo. Es admisible que los vidrios de contacto, frágiles y rígidos, y aun las lentes de materia plástica que ya se fabrican en España, puedan suplirse con sustancias adhesivas y transparentes como el colodión, para instilar sobre la córnea. Entonces, igual que hoy tenemos cajas de lentes, los oculistas tendrán una frasería con dichas sustancias numeradas con arreglo a diversos índices de refracción.

Otro recurso sería administrar medicamentos que, al ser absorbidos y fijados por la córnea o por el cristalino, influyan sobre su poder refringente. Ya sabemos la acción electiva de las sulfamidas sobre el cristalino, que repercute a veces en un efecto miópico.

La Óptica aplicada pasaría a ser un capítulo de Farmacología experimental.

Para terminar, en el porvenir se harán interesantísimos estudios, que ya hemos vaticinado en la última asamblea de la Sociedad de Oftalmología Hispanoamericana, para lograr que los ciegos vean, o al menos les sea dado conocer y traducir las sensaciones de luz y de colores. A tal fin, se aprovecharán las energías fotoeléctricas del mundo exterior haciéndolas llegar a la esfera cerebral por otras vías que no sean las de la retina.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Para la redacción de la parte histórica de este trabajo hemos tomado como base el capítulo desarrollado por WILLARD en el «*Traité d'Ophthalmologie*», tomo I, publicado por la Société F. d'Opht. (edit. Masson, París, 1939). En esta obra, a la cual remitimos al lector, se reseñan cincuenta y seis citas bibliográficas, a cual más interesantes, si bien se echa de ver un descuido lamentable de cuanto se refiere a España. Podríamos señalar muchos autores, muchos hechos y muchos testimonios históricos de nuestra patria en relación con el desenvolvimiento de la Oftalmología. El doctor MÁRQUEZ, en sus «*Lecciones de Oftalmología clínica*», Madrid, 1928, trata someramente esta cuestión. Hay también libros antiguos que, por la información y por los grabados, resultan de gran interés, entre ellos el titulado «*Lecciones clínicas de Oftalmología*», dadas en la Academia de Sanidad Militar por el doctor FERRADAS (Madrid, 1879).

Hemos obtenido también datos de diversas obras de historia de la Medicina y del capítulo redactado por PANSIER en la «Enciclop. F. d'Ophthalmologie», tomo I (edit. Doin, París, 1903).

Recomendamos, además, las obras y trabajos siguientes: HIRSCHBERG.—«Aegypten». Léipzig, 1890.

HIRSCHBERG.—«Die Augenheilkunde bei den Griechen», 1887.

RODOLFO DEL CASTILLO.—«La Oftalmología en tiempo de los romanos» (monografía de verdadero mérito, cuya edición española está agotada, habiendo llegado a nuestras manos una versión al alemán por NEUBURGER. (Edit. F. Deuticke. Léipzig, 1907.)

RODOLFO DEL CASTILLO.—«Tres oculistas de la España romana». *Boletín de la Real Academia de la Historia*, tomo XXXI, 1897.

A. FLORIANO.—«Aportaciones arqueológicas a la historia de la Medicina romana». *Arch. Esp. de Arqueología*, núm. 44, 1941.

KÜHNE.—«Index medicorum oculariorum». Léipzig, 1829.

DENEFFE.—«Les oculistes galloromains au III siècle».

DAREMBERG y SAGLIO.—«Diccionario de antigüedades romanas».

ESPERANDIEU.—«Recueil des cachets d'oculistiques romaines». *Revue Archeolog.*, 1893.

HERON DE VILLEFOSSE y THEDENANT.—«Cachets d'oculistiques romains».

MEYERHOF.—«The book of the ten treatises on the eye ascribed to Hunain Ibn Is Haq». Traducción de un manuscrito de El Cairo, 1928.

MEYERHOF.—«La guide d'oculistique de Mohammad Al Gháfíq». Traducción de un manuscrito de El Escorial. Editorial Lab. del N. de España, 1933.

ALCOATF.—«Libre de la figura de uyl». Versión catalana traducida del árabe por MESTRE JOAN JACME, hallada en Zaragoza y publicada por DEZTANY y GUILLAUMA. Edit. Lab. del N. de España, 1933.

DAZA DE VALDÉS.—«Del uso de los antiojos». Edición original, Sevilla, 1623. Edición de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 1923.

Etcétera, etc.





KALOGEN

DOSIFICACION:

NIÑOS: hasta cinco años, tres cucharaditas de las de café al día. Mayores de cinco años, dos cucharadas de las de sopa al día. ADULTOS, tres cucharadas de las de sopa al día, diluido en un poco de agua.

COMPOSICION:

Clor. cálcico...	0,10	Yod. cálcico.....	0,62
Bromuro — ...	0,50	Hidrato	0,10
Agua destilada		100 c. c.	

INDICACIONES:

Remineralizante, antiescrofuloso, tetania (espasmofilia), neurosis, enfermedad de Basedow, decalcificación durante el embarazo y el período de la lactancia, caries dentaria, raquitismo, etc., etc.

PRESENTACION:

POR VIA BUCAL, frasco de 310 gramos.
 POR VIA HIPODERMICA, inyectables de 2 y 5 c. c., para inyecciones subcutáneas, intramusculares o endovenosas, según prescripción facultativa.

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

Barquillo, 32.-MADRID Comercio, 28.-BARCELONA

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 5.894.)

Divulgaciones del exterior

TERAPEUTICA DE LAS ENFERMEDADES DEL HIGADO ⁽¹⁾

por el

Doctor CHARLES L. HOAGLAND

En el *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Octubre de 1945.

Si consideramos los diversos síndromes clínicos que pueden ir acompañados por distintas depresiones de la función hepática, es evidente que las afecciones del hígado son casi tan numerosas y variadas como sus múltiples funciones. En adición a las múltiples enfermedades que afectan inicialmente al parénquima hepático a o sus conductos biliares, hay muchísimas enfermedades metabólicas, endocrinas e infecciosas en las cuales la mayoría de los síntomas son atribuibles a otros órganos, pero que son acompañados frecuentemente por una alteración acentuada de la función hepática. Afortunadamente, la capacidad regenerativa del hígado es bastante grande para que muy pocos de los procesos que producen alteración de la función hepática causen lesiones patológicas irreversibles en el hígado. La sola enumeración y descripción superficial de las enfermedades en las que los métodos químicos han evidenciado una actuación perjudicial sobre el hígado hubiera requerido mucho más tiempo del que dispongo para la presentación de este trabajo. Por esto, aquí me limitaré a tratar las más importantes enfermedades orgánicas del hígado, prescindiendo de las quirúrgicas y de las malignas (cánceres), y dedicaré atención particular a las teorías actuales sobre las que se basa la terapéutica que puede ser empleada en el tratamiento de estos trastornos. Al mismo tiempo me ocuparé de los aspectos de la fisiología y de la patología del hígado que justifican los tipos corrientes de la terapéutica de este órgano.

Hay que insistir, desde el principio, sin embargo, en que, en vista de la celeridad extraordinaria con que los laboratorios dedicados a las investigaciones fisiológicas fundamentales de este órgano suministran nuevos datos referentes a los cambios metabólicos que tienen lugar en el hígado, todo plan terapéutico presentado actualmente deberá ser modificado poniéndolo siempre de acuerdo con esos avances.

Cualquier exposición de los problemas planteados por la terapéutica de las enfermedades no obstructivas ni malignas del hígado debe ir precedida de la enunciación de las cuestiones generales presentadas por las enfermedades que se ca-

racterizan patológicamente por la destrucción del parénquima hepático. Actualmente, hasta que nos hallemos mejor informados en lo referente a la naturaleza de los varios factores etiológicos que ejercen su acción en las enfermedades del hígado, seremos más eficaces con nuestra terapéutica dedicando nuestra atención de manera preferente a las medidas que aceleran el restablecimiento del hígado lesionado, sin tener en cuenta la naturaleza del agente o del proceso que ha iniciado el trastorno. En las lesiones obstructivas de los conductos biliares o en las afecciones de la vejiga biliar consideramos, en cambio, la naturaleza del agente causal, pensando con frecuencia en la extirpación quirúrgica. Debido al hecho que el parénquima hepático raras veces escapa a un cierto grado de lesión asociada, el cirujano inteligente ha llegado a preocuparse del problema de la reserva hepática y de los factores que aceleran la regeneración del tejido hepático.

La última década ha sido fructífera en el suministro de conocimientos sobre los múltiples factores que actúan en la conservación del óptimo de la función hepática y sobre los agentes que estimulan el desarrollo y la restauración del parénquima que sigue a la lesión experimental del hígado. Un plan racional para la terapéutica de las enfermedades hepáticas será muy deficiente si no tiene en cuenta la información adecuada recogida durante los últimos años en los campos de la nutrición, de la fisiología y de la bioquímica.

En cuanto las enfermedades crónicas del hígado derivan de procesos agudos que les han precedido, parece prudente que a la discusión del tratamiento de las enfermedades crónicas del hígado anteceda una breve exposición de la conducta del médico en la hepatitis aguda. Hablando estrictamente, el término «hepatitis» es aplicable a todos los síndromes que se presentan como resultado de la lesión de los tejidos del hígado, cualquiera que haya sido la naturaleza del agente: químico, físico o bacteriano. Según algunos autores, el término hepatitis debe convenir, no sólo a los cambios degenerativos que puedan suceder en el órgano como consecuencia de la acción de aquellos agentes, sino también a los fenómenos reactivos y de reparación (1). Como subdivisiones en esta clasificación, se pueden incluir las varias formas de

(1) Presentado en la N. Y. Ac. of Med., 5 enero 1945.

hepatitis, tales como aguda, subaguda, crónica y supurativa. La clasificación propuesta por BLOOMFIELD (2) es muy útil para permitir al clínico tener presente la sucesión de los fenómenos en la hepatitis y para impedirle la confusión de la antigua terminología. En el esquema de BLOOMFIELD, las variaciones que pueden ocurrir en el curso de la hepatitis son representadas por: 1) Hepatitis aguda, que progresa rápidamente hasta la muerte. En la terminología antigua, esto corresponde a la atrofia amarilla aguda. 2) Hepatitis aguda con aparente curación, pero con una transición al estadio latente, con o sin remisiones. Si no sigue el restablecimiento clínico, puede desarrollarse un período de fibrosis, que ordinariamente se califica de cirrosis. 3) El grupo que resta se halla compuesto de aquellos casos en los cuales la hepatitis se encuentra latente desde hace tiempo y está enmascarada clínicamente hasta que sobreviene una insuficiencia incipiente del hígado. Es clara la analogía de esta clasificación con la que se ha establecido para las enfermedades del riñón.

Con este motivo debe recordarse que hasta crear una clasificación sencilla y coherente de las afecciones del riñón, faltaba un plan racional para el cuidado de esas enfermedades, perdidos en el caos de especulaciones sobre la naturaleza y lugar de las lesiones patológicas. En el desarrollo de la terapéutica eficiente de las enfermedades cardíacas hace tiempo que los cardiólogos han aprendido a tener un ojo vigilante sobre el estado de la fisiología del miocardio y han sabido prescindir, para el fin inmediato, del tratamiento de los factores etiológicos primarios de estas enfermedades. El hígado, como otros órganos glandulares, tiene sólo un número limitado de actuaciones para responder a un gran número de causas agresivas y de fenómenos, y no hay razón válida para creer que la patología resultante, salvo en muy contados casos de enfermedades hepáticas, como la fiebre amarilla, la congestión pasiva crónica, etcétera, conserve un carácter etiológico marcado. Parece todavía menos claro que el tipo de alteración metabólica guarde ninguna relación con el proceso inicial que lo ha determinado. La terapéutica, pues, en las lesiones no quirúrgicas del hígado debe referirse preferentemente a la hepatitis, y el tipo de terapéutica señalado tendrá muy en cuenta el período de la hepatitis: aguda, subaguda o crónica, según sus manifestaciones clínicas.

Acaso sean ilustrados con mayor claridad cuáles son los factores más importantes en la terapéutica de la hepatitis en sus estadios agudos, considerando la hepatitis infecciosa. Durante la última centuria ha habido muy pocas guerras en las cuales la hepatitis infecciosa, o como habitualmente se la llamaba, ictericia epidémica, no haya

sido responsable de una gran parte del total de enfermedades de la tropa no alcanzada por lesiones adquiridas directamente por la participación en el combate (3 y 4). Durante la última guerra, la hepatitis epidémica ha adquirido todavía más importancia, y aunque todavía no se haya dado a conocer el número de casos ocurridos entre todas las fuerzas combatientes del mundo, es evidente, por los datos ya publicados, que ha sido una de las causas más importantes de morbilidad en todas las armas del servicio militar (5).

Sin embargo, la ictericia epidémica no se ha dado únicamente entre las fuerzas que luchaban. Ha sido una enfermedad común en forma esporádica y endémica en las sociedades civiles durante varias décadas en los adultos jóvenes. Las escuelas, orfanatos, instituciones de educación, asilos, etc., etc., han sido lugares predilectos para la presentación de hepatitis epidémicas, y así lo confirman numerosas referencias de los Estados Unidos y de Inglaterra (6, 7 y 8). Durante el invierno de 1921-22, la ciudad de Nueva York fué visitada, en una amplia área, por la llamada hepatitis infecciosa, de la cual se registraron 700 casos (9).

Desde hace muchos años ha sido reconocida la naturaleza infecciosa de la ictericia catarral. Indudablemente, el experimento más numeroso que demuestra la naturaleza transmisible de la hepatitis epidémica se logró, de modo accidental, con motivo de un extenso programa de inmunización contra la fiebre amarilla de miembros de las fuerzas armadas de los Estados Unidos por medio de una vacuna hecha con embrión de pollo, al cual se había añadido una cantidad de suero humano infectado (10). Varias comunicaciones recientes se ocupan de la transmisión de una enfermedad que no puede diferenciarse clínica ni patológicamente de la hepatitis infecciosa, por medio de transfusiones de sangre o de plasma, y después del uso de plasma humano (11) en una epidemia de parótidas (12).

El síndrome, antes tan familiar, de la ictericia catarral es considerado ahora como idéntico al de la hepatitis infecciosa. Mucha culpa de la confusión relativa a esta enfermedad depende de aceptar, sin crítica alguna, el concepto original de la ictericia infecciosa aguda expuesto en 1855 por BAMBERGER y defendido con gran energía por VIRCHOW en la década siguiente. Esta teoría sostiene que la lesión inicial de la ictericia catarral era una duodenitis caracterizada por la formación de un pelotón de moco en la ampolla de Vater, seguido de la extensión del *catarro* a los conductos biliares, con la oclusión subsiguiente de las raicillas biliares. Ya no cabe la menor duda de que la enfermedad ataca preferentemente el parénquima del hígado (13). Parece que el error cometido por los antiguos patólogos, al no encontrar la

alteración primaria de la célula hepática en esta enfermedad, fué debido preferentemente a que no tuvieron oportunidad para examinar el hígado durante el período agudo.

Las manifestaciones clínicas de la mayoría de los casos de hepatitis infecciosa son cualitativa y notablemente constantes. Hay, sin embargo, gran diferencia en el grado de intensidad de los síntomas, que alcanzan desde la ligera indisposición y malestar en algunos enfermos hasta un grado de acentuada postración en casos excepcionales, que no se diferencian de lo observado en la atrofia amarilla aguda. En la mayoría de los casos hay un período prodrómico que precede a la ictericia y que dura de uno a nueve días. Algunas veces es más largo, llegando hasta los veinte o veinticinco días.

Alrededor de un 10 por 100 de los casos señala la ictericia como el síntoma de presentación sin ningún otro síntoma inicial. En la mayor parte de los casos, sin embargo, hay un estadio prodrómico caracterizado por laxitud y fatiga, náuseas y una anorexia casi completa. Con frecuencia hay queja de dolor en el epigastrio, pero muy raras veces dolor en el cuadrante superior derecho. En casi todos los casos que ofrecen ictericia moderada hasta ictericia grave hay aumento del hígado en algún estadio de la enfermedad. Los enfermos observan la aparición de la bilis en la orina en casi todos los casos, en un período de uno a tres días antes que se presente el color amarillo en la esclerótica. Con menos frecuencia, el enfermo observa también en esta época la decoloración de las heces. Puede presentarse excepcionalmente durante la convalecencia un recrudecimiento de la enfermedad, un estadio de empeoramiento del enfermo, lo que conduce a la vuelta de los síntomas clínicos.

El estudio del metabolismo y de la función del hígado en la hepatitis infecciosa revela aberraciones extraordinarias en casi todos los sistemas bioquímicos y fisiológicos, para los cuales hay pruebas adecuadas. Excepto en los casos raros que presentan signos de enfermedad crónica del hígado en los enfermos con la hepatitis infecciosa, todos los valores anormales de los diversos constituyentes de la sangre y de la orina vuelven a la normalidad en un período de treinta a cuarenta días. Numerosos investigadores han estudiado muchas pruebas de la función del hígado en esta enfermedad. La comparación de los resultados obtenidos por varios trabajadores en este campo revela una sorprendente correlación en los grados de trastorno acusado por las varias pruebas en cada uno de los tiempos durante el curso de la enfermedad. Teniendo en cuenta el promedio de los casos, es difícil escapar a la convicción de que la lesión principal del hígado consecutiva a esta enfermedad, se presenta muy

pronto y de que, durante la mayor parte de la enfermedad del paciente, sólo observamos una sucesión de fenómenos que están relacionados con la regeneración del parénquima del hígado.

TERAPÉUTICA DE LA HEPATITIS INFECCIOSA

Excepto en los casos raros en que la enfermedad se hace crónica o en los pocos casos en que ésta termina fatalmente, la hepatitis infecciosa es una enfermedad autolimitada. La curación espontánea, en cuanto pueden apreciarla los medios de laboratorio, se presenta espontáneamente en la mayoría de los casos a los treinta o cuarenta días de manifestarse los síntomas iniciales. Hasta que poseamos una información más específica sobre la naturaleza infecciosa de esta enfermedad, nos hallaremos obligados a limitar nuestros intentos terapéuticos a aquellas medidas que juzgamos capaces de acelerar la restauración del hígado lesionado. La falta de esta información específica necesaria para esta terapéutica racional de la hepatitis infecciosa no ha evitado, sin embargo, el desarrollo de nociones firmes sobre los regímenes curativos, y la literatura, incluyendo los libros de texto dedicados a ese tratamiento, abunda en consejos directivos, que están con frecuencia en franca oposición los unos de los otros.

Según algunas escuelas, debe ser prohibida toda forma de grasa. Al mismo tiempo recomiendan insistentemente una dieta rica en proteína. El encargado del régimen que es capaz de planear una dieta rica en proteína biológicamente activa sin añadirle al mismo tiempo bastante cantidad de grasa, merece más elogios por su ingenuidad que por su consideración al apetito del enfermo. Hasta que pueda alegarse la evidencia experimental de que una dieta que contiene una cantidad moderada de grasa es lesiva para enfermos con un padecimiento *no* obstructivo del hígado, no parece discreto prescribir dietas que contienen tan poca cantidad de grasa como 25 gramos diarios.

La anorexia es con frecuencia un motivo de perturbación en el tratamiento de los enfermos durante el período agudo de la hepatitis infecciosa. Los regímenes que tienen muy poca grasa contribuyen a esa anorexia, porque son particularmente desagradables al paladar. También son pobres en calorías y en vitaminas liposolubles. El dogma contra la inclusión de la grasa en el régimen de los enfermos con ictericia epidémica tiene su punto de partida, indudablemente, en un concepto erróneo sobre la patogenia en esta enfermedad. Como puede ocurrir la obstrucción de las finas raicillas biliares, la enfermedad afecta de manera primaria el parénquima hepático y no a los conductos biliares grandes, como afirmaba VIRCHOW. La aseveración de que la dieta rica en grasa puede no ser deseable para tratar el hígado

do enfermo, se funda en los resultados conseguidos en los animales de experimentación, porque se dice que se impide la regeneración hepática y la supervivencia por la administración de grandes cantidades de grasa en la dieta (13 y 14). No hay, sin embargo, una prueba satisfactoria de que la inclusión de cantidades moderadas de grasas sea perjudicial si se administran al mismo tiempo cantidades adecuadas de proteínas y de hidratos de carbono.

Tampoco está admitido universalmente que una dieta rica en proteicos sea la mejor para acelerar la curación del hígado. MANN y sus colaboradores (16) refieren que en los perros se retarda la regeneración del hígado por la administración de una dieta rica en proteínas. Sin embargo, los recientes experimentos de WHIPPLE y de sus colaboradores (17) sobre regeneración del hígado lesionado por el cloroformo, les han obligado a abandonar las dietas pobres en proteínas para el tratamiento de las enfermedades del hígado. Todos los autores están de acuerdo al ponderar los regímenes ricos en hidratos de carbono. Las dietas ricas en hidratos de carbono se encuentran indicadas, no sólo por el valor protector contra la intoxicación hepática, sino por su fundamento fisiológico. La lesión extensa del pa-

rénquima hepático puede ir acompañada de hipoglucemia por la reducción del glicógeno de reserva. En estos casos, tal vez sea necesaria la inyección de hidratos de carbono para mantener la glucosa circulante a un nivel adecuado.

Recientemente se ha escrito mucho sobre la utilidad de los aminoácidos azufrados, especialmente de la methionina, para el tratamiento del hígado lesionado por diversas causas. No es claro el modo de acción de la methionina y de otros aminoácidos que contienen azufre para proteger al hígado, aunque no hayan faltado hipótesis que quieran explicar esa acción protectora. Estas hipótesis varían mucho; unos creen que los aminoácidos constituyen un manantial de azufre aprovechable para la unión directa con el agente nocivo; otros aceptan la admisión de un efecto indirecto por la actividad lipotrófica del aminoácido. En un laboratorio se ha pensado que el efecto protector de una dieta rica en proteína contra la lesión producida en el hígado por el cloroformo, debe ser atribuido en gran parte, si no en su totalidad, a la methionina contenida en la proteína de la dieta (18). Recientemente, han aparecido algunos trabajos sobre el empleo de la methionina en el tratamiento de la hepatitis infecciosa (19 y 20). Los resultados de esos experimentos pue-

Myokombín

(Estrofantina "Boehringer")

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

Efecto indoloro

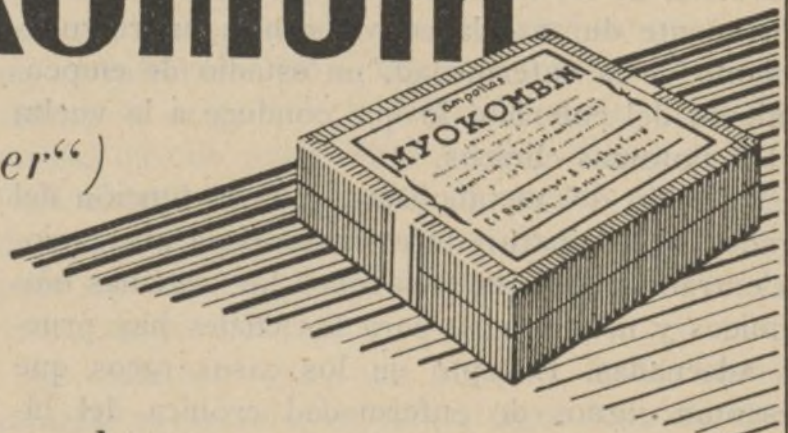


"BOEHRINGER", S. A.

Madrid

BARCELONA

Sevilla



den condensarse diciendo que *no son concluyentes*. Para saber el valor de la methionina en el tratamiento de la hepatitis aguda, debemos esperar nuevos estudios sobre este tipo de terapéutica.

Los enfermos que presentan síntomas de hepatitis infecciosa grave plantean problemas especialmente relacionados con su nutrición. El enfermo manifiesta durante varios días una aversión absoluta a ingerir alimentos. La anorexia, combinada con una tendencia extraordinaria a la pérdida de peso en la enfermedad, hace difícil la conservación de un balance positivo del nitrógeno. Aunque la concentración de la proteína del plasma esté alterada muy ligeramente, hay razones para creer que, a falta de una inyección conveniente de proteína, puede ocurrir que se empobrezcan considerablemente las reservas de la proteína tisular. En algunos casos, el descenso de la seroalbúmina puede ser enmascarado por un aumento de la seroglobulina, de tal modo que el total de la concentración proteínica del suero parezca invariable. Además, una disminución en la proteína del plasma va acompañada frecuentemente de hemoconcentración, de tal modo que puede no ser observada la hipoproteïnemia, a menos que no se hagan al mismo tiempo determinaciones del volumen del plasma. Para proporcionar una nutrición adecuada de proteína en casos excepcionales de hepatitis infecciosa dada la aversión del enfermo a la comida, puede ser necesario administrar por vía parenteral, una mezcla de aminoácidos como la que se logra con un hidrolizado de caseína. Hay en el mercado diversos hidrolizados de caseína con los cuales se soluciona la necesidad de proteína del enfermo si es que su estado hace urgente esa administración. Para lograr el máximo de eficacia con la terapéutica de los aminoácidos, debe ésta ser suplementada con suficiente cantidad de hidratos de carbono y de grasas para saldar las necesidades de calorías del paciente. Los hidratos de carbono y los aminoácidos pueden darse mezclados por vía intravenosa. Desgraciadamente, el uso de la grasa parenteral no ha encontrado todavía una solución práctica, y debe seguir dándose por la boca. Si se desea, también pueden administrarse las vitaminas por vía parentérica. Excepto en casos raros, cuando la anorexia exige un suplemento de vitaminas, una dieta rica en proteína y en hidratos de carbono con moderada cantidad de grasa suministra las necesidades diarias de minerales y de vitaminas.

Para el tratamiento de los enfermos con hepatitis infecciosa, tiene importancia excepcional el descanso en la cama o, por lo menos, la actividad limitada. Puede retardarse la convalecencia, y aun recrudecerse la enfermedad, tras ejercicios o cansancio físico. Un ejercicio físico grande, la exposición a un clima extremado y la

convalecencia de otras enfermedades aumentan la susceptibilidad a la ictericia infecciosa (21). Con este motivo se recordará que en la transmisión experimental de la hepatitis infecciosa a voluntarios, por medio del filtrado de plasma de enfermos con esta enfermedad, fué necesario, para precipitar el ataque en algunos casos, el agotamiento físico.

No sabemos hoy el tanto por ciento de enfermos con hepatitis infecciosa de quienes puede temerse desarrollen signos de enfermedad crónica del hígado. Parece, sin embargo, que ese tanto por ciento es reducido; sin embargo, no se ha hallado en muchos casos un criterio objetivo para descubrir las lesiones residuales ni se ha seguido bastante a los enfermos para conocer el curso ulterior de su vida; pero como este tema es de fundamental importancia, deberá ser estudiado en el futuro. Seguramente un corto número de enfermos parece destinado a desarrollar los signos de enfermedad crónica del hígado después de un ataque grave o prolongado de hepatitis infecciosa. El síndrome hallado en estos casos se caracteriza por una ictericia poco intensa y por la fijación de las funciones hepáticas en un nivel anormal. Los enfermos pueden curar con el tiempo, o la enfermedad puede progresar lenta e insidiosamente hasta un síndrome análogo al de una cirrosis biliar hipertrófica con o sin ascitis. En el tratamiento de estos casos excepcionales deben emplearse las medidas que han resultado útiles en el de la cirrosis hepática.

ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO

Un síndrome consistente en el hígado duro, pétreo, con ascitis, era ya conocido por ERASÍSTRATO DE ALEJANDRÍA, aproximadamente unos tres siglos antes de Jesucristo. La enfermedad fué luego descrita por MORGAGNI, BAILLIE y otros, en trabajos que han quedado como clásicos. El término cirrosis fué aplicado por LAENNEC a esta enfermedad, porque los nódulos que se presentaban en la superficie exterior del hígado eran de color de ante o amarillo. Se han expuesto muchas formas y variedades de cirrosis; pero desde el punto de vista de suministrar una base para la terapéutica, se ganará muy poco con la descripción de las características patológicas esenciales de las lesiones de la cirrosis; todas las formas tienen, puede decirse, tres atributos comunes: 1), proliferación del tejido conectivo; 2), degeneración y muerte de la célula hepática; 3), áreas de regeneración del parénquima hepático (22). En todas las afecciones de larga duración hay proliferación del tejido conectivo en los espacios de la porta con desarrollo y extensión del tejido conectivo fibroso en todo el lóbulo hepático. El estadio final de la cirrosis va acompañado de la fusión del tejido conectivo perilobular en torno de los lóbulos he-

páticos, con la subsecuente deformación de todo el patrón arquitectónico del hígado.

La patogénesis de la cirrosis clásica es oscura, y así permanecerá hasta que se consiga un conocimiento más completo sobre el desarrollo de la enfermedad en sus períodos iniciales, y acaso hasta que sea posible producir en los animales una enfermedad que no pueda distinguirse clínica ni patológicamente de la cirrosis de los humanos. Es una *supersimplificación* de los hechos suponer que esto ya ha sido realizado, aunque los intentos recientes, llevados a cabo experimentalmente con deficiencias alimenticias en los regímenes, hayan conducido a resultados que permiten despertar la esperanza de que llegue a conseguirse nuestro deseo. La mayoría de los estudiantes de la patogénesis de la cirrosis clásica coincide en que es, en su esencia, un proceso inflamatorio crónico difuso iniciado por un tipo oscuro de lesión seguido de la proliferación del tejido conectivo en y alrededor del sitio inicial de degeneración y de necrosis.

Durante muchos años ha sido costumbre considerar la cirrosis adiposa como una forma de la cirrosis de Laennec. Sin embargo, CONNO (23) ha expresado la opinión de que la cirrosis de Laennec es el final de un proceso de infiltración grasosa. Además, ha descrito varios estadios en los cuales se llega hasta el síndrome descrito por LAENNEC como: 1.º, un hígado grasoso agudo, atribuible, en primer lugar, al alcohol; que se cambia lentamente en el estadio; 2.º, de una fibrosis acentuada, y, finalmente, 3.º, se llega a la cirrosis nodular clásica con reducción del tamaño del órgano (24). Observaciones experimentales recientes sobre la infiltración adiposa del hígado con regímenes deficientes en metionina y colina y con mejoría rápida del estado patológico cuando se administra el agente que antes faltaba, parece obligan a pensar que hay tipos de cirrosis adiposa que pertenecen a otra categoría.

TERAPÉUTICA DE LA CIRROSIS DEL HÍGADO

La enfermedad crónica del hígado con insuficiencia plantea uno de los problemas más complejos de la terapéutica que puede encontrar el médico. En la pasada centuria se idearon pero sin éxito, innumerables medidas terapéuticas que intentaban resolver el problema de la insuficiencia hepática. Los remedios antiguos incluyen el yoduro de potasio, el calomelano y variedad de purgas salinas, como el agua de Vichy y el sulfato de magnesio. Se emplearon también, con éxito variable, las sales de la bilis y otras medidas, a las que se suponía estimulaban la secreción biliar. Hubo momento en el que pareció que podía lograrse algún progreso con el uso de los diuréticos, sales mercuriales y mercuriales orgánicos. La Cirugía y la Medicina suministraron nuevas téc-

nicas para el tratamiento de la cirrosis. Fundándose en la opinión de que los agentes tóxicos eran conducidos al hígado por la sangre, se crearon operaciones cuya finalidad era llevar la sangre de la vena porta a la circulación general. La operación de Talma, en la cual se establecía una circulación colateral suturando el epiplón al peritoneo parietal ha tenido y continúa teniendo sus partidarios en la profesión médica. Por diversos que sean los procedimientos, tienen una cosa común: que han sido imaginados para aliviar la principal complicación de la cirrosis: la ascitis. La enfermedad era considerada desde el principio como fatal, y nadie daba esperanza alguna como no fuera la de proporcionar alguna comodidad al enfermo y acaso retrasar algo el triste final. En la época de los médicos antiguos, los escritores de la facultad habían adjudicado a la cirrosis del hígado un pronóstico fatal, universalmente reconocido, y nada de cuanto ha sido hecho después ha cambiado mucho este concepto fatalista.

El alcohol ha tenido siempre un lugar prominente en la lista de los factores etiológicos de la cirrosis del hígado, y, como tal, ha sido evitado por los médicos al establecer el régimen terapéutico de sus enfermos. El papel del alcohol en la producción de la cirrosis del hígado no es todavía nada claro. Parece que si el alcohol es un factor importante en la producción de la enfermedad, no es debido a su toxicidad sobre el hígado, sino a que actúa como factor asociado en los trastornos de la nutrición, lo que es, con frecuencia, una parte integral del síndrome del alcoholismo crónico.

Los estudios de RAO llamaron por primera vez la atención sobre el papel de la nutrición, insuficiente o errónea, en la producción de la cirrosis humana del hígado. RAO, en 1933, demostró que es muy frecuente la presentación de esta enfermedad entre los habitantes de las poblaciones del sur de la India, donde el alcoholismo es completamente desconocido (25 y 26). En esas zonas viene notándose desde hace muchos años una deficiencia alimenticia en proteínas, grasa y vitaminas, especialmente la A, la C y la D. En 1934, las investigaciones llevadas a cabo en Siria, donde la cirrosis es tan frecuente como en cualquier otro lugar del mundo, y donde no hay alcoholismo crónico, demostraron que la dieta de la mayoría de los individuos de tan castigadas zonas, densamente pobladas, era extraordinariamente baja en proteínas. En Italia, en las regiones en las que la pelagra es endémica, es grande la frecuencia de la cirrosis, como ocurre en el sur de los Estados Unidos, donde la pelagra ha constituido un problema nacional desde 1905. Estos hechos, unidos a una relación más conocida entre el alcoholismo crónico y la deficiencia en vitaminas, ha-

servido para enfocar la atención sobre una posible base nutricia para la cirrosis hepática. Este hecho, junto al aumento en la producción experimental de enfermedades crónicas del hígado en animales cuya dieta era deficiente en sustancias protectoras, ha cambiado por completo nuestro concepto terapéutico de esta enfermedad durante los últimos años.

Hasta el final de la centuria anterior, las dietas prescritas por la mayoría de los médicos a sus enfermos de cirrosis del hígado eran, generalmente, pobres en todos sus componentes. Los hidratos de carbono eran evitados, porque se sabía que podían provocar excesivas fermentaciones intestinales y perjudicar la condición clínica de sus pacientes. Además, las dietas ricas en hidratos de carbono causaban diarreas en muchos enfermos crónicos del hígado, y ésta era otra complicación molesta. La proteína era evitada porque se creía que un hígado enfermo no debía ser recargado dándole proteína para metabolizarla. La grasa era prohibida, porque agitaba la bilis y añadía una carga más al hígado. Es interesante hacer notar que había una inconsecuencia al prescribir al mismo tiempo el sulfato de magnesia para provocar la secreción de la bilis y el drenaje del hígado. La razón para todas esas restricciones de la dieta era el conocimiento del papel central del hígado en la destrucción de los componentes de los alimentos y la creencia de que el hígado debía ser «entablillado» durante la enfermedad.

Alrededor de 1920 se hicieron experimentos que demostraron que la dieta rica en hidratos de carbono proporcionaba un grado de protección apreciable contra la intoxicación por algunos agentes hepatóxicos, como el cloroformo, el fósforo, etcétera (27). Estas observaciones introdujeron el primer cambio importante en el tratamiento aplicado a las enfermedades crónicas del hígado durante muchas décadas. Los resultados conseguidos por MANN, quien afirmaba que la regeneración hepática era menor en los perros con dietas ricas en proteína, determinaron la generalización de estas dietas pobres en proteína, pero se consentía una cantidad suficiente de hidratos de carbono para suministrar bastantes y aun muchas calorías.

Varias escuelas de investigadores han demostrado la razón de las dietas con gran cantidad de proteína. La importancia de la proteína para la defensa del hígado contra la lesión fué expuesta por GOLDSCHMIDT y sus colaboradores (28) en 1939, como resultado de sus estudios en las ratas, cuando afirmaron que un régimen abundante en proteína, dado antes de la administración de una larga anestesia clorofórmica, reduce la incidencia de la necrosis celular hepática. WHIPPLE y sus asociados (18) confirman estos trabajos y

concluyen diciendo que pueden ser duplicados los efectos de una dieta rica en proteína para proteger el hígado contra la acción perniciosa del cloroformo, añadiendo methianina, y en menos cantidad también cistina, si la dieta es pobre en proteína. SEBRELL y sus colaboradores (29) demuestran que en las ratas con cirrosis del hígado producida por una dieta baja en colina y proteína hay una mejora en el aspecto macroscópico del hígado con regeneración hiperplástica de las células hepáticas cuando se administran estas dos sustancias, la colina y la caseína.

Varios autores alegan diversas razones para una dieta pobre en grasa en las enfermedades crónicas del hígado; algunas son válidas, otras muy dudosas. Es evidente que, en presencia de lesiones obstructivas del hígado, parece errónea una dieta rica en grasa, porque en esas condiciones la grasa no es bien digerida. También es sabido que algunos agentes lipotróficos, como la colina y la methionina, son eficaces al suministrar una acción protectora contra algunos tipos de lesión experimental del hígado cuando la dieta es razonablemente baja en grasa. Hay alguna duda, sin embargo, de que el tratamiento racional de las enfermedades crónicas del hígado exija necesariamente una dieta muy pobre en grasa. En primer lugar, es imposible dar una dieta rica en proteína y que, al mismo tiempo, contenga muy poca grasa. Además, las grasas son manantial abundante de las vitaminas A, D y E y de algunos ácidos grasos, no saturados seguramente, esenciales. Además, si bien es cierto que una dieta rica en grasa es rechazada por la mayoría de los enfermos del hígado, la dieta extraordinariamente pobre en grasa es, igualmente, desagradable al paladar y repugnante. Finalmente, hay poca seguridad de que la dieta, con un contenido moderado de grasa, sea perjudicial a los enfermos con enfermedades crónicas del hígado.

PATEK y sus colaboradores (30) figuran entre los primeros que afirman que los enfermos con cirrosis alcohólica se benefician por la adición de vitaminas. Puede preguntarse, sin embargo, si debemos considerar como enfermedad de deficiencia de carencia el síndrome de la cirrosis del hígado. Ciertamente, no puede ser considerada como un ejemplo de un tipo clásico de enfermedad carencial como el beri-beri, el escorbuto o la pelagra. Hay, sin embargo, alguna razón para considerar la cirrosis del hígado como una enfermedad de deficiencia intrínseca, en la cual un metabolismo defectuoso de algunos componentes esenciales de la dieta puede originar síndromes que semejan enfermedades por hipovitaminosis en algunos de sus aspectos exteriores, pero, a diferencia de las enfermedades corrientes por carencia, ésta no responde de manera brusca y específica a la adición de una o de varias vitaminas.

La creencia de que hay, en la insuficiencia hepática grave, un metabolismo deficiente de las vitaminas del complejo B, se basa en especulaciones y analogías en cuanto no hay demostraciones convincentes de laboratorio. Más clara parece la deficiencia del metabolismo de la vitamina A en enfermedades crónicas del hígado. El 95 por 100 del acúmulo de vitamina A se encuentra en el hígado, y el análisis de esta vitamina A en los hígados cirróticos revela en muchos casos que esa vitamina no llega al 10 por 100 de lo normal. PATEK y otros (31) han mostrado una deficiente adaptación a la oscuridad en enfermos con padecimientos crónicos del hígado. La ceguera nocturna y las alteraciones a la adaptación a la oscuridad en pacientes con insuficiencia hepática no mejoran, sin embargo, por la administración de la sola vitamina A. Dosis de vitamina A que son completamente eficientes en el tratamiento de la nyctalopía en enfermos con función hepática normal, son ineficaces en absoluto para suprimir la ceguera nocturna en cirróticos del hígado (32). El beta-caroteno efectivo en la nyctalopía no complicada es inútil en el tratamiento de la ceguera nocturna de estos enfermos. Puesto que el hígado es considerado como el único sitio importante de la conversión del caroteno en vitamina A, una parte de esa deficiencia puede derivarse de una deficiencia del hígado para efectuar esa conversión. También parece demostrada la deficiencia de la vitamina K en los procesos crónicos del hígado, acaso por la absorción disminuida de esta vitamina K, debida al metabolismo alterado de los pigmentos biliares; pero se debe principalmente a una utilización deficiente de vitamina por el hígado. Sólo cuando en enfermedades crónicas del hígado perdura bastante la función hepática es eficaz la vitamina K para acrecentar el valor de la protrombina. Enfermos con cirrosis antiguas del hígado pueden desarrollar un síndrome caracterizado por osteoporosis y osteomalacia. Aquí, aunque los síntomas clínicos recuerdan mucho los de la deficiencia crónica de vitamina D, el síndrome no es prevenido ni curado por la administración de esta vitamina D (32).

Es evidente que en las enfermedades crónicas del hígado puede ocurrir una alteración del metabolismo de las vitaminas solubles en la grasa. Uno se inclina a pensar en la posibilidad de que en los enfermos con grave insuficiencia hepática haya trastornos en el metabolismo de las vitaminas del grupo de las solubles en el agua, aunque, para ser exactos, debemos añadir que hacen falta más pruebas para afirmar que eso ocurra con la convicción con que lo aseguramos del grupo B en las cirrosis hepáticas. Esta deficiencia en los casos de las vitaminas A, D y K es esencialmente intrínseca para distinguirla del tipo clásico de carencia derivado de la inyección insuficiente de

estas sustancias, revelado porque falla la contraprueba que se logra al desaparecer el síndrome cuando se suministra al organismo cantidad adecuada de las vitaminas A, D y K, por vía oral o por vía parentérica.

En relación con la idea de que en las enfermedades crónicas del hígado hay un metabolismo anormal o falta de activación de las vitaminas, uno se halla inclinado a considerar otras aberraciones metabólicas en las enfermedades hepáticas crónicas, como debidas a una deficiencia del hígado para completar la síntesis de las proteínas catalíticas específicas, tales los enzimas, en cantidad suficiente para satisfacer las demandas del metabolismo normal. El fibrinógeno, la protrombina y la albúmina son ejemplos de tres proteínas cuya síntesis tiene lugar en el hígado, síntesis que está materialmente disminuida en la insuficiencia hepática crónica. Hay, probablemente, muchos más ejemplos de proteínas esenciales cuya síntesis se halla disminuida en las enfermedades crónicas del hígado, pero nos faltan técnicas adecuadas para su demostración.

La mayoría de las sustancias catalíticas específicas, orgánicas o minerales, parecen necesitar un vehículo proteínico para la actuación de sus funciones de intermediarias. Es posible, por tanto, que el tipo de deficiencia que hemos llamado intrínseca, a falta de un apelativo mejor, puede presentarse, no como resultado de una toma insuficiente del prostático catalítico, sino por una depresión en la cantidad de la síntesis del vehículo de la proteína específica necesitada para hacer efectiva la catalisis metabólica. Las proteínas thiamínicas y las proteínas exigidas como vehículos para los compuestos de flavina y de pyridina pueden servir de ejemplos, pues una deficiencia en sus síntesis produciría síntomas análogos a los observados en los casos de deficiencia de thiamina, riboflavina y de nicotina, respectivamente.

El optimismo con respecto a la terapéutica de la cirrosis avanzada del hígado debe chocar con el hecho que muchas de las deficiencias en la cirrosis parecen de orden mecánico, causadas por la fibrosis y atrofia del hígado, y los intentos de reversión de estos procesos patológicos son fatalmente inútiles. Se han dado varias explicaciones, por ejemplo, para la ascitis que ocurre en el estadio crónico de la enfermedad hepática, particularmente en el tipo de LAENNEC. La explicación más común ha sido la hipertensión de la porta, debida a la resistencia al paso de la sangre del sistema porta a través del hígado. Es evidente que hay una hipertensión de la porta en muchos casos. Sin embargo, también se han observado casos de hipertensión de la porta sin ascitis. En otros casos también se han observado ascitis con un sistema porta sin hipertensión o con una hipertensión muy ligera. PATEK y POST (33) refieren la as-

citosis a un déficit de la albúmina del plasma con una disminución correspondiente de la presión osmótica coloide de la sangre. Han comprobado que si la concentración de la albúmina alcanza a 3,2 gramos por 100 c. c. de plasma, la ascitis desaparece rápidamente, aunque no ocurran cambios en la presión de la porta. RALLI, HOAGLAND y sus colaboradores (34) han enseñado que en los casos tratados con un régimen de una terapéutica combinada, consistente en una dieta rica en proteína y en hidratos de carbono y la administración intravenosa de grandes cantidades de extracto crudo de hígado, la ascitis puede desaparecer y el enfermo muestra una mejoría clínica que dura meses antes de que ocurran cambios demostrables en el nivel de la albúmina del plasma. Estas observaciones sugieren la idea de que no es sólo el nivel de la albúmina en el plasma el único factor determinante de la ascitis. En 1940, ROBINSON y FARR (35) dan cuenta de la presencia de un factor anti-diurético en la orina de enfermos con nefrosis y edema premenstrual. Suponiendo que pueda existir un factor análogo en la orina de enfermos con cirrosis y ascitis, RALLI y otros estudiaron los efectos anti-diuréticos de orinas dializadas de los enfermos hepáticos. La orina normal tiene muy poca actividad anti-diurética. La orina de enfermos con cirrosis hepática y ascitis posee marcado efecto anti-diurético si se inyecta en ratas hidratadas (?). Sin embargo, apenas hay sustancia anti-diurética o muy poco más de la que existe normalmente en la orina de los hombres sanos en la de los cirróticos sin ascitis. Además, la magnitud del efecto parece paralela al grado de la ascitis.

La sustancia anti-diurética excretada por los enfermos con cirrosis del hígado y ascitis, tiene probablemente su origen en el lóbulo posterior de la pituitaria, pero no puede afirmarse. Aumenta cada día la convicción de que en la cirrosis hepática hay un metabolismo alterado de otras hormonas que pueden producirse por la incapacidad del hígado enfermo para llevar a cabo su inactivación o su alteración. Algunos cambios asociados con ginecomastia y con atrofia testicular en el hombre que padece cirrosis hepática se deben a la incapacidad del hígado enfermo para inactivar el estrógeno (36, 37). Se sabe que en la cirrosis es mucho el estrógeno que circula libremente, y puede ocurrir que algunos cambios que tienen lugar en el agua aberrante y en el metabolismo de los electrolitos en pacientes con enfermedades crónicas del hígado sea atribuible en parte a un equilibrio alterado entre la concentración de las hormonas masculinas y femeninas como resultado de la incapacidad del hígado para llevar a cabo su propio metabolismo.

Muchos clínicos piensan que los enfermos del hígado no deben ser limitados en sus actividades físicas. La mayoría de los clínicos no permitirían

una actividad ilimitada en enfermos que padecieran una alteración funcional en grado análogo; pero en otros órganos, como el pulmón o el corazón, donde el reposo y la liberación de una actividad física grande, son considerados como convenientes en enfermos que presentan signos de insuficiencia cardíaca o renal. Y, sin embargo, muchos prácticos no siguen igual conducta con enfermos de hepatitis aguda o crónica que tienen lesiones extensas del hígado. El descanso o la restricción de la actividad reduce las demandas funcionales del hígado, según enseñan los principios más elementales de la fisiología. Además, este reposo permite una revisión más esmerada de la dieta y de la medicación, que no puede ser tan exacta en los enfermos ambulantes.

Aparte de las medidas generales dirigidas a mejorar la hipoproteïnemia y la anemia por la transfusión de sangre y de plasma, se han recomendado de cuando en cuando otras prescripciones. Por ejemplo, hay frecuentemente una mejoría sintomática en los enfermos de padecimientos crónicos del hígado cuando se les administra por vía parentérica extracto de hígado no refinado soluble en el agua. Durante algún tiempo trabajamos en colaboración con ELAINE P. RALLI en la Tercera División Médica del Hospital Bellevue, intentando evaluar objetivamente los efectos del extracto de hígado administrado por vía endovenosa, como forma de terapéutica sustitutiva en la insuficiencia hepática (27, 34). Para esto se preparó en el Hospital Rockefeller un extracto soluble en agua de la fracción G del hígado de Cohn, que puede administrarse por vía endovenosa con bastante seguridad y en grandes cantidades, siempre que se hayan hecho previamente las pruebas de tolerancia y de sensibilidad. Por la vía endovenosa se pueden dar grandes cantidades de extracto de hígado sin las molestias que produce el uso continuado de extractos de hígado crudos y son de gran potencia si se administran por vía intramuscular. Aunque las primeras referencias animan por los buenos resultados que refieren, es todavía demasiado pronto para cantar las excelencias de esta forma de tratamiento. En todo caso, sólo podrá usarse con éxito con un régimen terapéutico completo que incluya, además, régimen dietético, descanso y numerosas medidas indispensables para la asistencia conveniente de los enfermos con un padecimiento crónico del hígado.

En la revisión precedente se ha hecho un esfuerzo para mostrar la influencia que las nuevas adquisiciones en el campo del metabolismo y de la nutrición han tenido para el desarrollo de nuestro concepto presente de un tratamiento racional de la insuficiencia hepática. Aunque nos encontremos todavía lejos del triunfo de una terapéutica satisfactoria en las enfermedades del hígado, se han logrado algunos progresos y hay grandes es-

peranzas de que se conseguirán nuevas aportaciones relacionadas con el proceso metabólico que tiene lugar en el hígado normal y enfermo, aumentando los éxitos en la terapéutica y en nuestros cuidados con las víctimas de estas enfermedades.

REFERENCIAS

- 1.—MILLER (T. G.) y MACHELL (T. E.): «Enfermedades del hígado en Nelson new Loosele of Medicine.» New-York. T. Nelson & Sous, 1940, v. 5, pp 471-526.
- 2.—BLOOMFIELD (A. L.): «La historia natural de la hepatitis crónica (cirrosis del hígado.)» *Am. J. M. Sci.*, 1938, 195-429.
- 3.—BLUMER (G.): «Ictericia infecciosa en los Estados Unidos.» *J. A. M. A.*, 1932, 81-353.
- 4.—FINDLAY (G. M.): «Hepatitis infecciosa e ictericia catarral.» *J. Roy. Army M. Corps*, 1940, 74, 72.
- 5.—«Hepatitis epidémica o ictericia catarral.» Editorial *J. A. M. A.*, 1943, 123-636.
- 6.—HISCHOCK (I. V.) y ROGERS (O. F. Jr.): «Brote de una ictericia epidémica entre estudiantes de un colegio.» *J. A. M. A.*, 1922, 78-488.
- 7.—FORD (J. C.): «Hepatitis infecciosa. 300 casos en un suburbio de Londres.» *Lancet*, 1943, 1-675.
- 8.—CULLINAN (E. R.): «Epidemiología de la ictericia.» *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1938, 39-32-933.
- 9.—WILLIAMNS (H.): «Ictericia epidémica en la ciudad de Nueva York, 1921-22.» *J. A. M. A.*, 1923, 80-532.
- 10.—FINDLAY (G. M. y MARTIN (N. H.): «Ictericia consecutiva a la inmunización contra la fiebre amarilla. Transmisión por instilaciones intranasales.» *Lancet*, 1943, 1-678.
- 11.—MAC CALLUM (F. O.): «Discusión sobre hepatitis infecciosa, hepatitis por suero homólogo e ictericia por arsenoterapia. Experimentos de transmisión en animales y en el hombre con material de hepatitis infecciosa e ictericia por suero homólogo (revista).» *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1944, 37-449.
- 12.—BRESON (P. B.), CHESNEY (C.) y MCFARLAN (A. M.): «Hepatitis consecutiva a la inyección de plasma de convaleciente de parótidas.» *Lancet*, 1944, 1-814.
- 13.—RONOLDM (K.) e INVERSEN (P.): «Cambios en el hígado en la hepatitis epidémica aguda (ictericia catarral), fundados en 38 biopsias por aspiración.» *Acta Path. et Microbiol. Scandinav.*, 1939, 16-427.
- 14.—MESSINGER (W. J.) y HAWKINS (W. B.): «Alteraciones del hígado por arsénamina, modificadas por la dieta. Proteína e hidratos de carbono como protectores para la grasa lesiva.» *Am. J. M. Sc.*, 1940, 199-216.
- 15.—GYÖRGY (P.) y SOLDBLATT (H.): «Observaciones sobre las condiciones de la alteración hepática por el régimen (necrosis, cirrosis) en las ratas.» *J. Exper. Med.*, 1942, 75-355.
- 16.—MANN (F. C.) y BOLLMAN (J. L.): «Plan arquitectónico del hígado en la cirrosis experimental.» *Tr. A. Am. Physicians*, 1938, 53-145.
- 17.—MILLER (L. L.) y WHIPPLE (G. H.): «Lesiones producidas en el hígado por el cloroformo, agravadas por un descenso en el contenido de proteínas.» *Am. J. M. Sc.*, 1940, 1199-204.
- 18.—MILLER (L. L.), ROSS (J. F.) y WHIPPLE: «Methionina y cistina, factores específicos de la proteína para evitar las lesiones hepáticas del cloroformo en los perros privados de proteínas.» *Am. J. M. Sc.*, 1940, 200-739.
- 19.—BEATTIE (J.) y MARSHALL: «La methionina en el tratamiento de las enfermedades del hígado.» *Nature*, 1944, 153-773.
- 20.—PETERS (R. A.), THOMPSON (R. H. S.), KING (A. J.), WILLIAMS (D. I.) y NICOL (C. S.): «Aminoácidos que contienen azufre e ictericia.» *Nature*, 1944, 153-773.
- 21.—CAMERON (J. D. S.): «Hepatitis infecciosa.» *Quart. J. Med.*, 1943, 12-139.
- 22.—KARSNER (H. T.): «Morfología y patogénesis de la cirrosis hepática.» *Am. J. Clin. Path.*, 1943, 13-569.
- 23.—CONNOR (C. L.): «La etiología y la patogénesis de la cirrosis alcohólica del hígado.» *J. A. M. A.*, 1939, 112-387.
- 24.—CONNOR (C. L.): «Infiltración adiposa del hígado y desarrollo de la cirrosis en la diabetes y en el alcoholismo crónico.» *Am. J. Path.*, 1938, 14-347.
- 25.—RAO (M. V. R.): «Una investigación en la cirrosis porta descompensada.» *Indian J. M. Research*, 1933, 21-389.
- 26.—RATNOFF (O. D.) y PATEK (A. J. Jr.): «Historia natural de la cirrosis de Laennec del hígado.» *Medicine*, 1942, 21-207.
- 27.—HOAGLAND (C. L.) y DIETRICK (J. E.): «Conferencias terapéuticas: Tratamiento moderno de la cirrosis del hígado y de la insuficiencia hepática.» *New-York State J. Med.*, 1943, 43-1041.
- 28.—GOLDSCHMIDT (S.), VARS (H. M.) y RAVDIN (I. S.): «Influencia de los alimentos sobre la susceptibilidad del hígado para las lesiones por el cloroformo y probable mecanismo de su acción.» *J. Clin. Investigation*, 1939, 18-277.
- 29.—LOWRY (J. V.), DAFT (F. S.), SEBRELL (W. H.), ASHBURU (L. L.) y LELLIE (R. D.): «Tratamiento de la cirrosis hepática de las ratas producida por la dieta alimenticia con colina y caseína.» *Pub. Health Rep.*, 1941, 56-2216.
- 30.—PATECK (A. J. Jr) y POST (J.): «Tratamiento de la cirrosis del hígado por la dieta alimenticia y suplementos ricos en el complejo de vitaminas B.» *J. Clin. Investigation*, 1941, 20-481.
- 31.—PATECK (A. J. Jr.) y HAIG (C.): «La adaptación anormal a la oscuridad y su relación con el metabolismo de la vitamina A en enfermos con cirrosis del hígado.» *J. Clin. Investigation*, 1939, 18-609.
- 32.—LICHTMAN (S. S.): «Enfermedades del hígado, de la vejiga biliar y de los conductos biliares.» Filadelfia. Lea y Febiger, 1942. Capítulo XIV.
- 33.—POST (J.) y PATECK (A. J. Jr.): «Las proteínas del suero en la cirrosis del hígado. Su relación con el pronóstico y la formación de ascitis.» *Arch. Int. Med.*, 1942, 69-67.
- 34.—RALLI (E. P.), ROBSON (J. S.), CLARK (D.) y HOAGLAND (C. L.): «Factores que influyen sobre la ascitis en enfermos con cirrosis del hígado.» *J. Clin. Investigation*, 1945, 25-316.
- 35.—ROBINSON (F. H. Jr.) y FARR (L. E.): «Relación entre el edema clínico y la excreción de una substancia antidiurética en la orina.» *Ann. Int. Med.*, 1940, 14-42.
- 36.—PAULA (F.): «Ginecomastia y cirrosis del hígado.» *Deutsche Arch. f. Klin. Med.*, 1930, 169-83.
- 37.—GLASS (S. J.), EDMONDSON (H. A.) y SOLÉ: «Cambios de las hormonas sexuales asociados con las enfermedades del hígado.» *Endocrinology*, 1940, 27-749.



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA

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

SUMARIO DE ESTE NÚMERO.—BOLETÍN DE LA SEMANA, por Decio Carlán. TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS: *La actualidad sanitaria*, por el Dr. Isidro de Magerit. INFORMATORIO PROFESIONAL. *Sección oficial*

BOLETIN DE LA SEMANA

En primer lugar, hablemos de la salud pública, que es el más interesante problema para nosotros, y, además, porque entre la general opinión no médica se ha venido extendiendo en estos últimos días una onda de preocupación y de temor, debida a deficiencias informativas y a ese deseo de alarmar que se va haciendo tan común como la charla de los precios del aceite, del azúcar, etcétera, etc.

Comencemos por asegurar que, en efecto, la mortalidad y la morbilidad han aumentado en nuestra patria notablemente desde hace un mes o poco menos; pero examinemos serenamente estos hechos, y se verá que no justifican alarma pública. Porque en esta época del año, y todos los años, tomando como tipo, por ejemplo, a Madrid, aumenta de modo notable la mortalidad, causada por las temperaturas extremas principalmente y los movimientos de presiones que actúan en la deficiente salud de muchos enfermos crónicos, para quienes es fatal esta época del año. Lo mismo ocurre con la gran masa de fallecimientos de niños de poca edad, debidos en su inmensa mayoría a bronquitis capilares y bronconeumonías de complicación en enfermedades eructivas de la infancia. En el año actual han sido muy duras de clima estas últimas semanas, y, además, es indiscutible que los medios de defensa han disminuído notablemente, por lo cual no puede achacarse el aumento de mortalidad a epidemia de ningún género, que es lo que ha venido alarmando a la opinión.

El número de casos por defunción diagnosticados como gripe es francamente insignificante.

En la enfermería también se registró un gran aumento en esta temporada, muy pródiga en procesos catarrales de tipo muy complejo y difíciles de agrupar en un juicio epidémico cualquiera.

Epidemia de gripe, verdaderamente epidemia gripal, no la hay, aunque esto no quiera decir que pueda haberla dentro de unas semanas o unos meses, pues ello es una amenaza a que estamos sometidos desde hace años y que, por fortuna, no se ha cumplido.

Así, pues, nuestra opinión es que no cabe la alarma en este sentido, aunque sí sería oportuno que se aconsejase, a quienes corresponda, faciliten al máximo los medios de adquisición de los alimentos que deben ser en esta época la base de

defensa de la salud, porque lo que sí es para preocupar es la suposición de una seria epidemia gripal frente al estado deficiente de defensas que se registra hoy en la inmensa mayoría de la población española, y muy marcadamente dentro de los grandes centros urbanos, en que la vida se hace cada vez más difícil.

* * *

Cuando antes se hacía uso del cliché periodístico *después de reñidas oposiciones*, al dar cuenta del resultado de algunas de éstas, generalmente era justa la apreciación, pero nunca lo fué tanto como en el presente, en que no llegamos a concebir cómo quedan personas de valor tan heroico que se arriesgan a esos ejercicios que son verdaderamente *reñidos*, más que por lo difíciles, por la manera en que se desarrollan, y que si así continuamos van a hacer necesario ir a las oposiciones como aconsejaba *Xaudaró* que se fuera a comer percebes: *con traje de buzo*.

Pues bien: después de *reñidas oposiciones* han sido nombrados catedráticos de Obstetricia y Ginecología para las vacantes de Zaragoza y de Santiago los distinguidos especialistas don Luis Bottella Llusá y don Alejandro Novo González. Como todos sabemos, se trata de dos personas de grandes merecimientos y que tienen bien demostrada su capacidad cultural, profesional y profesoral para ocupar el puesto a que han sido elevados.

Nos felicitamos sinceramente de su triunfo, pues, además del convencimiento de sus méritos, nos unen lazos de amistad y compañerismo en la prensa.

Pero hay otras *reñidas oposiciones* que aún no han terminado, después de ya no sabemos cuántos meses de ejercicios, suspensiones e incidentes. Nos referimos a la desventurada cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Madrid. Para cubrir su vacante es ésta la tercera o cuarta oposición que se celebra, y cuando ya parecía que todo iba a resolverse, para bien de la enseñanza y descanso de los jueces del Tribunal y de los opositores valores, resulta que un episodio de salud de uno de los opositores ha vuelto a ser causa de nueva suspensión, complicando, una vez más y a última hora, el término de los ejercicios.

Hacemos votos por el restablecimiento de la salud del ilustre psiquiatra causante de la suspen-

sión, y la verdad es que nos tiemblan las carnes ante el temor de que, una vez reanudados los ejercicios, no se presente un terremoto, una inundación, un huracán como el que se llevó por los aires el famoso cedro de Ros de Olano, frente al Congreso de los Diputados, allá por los años de Maricastaña, o cualquiera calamidad que deje a estos nuevos vizcaínos con las espadas en alto hasta otro capítulo.

* * *

De nuevo vamos a ocuparnos en este lugar del problema, o mejor dicho, de los problemas, ante cuya resolución se debate desesperadamente la prensa médica española.

No concebimos, vaya una vez más esta afirmación, la enemiga que se ha desatado contra la prensa médica entre los organismos oficiales, las casas productoras españolas y ciertos elementos de mayor o menor influencia en nuestra profesión.

Por lo que respecta a los organismos oficiales, hemos venido observando, desde el final de nuestra guerra civil, que ellos se esforzaban al máximo posible en favorecer el más normal desarrollo de las industrias y distintas actividades nacionales. Se ha procurado ayudar en lo posible a que todos salvaran las dificultades que los momentos, ya tan dilatados de la postguerra mundial, iba presentando a unos y a otros. Lo que no hemos observado en todos estos años es que, por los organismos oficiales, se pretendiera establecer competencias que arruinaran una industria o una actividad nacional, aunque ella representase muchos menos valores y precisiones que los que representa la prensa médica española.

El tremendo conflicto del papel, en lugar de tender a su resolución, se agrava un día tras otro por esa innumerable producción de publicaciones oficiales que consumen miles de toneladas de papel en revistas, boletines, estadísticas, etc., etc., que en muy pocas ocasiones están plenamente justificadas, pero que, desde luego, en el presente, en que debe tenderse a mantener lo establecido, a favorecer aquello en que se puso el trabajo y la fortuna de hombres de buena fe dedicados al mejor servicio de España y de la ciencia, no tienen justificación posible cuando se admite, al propio tiempo que se facilita papel a estas publicaciones, que no se entreguen los cupos a las revistas, y que un organismo como la Central de Fabricantes de Papel, que, como su nombre lo indica, es una Asociación, truts o Compañía mercantil, formada precisamente por los fabricantes de papel, niegue en absoluto el papel a las revistas durante meses y meses, mientras se da el caso peregrino de que los almacenistas puedan facilitar el papel, desde luego a precios astronómicos, y ese papel, como es lógico, no ha nacido en las riberas del Manzanares, sino que procede y está fabricado por los mismos fabricantes que en su asociación le niegan, porque allí tiene que estar sujeto a los precios marcados.

También nos parece lógico que los organismos oficiales que gobiernan el trabajo nacional hayan establecido las modernas bases de trabajo y de salarios que han de regir para los obreros y Empresas que elaboran las revistas. Otra cosa sería

no vivir en la realidad. Pero téngase en cuenta que estas nuevas bases, como la desorganización de la venta y distribución del papel, han encarecido hasta lo astronómico la publicación de las revistas.

También nos ha parecido siempre natural y lógico que las casas productoras, que eran la base principal que, con su publicidad, sostenía el poderse dar las revistas a precios económicos y divulgar la labor científica de España, también nos parece lógico que atiendan a cuanto creen suponer una mejora en sus medios de publicidad; pero téngase en cuenta que el que estas revistas de propaganda consuman papel y resten publicidad y atención a las revistas, si en tiempo normal no es peligroso, en las actuales circunstancias viene a complicar más el problema. Todo esto lo decimos porque, frente a tales dificultades, que no se hace nada por resolver, se facilita y se aplaude la aparición de revistas y boletines que han nacido y se desarrollan con el exclusivo propósito de arruinar a la prensa médica española, y frente a esto es a lo que alzamos nuestra voz en solicitud de atención y de justicia, que ya se ha pedido bastantes veces y con justificados fundamentos, pero que no vemos aparecer por ninguna parte.

Y escribimos esto hoy, con el corazón en la mano, porque lo único que justificaría actitud tal frente a la prensa médica sería el apartamiento de los lectores, el desdén de los médicos por ella, por considerarla incompetente, mal servida o mal hecha; pero esto, podemos asegurarlo y demostrarlo hoy en cualquier momento, no es verdad, en absoluto no es verdad, y vamos a decir por qué lo afirmamos.

A mediados del pasado diciembre nosotros hemos pasado aviso a todos nuestros suscriptores para que renovaran la suscripción o se diesen de baja.

Pues bien: a estas alturas tenemos ya todas las renovaciones, sin registrarse más bajas que aquellas que son de número y circunstancias normales cada año, y habiéndose registrado también suficientes altas para afirmar la estima en que se tiene nuestra revista. Algunas bajas hay en que se da la lamentable razón, *señalándola como única*, del estado *económico* del suscriptor, que sienten verse obligado a prescindir de la revista.

En efecto: nuestra revista hoy es cara, si se hace comparación con los precios de hace seis años. Pero vamos a demostrar con unos números hasta qué extremo hacemos milagros dentro de las enemigas que nos rodean.

EL SIGLO MÉDICO publica al año 52 números, y la suscripción de estos 52 números cuesta 100 pesetas al año. Pero no cuesta 100 pesetas *más que a los suscriptores nuevos*, y como la revista tiene su mayoría de suscriptores de hace muchos años, resulta que el precio de suscripción para la mayoría de ellos es de 50 ó 60 pesetas al año.

Es decir, que, sin faltar a la más estricta verdad, podemos afirmar que a nuestros suscriptores les cuesta cada número *noventa y dos céntimos* a los que pagan 50 pesetas, y *una peseta diez* a los que pagan 60 pesetas. Los pocos suscriptores que tienen la cuota fijada en el mes de julio último,

es decir, *cien pesetas al año*, pagan *una setenta y cinco* por número. Salvo error de céntimo arriba o abajo, ésta es la verdad.

Pues bien: una bolsa de EL SIGLO MEDICO, es decir, tan sólo la envoltura, vale 23 céntimos, que multiplicado por 52, son 12 pesetas de coste al año. Sumando a esto los gastos de correo, calculables con un mínimo de *seis pesetas* anuales, el total de la envoltura y envío son *dieciocho pesetas*. Queda, pues, para la confección y gastos generales *ochenta y dos pesetas* a los suscriptores de 100, *cuarenta y dos pesetas* a los suscriptores de 60 y *treinta y dos pesetas* a los suscriptores de 50. De esto, en bastantes casos, hay que descontar la comisión de las librerías y agencias, a las que, por desgracia, se dirigen muchos médicos para hacer las suscripciones, sin darse cuenta de que nos perjudican en un 25 por 100 del importe de la suscripción, que, conforme a las disposiciones vigentes, es la comisión de las librerías y agencias.

¿Saben los señores lectores y las autoridades y organismos a qué precios estamos pagando el papel para nuestra revista? Pues vamos a darles unas cifras absolutamente verídicas.

Según lo encontremos un poco mejor o un poco peor, los precios vienen oscilando entre *doscientas veintisiete pesetas setenta céntimos*, *doscientas treinta y nueve pesetas con ochenta céntimos* y *trescientas dieciocho pesetas* la resma.

Cada resma tiene 500 pliegos, como es sabido, y un número corriente de EL SIGLO MEDICO consume alrededor de las ocho resmas para cada 1.000 ejemplares.

Entreténganse ustedes en hacer cuenta tan sencilla, y sabrán lo que cuesta cada número de EL SIGLO MEDICO, *sólo en papel, bolsa y correo*.

Y vamos ahora a las artes gráficas.

La composición, tirada y encuadernación de cada pliego de ocho páginas cuesta 300 pesetas, más el plus de tirada por cada 1.500 ejemplares.

Las cubiertas llevan de composición y tirada 190 pesetas, más el plus por tirada por cada 1.000 ejemplares más.

La cuestión del fotograbado es más compleja de calcular; pero, con la enorme subida que ha tenido desde el año último, puede calcularse sin

gran error que un número con otro llevará en EL SIGLO MEDICO un gasto de *doscientas cincuenta pesetas* como mínimo.

Es verdad que EL SIGLO MEDICO no paga la colaboración científica, y ya ha manifestado repetidas veces su criterio sobre esto; pero, en cambio, se paga la colaboración y la información profesional, la confección de la Sección Oficial, el personal de administración y dirección, el servicio de empaquetamiento y distribución al correo, el local, la luz, el teléfono, la calefacción y cuanto queda comprendido en lo que se llama gastos generales.

En resumen, y sin calentar la cabeza de nuestros muy queridos lectores, podemos afirmar que cada número de EL SIGLO MEDICO, uno con otro, pues todos no son iguales, aunque varían en poco, tiene de coste total *tres pesetas sesenta y ocho céntimos*, sin incluir en ello los gastos de redacción y generales que hemos detallado.

Como al suscriptor que paga más caro le cuesta *una setenta y cinco* y a los suscriptores antiguos *noventa y dos céntimos*, calculen ustedes el déficit con arreglo a los ingresos de suscripción.

¿Cómo se cubre este déficit? *Con la publicidad*. Si la publicidad no ayuda es imposible la edición, y por eso defendemos y afirmamos que si las autoridades no detienen y obstaculizan cuanto hace competencia al aflujo de la publicidad a las revistas de ciencias médicas, éstas morirán en total, como ya están muriendo muchas.

Se dió una disposición de la Presidencia del Gobierno que prohibía la publicidad en los boletines y revistas de centros oficiales o subvencionados por el Estado.

Que se cumpla esto es nada más que lo que se pide. Que no se busquen subterfugios para continuar manteniendo una competencia injusta y ruinosa.

Esto no es protestar por protestar ni son rebeliones ni quejas sin fundamento; es pedir el apoyo y la justicia que se debe a una obra de ciudadanía a la que se ha entregado la fortuna, el tiempo, la salud y el trabajo, que se respeta en todos los organismos y profesiones menos en la nuestra.

DECIO CARLÁN,

TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS

La actualidad sanitaria

por el

Doctor ISIDRO DE MAGERIT

Nos habían informado: esta tarde se reúne en la Dirección General de Sanidad el Tribunal nombrado para juzgar las oposiciones a médicos de baños, y como quiera que los opositores de toda España nos han hecho el honor de consultarnos reiteradamente sobre dudas en torno a estas oposiciones y sobre la fecha probable para efectuar el ejercicio escrito, marchamos al edificio de la plaza de España decididos a no salir de allí hasta lograr saber la fecha exacta en que deberán encontrarse en Madrid los doscientos y pico médicos,

más o menos hidrólogos, que han firmado esta convocatoria.

Y al filo de las ocho hacíamos nuestra entrada en la Dirección de Sanidad, donde sólo estaba de portero el buenazo de Florentino y los restos de la «cola de penicilistas» en espera de recibir la consabida autorización para adquirir y llevar volando al expreso de Andalucía la salvadora medicación.

—¿Ha visto usted venir al doctor Sáinz de Aja?

—No lo he visto pasar.

—¿Ni al doctor Cortezo ni al doctor Piñerúa?

—No; pero creo que vienen ahora.

—¿Hay alguien por arriba?

—El señor director, el secretario del Patronato Nacional Antituberculoso, doctor don Bartolomé Benítez Franco, y el secretario técnico de la Dirección, don Eustaquio González Muñoz.

Y, a pesar de nuestros nueve millones quinientos mil centigramos de peso (se nos han contagiado las cifras astronómicas de la penicilina), subimos de cuatro en cuatro los estrechos peldaños de la escalera, y en dos zancadas nos encontramos a la puerta de la Secretaría técnica, donde vemos al buen don Eustaquio sentado a la máquina y escribiendo a toda velocidad, a pesar de ser sólo «bidáctilo», es decir, que escribe como yo, con un dedo de cada mano.

—Pero, don Eustaquio, ¿a estas horas todavía haciendo de mecanógrafo?

—Aquí hay que hacer de todo, y entre ese todo algunas brillantes oposiciones a una plaza en Leganés.

Reímos de buena gana, y, curiosos, en cumplimiento de nuestro oficio, preguntamos:

—¿Qué escribe usted a estas horas?

—Una lista de recompensas honoríficas.

—¿Se puede saber para quién?

—¡Ah, no! Todavía no están firmadas, y yo no quiero ser menos secretaireador que don Ubaldo Trujillano.

—Bueno, señor secretario, guarde usted su secreto. Y a propósito de don Ubaldo; vengo ahora de su casa, y ya le he encontrado mucho mejor. Nos ha dado tal susto, que hasta le hemos puesto la musculatura salteada con penicilina. Cada tres horas, ¡paf!, un pinchazo en salva sea la parte. Menos mal que la genial creación de Fleming y sus colaboradores se ha portado magníficamente y la fiebre bajó a sus 36,5, y ya se encuentra dispuesto a examinarse de Derecho Administrativo y hasta para ir a la Asociación de Escritores Médicos, donde se le ha nombrado miembro honorario por su magnífica biografía de Ferrán, presentada fuera de concurso.

—Lo celebramos de todo corazón. ¿Quiere usted ver a don José?

—Si no tiene mucha prisa, me agradaría preguntarle cómo va su cosecha de aceite, porque creo que ha venido de Jaén esta mañana.

Y don Eustaquio, amablemente, sale para curiosar por la rendija de la puerta qué visitas tiene el doctor Palanca. Y unos segundos más tarde vuelve y nos dice:

—Pase usted. Estaba con el doctor Benítez Franco, pero ya ha terminado.

Y en la puerta nos cruzamos con el ilustre secretario del Patronato, que nos dice:

—Celebro verle, doctor Magerit. Procure usted venir una mañana, y vaya a mi despacho, tengo que hablarle del Congreso.

—¿De qué Congreso, mi querido amigo? ¿Del de Dermatólogos andaluces de Sevilla, del de Médicos del Trabajo de Valencia, del de Sanidad Municipal de Madrid, del de Aparato Digestivo de Madrid, del de Odontólogos de Barcelona, del de Sanidad Nacional de la capital catalana?

—De este último, precisamente. Dentro de unos

días viene el presidente, doctor Bardají, y tenemos que echar una parrafada.

—¡Ah! Muy bien. Mañana vendré a verle.

Y paso al despacho del doctor Palanca, que está en pie detrás de su mesa y con las manos en los bolsillos.

—Celebro haber tenido la fortuna de encontrarle a estas horas y que usted haya tenido la atención de recibirme. Pero parece que tiene usted frío.

—Sí. Y es que lo hace a estas horas, en que hace rato se ha apagado la calefacción. Estamos en época de restricciones. ¿Qué le trae por aquí?

—Venía a saber la fecha que fije el Tribunal de las oposiciones de baños; pero al saber que estaba usted he querido aprovecharlo para desearle feliz año y para que me diera algunas noticias, siempre esperadas con ansia por los queridos compañeros.

—¡Pero si acabo de llegar de Andalucía! ¿Qué quiere usted que le diga? Pregúnteme lo que quiera.

—¿Qué hay del aumento de sueldo a los titulares?

—Aun cuando todavía no está firmado, parece ser que es efectivo el acuerdo de aumentar, a partir de 1 de enero pasado, 2.000 pesetas a los médicos de A. P. D., 1.500 a los farmacéuticos y el 30 por 100 a los practicantes y comadronas.

—¿Cuándo se anunciarán las oposiciones de toxicólogos?

—Ya habrá visto publicado el programa. En cuanto se restablezca don Ubaldo, haremos la convocatoria.

—¿Y las de A. P. D.?

—También muy pronto. Por cierto que ya he visto que se «mete» usted con el programa. No debe usted olvidar que cada día tiene más importancia este Cuerpo, y creo también que cada día deben estar mejor preparados. También puede usted decir que en breve se publicará una disposición ordenando que los médicos de A. P. D. que llevan más de diez años sin prestar servicio deben solicitar en el primer concurso, y que se les adjudicará, una plaza forzosa, que deben ir a desempeñar, o, de lo contrario, se les eliminará del escalafón. Hemos descubierto varios casos de estraperlo de plazas efectuado por titulares de los más antiguos del Cuerpo. Y eso hay que evitarlo. Pero lo anunciaremos a los cuatro vientos, para que luego no aleguen ignorancia.

—¿Qué sabe usted de las oposiciones a la cátedra de Psiquiatría?

—Nada absolutamente. ¿Sabe usted algo?

—Sí, señor. Que parece ser han concedido ocho días de plazo al doctor López Ibor. Pero nada más. Y de penicilina, ¿qué me dice usted?

—Llevaré inmediatamente un proyecto traspasando a los Colegios de Farmacéuticos todo lo relacionado con esta medicación y desligando totalmente del mismo a la Dirección de Sanidad.

—Eso está bien. Pero creo sinceramente que deben conceder una alta recompensa al Comité distribuidor...

En este momento entra en el despacho el coronel Tortosa, de Sanidad Militar, y que, según sabemos luego, se ha dado de baja en el Atlético

para darse de alta en el Celta, aun cuando, a decir verdad, no sé si, efectivamente, ha sido así o al revés, porque esas cosas del fútbol me suenan a griego. ¡No he visto jamás un partido!

Pero el periodista está muy agradecido al doctor Tortosa, porque se nos ha ofrecido en su cargo de director del Hospital Militar de La Coruña.

El doctor Palanca continúa informándonos de que el próximo viernes habrá reunión del Consejo Nacional de Sanidad, y el sábado, del Patronato Nacional Antituberculoso. Y que uno de estos días marcha a Canarias en avión el señor subsecretario de la Gobernación con objeto de asistir a la inauguración del nuevo Instituto Provincial de Higiene de Las Palmas y a visitar las numerosas obras sanitarias allí emprendidas. Entre ellas figuran las obras de la nueva Leprosaría de Arico, capaz para quinientos enfermos, que ha costado once millones de pesetas. Van muy adelantadas las obras del hospital de la Gomera; se ha concedido una importante cantidad para la lucha antipalúdica en Tenerife, en cuya capital se ha inaugurado la Escuela de Puericultura. Igualmente van muy avanzadas las obras del Sanatorio «El Sabinab», capaz para cuatrocientas camas, costeado en parte por el Patronato Nacional Antituberculoso y el mando económico de las islas. En Gran Canaria se ha terminado la Estación Sanitaria del puerto y se ha instalado un Centro Secundario de Higiene en el Puerto de la Luz. Se han reducido algunas plazas de médicos de A. P. D. para mejorar el sueldo de las restantes, y se celebrarán allí periódicamente oposiciones para cubrir las vacantes que se produzcan en las islas.

Cuando salimos del despacho del señor direc-

tor son cerca de las nueve, y en el pasillo nos dicen en secreto la siguiente noticia bomba: los médicos de Guipúzcoa han dimitido sus cargos en las Cajas Colaboradoras del Seguro, y estas Cajas piden a los médicos la indemnización de *un millón de pesetas* nada menos por incumplimiento de contrato y compensación ¡por la propaganda hecha de los médicos!

¡Pero, señor, si ser médico de las Cajas Colaboradoras es lo menos que puede ser un médico! ¡Es infinitamente menos que ser médico de Asistencia Pública Domiciliaria interino y con esquirol! Y si no fuera por los médicos, ¿qué iba a ser de las Cajas Colaboradoras y hasta de la misma Caja Nacional del Seguro?

Pero señores organizadores de las Cajas: ¿Es que no se han dado ustedes cuenta de que los médicos son los cimientos, los pilares fundamentales y los tejados del Seguro? ¡Si los médicos lo son todo! ¡Y el día que los galenos no quieran, se acabó el Seguro y la Biblia en pasta! ¡Pidan, pidan milloncitos, y verán a dónde van a parar ustedes!

Cerca de las nueve y media salen de su reunión los ilustres miembros del Tribunal de las oposiciones a médicos de baños, y el presidente, doctor Sáinz de Aja, nos da cuenta de que han tomado el acuerdo de celebrar el ejercicio escrito el lunes 3 de febrero próximo, avisando oportunamente el local y hora en que haya de celebrarse, aun cuando parece ser que se harán gestiones para ver si se les concede el salón de lectura de la Biblioteca Nacional.

Y nada más. No ha dado más de sí la noche. Pero nos parece que ya está bien. ¡Ah! Y siempre se queda algo en la cinta de la máquina de escribir...

Informatorio profesional

SECCION OFICIAL

ORDEN de 28 de diciembre de 1946 por la que se crea el Instituto Médico de Basurto como Escuela de Especialización Médica dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

Ilmo. Sr.: De conformidad con la petición formulada por el Rectorado de la Universidad de Valladolid, y visto el informe del Consejo Nacional de Educación y lo dispuesto en los artículos 23 al 25 de la Ley de 29 de julio de 1943, así como los artículos 2.º y los 55 al 59 del Decreto de 4 de julio de 1944 sobre ordenación de la Facultad de Medicina,

Este Ministerio ha resuelto:

1.º Se autoriza a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid para que, de acuerdo con el Santo Hospital Civil del Generalísimo Franco, en Basurto (Bilbao), cree, organice e incorpore el Instituto Médico de Basurto como Escuela de Especialización Médica dependiente de dicha Facultad de la Universidad de Valladolid.

2.º El Instituto Médico del Santo Hospital del Generalísimo Franco, en Basurto (Bilbao), estará regido por una Comisión Ejecutiva, presidida por el Magnífico y excelentísimo señor Rector de la Universidad de Valladolid e integrada por el ilustrísimo señor Decano de la Facultad de Medicina, el ilustrísimo señor Presidente de la Junta de Patronato y el ilustrísimo señor Director del indicado hospital.

3.º La enseñanza de las especialidades que se establezcan será dada por los Jefes de Servicios titulares del Santo Hospital, formando parte además de ellos los Profesores de la Facultad de Medicina de Valladolid o aquellos otros que fueran propuestos, tanto por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (al conectarse con esta institución) como por la Comisión Ejecutiva Rectora.

4.º Corresponde a la Facultad de Medicina de Valladolid la superior ordenación de las enseñanzas, según el artículo 2.º del Decreto a que se ha hecho referencia, de acuerdo con la Comisión Ejecutiva. A base de esta coordinación, se establecerán las pruebas académicas necesarias para

la habilitación de los títulos de Especialistas médicos, que serán expedidos por la Universidad de Valladolid.

5.º Se considerarán especialidades médicas que puedan cursarse en este Instituto las que se determinan en el artículo 55 del Decreto de ordenación, y siendo potestativo de la Facultad de Medicina de Valladolid, de acuerdo con la Dirección del Santo Hospital del Generalísimo Franco,



(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.013)

la posible ampliación del cuadro de especialidades médicas, éstas quedarán determinadas en la forma siguiente:

- a) Sección médicoquirúrgica del aparato digestivo.
- b) Ginecología.
- c) Traumatología y enfermedades del aparato motor.
- d) Tisiología y enfermedades del aparato respiratorio.
- e) Urología.
- f) Dermatología.
- g) Medicina infantil.
- h) Cirugía infantil.
- i) Otorrinolaringología.
- j) Oftalmología.
- k) Sección de Fisioterapia y rayos X.
- l) Odontología.

Funcionan, además, en el hospital dos Secciones de Cirugía general y otras dos Secciones de Medicina general y Enfermedades infecciosas, un laboratorio general y un Instituto Anatómico, lo que puede ser base para la organización de enseñanzas especializadas, según determinen la Facultad de Medicina y la Dirección del hospital.

6.º Para el caso de que sobre estas especialidades puedan establecerse relaciones docentes entre el Consejo Superior de Investigaciones Científicas y el Instituto que se crea (lo que, de modo especialísimo, desea, tanto la Facultad como el Santo Hospital Civil), el Consejo ordenará con plena autonomía las enseñanzas médicas que hayan de ser tema de sus cursos especiales, y esto, tanto como una continuación de las establecidas en los Servicios de la Facultad de Medicina que del Consejo dependen como de cursos especiales que el mismo Consejo pudiera estimar conveniente establecer.

7.º Siendo los alumnos del Instituto postgraduados que terminaron sus obligaciones académicas en la Facultad, tendrán las enseñanzas carácter ininterrumpido, comenzando los cursos en la fecha oficial señalada por la Comisión Ejecutiva y organizándose el tiempo de duración en forma tal que haga posible una colaboración entre el Profesorado universitario, sobre todo en ciclo estival, y dando margen posible a los estudios que en su día pudiera organizar, si lo estimase, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

8.º El Instituto Médico de Especialidades del Santo Hospital Civil del Generalísimo Franco, de acuerdo con la Facultad de Medicina de Valladolid, establece el siguiente Reglamento, al que han de atenerse los becarios de dicho Instituto:

1) El número de becarios será fijado por la Junta de Caridad del Santo Hospital Civil. La mitad de ellos serán nombrados por la Universidad, y la otra mitad, por la Dirección del hospital entre los Médicos vizcaínos.

2) Las becas se concederán por dos años.

3) Los becarios no podrán ejercer la profesión fuera del hospital ni encargarse de ninguna clase de trabajos ajenos a los que se les encomienden.

4) Los becarios se comprometerán a aceptar lo dispuesto en este Reglamento y así como cuantas instrucciones dicte el señor Director del hospital, tanto en cuanto a la organización de los trabajos como al horario que la Dirección establezca.

5) Conforme a la vocación de cada uno de los internos, el señor Director del hospital les anexionará a un Servicio clínico, y en este caso el postgraduado quedará sometido a las órdenes del señor Jefe de la clínica y del Ayudante, de quienes dependerán de un modo directo.

6) Cuando la Dirección lo estime conveniente, los becarios formarán parte de los equipos de guardia, quedando sometidos a las normas que en el hospital rijan para este servicio.

7) Los postgraduados tendrán la obligación de presentar una tesis cada seis meses sobre un asunto científico relacionado con la especialidad que cultiven, trabajos que serán siempre propiedad del hospital, quien podrá publicarlos en la forma que mejor estime si lo considera digno.

8) Quincenalmente se organizarán sesiones académicas, presididas por el Director y los Jefes de clínica, y en ellas preferentemente se estudiarán casos clínicos que motivarán los comentarios necesarios entre los postgraduados. Todo ello se desenvolverá conforme a lo que determine el señor Director del hospital.

9) Será obligatoria de los postgraduados la asistencia a clase de inglés o de alemán y francés, cuyas enseñanzas organizará la Dirección del hospital, y no se expedirá el título de especialista sin que el postgraduado becario acredite el conocimiento de dos de las lenguas extranjeras indicadas.

10) Compete al señor Director resolver sobre cualquier falta que pueda cometerse, y él podrá ordenar la expulsión del becario, tanto desde el punto de vista de faltas cometidas en orden a comportamiento como a cuanto se refiera a la eficacia de su labor. Para esta separación será necesario incoar un expediente informado por el señor Director. Será fallado por la Junta, previo conocimiento del señor Decano de la Facultad de Medicina de Valladolid.

11) La Dirección, para la formación moral y espiritual de los postgraduados durante los dos años de permanencia en el internado, nombrará a uno de los Capellanes del hospital como Asesor espiritual de los mismos.

9.º La Escuela Profesional de Enfermeras, ya incorporada a la Facultad de Medicina de Valladolid, seguirá dependiendo de ésta en cuanto se refiere a la revalidación de estudios y pruebas necesarias para la concesión del título de Estado.

10. Las alumnas enfermeras harán su matrícula en la Universidad de Valladolid en el plazo reglamentario que se determine.

11. Justificada plenamente con su internado de tres años la escolaridad de dos, que oficialmente se exige en los estudios de enfermeras, podrán las alumnas de Basurto hacer su única matrícula al final del tercer año de internado, y ésta será necesaria para el examen final de su carrera y concesión del título.

12. Las alumnas enfermeras no podrán efectuar el traslado de matrícula a otra Universidad más que por causa debidamente justificada, a tenor de las disposiciones vigentes, con la autorización expresa del señor Director del hospital y decisión del Rector de la Universidad.

13. Finalizados los exámenes, a propuesta del Tribunal examinador, el Rectorado extenderá los títulos correspondientes, sin los cuales no se podrá ejercer la profesión.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 28 de diciembre de 1946. — *Ibáñez Martín.*

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 10-I-1947.)

DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA UNIVERSITARIA.—*Declarando admitidos definitivamente a los señores que se indican como opositores a las cátedras que se mencionan de las Universidades de Santiago y Sevilla.*

Extinguido el plazo a que se refiere el Decreto de 25 de junio de 1931,

Esta Dirección General hace público lo siguiente :

1.º Que el Tribunal que juzgará la oposición anunciada por Ordenes de 11 de mayo y 27 de septiembre de 1945 (*Boletín Oficial del Estado* de 22 de mayo y 19 de octubre del mismo año) para la provisión en propiedad de las cátedras de Fisiología general y Química biológica y Tisiología especial de las Facultades de Medicina de las Universidades de Santiago y Sevilla (Cádiz), no ha sufrido modificación.

2.º Se declaran admitidos definitivamente a las dos cátedras a los señores siguientes:

Don José Ruiz Gijón, don Ramiro Sánchez Calvo, don José Manuel Rodríguez Delgado, don Luis Olivares Baquë, don Ramón Domínguez Sánchez y don Enrique Recarte Casanova.

3.º Se declara admitido solamente a la cátedra de Cádiz al opositor don Antonio Gallego Fernández; y

4.º Que en cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 13 del Decreto citado, con esta misma fecha se remite el expediente de esta oposición al Presidente del Tribunal que las habrá de juzgar.

Madrid, 3 de enero de 1947.—El Director general, *Cayetano Alcázar.*

(B. O. del E. de 14-I-1947.)

ORDEN de 20 de diciembre de 1946 por la que se anula el Reglamento del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo y los nombramientos del personal técnico.

Ilmos. Sres.: Habiendo surgido diferencia de criterio al interpretar alguno de los preceptos del Reglamento del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo, aprobado por Orden de 26 de octubre de 1946, por estimar que continuaban vigentes determinados del antiguo por el que se regía dicho Instituto,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Queda anulado el Reglamento del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo, aprobado por Orden de 9 de diciembre de 1944. Asimismo quedan anulados los nombramientos del personal técnico, cuya provisión deberá efectuarse con arreglo a las normas vigentes, y se entenderán siempre renovables cada tres años.

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

Dios guarde a VV. II muchos años.

Madrid, 20 de diciembre de 1946.—P. D., *Carlos Pinilla Turriño.*

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

(B. O. del E. de 11-I-1947.)

ORDEN de 11 de enero de 1947 por la que se rectifica la de 8 de enero de 1947 (Boletín Oficial del Estado del día 9) sobre provisión de la plaza de Director del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo.

Ilmo. Sr.: Convocado por Orden de 8 de los corrientes en el *Boletín Oficial del Estado* del pasado día 9 concurso para proveer la plaza de Director del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 29 del Reglamento de dicho organismo, de fecha 26 de octubre de 1946, se observa haberse padecido error, toda vez que el artículo citado fué objeto de nueva redacción en el *Boletín Oficial del Estado* de 29 de diciembre siguiente.

MADREZAL

Extracto galega officinalis . . .	0,07	grs.
Extracto gossypium herbaceum . . .	0,06	—
Nucleinato sódico	0,03	—
Acido fosfórico	0,02	—
Acido nicotínico	0,0001	—

C. S.
6028

ES LA MEDICACION ESPECIFICA DE LA
HIPOGALACTIA

Los Laboratorios O. F. E., de Madrid, Apartado 4042
preparan el

MADREZAL

En su virtud,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer que el concurso a que se refiere la Orden de 8 de los corrientes se entienda convocado entre Médicos e Ingenieros civiles con título oficial español.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 11 de enero de 1947.—P. D., *Carlos Pinilla Turíño*.

Ilmo. Sr. Subsecretario de este Departamento.

(B. O. del E. de 13-I-1947.)

ORDEN de 2 de enero de 1947 por la que se nombra, en virtud de oposición, Catedrático numerario de Universidad a don José Botella Llusá.

Ilmo. Sr.: En virtud de oposición,

Este Ministerio ha resuelto nombrar a don José Botella Llusá Catedrático numerario de Obs-



(Aprobado por la Censura Sanitaria)

tetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, con el haber anual de entrada de 12.000 pesetas y demás ventajas que le conceden las disposiciones vigentes.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 2 de enero de 1947.—*Ibáñez Martín*.

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 13-I-1947.)

DIRECCIÓN GENERAL DE PREVISIÓN.—TRIBUNAL DE OPOSICIONES A PLAZAS DE INSPECTORES DE SERVICIOS SANITARIOS DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD.—*Anuncio sobre acuerdos adoptados por el citado Tribunal.*

Constituído este Tribunal en el día de la fecha, entre otros acuerdos adoptó los siguientes:

1.º Aprobar la relación de opositores admitidos por tener la documentación completa y asimismo la relación de los de documentación defectuosa o incompleta.

2.º La relación de los opositores admitidos y la de los que les falta documentación, a quienes se concede un plazo para completarla hasta el día 20 de enero en curso, estarán expuestas en el tablón de anuncios del Ministerio de Trabajo, San

Bernardo, 62, y en el Instituto Nacional de Previsión, calle de Sagasta, número 6.

3.º El reconocimiento médico de los opositores admitidos se efectuará en la Clínica del Trabajo, avenida de Reina Victoria, número 21, a partir del día 23 de enero en curso, a las nueve de la mañana.

4.º Las oposiciones darán comienzo el próximo día 27 del mes actual, a las cinco y media de la tarde, en la Facultad de Medicina.

Lo que se hace público para conocimiento general y, en especial, de los señores opositores.

Madrid, 4 de enero de 1947.—El Secretario, *Daniel P. Sáenz de Miera*.

(B. O. del E. de 11-I-1947.)

ORDEN de 2 de enero de 1947 por la que se nombra Catedrático numerario de Universidad a don Alejandro Novo González.

Ilmo. Sr.: En virtud de oposición,

Este Ministerio ha resuelto nombrar a don Alejandro Novo González Catedrático numerario de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago, con el haber anual de entrada de 12.000 pesetas y demás ventajas que le conceden las disposiciones vigentes.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 2 de enero de 1947.—*Ibáñez Martín*.

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 13-I-1947.)

ORDEN de 9 de noviembre de 1946 por la que pasa a desempeñar la tercera cátedra de Patología y Clínica quirúrgica don Juan Sánchez Cózar.

Ilmo. Sr.: A propuesta de la Universidad correspondiente, favorablemente informada por el Consejo Nacional de Educación,

Este Ministerio ha resuelto que el Catedrático de Terapéutica quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, don Juan Sánchez Cózar, pase a desempeñar la tercera cátedra de Patología y Clínica quirúrgica en la misma Facultad y Universidad, con la dotación de la mencionada cátedra de Terapéutica quirúrgica, que queda extinguida por la presente Orden.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 9 de noviembre de 1946. — *Ibáñez Martín*.

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 8-I-1947.)

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. Clin.*, 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 Zalaña. 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.)



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

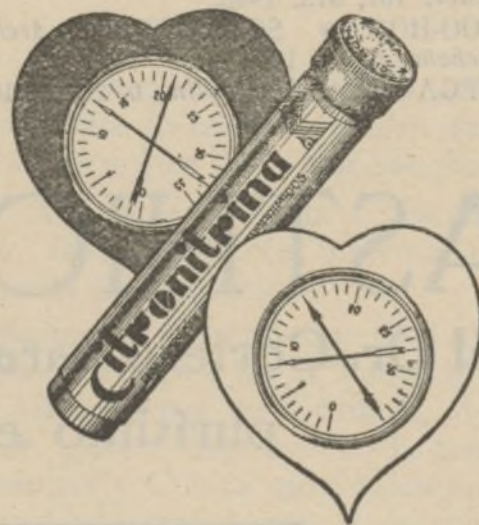
C. S. 8.303

*Para sus hipertensos
y arterioescleróticos*

TRATAMIENTO PROLONGADO
DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DE LA ARTERIOESCLEROSIS
Y DE SUS COMPLICACIONES
POR LA

Citronitrina

GEVE



Comprimidos de citrinitrito sódico y citrato de sosa

Actúa: por la vasodilatación periférica que provoca el nitrito y la fluidificación sanguínea que ejerce el citrato sódico.

Dosis corriente: Tres comprimidos al día.

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



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