

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 25 de enero de 1947

NÚMERO 4.736



HIPPOCRATES



GALENVS



AVICENA



RASIS



MESVE



PLATO



ARISTOTELES



THEOPHRASTVS



AVEROIS



DIOGENES



Resfriados

Resyl

en las Bronquitis, Traqueítis, Laringitis, Faringitis, etc.
3-5 cucharaditas de jarabe al día.

Privina

en las Rinitis, Sinusitis, etc.

2-4 gotas de la solución en cada abertura nasal,
varias veces al día.

en las conjuntivitis

1-2 gotas de la solución, varias veces al día

Trastornos de la circulación periférica producidos por el frío

Priscol

Ampollas Comprimidos Pomada Solución (externo)



CIBA Sociedad Anónima de Productos Químicos

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: *La Cirugía en las afecciones lumbosacras y del cinturón pelviano*, por el Prof. José María Vilardell. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *La sedación como una técnica en psicoterapia*, por el teniente coronel Roy R. Grinker. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

La Cirugía en las afecciones lumbosacras y del cinturón pelviano

por el

Profesor JOSE MARIA VILARDELL

Director de la Escuela de Cirugía Ortopédica del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona.

Nos referiremos especialmente al tratamiento de las afecciones dolorosas de tipo degenerativo, y, de entre éstas, a las del segmento lumbosacro y a la coxartrosis.

AFECCIONES DOLOROSAS DEL SEGMENTO LUMBOSACRO

Entre los síndromes dolorosos vertebrales ocupa lugar preferente el que localiza las molestias en el segmento lumbosacro, constituyendo, en líneas generales, dos diferentes grupos. En unos, los dolores son de tipo localizado; en otros, tienen irradiaciones de tipo radicular hacia la región glútea, o francamente adoptan las características de una neuralgia lumbociática.

Aparte de las molestias de tipo objetivo y de los síntomas que corrientemente se comprueban en los enfermos de ciática, se encuentra, en los que presentan el dolor localizado, poca sintomatología objetiva en la exploración clínica. Sin embargo, es constante observar una inmovilización de la quinta L., que persiste en todos los movimientos de esta región. Entonces, como cosa obligada, practicamos el examen radiográfico, y nos encontramos con una serie de imágenes a las cuales nosotros creemos desde hace años se ha dado excesivo valor patogénico diferencial, y, de acuerdo con el mismo, se han propuesto y practicado gran número de operaciones quirúrgicas con resultados variables.

La valoración de la sintomatología clínica y ra-

diográfica (sin ánimo de detallarla en este momento) puede permitirnos el reunir a estos pacientes en los siguientes grupos:

Los que presentan malformaciones de tipo congénito; sacralización, lumbalización, espondilolisis y espondilolistesis, espina bífida oculta y hemivértebra.

Los que sus molestias son debidas a la presencia de una deformidad de crecimiento: angulación lumbosacro por escoliosis lumbar a pequeño radio.

Finalmente, las más frecuentes, que engloban las afecciones artrósicas de las pequeñas articulaciones y las degenerativas con participación discal.

No nos referimos a los procesos infectivos, melitocócicos, tíficos, etc., porque acostumbra a curar con tratamiento médico, aunque nosotros nos hemos visto obligados a intervenir con alguna frecuencia, a pesar de haber sido tratados durante largo tiempo por eminentes colegas internistas.

Los métodos operatorios, en cada una de estas afecciones, han venido aconsejándose de acuerdo con el criterio clínico y radiográfico, pero valorando excesivamente este último; así, por ejemplo, en la sacralización nosotros hemos creído siempre que se ha sustentado el concepto erróneo de compresiones nerviosas producidas por la macroapófisis, y, por tanto, se ha aconsejado la resección amplia de la misma, que se extendía hasta una porción del ilíaco. Los resultados han

sido poco alentadores, y en la actualidad han caído en desuso. El concepto de la relación entre sacralización o lumbalización y dolores lumbociáticos que nosotros hemos negado siempre, lo ha sido recientemente en la Sociedad de los Hospitales de París por DE SEZÉ, donde presentó una estadística de centenares de casos, de la que se desprende que dichas anomalías se encuentra con igual frecuencia en sujetos normales que en los que sufren dolores lumbociáticos, llegando a la conclusión de que el dirigir la atención a una sacralización en presencia de una ciática rebelde es casi siempre separarse de las verdaderas causas del dolor.

En la espondilolisis y espondilolistesis se ha practicado la extirpación del arco vertebral hasta la zona neoarticular raquisquísica. Nosotros la hemos practicado, pero completando la operación con la colocación de injertos ósteoperísticos. A estas palabras de SEZÉ las concedemos mucha importancia, y esperamos que, con el tiempo, contribuirá dicho autor a modificar su punto de vista actual, al afirmar que la mayoría de las ciáticas son de origen discal, aunque se apresuran a confesar que muchos autores no están de acuerdo con esta teoría.

A la espina bífida oculta, cuya imagen es tan frecuente, se le ha dado un valor excesivo, y, de acuerdo con el mismo, se ha propuesto su oclusión de forma limitada o la laminectomía.

De un tiempo a esta parte son objeto de interesantes estudios clínicos, radiográficos y experimentales los procesos dependientes de alteraciones disciales de tipo degenerativo, que, al tener asiento en la región lumbosacra, presentan una sintomatología con participación de los elementos nerviosos regionales, conocidos con las denominaciones de lumbociáticas, ciáticas disciales, etcétera.

No es que estas complicaciones nerviosas de las lesiones disciales degenerativas sean privativas de esta región. Nosotros sustentamos el criterio, apoyados por los constantes resultados obtenidos, que la mayor parte de radiculitis o molestias de tipo radicular en las diferentes alturas de la columna vertebral, igualmente como en las lumbociáticas, son debidas a procesos artrósicos o lesiones disciales degenerativas que curan siempre con la osteosíntesis vertebral.

La exploración radiográfica del canal vertebral con sustancias de contraste—aceite yodado, aire, oxígeno, etc., mediante inyección intra o epidural—ha aportado grandes conocimientos, en vista al esclarecimiento de múltiples afecciones, y ha pretendido en las lumbociáticas sentar puntos de vista definitivos, tanto diagnósticos como de tratamiento quirúrgico, con los cuales no podemos estar conformes.

Nos referimos especialmente a las imágenes que

denotan una modificación de la sombra de contraste como signo de compresión discal y, por tanto, de la necesidad de extraer el núcleo pulposo herniado o, cuando menos, practicar una laminectomía descompresiva.

Sin ánimo de menospreciar las interesantes y meritorias investigaciones, así como los métodos quirúrgicos que, tanto en España como en el extranjero, vienen publicándose, singularmente por las escuelas americanas y francesas, referentes a este palpitante tema, nos creemos obligados a exponer nuestro punto de vista en relación con la patogenia y tratamiento quirúrgico de esta afección y a dar a conocer nuestra estadística, a fin de que sirva de control y de comparación con otros métodos quirúrgicos de mayor importancia, hoy día tan en boga.

Nuestra estadística de operados de la región lumbosacra se refiere a 131 enfermos diagnosticados y tratados, la mayor parte de ellos desde largo tiempo, con medios físicos y medicamentosos. Es de sobra conocido que llegan al cirujano especializado cuando ha fracasado todo otro tratamiento.

En todos ellos se hizo el diagnóstico de lumbartria o lumbociática por la sintomatología clínica que presentaban y por los signos radiográficos de artrosis lumbosacra o lesiones disciales de tipo estático o degenerativo, correspondiendo a las siguientes afecciones: lumbartria y lumbociática, 108; sacralización, ocho; lumbalización, tres; espondilolisis y espondilolistesis, siete; espina bífida oculta, tres; hemivértebra lumbar, uno, y angulamiento lumbosacro por escoliosis lumbar, siete.

Solamente en dos de ellos se completó la exploración radiográfica con la inyección de 2 c. c. de lipiodol denso, que se detuvo a la altura del espacio lumbosacro, practicando una laminectomía, que demostró en ambos casos la existencia de adherencias meníngicas que englobaban algunos filetes nerviosos que no fueron liberados. La operación se completó con la colocación de un largo injerto ósteoperiástico en ángulo diedro (según nuestro modelo), y los enfermos curaron definitivamente.

En los casos restantes, la exploración radiográfica se hizo sin substancia de contraste, y, a excepción de dos casos de espondilolisis, en que se practicó la extirpación del arco vertebral hasta la neoartrosis raquisquísica, añadiendo también la osteosíntesis ósteoperiástica, todos fueron operados solamente con el método que acostumbramos a practicar de injertos ósteoperiásticos. Dos casos de sacralización con resección de la macroapófisis sin injerto fueron seguidos de un éxito y un fracaso.

Es muy lógico suponer que si sistemáticamente hubiéramos practicado la exploración radiográfica

fica con sustancias opacas, hubiésemos encontrado entre los 129 operados, al igual que en dos de nuestros últimos, un tanto por ciento muy apreciable con deformaciones o signos de interrupción de la misma, que, siguiendo los conceptos actuales, nos hubieran inclinado a practicar una laminectomía en lugar de una operación tan simple como la colocación de injertos ósteoperiósticos, que se adaptan, sobre todo en esta región, mucho mejor que los de tipo rígido (figuras 1.^a y 2.^a).

Hemos procurado con insistencia indagar si alguno de nuestros operados presentaba nuevamente molestias, y no nos ha sido posible encontrar uno solo. Nuestro criterio en esta afección es el siguiente:

Los distintos procesos de tipo degenerativo o estático del segmento lumbosacro producen alteraciones discales o de los elementos ligamentarticulares de la región del pedículo, las cuales originan reacciones nerviosas de vecindad, interesando a veces las cubiertas meníngeas, cuyas participaciones puede acusar la radiografía de contrastes, sin que tenga un valor absoluto esta última.

EAGELSHAN, en el *British Journal of Radiology*,

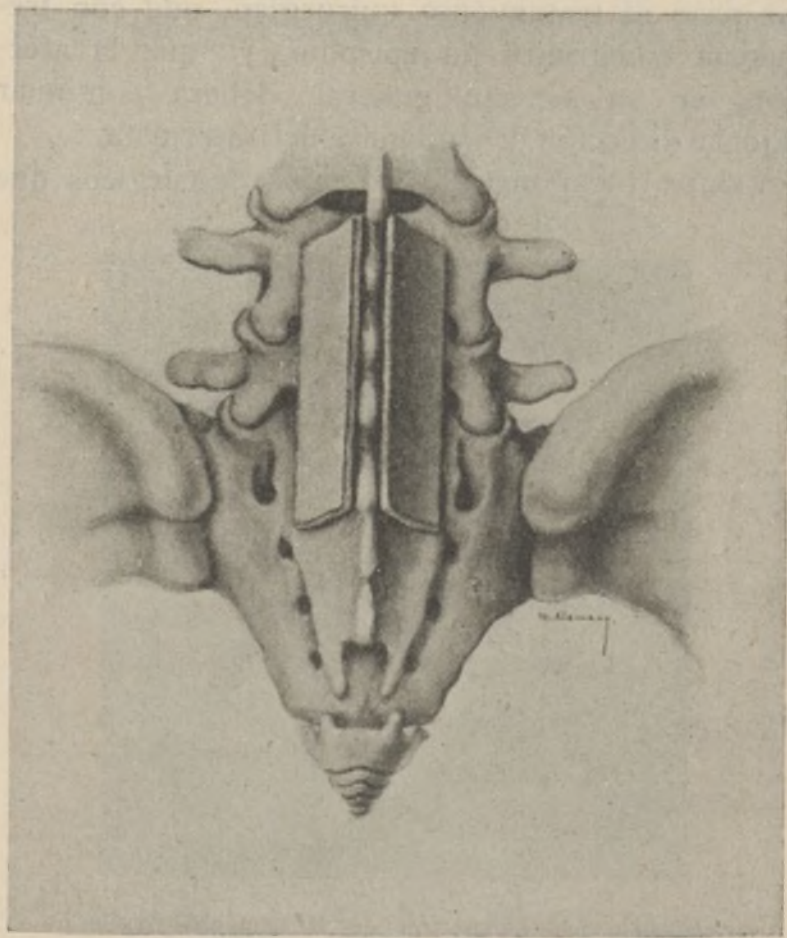


Figura 1.^a—Bloqueo lumbosacro con injertos ósteoperiósticos. (DELAGENIERE-VILARDELL.)

número 17, 1944, escribe: «Los discos normales pueden proceder ligeramente en el canal raquídeo y dar una imagen que simule una hernia del disco. Deben tenerse en cuenta otros signos para asegurar el diagnóstico de ciática discal, tales como disminución del espacio intervertebral, es-

coliosis (angulamiento) a nivel de la lesión, ósteofitos, etc.»

Las anomalías de esta región, sacralización, lumbalización, espina bífida oculta, son hallazgos radiográficos muy frecuentes en personas sanas, y las molestias en los pacientes que las presentan

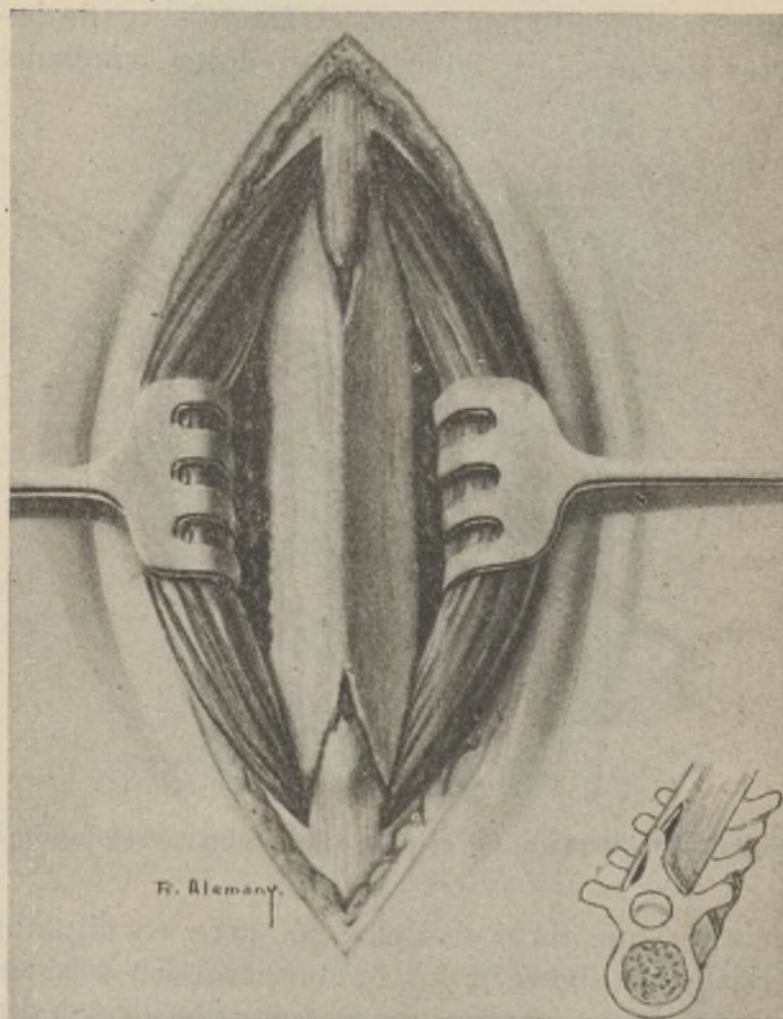


Figura 2.^a—Bloqueo vertebral, después de la laminectomía, con injerto ósteoperióstico en forma de ángulo diedro. (VILARDELL.)

son debidas a procesos artrósicos o degenerativos sobreañadidos o simplemente como consecuencia de la insuficiencia vertebral característica.

Creemos que la mayor parte de radiculitis sin interés medular, tan frecuentes en las diferentes alturas de la columna vertebral, obedecen al mismo principio, ya que curan siempre con la osteosíntesis, cuya estadística no incluimos en este trabajo por limitarnos solamente al segmento lumbosacro.

Asimismo estamos firmemente convencidos, por la constancia y uniformidad de los resultados obtenidos, que el tratamiento de las afecciones dolorosas lumbosacrociáticas ha de ir encaminado a curar el proceso esquelético, limitándose a practicar una osteosíntesis de preferencia osteoperióstica, con la cual, al obtener una inmovilización segmentaria definitiva, curarán los enfermos sistemáticamente, y tenemos la impresión de que los que han curado con la laminectomía han beneficiado del proceso ósteofibroso de la zona operada, que ha mejorado o inmovilizado la región con más o menos eficiencia. No en balde se aconseja ya el completar la intervención con la colocación de pequeños fragmentos óseos resecados durante la la-

minectomía o con la colocación de un injerto de tipo corriente.

Entre los trabajos que han llegado a nuestras manos destaca el reciente de YASKIN y TORNAY, publicado en *The American Journal*. Estos autores analizan los resultados obtenidos en 50 casos de laminectomía por lumbosacrociáticas, previa radiografía de contraste y con el diagnóstico de lesiones discuales. En 36 casos, el dolor irradiado

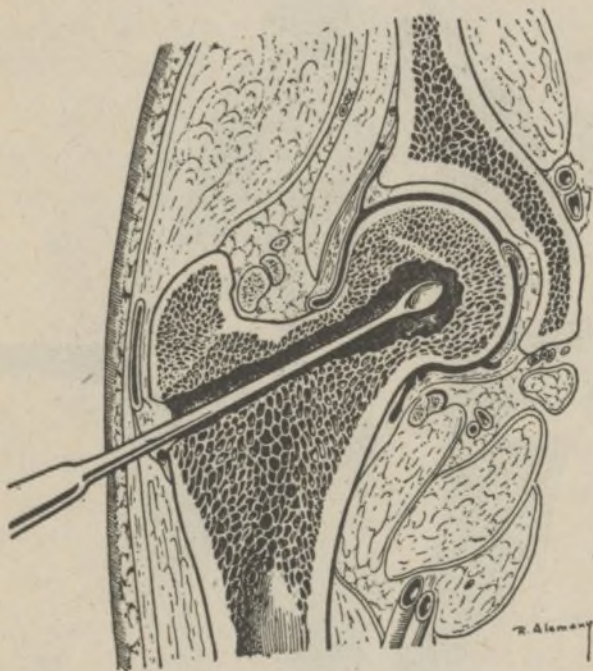


Figura 3.a—Perforación epifisaria de Dubernay (forage).

hacia los miembros desapareció, pero en algunos persistió un ligero dolor lumbosacro. En seis enfermos sólo se obtuvo una disminución de los dolores, y en los ocho restantes fracasó la laminectomía por la posibilidad, dicen ellos, de haber equivocado el diagnóstico. Esta estadística, que sus autores americanos la presentan como muy optimista, es evidentemente inferior en sus resultados a la que nosotros exponemos, con métodos quirúrgicos menos complicados, basados en diferente concepción patogénica.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COXARTRIA

Las grandes afecciones reumáticas articulares de tipo degenerativo, como la coxartria, han venido siendo consideradas hasta hace pocos años como tributarias de tratamiento exclusivo físico-médico o balneoterápico. Los métodos quirúrgicos que, poco a poco, iban afianzándose en todos los países, han ido aceptándose muy lentamente en el nuestro. Los primeros casos operados por nosotros fueron presentados en la Sociedad de Cirugía de Barcelona en 1927, con el método de Robertson-Lavalle. Más tarde, en el Congreso de Perpiñán, 1936, precisamos ya varias de sus indicaciones. En la actualidad, el tratamiento operatorio de las afecciones reumáticas articulares forma parte de los métodos quirúrgicos especializados en nuestra práctica diaria. Nuestro criterio, a base de una aceptable estadística (204 ope-

raciones), que en algunos aspectos podemos calificar de numerosa, en relación con las que se van publicando, nos autorizan a sentar indicaciones que en el estado actual de nuestros conocimientos podemos considerar como definitivas. La Cirugía y los métodos ortopédicos en el reumatismo son, en algunos casos, imprescindibles; nos referimos a las deformaciones definitivas o a las actitudes viciosas. En otros, puede modificar el proceso evolutivo de la afección, mejorando la estática y dinámica articulares, y calmando o suprimiendo los dolores. Finalmente, ciertas afecciones, rebeldes desde un principio a tratamientos médicos y balneoterápicos bien dirigidos, responden a satisfacción a estos mismos tratamientos después de operaciones de menor cuantía.

En todos los casos, la acción del cirujano debe ir coordinada con la del médico especializado, controlando los resultados, para ver de llegar a indicaciones precisas en cada período y localización. Sólo de este modo llegaremos los cirujanos a conocer si nos excedemos, en cuanto a aconsejar operaciones, que por su precocidad hubiéramos podido pasar sin ellas, y los médicos a conocer hasta qué punto pueden confiar en los resultados de un tratamiento prolongado, valorando, en cada caso, dónde termina el tratamiento médico, para dar paso al tratamiento quirúrgico, que con frecuencia constituirá un episodio, ya que la afección, en su aspecto general, deberá continuar bajo la dirección y vigilancia del internista.

Vamos a exponer los métodos quirúrgicos que



Figura 4.a—Operación de Robertson-Lavalle.

sucesivamente se han ido recomendando en el tratamiento de esta afección.

LA PERFORACIÓN EPIFISARIA DE DUVERNAY (FORAGE)

DUVERNAY, en colaboración con CLERET, nos dio a conocer, en 1930, la técnica y fundamentos de esta operación. Consiste en la perforación epi-

fisaria yuxtaarticular, que debe reunir determinadas condiciones técnicas, fundamentando sus posibles resultados terapéuticos en su acción perturbadora sobre el círculo vicioso circulatorio epifisario que acompaña a toda afección articular u ósteoarticular. El estudio de las curvas oscilométricas, antes y después de la intervención, demuestra su influencia sobre el equilibrio circulatorio. Actúa, además, sobre el metabolismo óseo local, facilitando cambios biológicos, y produce una verdadera sangría epifisaria.

No existe ninguna clase de contraindicación formal ni peligro de alteración vital ósea, ya que nosotros la hemos empleado en múltiples ocasiones y con muy buen resultado, incluso en artritis tuberculosas de forma hidrartrosica. Se han publicado multitud de trabajos sobre esta operación, destacándose los de NEUMANN y SOEUR—como poco entusiastas—y la serie de 70 por 100 de curaciones durables de HYBRINETTE. Los primeros parece que realizaron perforaciones poco precisas en cuanto a localización de la cabeza; en cambio, HYBRINETTE las realiza mediante varias trepanaciones de un calibre de tres milímetros extremadamente precisas, comprobando radiográficamente la situación de la aguja-trépano.

Nosotros realizamos esta operación localizando el cuello y la cabeza femoral, con los dedos in-

ma de embudo o de pera, con lo cual se realiza un semivaciado epifisario, que ofrece mayores garantías que la perforación simple de Duvernay o la múltiple de Hybrinette.

La influencia sobre el círculo vicioso circulatorio

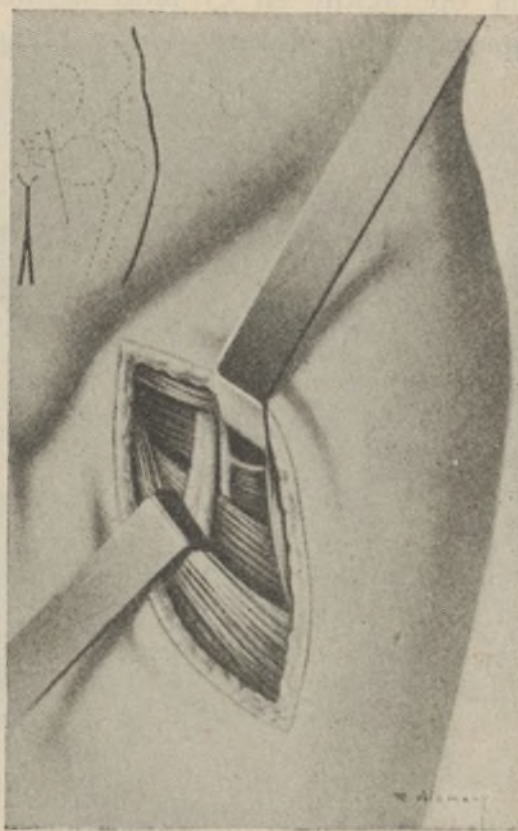


Figura 6.a—Enervación anterior de la cadera. Sección del nervio obturador. (CAMITZ.)

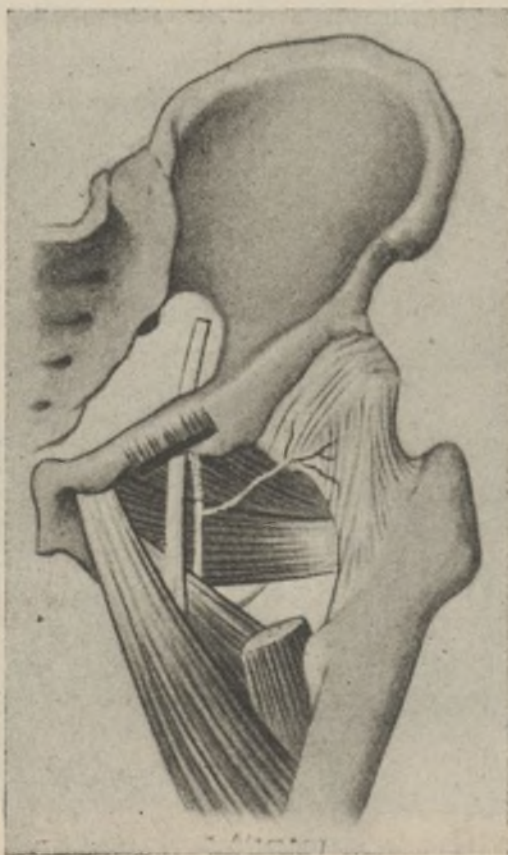


Figura 5.a Anatomía topográfica del nervio obturador.

troducidos por delante y por detrás de la incisión practicada en la zona trocantérea, con lo cual el cirujano se orienta perfectamente, y en cuanto a la dirección de la perforación, adoptamos una técnica de mayor amplitud en la zona esponjosa perforada, practicando una tunelización en for-

rio periarticular es evidente, produciendo un shock hemoclásico local de mayor alcance que el que se pretende con la histamina, hasta el extremo que se aconseja practicar previamente inyecciones intradérmicas de histamina *loco-dolenti*, que en caso de dar buen resultado asegurarán un éxito operatorio, siendo éste más problemático cuando con la inyección histamínica previa no se ha obtenido sedación de los dolores. La principal indicación es el dolor, pero sus efectos se dejan sentir, como hemos dicho, en la circulación local, modificándola e influyendo sobre el proceso óseo. Así, por ejemplo, las formas con focos osteoporóticos diseminados se ven modificarse radiográficamente, produciendo curaciones, si no definitivas, muy estimables y satisfactorias.

RESULTADOS OBTENIDOS CON EL «FORAGE»

Como demostración de los efectos beneficiosos de la perforación epifisaria en las artropatías deformantes, citaremos los siguientes ejemplos: Entre nuestros operados de coxartrosis figuran cuatro casos en que, siendo bilaterales, se les practicó la operación en el lado en que las lesiones estaban más adelantadas, aconsejando al enfermo que si quedaba satisfecho del resultado, podía reingresar, para practicar la misma intervención en el otro lado. Todos ellos volvieron nuevamente, so-

licitando ser operados. Hace pocos días, hemos visto a uno de nuestros enfermos, operados hace nueve años, el cual, al reaparecer las molestias, nos solicita la misma operación.

TAVERNIER expone un caso bilateral, con ausencia de alteraciones articulares radiográficas. Se le practicó la operación en el lado izquierdo, que hizo desaparecer los dolores. Más tarde se pre-



Figura 7.ª—Anatomía topográfica del nervio del cuadrado crural.

sentó para ser operado del lado derecho, con lo que se obtuvo también un éxito, y años más tarde, al reaparecer ligeras molestias en el lado izquierdo—operado primitivamente—, es operado de nuevo, persistiendo la sedación a los dos años de practicada esta segunda perforación. Compartimos el criterio de la mayor parte de los cirujanos especializados al considerar la perforación epifisaria como un recurso precioso en las artropatías de tipo doloroso, cuyos resultados deben conocer los internistas, ya que por su sencillez e inocuidad pueden ser practicadas periódicamente, con lo cual serán de mayor eficacia los tratamientos fisicomédicos y balneoterápicos.

OPERACIÓN DE ROBERTSON-LAVALLE

En la sesión inaugural de la Sociedad de Cirugía de Barcelona, en noviembre de 1927, fuimos los primeros en España en dar a conocer los resultados obtenidos personalmente en seis casos de operación de Robertson-Lavalle. Al año siguiente presentamos en la Academia Médico-Quirúrgica (Madrid) una comunicación a base de 15 casos, entre los cuales se contaban tres artropatías crónicas, no tuberculosas, de la rodilla. En todos los 15 casos cesaron los dolores, cosa que atribuimos a la perforación y no al injerto, pues en un caso de tumor blanco de la tibiotarsiana, que se le practicó solamente la perforación, los dolo-

res cesaron igualmente. La simple perforación había sido propuesta años antes por VIGNARD, de Lyon, con el nombre de «tunelización», que la practicaba más horizontalmente que la que practica ROBERTSON-LAVALLE para colocar el injerto.

Mis venerados maestros RIBAS Y RIBAS Y CORACHÁN, al dar a conocer sus resultados, coincidieron con mi criterio, al afirmar que es una operación de gran utilidad cuando el dolor es el síntoma dominante. Por nuestra parte, hemos suprimido la colocación del injerto, reservándolo para los casos en que creemos pueda modificar algún trastorno ósteodistrófico.

ENERVACIÓN ANTERIOR DE LA CADERA. SECCIÓN DEL NERVIO OBTURADOR

A la práctica de la perforación epifisaria de Duvernay ha seguido la sección del nervio obturador como tratamiento de la coxartrosis, llegando así a sustituir a la primera.

La neurotomía obturatriz, propuesta por CAMITZ en 1933, ha sido propagada por PADOVANI, TAVERNIER, TRUCHET, etc. La finalidad es la supresión de las molestias, por ser la rama profunda de dicho nervio la que da las ramas de inervación sensitiva de la parte anterior de la cápsula articular. La gran cantidad de éxitos que proporciona parece que ha disminuido el valor de la perforación, cosa no razonable, puesto que cada una de dichas operaciones tiene sus indicaciones o,

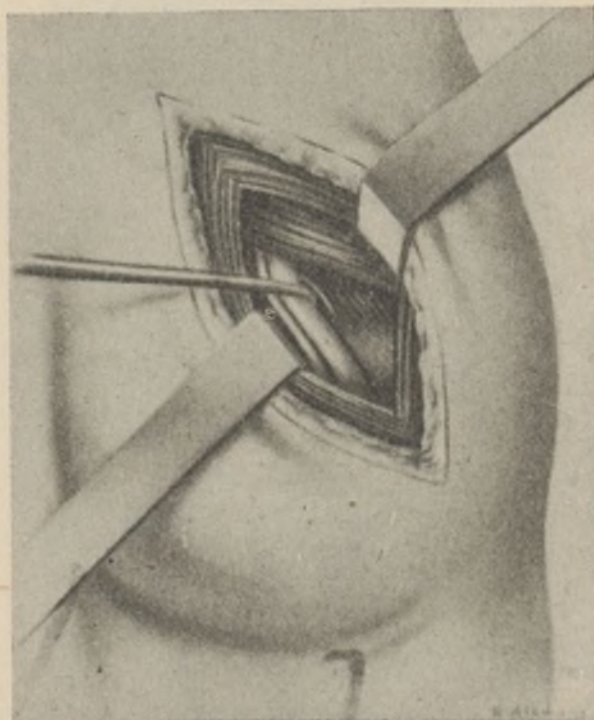


Figura 8.ª Enervación posterior de la cadera. Sección del nervio del cuadrado crural. (TAVERNIER.)

cualquier modo, sus efectos particulares postoperatorios y a largo plazo.

Tanto una como otra operación pueden quedar desacreditadas si no se ajustan a sus indicaciones o cuando se emplean en casos graves, que ya no son tributarios de ambos procedimientos.

La neurotomía obturatriz tiene mayor amplitud de indicaciones que la perforación. Las indicaciones más precoces las integran las formas dolorosas con contractura de los abductores, que son las más frecuentes. Todas las formas restantes pueden beneficiarse de dicha operación, incluso las coxartrosis antiguas con grandes deformaciones, cuando sólo se pretende una remisión en las molestias.

Técnica.—La sección del nervio obturador puede practicarse por vía extrapélvica o intrapélvica. Nosotros acostumbramos a adoptar la primera, y procedemos del siguiente modo:

La incisión ha de tener como punto de referencia el borde externo del abductor mediano, que se pone bien evidente colocando la extremidad en separación. Debe tener unos 10 centímetros, rebasando el pliegue génitocrural en unos dos centímetros en la parte alta. La safena interna queda en la parte externa, y a veces ha de ser ligado algún vaso venoso pudiendo. Se incinde la aponeurosis superficial y se cae en el intersticio del abductor mediano con el pectíneo, el cual, al ser separado, deja entrever inmediatamente el nervio obturador aplicado contra el músculo obturador externo.

Se sigue el nervio hasta notar la resistencia del agujero obturador, en cuya región nos debemos cerciorar de que seccionamos la rama profunda



Figura 9.a—Osteotomía de apoyo.

destinada al abductor mayor, de la cual parten los filetes nerviosos articulares, que se dirigen hacia afuera.

La vía endopelviana, empleada por varios autores, requiere una incisión siguiendo la arcada crural, por donde se cae en espacio subperitoneal, hasta alcanzar el agujero obturador, y, con él, el nervio del mismo nombre.

VIANNEY, en su tesis, da a conocer los resultados lejanos obtenidos por TAVERNIER con la sección del nervio obturador. En un total de 21 enfermos ha logrado 16 éxitos, dos resultados insuficientes y tres fracasos. Preconiza esta operación, que es más duradera en sus efectos que el «forage», y evita muchas veces tener que recurrir a opera-

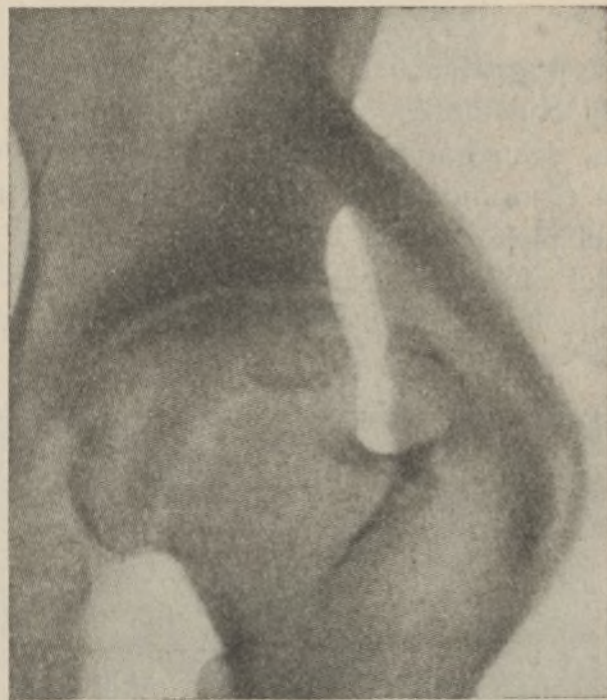


Figura 10.—Artrodesis en «puente colgante».

ciones de importancia, como son las resecciones movilizadoras o artroplásticas. En este mismo sentido se han pronunciado MALLEY-JUY, RICARD, FRANCILLON, SANTY, BERARD, etc., adoptando alguno de ellos la vía endopelviana.

La sección del nervio obturador disminuye la potencia de los abductores, pero no la anula, porque existen también filetes del crural para el abductor mediano y otras del ciático para las fibras más inferiores del abductor mayor. Por nuestra parte, hemos comprobado una recidiva de abducción intensa, después de la extirpación del obturador de ambos lados, por contractura capástica tipo Litle.

ENERVACIÓN POSTERIOR DE LA CADERA. SECCIÓN DEL NERVO DEL CUADRADO CRURAL

Al lado de los resultados verdaderamente notables que se obtienen con la sección del nervio obturador, y, por tanto, con la enervación de la región anterior de la zona articular, existen algunos fracasos, que se pueden cifrar en un 15 a 20 por 100. Estos enfermos confiesan la desaparición de los dolores en la ingle y región interna del muslo, pero conservan igualmente las molestias en la región de la nalga. Fundándose en estos detalles, TAVERNIER ha realizado recientemente la enervación de la zona articular posterior mediante la sección del nervio del cuadrado crural, una de cuyas ramas se dirige a la región posterior de la cápsula articular. Con la sección del nervio obtu-

rador y la del cuadrado crural se realiza la enervación total de la cadera, ya que está enervada por los filetes que provienen del obturador y los del nervio del cuadrado crural, y sólo accesoriamente reciben filetes directos del ciático mayor, del ciático menor o del crural, en cuyo caso son casi imperceptibles, y quedan seccionados con las maniobras operatorias al realizar la enervación posterior.

La topografía del nervio del cuadrado crural es muy constante; su calibre es el de un catgut grueso, despegándose de la cara anterior del ciático en el momento en que este nervio se independiza del plexo sacro, saliendo de la pelvis por debajo del músculo piramidal. El tronco del ciático se dirige hacia abajo y atrás, y el nervio del cua-

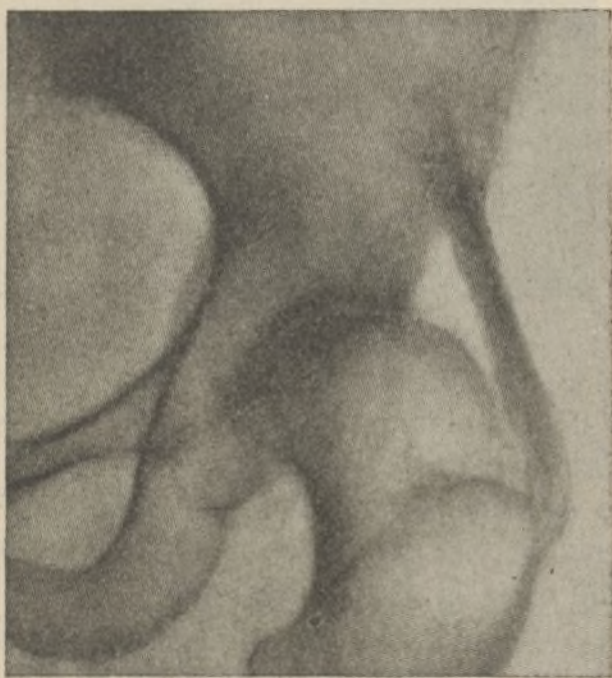


Figura 11.—Artrodesis con injerto libre ósteoperióstico.

drado crural hacia abajo y adelante; entre esta bifurcación se halla el músculo gémimo superior. Después descende verticalmente, situándose entre el cuadrado crural, por detrás, y la cápsula articular, por delante, siendo su rama terminal la que enerva al músculo cuadrado crural. En su trayecto ha dado una colateral para el gémimo inferior, y de esta rama parten los principales filetes nerviosos articulares.

No hay inconveniente en seccionar el nervio del cuadrado crural en su mismo tronco, puesto que el déficit muscular del gémimo inferior y del cuadrado crural es insignificante.

Técnica.—Según TAVERNIER, la sección del nervio del cuadrado crural es más fácil que la del obturador. Por nuestra parte, no hemos encontrado las mismas facilidades, por cuanto si bien es verdad que existen puntos de referencia que bien orientados simplifican la operación, los filetes articulares se encuentran muy profundamente situados.

La incisión, de unos 12 centímetros, parte de la zona superior de la sínfisis sacroilíaca y se dirige

a la región intertrocanterea, siguiendo la dirección de las fibras del glúteo mayor. Se disocian las fibras de este músculo, separándolas después en toda su profundidad, con lo cual tendremos a la vista los nervios ciáticos envueltos en su atmósfera célulograsosa. Aislándolos y separándolos por su borde externo, donde no hay vasos, percibiremos en la parte baja el músculo cuadrado crural, y más arriba al gémimo superior, y en la parte alta, el piramidal, que ha de ser también reclinado hacia arriba y afuera.

En el borde superior del gémimo superior aparece un tejido celular que cubre el nervio del cuadrado crural, situado muy profundamente. Es un tronco bien visible, sin vasos que le acompañen, situado bastante transversalmente y por delante del ciático mayor. Es fácil identificarlo, porque su pinzamiento produce una contracción del cuadrado crural y del gémimo inferior, y una vez logrado, se secciona con la tijera. La operación puede realizarse sin necesidad de ligaduras, practicando después unos puntos de aproximación de la fibra del glúteo mayor.

Con las dos neurotomías combinadas se suprime la enervación de la cadera, cediendo los dolores, y persistiendo una movilidad articular activa que modifica antiguas rigideces.

LA OSTEOTOMÍA SUBTROCANTEREA

En esta afección, como en todas las de la cadera en que esta intervención puede estar indicada, cumple su objetivo primordial, o sea modificar el eje de la extremidad, con relación al eje del cuerpo, proporcionando un mejor apoyo de la cadera.

Por tanto, actuará sobre la abducción, sobre la flexión y sobre la rotación externa, y aunque es capaz de modificar el curso de la afección, no debe olvidarse que el enfermo, después de la operación sigue siendo un coxátrico, en el que hemos mejorado su deformidad postural y quizá devuelto su optimismo, pero que debe continuar siguiendo un tratamiento médico prolongado, que, aunque sea el mismo que anteriormente había fracasado, obtendrá en lo sucesivo grandes beneficios.

RESECCIÓN MODELADORA DE LA CEJA COTILOIDEA

SMITH-PETERSEN, en 1936, imaginó esta operación, descrita más tarde (1938) por SORREL, que consiste en suprimir la parte saliente de la ceja ctiloidea superior, después de haber abierto ampliamente la cápsula articular, resecando buena parte de su cara anterior con sus ligamentos, a fin de dar mayor espacio a la cabeza femoral deformada e hipertrofiada.

Según SORREL, está indicada esta operación en los casos en que después de haber fracasado el tratamiento médico y balneoterápico, y de haber

practicado sin éxito la tunelización del cuello y cabeza femorales, no está aún justificada la resección ósteoplástica, ya que ésta puede ser demasiada operación para el caso o demasiada operación para la resistencia del enfermo.

ARTRODESIS

La principal indicación de la artrodesis la constituyen los casos de grandes deformaciones que interesan el espacio articular, cuya arquitectura ha quedado de tal modo mixtificada, que no recuerda su verdadera anatomía, y cuya movilidad es casi nula, pero es suficiente para la persistencia de los dolores. Por regla general, estos casos se acompañan de actitudes viciadas, por lo que cuando está indicada debe asociarse a la osteotomía subtrocantérea (figs. 10 y 11).

ARTROPLASTIA Y RESECCIÓN MOVILIZADORA

Están indicadas particularmente en las formas anquilosantes bilaterales, más propias de las artritis que de las artrosis, siendo, por tanto, aplicables en rarísimos casos. El criterio generalmente aceptado es buscar la movilizadora en una sola de las caderas. Tratándose de una operación grave, en enfermos en general depauperados, sus indicaciones son limitadísimas.

TAVERNIER presentó un caso en la Société de Chirurgie de Lyon, en que, después de fracasar la resección del obturador por vía crural, la repitió por vía endopelviana, fracasando también, practicando entonces la llamada artroplastía mediante capuchón metálico, operación ideada por SMITH-PETERSEN, que utilizó primeramente el cristal y después el vitalium. En este caso, TAVERNIER empleó el acero inoxidable (nicral). El resultado, a los tres meses, era muy apreciable, y el capuchón perfectamente tolerado.

ESTADÍSTICA

En total, hemos practicado 204 operaciones por coxartrosis, que incluyen: 87 perforaciones del cuello femoral, a través del trocánter; 32 resecciones del nervio obturador; en nueve, asociamos en la misma sesión la perforación y la neurotomía de este último; en dos enfermos practicamos la neurotomía de cada lado (coxartrosis doble); en ocho practicamos la resección del nervio del cuadrado crural, y en dos de ellos, en cada lado (coxartrosis doble); en total, 10 neurotomías de este último, 29 artrodesis, 25 osteotomías y 10 Robertson-Lavalle.

CONCLUSIONES

En las afecciones dolorosas del segmento lumbo-sacro.

1.^a Las anomalías de esta región, sacralización, lumbalización, espina bífida oculta, son hallazgos radiográficos muy frecuentes en personas

sanas, y las molestias en los pacientes que las presentan son debidas a procesos artrósicos o degenerativos sobreañadidos, o simplemente como consecuencia de la insuficiencia vertebral característica.

2.^a Creemos que la mayor parte de radiculitis sin interés medular, tan frecuentes en las diferentes alturas de la columna vertebral, obedecen al mismo principio, ya que curan siempre con la osteosíntesis, cuya estadística no incluimos en este trabajo por limitarnos solamente al segmento lumbo-sacro.

3.^a Asimismo estamos firmemente convencidos, por la constancia y uniformidad de los resultados obtenidos por nosotros en 131 casos, que el tratamiento de las afecciones dolorosas lumbo-sacrociáticas ha de ir encaminado a curar el proceso esquelético, limitándonos a practicar una osteosíntesis, de preferencia osteoperiostica, con la cual, al obtener una inmovilización segmentaria definitiva, curarán los enfermos sistemáticamente, y tenemos la impresión de que los que han curado con la laminectomía han beneficiado del proceso ósteo-fibroso de la zona operada, que ha mejorado o inmovilizado la región con más o menos eficiencia. No en balde se aconseja ya el completar la intervención con la colocación de pequeños fragmentos óseos resecados durante la laminectomía con la aplicación de un injerto de tipo corriente.

EN LA COXARTROSIS

Nuestro criterio, a base de una aceptable estadística (204 operaciones), que en algunos aspectos creemos podemos calificar de numerosa en relación con las que se van publicando, nos autoriza a sentar indicaciones, que en el estado actual de nuestros conocimientos podemos considerar como definitivas.

La perforación epifisaria de Duvernay no tiene contraindicación formal; es un recurso precioso en las artropatías de tipo doloroso.

La operación de Robertson-Lavalle tiene idénticas indicaciones y es más efectiva cuando pretendemos modificar algún trastorno ósteo-distrófico.

La enervación total de la cadera (TAVERNIER) constituye un gran adelanto terapéutico en el tratamiento de esta afección; suprime las molestias y tiene muy amplias indicaciones, desde las formas dolorosas con contractura de los abductores hasta las formas más avanzadas con grandes deformidades, que no alteran la estática corporal.

La osteotomía subtrocantérea presta muy buenos servicios, modificando la estática y beneficiando la marcha.

La resección modeladora de la ceja cotiloidea de Smith-Petersen puede conseguir una mayor amplitud de movimientos articulares.

La artrodesis extra o intraarticular es muy cons-

tante en los resultados al anular definitivamente la función articular. Con frecuencia se ha de asociar a la osteotomía subtrocantérea, a fin de corregir la mala posición de la extremidad.

Las artroplastias y resecciones movilizadoras están indicadas en las coxartrias dobles con anquilosis, escogiendo bien los casos, dada la gravedad de la operación (1).

Divulgaciones del exterior

LA SEDACIÓN COMO UNA TÉCNICA EN PSICOTERAPIA

El teniente coronel ROY R. GRINKER publica en el *Boletín de la Academia de Medicina de Nueva York*, abril de 1946, el interesantísimo trabajo que traducimos:

Aunque, en 1792, PINEL, en Francia, y TUKE, en Inglaterra, quitaron las cadenas a los locos, han persistido medios mecánicos coercitivos, como las camisas de fuerza, que todavía se emplean, aunque más como instrumentos terapéuticos que como medidas de castigo. Estas fueron pronto sobrepasadas por otra forma de coerción, por drogas dignificadas con el nombre de «sugestión química».

A la luz de nuestros conocimientos presentes es probable que estas medicinas sean más perjudiciales que los métodos mecánicos antes empleados. Su administración era entregada frecuentemente a enfermeros ignorantes, que encontraban como motivo principal de empleo mantener quietos a los enfermos y pasar tranquilos sus propias noches. En un infame hospital había en las salas una botella con una disolución muy concentrada. Si algún enfermo gritaba o pedía un socorro cualquiera, se le obligaba a beber de aquella botella, cuyo contenido, fuertemente salado, excitaba su sed, que era satisfecha con otro trago, y así sucesivamente, hasta que el enfermo quedaba intoxicado hasta el estupor, en cuyo estado ya no molestaba a los enfermeros.

La sedación ha sido usada desde hace mucho tiempo en el tratamiento de las psiconeurosis. Las medicinas embotan la percepción de la ansiedad o disminuyen los síntomas físicos y los hace temporalmente más susceptibles a las influencias tranquilizadoras de la sugestión y de la persuasión. Disminuyendo la tensión interior facilitan el descanso diurno y el sueño nocturno, que son los objetivos cardinales de la históricamente famosa «cura de reposo». De ella difiere, solamente por la cantidad de los efectos estupefacientes, la terapéutica más moderna del sueño continuo, que ha sido usada, y lo es todavía, contra la excitación catatónica, los estados de terror (pánico) y hasta las neurosis agudas de guerra. Estos métodos «tapan» las ansiedades y conflictos del enfermo con la intención de que se dé una oportunidad para que funcionen

sus poderes internos de control y de capacidad de recuperación. Esto demuestra que hoy la sedación se prescribe con frecuencia por las mismas razones que antes. El paciente está aquietado y no molesta al médico con quejas que éste es incapaz de comprender o tratar.

En la práctica moderna de la Psiquiatría, el médico más experimentado e inteligente es el que menos cantidad de sedación usa. Este la emplea como un método adjunto, con pleno conocimiento de los efectos farmacológicos de varias sustancias, en su función específica sobre el sistema nervioso, para apoyar la influencia de la psicoterapia dinámica. La técnica de la sedación ha progresado, desde su papel de aquietar al enfermo, de hacerlo más fácilmente manejable y menos engorroso para el médico, hasta llegar a ser hoy un arma afilada con el fin de descubrir los orígenes inconscientes para el enfermo de la ansiedad y ayudar a dominarla.

FARMACOLOGÍA

Los sedantes, hipnóticos y anestésicos actúan sobre el sistema nervioso central. Entran en combinaciones fácilmente reversibles con la superficie de las membranas de las células nerviosas, que disminuyen su capacidad para la utilización del oxígeno, y, por tanto deprimen su actividad fisiológica. Variaciones minúsculas en la estructura química de los barbitúricos alteran la dosis efectiva, la rapidez de su acción y la duración del efecto. Diferentes drogas actúan sobre escalones distintos del sistema nervioso, probablemente por su afinidad específica sobre células de constitución química especial (patoclisis). Los bromuros, el fenobarbital y la dolantina son depresores corticales probablemente activos sobre las neuronas de asociación de la corteza, y producen un aislamiento funcional. La mayoría de los barbituratos obran primero, o con mayor intensidad, en el diencéfalo.

Los sedantes mejor conocidos son los bromuros. Estas drogas tienen una acción mucho más duradera que los barbituratos, que son eliminados con gran rapidez. Los bromuros reemplazan en el plasma de la sangre y en los glóbulos rojos a los cloruros, y esta nueva combinación necesita de tiempo para ser disociada. La cantidad de bromuros

(1) Comunicación a las Jornadas Médicas Españolas.

fijada en la sangre depende del ingreso de los cloruros, de su excreción y del grado de hidratación. Como consecuencia, la cantidad de bromuro sanguíneo puede variar grandemente en un enfermo que se halla bajo una dosis constantemente igual de bromuros, y puede desarrollar de repente una intoxicación de bromuro por un cambio en el balance de los cloruros. De aquí que los bromuros sean medicinas inseguras y que exijan constantes determinaciones del bromo sanguíneo para evitar la cantidad peligrosa de 250 miligramos por 100.

TATUM y SEEVERS han demostrado por la experimentación en los animales que la administración prolongada de barbituratos produce graves alteraciones del metabolismo, y, por último, la muerte. Mis estudios neuropatológicos de los cerebros de estos animales de experimentación revelan cambios morfológicos profundos debidos a la influencia tóxica de estas sustancias. Los suicidas por un exceso de dosis de barbitúricos muestran en las preparaciones neuropatológicas que el cerebro humano queda alterado por el uso continuo de esa droga. Por eso, el médico debe evitar el acúmulo de los sedantes. El hábito en la medicación que produce el sueño causa ese acúmulo. La abstinencia de las drogas dichas no causa los síntomas graves de supresión propios de los acostumbrados a la morfina, pero aumenta la ansiedad y sus concomitantes fisiológicas. En la mayoría de los estados hay leyes que limitan la venta de los barbitúricos y se exige la receta médica. Suele ser el médico, en la mayoría de los casos, el culpable, al administrar grandes dosis y asegurar al enfermo que no perjudica y no produce hábito.

Se establece una tolerancia para los barbituratos, lo que exige dosis cada vez mayores. Los médicos, que se satisfacen usando esta medicina en una técnica de descubrimiento, de catarsis, no sólo recetan cantidades que van aumentando, sino que cambian de un tipo de barbituratos a otro, hasta que agotan los existentes en el mercado con nombres comerciales distintos. Para evitar la tendencia a desarrollar la tolerancia, es preferible suspender la medicación durante algunos días a cambiar de medicina. Al proceder así se restablece muy pronto la eficacia de esas drogas.

Para comprender la acción de los sedantes y sus efectos localizados, es preciso saber algo de la estructura jerárquica del sistema nervioso central. Esta estructura, tan complicada, se ha desarrollado lentamente, hasta llegar a sus actuales funciones, tan complicadas y perfectamente adaptadas por el desarrollo de nuevas estructuras en su extremo superior (encefalización). Algunas veces, estas nuevas funciones son únicamente refinamientos, mejor adaptados y complicados, de funciones primitivas de centros inferiores que los nuevos inhiben. La evolución se halla aso-

ciada así a un aumento continuo de un largo circuito de estímulos exteriores, cada vez más elevados, sobre el sistema nervioso central. Desde una actividad refleja rápida, estereotipada, sencilla e inconsciente, de la medula espinal, el comportamiento en el hombre ha evolucionado hasta llegar a funciones corticales más lentas, especialmente adaptadas, basadas en la experiencia de pasados fracasos o éxitos.

El reverso de este proceso de evolución, llamado devolución, ocurre cuando uno de los centros más elevados es afectado por la enfermedad. Entonces la nueva función queda obliterada, lo que se evidencia clínicamente por la pérdida de los tipos más finos de la actividad. Pero la mayor parte de la sintomatología es de naturaleza positiva, en cuanto el centro enfermo pierde su control sobre estructuras inferiores, relajando su actividad, que puede tomar la forma de movimientos y comportamiento aparentemente nuevos y seguramente anormales.

El mismo efecto se logra cuando un centro elevado deja de ejercer un control por una droga que paralice temporalmente su función (es decir, que no es necesaria, como hemos expuesto en el párrafo anterior, la enfermedad del centro; basta su anulación temporal artificialmente lograda). Una droga que sede funciones elevadas produce la misma pérdida de función y relaja su dominio sobre centros inferiores. Las medicinas sedantes o anestésicas en dosis crecientes pueden anular la función de todo el sistema nervioso, desde la corteza, en su camino hacia la medula espinal, llevando a la parálisis completa y la muerte. Pero con la cantidad usada en la práctica clínica suelen afectarse principalmente dos áreas del cerebro, algunas veces consecutivamente y otras de manera selectiva. Estas son: la corteza cerebral y el diencefalo. Es bueno, sin embargo, comprender la relación básica entre estas estructuras.

El diencefalo incluye el tálamo, el núcleo mayor, que recibe todas las impresiones sensoriales derivadas de fuera y de dentro del cuerpo. Envía fibras al hipotálamo, que es el centro diencefálico coordinador de las respuestas viscerales. Por sus conexiones con el cuerpo pituitario, inicia un cambio humoral lento, y por sus relaciones con el sistema nervioso automático efectúa un cambio rápido en el comportamiento del individuo adaptando sus respuestas a las variaciones en el ambiente o mundo exterior. Efectúa esas respuestas objetivas urgentes, que son las correlaciones somáticas de la ansiedad. No sólo pone en acción reflejos autonómicos, sino que también estimula la actividad cortical. No hay un centro diencefálico del sueño; al contrario, tiene un efecto impulsivo sobre la corteza. El hipotálamo puede ser excitado a la acción, no sólo por procesos reflejos inconscientes, sino que puede ser requeri-

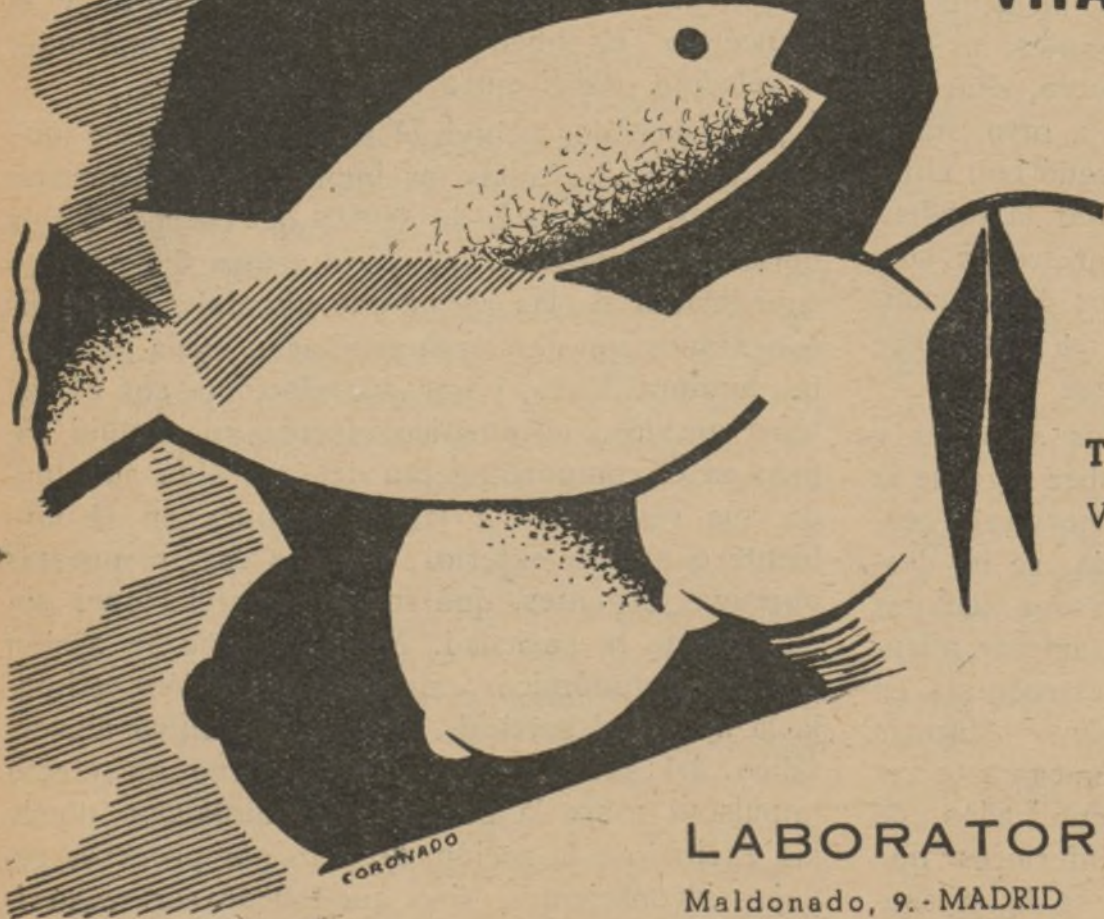
do desde la corteza, que se entera de los peligros que para el futuro encierran impresiones recogidas por sentidos especiales. Pero, a su vez, la corteza inhibe al hipotálamo de reacciones excesivas. Esta relación fásica tiene la mayor importancia para comprender el uso de los sedantes en Psiquiatría.

Pequeñas cantidades de ansiedad en forma de aprensión básica o fundamental son útiles para el organismo, porque le ponen en guardia contra los peligros exteriores. Una cantidad mayor de ansiedad y sus efectos fisiológicos concomitantes es ya patológica y molesta. Puede proceder de un control debilitado de la actividad hipotalámica por la corteza que normalmente lo inhibe o por una actividad excesiva o alterada del hipotálamo. En tercer lugar, de interpretaciones corticales de los estímulos externos como peligrosos y que requieren, por tanto, respuestas inmediatas, pueden derivar reflejos condicionados que ya no son necesarios y pueden ser inadecuados. Para el neurótico, su mundo exterior puede parecerle cada vez más peligroso y excitar en él ansiedad y reacciones alarmantes.

La sedación o la depresión de las estructuras corticales inhibitorias relaja, permite el aumento de la actividad de las estructuras inferiores. Citaré como un ejemplo el éter, que afecta gradualmente el neuraxis desde la corteza hacia abajo,

produciendo un estadio de relajación de la excitación que precede a una flaccidez generalizada. El alcohol es un depresor descendente irregular, y al principio sólo actúa sobre la corteza, relajando la conducta previamente inhibida. El superego o el freno interno de la conducta primitiva asocial es la parte de la personalidad que, humorísticamente, se define como soluble en el alcohol. Ambos, alcohol y éter, producen en pequeñas dosis un estadio de expresión fácil, de liberación de sensaciones enterradas, de pensamientos reprimidos, y han sido usados para permitir liberaciones. Pero, sin embargo, éstas son relativamente ineficaces, porque en ese estadio de depresión la actividad cortical se halla extinguida, y no es posible aprender. Sin embargo, es claro que, para reducir la ansiedad, la dosis efectiva del sedante debe ser lo bastante fuerte y actuar con celeridad suficiente para deprimir simultáneamente la corteza y el hipotálamo. El sueño consecutivo puede, en enfermos agotados, ser seguido de un restablecimiento del control normal de la actividad del hipotálamo por la corteza. Los barbituratos, en su mayor parte, actúan sobre el hipotálamo, por lo menos al principio, deprimiendo la actividad autonómica excesiva. La excitación alcohólica causada por la depresión cortical es controlada terapéuticamente por la administración intravenosa de barbituratos. El mismo método reduce toda excitación psico-

Ca + VITAMINAS



Calcioterapia activa por vía oral

**RECALCIFICADOR ROBERT
VITAMINADO (GRANULADO)**

Tres sales de cal:

Carbonato, Fosfato y

Glicerofosfato cálcico

Tres compuestos vitamínicos:

Vitaminas D, C y complejo B

LABORATORIOS ROBERT

Maldonado, 9. - MADRID

Valencia, 314. - BARCELONA





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



medicación

clásica en el tratamiento
interno de las dermatosis

«Azufre y Bardana»

justamente reivindicada y
superada con

Sulfolapina



SULFOLAPINA

COMPOSICIÓN Y FORMA

Comprimidos de azufre sublimado lavado y extracto de raíz de bardana (ââ 0'15 gramos).

INDICACIONES

Eczemas en general. Linfatismo, escrófula y dermatosis consecutivas. Dermatitis y manifestaciones alérgicas en general. Furunculosis. Acné. Estados luéticos especiales.

DOSIS

De uno a dos comprimidos (ordinariamente un comprimido), antes o después de cada una de las tres principales comidas.

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

Censura Sanitaria N.º 2810

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.)

Ayuntamiento de Madrid

motriz en estados pánicos y catatónicos. Al decrecer la actividad hipotalámica disminuye este bombardeo de las estructuras de la corteza, y pueden lograrse resultados permanentes, rompiendo un círculo vicioso formado por neuronas de asociación.

Finalmente, puede efectuarse la destrucción de reflejos condicionados anormales por dosis finamente graduadas de sedantes que depriman ambos, la corteza y el hipotálamo, hasta un grado inferior al del sueño. Así, se reduce la fuerza impulsiva de los centros inferiores, disminuyen las reacciones corticales ante las señales de peligro y puede conseguirse una nueva educación que rompa reflejos condicionados que ya no son económicos, útiles, para el individuo.

ANSIEDAD E INSOMNIO

Las psiconeurosis son el resultado de conflictos entre fuerzas psicológicas opuestas o entre algunos impulsos dentro del hombre en lucha con su medio restrictivo que le frustra o que le castiga. En un tiempo u otro, tales conflictos son acusados al *ego* por sensaciones de ansiedad acompañadas de síntomas físicos manifestados por la alteración de funciones del sistema nervioso visceral y por trastornos del sueño. Ambos componentes de esta reacción, el subjetivo y el objetivo, difieren muy poco de los provocados por el miedo de un verdadero peligro externo; de hecho, el hombre refiere con frecuencia el origen de su insoportable ansiedad a estímulos ambientales aparentemente racionales. La ansiedad que es la señal sentida por el *ego* de anticipados peligros para su estabilidad por la amenaza del abandono de las estructuras externas que lo soportan, encargadas de su protección o por la desaprobación por su propio *ego* ideal o por la irresistible fuerza de sus impulsos internos, se hace insoportable, en forma libre, más allá de una cantidad mínima que puede servir como vigilante. En cantidades mayores queda unida a síntomas somáticos o es proyectada al exterior como miedos más o menos racionales. Pero, en todo caso, el enfermo acude al psiquiatra pidiéndole la curación del insomnio y de sus manifestaciones directas o indirectas de ansiedad. Pide alivio inmediato sin cuidarse de la causa. De hecho desea huir de sus síntomas literales y figurados, y atribuyéndolos a su propio ambiente quiere viajar, dejar su profesión o cambiar de mujer. Niega su origen interno, pero rehusa adoptar una conducta que intensifique sus sensaciones. ¿Qué debe hacer el doctor? ¿Ayudarle en esa huida, manipulando sobre su ambiente y disminuyendo sus percepciones de ansiedad, administrándole sedantes? Con otras palabras: ¿cubrir el origen de la ansiedad o descubrir esa causa y ayudarle a dominarla? Según nuestro concepto fisiológico de la organización del sistema nervioso

central, nuestra conducta en la ansiedad debe ser: robustecer los mecanismos que la controlan, la corteza cerebral, para disminuir la presión de las fuerzas ansiosas del diencéfalo, o, más lógicamente, liberar la ansiedad en dosis pequeñas y ayudar al paciente en su labor de dominio por un proceso de aprendizaje.

SEDACIÓN CONTINUA

El uso continuo de los sedantes para el tratamiento de las neurosis es empleado no sólo por médicos que tratan de cubrir, de esconder, los síntomas y la ansiedad para ellos y para sus enfermos, sino también por aquellos que tienen un concepto biológico y determinista de las neurosis. SARGENT y SLATER dicen que el tratamiento sintomático es nuestro único auxiliar, porque sabemos muy poco de Psicología. Creen que la mayoría de las anormalidades psicológicas son la expresión de productos constitucionales desconocidos incapaces de ser atacados directamente. Recomiendan para los psicópatas el alcohol, creyendo que éste les proporciona una vida más feliz, más normal, mejor adaptada. Creen en la antigua teoría de las emociones de JAMES LANGE, que decía: «Nosotros experimentamos el miedo con nuestro vientre. Aboliendo este síntoma autonómico abolimos el miedo.» La mayoría de los estados crónicos de ansiedad quedan muy poco beneficiados por la sedación continua. Algunas excepciones a esta regla son aquellos que tienen llamaradas agudas de ansiedad que bordea los estados de pánico, o aquellos cuya ansiedad les obliga a realizar acciones motoras desastrosas o a una conducta anormal. En estos casos suele ser necesario administrar grandes dosis de barbituratos por la boca o por vía intravenosa o paraldehído.

Muchos individuos sucumben en la lucha para dominar la ansiedad, porque su control ha disminuido por una larga exposición al frío y a la humedad y por períodos muy prolongados de agotamiento sin dormir y sin alimento. Su control cortical se ha debilitado, y una gran meseta de ansiedad ha desplazado el incremento agudo normal y el lento descenso en respuesta a situaciones que se presentan súbitamente. Están «demasiado cansados para dormir», con lo cual quiere expresarse una actividad hipotalámica incontrolable por la corteza. Para estos individuos, el sueño, inducido por una sedación adecuada, suele rehabilitar su control en muy pocos días. Después de cinco o siete días, muchos son susceptibles para volver a la lucha. Si la ansiedad persiste durante más tiempo, el proceso ha cristalizado de manera irreversible, y no puede solucionarse el problema con tan sencillos procedimientos. El mecanismo neurótico requiere entonces un tratamiento psiquiátrico definido.

Aunque para estados de agotamiento los depre-

sores de la corteza parecen ayudar al mecanismo que controla la ansiedad para recuperar su fuerza, parece seguro que estas drogas pueden ser dañinas retardando o impidiendo el proceso de aprendizaje. WARSON y KENNARD vieron que los depresores corticales fenobarbital y dilantina retrasaban el restablecimiento de la función que seguía a las lesiones de la corteza cerebral en los animales de experimentación y neutralizaban los efectos estimulantes del doryl, una droga colinérgica. Los sedantes disminuyen la capacidad de reorganización cerebral. Es una noción clínica corriente que los bromuros y el fenobarbital, en dosis analépticas, deprimen la atención y la capacidad de aprender, especialmente de los niños. Por tanto, la sedación continúa; al interferir las funciones corticales más eficientes, puede ser peligrosa, porque disminuye en el paciente el proceso espontáneo del aprendizaje al reajustarse su pensamiento y conducta.

Enfermos con depresión, asociada a una gran tensión (que se manifiesta por una actividad psicomotora excesiva, caracterizada de ordinario por paseos arriba y abajo, por retorcimientos de las manos, por una intranquilidad general), pueden necesitar en la fase aguda sedación diurna y nocturna. Se ha observado desde hace tiempo que los barbituratos ejercen por sí mismos una acción depresiva sobre el ánimo. Es, por tanto, una falta dar a un enfermo deprimido una droga que hace más profundos sus síntomas. Se sabe desde muy antiguo que el único sedante que sirve y no hace más honda la depresión, aunque se administre largo tiempo, es el opio. Medio o tres cuartos de grano (tres o cuatro centigramos) de polvo de opio en sellos tres veces al día, adicionados de la cantidad suficiente de un laxante, como la cáscara, para evitar el efecto astringente de la droga, es el remedio sintomático típico para la depresión.

Algunos enfermos no aquejan una ansiedad libre, sino los efectos estimulantes de la ansiedad, en ambas musculaturas, la lisa y la estriada, en forma de espasmos. Síntomas tales como el espasmo del colon, pueden ser tratados por medicinas como la atropina, que es un sedante de la actividad del simpático. Cuando la ansiedad se manifiesta por espasmo de la musculatura voluntaria, en las piernas o en la espalda, puede hallarse alivio con el uso de la neostigmina o la prostigmina. Del mismo modo que los hipnóticos, estas drogas tranquilizadoras ejercen acciones sintomáticas más que etiológicas.

Hay un error común entre muchos médicos al suponer que los anodinos son buenos hipnóticos. Aunque la ansiedad se manifieste por dolor, no deben darse medicinas como la morfina. Esta no tiene sitio como auxiliar en la psicoterapia.

SEDACIÓN PARA EL INSOMNIO

Los enfermos de ansiedad que están deseosos de obtener remedio para sus síntomas, se interesan muy poco por la causa de estos síntomas. Desean cura inmediata, particularmente para la primera, y más grave evidencia sintomática de su ansiedad, el insomnio. Sin embargo, en ellos la curación del insomnio es raras veces completa, y suelen quedar defraudados por los resultados conseguidos con los barbituratos.

Individuos pasivos y obedientes cuya ansiedad está basada en el fracaso de sus necesidades reprimidas, desean una medicación de cualquiera clase como prueba o testimonio de que su médico hace cuanto puede para ayudarle y de que éste reconoce como médico su alteración. El dejar de prescribirle una medicación lo interpretan en sentido contrario, es decir, como la negación por el médico de la existencia de tal enfermedad. El paciente cree entonces que el médico atribuye sus síntomas a la imaginación o a picardía. Es como si dijera: «No hace nada por mí, porque cree que miento o porque no se interesa absolutamente nada por mí.»

Aunque afirmamos que la causa de la ansiedad ha de ser descubierta por la labor de ambos, el enfermo y el médico, con frecuencia es preciso convencer al enfermo del interés y de la comprensión del médico. El empleo temporal de un sedante puede no sólo aliviar el insomnio, sino facilitar la buena inteligencia entre el enfermo y su médico; en otras palabras: establecer una «transferencia de relación».

Por otro lado, individuos pasivos y obedientes pueden insistir en la súplica de una sedación, aun tras pasado el estadio psicológico, en el que tal medicina es necesaria porque ya han avanzado hacia la curación. La petición puede convertirse en fijador de la atención, y la droga tiene un efecto psicológico. Esta impresión se funda en que sustancias inertes disfrazadas satisfactoriamente como tales sedantes no son fácilmente distinguidas de aquellas drogas verdaderamente sedantes, y parecen tener el mismo efecto. Ciertamente, es la medicina y no sus efectos farmacológicos lo que ayuda a devolverle los sueños.

Los enfermos con grave ansiedad tienen, de ordinario, gran tolerancia para los barbituratos. Lo que puede ser debido al alto nivel de excitación nerviosa que necesita una gran dosis para ser sedada. Por lo demás, es evidente que los estadios de ansiedad aguda alteran la absorción por el estómago y el tramo intestinal, lo que retarda el efecto de la droga administrada por la boca. Como una demostración de este fenómeno, se puede citar el hecho de que muchos enfermos con ansiedad ofrecen durante mucho tiempo efectos del uso de los barbituratos que pueden ser debidos a una absorción muy lenta.

Muchos enfermos con ansiedad aguda adoptan por sí mismos, para combatir el insomnio, el alcohol, y aquí no hay duda de que el alcohol, en dosis pequeñas, ejerce un efecto depresivo sobre la corteza y disminuye el choque del mecanismo que produce la ansiedad. Pero, desgraciadamente, muy raras veces se injiere el alcohol en dosis farmacológicas, y de ordinario se bebe mucho más de lo preciso para obtener el efecto óptimo. Muchos que padecen «shock de explosión», veteranos de la última guerra, han aprendido que puede lograrse un estado de confort con el uso de tres centigramos de fenobarbital en combinación con algunos vasos de cerveza. Los dos, la medicina y el alcohol, son depresores de la corteza. Sin embargo, cuando el alcohol o el fenobarbital han deprimido tanto la corteza que, no sólo no permite la percepción de la ansiedad estimulada por la actividad de los centros inferiores, sino que también se pierde su efecto inhibitorio, se acentúan la ansiedad y sus efectos. Durante esta fase actúan frecuentemente con arreglo a reacciones de extrema violencia y se hacen sumamente agresivos, realizando actos asociales y con frecuencia criminales. En estos individuos es necesario un sedante que actúe sobre el hipotálamo para reducir el efecto del mecanismo productor de la ansiedad, porque ya no hay ningún control cortical. Para sedar a semejantes sujetos son precisas grandes dosis de paraldehído, o, mejor todavía, el amytal sódico administrado por vía intravenosa.

El enfermo de ansiedad no sólo tiene dificultad en dormir, sino que sufre un trastorno que mantiene ese estado durante bastante tiempo. El uso efectivo de los barbituratos consiste en la combinación de una droga de acción rápida y otra de acción prolongada. Por esta razón, son recomendables la unión del seconal y del nesubutal o del amytal y barbital.

Cuando se administran sedantes durante algún tiempo debe instruirse al enfermo sobre la significación del desvelo y de la sedación. Se le debe decir que los sedantes son correctivos temporales, y que el insomnio es un aspecto de su enfermedad que sólo puede ser auxiliado comprendiendo su significación en términos de pasadas experiencias. Son fácilmente conducidos a la persuasión de la futilidad de grandes dosis que tapan, que cubren, recordándoles que la ansiedad aguda interrumpe y destruye el sueño, sacando, reavivando, antiguos recuerdos no dominados.

Es una costumbre extraña de farmacopeas y de compendios la de indicar dosis mínimas que con frecuencia son ineficaces. Los sedantes, en dosis insuficientes, no sólo son inútiles, sino perjudiciales. Pueden darse algunos ejemplos en la ansiedad aguda; 8 centigramos de seconal son, ordinariamente, ineficaces; debe, por tanto, doblarse

la dosis. El nembutal debe ser administrado en dosis de 18 centigramos, y el amytal sódico, de 18 a 36 centigramos. El paraldehído se dará por la boca en dosis de 15 a 20 gramos, pero es más eficaz administrado por vía intramuscular en la cantidad de 10 c. c. No hay dosis fija para el amytal sódico intravenoso; debe darse, sin atender a la dosificación, hasta obtener el efecto físico. La medicación no tiene objeto si no se da en dosis eficiente. Cuando, accidentalmente o autoadministrados, los barbituratos producen coma grave, son buenos antídotos la picrotoxina o el metrazol en inyección intravenosa, y deben ser dados en dosis capaz de despertar al enfermo.

EL SUEÑO CONTINUO

El sueño continuo es un procedimiento empleado primero en el extranjero y aplicado después en este país, en un grupo de psicóticos agitados y de neuróticos con pánico. Parece que al principio tuvo algún éxito en catatónicos excitados, pero gradualmente ha ido disminuyendo el entusiasmo por esta terapéutica. Sin embargo, ha sido usado en el tratamiento de la neurosis de guerra aguda asociada a una gran ansiedad. SPIEGEL y yo vimos que era ineficaz para reducir la ansiedad o ayudar a la psicoterapia. HASTING, WRIGHT y GLUECK refirieron grandes éxitos; pero nuevos estudios de su labor llevados a cabo por otros psiquiatras de la misma aviación de guerra, no han hallado justificación para ese entusiasmo. Sin embargo, todavía emplean algunos psiquiatras militares un sueño continuo modificado, y la insulina en dosis de sub-shock. Nosotros copiamos ese tratamiento del sueño continuo en ansiosos con recaídas, y comprobamos que no sólo era terapéuticamente ineficaz, sino que empeoraba a los enfermos. Nuestros veinte primeros enfermos tuvieron que ser separados médicamente del ejército. No daré los detalles de la técnica, excepto que cuatro horas de las veinticuatro deben ser horas de vigilia para el ejercicio físico, la limpieza y la alimentación. Durante el período intermediario del momento de despertar y al caer en el sueño (dos veces al día) se presentan terribles alucinaciones hipnogónicas y ansiedad inductora de pánico. Como tales episodios son muy largos y sufridos sin la ayuda del terapeuta, debilitan grandemente el mecanismo de control de la ansiedad. El delirio no dominado se hace destructivo.

El organismo humano adopta con frecuencia una técnica que recuerda la defensa instintiva por inmovilización de los animales inferiores. Colocado ante un gran peligro exterior el conejo o el conejillo de Indias, puede no huir, no escapar, sino inmovilizarse, fundirse en la coloración protectora del medio donde se halla. El hombre con neurosis de guerra algunas veces se evade de todos los ruidos, impresiones visuales y memorias

de los peligros, refugiándose de los conflictos que estimulan la ansiedad en el estupor, la sordera, el mutismo y la ceguera. En algunas neurosis civiles vemos con frecuencia que, en lugar de la ansiedad libre y del insomnio, el enfermo adopta la defensa del hipersueño y duerme muchísimo durante el día y durante la noche. Como el estupor en el combate, tales defensas son antieconómicas e inadaptadas. No deben ser imitadas por la terapéutica de inducción al sueño continuo.

«TÉCNICAS DE DESCUBRIMIENTO»

A más de su uso, para producir un sueño continuo y para la sedación en estados de agotamiento, los barbituratos se emplean en Psiquiatría para facilitar el tratamiento por las técnicas del «descubrimiento». Aunque las dosis usadas no son tóxicas y están desprovistas de peligro, sus efectos psicológicos no se hallan libres de riesgos si quienes las emplean son médicos sin experiencia que no han sido educados de manera conveniente en la psiquiatría dinámica. La cantidad de emoción liberada puede sobrepasar, puede vencer el mecanismo de control de la ansiedad que se halla debilitado en el enfermo, a menos que el terapeuta esté capacitado para ensayar la resistencia del enfermo para sintetizar e integrar sentimientos reprimidos y que deben ser liberados por el tratamiento. Sin embargo, en manos sabias, las inyecciones intravenosas de barbituratos acortan considerablemente la duración de la psicoterapia individual usada como parte del tratamiento.

En las neurosis se emplean especialmente las técnicas de tratamiento del tipo del descubrimiento, con el fin de *ventilar* sentimientos e ideas causantes de síntomas nerviosos. Tal descubrimiento, durante la psicoterapia individual, es la primera etapa en la obra del dominio de las reacciones iniciada por impulso externo. Las inyecciones intravenosas de barbituratos precipitan este proceso, venciendo pronto las resistencias, disminuyendo el dolor sentido por el ego en el proceso de la catarsis y por la liberación de sentimientos en pequeñas dosis.

Los sucesos dolorosos o traumáticos reprimidos y las ansiedades y hostilidades con aquéllos relacionadas, y también reprimidas, son no sólo expuestos durante el tratamiento, sino aceptados por el ego del enfermo. Entonces se es capaz de tratar con él de manera más práctica y realista, deshaciendo, desatando, los compromisos que han causado sus síntomas. Este es el proceso llamado *narcosíntesis*, porque, bajo la acción de la medicina, y con la ayuda del terapeuta, los sentimientos previamente reprimidos u olvidados y su memoria, son sintetizados por el ego. Si este proceso ha tenido lugar, el grado de curación dependerá de la nueva agrupación de las fuerzas en el ego.

Se ayuda el diagnóstico porque la medicina

permite al observador conseguir una visión clara sobre la intensidad de la ansiedad, el grado de regresión, la fuerza de las inclinaciones o tendencias dominadas, las actitudes del superego y las relaciones dinámicas de todos estos factores entre sí. El conocimiento así logrado puede ser muy útil al psiquiatra para su futuro tratamiento, aun en ausencia de un alivio clínico para el enfermo. La situación de represión emocional puede ser claramente expuesta y confesada en el estado narcótico, sin que se complete ninguna síntesis. Como el material se pierde en esta ocasión cuando el individuo se repone de los efectos de la droga narcótica y no ha ocurrido ningún cambio en la potencia relativa de las fuerzas dinámicas en juego, no hay mejoría sintomática. Esto no es raro en enfermos cuya resistencia es muy fuerte o en aquellos cuyo agotamiento del ego es grave, también se ve en individuos de rígido superego, en los cuales hay un fuerte sentimiento de culpa por faltas reales o imaginarias que les impiden vivir en el ego ideal. En este último caso, la deficiencia de la síntesis, así como la persistencia de los síntomas graves, parecen relacionados con una necesidad dinámica inconsciente de autocastigo. En relación con esto, el tratamiento es idéntico al *narcoanálisis*, hace tiempo usado en Psiquiatría, en el cual los beneficios resultan del conocimiento que logra el terapeuta de las dificultades ocultas del paciente. De igual modo puede ser utilizado el método con fines diagnósticos para determinar los progresos hechos por el enfermo después del tratamiento.

Los barbituratos por vía intravenosa son eficaces para inducir la *narcohipnosis*; pero el efecto de persuadir o de forzar el enfermo para deshacerse de sus síntomas por una fuerte sugestión, no es duradero hasta que no se exponen las causas básicas. Este procedimiento no es recomendable más que por motivos de conveniencia inmediata.

Esta terapéutica no debe usarse en individuos debilitados que sufren de enfermedades cardíacas, renales, hepáticas o pulmonares. No debe usarse tampoco durante el tiempo que tenga el paciente una infección de las vías respiratorias altas. Estas medicinas son inútiles después de alcoholismo prolongado, de tal modo que debe prohibirse la bebida por lo menos veinticuatro horas antes de emprenderlo.

Los esquizofrénicos y los maníacodepresivos que sufren psicosis en gran parte endógenas, no deben ser tratados por este método, por el peligro de precipitar una psicosis o de empeorar la ya existente con el riesgo de precipitar el suicidio. Enfermos próximos al pánico y con egos debilitados, especialmente los que sufren de conflictos homosexuales inmediatos a la conciencia, pueden empeorar por una técnica rápida de descubrimiento. Pacientes con neurosis de larga duración y con

psiconeurosis que existían antes de la violencia (de la acción de guerra), personalidades psicopáticas y neurosis con obsesiones forzosas no suelen obtener tampoco beneficio. El método no puede suprimir las amnesias producidas por el alcoholismo ni por la conmoción cerebral.

Los casos favorables son los individuos jóvenes y plásticos (maleables), en quienes se han desarrollado síntomas neuróticos como consecuencia de violencias externas, y cuya predisposición es ligera o mínima, y enfermos con conflictos reprimidos que producen reacciones regresivas de dependencia, de depresión, de culpabilidad, reacciones hostiles agresivas y síndromes psicósomáticos de origen reciente.

Hace falta tranquilizar previamente a algunos individuos a quienes asusta el tratamiento; las inyecciones, la aguja o los efectos deletéreos de la medicina. Sin embargo, si se dan explicaciones para convencer a sujetos agresivos, estas explicaciones estimulan nuevas preguntas que requieren otras explicaciones adicionales, de tal modo que el médico debe estar preparado, o para decir muy poco o para hacer una larga disertación sobre su terapéutica.

En general, es una buena práctica no iniciar este tratamiento hasta que se haya establecido un cierto grado de confianza en las relaciones de médico y enfermo y se hayan desarrollado ciertas actitudes de transferencia, aunque esto muchas veces no es posible ni es necesario. De todos modos, nunca se debe aplicar el tratamiento hasta que se hayan verificado una o más conversaciones psicoterapéuticas y el terapeuta esté familiarizado con el fundamento psicológico del enfermo, sus impulsos y reacciones. Si el tratamiento se lleva a cabo en un hospital o en alguna otra institución, los beneficios clínicos fácilmente observados y la falta de reacciones peligrosas o desagradables producen una aceptación general del método, y la resistencia individual contra él es mínima.

Puede usarse según se desee el amytal sódico o el pentotal sódico. El último tiene la ventaja de actuar más pronto y durar menos, lo que permite al enfermo hallarse en completa posesión de su conciencia al final de la consulta y hallarse capacitado para volver a su clínica por su pie.

El botiquín de la enfermera debe contener, además de la sustancia que se emplee como sedante, ampollas de metrazol y niketamina (coramina) y una cánula para aire para casos de shock, de tos o de cianosis indicativa de edema de la glotis. Afortunadamente, esto casi nunca ocurre si la dosificación es la conveniente. La apnea que puede presentarse desaparece en muy pocos minutos, y casi nunca se prolonga tanto que requiera una terapéutica. El pentotal sódico; se usa en ampollas de 0,5 o de 1 gramos, y puede administrarse en disoluciones al 2,5 por 100 o al 5 por 100. La do-

sificación necesaria para una narcosis satisfactoria suele ser entre 0,25 ó 0,5 de gramo, aunque en algunos casos de ansiedad acentuada, en personas corpulentas, puede ser requerido más de 1 gramo. El individuo se recuesta en una cama en un cuarto semioscuro y se le dice que se le va a administrar una inyección que le dormirá.

La sustancia es inyectada lentamente en la vena antecubital (0,1 de gramo por minuto), y se pide al enfermo que cuente al revés a partir del número 100. Poco después que la contabilidad se hace confusa y antes de que se produzca el sueño, se interrumpe la inyección, aunque se deje la aguja en la vena, hasta comprobar que se ha logrado la profundidad de narcosis deseada. Esto puede ser decepcionador. Algunas sujetos caen inmediatamente en el sueño mientras cuentan, para despertarse inmediatamente también al menor estímulo. En tales casos, debe inyectarse más medicina. Si el individuo tiene mutismo o está estuporoso y no puede contar, se puede juzgar de la profundidad de la narcosis por el tono de los párpados y por los reflejos pupilares. En muy raras ocasiones es difícil la inyección por un violento temblor del brazo. En casi todos los casos, en cuanto se inicia la inyección hay un aumento de los síntomas de la ansiedad; pero al continuarla, desaparecen los temblores, y el individuo se aquietta. El lenguaje puede ser algo confuso y puede haber tos espasmódica; pero con las dosis y técnica señaladas son muy raras alteraciones pulmonares serias. Pocas veces se ve el vómito durante o después de la inyección.

Cuando ya se ha logrado un nivel satisfactorio de narcosis, algunos individuos empiezan a hablar espontáneamente. En el mayor número de los casos es necesario el estímulo verbal. Varía enormemente la cantidad y clase de estímulo necesario para impulsar al individuo a hablar y para ponerle en contacto con sus penosas experiencias. Algunos reaccionan a las primeras palabras, escogiendo un estímulo cualquiera, y se lanzan sobre la narración de su caso. Otros resisten durante más o menos tiempo. Cuando esta resistencia se mantiene, el estímulo puede tener efectos más dramáticos y realistas.

Las reacciones individuales durante el progreso del tratamiento son extraordinariamente variadas. En algunos, la situación es expuesta con tal intensidad, que su actividad se manifiesta por gestos y agitación motora más que por una explicación verbal sencilla. Otros viven su escena con la palabra sin esa participación motora. La tendencia en los militares a vivir en el presente los varios episodios del combate, deja largos silencios en los cuales el terapeuta puede comprender la escena relatada como cuando se escucha a uno solo de los que tienen una conversación por teléfono. Se insiste constantemente para que el enfermo refiera

todos los episodios del pasado con fidelidad, haciendo una descripción clara de cuanto ocurrió. Siempre es impresionante la minuciosidad y riqueza de detalles que fluyen de la memoria, aun de sucesos que tuvieron lugar muchos meses o años antes.

Los sucesos, que están descritos con la precisión realista de la producción dramática de un experto, son casi siempre el fiel relato de cuanto ocurrió (al enfermo) mucho más que las fantasías producidas en sueños o en estado hipnótico. Las reacciones emocionales, sin embargo, no representan necesariamente el comportamiento durante el episodio original (la conducta del paciente en aquel momento), sino más bien lo que el enfermo reprime y controla para transportarlo.

Algunos individuos vuelven una vez y otra sobre una escena traumática, viviéndola repetidas veces. En tales casos, pueden ser necesarios más de un tratamiento con el pentotal; en cada uno de ellos se van sacando nuevas piezas del material reprimido, como si la tolerancia del ego se fuera haciendo mayor para los recuerdos dolorosos en los intervalos entre uno y otro tratamiento.

Durante el tiempo que el enfermo se encuentra en contacto emocional inmediato con la situación traumática, el terapeuta puede desempeñar un papel activo o pasivo en la escena, según el grado requerido por el proceso de la confesión o descubrimiento o catarsis. No debe intentarse producir un estado o situación hipnótica ni dirigir el material por canales definidos en una vía cualquiera, a menos que no haya una indicación clara de que se ha desarrollado una resistencia para comunicar, para confesar, algún pensamiento suceso o sentimiento que estaba a punto de salir. En este caso, el médico puede animar o exhortar al enfermo para que declare ese material doloroso. En la mayoría de los casos, si la resistencia es todavía poderosa aun bajo la influencia de la medi-

cina, cualquiera que sea el trabajo del médico, será de poca utilidad. Otro tratamiento por el pentotal en distinta ocasión, más adelante puede lograr el resultado deseado.

El médico permanece de ordinario como una figura vaga en el fondo del cuadro, y desde esa posición ventajosa puede asumir otros papeles en cuanto lo juzgue necesario. Muchos individuos, especialmente aquellos que tienen ansiedad libre, esencial, una organización estable del ego y un contacto firme con la realidad, son muy cautos ante la presencia del psiquiatra durante todo el tratamiento. Hablan directamente con él, refiriéndole su historia en el pasado y descansan en él buscando un ligero apoyo y simpatía sólo durante los momentos de intensa emoción. Otros, en los cuales ha habido una mayor disociación de sus sentimientos que «viven a través» de sus experiencias bajo el pentotal con gran intensidad, necesitan una ayuda más activa.

El médico puede ser llamado para desempeñar una gran variedad de papeles. Si el enfermo queda convulsionado y anulado por la violencia del miedo, debe presentarse como una figura protectora y auxiliar, confortándole y tranquilizándole. Cuando se manifiestan intensa aflicción y miedo o culpabilidad, es necesaria una actitud de olvido y amparo. Al mismo tiempo hay que tomar algunas medidas para demostrar la irracionalidad de la culpa, del delito, aunque esto suele ser mejor dejarlo para el final de la sesión, cuando el enfermo no se encuentra ya bajo tan fuerte estímulo emocional.

Algunos enfermos que hablan durante toda la sesión con sus amigos quedan inhibidos, «parados», sobre ciertos puntos por la intensidad de la emoción o porque creen no encontrar respuesta. El terapeuta puede entonces desempeñar la parte del amigo, entrando en escena con un papel activo.



ESCOFEDAL

(Escopolamina, Efetonina, Eucodal)

Para tranquilizar al paciente en la
anestesia local y lumbar, iniciación de la narcosis por inhalación.

Cajas de 3 y 10 ampollas

Cens. Sanit. 110 3

Ayuntamiento de Madrid

La manera como el terapeuta trata esta confesión es un índice de sus conocimientos psicodinámicos. Debe evitar la liberación de cantidades de ansiedad capaces de dominar, de abrumar al ego y permitir suficiente exposición del tema. Debe autorizar asociaciones libres, no interrumpir con preguntas basadas en nociones preconcebidas sobre el material reprimido. Debe interpretar las creaciones del enfermo y no esperar que sean sencillas, completas y directamente reveladoras.

Cuando se van gastando los efectos de la droga y la profundidad de la narcosis disminuye, el enfermo penetra en ese área crepuscular en la cual se halla todavía en contacto con situaciones dolorosas y los sentimientos por éstas despertados, y al mismo tiempo está en relación cada vez más íntima con su medio ambiente inmediato, o sea con el terapeuta y la realidad presente. Entonces es cuando el terapeuta empieza a desempeñar un papel cada vez más activo. Su labor inmediata es asegurarse de que el material hasta entonces expuesto se halla actualmente sintetizado en la conciencia. A causa de la acción tan rápida del pentotal sódico y la ausencia de un período largo de sueño visto con otras sustancias, las circunstancias son mecánicamente favorables.

Todavía en algunos casos, cuando las resistencias son demasiado fuertes, no puede establecerse una síntesis. En tales circunstancias, el individuo, de ordinario, escapa de la narcosis en un estado de claridad o de confusión parcial, pero completamente amnésico de cuanto acaba de decir. La revisión de este material puede volver a la memoria en todo o en parte. Por otro lado, los esfuerzos hechos para realizar esa llamada pueden fallar y el individuo permanecer completamente indiferente durante toda la experiencia. Los datos adquiridos durante la acción del pentotal no deben ser leídos o comunicados a los enfermos. El proceso del recuerdo es una obra importante del ego. El enfermo debe ser visto de nuevo en el día siguiente o tan pronto como sea posible.

En la mayoría de los casos la transición es suave y el material espontáneamente sintetizado en la conciencia. Entonces, como las fuerzas dinámicas actuales son todavía débiles y recién agitadas, el terapeuta tiene una oportunidad ideal para llevar a efecto una modificación por su interferencia activa. Las actitudes del superego pueden ser influidas en ese momento en la dirección precisa para realizar nuevas identificaciones.

En aquellos con síntomas de conversión o con reacciones fóbicas protectoras, en los cuales el ego ha contemplado por primera vez toda la intensidad de la ansiedad actual, los síntomas desaparecen espontáneamente en cuanto han perdido su motivo funcional. Sin embargo, el ego se halla necesitado de estímulo y de soporte para su nueva sinceridad. Aunque perdiendo la protección de

sus síntomas, el ego debe sufrir el dolor de la ansiedad libre, en muchas ocasiones expresa considerable gratitud y mejoría, porque el individuo ve que puede hacer mucho sin dolor y sin perder prestigio.

Durante el descubrimiento o confesión, los efectos farmacológicos de la medicina, unidos a la presencia del terapeuta, han permitido al ego hacer frente a la situación dolorosa y expresar su ansiedad. El verdadero acto de la confesión reduce la presión sobre el ego, de tal modo que puede continuar francamente encarándose con situaciones dolorosas después que han desaparecido los efectos de la medicina. Disminuída la presión y ayudado por el terapeuta, el ego se encuentra más fuerte que antes. Al círculo *vicioso*, en el cual se perpetuaba el compromiso neurótico en el que el ego se hallaba continuamente débil e incompetente, ha sustituido un círculo *benigno*. Se puede proporcionar al ego la ocasión de contemplar tranquilamente una situación que antes era incapaz de dominar, y por eso la evitaba, por lo menos en parte, y encuentra así una nueva fuerza. Es animado para buscar técnicas nuevas y más eficientes que le permitan dominar la situación o controlar, por lo menos, su ansiedad.

El pentotal no es nunca todo el tratamiento; debe ir seguido de una psicoterapia individual y unir la psicoterapia a la droga. El material, ventilado, descubierto, debe ser sintetizado, «trabajando hasta el final».

La capacidad del ego para sintetizar el material liberado de la represión no depende de la habilidad del enfermo para expresar su introspección o para repetir el material en un estado de conciencia. El progreso de toda esta terapéutica debe ser juzgado por los síntomas del paciente, sus actitudes, sentimientos y conducta, y no por su intelectuación.

CONCLUSIÓN

La sedación como una técnica en psicoterapia no es una sencilla manera de prescribir una dosis tipo de una droga anunciada en la prensa. Requiere un conocimiento adecuado de la farmacología del sedante, de neurofisiología y de psicodinámica. La sedación es una terapéutica adicional y ocupa un lugar importante por sí misma en el programa total del tratamiento. Puede ayudar al organismo en el aumento de su control de la ansiedad; puede reducir la cantidad y la fuerza de la ansiedad y puede facilitar el proceso del descubrimiento y subsiguiente dominio y aprendizaje. La sedación debe emplearse siempre de manera científica, con fines específicamente terapéuticos y nunca para tranquilizar al enfermo y hacerle menos molesto para su médico.

* * *

Hay un índice de autores interesante, que debe consultarse en el autor.

* * *

El corresponsal en Londres del periódico *Madrid*, Matías Cirici-Ventalló, ha publicado un interesantísimo artículo titulado «La droga de la verdad», en su sección «Retablo de la vida inglesa», que parece un comentario humorístico del trabajo del teniente coronel de las Fuerzas Americanas del Aire Roy R. Grinker, cuya traducción antecede.

El señor Cirici-Ventalló refiere que un soldado solicitó (en Inglaterra) el retiro por motivos de salud. Las autoridades le administraron la «droga de la verdad», y bajo los efectos de ésta el soldado confesó que su petición de retiro no era por motivos de salud, sino porque sentía miedo. Licenciado después, cuando se enteró de sus propias declaraciones negó la exactitud de algunas de sus réplicas. El juez falló en favor del demandante sin dar gran valor a las pruebas obtenidas por ese procedimiento... químico. Las autoridades militares se apresuraron a hacer constar que esa droga—el amytol, que tanto figura en el tra-

bajo de Roy R. Grinker—es utilizada en el Ejército sólo con fines terapéuticos, nunca para arrancar confesiones de culpabilidad en los tribunales castrenses.

Existe una variedad de «drogas de la verdad» —dice Cirici-Ventalló—descubiertas en 1936 por un doctor británico a quien interesó la locuacidad de algunos operados a los que se administraba cierto anestésico. Desde entonces se usan mucho en tratamientos psicopáticos. «Y parece que han rendido servicios valiosos en la lucha contra la neurosis bélica.»

Es evidente que todavía no se puede confiar en la absoluta certeza de las declaraciones hechas bajo la acción de estas drogas. Si se perfeccionaran y se consiguiera una seguridad con su intervención, sus efectos, como dice el periodista, serían temibles, tanto en la esfera particular como en la colectiva, y recuerda la frase de Fontenelle: «Si tuviera la mano llena de verdades, me guardaría mucho de soltarlas»...

¡¡¡Decididamente, entre la bomba atómica y el amytol, los hombres de ciencia se han propuesto hacer inhabitable el planeta!!!

P. MARTÍN.

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

Cómo se hace una tesis doctoral, por Javier Lasso de la Vega. Editora Internacional. San Sebastián, 1947.

En la hora de la investigación científica, literaria, histórica o de cualquier índole que sea, la disciplina en que habremos de trabajar se nos plantea, sobre todo en los comienzos de una carrera, en la preparación de una tesis doctoral, un problema, si no espinoso, sí al menos diverso.

Es aquel de la realización del trabajo, de la acumulación de materiales, del empleo de los mismos, del modo y manera de redactar fichas, de utilizar revistas, catálogos, de buscar en un archivo o simplemente en un fichero bibliográfico.

Antes de la hora de ponerse a escribir, es decir, de crear, hay muchos lugares que llenar, infinidad de trabajos por realizar, para los cuales el estudiante joven, el profesor que ha de preparar una tesis o su primer libro de carácter serio, no tenían —ahora, y por fortuna, ya sí— una guía eficaz e inestimable que les llevase de la mano por todos los caminos, como el maestro más amable y a la vez el más erudito que pueda concebirse.

Este buen amigo es don Javier Lasso de la Vega, director de las Bibliotecas Universitarias de Madrid, y sin usar de vocablos elogiosos o adjetivos amigos, y sólo en términos del más riguroso servicio a la verdad, uno de los españoles

que mejor han estudiado aquí y allá—Francia, Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, Suecia y otros lugares—la bibliografía en sus más diversos aspectos.

Es una enciclopedia de más de seiscientas páginas ésta de Lasso de la Vega, en la que se estudia, con documentación excelente, y se habla con claridad meridiana, de temas que van a la investigación como profesión a la documentación bibliográfica, sin olvidar, y no vamos a citar a todos, aquellos que nos hablan del problema del genio español, el cómo estudiar y leer, de los Centros de investigación en el extranjero, de los archivos, de los museos, de la redacción que ha de darse al trabajo y de tantos otros de singular importancia.

Obra, en suma, sencilla y practiquísima, perfecta y cuidada, que no puede faltar sobre la mesa de un estudioso, mismamente de un estudiante, ya que aquélla le hará convertirse de esta segunda calidad a la primera, de más excelsitud e importancia.

Toda una amplísima documentación de bibliografía es algo que rinde al libro del señor Lasso de la Vega un servicio mayor y de máxima extensión. En último término, señalemos el cuidado tipográfico del volumen, nuncio gozoso en su continente y contenido de los que las minervas y prensas españolas habrán de darnos en este año, que ahora nace y que cuenta tan pocos días de vida,

como el buen libro de don Javier Lasso de la Vega.

JUAN SAMPELAYO.

Las neuralgias, por los doctores L. Barraquer Ferré y E. Castañer Vendrel. Segunda edición. Manuales de Medicina Práctica. Edit. Salvat. Barcelona, 1946.

Una segunda edición en el transcurso de cinco años de una obra destinada al médico general, dedicada al estudio de los síndromes neurológicos dolorosos, revela el interés despertado por el contenido y la utilidad práctica. El libro que nos ocupa es un fruto de la experiencia clínica, y por ello se desenvuelven los autores magníficamente en el terreno que pisan, y de la extensa bibliografía saben entresacar precisamente aquello que merece consultarse. Insisten los autores principalmente en las características clínicas de cada síndrome y en los signos diferenciales, además de substanciosos párrafos dedicados al tratamiento. Huelga la reproducción del índice, no circunscrito exclusivamente a las neuralgias, sino también a la jaqueca, esquiinalgia, radiculitis, herpes zóster, meralgia, medulalgias y otros síndromes neurológicos dolorosos.

Editada en papel couché, constituye la monografía un alarde editorial en los tiempos que corren, sacrificio impuesto por los estupendos grabados, algunos de ellos en colores. Nuestra felicitación a los autores y editor.

A. Vallejo Nágera.

Patología de la próstata, por los doctores Emilio y Alfonso de la Peña Pineda. Manuales de Medicina Práctica. Salvat, Editores. Barcelona-Buenos Aires. Un volumen de 165 páginas, con numerosas documentaciones gráficas altamente demostrativas, microfotografías, etc.

La personalidad destacada que en la Urología española y americana representan los doctores Emilio y Alfonso de la Peña nos lleva a recibir con verdadero entusiasmo esta nueva obra suya, que, en realidad, es el documento resumen de una labor de estudio y de práctica de muchos años acerca de un tema de los más atrayentes de la Patología urológica.

Nos cuesta trabajo, después de haber leído esta obra, verdaderamente fundamental, el referirnos a sus autores con esa cordial estimación que tuvimos hacia su juventud laboriosa, porque no es que los doctores Alfonso y Emilio de la Peña sean viejos, es que nosotros somos ya mucho más viejos que cuando estimábamos a nuestros distinguidos amigos y eminentes urólogos dentro de la juventud laboriosa y llena de méritos de sus promociones profesionales. Para nosotros, la obra a que nos referimos, de los doctores Alfonso y Emilio

de la Peña, nos ha guardado una amargura, dentro del entusiasmo y complacencia con que la hemos leído, y esta amargura es la de comprender que el libro *Patología de la próstata* no es un producto de juventud, sino la plasmación de muchos años de trabajo y de experiencia en especialidad tan difícil como la Urología.

Dentro de cuanto los doctores Peña Pineda han trabajado en la especialidad que los distingue, esta *Patología de la próstata* ha sido, desde el inicio de su práctica, una verdadera preocupación. Son muchas docenas de comunicaciones a las Academias, a los Congresos, a las Jornadas Médicas, a cuantas manifestaciones científicomédicas se han puesto a su alcance para exposición y debate de su teorías, de su técnica, de su experiencia clínica, las que han hecho resaltar la figura científica de don Alfonso y don Emilio de la Peña, más que nada, en los problemas de la Patología prostática.

Por ello, no nos extraña la perfección expositiva, el juicio clínico, la labor investigadora y cuanto encierra este libro a que nos referimos, y por el cual felicitamos cordialmente a los autores y a la Casa editora, que ha hecho de esta obra uno de los manuales de Medicina práctica más útiles para todos los médicos, para todos, porque precisamente la obra es de consejo y enseñanza que acaso no necesiten muchos especialistas, pero que a todos los médicos generales nos será muy útil.

F. JAVIER CORTEZO.

Nuevo tratado de enfermedades mentales, por el profesor O. Bumke. Versión castellana de la quinta edición alemana por el doctor R. Sarró. Edit. F. Seix. Barcelona, 1946.

La quinta edición de la conocida obra del profesor de Munich reproduce literalmente la cuarta, salvo la exposición de los métodos terapéuticos biológicos usados en la práctica psiquiátrica y variación del capítulo relativo a la esterilización eugénica.

La edición actual difiere esencialmente de la conocida por los lectores españoles, pues ahora sigue el autor una orientación francamente geneticista, y se ocupa muy extensamente del problema de la herencia en general y del particular de la transmisión hereditaria de cada psicosis, con vista a la aplicación de las leyes de esterilización. El autor adscribe importancia a los factores constitucionales en las psicosis orgánicas, a las que denomina heterónomas. La orientación geneticista se entremezcla francamente con la patofisiológica, hasta el punto de estudiar la esquizofrenia entre las psicosis orgánicas y de reiterar, machaconamente, la noción de que el psiquiatra debe pensar y obrar como médico.

Ha reducido el autor notablemente la extensión

total de la obra, sin modificación en el plan didáctico.

El contenido científico del libro que nos ocupa no puede discutirse; pero sí el mérito didáctico, a nuestro juicio escaso, al menos comparativamente al de otras similares, verbigracia la de Bleuler. Se entretiene el autor excesivamente en la discusión de los problemas doctrinales sin la debida exposición de sus antecedentes, pecando de oscuridad. La parte rigurosamente clínica peca asimismo de escasamente sistemática, y por ello se asimila con dificultad. Libro denso, puramente científico, al día en los conocimientos, más

bien propio de especializados; presenta novísima recopilación de la doctrina psiquiátrica.

Notable la introducción del traductor, dedicada al estudio de la evolución psiquiátrica desde 1924 a la fecha, sin que sean suscribibles la totalidad de las ideas defendidas por el doctor Sarró. Coincidimos con él en la necesidad de investigar la historia de la Psiquiatría española, punto que ha merecido nuestras preferencias reiteradamente. Muy cuidada literariamente la traducción, que permite la fácil lectura y comprensión de las materias.

A. Vallejo Nágera.

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR (18 de enero de 1947)

Pasado, presente y porvenir de la Oftalmología, por M. Esteban.
Terapéutica de las enfermedades de hígado, por Charles L. Hoagland.
Boletín de la semana, por Decio Carlán.
La actualidad sanitaria, por Magerit.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO (1 de febrero de 1947)

Alteraciones clínicas del metabolismo del hierro y terapéutica hidromineral, por Conde Gargollo.
Tratamiento de las inflamaciones y supuraciones de mano y dedos, por F. Rodríguez Segade.
Divulgaciones del exterior.
Divulgaciones nacionales.
Temas y problemas sanitarios.
Recuerdo y elogio del profesor Criado y Aguilar, por F. J. Cortezo.

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

(Washington, mayo de 1946)

Recio.—Primera Reunión Interamericana del Tifus.
Montoya.—Sobre la distribución e incidencia de las rickettsias en las Américas.
Barros y Lopes.—Sobre algunos aspectos del problema alimenticio en el Brasil.
Pedraza.—Poliomielitis en Palmira (Colombia).

ANALES DE LA SOCIEDAD MEDICO-QUIRURGICA DEL GUAYAS

(Guayaquil (Ecuador), enero-marzo de 1946)

Tamca.—Úlceras del canal pilórico.
Mata e Higgins.—Broncografía selectiva.
Varss.—II Congreso Panamericano de Oftalmología.
Luque.—Hernia diafragmática.
Inclán.—Comentarios a un importante trabajo.
Ramírez Dueñas.—Cesárea extraperitoneal.

EL MONITOR DE LA FARMACIA

(Madrid, 5 de enero de 1947)

Montañés.—Substancias edulcorantes.

A MEDICINA CONTEMPORANEA

(Lisboa, junio de 1946)

Rui Climaco.—Revisión clínica de las psicosis infecciosas y postinfecciosas. Un caso de septicemia estafilocócica (confusión mental alucinatoria).

REVISTA DE SANIDAD E HIGIENE PUBLICA

(Madrid, diciembre de 1946)

Clavero.—Aedinos de España.
Maegraith.—El enfermo palúdico.

PRACTICA MEDICA

(Madrid, 15 de diciembre de 1946)

Simonena.—Características de la Patología.
Grinda.—Tratamiento del paludismo.
Figueroa.—Tratamiento de las septicemias estafilocócicas.
López Alvarez Sierra y Cabanillas.—Estados comatosos.
Sáez Urrutia.—La embarazada, enferma del corazón.
Matilla.—Recidivas y quimioterapia del paludismo.

BOLETIN DE SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO

(Madrid, noviembre-diciembre de 1946)

Lupiani.—Instalaciones eléctricas en los locales industriales donde existe peligro de explosión o incendio. Protección.
Vidaurreta.—La naturaleza de los terrenos y su influencia sobre las radiaciones cósmicas y el desarrollo del cáncer.
Baille.—El problema del polvo en las modernas fábricas de tabacos.

INVESTIGACION Y PROGRESO

(Madrid, octubre-diciembre de 1945)

Gullón.—Las actuales hipótesis sobre el origen de la energía radiada por los astros.
Galloni y García Olano.—Sobre la teoría de la energía potencial elástica.
Torres Balbás.—Función de nervios y ojivas en las bóvedas góticas.

HISPALIS MEDICA

(Sevilla, noviembre de 1946)

Laffón.—Contribución del Dispensario de Higiene Infantil a las luchas sanitarias.
Romero.—Generalidades sobre alergia.

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA

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

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN PROFESIONAL: *Boletín de la Semana*, por Decio Carlán. NECROLOGÍA: Don Domingo Sánchez. *Hechos que precisan divulgarse*, por el Redactor de servicio. DIVULGACIONES LITERARIAS: *Una crónica de médicos escrita por Eusebio Blasco*. IDEARIUM DE «ICH». Al Profesor Antonio Vallejo Nágera, por Dottore Balardo. TERTULIA MÉDICA: Los doctores Fourquet y Martínez Molina, ¿fueron profesores o maestros?, por el Dr. Castillo de Lucas. INFORMATARIO PROFESIONAL. SECCIÓN OFICIAL.

BOLETIN DE LA SEMANA

En nada o en muy poco ha variado el aspecto de la salud pública en estos últimos ocho días. Continúa manifestándose copiosa la enfermería, sobre todo de procesos catarrales, a los que la gente, obsesionada por la gripe, ha dado en llamar *la vaca lechera*.

Aparte esto, ninguna anormalidad cabe registrar fuera de lo corriente en tal época del año.

La mortalidad sigue castigando a España en personalidades del más alto relieve, y esta semana ha fallecido el exquisito poeta don Manuel Machado. La muerte del inolvidable don Francisco Criado y Aguilar conmovió a los centros médicos, en que contaba un justísimo aprecio.

Sumémonos al duelo general por estas pérdidas irreparables, y pasemos en nuestra crónica a asuntos menos tristes.

* * *

No nos equivocábamos en el Boletín último, al apreciar como *reñidas* las oposiciones. La misma mañana del sábado en que se repartía EL SIGLO MÉDICO ocurrieron en la Facultad de Medicina lamentables incidentes con ocasión del último ejercicio de las oposiciones a la cátedra de Psiquiatría. Suspendida la votación, por causa del alboroto, tuvo ésta lugar el lunes último con el resultado *unánime* del Tribunal a favor de don Antonio Vallejo Nágera, a quien se adjudica la cátedra, felicitándonos todos del final de esta competencia con cuyos incidentes nada ganan el prestigio y la seriedad de aquellos que tan convencidos están de la falta de justicia en las oposiciones y no debieran acudir a ellas, y, cuando acuden, ser más sensatos en sus actitudes, porque a nadie se puede convencer de la superioridad con gritos y algaradas, sino con ejercicios brillantes y labor científica verdadera.

La clase médica se encuentra en la actualidad en una gravísima crisis profesional, a la que se ha venido por multitud de circunstancias; pero una de las que más ha influido en el estado de cosas actuales ha sido el pandilleo, los grupos exclusivistas, los alabarderos desenfrenados (o como se les llama en el *balompié* los *hinchas*), con

el torpe afán de querer imponer la superioridad de sus afines a fuerza de señalar incompetencias en los otros, lo cual nunca es un *camino real*, sino un poco limpio *atajo*.

* * *

Con profunda pena nos enteramos de que la revista *Investigación y Progreso* suspende su publicación por no poder hacer frente al encarecimiento de los elementos editoriales.

La revista *Investigación y Progreso* era una de las tres o cuatro revistas de verdadera altura científica que se publicaban en España. En la actualidad la dirigía el Excmo. Sr. D. Julio Palacios, y se encontraba en el año XXVI de su publicación.

Los redactores y colaboradores de *Investigación y Progreso* fueron siempre firmas de la primera línea de los hombres de ciencia españoles en todas las actividades, y el contenido de las colecciones de *Investigación y Progreso* es de la más selectísima cultura científica en los palpitantes problemas de la actualidad de todos los ramos de la ciencia, desde la Astronomía hasta la Medicina, la Química, la Arqueología, la Arquitectura, etcétera, etc.

Lamentamos sinceramente la suspensión de *Investigación y Progreso*, y ello nos viene a confirmar en cuanto decíamos el sábado último acerca de la desatención y desamparo en que se viene dejando a las revistas consagradas, mientras cada correo nos trae una carga de papel inútil y zafio de propagandas inadmisibles en las circunstancias actuales.

* * *

En el *Boletín Oficial del Estado* del martes 21 de enero se publica el Decreto del día 10, por el cual se crea el Seguro de Enfermedades profesionales.

La extensión de todo lo dispositivo nos impide reproducirlo íntegramente en este número, y como tampoco es puñalada de pícaro su puntual conocimiento, lo reservamos para el próximo.

DECIO CARLÁN.

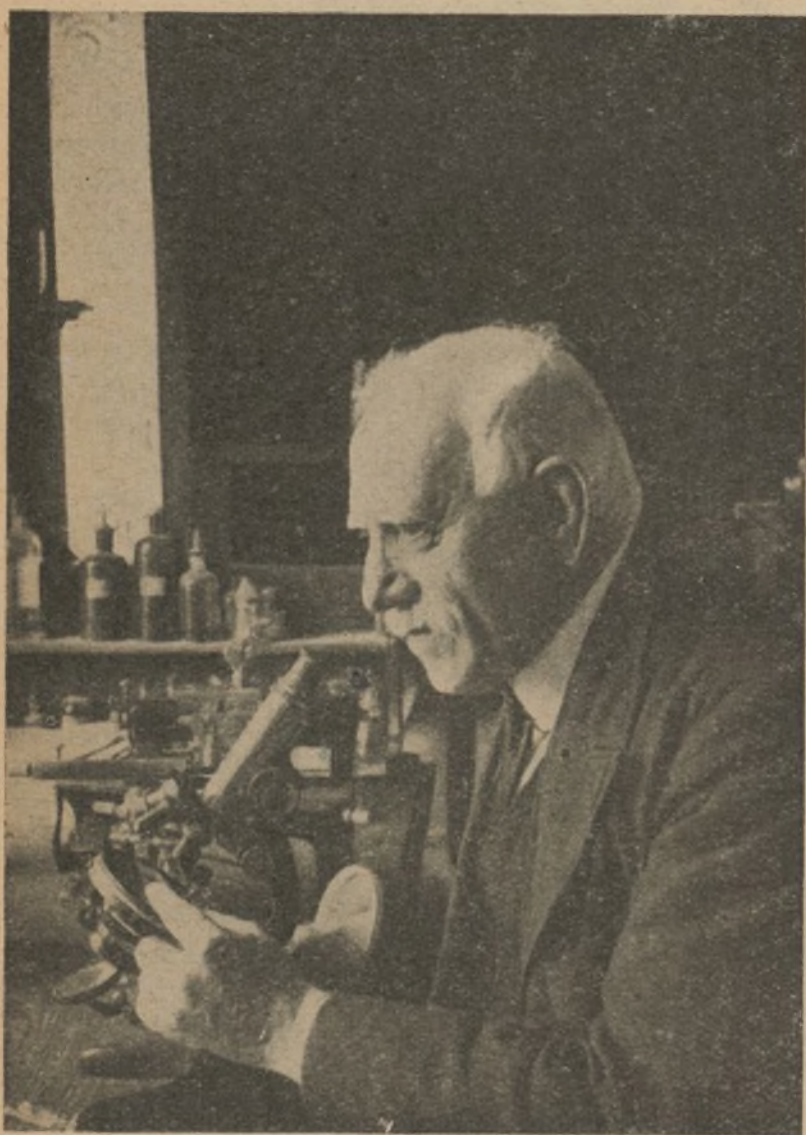
NECROLOGÍA

DON DOMINGO SÁNCHEZ

1-XI-1860

4-I-1947

El día 4 de este mes de enero falleció en Madrid el gran histólogo español don Domingo Sánchez, a los ochenta y seis años de edad. Dada la vida recoleta que siempre llevó y la peculiar especialización a que dedicó todos sus entusiasmos —la histología del sistema nervioso de los invertebrados—, tememos que su nombre no diga gran cosa para gran número de médicos, fuera de los especializados y de los que, sin serlo, sentimos interés por estos temas. Pero ha sido de tal magnitud la labor que llevó a cabo en su lar-



Doctor Domingo Sánchez.

ga vida, y fué ésta tan pura y ejemplar, que creemos un deber de justicia dedicarle un recuerdo en las páginas de EL SIGLO MÉDICO.

* * *

Don Domingo Sánchez y Sánchez nació el 1 de noviembre de 1860 en Fuenteguinaldo (Salamanca). Hijo de labradores modestos, alternó en sus primeros años la asistencia a la escuela con las faenas del campo y la guarda del ganado. A los dieciséis años comenzó sus estudios, primero como alumno interno del Seminario de Ciudad Rodrigo, trasladándose después a Avila, en cuyo Instituto terminó el bachillerato. En Madrid es-

tudió la carrera de Ciencias Naturales, que terminó en el año 1885. Nombrado después auxiliar zoológico de la Comisión de la Flora de Filipinas, partió para aquel país, donde, al quedar cesante por haber sido disuelta dicha Comisión, fué comisionado para la formación de colecciones de Historia Natural con destino a la Exposición General de Filipinas, que se celebró en Madrid en 1887. Con el intervalo de algunas licencias en la península, permaneció en la colonia hasta 1898, continuando su labor zoológica, y obteniendo en este intervalo el grado de doctor en Ciencias Naturales y estudiando en la Universidad de Manila los tres primeros cursos de la carrera de Medicina. Durante la última guerra en Filipinas fué primero sargento y luego teniente de voluntarios de la guerrilla de San Miguel hasta la pérdida de las colonias.

De regreso a la patria, terminó sus estudios de Medicina, y en 1899 obtuvo una plaza de ayudante del Museo de Ciencias Naturales. Consiguió el grado de doctor en Medicina el año 1902, siendo nombrado auxiliar honorario del laboratorio de Fisiología de la Facultad, y después comenzó a trabajar con Cajal en el laboratorio de Investigaciones Biológicas, siendo designado para el cargo de conservador del Museo de Ciencias Naturales, y después destinado al Museo Antropológico, donde trabajó hasta su jubilación, en 1931. En 1905 obtuvo la plaza de profesor de la Escuela Superior de Artes y Oficios, quedando después como profesor de la Escuela Superior de Trabajo.

Al reorganizar Cajal su laboratorio de investigaciones biológicas, le nombró, en 1907, ayudante dibujante de dicho Centro, con cuyo destino pasó al Instituto Cajal, teniendo después a su cargo la Sección de Neurología de los invertebrados. Fallecido el sabio maestro, ocupó en el Instituto Cajal la plaza de ayudante primero y subdirector del mismo, y últimamente, y con motivo de la creación del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, fué nombrado profesor adjunto del Instituto Santiago Ramón y Cajal, en cuyo cargo continuó trabajando hasta su muerte, el día 4 de enero de 1947, habiendo obtenido anteriormente el premio Couder, de la Academia Nacional de Medicina, y la encomienda de la Orden de Alfonso X *el Sabio*.

La labor realizada en todo ese tiempo por don Domingo Sánchez ha sido realmente extraordinaria; primero, sus trabajos en Filipinas como colector y zoólogo; después, sus actividades docentes en el Museo Antropológico y en la Escuela Superior de Trabajo, y, finalmente, toda la labor de investigación llevada a cabo en el Instituto Cajal al lado del maestro hasta su desaparición, y continuada después con el mismo entusiasmo. En el estudio de la histología de los invertebrados realizó investigaciones fundamentales

y trabajos numerosísimos hechos con una minuciosidad y una honradez científica extraordinaria, y que no enumeramos por no alargar extraordinariamente esta biografía. Su trabajo sobre el sistema nervioso de los anélidos (acerca del cual vi yo una carta de Retzius felicitándole calurosamente y rogándole le explicara la técnica con que hacía las preparaciones que él no había podido conseguir); los que posteriormente llevó a cabo sobre el cerebro de las abejas, y, finalmente, los estudios que desde hacía muchos años realizaba sobre el sistema nervioso de las blatas, quedaron como modelo de trabajos serios, concienzudos, hechos con una técnica impecable y con una honradez científica incommovible. Ultimamente compaginaba sus estudios histológicos con investigaciones sobre los instintos de los animales, tema que le preocupaba hondamente, y sobre el cual había publicado dos monografías.

* * *

Y éste es un resumen de la vida y la labor que llevó a cabo don Domingo Sánchez. Pero esto resultaría incompleto si no dijéramos algo sobre cómo era él en persona y cómo fué de ejemplar esta vida, tan larga y tan fecunda.

Don Domingo fué un trabajador infatigable y un técnico realmente excepcional. Pero hizo toda su labor oscura y silenciosamente, trabajando sólo para la investigación, a la que dedicó todos sus entusiasmos. Y con modestia y alegría llevó a cabo su obra sin preocuparse de obtener beneficios materiales de ella ni tampoco de buscar halagos para una vanidad de la que careció en absoluto. Y todo esto acompañado de una bondad y una hombría de bien realmente extraordinarias.

Aunque yo, por desgracia, hace mucho tiempo tuve que seguir caminos muy diferentes a los de la investigación pura que él practicaba, era

para mí don Domingo una figura muy familiar. Le encontraba con gran frecuencia en el Hospital Provincial o en la calle de Atocha, todavía erguido, a pesar de sus muchos años, modesta pero pulcramente vestido de negro, y siempre era con motivo de algún enfermo que había llevado al hospital, y por el cual—como por todos—se interesaba con una caridad y un afecto verdaderamente franciscanos. Departíamos un rato, y era realmente extraordinario ver el entusiasmo con que aquel hombre me hablaba de sus investigaciones; aquel anciano se transfiguraba, y al referirme los trabajos que tenía en marcha y las cosas que de ellos esperaba descubrir, recuerdo la tristeza con que una de las últimas veces que hablé con él se lamentaba de que le iba a faltar tiempo para completar un estudio que tenía entre manos sobre las metamorfosis de los insectos. Y no era precisamente el temor a la muerte lo que demostraba, sino el no poder terminar una investigación por la que tanto interés sentía.

Y así vivió y murió don Domingo: trabajando con un fervor mantenido por igual a lo largo de toda su existencia, apartado de todo lo que fuera su trabajo y sus investigaciones y repartiendo a manos llenas su bondad y su ayuda a todo aquel que de él necesitó, ya en los trabajos de investigación, ya en las circunstancias adversas de la vida.

* * *

Hemos creído un deber el dedicar un recuerdo de todo corazón a este hombre excepcional que acaba de dejarnos. Y más aún al ver la indiferencia con que ha sido acogida su desaparición. Pero es nuestro deseo que su memoria quede viva entre nosotros para que su vida tan pura y su labor tan ejemplar nos sirva de ejemplo y su recuerdo de estímulo en los momentos de desaliento.

DR. DÍAZ GÓMEZ.

MEMORIAS DE UN TESTIGO PRESENCIAL

Hechos que precisan divulgarse

Vivi el lunes, día 20 de enero, una muy clásica escena universitaria. Fué ésta la votación de un nuevo catedrático de la Facultad de Medicina, como resumen y fallo de terminadas oposiciones.

La impaciente y apasionada concurrencia esperaba paseando por los claustros; palpitaban la expectación, los murmullos, los comentarios a incidentes lamentabilísimos ocurridos durante el último ejercicio de aquellas oposiciones.

Un bedel abre la puerta del anfiteatro magno de la Facultad y grita: *¡Señores opositores y público!*

Alrededor de ochocientas personas, entre médicos y estudiantes, ocupan los asientos, escaleras y pasillos del amplio local.

Miramos a la mesa catedralicia. Tras ella, hieráticos, silenciosos, solemnísimos, se encuentran

los cinco miembros del Tribunal que ha juzgado en la oposiciones a la cátedra de Psiquiatría y va a manifestar públicamente su fallo.

Al costado de la mesa hay dos sillones ocupados por dos opositores.

El presidente del Tribunal, que lo es el señor decano de la Facultad de Medicina de Madrid, profesor Enríquez de Salamanca, levanta su elegante figura, muy a la británica, y se dispone a pronunciar breves palabras.

Su elocuencia es fácil, precisa, exactísima. Cada palabra tiene su valor, el valor justo y preciso que quien la pronuncia quiere darle, porque en ella, en cada una de ellas, se encierra su convencimiento.

Todos deben velar por el prestigio de la Universidad y de la Facultad de Medicina. El orden, la disciplina, el respeto a la jerarquía, nunca se

vieron perturbados desde el Glorioso Movimiento Nacional hasta el día del último ejercicio de estas oposiciones, y ello fué por elementos manifiestamente extraños a la Facultad.

«Cada uno de nosotros—dice el presidente del Tribunal—va a votar con arreglo a los dictados de su conciencia, convencidos de la justicia de su voto, del cual se hacen en absoluto responsables.



El doctor Botella Llusá, nuevo catedrático de Obstetricia de Zaragoza.

Nada importa que el público universitario acepte o rechace el criterio del Tribunal si los aplausos o las protestas se hacen con la debida cortesía y la obligada corrección. No son nuevos en la Universidad española los vítores y los silbidos al final de unas oposiciones... Pero, eso sí, sólo podrán opinar aquí los médicos y los estudiantes de nuestra Facultad.»

La emoción hace vibrar el ambiente; el silencio puede calificarse de sepulcral en tanto el señor secretario del Tribunal lee la fórmula reglamentaria de la votación.

Uno a continuación de otro, con clara y enérgica voz, los jueces del Tribunal van expresando firmemente su juicio... Pino, Bermejillo, Piga, Corral, todos proclaman el mismo nombre.

El profesor Enríquez de Salamanca, bien desde lo alto de su autoridad presidencial, vota también y dice: «Queda propuesto para catedrático de Psiquiatría de la Universidad Central el doctor don Antonio Vallejo Nágera.»

Estalla una ovación clamorosa, francamente dedicada al Tribunal y al nuevo catedrático. La ovación se prolonga mientras se abrazan ambos co-positores.

El nuevo catedrático está ahora a la derecha del presidente del Tribunal. A poco abandona el anfiteatro, en donde todavía resuenan clamorosos aplausos, y parte hacia el Decanato para recibir la enhorabuena de los que ya son sus compañeros.

Serena y clara es esta página escrita por el profesor Enríquez de Salamanca en afirmación del prestigio de la Facultad de Medicina. Un hombre, consciente del poder y la dignidad de su autoridad, se impone a los perturbadores desmandados. Este acto, hace muchos años no registrado, afirma el prestigio de la Universidad española, y es un ejemplo sobre el que deberá meditar en cuantas ocasiones se produzcan en lo por venir.

EL REDACTOR DE SERVICIO.

DIVULGACIONES LITERARIAS

Una crónica de médicos escrita por Eusebio Blasco

Hace unas semanas hablábamos accidentalmente de la gran figura periodística que tuvo en España y fuera de España Eusebio Blasco, y, en homenaje a su recuerdo, vamos a divulgar hoy entre nuestros lectores la crónica que escribiera Blasco con motivo de un famoso banquete de médicos y estudiantes de Medicina.

Por los últimos días de febrero o los primeros de marzo de 1880 (cito de memoria) se estrenó en Madrid una preciosa comedia debida a la pluma e ingenio de don Javier Santero. Titulábase la obra *Los guantes del cochero*, y alcanzó un éxito resonante, en aquellos tiempos en que los estrenos teatrales no eran tan fáciles como los de la actualidad.

Los discípulos y compañeros de Javier Santero le organizaron un gran banquete, del que la

reseña, llena de gracia y habilidad periodística, es la que vamos a reproducir.

No estará de más que recordemos aquí que Javier Santero era hijo del ilustre catedrático y decano de la Facultad don Tomás Santero, figura médica relevantísima y autor de obras de Patología y Clínica médica de indiscutible mérito.

Javier Santero unía a su calidad de médico y de catedrático de Granada y de Madrid y miembro de número de la Real Academia de Medicina una afición y magníficas facultades de periodista y autor dramático.

Además, Javier Santero era hombre que sumaba fácilmente la simpatía por su carácter abierto y sus puntas y ribetes de bohemio elegante.

Había nacido Javier Santero el año 1848 en Madrid, y yo tuve ocasión de conocerle y tratarle en

la República Argentina, en cuya ciudad de Buenos Aires vivió muchos años y murió el año 1923.

Cuando yo conocí a Javier Santero (1916), viejo y enormemente gordo, conservaba la frescura juvenil de su gracia y de su simpático trato social.

No volví a verle más, pues cuando, en 1921, me encontraba otra vez en la Argentina, Santero estaba fuera de Buenos Aires, y no pude saludarle.

Durante su larga estancia en la República del Plata, Santero, que había abandonado su magnífica situación profesional en Madrid y renunciado a su cátedra y a su sillón de académico, ocupaba un puesto en el Consulado español y se dedicaba más a la literatura que a la Medicina.

Es de recordar que, gran amante de su patria y hombre de generoso corazón, hizo un viaje a España por el año 1912 para gestionar el indulto de 50.000 prófugos que residían en la República Argentina.

En Buenos Aires, Javier Santero era querido y respetado, y su muerte fué muy sentida y rodeada de sinceras manifestaciones de duelo y simpatía.

Veamos ahora cómo cuenta Eusebio Blasco el famoso banquete de la Casa Rústica del Retiro:

«ALMUERZO DE ESTUDIANTES

MARZO DE 1880

El domingo pasado, a las doce y media, se sentaban a almorzar en el salón de la Casa Rústica del Retiro cien estudiantes del cuarto año de Medicina.

Yo entré cuando ya todo el mundo hacía por la vida. Era un almuerzo en honor de Javier Santero; lo presidía el venerable don Tomás, decano de nuestros médicos, padre de Javier, y abuelo del drama que motivaba el obsequio. Enfrente de ellos estaba el *estudiante perpetuo*, Letamendi, gloria de la Medicina, catedrático, poeta, músico, filósofo, escritor, hombre especialísimo, tan versado en las ciencias exactas como en la Medicina, tan elocuente como decidor. Allí estaban también los amigos íntimos del autor dramático recién nacido, Grilo, Campo-Arana, Lustonó y un servidor de ustedes.

¡Qué alegría se respiraba allí! ¡Qué animación, qué vida, qué franca expansión! Declaro que un banquete de hombres políticos no me hubiera hecho madrugar, pero el almuerzo de los estudiantes me atraía. Me pesó haber perdido media hora, porque mientras almorzaba creía haber vuelto a los primeros años de la juventud. El vino de aquel almuerzo remozaba: el champagne me parecía elixir de nueva vida.

¡Y qué curioso estudio para un observador!

En aquellas cien cabezas que se movían en todas direcciones, en aquellas lenguas movidas por el entusiasmo y por la espuma del champagne, ¡qué variedad de tipos, de aficiones, de puntos de vista, de maneras, de expresión, de chistes, de observaciones, de frases y de acentos! Aquí se ve al andaluz, hablador y gracioso; allí al navarro, enérgico y francote; discute con riqueza de imágenes el sevillano con el gallego; disputa el ara-

gonés con el castellano; pronuncia improvisados discursos el hijo de Canarias; habla de amores el valenciano, alegre y expansivo. Tras unos ojos chiquitillos y penetrantes se adivina al escolar sagaz y aprovechado; bajo la frente que cubren los desordenados mechones se ve la inteligente mirada del estudiante reflexivo y asiduo; aquí se agita el calavera deshecho, que estudia media hora en libros ajenos; allí recita versos el poeta naciente, que prefiere los bastidores al anfiteatro anatómico; son cien médicos en borrador, treinta políticos en perspectiva, cuarenta escritores en boceto, veinte sabios probables, diez o doce calamidades casi seguras, porque entre estos semi-doctores habrá de todo...

Dentro de algunos años, éste será médico de la aldea; aquél, médico de los baños; esotro, médico de un vapor; el de más allá, *físico* de un regimiento. ¡Quién sabe si el que hoy me ofrece una copa con alegre sonrisa me anunciará en triste día que a alguna de mis hijas se la lleva la muerte! ¡Quién puede asegurarme que aquel tan distante de mí vendrá a mi lado un día a ver cómo me pegan un balazo...; aquel tan descuidado y bruscote será el doctor de moda dentro de diez años; el otro le pondrá un sinapismo a mi casero...

Vedles qué alegres, qué dicharacheros, qué alborotadores... Pues en sus manos ha de estar la salud de la generación que viene; éstos han de ser los que nos den la esperanza o el desengaño,



El doctor Gómez Orbaneja, nuevo catedrático de Dermatología de Valladolid.

la tranquilidad o la inquietud, la vida o la muerte... Son cien muchachos que han de disponer en veinte años de cien mil vidas. Yo les miro con extraña curiosidad, con irresistible afición; como hombres, me recuerdan aquella alegre época de la vida en que yo no tenía ni cuidados, ni experiencia, ni desengaños, ni canas; como estudiantes, me hacen pensar en los gloriosos caminos que han de recorrer ejerciendo el sacerdocio más grande y más ingrato... Nunca serán más felices que ahora, ni obedecerán a más nobles impulsos; discípulos, celebran al maestro; espectadores, aplauden y no envidian. Cuando brinda alguno de ellos, se apresuran los demás a elogiarle ruidosamente. Todos hacen versos, todos cantan, todos sonríen. ¡Es tan hermosa esa edad, en que entusiasmo lo mismo lo propio que lo ajeno!

Mientras yo hago todas estas reflexiones, el ruido aumenta, la alegría se difunde, las manos buscan las anchas copas, como las mariposas la luz. Un estudiante, un niño en la apariencia, se levanta y lee unos versos que acaban en medio de estrépitos aplausos. «¿Quién es éste?» «Castañer.» «Castañer..., sí...» Entonces recuerdo haber sido amigo de su madre, ya hace años, cuando yo empezaba a hacer versos. Ya hacen versos, y buenos, los niños a quienes uno ha tenido en las rodillas; esto va malo; el sol me da en la calva...

Otro estudiante lee un romance lleno de frescura y de valentía; hay en él frases espontáneas, estilo correcto; es un brindis a la unión de la ciencia con la poesía. Este se llama Calatreveño: se ve en él la madera de los que han de hacer bien las cosas. Es a la vez estudiante y periodista; se le aplaude durante tres o cuatro minutos, y con este motivo anuncia que dentro de poco publicará un libro, que recomienda al auditorio. Español que hará pronto su camino.

Se levanta Ramiro Blanco, estudiante con sus puntas de autor dramático. Reconozco al mismo que hace un mes me presentó Luis Vidart, y que vino a mi casa con su mamotreto debajo del brazo. Así vino hace ocho años Vital Aza, estudiante también, a mi casa de la calle de la Magda-

lena. ¡Todo es empezar; adelante, muchachos!

Hablan varios a la vez; lee un soneto Bascuñana: hace un discurso, un discurso en regla, con notable facilidad, un chiquitín que ha de ser, lo tengo por seguro, orador popular. Sus compañeros le llaman Sancho, y no es el buen callar, sino todo lo contrario. Tiene su popularidad entre ellos; habla mucho y bien.

Legar se llama otro que también se hace aplaudir con estrépito... Pero, ¿quién va a recordar aquella hora y media transcurrida entre el postre y el café, y en la que se dicen tan buenas cosas y se oyen tan diferentes frases?

El *estudiante perpetuo* se levanta. Es Letamendi, a quien quiere todo el que le habla una vez. No es el sabio grave y pretencioso, de quien se huye, sino el hombre de ciencia, cariñoso y afable, que convierte todas las cuestiones en asuntos interesantes. Sin quererlo, sin pensarlo, hace un verdadero discurso, lleno de erudición agradable y de oportunísimas frases. Grilo improvisa versos; Campo-Arana, elegante prosa; Lustonó hace un bonito brindis; Santero da las gracias a todos en una improvisación brillante, y su respetable padre, gloria de la Medicina española, termina el banquete con su autorizada voz pronunciando la última palabra.

Los estudiantes, ya entregados a sí mismos, cantan, brindan, beben, se desparraman por las alamedas del Retiro... No pensaron ellos el placer que iban a proporcionar a un observador que estuvo todo aquel día saboreando la impresión que le produjeron. Acostarse contando cien amigos más es un negocio que tal vez no comprendan los banqueros, pero que yo tengo por colosal, porque no se hacen muchos de esta importancia en la vida.

Yo declaro que con un médico solo no me encerraría en una botica; pero con estos cien médicos próximos..., con éstos voy a todas partes, contento y seguro, y al acabar este recuerdo, quiero saludarles cariñosamente, repitiéndoles en prosa lo que en unos versos que ya he olvidado les dije: ¡Qué logren la gloria en su carrera, sean todos ellos mis amigos... y no me receten nada!»



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

IDEARIUM DE "ICH"

La ética y conducta son las dos formas de la moral. La ética es la doctrina; el espíritu puede representar el dogma. La conducta es la interpretación humana, la ejecución de lo que se cree deducir, y así puede darse, y se da repetidamente, el caso histórico de actores, intérpretes o ejecutores de una doctrina que, en unos casos, entienden la caridad partiendo de sus bienes con el prójimo, amándole como a sí mismo y aun llamando hermanos suyos al lobo y al lagarto, y otras veces, en nombre de los sectarios del mismo dogma, se asesinan y despedazan a los albigenses o se queman vivos, por interpretaciones bíblicas, a los reos de Toledo y Valladolid, ante una turba que se llama cristiana y que se alborozaba viendo en su desesperación a las víctimas gatear, dando alaridos, hasta lo último de las vigas que los sujetan para librarse de las llamas que los persiguen. ¿En cuáles de estos dos grupos se encuentran los cristianos? ¿Por ventura, estarán en otro tercero que, afectando hipócritamente las austeridades dogmáticas, practica los vicios y las pasiones acomodaticias?

Si el fondo de la moral de todas las religiones es el mismo, lo que importará en todos los casos es la interpretación, la conducta.

* * *

¿Cuáles han sido las autoridades bajo cuya administración y funciones disciplinarias ocurrieron los desmanes, agresiones a maestros y perturbaciones del orden fuera y dentro de los establecimientos docentes? Pues a esas, en su significación oficial y en su representación personal, es a quienes el señor ministro confía para lo futuro la evitación o profilaxia, la represión y el remedio de tales incorrecciones y delitos.

¿Quién es el que con el carácter solemne que supone la función oficial de su cargo, y hasta la forma de sus afirmaciones desde la *Gaceta*, reconoce las faltas, abusos, ineptitudes y sistemáticos desafueros de un grupo de funcionarios de que él es el jefe superior?

El señor ministro; y éste es el que confía, a los mismos que han delinquido, la libertad de continuar haciéndolo y la posibilidad de que queden impunes (1930).

* * *

Los farsantes, los hipócritas y, en general, todos los que hacen de su vida moral y social una

ficción y una artificiosidad, me hacen el efecto de los dislocados de los circos, que retuercen sus miembros e invierten el juego de sus articulaciones para asombrar al público y ganarse la vida. ¿No es tan digno de lástima un diplomático forzado, un tartufo o un adulador, como un hombre-serpiente, otro que anda cabeza abajo o el que se hace un arco con la columna vertebral? Pues en uno y otro caso todo puede reducirse a una misma cosa: a ganarse la vida.

* * *

No lo digo por paradoja, sino por experiencia; si bien se mira, el dolor es más dulce que el placer. Este nunca produce la sensación externa e interna de un recuerdo infantil o de una emoción de la juventud pasada. Claro está que no hablo de los sufrimientos físicos del cuerpo, sino de las deficiencias melancólicas del alma. Estas, en quien tiene la suerte o la superioridad espiritual de retenerlas, duran con su dulce amargura lo que no dura una impresión sensorial, por intensa que haya sido. ¿Recordáis el placer que os produjo un panorama, una audición musical, un manjar exquisito o un perfume selecto, si a tales recuerdos no se unió en un principio un sacudimiento estético o una emoción amorosa? En cambio, olvidaréis nunca el último beso de vuestra madre, el desgarramiento de la ingratitud de una mujer infiel o el desamparo alevoso del hijo o del amigo predilecto. Analizad con despreocupación, sin confundir apariencias con realidades, y os hago la justicia de suponer que estáis conformes conmigo.

«Tiene razón, me dice un coetáneo íntimo. He gastado muchos pares de botas en mi vida, y no conservo el recuerdo más que de unas que me apretaban tanto, que hube de quitármelas en la calle el día que las estrené.» Lo dijo Schopenhauer: «Lo positivo es el dolor. Nos damos cuenta de que tenemos estómago cuando tenemos indigestión.»

* * *

Cristo predicó la caridad, y su predicación se tendió y arraigó en la tierra. Sus predecesores y reveladores religiosos siempre buscaron el fundamento de la caridad en sus doctrinas. ¿Cómo explicarse que al cabo de millares de años se necesite apelar a ingeniosidades y a imposiciones, organismos oficiales y demostraciones halagüeñas al egoísmo, para que la caridad se ejercite y

hable en los corazones de los hombres del siglo xx, como habló en los de Buda, Confucio, Cristo y Mahoma? ¿Será que mientras vamos al superhombre industrial caminamos paralelamente hacia el inferhombre moral?

* * *

Pensaba yo hoy, leyendo al dulce Amiel, que el ideal del hombre, llegado a cierta edad de su vida, debiera ser que el cerebro sólo permaneciera vivo, aislado ya y emancipado de los sentimientos del corazón y de las sensaciones de los sentidos, para que su vida verdadera, propia e independiente, no se viese perturbada por el mundo exterior, y, reconcentrada en sí misma, se ofreciese preparada para otra existencia. ¿No consistirá en este ideal mío la muerte?, desligado de órganos e instrumentos que han satisfecho sus necesidades físicas de nutrición en el círculo físico-orgánico en que ha vivido, y sus necesidades psíquicas y de sensación en el otro círculo inmaterial, o menos material, de su vida anímica, el espíritu. ¿Abandonará sus vestiduras y sus instrumentos, quedando solo, puro y libre, para anidarse en otro ser material o para vivir indefinidamente sin nuevas ligaduras? ¿Haría él de ser, de todas las fuerzas naturales, la única que se extinguiera. ¿Será que sus transformaciones futuras, por nosotros ignoradas, equivalen a su extinción? ¿Sabrán alguna vez los hombres algo seguro y cierto sobre esto?

Qué felices sois los que llenáis con la fe estas vacilaciones del pensamiento.

Llénalas tú con la fe, me dice una voz interior...; ¿pero es la fe, por ventura, cosa que depende de la voluntad? Y si admitimos que depende de la gracia, ¿en dónde buscar el fundamento y la justicia de la bondad de su confesión?

* * *

En la gramática de la obediencia no existe el verbo querer, ni siquiera la preposición *pero*.

* * *

Los libros y el estudio en la juventud son el andamio a cuyo amparo se construye la personalidad; en la vejez son los puntales que impiden su derrumbamiento.

* * *

Dedicar la vida entera al cultivo de una sola aptitud o al estudio de una rama del saber, podrá ser muy conveniente al conjunto de las obras, pero es muy poco consolador para el individuo. Sólo

una piedra puede resignarse a ser pieza de un mosaico.

* * *

El vulgo, apoderado de una idea que le parece sublime, sobre todo la vulgaridad de los escritores mediocres, produce el efecto de una mujer fea y vieja coronada de rosas.

Tengo más miedo a que se me apodere de un buen pensamiento un escritor cursi y adocenado, que a que permanezca aquél en la oscuridad y el misterio esperando mejor fortuna.

* * *

Arar con Pegáso, o sobra el yugo o sobran las alas.

* * *

He leído en un apologista de la inmortalidad de las almas que después de esta vida terrena acaban todas las pasiones.

¿Y eso es vivir?

Una eternidad sin amor ni odio, sin caridad ni envidia, sin ambición, desengaños, sin alegrías, tristezas..., ¿y eso será vivir?

¿Qué es morir entonces?

* * *

La ciencia y el misterio son dos célibes que se miran con simpatía y se buscan con amor desde hace muchos siglos y no acaban de decidirse a la esclavitud tediosa del matrimonio perpetuo. Tienen, sin embargo, de cuando en cuando intermediarios que ofician de terceros y oficiosos alentadores que quisieran ser invitados a estas bodas de Oberón y Titania, que nunca realizarán los hombres de ciencia.

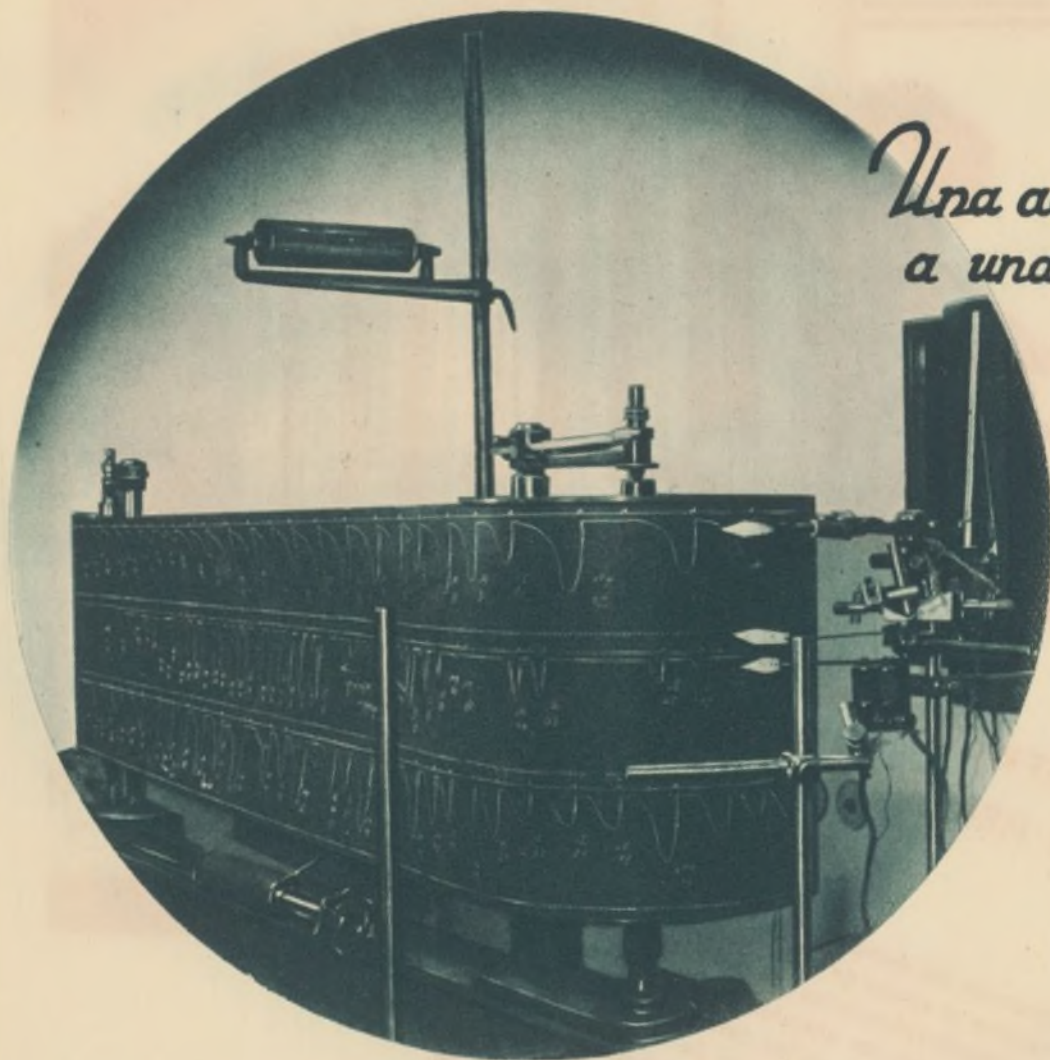
* * *

De todos los hombres de ciencia que la Historia ofrece a nuestra admiración y a nuestra envidia, el que se colocó por encima de todos, sin excluir a Sócrates ni a Newton, es Bartimeo, el ciego de Jericó, que sintió y supo, al pasar Jesús, que pasaba el hijo de David que había de darle la vista.

* * *

Cuando lloramos vertemos lágrimas; pero no siempre que vertemos lágrimas lloramos.

El dolor físico arranca quejidos, pero no llanto; el dolor sentimental produce suspiros y pocas lágrimas; el dolor más sincero y que más hace llo-



*Una actividad consagrada
a una especialización*

AMINOACIDOS - COMPLEJO B, ELEMENTOS INDISPENSABLES PARA LA NUTRICION

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

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

B-COMPLEX

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

ALTER - MADRID



STUDIO
ALTER

Ayuntamiento de Madrid

HUECOGRABADO FOURNIER. - VITORIA

*Una actividad consagrada
a una especialización*



ANEMIAS REFRACTARIAS A LOS EXTRACTOS HEPATICOS USUALES

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

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



HEPAVITAL

PROTEOLIZADO

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

ALTER - MADRID

Ayuntamiento de Madrid

rar es el que procede del reconocimiento de una culpa propia.

¡Qué bien define esto Federico Amiel!

* * *

Respecto a los efectos morales del teatro, creo yo que han sido nocivos a la postre. El primer efecto de esta manifestación artística fué el que marca Pascal al despertar en nuestra alma y en nuestro amor propio un estímulo imitativo de pasiones embellecidas, pero contrahechas respecto a las realidades del mundo. De aquí anhelos no satisfechos, ilusiones fallidas, desencantos dolorosos y luego un contraefecto de hacer que nazca en nuestra alma un escepticismo respecto a lo que podía haber de cierto en la moral de la obra artística. Y no parando aquí el péndulo de las oscilaciones espirituales humanas, se buscó la creación de impresiones estéticas exageradas y aun monstruosas, que a su vez determinaron peligrosas imitaciones, haciendo pasar por disculpables y aun lógicos y plausibles los inverosímiles excesos de una moral enfermiza, cuando no depravada.

En este punto ninguna época evolutiva del arte dramático puede considerarse como inocente. Desde Sófocles, Eurípides, Aristófanes, Plauto, Séneca..., pasando por Shakespeare, Calderón y Schiller, hasta venir a los modernos, todos los dramaturgos pusieron sus manos en la piedra de la Moral por sacar de ella, a golpes del eslabón del ingenio, chispazos de belleza, desconchando al hacerlo la tersura de la estatua.

* * *

Los instintos humanos en su constante apelación a la fuerza como fundamento del derecho; la tradición histórica no interrumpida y paralela en todos los pueblos; la codicia arbitraria de los poderosos y el envilecimiento de los débiles fueron el fundamento y el sostén de esa institución odiosa de la esclavitud. La inspiración del sentimiento de la justicia; el del amor y la igualdad predicados principalmente por el cristianismo y las conquistas serenas de la ciencia, destruyeron la despótica injusticia y establecieron el reinado de la libertad. Pero la tendencia actual no representa una destrucción de la esclavitud, sino una sustitución del procedimiento, que tendrá por resultado la imposición de unos déspotas colectivos en vez de los déspotas personales, y la sumisión como siervos de los que antes fueron señores; es decir, siempre la brutalidad y la injusticia, nunca la libertad y el derecho.

¿Qué más nos importa, a los que queremos el libre ejercicio de las facultades humanas para la

consecución del progreso indefinido, que sean obstáculos a su realización las violencias despóticas de un rey, de un dictador o de una clase aristocrática, que las ligaduras asfixiantes de los gremios, las intervenciones meticulosas y absurdas o los egoísmos impositivos de las clases mercantiles intermediarias? ¿Dejará de ser, en último caso, siempre igual el resultado, es decir, el triunfo despótico de los unos sobre la humillación servil de los otros?

Está visto que el reino de la libertad no es de este mundo (1921).

* * *

Nave es el hombre, y en el curso de su vida encuentra muchas veces brisas favorables que hinchen sus velas con rumores de armonía, ondas y corrientes suaves que mecen sus sueños y ayudan sus esperanzas, otras veces vendavales violentos y mares revueltos que le amenazan con zozobrar. Su arribo se le ofrece unas veces como playa hospitalaria y risueña, otras como acantilado rocoso escarpado e inaccesible. Nada de esto depende de él... ¿Será esclavo incondicional de la fatalidad, del azar y del destino? No, que la nave tiene timón y al libre albedrío de su mano está el éxito del viaje y la responsabilidad de nuestros aciertos, de nuestras decisiones o de nuestros errores.

AL PROFESOR ANTONIO VALLEJO NÁGERA

*No sé qué admirar mas en tu valla;
si la cultura extensa y bien fundada;
lo experto de tu juicio en Psiquiatría;
tu voluntad enérgica y honrada;*

*la sagaz intención de tu mirada;
tu habilidad, tu trato y simpatía;
tu afición musical tan depurada;
tu gusto por la vida y su alegría...*

*Supiste hacer virtud de todo esto,
y hoy estás en la cumbre de la fama,
llegado desde origen bien modesto.*

*¡Ave, felice profesor y amigo,
de quien no pudo oscurecer la llama,
el humo y la pasión del enemigo!*

DOTTOR BALOARDO.

TERTULIA MÉDICA

Los doctores Fourquet y Martínez Molina, ¿fueron profesores o maestros?

por el

Doctor CASTILLO DE LUCAS

Madrid.

A mis compañeros de promoción,
en este curso de las bodas de plata
con el ejercicio médico.

La distinción entre profesor y maestro no se encuentra en los diccionarios; ambos tienen por misión la enseñanza de una ciencia o arte.

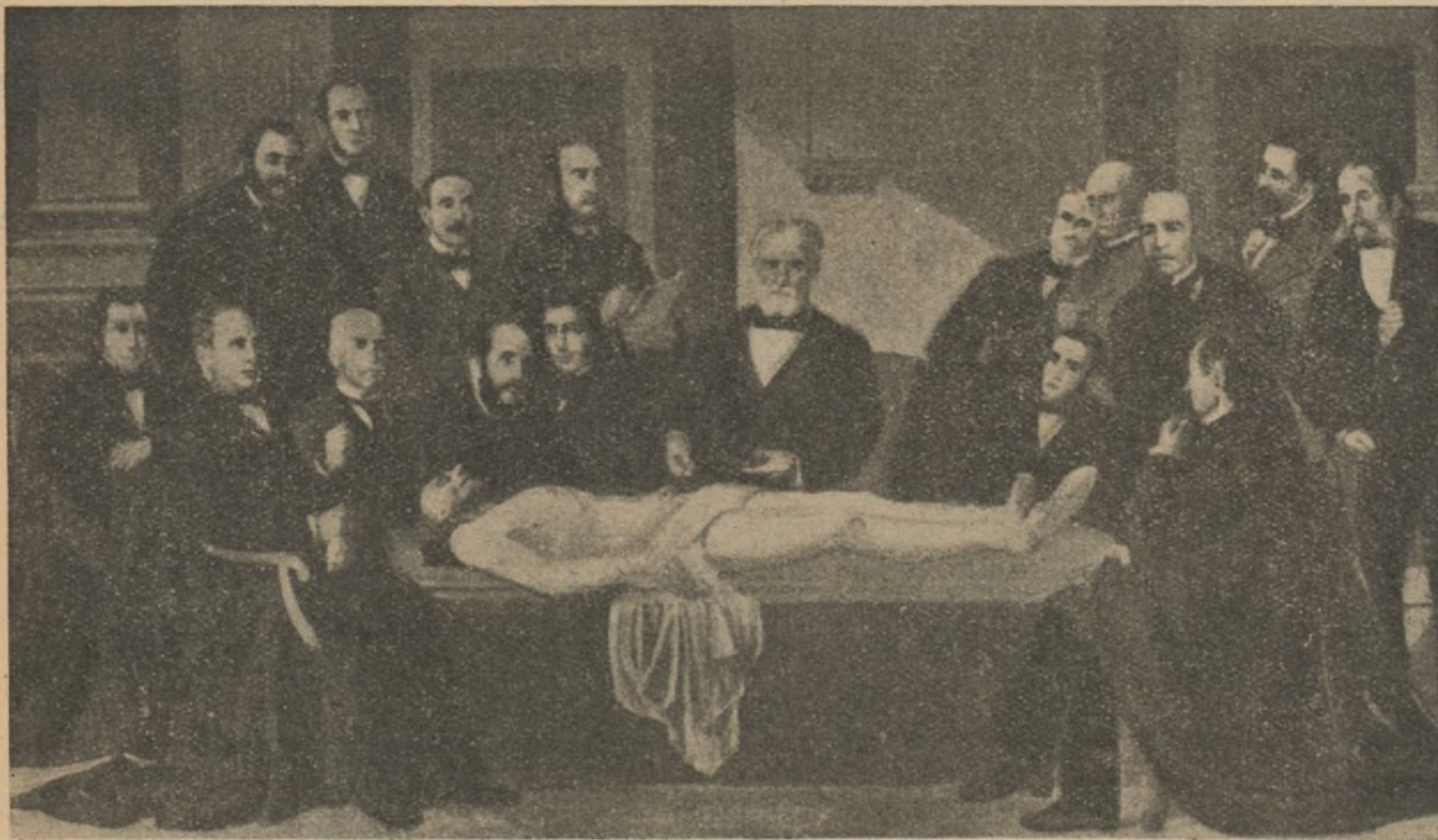
Sin embargo, el doctor Marañón la establece de un modo acertadísimo: «El profesor sabe y enseña. El maestro sabe, enseña y ama.»

Esta diferencia entre profesor y maestro lleva, a nuestro juicio, otra entre alumnos y discípulos, respectivamente.

El alumno se *instruye* por la ciencia y las razones que le explica el profesor. El discípulo se *educa* por el ejemplo y los sentimientos que le inculca su maestro.

Resultado: el alumno, por ser autodidacta, es un mucho ególatra; si llega a destacar, pues, la

zas que debe al maestro. Esta es la razón de que los maestros formen escuela y trabajen con sus discípulos colaborando entre todos por el progreso de la ciencia, y que su labor — sin pausa y sin prisa — produzca una obra segura y bien cimentada. El profesor está más aislado, tiene a su lado la corte más indispensable y nunca tienen estos auxiliares la serenidad y confianza para opinar ni discutir los juicios del profesor que, a veces, son, en verdad, destellos brillantísimos, pero que nunca cuajan en la realidad hasta que no son recogidos por una escuela donde, con ese amor y paciencia que un verdadero maestro pone a cuanto trata, llegue a pulirlos y hacerlos asimilables a los discípulos para aplicarlos en la prác-



El doctor Fourquet (primero de la derecha sentado) y el doctor Martínez Molina (de pie inmediatamente detrás, apoyada la mano en la silla del primero) con el claustro de profesores de la época.

(Cuadro de Antonio Bravo. Decanato de la Facultad de Medicina.)

ciencia que posee, la debe más a su propio esfuerzo que a lo que aprendió del profesor. El discípulo es más sencillo y agradecido, y, cual un apóstol, tiende a difundir las ideas y enseñan-

tica. El profesor, fuera de la cátedra, no tiene contacto apenas con los alumnos, alguno tuvimos que sólo cruzamos con él la palabra el día de los exámenes. El maestro, por el contrario, conoce

Leotonicum "B"

Complejo B

+

Hidroortofosfato
sódico

+

Amargos

Dp/



Harina al cacao

Elixir

Grajeas

Un remedio indoloro



**PARA EL
TRATAMIENTO
DE LAS
ENFERMEDADES
HEPATO-GASTRICAS**

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

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

Presentado en cuatro formas:

INYECTABLE NORMAL • INYECTABLE FUERTE • INYECTABLE FUERTE VITAMINADO • LIQUIDA

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

HEPAGASTRON

EXTRACTO HEPATICO Y DE MUCOSA GASTRICA

LABORATORIOS ORZAN, S.A.
LA CORUÑA

Ap C 5 121

Sanatorio **SAN ESTEBAN**

USURBIL (Guipúzcoa)

A 11 kilómetros de San Sebastián

TELEFONO 7005

**Asistencia y tratamiento de los
enfermos nerviosos y mentales**

Médicos Directores... { **Dr. Vidarte**
Dr. Larrea
Médico Subdirector... **Dr. Pino Ascarza**

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

(Aprobado por la Gensura Sanitaria núm. 4105.)

Traductor médico de LENGUAS VIVAS

POR EL DOCTOR

Don Eduardo del Palacio Chevallier

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

Médico y periodista diplomado de la Escuela Oficial de Periodismo.

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

Con dominio absoluto de la terminología médica.

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

a todos sus discípulos, busca su relación directa, los asesora en sus dudas, activa sus condiciones, les anima en la adversidad y sabe hacer justicia a sus esfuerzos.

La virtud de amar al discípulo requiere sacrificio, abnegación y desinterés por parte del maestro; hace falta vocación para tal, pues no basta con realizar unas oposiciones y llegar al profesorado; por eso, si examinamos los claustros de catedráticos de cualquier promoción, vemos que sólo dos o tres merecen el sagrado título de maestros, y al darle este título recordamos que Jesús nunca fué llamado profesor.

Remontándonos—para no herir susceptibilidades por elogio o por crítica—a una reunión de profesores del pasado siglo, pintada en el monumental cuadro de Antonio Bravo existente en el Decanato de la Facultad de Medicina de Madrid, podemos comprobar cuanto llevamos dicho.

Es un cuadro que quiere imitar a otros de la escuela holandesa de siglos anteriores; en él se ve a don Diego de Argumosa como decano, en actitud de explicar una lección que trata de la hernia inguinal.

El doctor don Diego de Argumosa fué, sin duda, un coloso en la ciencia quirúrgica, pues aun pasado casi el siglo, todavía hemos visto sacar de la vitrina del museo instrumental la famosa cizalla que inventó (especie de podadera con ramas de medio metro) para que nuestro catedrático de operaciones don Ramón Jiménez hiciese la resección del maxilar superior de un modo tan espectacular como inimitable, dando el golpe de gracia con ella para separar el maxilar del macizo óseo de la cara. Fué Argumosa, además, famoso como político, y llegó a la Alcaldía presidencial. Como clínico, alcanzó gran popularidad cuando se comprometió a curar a sor Patrocinio, *la monja de las llagas*, cuyas profecías y milagros atribuidos inquietaban a la opinión pública; mas, con todo, le faltó el amor de sus discípulos, pues su carácter íntegro y austero, al decir del doctor Perera, le atrajo antipatías, y en una triste ocasión, los alumnos le siguieron y abuchearon hasta su casa, y ésa fué la causa de su jubilación.

El doctor Melchor Sánchez Toca fué el cirujano predilecto de la Corte isabelina; en el Real Palacio premiaron su labor dándole el título de marqués de su apellido; como disector fué extraordinario y entre los cirujanos no tenía rival. Su popularidad creció cuando, de un modo tan precoz, pronosticó la inmediata muerte de Prim, cuando fué avisado para reconocerle después del atentado en la calle del Turco. Maravilla hoy su técnica de Cirugía por cuanto significa una habilidad inmensa operar sin anestesia ni hemostasia,

para lo cual se requería un conocimiento exacto de los vasos y nervios, para sortearlos sin herirlos, con el fin de no tener hemorragias y un mínimo de dolor.

Cirujanos eminentes fueron también don Juan Creus y el doctor Encinas. Como clínicos hay que destacar, entre otros profesores, al marqués del Busto, así como al doctor don Tomás Santero, ambos de la Real Cámara; este último hay que considerarle en la historia de la Medicina madrileña como el primer especialista de las enfermedades del pecho, pues tal fué el título que llevó la cátedra que desempeñó, y justo es consignar que creó una pequeña escuela de internistas; pero atendía más al ejercicio profesional que a la cátedra, aunque no con miras de lucro, pues recuérdase que gratuitamente se ofreció a visitar a los enfermos pobres de los distritos de Madrid más afectados durante la epidemia de cólera. Modelo de dignidad profesional es también el doctor Santero, por cuanto, velando por el decoro de la clase, elevó a Isabel II y a su Gobierno una protesta porque en el parto de la reina (cuando nació la infanta Isabel Francisca) la asistió un médico austriaco.

Esta enérgica protesta fué escuchada, y en los partos sucesivos, la reina fué asistida por los médicos de la Real Cámara, destacándose el doctor don Tomás Corral, que asistió a Su Majestad en el parto en que nació Alfonso XII; tan satisfecha quedó la reina de la asistencia de Corral, que le nombró conde de Leiva, y es curioso recordar que tal título ofendió mucho a la emperatriz Eugenia, pues ésta disfrutaba del señorío de esa villa de Logroño, de donde era natural el doctor Corral, y significaba (como ella decía en violenta carta a su hermana la duquesa de Alba) que el comadrón de Isabel II tuviese más jerarquía que ella en dicha villa. La reina solucionó el asunto ascendiendo al doctor Corral de título, concediéndole el marquesado de San Gregorio, en recuerdo de que este santo era el del día en que nació Alfonso XII (28 de noviembre de 1857). Mas con tal selecta clientela, Corral tuvo que abandonar la cátedra para poder atender la práctica profesional.

Sentado, en actitud de meditar, tenemos a la derecha del cuadro al doctor don Juan Fourquet, y detrás de él, de pie, apoyando la mano en la silla, a don Rafael Martínez Molina. Ambos dan el carácter con que las sucesivas generaciones de discípulos califican a esa época del *período anatómico*. Don Juan Fourquet es madrileño, aunque de origen francés; hubiera conquistado, como los anteriores coprofeores, honores, títulos y dinero de habérselo propuesto, mas nada le atraía como su cátedra de Anatomía y Disección y los discípulos. Murió pobre, ya que sólo dejó un ca-

pital cuya renta de 2.000 reales al año destinó íntegra a un premio para un estudiante de segundo curso elegido por sus compañeros. Quiso que su cuerpo fuese enterrado en la fosa común, donde iban los desheredados de la fortuna, aquellos cuyos restos tantas veces le sirvieron de enseñanza para él y sus discípulos en la sala de disección; cuentan los anales madrileños de entonces que en un caluroso día de julio asombró a los vecinos del Puente de Toledo ver llegar al cementerio general del Sur un tan pobrísimo entierro con el más numeroso acompañamiento. Su cuerpo, sin caja, fué depositado en un lecho de flores en la fosa común. Bien lamento no haber conocido este detalle del *hoyo grande*, como también se llamaba a esta fosa, pues cuando hace unos años visité este clausurado cementerio en una romántica peregrinación, organizada por el hoy cronista de Madrid Mariano Rodríguez Rivas, oí ante esa fosa común unas elegías a los que allí estaban enterrados; destacóse el romance sobre la vida aventurera de Luis Candelas, el bandido de Madrid; las tiernas estrofas a Teresa, la amante de Espronceda, etc. Yo, por mi parte, hubiese rezado de rodillas por don Juan Fourquet con la más fervorosa emoción.

Martínez Molina fué el discípulo predilecto del doctor Fourquet, y como él llegó a ser un ejemplar maestro. Nació en Jaén el 24 de diciembre de 1816; de ser supersticiosos pensaríamos en la *gracia* de los nacidos en tal fecha, tan inmediata a la Natividad del Señor; mas, sin duda, protección divina la tuyo siempre, puesto que le dotó de una inteligencia poderosísima y de un corazón generoso, pues apenas llegado a estudiar en la Facultad de Madrid se distingue de sus compañeros y se le otorga el sobrenombre glorioso de «la perla de San Carlos».

Fué auxiliar de la cátedra de Anatomía y después catedrático de la asignatura. Siempre trabajó con igual vocación docente, pues cuentan que

las preparaciones de cátedra las disecaba esmeradamente con el mismo celo que cuando era ayudante. Las clases las continuaba luego en su domicilio particular, situado en la calle de Atocha, en la casa hoy marcada con el número 105, en la que existe una placa mural conmemorativa de aquellas inolvidables enseñanzas, ofrecida por sus admiradores y discípulos.

Fundó Martínez Molina, como su maestro, un premio para ser adjudicado por votación entre los estudiantes de primer año de Anatomía. Por una vez hay que reconocer que este método de las votaciones es bueno, pues los escolares seleccionan durante todo el curso al que por sus varias condiciones de capacidad y compañerismo sea merecedor del mismo; por aquellos años de juventud no existe la envidia, ni los resquemores de la política; la generosidad florece en las almas y, desgraciadamente, pronto se ha de marchitar.

Otro premio de mayor categoría fundó el doctor Martínez Molina en la Real Academia de Medicina, dejando con ello recuerdo perenne y grato de su paso por aquella docta Casa. Otórgase a la mejor Memoria sobre un tema relacionado con la Anatomía. Sólo a título de ejemplo, citaré el del año 1909, sobre *El aparato paratiroideo del hombre*, y que fué otorgado al doctor don Gregorio Marañón.

Maestro es, pues, el que enseña con amor, y este amor no se tiene si no le acompaña una vocación intensa por la enseñanza. Unas oposiciones sirven para obtener una cátedra; pero, una vez ganada ésta, hay que persistir año tras año, perfeccionando los métodos, aunque se repita una y otra vez la asignatura y resulte monótona; mas nunca será así al que lo hace con amor, pues tan fría es la rutina del profesor desatento y abandonado como la del que prepara la lección para lucirse sin preocuparse de que la asimilen y aprovechen los escolares.

MADREZAL

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

**Clínica Médica Universitaria
del profesor A. Pedro Pons. Barcelona.**

III Curso 1946-47

Día 3 de febrero de 1947.—Profesor A. Pedro Pons: «Diagnóstico de las púrpuras trombopénicas».

Día 5.—Doctor J. Vives Mañé: «Insuficiencia medular. Concepto».

Día 7.—Doctor J. Guasch: «Mononucleosis infecciosa. Sus complicaciones».

Día 10.—Profesor J. Gibert Queraltó: «Patogenia de las anemias en las enfermedades infecciosas».

Día 12.—Profesor X. Vilanova: «Hematodermias».

Día 14.—Doctor J. Vilar Bonet: «Linfogranulomatosis maligna de la cavidad abdominal».

Día 17.—Profesor P. Martínez García: «Diagnóstico y tratamiento de las linfadenopatías infantiles».

Día 19.—Doctor F. Ciscar Rius: «Técnica e interpretación de las punciones biópsicas de los órganos hematopoyéticos».

Día 21.—Profesor L. Gironés: «Anemias. Diagnóstico y tratamiento».

Día 24.—Doctor J. Gras Riera: «Génesis y fisiopatología de las proteínas plasmáticas».

Día 26.—Doctor P. Farreras Valentí: «Localizaciones óseas de las enfermedades de la sangre».

Día 28.—Profesor J. G. Sánchez-Lucas: «Lipoidosis».

Las lecciones, de índole teóricopráctica, tendrán lugar en el auditorio de la Clínica Médica A, de la Facultad de Medicina de Barcelona, los lunes, miércoles y viernes, a las doce del mediodía, durante todo el mes de febrero de 1947.

Condiciones indispensables para obtener esta plaza:

1.^a Haber finalizado los estudios médicos durante los cursos de 1944-45-46.

2.^a Haber seguido algún curso de capacitación en algún Servicio de Urología o Cirugía.

3.^a Será condición preferente ser huérfano de médico, hijo o familiar de médico.

a) El señor médico que obtenga la plaza de interno en el Instituto percibirá premios de 1.000 (mil) pesetas por cada trabajo o tesis de investigación clínica o experimental que realice durante su permanencia en el Instituto y 500 (quinien-

tas) pesetas por cada trabajo que realice en las mismas condiciones en colaboración con los miembros del Instituto.

b) El tiempo de duración del internado, que está considerado como beca, será de un año, prorrogable hasta tres, al finalizar los cuales el señor médico interno podrá continuar en el Instituto en calidad de médico agregado.

Las solicitudes se admitirán hasta el día 15 de febrero próximo.

DIRECCIÓN GENERAL DE PREVISIÓN.—Convocando concurso para proveer vacantes de Facultativos de Medicina general del Seguro Obligatorio de Enfermedad existentes en las provincias de Alava, Almería, Badajoz, Burgos, Castellón, Córdoba, Huelva, Orense y Melilla.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 110, 119 y siguientes de la Sección primera del capítulo segundo de la Orden del Ministerio de Trabajo de fecha 19 de febrero de 1946, aprobando el texto refundido de las disposiciones complementarias relativas al Seguro Obligatorio de Enfermedad (*Boletín Oficial del Estado* de 17 de marzo), se anuncian a concurso las siguientes plazas de Medicina general en las localidades que se señalan:

1.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y Entidades Colaboradoras en Vitoria, zona única.

2.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y Entidades Colaboradoras en Vitoria, zona única.

1.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de los Servicios Sindicales del Seguro de Enfermedad en Almería, zona segunda.

2.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de los Servicios Sindicales del Seguro de Enfermedad en Almería, zona segunda.

1.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y Entidades Colaboradoras en Badajoz, zona primera.

2.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y Entidades Colaboradoras en Badajoz, zona primera.

3.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y Entidades Colaboradoras en Badajoz, zona cuarta.

4.^a Una vacante para la asistencia de asegura-

dos de la Caja Nacional y Entidades Colaboradoras en Valle de la Serena, zona única.

5.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Entidad Colaboradora RENFE, en Mérida.

Provincia de Burgos.

1.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Entidad Colaboradora número 10, Mutua General de Seguros, en Burgos, zonas Norte y Sur.

2.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Entidad Colaboradora número 35, «Mapire», en Burgos, zonas Norte y Sur.

3.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de varias Entidades Colaboradoras en Burgos, zonas Norte y Sur.

4.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de varias Entidades Colaboradoras en Burgos, zonas Norte y Sur.

5.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Burgos, zonas Norte y Sur.

6.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de varias Entidades Colaboradoras en Burgos, zonas Norte y Sur.

7.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Entidad Colaboradora número 10, Mutua General de Seguros, en Miranda de Ebro, zona única.

8.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Entidad Colaboradora número 8, «La Española», en Arija, zona única.

9.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Cortes, zona única.

10. Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional, RENFE y otras Entidades Colaboradoras en Miranda de Ebro y Ameyugo.

Provincia de Castellón.

1.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Castellón, zona cuarta.

2.^a Una vacante para la asistencia de asegurados del Servicio Sindical del Seguro de Enfermedad en Castellón, zona única.

3.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Entidad Colaboradora número 10, Mutua General de Seguros, en Castellón, zona cuarta.

4.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y la Entidad Colaboradora número 40, «Hispania», en Almedijar, distrito único.

5.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y de la Entidad Colaboradora número 15, «Vasco-Navarra», en Arañuel, zona única.

6.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y de la Entidad Colaboradora número 10, Mutua General de Seguros, en Ares del Maestre, distrito único.

7.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y de la Entidad Co-

laboradora número 10, Mutua General de Seguros, en Bójar y agregados, distrito único.

8.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y de la Entidad Colaboradora número 10, Mutua General de Seguros, en Cervera del Maestre, distrito único.

9.^a Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional en Chodos, distrito único.

10. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional en Higueras y agregados, zona única.

11. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de la Entidad Colaboradora número 40, «Hispania», en La Mata de Morella y agregado, zona única.

12. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras números 4 y 40 en Tina de Montalgrao, zona única.

13. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional en Portell de Morella, zona única.

14. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de la Entidad Colaboradora número 10, Mutua General de Seguros, en Puebla Tornesa, zona única.

15. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional en Teresa, zona única.

16. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras números 4 y 40 en Villanueva de Viver, zona única.

17. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Villafamés, zona segunda.

Provincia de Córdoba.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras en Córdoba, zona primera, distrito cuarto.

2.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras en Córdoba, zona primera, distrito quinto.

3.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras en Córdoba, zona segunda, distrito sexto.

4.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras en Córdoba, zona tercera, distrito quinto.

5.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras en Córdoba, zona tercera, distrito sexto.

6.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras en Córdoba, zona cuarta, distrito séptimo.

7.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de los Servicios Sindicales y RENFE en Córdoba, zona cuarta, distrito séptimo.

8.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 137, Bilbaina de Previsión, en Córdoba, zona segunda, distrito único.

9.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 137, Bilbaina de Previsión, en Córdoba, zona tercera, distrito único.

10. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 137, Bilbaína de Previsión, en Córdoba, zona cuarta, distrito único.

11. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 103, «Cataluña», en Córdoba, zona segunda, distrito único.

12. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 103, «Cataluña», en Córdoba, zona tercera, distrito único.

13. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 103, «Cataluña», en Córdoba, zona cuarta, distrito único.

14. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Peñarroya-Pueblonuevo, zona primera, distrito tercero.

15. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Peñarroya-Pueblonuevo, zona tercera, distrito cuarto.

Provincia de Huelva.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de las Entidades Colaboradoras números 10, Mutua General de Seguros, y 104, «Museba», en Huelva, zona primera.

2.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de las Entidades Colaboradoras números 8, 35 y RENFE, en Huelva, zona segunda.

3.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras en Huelva, distrito segundo.

4.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de las Entidades Colaboradoras número 10, Mutua General de Seguros, y número 15, Vasco-Navarra, en Valverde, zona única.

5.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras en Valverde, zona única.

6.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 35, «Mapfre», en Zalamea, distrito Soloviejo.

7.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de la Entidad Colaboradora número 145, M. P. Minera de S. O., en Silos de Calañas, zonas Silos.

8.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Cartaya, distrito único.

9.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Bonares, zona única.

10. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Villalba del Alcor, zona única.

11. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Rosal de la Frontera, zona única.

12. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Zufre, zona única.

13. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Ayamonte, zona única.

14. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Ayamonte, zona única.

15. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 145, M. P. Minera, S. O., en Tharsis, zona única.

16. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 135, «Dionisio», en Ríotinto, distrito segundo.

17. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de la Entidad Colaboradora número 135, «Dionisio», en Nerva, distrito tercero.

18. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional, RENFE y otras Entidades Colaboradoras en Valdelamusa, zona única.

19. Una vacante para la asistencia de los asegurados de las Entidades Colaboradoras número 10, Mutua General de Seguros, y número 135, «Dionisio», en Ríotinto, zona primera.

20. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Puebla de Guzmán, zona Las Herrerías.

21. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 135, «Dionisio», en Ríotinto, zona primera.

22. Una vacante para la asistencia de los asegurados de las Entidades Colaboradoras RENFE y la número 20, Mutua C. I. A., en Huelva.

Provincia de Orense.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional en Acevedo del Río, distrito único.

2.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras Servicio Sindical y la número 10, Mutua General de Seguros, en Allariz, distrito tercero.

3.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras Servicio Sindical y la número 10, Mutua General de Seguros, en Barco de Valdeorras, distrito segundo.

4.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras Servicio Sindical y las números 10 y la 137 en Carballeda de Avia, distrito único.

5.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Cartelle, distrito segundo.

6.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de la Entidad Colaboradora número 10, Mutua General de Seguros, en Castrelo de Miño, distrito segundo.

7.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras números 8 y 10, en Cea, distrito segundo.

8.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras Servicio Sindical y la número 10,

Mutua General de Seguros, en Celanova, distrito segundo.

9.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras Servicio Sindical y la número 10, Mutua General de Seguros, en Celanova, distrito tercero.

10. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de la Entidad Colaboradora número 10, Mutua General de Seguros, en Irijo, distrito segundo.

11. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras número 10, Mutua General de Seguros, y número 35, «Mapfre», en Laroco, distrito único.

12. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras número 10, Mutua General de Seguros, y la Sociedad General Gallega de Electricidad, en Maceda, distrito segundo.

13. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Melón, distrito segundo.

14. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras número 10, Mutua General de Seguros, y Servicio Sindical en Monterrey, distrito segundo.

15. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras número 10, Mutua General de Seguros, y Servicio Sindical en Orense, distrito 11, zona sexta.

16. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Orense, distrito quinto, zona segunda.

17. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Orense, distrito octavo, zona cuarta.

18. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora Servicio Sindical del S. E. en Orense, distrito tercero, zona primera.

19. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Pereiro de Aguiar, distrito primero.

20. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de la Entidad Colaboradora número 10, Mutua General de Seguros, en Peroja, distrito segundo.

21. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras Servicio Sindical y la 35, «Mapfre», en Puebla de Trives, distrito segundo.

22. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional en Puentevedra, distrito único.

23. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional en Quintola de Leirado, distrito único.

24. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras número 10, Mutua General de Se-

guros, y número 15, Vasco-Navarra, en Ramiranes, distrito segundo.

25. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras Servicio Sindical y la número 10, Mutua General de Seguros, en Riós, distrito segundo.

26. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de la Entidad Colaboradora número 19, Mutua General Agropecuaria, en San Juan de Rió, distrito único.

27. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional en Teijeira, distrito único.

28. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional en Vega, distrito segundo.

29. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras Servicio Sindical y la número 10, Mutua General de Seguros, en Viana del Bollo, distrito segundo.

30. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional en Villar de Santos, distrito único.

31. Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras Servicio Sindical y la número 10, Mutua General de Seguros, en Monterrey, distrito primero.

Provincia de Melilla.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 9, «Hércules», en Melilla, zona primera (N. E.), distrito único.

2.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 9, «Hércules», en Melilla, zona primera (N. E.), distrito único.

3.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Caja Nacional y de las Entidades Colaboradoras número 9, «Hércules», y número 40, «Hispania», en Melilla, zona primera (N. E.), distrito único.

4.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 9, «Hércules», en Melilla, zona segunda (S. O.), distrito único.

5.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras en Melilla, zona segunda (S. O.), distrito único.

6.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras en Melilla, zona segunda (S. O.), distrito único.

Se concede un plazo de treinta días, a partir de la fecha de la publicación de esta convocatoria en el *Boletín Oficial del Estado*, para que todos los Médicos que figuren en las escalas de la localidad respectiva y a quien no se les haya comunicado su continuación en el Seguro, de conformidad con el citado artículo 110, puedan solicitar las vacantes por escrito, pudiendo hacerlo en la totalidad de las anunciadas y siguiendo un orden de preferencia, ajustándose al modelo impreso que obra en la Inspección Provincial de los Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

La resolución del concurso a que se refiere la presente convocatoria se publicará en el *Boletín Oficial del Estado*, y los interesados tendrán el recurso a que se refiere el artículo 119 del mencionado texto refundido.

Esta convocatoria deberá insertarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias a quienes afecte el concurso, aunque las vacantes que allí se reproduzcan serán sólo las que correspondan a la provincia respectiva.

Madrid, 17 de julio de 1946.—El Director general de Previsión, *Luis Jordana de Pozas*.

(B. O. del E. de 15-I-1947.)

DIRECCIÓN GENERAL DE PREVISIÓN.—Convocando concurso para proveer vacantes de Facultativos de Medicina general del Seguro Obligatorio de Enfermedad existentes en las provincias de Cádiz, Ciudad Real, Gerona, León, Lérida, Logroño, Lugo, Murcia, Las Palmas y Huesca.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 110, 119 y siguientes de la sección primera del capítulo segundo de la Orden del Ministerio de Trabajo de fecha 19 de febrero de 1946, aprobando el texto refundido de las disposiciones complementarias relativas al Seguro Obligatorio de Enfermedad (*Boletín Oficial del Estado* de 17 de marzo), se anuncian a concurso las siguientes plazas de Medicina general en las localidades que se señalan:

Provincia de Cádiz.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 8, «La Española», en Cádiz, zona primera, distrito primero.

2.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 52, «Echevarrieta», en Cádiz, zona primera, distrito quinto.

3.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las Entidades Colaboradoras número 8, «Echevarrieta», en Cádiz, zona tercera, extramuros.

4.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados a las Entidades Colaboradoras número 8, «La Española», y número 19, «M. G. Agropecuaria», en Cádiz, zona tercera, distritos cuarto y quinto.

5.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las Entidades Colaboradoras números 10 y 158, en Cádiz, distrito único.

6.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de RENFE, en Cádiz, distrito único.

7.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 52, «Echevarrieta», en Cádiz, distrito único.

8.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 10, «Mutua General de Seguros», en Cádiz, distrito primero.

9.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 35, «Mapfre», en Jerez de la Frontera, zona primera, distrito segundo.

10. Otra vacante para la asistencia de los ase-

gurados del Servicio Sindical en Jerez de la Frontera, zona primera, distrito primero.

11. Otra vacante para la asistencia de los asegurados del Servicio Sindical en Puerto de Santa María, zona primera, distrito primero.

12. Otra vacante para la asistencia de los asegurados del Servicio Sindical en Jerez de la Frontera, zona primera, distrito segundo.

13. Otra vacante para la asistencia de los asegurados del Servicio Sindical en Jerez de la Frontera, zona segunda, distrito segundo.

14. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de RENFE en Algeciras, zona única.

15. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de RENFE en Jerez de la Frontera, zona única.

16. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 158, en Puerto Real, zona primera.

Provincia de Ciudad Real.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora «Minas de Almadén», en Almadén, distrito segundo.

2.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras en Cañada y Caracuel, zona única.

3.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Cinco Casas, zona única.

4.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional, en Fontanosas, zona única.

5.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Picón, zona única.

6.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Poblete, zona única.

7.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Entidad Colaboradora número 35, «Mapfre», en Puertollano, zona primera.

8.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Entidad Colaboradora número 35, «Mapfre», en Puertollano, zona primera.

9.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Entidad Colaboradora número 35, «Mapfre», en Puertollano, zona segunda.

10. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y la Entidad Colaboradora número 8, «La Española», en Puertollano, distrito segundo.

11. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Puertollano, distrito tercero.

12. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Entidad Colaboradora número 75, «Patria Hispana», en Puertollano, distrito tercero.

13. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Puertollano, distrito cuarto.

14. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y las Entidades Cola-

boradoras números 55 y 104, en Puertollano, distrito cuarto.

15. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 50, «Mutua Española de Previsión», en Puertollano, distrito cuarto.

16. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Servicio Sindical, en Saceruela, zona única.

17. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional, en Valdemando de Esteras, zona única.

18. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Villar de Puertollano, zona única.

Provincia de Gerona.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras, en Anglès, Bruñola, Bonmatí y San Julián de Llor.

2.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Beguda, San Juan las Fonts, San Salvador de Vianya y Vall de Vianya.

3.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Blanes.

4.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Blanes.

5.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras, en Blanes.

6.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras, en Figueras.

7.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras, en Olot, Ridaura, La Piña y Batet.

8.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 10, «Mutua General de Seguros», en Olot, Ridaura, La Piña y Batet.

9.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Ripoll, Parroquia de Ripoll y Vallfogona.

10. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras, en Ripoll, Parroquia de Ripoll y Vallfogona.

11. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras, en Ripoll, Parroquia de Ripoll y Vallfogona.

12. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras, en Salt, Vehinat de Salt, Santa Eugenia de Ter y Vila Blareis.

13. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras, en San Felú de Guixols.

14. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras, en San Juan de las Abadesas, Ogassa.

15. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en San Privat de Bas y Las Presas.

16. Otra vacante para la asistencia de los ase-

gurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Gerona, San Daniel.

17. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras, en Gerona, San Daniel.

Provincia de León.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Entidades Colaboradoras números 10 y 100, en León, zona B, distrito primero.

2.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional, en León, zona A, distrito quinto.

3.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora «Minero-Siderúrgica de Ponferrada», en Ponferrada, extrarradio.

4.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Ponferrada, zona B, distrito primero.

5.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Entidades Colaboradoras números 101 y 104, en Ponferrada, distrito segundo.

6.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional, en Toral de los Guzmanes, zona única.

7.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Villagatón, zona única.

8.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Entidades Colaboradoras números 9 y 101, en Vegacervera, zona única.

9.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Cabañas Raras y Cubillos Sil (mancomunados).

10. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional, en Luyego, distrito único.

11. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Entidades Colaboradoras números 9 y 104, en Valencia de Don Juan, distrito segundo.

12. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Entidades Colaboradoras número 15 y RENFE, el Valderrey, distrito único.

13. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Cuadros-Sariegos (mancomunados).

14. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional en Izagre, distrito único.

15. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en La Robla, distrito único.

16. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Boñar, distrito segundo.

17. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Vegaquemada, distrito único.

18. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Cistierna, distrito segundo.

19. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Entidades Colaboradoras números 9 y 101, en Villamarín, distrito segundo.

20. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Noceda del Bierzo, distrito único.

21. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Entidad Colaboradora número 15, «Vasco-Navarra», en Villabraz-Castilfalé (mancomunados).

22. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y Entidad Colaboradora «Antracitas Gaiztarro», en Valle de Cinolledos, distrito único.

23. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las Entidades Colaboradoras número 10, «M. General de Seg», y número 15, «Previsión Vasco-Navarra», en León, zona B, distrito tercero.

24. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras, en León, zona B, distrito tercero.

Provincia de Lérida.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical y otras Entidades Colaboradoras en Lérida, zona primera.

2.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las Entidades Colaboradoras números 104, 137 y Servicio Sindical Sección RENFE, en Lérida, zona única.

3.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las Entidades Colaboradoras número 8, «La Española» y «Alianza Médica Leridana», en Lérida, zona única.

Provincia de Logroño.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical y otras Entidades Colaboradoras, en Logroño, zona primera.

2.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de las Entidades Colaboradoras números 19 y 40, en Logroño, zona primera.

3.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Logroño, zona segunda.

4.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras, en Logroño, zona tercera.

5.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical, en Logroño, zona tercera.

6.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional, Servicio Sindical y varias Entidades Colaboradoras, en Arnedo, zona única.

7.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical y RENFE, en Haro, zona tercera.

Provincia de Lugo.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de la RENFE, en Bóveda, zona única.

2.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la RENFE, en Monforte, zona.

3.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 10, «Mutua General de Seguros», en Lugo, zona casco.

Provincia de Murcia.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical y RENFE, en Alcantarilla, zona única.

2.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical, en Caravaca, zona única.

3.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical, en Cartagena, zona única.

4.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical, en Cartagena, zona única.

5.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical, en Cartagena, zona única.

6.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la RENFE, en Cartagena, zona única.

7.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Cartagena, zona tercera, rural (barrio Peral).

8.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Cartagena, zona 12, rural (Canteras).

9.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Cartagena, zona 13, rural (Los Dolores).

10. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Cartagena, zona 15, rural (Los Puertos y Camponubla).

11. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical, en Cieza, zona A.

12. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical, en Cieza, zona B.

13. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical, en Lorca, zona primera, urbana.

14. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical, en Lorca, zona segunda, urbana.

15. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical, en Lorca, zona tercera, urbano-rural.

16. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical y RENFE, en Mula, zona única.

17. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Murcia, zona séptima, rural (Beniján-Algezares).

18. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la Entidad Colaboradora número 33, «Multimax», en Murcia, zona octava, rural (Alberca, El Palmar y San Gónera la Verde).

19. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Co-

laboradoras, en Murcia, zona novena, rural (Espinar y Guadalupe).

20. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Murcia, zona 10, rural (La Añora y Jabalí Nuevo).

21. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical, en Murcia, zona primera, rural.

22. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical, en Murcia, zona segunda, rural.

23. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Servicio Sindical, en Murcia, zona tercera, rural.

24. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de la RENFE, en Murcia, zona tercera, urbano-rural.

Provincia de Las Palmas.

1.^a Una vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Las Palmas de Gran Canaria, zona primera, Vegueta.

2.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Las Palmas, zona primera, Vegueta.

3.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de varias Entidades Colaboradoras, en Las Palmas de Gran Canaria, zona tercera, Arenales.

4.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Las Palmas, zona cuarta, Santa Catalina.

5.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Las Palmas, zona quinta, Isleta.

6.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Las Palmas, zona quinta, Isleta.

7.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Las Palmas, zona quinta, Isleta.

8.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Las Palmas, zona sexta, Tafira.

9.^a Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Las Palmas, zona séptima, Tamaraceite.

10. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Tegui (Lanzarote), zona Tegui.

11. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Valleseco, zona Valleseco.

12. Otra vacante para la asistencia de los asegurados de Caja Nacional y varias Entidades Colaboradoras, en Arucas, zona Arucas.

Provincia de Huesca.

Carece de vacantes.

Se concede un plazo de treinta días, a partir de la fecha de la publicación de esta convocato-

ria en el *Boletín Oficial del Estado*, para que todos los Médicos que figuren en las escalas de la localidad respectiva y a quien no se les haya comunicado su continuación en el Seguro, de conformidad con el citado artículo 110, puedan solicitar las vacantes por escrito, pudiendo hacerlo en la localidad de las anunciadas y siguiendo un orden de preferencia, ajustándose al modelo impreso que obra en la Inspección Provincial de los Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

La resolución del concurso a que se refiere la presente convocatoria se publicará en el *Boletín Oficial del Estado*, y los interesados tendrán el recurso a que se refiere el artículo 119 del mencionado texto refundido.

Esta convocatoria deberá insertarse en el *Boletín Oficial* de las provincias a quienes afecte el concurso, aunque las vacantes que allí se reproduzcan serán sólo las que correspondan a la provincia respectiva.

Madrid, 4 de octubre de 1946.—El Director general de Previsión, *Buenaventura Castro Rial*.

(B. O. del E. de 16-I-1947.)

PATRONATO NACIONAL ANTITUBERCULOSO. — Convocando a oposición para cubrir una plaza de Director de Sanatorio de Tuberculosis Quirúrgica.

En ejecución de acuerdo de la Junta Central de este organismo, se convoca oposición entre Médicos del Patronato Nacional Antituberculoso y Médicos libres para cubrir una plaza de Director de Sanatorio de Tuberculosis Quirúrgica, dotada con el haber anual de 10.000 pesetas e ingresando el nombrado en el Escalafón de Médicos Directores de este Patronato a continuación del último escalafonado.

Dicha oposición se ajustará a las siguientes normas:

1.^a Las solicitudes de los aspirantes, debidamente reintegradas, se presentarán en el plazo de treinta días hábiles, contados a partir del siguiente a la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*, en el Registro General del Patronato Nacional Antituberculoso (plaza de España, Madrid), y dentro de las horas hábiles de oficina, debiendo acompañar:

a) Partida de nacimiento, debidamente legalizada cuando estuviere extendida fuera de la jurisdicción de la Audiencia Territorial de Madrid.

b) Título de doctor o licenciado en Medicina y Cirugía, expedido por Universidad española, o testimonio notarial del mismo.

c) Certificado de antecedentes penales.

d) Certificado de buena conducta.

e) Declaración jurada de no haber sido separado del servicio en ningún Cuerpo del Estado, Provincia o Municipio.

f) Memoria, de extensión no superior a cincuenta cuartillas corrientes mecanografiadas, en la cual el interesado expondrá su formación científica en relación con la especialidad y su criterio sobre la organización que debe darse a un sana-

torio para enfermos de dicha clase. A ello podrá unir cuantas publicaciones y documentos consideren acreditativos de su preparación.

g) Recibo de haber satisfecho en la Habilitación de este Patronato la cantidad de 100 pesetas en concepto de derechos de examen.

Los documentos comprendidos en los apartados a), b), c), d) y e) no será preciso presentarlos cuando el solicitante pertenezca a alguno de los escalafones del Patronato.

2.^a Los ejercicios de la oposición se dividirán en tres partes:

Primera. Lectura por el opositor de la Memoria a que se ha hecho referencia en la base anterior.

Segunda. Contestación oral, en el plazo máximo de una hora, a tres temas sacados a la suerte entre los que forman el programa que se inserta a continuación de esta convocatoria.

Tercera. Examen clínico de un enfermo de la especialidad, por término no superior a media hora, disponiendo el opositor de quince minutos a continuación para exponer los datos recogidos y formular el diagnóstico y propuesta de tratamiento correspondiente. A este fin, el Tribunal podrá facilitarle los elementos de juicio auxiliares que se estimen necesarios para ello.

3.^a Los ejercicios segundo y tercero serán eliminatorios, y el Tribunal que haya de juzgar las oposiciones se nombrará oportunamente.

4.^a Las oposiciones darán comienzo a los tres meses de publicada esta convocatoria.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 10 de enero de 1947.—El Delegado de S. E. el Ministro de la Gobernación, Presidente, *José A. Palanca*.

PROGRAMA PARA OPOSICIONES A DIRECTORES DE SANATORIOS DE TUBERCULOSIS QUIRÚRGICA

- 1.º Etiología de la tuberculosis en general.
- 2.º Patogenia de la tuberculosis en general.
- 3.º Diagnóstico de la tuberculosis en general.
- 4.º Pronóstico de la tuberculosis en general.
- 5.º Tratamiento de la tuberculosis en general.
- 6.º Historia de la tuberculosis ósteoarticular.
- 7.º La tuberculosis ósteoarticular dentro del cuadro general de la infección tuberculosa.
- 8.º Patogenia de la tuberculosis ósteoarticular.
- 9.º Anatomía patológica de la tuberculosis ósteoarticular.
10. Localización de la tuberculosis ósteoarticular.
11. Cuadros anatomoclínicos de la tuberculosis ósteoarticular. Clasificación.
12. Descripción de las formas anatomoclínicas.
13. Evolución de las lesiones fundamentales de la tuberculosis ósteoarticular.
14. Los procesos de reparación en la tuberculosis ósteoarticular.
15. Concepto de la curación anatómica de la tuberculosis ósteoarticular.
16. Fisiopatología de la tuberculosis ósteoarticular. Factores etiológicos, etc.
17. Deformidades y contracturas. Etiopatogenia.
18. Abscesos en general. Tratamiento.

19. Complicación en general. Causas de muerte.

20. Tuberculosis ósteoarticular múltiple. Concepto, etiopatogenia.

21. Relación entre tuberculosis pulmonar y ósteoarticular.

22. Diagnóstico clínico general de la tuberculosis ósteoarticular.

23. Diagnóstico por el laboratorio de la tuberculosis ósteoarticular.

24. Diagnóstico radiográfico de la tuberculosis ósteoarticular.

25. Pronóstico de la tuberculosis ósteoarticular.

26. Tratamiento general de la tuberculosis ósteoarticular.

27. Tratamiento ortopédico de la tuberculosis ósteoarticular.

28. El vendaje de escayola en la tuberculosis ósteoarticular.

29. Indicaciones del tratamiento operatorio de la tuberculosis ósteoarticular.

30. Signos clínicos y radiológicos de curación de la tuberculosis ósteoarticular.

31. Tratamiento de deformidades y secuelas.

32. Traumatismos y tuberculosis ósteoarticular. Fracturas espontáneas.

33. Osteítis tuberculosas de los pequeños huesos largos.

34. Osteítis tuberculosas de los grandes huesos largos.

35. Osteítis tuberculosas yuxtaarticulares.

36. Osteítis tuberculosas de los huesos cortos.

37. Osteítis tuberculosas de los huesos planos.

38. Tuberculosis de columna vertebral. Cuadros anatomopatológicos.

39. Localización y propagación de la tuberculosis vertebral.

40. Abscesos en la tuberculosis vertebral.

41. Paraplegias póticas.

42. Cuadro radiológico de la tuberculosis vertebral.

43. Clínica de la tuberculosis vertebral.

44. Diagnóstico general y diferencial de la tuberculosis vertebral.

45. Pronóstico y tratamiento ortopédico de la tuberculosis vertebral.

46. Indicaciones y técnicas operatorias en la tuberculosis vertebral.

47. Tuberculosis de la articulación sacroilíaca.

48. Tuberculosis de cadera. Localización y propagación.

49. Cuadros anatomopatológicos de la tuberculosis de cadera.

50. Cuadros clínicos y radiográficos de la tuberculosis de cadera.

51. Diagnóstico general y diferencial de la tuberculosis de cadera.

52. Pronóstico y tratamiento ortopédico de la tuberculosis de cadera.

53. Indicaciones y técnicas operatorias en la tuberculosis de cadera.

54. Tratamiento de las secuelas en la coxalgia.

55. Tuberculosis de rodilla. Localización y propagación.

56. Cuadros anatomopatológicos de la tuberculosis de rodilla.

57. Cuadros clínicos y radiográficos de la tuberculosis de rodilla.

58. Diagnóstico general y diferencial de la tuberculosis de rodilla.

59. Pronóstico y tratamiento ortopédico de la tuberculosis de rodilla.

60. Indicaciones y técnicas operatorias de la tuberculosis de rodilla.

61. Tuberculosis de la tibioastragalina.

62. Osteoartritis tuberculosa de pie.

63. Tuberculosis de la articulación escápulo-humeral.

64. Tuberculosis de oído.

65. Tuberculosis de la muñeca.

66. Tuberculosis peritoneal y ganglional.

67. Organización de la lucha antituberculosa en general.

68. Organización de la lucha contra la tuberculosis ósteoarticular.

69. El problema social de la tuberculosis ósteoarticular.

(B. O. del E. de 19-I-1947.)

TRIBUNAL DE OPOSICIONES A PLAZAS DE MÉDICOS DE AGUAS MINEROMEDICINALES, INSPECTORES DE ESTABLECIMIENTOS BALNEARIOS.—*Convocando a los señores opositores a las citadas plazas para la práctica del primer ejercicio y señalando fecha, hora y lugar de presentación.*

Se convoca a los señores opositores para comenzar la práctica del primer ejercicio, que tendrá lugar el próximo lunes, día 3 de febrero, en Madrid, en el local y a la hora que oportunamente se harán públicos en el tablón de anuncios de la Dirección General de Sanidad, debiendo concurrir todos los señores opositores que antes de tal fecha hayan completado la documentación exigida.

Madrid, 13 de enero de 1947.—El Presidente del Tribunal, *Enrique A. Saiz de Aja.*

(B. O. del E. de 18-I-1947.)

ORDEN de 14 de enero de 1947 por la que se convoca concurso voluntario de traslado entre Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional en servicio activo o en expectación de destino, para la provisión de la plaza vacante de Médico en la Jefatura Provincial de Sanidad de Barcelona.

Ilmo. Sr.: Vacante en la plantilla de destinos del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional una plaza de Médico en la Jefatura Provincial de Sanidad de Barcelona, clasificada en la Orden de 20 de febrero de 1941 en turno de provisión ordinario,

Este Ministerio ha tenido a bien convocar concurso voluntario de traslado entre Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional en activo servicio o en expectación de destino, para la provisión de la referida vacante, así como las resultas que pudieran producirse en el mismo turno de provisión.

Los aspirantes dispondrán de un plazo de quince días hábiles, contados a partir del siguiente a la publicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*, para la presentación de instancias, redactadas de conformidad con lo prevenido en la mencionada Orden de 20 de febrero de 1941.

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

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 14 de enero de 1947.—P. D., *Pedro F. Valladares.*

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 21-I-1947.)

PATRONATO NACIONAL ANTITUBERCULOSO.—*Anunciando concurso para proveer la plaza de Médico director del Sanatorio - Enfermería Antituberculoso «Victoria Eugenia» (Madrid) y resultados de la misma.*

Vacante la plaza de Médico director del Sanatorio-Enfermería «Victoria Eugenia» (Madrid), y acordada por la Junta Central de este Patronato la agregación de los servicios clínicos del sanatorio mencionado y del de Valdelatas a la Escuela de Tisiología, se anuncia por la presente concurso para la provisión de la plaza expresada de Médico director y sus resultas, con sujeción a las siguientes normas:

1.^a El presente concurso, en atención a las circunstancias que concurren en la plaza expresada, será de méritos, libremente apreciados por este Patronato.

2.^a Los solicitantes habrán de pertenecer al Escalafón de Médicos Directores de este organismo.

3.^a Las instancias se presentarán en el Registro General de este Patronato, durante las horas de oficina, en el plazo de quince días hábiles, contados a partir del siguiente al de la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*, entendiéndose desestimada toda aquella que tuviere entrada transcurrido dicho plazo, cualquiera que fuere la causa de ello.

4.^a Los solicitantes pueden alegar cuantos méritos estimen oportunos en apoyo de su petición.

5.^a En el presente concurso se cubrirán igualmente las resultas que puedan producirse como consecuencia de la designación que se haga para la plaza de referencia.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 16 de enero de 1947.—El Delegado de S. E. el Ministro de la Gobernación, Presidente, *José A. Palanca.*

(B. O. del E. de 21-I-1947.)

≡ ANÁLISIS ≡

de ORINAS, en comparación con la normal.

SANGRE, ESPUTOS, EXUDADOS, etc.

Dr. E. ORTEGA, sucesor del Dr. CALDERON

Análisis de aguas mineromedicinales, etc.

FUNDADO EN CARRETAS, 14, EN 1898

Carmen, 12 - MADRID - Teléf. 16388

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 4.218)



Insulinas

Zeltia

EXACTA TITULACIÓN, ESTABILIDAD

INSULINA ORDINARIA

(FRASCOS DE 100 Y 200 U.I.)

PROTAMINA - ZINC - INSULINA

(INSULINA RETARDADA)

(FRASCO DE 200 U.I.)

LABORATORIOS ESPAÑOLES "Zeltia" S.A.



ALCALOIDES MORFICOS
SINTETIZADOS EN ESPAÑA

DIOSAN

PRESENTACIÓN:

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS DE 0,02 GRS. DE CLORHIDRATO DE ETILMORFINA
CAJA DE 5 AMPOLLAS DE 1 C. C. CONTENIENDO CADA UNA 2 CTG.



CODEISAN

PRESENTACIÓN:

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS DE 0,03 GRS. DE FOSFATO DE CODEINA

SANOCAL

Nueva especialidad
ABELLÓ

cuya orientación hace más asequible la terapéutica calcio-ascórbica asociada.

PRESENTACIÓN:

INTRAVENOSO: Caja de 10 ampollas de 3 o de 5 c. c. de tiosulfato cálcico al 10 % y otras 10 de 1 c. c. conteniendo 5 ctgrs. de ácido ascórbico.



INTRAMUSCULAR: Cajas de 10 ampollas de 3 o de 5 c. c. de tiosulfato cálcico al 3 % y otras 10 de 1 c. c. conteniendo 5 ctgrs. de ácido ascórbico.

FÁBRICA DE PRODUCTOS QUÍMICOS Y FARMACÉUTICOS **ABELLÓ** - MADRID - LEÓN
Ayuntamiento de Madrid