

OS
NA

N

MORFINA
2 CTG.

N

CODEINA

sociada.

de tiosulfato
cido ascórbico.



HIPPOCRATES



GALENVS



AVICENA



RASIS



MESVE



PLATO



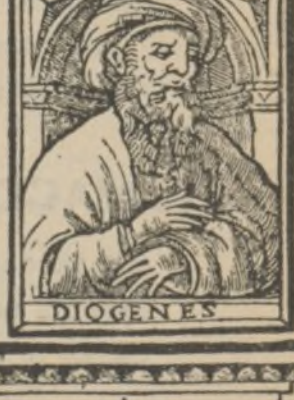
ARISTOTELES



THEOPHRASTVS



AVEROIS



DIOGENES

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MEDICAS

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.

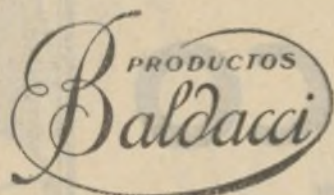
Fundador de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA.

Madrid y sábado día 1 de febrero de 1947

NÚMERO 4.737



Ayuntamiento de Madrid



IODARSOLO

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

ZIMEMA

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

AGLICOLO

Diabetes y glucosurias.
Frasquitos para gotas.

TIARSINA

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

OXIDAL

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

GUAIACOL CALCICO

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

Con 5 cc. de

Z I M E M A

VIA SUBCUTÁNEA O INTRAMUSCULAR

... se obtienen resultados
rápidos y seguros, su-
periores a los obtenidos
con otras sustancias
que suelen administrar-
se a dosis mucho más
elevadas para la coa-
gulación de la sangre.

Más seguro - Más cómodo
Más económico

En ampollas sueltas de 5 cc.

Agente: "DYP SA" - Apartado 942 - BARCELONA

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.982.)

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE CIENCIAS MEDICAS

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

Programa científico:

PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—COLABORACIONES: *Psicopatología de las ideas delirantes*, por el Prof. A. Vallejo Nágera. *Tratamiento de las inflamaciones y supuraciones de mano y dedos*, por el Dr. F. Rodríguez Segade. DIVULGACIONES NACIONALES: *La Crenoterapia en Otorrinolaringología*, por los Dres. Eduardo Vigalondo Errasti y Pío Pérez Periago. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *La vida social en Francia*, por el Dr. Claudio Dufrésne. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

PSICOPATOLOGÍA DE LAS IDEAS DELIRANTES

por el

Profesor A. VALLEJO NAGERA

CONCEPTO DE LAS IDEAS DELIRANTES

Clásicamente se estudian las ideas delirantes y delirios entre los trastornos de las operaciones intelectuales, especialmente entre los del juicio y razonamiento, que tienen una expresión clínica muy distinta de los de la inteligencia, con los cuales puede coexistir, pero también presentarse independientemente. Efectivamente; pueden darse ideas delirantes en un demente o en un oligofrénico, pero asimismo pueden observarse en un sujeto que conserve intacta, sutil y aguda inteligencia, como en el ejemplo del famoso hidalgo manchego, que sólo disparataba cuando se trataba de sus negras caballerías. Actualmente ya no se conciben las ideas delirantes como el resultado de la alteración, total o parcial, de las funciones intelectuales, sino como el resultado final de la actuación de influencias patógenas sobre la totalidad de la actividad psíquica personal.

Las ideas delirantes no constituyen síntomas específicos de psicosis alguna, sino que pueden observarse en cualesquiera enfermedades psíquicas de muy diversa etiología. Sin embargo, las modernas investigaciones psicopatológicas, con arreglo a los criterios analítico y dinámico, permiten una diferenciación en sus características, que en algunos casos pueden llevar incluso al diagnóstico de la enfermedad causal; verbigracia, la idea delirante primaria e incomprensible psicológicamente se considera patognomónica de la esquizofrenia. Radica el interés patogénico de la idea delirante en relacionarse con el de dos enfermedades

psíquicas importantísimas: la esquizofrenia y la paranoia, y de aquí el esfuerzo de los clínicos en el estudio de este tipo de trastornos.

En la doctrina de los delirios e ideas delirantes existe un verdadero caos, en el que se ha intentado poner orden reiteradamente sin lograrlo, aunque los progresos de la investigación psiquiátrica permitan la definición de una serie de conceptos. Para el establecimiento de conceptos exactos y de nociones perfectamente definidas, debemos de atenernos a los fenómenos que nos presentan los enfermos, sin dejarnos arrastrar por el campo de las especulaciones filosóficas y psicológicas. Ello es tanto más necesario, cuanto que existen casi tantas definiciones de la idea delirante como autores, según las diversas tendencias doctrinales que mantienen.

En la investigación de la idea delirante predominan actualmente dos orientaciones completamente distintas: una de ellas, descriptiva, que estudia la idea delirante en sus aspectos fenoménico y funcional; la otra, dinámica, que se refiere a sus relaciones causales y comprensibles. Tales tendencias se advierten inmediatamente en las definiciones dadas por los autores a las ideas delirantes, indicativas de los criterios seguidos en cada época.

DEFINICIÓN DE LAS IDEAS DELIRANTES

Encabeza KRAEPELIN (1893) las definiciones descriptivas de la idea delirante; entiende por tal los errores sobrevenidos por vía patológica, cuya

rectificación resiste a la argumentación. Aproximadamente, coincide JASPERS (1911) en el criterio expuesto; si bien precisa más las características de la idea delirante. La define como *juicios erróneos, falseados por una causa patológica* y caracterizados por los signos siguientes: a), convicción extraordinaria con que se mantienen, notable certeza subjetiva; b), impermeabilidad a la experiencia y refutaciones lógicas, y c), inverosimilitud del contenido.

El concepto funcional de la idea delirante se refleja perfectamente en la definición de JAHREISS (1935) al comprenderla como *errores surgidos de necesidades internas de interpretación*, mientras que el dinámico aparece en la definición de SEGLAS (1911), cuando la define como *complejo de representaciones morbosas concernientes al yo y a sus relaciones con el mundo externo*. MOGLIE (1926) precisa el concepto dinámico cuando admite en la idea delirante un *complejo de ideas íntimamente ligadas al yo consciente del individuo, que, consecutivamente a anomalías afectivas, adquieren prevalencia absoluta sobre cualesquiera otras representaciones*; pero en su definición no se diferencia la idea delirante de la sobrevalorada, distinción fundamental en la doctrina de la idea delirante.

Parte JASPERS del concepto de la *comprensibilidad psicológica*, y establece dos suertes de ideas delirantes absolutamente distintas: las ideas delirantes primarias, verdaderas ideas delirantes, incomprensibles psicológicamente, y las ideas delirantes delirógenas o secundarias, comprensibles psicológicamente. Decimos que las relaciones psicológicas son comprensibles cuando, analizado el estado psíquico patológico, apreciamos que se desarrolla a expensas de situaciones conocidas y de influencias perfectamente demostrables, que tienen idéntica significación para la mayoría de las personas, o sea que, en igualdad de condiciones, hubiéramos experimentado los mismos fenómenos que el enfermo. Caracterizan fundamentalmente la idea delirante primaria la propiedad de *morbosidad, irreductibilidad, absurdidad, incomprensibilidad psicológica y no ser referibles a otros síntomas*; desde el punto de vista psicopatológico, son originales, y no se vislumbra en ellas una causa comprensible. Las ideas delirantes secundarias *emergen de vivencias y afectos, son comprensibles psicológicamente y derivadas de otros síntomas*, además de definir las propiedades de morbosidad, absurdidad e irreductibilidad. Incluidas en el concepto de la idea delirante las propiedades de morbosidad, absurdidad e irreductibilidad, podemos diferenciarla del error y de la idea sobrevalorada.

ERRORES E IDEAS SOBREVALORADAS

En la vida cotidiana, numerosas fuentes conducen a pensamientos y juicios erróneos, incluso

cuando se trata de fenómenos y objetos tangibles. Si tomamos la semejanza por identidad, confundiremos una rosa con una camelia; si establecemos falsas relaciones de causa a efecto y atribuímos una ley de causalidad a meras coincidencias, relacionaremos la curación de una enfermedad con el hecho de haber tocado un talismán; si establecemos relaciones erróneas entre los fenómenos que observamos, crearemos que el sol gira alrededor de la tierra. Empero, todos estos errores pueden corregirlos nuevas experiencias, a condición de que los conocimientos adquiridos permitan interpretarlos debidamente.

Muchos errores se mantienen tozudamente, por incultura o debilidad de juicio, así como, consecutivamente a deformaciones afectivas, de los procesos psíquicos (catatimia); pero aunque muchos errores pueden presentar los caracteres de absurdidad e incorregibilidad, siempre les faltará el carácter de *morbosidad*, esencial en el concepto de la idea delirante. Por otra parte, las propiedades de equivocación o incorregibilidad no separan suficientemente el error de la idea delirante, pues es necesario que dichas propiedades sean primarias fenomenológicamente, no obedezcan a una causa comprensible psicológicamente. Además del carácter de *incomprensibilidad causal*, tenemos en la idea delirante el de *irreductibilidad*, pues normalmente corregimos los errores inmediatamente que reflexionamos y se nos aportan nuevos elementos de juicio, cosa que no sucede en la idea delirante, pues el sujeto no sólo no rectifica su error, sino que quiere convencer a los demás que se halla en posesión de la verdad.

Denomina WERNICKE ideas sobrevaloradas: *las representaciones mentales o directrices ideativas, que predominan, transitoria o permanentemente, en el campo de la conciencia, y que se relacionan con estados afectivos*. BIRNBAUM circunscribe el concepto de la idea sobrevalorada al predominio en la vida psíquica de determinados contenidos ideativos, consecutivamente a su sobrecarga afectiva. En cierta manera se consideran ideas sobrevaloradas las opiniones que tenemos sobre el mundo, la vida y los hombres, adquiridas por hábito o por educación, y que, impulsadas por afectos, nos hacen parciales en nuestros juicios, por mucho que éstos se reputen como objetivos. Consecuentemente pueden incluirse entre las ideas sobrevaloradas todas las religiosas, políticas y sociales extremistas y sectarias; las ideas éticas o estéticas fuera del común, tales las profesadas por abstemios, puritanos y futuristas; las ideas de reforma social, verbigracia, el comunismo o el feminismo; ciertos sistemas médicos absurdos, por ejemplo, la homeopatía, el naturismo, etc.

Define primordialmente la idea sobrevalorada el importante papel etiológico desempeñado por determinadas vivencias, afectivamente sobrecargadas, que imprimen un cambio decisivo en nuestra

vida, y de cuya futura influencia no podemos desprendernos. Caracterizan la idea sobrevalorada la imposibilidad que tiene el sujeto de sustraerse a su influencia en la conducta que observa y la tendencia que manifiesta a la asociación con nuevas vivencias. Entre los típicos contenidos de ideas sobrevaloradas, mencionaremos la sensación de incapacidad para el trabajo experimentada por el sujeto que pretende una indemnización por un accidente; las reacciones ante injusticias reales o supuestas; las angustiosas sensaciones del hipocondríaco; la idea de nuestra indignidad luego de un suceso vergonzoso de que hemos sido protagonistas, o de cultivar un vicio repugnante (masturbación). Empero, en ninguno de los ejemplos citados son morbosos los contenidos ideativos; pero pueden adquirir el carácter de morbosidad si florecen en una constitución patológica, origen de muchas ideas delirantes, cuando la idea sobrevalorada establece relaciones morbosas. Habitualmente, la idea sobrevalorada refleja la personalidad del sujeto, su carácter, y de aquí que el paciente se identifique con ella: *no es extraña al yo*. Precisamente se diferencian las ideas delirantes de las sobrevaloradas en que aquéllas se experimentan como extrañas al yo, como se diferencian de las ideas obsesivas, en que no se experimentan como absurdas.

Las ideas sobrevaloradas influyen perjudicialmente en el pensamiento, polarizándole en determinada dirección. Las ideas religiosas del cartujo no pueden considerarse sobrevaloradas dentro de su comunidad, orientada en consonancia con ellas; tampoco son sobrevaloradas las ideas políticas profesadas por amplios sectores sociales. Una idea no adquiere el carácter de sobrevalorada hasta que no pugna con el medio ambiente. Comúnmente, la idea sobrevalorada sólo adquiere carácter patológico cuando impulsa la conducta del sujeto por cauces contrarios a la lógica y a la razón. Faltan, por consiguiente, a las ideas sobrevaloradas, los caracteres de morbosidad, incomprendibilidad, absurdidad, irreductibilidad y extrañeza al yo.

CLASIFICACIÓN ETIOPATOGÉNICA DE LAS IDEAS DELIRANTES

Con fines didácticos proponen los autores muy diversas clasificaciones de las ideas delirantes, principalmente según los conceptos etiopatogénicos y criterios, en la interpretación analítica del síntoma que nos ocupa. Las clasificaciones clásicas se preocupan especialmente del contenido o fábula delirante, clasificaciones que han perdido actualmente interés psicopatológico, pero no clínico, y que conservaremos cuando estudiemos la clínica de las ideas delirantes. Se establecen los grandes grupos de ideas delirantes depresivas, expansivas, persecutorias y metamorfósicas.

Posteriormente se clasifican las ideas delirantes teniendo en cuenta sus fuentes, y se admiten tres principales: surgen de afectos y sentimientos (forma emotiva), brotan de lo somático (forma vegetativa) o ponen en marcha desarrollos delirantes paranoides (forma caracterológica). Con arreglo al criterio moderno, han de concebirse las ideas delirantes como el resultado final de la actuación de influjos nosoceptivos que operan sobre la totalidad de la actividad psíquica personal, no como una alteración total o parcial de las funciones intelectuales, pudiendo distinguirse tres tipos (MIRA):

1.º Surgen de una alteración primaria de los datos de la conciencia. Si éstos se refieren al mundo objetivo, tendremos *ideas delirantes sensoriales*, de tipo alucinatorio polimorfo, característico de los síndromes psíquicos toxiinfecciosos. Cuando hacen referencia al mundo subjetivo, tendremos el *delirio cenestésico*, propio de las psicosis endógenas, ideas delirantes generalmente de tipo hipocondríaco, melancólico, negativista, de posesión, influencia, etc.

2.º Ideas delirantes producidas por una alteración secundaria del juicio lógico, construídas a base de racionalizaciones y proyecciones. Se observan de preferencia en los cuadros paranoides, y tenemos su prototipo en las *ideas delirantes de interpretación*.

3.º *Ideas delirantes procesuales*, que atacan directamente la estructura funcional del pensamiento, destruyendo las conexiones e integraciones significativas, desorganizando directamente la elaboración de los juicios y sustituyendo progresivamente la actividad individual unitaria, racional y comprensible por otra fragmentaria, incoherente e ilógica.

Sin que pierdan interés las precedentes clasificaciones, consideramos mucho más importante, desde el punto de vista clínico, clasificar las ideas delirantes en procesuales, fásicas, reactivas y caracterológicas, según que correspondan a una de las cuatro especies nosodrómicas establecidas, a saber: proceso, fase, reacción y desarrollo. Las *ideas delirantes procesuales* serán siempre primarias, no derivadas de otros síntomas, irreductibles e incomprensibles psicológicamente. Las *ideas delirantes físicas* brotan del afecto fundamental patológico característico de la fase, y en este sentido son comprensibles, sujetas en su propiedad de irreductibilidad a la labilidad del afecto fundamental. Las *ideas delirantes reactivas* están siempre desencadenadas por una vivencia que, al provocar la reacción, también influye en la sintomatología del cuadro clínico, y, por ello, las ideas delirantes de este tipo son comprensibles psicológicamente y responde a una situación dada. Las *ideas delirantes caracterológicas* emergen de una disposición personal endógena (constitución paranoica), consecutivamente a la fuerza expansiva de la misma,

y se relacionan los síntomas con sucesos externos y con el destino del sujeto. Son comprensibles psicológicamente, no referibles a otros síntomas, e irreductibles, aunque tienen el carácter de secundarias. Corresponde este último tipo a las *ideas delirógenas* o paranoideas de JASPERS.

CONCEPTO PSICOPATOLOGICO DESCRIPTIVO DE LA IDEA DELIRANTE

EL CRITERIO ANALÍTICO

Sabemos que la idea delirante primaria tiene que ser incomprensible psicológicamente, y no derivada de otros síntomas. Emerge súbitamente, como una intuición, se hace presente a la conciencia inmediatamente, con toda claridad, sin la intervención de procesos psicológicos intermedios; por consiguiente, sin elaboración intrapsíquica, al mismo tiempo que adquiere un carácter de inmovible certidumbre. Uno de nuestros enfermos oye en Córdoba la emisión radiotelefónica de Sevilla; súbitamente adquiere la certeza de que unos amigos se burlan de él desde dicha población y le gastan bromas; idea delirante que persiste años y años, no obstante los tratamientos biológicos empleados. De un modo semejante brota la idea de ser masones los compañeros de viaje o de poseer grandes riquezas.

Los clínicos que siguen un criterio analítico en el estudio de la idea delirante, JASPERS principalmente, pretenden diferenciar en ella la vivencia y el juicio erróneo, o sea en qué sentido es causal o representa un símbolo freudiano. A tal efecto, clasifica dicho autor las ideas delirantes primarias en representaciones delirantes, interpretaciones delirantes y convicciones delirantes.

a) *Percepciones delirantes*.—El enfermo experimenta directamente transformadas todas las percepciones, transformación que se asocia directamente a determinada interpretación, sin que la percepción se modifique en su aspecto sensorial. El trastorno no radica en las partes elementales de la percepción (color castaño de la mesa), tampoco en la apercepción (esto es una mesa), ni en la ulterior elaboración intelectual (se sabe que es una mesa isabelina), sino en la *impulsión a la interpretación simbólica*: la mesa significa que el mundo es tan extravagante como las onduladas patas de la mesa (*vivencia de significación*). Consiste la denominada «vivencia de significación» en que repentinamente se percata el sujeto de que los objetos y acontecimientos de los mundos externo e interno tienen «una significación», aunque el significado no es concreto y manifiesto, caso en que está alterado el contenido de la percepción.

Tres suertes de vivencia delirante primaria admiten los autores:

1.^a *Vivencia de transformación* o de conversión, en que el sujeto se encuentra repentinamen-

te cambiado, como el famoso «Licenciado Vidriera»; la vivencia delirante consiste en creerse transformado en vidrio, y el error delirante en suponer que podría quebrarse, por lo que viaja metido en un serón y protegido por paja.

2.^a *Vivencia de extrañeza del mundo externo*, que se encuentra raro, cambiado. Ambas vivencias se manifiestan en una joven que en la mesa del hotel dice a su hermana: «Nuestros padres no son mis padres; yo soy María Stuardo, y estas gentes son mis cortesanos, todos ellos muertos, vestidos de extravagante manera.»

3.^a *Vivencia de alusión* o autorreferencia, relacionando el enfermo primariamente las percepciones con su persona, de manera que el yo establece relaciones egocéntricas primarias con los acontecimientos del mundo externo. Un sujeto presencia en la calle el paso de la compañía con bandera y música que se dirige a dar la guardia en el Palacio Real; al pasar indica el capitán, con un gesto del sable y una guiñada, que es el rey, y que debe tomar inmediatamente posesión del trono; como el enfermo intenta hacerlo inmediatamente, es detenido a las puertas del palacio, e internado en nuestro frenocomio, en el que permanece hace veinte años convencido de su realza.

b) *Representaciones delirantes*.—Los engramas, los recuerdos vivenciales se presentan con nuevos coloridos y nuevas interpretaciones, a condición de que la presentación sea brusca e inmotivada. Se presenta angustiado un joven sacerdote a decirnos que súbitamente ha adquirido la convicción de que un militar que días pasados había visto en un hospital era el ángel de la paz, que había bajado del cielo a poner paz en la tierra.

c) *Convicciones delirantes*.—Se adquiere la plena convicción de haber ocurrido ciertos hechos o sucesos, sin las menores probabilidades de verosimilitud. Una enferma nos dice al entrar en su habitación: «Doctor, mi madre acaba de morir, estoy segura»; o bien, «por mi culpa acaba de hundirse un barco en el Pacífico, y hay más de mil víctimas».

EL ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO

El análisis fenomenológico se atiene a los fenómenos psíquicos que se ofrecen inmediatamente a la observación. Constituyen su objeto los fenómenos libres de contenido que se presentan en los sucesos psíquicos y el modo de desarrollarse para investigar el trastorno fundamental de que proceden. La fuente de conocimiento es la *percepción interna* (BRENTANO), que no debe confundirse con la introspección; se estudia la vivenciación o apercepción de los fenómenos y sus relaciones, o bien la clase de «ejecución psíquica».

Con arreglo al criterio fenomenológico, deben

investigarse primeramente las características de la idea delirante y luego el trastorno fundamental de que proceden. Tres características asigna KOHLE a la idea delirante primaria: brota sin motivo, es incomprensible psicológicamente y el sujeto permanece extraño a la idea delirante. Compara LOEWI este estado con el de una persona que le parece que le han llamado, pero que no sabe de dónde le viene la voz (*carácter de llamada*).

Según GRUEHLE, la *vivencia de significación* es la causa y la esencia del delirio primario, pues detrás de la vivencia está el proceso cerebral o psicótico de que procede. Interpreta dicho autor la vivencia de significación como el completo fracaso de todo intento de comprensión de los objetos del medio ambiente. De aquí que el descubrimiento de los motivos, la condición personal del delirio, no pueda mostrarnos la esencia del delirio. El proceso morboso originaría la vivencia simbólica o interpretativa, y el error patológico consistiría en saber que allí existe algo oculto e inexplicable. No existe motivo alguno, externo o interno, para la presentación del delirio, y el paciente no puede indicar qué es lo que le ha llamado la atención en el medio ambiente. Ahora bien: lo importante en la idea delirante primaria sería el *impulso a la interpretación simbólica*, como en el ejemplo de la mesa isabelina, cuyas torcidas patas indican la extravagancia del mundo. Vemos, pues, que la vivencia delirante no emerge de la alteración perceptiva, sino que es la vivencia delirante la que altera el modo de percibir e interpretar el mundo externo, cambiando el *significado* de las percepciones. En pleno agosto percibe el enfermo el sol y la tierra; pero el sol no calienta, y la tierra está tan muerta como un paisaje lunar.

Otros autores, HAGEN (1870), SANDBERG (1897) y JASPERS (1911), consideran el *temple delirante* como el acontecimiento patológico primario, fuente del delirio, aunque no motivo del mismo. Entendemos por temple delirante cierta singular fusión de sensaciones, uniéndose las de sensación de cambio del medio ambiente a las de transformación de la persona y conciencia de un peligro que se cierne sobre el yo del sujeto, originando un especial estado de angustia, perplejidad, incertidumbre, confusión e inquietud. HAGEN no divisa en el temple delirante una situación afectiva, sino cierta sensación de desconsuelo e inseguridad, que impulsa, instintivamente, a buscar un punto de apoyo para mantener y consolidar el yo, refugiándose el enfermo en la idea delirante, porque sólo en ella halla apoyo y firmeza. Tales nociones las elabora K. SCHNEIDER en una teoría para explicar la emergencia de la idea delirante del temple delirante, aunque aquella no tiene relaciones directas con el último; no se deriva de su contenido. El especial contenido de la idea delirante nunca puede desprenderse del nebuloso e incohe-

rente contenido del temple delirante, del que transcribimos el siguiente ejemplo: «Según mi idea, todo estaba escrito...; me quieren envenenar...; inspiración...; mi madre ha muerto...; me dicen que no, pero estoy seguro...; el sol lo mueve todo...; cuando miro al sol, se aproxima...; aquello tiene cierto aire de misterio, como cosas diabólicas.» Como vemos, trátase de un saber sin percepción clara; se conocen secretos y hechos misteriosos. Ahora bien: la perplejidad en que sume al enfermo el temple delirante, la resuelve concentrándose en una sola idea, pues sólo así puede calmar su angustia, sin que el contenido de la idea guarde relación con el del temple delirante, experimentándose dicho contenido en modo muy distinto a como lo experimenta el individuo que comprendemos. Consecuentemente, el contenido del delirio aparecerá como un símbolo, y así nos explicamos que el enfermo cuyo contenido del temple delirante hemos transcrito, intente el suicidio inducido por creerse perseguido por un oficial de su regimiento.

SIMBOLIZACIONES DELIRANTES

Los psicoanalistas se esfuerzan en la demostración de que las ideas delirantes representan, en muchas ocasiones, deseos subconscientes insatisfechos que se simbolizan en la idea delirante. En unos casos, se trata de deseos deprimidos; en otros, de temores y esperanzas, en correspondencia con la génesis general de las ideas delirantes, pero por otro mecanismo. El delirante de grandezas se consuela de sus fracasos hilvanando una fábula absurda que satisfaga su sed de gloria y riquezas. Asimismo simboliza el masturbador, en su delirio de alusión e ideas de culpabilidad, la liberación de sus complejos vergonzosos, que hipercompensa expiando con exceso la falta cometida, pues así eleva la estimación que le merece su personalidad, no tan indigna como se le aparecía ante su conciencia moral. Idénticas fuentes tenemos para las restantes ideas delirantes; pero la simbolización delirante no se refiere exclusivamente a los motivos actuales, sino también a los viejos recuerdos, que se deforman y tiñen del mismo color que las experiencias próximas. Sin embargo, la interpretación psicoanalítica del delirio pertenece más bien a la tendencia dinámica en la investigación, por lo cual volveremos sobre el asunto.

EL ANÁLISIS FUNCIONAL

Se desinteresa del contenido de la idea delirante e investiga los trastornos funcionales que la originan el proceso psíquico causal y su ulterior evolución funcional. Los autores que siguen esta tendencia relacionan las ideas delirantes primarias con el *trastorno esquizofrénico del pensamiento*, distinguiéndose C. SCHNEIDER en su interpretación.

Según C. SCHNEIDER, la idea delirante se nutre de la vivencia esquizofrénica, y de aquí que su contenido resulte extravagante y absurdo. La idea delirante se halla en la esquizofrenia en relación psicológica con los restantes síntomas, y niega que tenga determinada «significación», pues no tiene otro significado que las modificaciones que el proceso esquizofrénico imprime a las vivencias, importando más, desde el punto de vista psicopatológico, el incomprensible cambio experimentado por la vivencia que la existencia del delirio. Con arreglo a su concepto de las «sociedades de síntomas» (1939), incluye el delirio entre la «sociedad del desvarío», y las ideas delirantes tendrían su origen en el «oscilante encadenamiento de los sucesos» que caracterizan el pensamiento esquizofrénico, en la multitud de particularidades que unas junto a otras flotan en la conciencia, atravesándose en el pensamiento. La idea delirante primaria tendría su origen en el «desvarío»; entiendo por tal aquel pensamiento en que faltan distribución, cesura y conclusiones. Analiza C. SCHNEIDER en la idea delirante las siguientes particularidades: comprensibilidad del contenido, grado de certeza de la vivencia, significación con que se presenta, significación de realidad para la actitud vital del paciente, grado de experiencia que representa el contenido y forma de desarrollo de la idea delirante.

También ZUCKER (1939) establece relaciones directas entre el pensamiento esquizofrénico y las ideas delirantes primarias, basado en un método personal de investigación, que denomina de las «representaciones condicionadas». Consiste dicho método en proporcionar al enfermo temas de representación, visuales, táctiles, olfatorios, etcétera, que elabora con los ojos cerrados. La forma de experimentarse y transformarse la representación original es muy variable, pues en unos casos desaparece transcurridos pocos momentos, en otros adquieren movimiento objetos en reposo o se transforma el objeto, o bien desde el principio se experimenta una representación distinta a la deseada (perro con cabeza de jirafa); a veces participa el propio enfermo en la historia, y se ve subir a los árboles. También las representaciones pueden jugarse en distinta esfera sensorial a la estimulada (huele a pólvora al representarse acústicamente un pistoletazo). Durante el curso del experimento, las vivencias adquieren progresivamente un carácter de extrañeza y artificiosidad, y las transformaciones que se experimentan adquieren un carácter de continuidad. En la serie funcional, la desaparición del pensamiento se sigue de la presentación de vivencias extravagantes, absurdas y artificiosas, de que emergen las ideas delirantes, así como también las vivencias de significación: la manzana primitivamente representada, desprendida del árbol, rueda sobre el jardín

y se detiene al pie de un sarcófago romano, lo que indica que está podrida.

INTERPRETACIÓN ONTOLÓGICOEXISTENCIAL

Los alienistas afiliados a la Escuela filosóficoantropológica consideran que la presentación en la esquizofrenia del temple delirante y de la vivencia del fin del mundo, son motivos suficientes para que se estudie la idea delirante desde los puntos de vista de la filosofía existencial de HEIDDEGGER. A tal efecto, procede STORCH (1930) a un estudio programático de la idea delirante, emergente de la vivencia esquizofrénica, en aquellos casos en que, hechos sin importancia, adquieren especial significación para la propia existencia, y se origina una especie de «alegoría personal» con alteraciones de la estructura de los objetos. Para esta escuela, la idea delirante representaría la «salvación existencial».

CONCEPTO PSICOPATOLOGICO DINAMICO DE LA IDEA DELIRANTE

EL ANÁLISIS DINÁMICO

El concepto dinámico del delirio y de las ideas delirantes se refiere a las relaciones psicológicas comprensibles y a las relaciones causales; se investiga, especialísimamente, la psicogénesis de las ideas delirantes secundarias. Los autores que siguen esta tendencia consideran la idea delirante como un síntoma secundario, y para investigarla parten del punto más comprensible de su contenido y estudian analíticamente aquello que puede comprenderse psicopatológicamente, o sea lo psicógeno. Procediendo de esta manera, del contenido comprensible, prescinden de lo primario incomprensible, y amplían el estudio de lo patoplástico a expensas de lo patogénico (que limitan al proceso orgánico o a la constitución), no valiéndose, simplemente, de la «varita mágica de la analogía», sino del cuidadoso análisis de la disposición constitucional, de la curva de la vida y de las constelaciones presentes; pero también investigan las causas originarias de la idea delirante y las leyes internas a que obedece su patoplástica.

Inicia ESQUIROL (1858) el análisis dinámico de la idea delirante cuando habla de «monomanías intelectuales», relacionándolas con procesos intelectivos, y la considera dimanada de los errores, supersticiones, ideas sobrevaloradas y otras suertes de categorías de la vida intelectual. Tal noción se mantiene durante cerca de treinta años, hasta que GRIESINGER (1876) señala un origen afectivo a la idea delirante, suscitándose acaloradas discusiones, pues mientras unos investigadores defienden el origen intelectual de la idea delirante, otros opinan en pro de su génesis afectiva.

Así las cosas, al descubrirse por los psicoanalistas la importancia de los complejos afectivos reprimidos, se vislumbra en éstos la fuente de que brotan las ideas delirantes, que no serían otra cosa que deformaciones catatímicas de los temores, deseos, resentimientos y rencores. Las ideas de alusión surgirían de remordimientos de conciencia (masturbadores, homosexuales). Las ideas de persecución, de fracasos en la vida. Las ideas pleitistas, de injusticias reales. Las ideas de grandeza, de la necesidad de satisfacer ambiciones fracasadas. Las ideas de celos, de insatisfacciones sexuales. Empero, la evolución pansexualista del psicoanálisis termina por fundamentar la totalidad de la psicogénesis delirante en alteraciones de la libido, y FREUD, JUNG y FERENZI buscan un origen sexual a las ideas delirantes, cuyo fondo común sería un complejo homosexual que emerge cuando la evolución de la sexualidad se ha detenido en la etapa narcisista.

Ulteriormente (1923), orientada la Psicopatología hacia una interpretación teleológica, se busca el origen de las ideas delirantes en la falta de solución para los conflictos entre la autotelia y la heterotelia, refugiándose el individuo en la idea delirante para resolverlos: *la idea delirante representa un mecanismo curativo*. Emite O. KANT (1930) la noción de que el delirio, como formación comprensible, implica la liberación o salvación de la autotelia, y concibe las ideas delirantes como construcciones defensivas de una personalidad que siente derrumbarse su propio valer, al mismo tiempo que la idea delirante satisface necesidades instintivas, irrealizables en otra manera. También MUELLER (1932) aprecia en la idea delirante un mecanismo curativo, pero la satisfacción que procura el delirio no debe buscarse en el espacio real, sino en el irreal del espacio autístico externo.

Los investigadores dinamicistas critican la totalidad de las antiguas definiciones de la idea delirante que expresan trastornos del juicio. HOCHÉ (1934) indica que no existe una sola idea delirante que no pueda profesarse por un fanático, además de que la idea delirante ni siempre es incorregible, ni siempre es errónea, ni tampoco egocéntrica en todos los casos.

LAS RELACIONES PSICOLÓGICAS COMPENSABLES

Es frecuente en la vida normal que formulemos desmesuradas interpretaciones de triviales sucesos cuando intervienen una serie de circunstancias casualmente coincidentes; pero las desatinadas interpretaciones a que llegamos las corregimos inmediatamente que interviene una imparcial reflexión. Sin embargo, tales relaciones adquieren particularísima importancia en estado patológico, pues el estado interno del sujeto le induce a peculiares interpretaciones y comprensión de las vi-

vencias, con las cuales establece *relaciones egocéntricas primarias*; se engendra un estado interno, denominado *humor delirante*, que alimentan los afectos prevalecientes, como el aceite a la mecha del quinqué.

Engendrado el humor delirante, se adquiere la convicción de que cualesquiera sucesos que ocurren en el medio ambiente, insignificantes o trascendentales, se relacionan con el yo del sujeto, que los interpreta arbitrariamente en mil maneras y se desarrollan una serie de *interpretaciones delirantes*. Así el pañal que seca en un balcón significa que la adorada princesa le espera a las cinco en el parque; el hallazgo de una horquilla avisa de que le acechan enemigos, etc.

Vemos, pues, que los sentimientos, las pasiones, las supersticiones y otra serie de afectos constituyen fuentes de las ideas delirantes, cuando determinadas circunstancias patológicas engendran el humor delirante y se produce un egocentrismo mayor del normal, mientras que por otra parte las necesidades afectivas del sujeto colorean el medio ambiente de tonos rosáceos o sombríos. Consecuentemente, desde el punto de vista de la comprensibilidad psicológica, las ideas delirantes pueden engendrarse consecutivamente a conflictos internos, situaciones externas y conflictos caracterológicos.

a) *Conflictos internos*.—En estado patológico, cualesquiera afectos pueden conducir a la idea delirante, y no existe una sola idea delirante que no se relacione con las ideas que tiene el sujeto de su situación en la vida. Se debe a H. W. MAIER la introducción de los conceptos *holotimia* y *catatimia* como procesos psicológicos que intervienen en la génesis de las ideas delirantes: la holotimia, amplificando la resonancia del afecto prevaleciente; la catatimia, deformando afectivamente las vivencias.

b) *Conflictos externos*.—Al lado de las ideas delirantes emergentes de conflictos internos de las personalidades o de complejos afectivos, tenemos una serie de ideas delirantes resultantes de conflictos externos o de situaciones ambientales. Pondremos como ejemplo de ideas delirantes dimanadas de conflictos externos el delirio de los sordos de KRAEPELIN, el de los ciegos de SANCHIS BANÚS, el de los espiritistas de KEHRER y JACOBI, el de las instituciones de ZIEHEN, el de los profesores de SPECHT y el de los maestros de GAUPP. Sin embargo, la situación externa no siempre es suficiente para que se engendre la idea delirante, pues de las investigaciones de FOERSTERLING en las psicosis carcelarias, prototipo de las formaciones delirantes engendradas por el medio ambiente, se vislumbra que interviene en su génesis una «necesidad interna de delirio», «una necesidad de llenar con algo positivo lo vacío y negativo de la vida».

c) *Conflictos caracterológicos*.—La incoordinación de los elementos del carácter, la despropor-

ción entre estímulo y reacción y la inadaptabilidad social determinan, principalmente en los psicópatas, conflictos simultáneamente internos y externos, inductores de ideas delirantes. KRETSCHMER define las actitudes combativa, sensitiva y de deseo, deformaciones caracterológicas conducentes a la idea delirante o formaciones delirógenas.

LAS RELACIONES CAUSALES

a) *Disposición constitucional*.—La *constitución psicopática paranoide*, o predisponente al establecimiento de relaciones egocéntricas primarias, conducentes a las formaciones delirantes, se vislumbra por KRAEPELIN y se define por GENIL-PERRIN, que la adscribe las características de orgullo, desconfianza, falsedad de juicio e inadaptabilidad social. Según KRAEPELIN, las ideas delirantes emergen de causas internas, constitucionales, y no son otra cosa que «las naturales transformaciones que una anomalía psíquica experimenta bajo las influencias de la vida».

b) *Psicosis maniácodepresiva*.—Debemos a SPECHT (1908) la noción de que la paranoia es la «tercera psicosis afectiva», y de que todas las ideas delirantes brotan de la desconfianza. Los autores investigan en consecuencia otros afectos que, además de la desconfianza, refuerzan el pensamiento en el sentido del delirio, y KLEIST (1913) indica otros, tales la amargura, la cólera, la rebelión, etc. Son, pues, varios los autores que consideran que las ideas delirantes brotan del afecto fundamental en las fases maniacas y depresivas, pero principalmente cuando existe un afecto desconfiado.

c) *Origen sexual*.—Reiteradamente nos hemos referido a la interpretación psicoanalista de las ideas delirantes y no hemos de volver sobre el asunto. Empero, al lado de los autores que conceden una importancia decisiva a la sexualidad, tal LANGE (1930), que indica la sexualidad anormal como una de las causas de las ideas delirantes, tenemos a MAYER-GROSS (1932), que opina que los complejos sexuales más bien son efecto que causa de las ideas delirantes.

d) *Interpretación dinámico-teleológica*.—Según BACK (1940), han de investigarse en la patogenia de las ideas delirantes los factores causales y los teleológicos. Los factores causales facilitan la presentación de la idea delirante, pero no la producen, y siempre son inespecíficos. Algunos de estos factores son parcialmente específicos, verbigracia, los trastornos esquizofrénicos del pensamiento (BERZE, STRANSKI, C. SCHNEIDER), las oscilaciones del biotono (STRANSKI, EWALD), la exaltación de los afectos (BLEULER) y las vivencias mágico-arcaicas (STORCH, C. SCHNEIDER).

Considera BACK factores teleológicos: a) la explosión de la afectividad instintivamente retenida y las particularidades de la estructura instintiva

(KEHRER), y b) la amenaza de los propios valores en la insuficiencia vital. La explosión de la instintividad sería la consecuencia de la disgregación de las capas superiores de la personalidad y de la descomposición de las instancias reprimidas. Consecuencia lógica de la actuación de ambos factores serían los efectos siguientes: a) realización en el mundo delirante irreal de las necesidades instintivas antes no satisfechas, y b) la descarga de los valores existenciales amenazados. Las ideas delirantes pueden originarse en parte consecutivamente a la disgregación de las capas elevadas de la personalidad, y en parte por la desindiferenciación de la estructura instintiva, si bien las ideas delirantes no se presentarían mientras la regresión no alcance los primitivos escalones del desarrollo del yo y de los instintos.

e) *Factores orgánicos*.—Las teorías patofisiológicas de la idea delirante se relacionan con las orgánicas de las psicosis, especialmente con las de la esquizofrenia y de las psicosis exógenas. Desde hace mucho tiempo se conoce la influencia que en la presentación de las ideas delirantes tienen la menopausia y la involución, pensándose en la naturaleza de los procesos biológicos que pueden originarlas, concediéndose la preferencia a los endocrinos. Algunos autores, entre ellos J. SCHULTZ (1914), no creen que se trata de lesiones cerebrales focales, sino de un empeoramiento de las relaciones entre las regiones corticales de la «esfera del yo» y de la «esfera del mundo externo». MAYENDORF (1927) asimila las ideas delirantes a las sensaciones orgánicas e hiperestesias de los centros corticales, y las considera efecto de la reacción de un cerebro hasta entonces sano a los estímulos hiperestésicos. H. SCHULTE (1931) indica que originan las ideas delirantes las lesiones del sistema diencéfalo-hipófisis-glándulas sexuales. El origen tóxico de las ideas delirantes se ha defendido, sucesivamente, por CHOTZEN, SCHUPPIUS, GAUSEENBECK y KOLIE; y el metabólico, por FISCHER y JASCKE.

GÉNESIS SINTÍMICA Y CATATÍMICA

La importancia concedida por BLEULER (1917) a los procesos holotímico y catatímico en la génesis de las ideas delirantes invita a que estudiemos detenidamente ambos procesos, volviendo sobre el mecanismo afectivo de producción de las ideas delirantes.

El proceso holotímico.—Tres circunstancias intervienen para que se amplifique la resonancia del afecto prevaleciente: a) cuando la afectividad facilita el camino de las representaciones afectivas sintónicas con el afecto provocado y las sobrealimenta; b) cuando el afecto provocado por una vivencia se irradia a otras relacionada asociativamente con el acontecimiento psíquico, y c) cuando un sentimiento dura más tiempo que el acontecimien-



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



Por su bondad y tolerancia
CALCIO «GEVE»
suprime la vía parenteral

DOSIS CORRIENTE PARA AMBÁS MODALIDADES:

ADULTOS.—Dos comprimidos, antes o después de cada una de las tres comidas.

NIÑOS.— Mitad anterior dosis.

MUESTRAS GRATIS PARA ENSAYOS CLÍNICOS

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

C. S. 7864





FLUOTHYMINA

COMPOSICION:

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

INDICACIONES:

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

DOSIFICACION:

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

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

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

PRESENTACION:

En frascos de 50 c. c.

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

Barquillo, 32 - MADRID

Comercio, 28 - BARCELONA

Felsol



Asma bronquial
Asma cardíaca
Angina de pecho

No contiene narcóticos.
No produce hábito.

CAJAS DE 10 PAPELILLOS



GUSTAVO REDER
MADRID - Zorrilla, 17



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

to desencadenante. En tales circunstancias, los estados afectivos que sobrevengan dotarán a la personalidad de un colorido afectivo polarizado hacia la alegría o la tristeza, hacia el optimismo o el pesimismo, hacia el agrado o el desagrado.

Cuando existe una disforia patológica, consecutivamente al proceso holotímico, vulgares acontecimientos la intensifican y, entonces, la percepción y elaboración de las vivencias será regulada por el afecto morbo. El maníaco asociará exclusivamente aquello que realza su personalidad, mientras que el deprimido sólo asocia lo que le rebaja, llegándose por este camino al delirio de grandezas o de pequeñez, pues, como en las cifras decimales, basta con correr la coma cuantos lugares se quiera. El hipocondríaco que cree padecer del estómago elabora esta idea sobrevalorada no sólo en el sentido de que padece una enfermedad incurable, sino en el de haber perdido el órgano.

El proceso catatímico.—Consiste el proceso catatímico en la deformación momentánea de la percepción subjetiva de las situaciones, consecutivamente a la actuación de una tendencia afectiva presente. Cuando el proceso catatímico influye en la asociación de las ideas, sobrevienen falseamientos de los juicios conducentes a la idea delirante, pues desviadas afectivamente las asociaciones lógicas de la representación directriz, las operaciones lógicas siguen en su lugar la de las directrices indicadas por el material psíquico falseado de que se dispone. Por ejemplo, determinada persona nos estorba o la tememos; durante el sueño soñamos con ella, pero no entran en juego las representaciones que nos recuerdan su existencia;

en cambio, se deja vía libre a las asociaciones ligadas con su desaparición, y soñamos que se ha muerto. De idéntico modo puede llegarse al delirio de grandezas, si el individuo valora y sobreestima afectivamente todo lo que se refiere a la magnificencia de su persona, mientras que inhibe las representaciones ideativas que justifican exactamente su valía. En ambos casos ha descarriado el complejo afectivo la síntesis psíquica ideativa, proceso que denominamos catatimia.

Cuando se trata de ideas delirantes catatímicas, los acontecimientos externos pueden ser reales y el contenido no siempre es absurdo. Caracteriza el delirio catatímico el esfuerzo mental que realiza el enfermo para armonizar sus ideas delirantes con las objeciones del medio ambiente y de la propia crítica; y para mantener sus puntos de vista delirantes frente a la realidad de los hechos. La injusticia real inductora del delirio de perjuicio, y el vicio conducente en el masturbador al delirio de alusión, motivan meticulosas observaciones del medio ambiente, cuyos actos se interpretan en consonancia con el complejo afectivo originario. El pleitista realiza considerables esfuerzos para obtener la reparación que persigue, reiteradamente negada, con lo que almacena nuevas vivencias, también deformadas catatímicamente (sentencia injusta, juez vendido, testigos falsos), hasta que adquiere la convicción de que se le persigue con fines políticos o religiosos. Una génesis catatímica semejante tienen los delirios eróticos de los solterones, los de grandeza fundados en muy endeble derechos a una herencia o lejanísimo parentesco con personalidades preeminentes, los de invención en personas incultas y otros semejantes.

Tratamiento de las inflamaciones y supuraciones de mano y dedos (Conducta a seguir por el médico práctico)

por el

Doctor F. RODRIGUEZ SEGADÉ

Lugo.

El tratamiento de las inflamaciones y supuraciones de mano y dedos reviste un extraordinario interés. Alguien los considerará como cosa sencilla, asunto «de cirugía menor» tal vez, pero obra grave que compromete la responsabilidad del práctico. Cuántos disgustos ha ocasionado al médico quien a menudo, habiendo comenzado por desbridar un pequeño absceso al que no había dado importancia, ha visto progresar la infección y sobrevenir complicaciones que llevaron a la amputación e incluso a la muerte y, en el mejor de los casos, ser motivo de una incapacidad funcional permanente.

No hay, por tanto, dos cirugías, una pequeña y otra grande; sólo existe una, la que llena mejor y de la manera más simplemente posible todas las indicaciones y que cura más a menudo.

El criterio clásico sobre las infecciones de la mano ha sido modificado por los trabajos de KANAVEL, KLAPP, BECK e ISELIN, y a ellos nos atenderemos nosotros. Mas la apertura de una colección supurada de la mano, o el desbridamiento preventivo de las difusiones inflamatorias, no pueden llevarse a cabo de un modo correcto y eficaz si no se satisfacen las exigencias anatómicas. Por tanto, un ligero recuerdo anatomoquirúrgico de los espacios celulosos, linfáticos y vainas de la mano y dedos, hemos de considerarlo como un modo de prefacio indispensable al estudio del tratamiento de estas infecciones.

Espacios celulosos de los dedos.—Se describe una lámina celulosa subcutánea que rodea al dedo. Está tabicada por traveses fibrosos que unen la

piel a los planos profundos. Ya veremos luego el papel que desempeñan luego estos tabiques fibrosos—a nivel de la tercera falange—en la propagación de la infección al hueso.

En la cara dorsal de los dedos existe, además, una lámina subaponeurótica debajo del tendón del extensor.

Espacios celulósos de la mano.—(Fig. 1.^a: esquema de un corte frontal de la mano, tomado de ROUVIERE.) En la cara dorsal existen dos láminas: una subcutánea y otra subaponeurótica por debajo del extensor común.

En la cara palmar hay que distinguir tres espacios celulósos:

a) El interno o hipotenar, que contiene los músculos hipotenares; no es de gran interés quirúrgico.

b) El externo o tenar, que corresponde a la re-

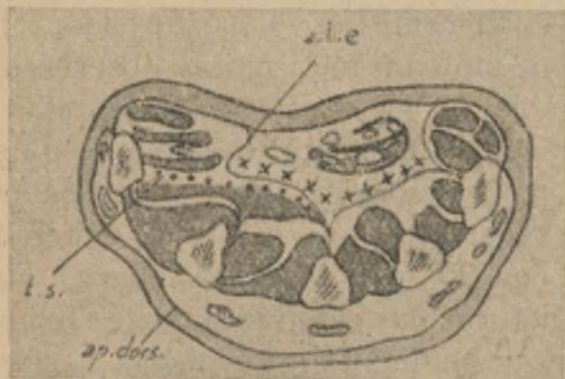


Fig. 1.—El espacio tenar (t. s.) señalado por puntos. El espacio palmar mediano (x +). Nótese la dirección del tabique intermuscular externo, primero horizontal, luego vertical. Cara dorsal: en gris el espacio subcutáneo. En blanco el espacio subaponeurótico.

gión del mismo nombre, y está limitado: detrás, por el abductor del pulgar; delante y en su porción externa, por el flexor corto; en su porción interna, por el segmento frontal del tabique intermuscular externo; por fuera, se extiende hasta el primer metacarpiano; por dentro lo limita la inserción del tabique intramuscular externo en el borde anterior del tercer metacarpiano; arriba se detiene debajo del límite inferior del carpo; abajo comunica con el espacio subcutáneo dorsal, a nivel de la comisura del pulgar.

c) El mediano, o espacio palmar mediano, es

el más interesante desde el punto de vista quirúrgico. Está limitado: delante, por la cara profunda de los tendones flexores alojados en sus vainas sinoviales, tanto digitales como palmares; detrás, en su porción externa, por el segmento frontal del tabique intermuscular externo; hacia adentro, por la aponeurosis interósea de los tercero y cuarto espacios; por fuera, por el segmento sagital del tabique intermuscular externo; por dentro, por el tabique intermuscular interno; arriba, no pasa del límite inferior del puño; abajo, lo cierra la barrera fibrosa descrita por LEGUEU y JUVARA, que une entre sí las cabezas metacarpianas; pero esta barrera está perforada por los músculos lumbricales y los paquetes vásculonerviosos colaterales.

Espacios celulósos del antebrazo.—En su cara dorsal existen dos: uno subcutáneo y otro subaponeurótico.

En la cara palmar ofrecen más interés, y forman una corredera celulosa, que en el límite inferior está situada entre el pronador cuadrado y el flexor profundo: es el espacio de PARONNA. Más arriba, asciende entre los dos flexores, profundo y superficial, para continuarse finalmente a lo largo de las vainas vásculonerviosas del cubital y del mediano.

Linfáticos.—Los linfáticos de la mano y de los dedos se detienen en los ganglios epitrocleares, antes de alcanzar la axila; pero, como en todo, existe también aquí su excepción, y está representada por los del tercer dedo o medio, cuyos linfáticos no hacen escala en la epitróclea, sino que siguen directamente a la axila, terminando en el grupo ganglionar súperointerno, que está en íntima conexión con los subpectoriales. He aquí la explicación de graves flemones subpectoriales, cuya puerta de entrada han sido pequeñas lesiones del dedo medio ya olvidadas por el paciente dada su escasa sintomatología, pero que luego reaparecen secundariamente tan a distancia y poniendo en serio peligro la vida si no se acude con precisión y rapidez. Personalmente he atendido una de estas graves complicaciones, que después de un curso muy aparatoso pude salvar por fortuna, no

“ eregumil ”
Fernández

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO A BASE DE CEREALES Y LEGUMINOSAS
 Especial para niños, ancianos, enfermos
 : : del estómago y convalecientes : :
 Insustituible como alimento, en los casos de
 intolerancia gástrica y afecciones intestinales

Fernández y Canivell, S.A.
-Málaga-

obstante quedar comprometida la función del hombro.

Vainas sinoviales de los flexores de la mano y dedos. Vainas digitales.—En la parte distal no guardan relación alguna con la falangeta, puesto que nacen a nivel de la cabeza de la segunda falange. Por la parte proximal, a nivel del 2.º, 3.º y 4.º dedos, ascienden hasta dentro de la palma, estando representada su altura por el pliegue de flexión de los dedos; alcanzan, por tanto, el espacio palmar mediano. En cambio, en el pulgar y meñique comunican con la vaina palmar correspondiente; esto es, vaina radial para el pulgar y cubital para el meñique.

Vainas palmares.—Se extienden desde la raíz de los dedos pulgar y auricular, con cuyas vainas digitales comunican, hasta por encima de la muñeca, pasando por debajo del ligamento anular anterior anular carpiano para ponerse en contacto con la lámina celulosa, situada delante del músculo pronador cuadrado o espacio de PARONNA.

De estos conocimientos anatómicos fácilmente se deduce que la infección del primero y quinto dedos son las más graves, pues no quedan limitadas a la mano, sino que se extienden al antebrazo, adonde tendremos que hacer llegar los desbridamientos a fin de atajarla.

Ahora bien: los espacios celulosos y vainas descritos no constituyen celdas independientes, sino que comunican entre sí, y este punto anatómico es de importancia capital, porque nos marca o señala la ruta seguida por los abscesos inflamatorios.

Así tenemos: en la cara dorsal, los espacios subcutáneos y subaponeuróticos comunican de abajo arriba.

En la cara palmar, el tejido subcutáneo del dedo comunica: 1.º, con el tejido subcutáneo del dorso de la mano a nivel de la comisura interdigital; 2.º, con el espacio palmar mediano, por las correderas celulosas que acompañan a los lumbricales que perforan la barrera fibrosa de LEGUEU y JUVARA. Aquí está la explicación clara y terminante de por qué hay que seccionar esa barrera fibrosa en el panadizo subcutáneo de la primera falange, cuya técnica describiremos al hablar de su tratamiento.

El tejido subcutáneo dorsal y palmar comunica a nivel de las comisuras.

Las vainas sinoviales-digitales.—Ya sabemos que las del 1.º y 5.º dedos comunican con las palmares correspondientes, y que éstas a su vez lo hacen, por la cara profunda de su fondo de saco superior, con el espacio de PARONNA primero y, más arriba, con el tejido celular situado entre los flexores profundos y superficiales y, finalmente, a lo largo del cubital y mediano.

Las vainas de los tres dedos medios se ponen en comunicación con la cara profunda de su fon-

do de saco superior, con el espacio palmar mediano.

Antes de hacer la clasificación de las infecciones de la mano y dedos vamos a exponer unas generalidades sobre el tratamiento, cuyos principios ha iniciado KANAVAL.

Es indispensable el instituir un tratamiento inmediato como única manera de evitar la difusión de la infección; mas ésta, reconocida en el tratamiento, no implica el que necesariamente sea quirúrgico, como ocurre en las linfangitis superficiales, en donde la intervención no cumple indicación alguna; en cambio, se dejan influir favorablemente por el calor húmedo y la quimioterapia.

Pero no sucede así ante una linfangitis profunda, consecutiva a una puntura anatómica, ponga por ejemplo, lo que se traduce en pocas horas por un estado rápidamente grave, con dolor profundo extendido a todo el miembro. Aquí la intervención debe ser precoz y dirigirse al primer cantón ganglionar, donde algunas veces, por fortuna, se detiene la infección, aunque no sea más que temporalmente. Como ha indicado JABOULAY, el ganglio afectado es el más elevado de la cadena axilar, situado debajo de la clavícula, a la que sobrepasa por arriba. En ese punto, si hay dolor, es donde debe de incindirse; si sale pus, que es muy poco, será suficiente para que retroceda el estado infeccioso.

También el tratamiento quirúrgico ha de ser inmediato en las infecciones de las vainas tendinosas si queremos evitar la necrosis del tendón dada su escasa vascularización. Sólo una intervención precoz, que disminuya la tensión del foco inflamatorio, será capaz de impedir una pérdida funcional irreparable.

Como consecuencia de la anterior, antes de intervenir hay que diagnosticar con exactitud (no basta de un modo aproximado) la localización del pus y además sus posibles propagaciones.

El reposo es un hecho obligado en toda inflamación; pero en las infecciones de la mano con mayor motivo, por cuanto las contracciones musculares facilitan la difusión. Sin embargo, no basta sólo con la inmovilización rigurosa, pues no hay que olvidar la compleja función que desempeña la mano, en la que domina la aprehensión; en atención a esto, especialmente en las graves infecciones de las vainas que pueden dar como secuelas retracciones y anquilosis, se adoptará la posición en que aquella función no se pierda. Así, pues, se colocará la mano en flexión dorsal sobre una férula apropiada, o sea, con el pulgar en oposición y los restantes dedos en fuerte flexión de la falange basal y flexión moderada de las restantes. Es lo que se llama posición funcional de KANAVAL.

Quedan, por tanto, desterradas todas las férulas o manoplas que colocan la mano y dedos com-

pletamente extendidos, convirtiéndolos en una paleta rígida, que no siempre es posible corregir.

En los casos en que la infección se extiende de la mano al antebrazo, es muy conveniente suspender el brazo en elevación. Nada mejor entonces que la férula de abducción, recomendada por BÖHLER para las fracturas del húmero.

Como en toda intervención, es indispensable una anestesia perfecta que permita reconocer, sin obstáculos, no sólo el sitio donde asienta el pus, sino también sus posibles propagaciones. El clásico lancetazo, aprovechando un descuido del paciente, debe desterrarse, porque, a más de bárbaro e inhumano, es insuficiente.

Cuando las lesiones sean muy extensas, anestesia general con cloruro de etilo; su técnica es más sencilla y de mejor resultado que la infiltración del plexo braquial, que algunos prefieren. Si la infección está localizada a la tercera falange, anestesia local circular en la base del dedo.

Ni que decir tiene que debiendo evitar la sangre que enmascara las lesiones, no permitiendo seguir las con precisión, se empleará la isquemia más perfecta, aplicando el lazo constrictor en el brazo, antebrazo o raíz del dedo, según el asiento o localización de las lesiones. Y salvo aquellos casos sencillos en que se basta uno solo, será necesario recabar el auxilio de ayudantes, empleando todo el material necesario.

Es de gran importancia el precisar bien el asiento o topografía de las incisiones que nosotros practiquemos con el fin de desbridar las infecciones de mano y dedos. Como regla general, se practicarán siempre en el punto más declive para el buen drenaje, evitando a toda costa el lesionar formaciones importantes, sobre todo tendones.

Por lo que a los dedos se refiere, *jamás se practicarán incisiones medias*: 1.º, porque drenan mal, puesto que abren el absceso en su punto culminante y no en la base, que es el más declive; 2.º, porque son causa de que se hernie y necrose el tendón cuando la vaina está infectada; 3.º, porque dan lugar a cicatrices, que a más de ser antiestéticas, se hacen queloideas y dolorosas; 4.º y último inconveniente, porque dan lugar a retracciones viciosas, que colocan el dedo o la falange en flexión permanente.

Respecto al drenaje y curas, hay que advertir, dejando esto bien sentado: Ningún medio de drenaje es capaz de descubrir los inconvenientes de una incisión mal situada o insuficiente. La evacuación del pus debe verificarse por sí sola, y jamás se empleará la expresión para favorecerla, pues es causa de difusión a distancia por vía linfática.

En realidad, la eficacia del drenaje depende de que la incisión sea correcta, pues los medios empleados no tienen otro objeto que evitar la aproximación de los bordes de la herida; de ahí que algunos autores prefieran las incisiones elípticas,

por dejar más espacio que las lineales, y otros recomiendan y emplean en un alarde de técnica separadores automáticos que mantengan abierta la herida.

Si hay hemorragia, se emplea gasa seca, que se deja cuarenta y ocho horas; de lo contrario, tirillas de goma, pero en ningún caso tubo, porque necrosa los tendones.

Las curas deben de realizarse con toda escrupulosidad y asepsia; lo mejor es la cura retardada; pero si hay tejidos necrosados, es muy útil la irrigación gota a gota con el Dakin.

No hay que olvidar la movilización de las articulaciones no interesadas en cuanto cedan los fenómenos agudos, pero siempre a condición de que permanezcan en absoluto reposo las partes afectadas, cuya movilización quedará para más tarde, esto es, cuando no haya peligro de la difusión.

Es preciso colaborar con el tratamiento específico principalmente las sulfamidas; salvo contraindicación, se emplearán siempre, y sus efectos beneficiosos no se harán esperar, tanto en lo que se refiere a la desaparición de los fenómenos generales como a la reducción de los locales.

Y, como en todo paciente, también aquí se siguen las normas generales: mantener un buen estado de nutrición, calmar el dolor y combatir el insomnio.

TRATAMIENTO ESPECIAL

Panadizo eritematoso.—Trátase aquí de una linfangitis superficial y benigna que, con las aplicaciones húmedas calientes y la pomada gris (pomada mercurial simple), seguido de la inmovilización en una férula digital, cede casi siempre. A veces se forma una pequeña colección supurada, que será necesario desbridar.

Panadizo cutáneo, flictenoide o ampolloso.—Se presenta, como su nombre indica, como una ampolla repleta de pus; es un absceso subepitelial, que suele presentarse en las falanges distales o bien cubrir casi todo el dedo. En los casos leves no hace falta inmovilizar; pero cuando se acompaña de linfangitis, es necesario aplicar una férula digital, previa escisión con las tijeras de la cubierta epidérmica y aplicación de la pomada bórica. Si existe comunicación con un absceso subcutáneo, se desbridará éste correctamente.

Panadizo antracoide.—Es un ántrax que se localiza de preferencia en la cara dorsal de las primeras falanges o bien en el borde cubital de la cara dorsal de la mano. Se trata con la incisión crucial bajo un chorro de cloruro de etilo y extirpación de los tejidos necrosados, seguido del taponamiento del foco con gasa impregnada de pomada a la cloramina.

Paroniquia.—Bajo este nombre se comprende un cuadro clínico, en el que se distinguen tres clases de panadizos:

a) *Panadizo subungular*.—Aquí el pus se colecciona entre el dermis y la extremidad libre de la uña, consecutivo casi siempre a una herida punzante. Si no se trata precozmente puede necrosar la falangeta.

Anestesia de la raíz del dedo con novocaína al 2 por 100 y, por medio de una incisión paralela al reborde ungueal, se extirpa la porción de uña que cubre la cavidad purulenta; es decir, se coloca a plano la celda de pus, seguido del taponamiento con gasa vaselinada.

b) *Panadizo periungular*.—Es una supuración del pliegue de la uña, consecutiva a pequeñas erosiones del pliegue ungular o al arrancamiento de los vulgarmente llamados «padrastrós», cuyas heriditas se infectan. Escisión de la flictena periungular y pomada bórica.

c) *Panadizo paraungular*.—Consecutivo del anterior, cuando la infección ha empezado por uno de los bordes y se extiende a los tejidos vecinos que rodean la uña y al lecho de la misma; y aquí precisamente es adonde ha de dirigirse el tratamiento. Si la inflamación comprende un solo lado, es suficiente una incisión lateral que alcance el lecho ungueal, reseca la porción de uña que cubre la conexión purulenta. Si el pus despegla la raíz de la uña, se practican dos incisiones verticales (fig. 2), que prolonguen los bordes laterales de la uña; el colgajo así formado, de base inferior, se despegla de la uña, e introduciendo la punta de unas tijeras debajo de ésta, se secciona la porción de uña despegada por el pus. La parte distal, de no estar lesionada, no es necesario extraerla. No hay que decir que cuando el pus rodea y despegla la uña en su mayor parte, el mejor tratamiento será la extracción de toda la uña.

Siempre se harán estas intervenciones con anes-

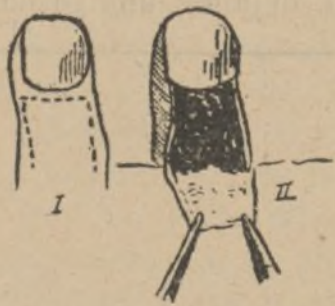


Fig. 2.—I. Trazado de la incisión. II. Colgajo despegado; foco puesto de manifiesto, parte desprendida de la uña: sección.

tesia local en la raíz del dedo, y se terminará taponando el lecho de la herida con gasa vaselinada, para evitar que el apósito se adhiera.

Panadizo subcutáneo.—Desde el punto de vista anatomopatológico, está representado por un flemon del tejido celular, de cuya constitución, así como de la piel, depende fundamentalmente el curso de la infección. En efecto, sabemos que una de las características de la inflamación es la inhibición de agua, el hinchamiento de la materia co-

lágena del tejido conjuntivo. En las zonas de tejido conjuntivo flojo y piel fina, que fácilmente se desliza sobre los planos profundos, la tensión del foco inflamatorio se difunde en los territorios vecinos, y esta compensación de la presión no sólo anula la infección, sino que evita la necrosis. Esto nos explica la acción curativa de la incisión en el panadizo, pues rebaja la tensión del foco inflamatorio, da al tejido capacidad de hinchamiento y ceden el dolor y síntomas generales.

El síntoma cardinal que establece la indicación de intervenir en un panadizo subcutáneo es el do-



Fig. 3.—Incisión de un panadizo. I. Incisión digital y rama dorsal: corte palmar en punteado. II. Incisión digital y rama palmar: rama dorsal en punteado.

lor pulsátil. Este dolor pulsátil es debido a que la presión de los tejidos iguala a la presión arterial. En tales condiciones, la pared arterial, colocada entre dos presiones iguales, está relajada, y la compresión de los tejidos se realiza en el sístole en su máxima amplitud.

En los dedos, y con arreglo a su localización, distinguiremos los siguientes panadizos cutáneos:

a) *Panadizo del pulpejo*.—Es el más frecuente, y debido a la existencia de tractos fibrosos, que, como hemos dicho, van de la piel al hueso, es sumamente doloroso por la gran tensión y, como consecuencia, falta la fluctuación; en cambio, con mucha frecuencia se propaga al hueso.

Anestesia local en la raíz del dedo. Si la lesión es lateral, incisión en semivalva; si es total, preferible a la incisión en herradura de QUENU es practicar dos semivalvas, una a cada lado, respetando un puente de piel en el extremo distal. Gasa vaselinada. Jamás se practicará en este panadizo la incisión en la línea media, tan corriente, por las razones que ya hemos expuesto.

b) *Panadizo de la segunda falange*.—Su característica es la flexión del dedo en forma de gancho. Se trata practicando dos incisiones, una a cada lado del tendón flexor, y por las cuales se pasa una tirilla de goma, que se retira a las setenta y dos horas.

c) *Panadizo subcutáneo de la primera falange*. Debido a la continuidad anatómica de tejido, la infección de la raíz del dedo alcanza la mano a nivel de la comisura; por eso ISELIN propuso para su tratamiento la incisión de tres ramas (fig. 3), que se juntan en la comisura. Tiene la forma de

una Y; la rama vertical asienta en la cara lateral del dedo hasta la comisura y aquí se divide; una rama sigue la cara dorsal de la mano y la otra la cara palmar, seccionando la comisura fibrosa que une las cabezas de los dos metacarpianos. Taponar con gasa, que progresivamente se irá retirando. Aquí la anestesia ha de ser del plexo o cloruro de etilo general.

Osteítis de los dedos o panadizo óseo.—Con ma-



Fig. 4.—Panadizo de las vainas. Trazado de las incisiones.

yor frecuencia se encuentran en las falangetas, y contribuye a su formación la existencia de tractos fibrosos que de la piel van al hueso y propagan la infección, al mismo tiempo que originan la trombosis de la arteria diafisaria que nace en pleno pulpejo. Para desbridar el foco infeccioso son preferibles las incisiones en semivalva, que permiten extraer fácilmente el secuestro, pues las que alcanzan toda la yema del dedo lo desfiguran.

Artritis de los dedos.—Primero se hará inmovilización rigurosa en férula digital. Si el proceso progresa, hay que practicar la resección de la cabeza del metacarpiano o falange correspondiente por incisión lateral. En casos avanzados con grandes destrucciones óseas, habrá que recurrir a la

amputación, que sólo se retardará caso de ser el pulgar el interesado.

Tendovaginitis de los dedos.—Isquemia del brazo y anestesia general. El tratamiento ha de ser precoz para evitar la necrosis del tendón. Huir de las incisiones medias por las causas expuestas más atrás.

La técnica de HARTEL es excelente (fig. 4); consiste en practicar tres incisiones a cada lado, a nivel de los dos últimos pliegues digitales y del fondo de saco superior. Drenan bien, pero han de ser profundas y abrir la vaina sinovial.

Flemón comisural o de las borlas adiposas de TILLAUX (callo forzado).—Incisión de la comisura, con una rama palmar y otra dorsal. Taponamiento flojo con gasa impregnada de pomada a la cloramina.

Flemón de la celda tenar.—Incisión de KANAVAL en cara dorsal externa del segundo metacarpiano, en su parte media. Dilatación con una pinza cerrada dirigida a cara anterior del metacarpiano y drenar con tira de goma.

Flemón de la celda hipotenar.—Incisión a lo largo de la región de este nombre, y drenaje.

Flemón superficial pretendinoso de ISELIN (espacio palmar medio).—Incisión en la línea media hasta encontrar el pus; asegurarse un buen drenaje, a fin de evitar propagación al espacio profundo.

Flemón del espacio palmar medio profundo.—Si es consecutivo, como ocurre con frecuencia, a una tendovaginitis con necrosis tendinosa, el procedimiento más expedito y único eficaz es la amputación del dedo lesionado con la cabeza del metacarpiano correspondiente. Ahora bien: si el dedo no ha perdido su función, KANAVAL propone como mejor medio de drenaje la incisión, siguiendo el canal del músculo lumbrical que corresponde al dedo infectado, dejando una tirilla de goma.



CEBION

Vitamina C (ácido l-ascórbico) químicamente pura fabricada por E. Merck, Darmstadt. Del valor del Cebión en terapéutica y profilaxis hablan elocuentemente los numerosísimos trabajos publicados.

Tabletas de 0,05 g. — Ampollas de 0,05 en 1 c. c. y 0,10 g. en 2 c. c. y ampollas de Cebión «fuerte», de 0,50 g. en 5 c. c. — Pasta de Cebión, para el masaje de las encías.

E. Merck

Cens. Sanit. 110

En el flemón dorsal se incindiré en el punto en que la piel es más fina. Las incisiones serán siempre paralelas a los tendones extensores.

Flemón de las vainas digitocarpianas.—Son los más graves, pues, como hemos dicho, al establecer las relaciones anatómicas, la vaina tendinosa del pugar y del meñique se comunican con las vainas digitales palmares, y de aquí remontan al espacio de PARONNA, el cual, a su vez, comunica con el tejido celular profundo del antebrazo y con el de las vainas vasculares. Se trata, por tanto, de flemones progresivos, que, a más de tratar convenientemente, deben de ir seguidos de la inmovilización total ininterrumpida del miembro en abducción.

Algunos autores prefieren la anestesia del plexo, dado el estado séptico en que se encuentran los enfermos.

Si los tendones no han perdido todavía su vitalidad, se empleará la técnica de KANAVAL (fig. 5), practicando incisiones laterales y discontinuas en los dedos y antebrazo, así como en región tenar e hipotenar, que abran ampliamente las vainas.

En los asistidos tardíamente con necrosis tendinosas se empleará la clásica incisión de HELFERICH-LECENE, antebraquiopalmar, que se compone de tres ramas: una abre la vaina digitocarpiana del pulgar, otra la del meñique y la tercera el espacio palmar medio profundo; y todas reuni-

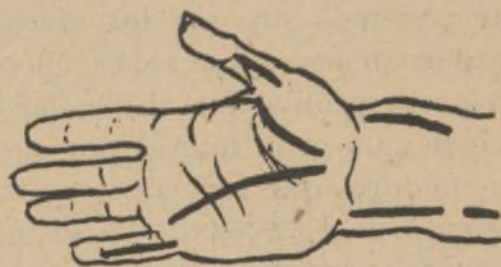


Fig. 5.—Trazado de la incisión de las vainas cubital y radial. Abajo: principio de la incisión de un canal antibraquial del lado del cúbito.

das seccionan el ligamento anterior del carpo y ascienden 5 ó 6 centímetros en cara anterior del antebrazo. Ni que decir tiene que en estos casos la capacidad funcional de la mano queda del todo perdida. Por eso debemos hacer el tratamiento lo más precozmente posible que podamos.

Divulgaciones nacionales

CATEDRA DE HIDROLOGIA MEDICA.—Profesor: Dr. San Román.

LA CRENOTERAPIA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

por los doctores

EDUARDO VIGALONDO ERRASTI y PIO PEREZ PERIAGO

Es tan amplia y extensa la aplicación de la Crenoterapia en el tratamiento de las enfermedades, que no es difícil suponer que su estudio como terapéutica pueda encajar de una manera absoluta o relativa en las distintas especialidades en que el tronco de la ciencia médica ha ramalizado sus conocimientos y actividades, siendo la de Otorrinolaringología la que sin duda se encuentra más atrasada en sus conocimientos de aplicación de la Crenoterapia en oposición a lo cómodo y natural que sería su aplicación local, por ser una especialidad donde se encuentra con cavidades y orificios naturales donde las virtudes de las aguas minerales podrían hacer efecto sobre distintas lesiones de la especialidad que nos ocupa, ya que su acción puede ser directamente sobre el foco enfermo.

Por otro lado, la relación existente entre enfermedades de las vías altas del árbol respiratorio y de anillo linfático de Waldeyer como causales de otras enfermedades de orden general (reumatismo, nefropatías, etc.), que tanto pueden beneficiarse de las curas hidrotermales, así como el aumento de defensas del terreno del individuo con las aguas mineromedicinales, es por lo que no du-

damos de la relación tan íntima que pueda tener la Crenoterapia con la citada especialidad.

De todo lo anterior podemos sistematizar y ordenar la exposición de la terapéutica con aguas mineromedicinales en la forma siguiente:

- 1.º Acción de las aguas sobre un foco local.
- 2.º Acción de las aguas sobre afecciones a distancia del foco local.
- 3.º Acción de las aguas sobre afecciones generales que dan lugar a focos locales.

De las distintas clases de aguas mineromedicinales, las que más se emplean dentro del campo de la Otorrinolaringología son las aguas sulfurosas, que su componente de azufre es eliminado en su mayor parte por la mucosa nasal y bronquial, con lo que desempeña un papel reconstructor de las células de ambas mucosas, por lo que se puede suponer el alcance que puede tener la medicación por estas aguas en la patología de la mucosa rino-bronquial.

Estas aguas sulfurosas también pueden usarse localmente por las propiedades analgésicas, anti-catarrales y anticongestivas que poseen.

Asimismo pueden emplearse las aguas sulfuro-

sas en el tratamiento de la lúes, como terapéutica complementaria a la específica, por el poder remineralizante que poseen las aguas sulfuradosódicas.

Las aguas alcalinas, sobre todo las bicarbonatadosódicoarsenicales, tienen el poder de estimular la formación del ser, rectificando de una manera general las taras hereditarias o adquiridas, con lo que podemos suponer los efectos generales que se pueden perseguir sobre un organismo.

En su aspecto profiláctico tienen las aguas mineromedicinales un gran interés por su acción sobre los dos factores que forman la enfermedad según las teorías de LETAMENDI, la disminución de las defensas del organismo y la acción nociva de agentes morbosos o factores ambientales. Sobre el sujeto actúan aumentando las defensas naturales y disminuyendo las puertas de entrada por su acción sobre las amígdalas, anillo faríngeo de Waldeyer y folículos linfáticos.

Las cloruradosódicas también tienen para nosotros cierta importancia, ya que el sodio tiene la propiedad de regular la actividad secretoria de la mucosa.

También podemos citar, por el paralelismo existente entre procesos reumáticos y nefríticos consecuentes a amigdalitis crónicas, el efecto beneficioso de las aguas termomedicinales, hoy tan en boga, con los sorprendentes efectos curativos y profilácticos, maravillosamente reseñados estadísticamente en la admirable obra del doctor SAN ROMÁN titulada *Hidrología médica*, donde se exponen con toda actualidad los palpitantes problemas de la Medicina ante la terapéutica hidrológica, así como la magistral manera que tiene de exponer y enfocar múltiples problemas que existen hoy sin resolver, orientando para su fácil resolución a la presente juventud.

Hagamos ahora un pequeño bosquejo bibliográfico de las aplicaciones de las aguas mineromedicinales en las afecciones de Otorrinolaringología.

En las rinitis atróficas con ocena, por su acción desodorante, hiperplásica y epitelizante que poseen las sulfurosas fuertes, se recomiendan bastante, advirtiéndose que también pueden estimular la secreción de la mucosa, consiguiendo la lubricación de los conductos nasales atróficos y océnicos. Entre los manantiales más importantes para este tratamiento en España, tenemos el de Zuazo (Alava), con 3.99 c. c. de SH_2 y 0.848901 de mineralización total; Montemayor (Cáceres), con cifras de 45,6 c. c. y 0.267, respectivamente.

En las rinitis crónicas hipertróficas, LUBET emplea las aguas sulfurosoarsenicales.

G. LYON dice que una cura de Salis-de-Beam completa el tratamiento farmacológico.

En alguna rinitis espasmódica, además de su tratamiento etiológico con sedantes alcaloides, se puede hacer también un tratamiento complementario con aguas sedantes arsenicales. En relación con el tratamiento de estas rinitis espasmódicas,

H. BARTH aconseja las aguas de Mont-Doré. L. E. CENDRE dice que las aguas de Mont-Doré y de La Bourboule han dado buenos resultados.

M. LERMOYEZ indica como medicación termal las aguas arsenicales de La Bourboule y Mont-Doré; aguas alcalinas de Royat y vapores sulfurosos de Luchon.

PORTMAN, al hablar de los catarros nasofaríngeos crónicos, indica las curas termales con aguas sulfurosas, arsenicales o alcalinas, según el estado general del enfermo.

En el coriza crónico simple, KIKMISSON emplea inhalaciones y pulverizaciones con aguas sulfurosas de Mont-Doré, de Saint-Christan.

Y. COMBY, además del tratamiento general y vida de campo, emplea los baños de mar y las aguas cloruradosódicas y las sulfurosas de Uviente, Mont-Doré, Canterets, Luchon, Saint-Honoré y Challes.

JÓAL indica el tratamiento de anosmias rebeldes a los demás medios de tratamiento con duchas de ácido carbónico. Este procedimiento puede, por otra parte, aplicarse a diversas variedades de lesiones nasales. Se puede usar con ventaja este gas, en particular a las rinitis crónicas, que afectan la parte olfativa de la mucosa, región sobre la que nuestros medios de acción son bien limitados, ya sea con instrumentos, ya sea con las duchas líquidas.

Técnica.—Se toma un sifón de agua de selt, que se invierte por completo, de tal manera que el fondo de la botella se encuentre hacia arriba; se aprieta la válvula para dejar salir la cantidad de líquido que está por encima de la extremidad del tubo interior. Se adapta entonces a la llave de salida un tubo de caucho de 15 a 20 centímetros de largo y que termine por una cánula nasal. El aparato está dispuesto para funcionar. Si se introduce la cánula en una fosa nasal y si se comprime la válvula, el ácido carbónico penetra en las fosas nasales. En rigor, podemos contentarnos con aproximar la llave a la nariz, haciendo inspirar fuertemente por ella; el gas carbónico es arrastrado por la corriente del aire y se esparce con él a las partes respiratorias y olfativas de los conductos nasales. La reacción es, en general, poco viva, y la resolución se verifica rápidamente.

DIEVLAFOY, al hablar de los tumores adenoideos y de la hipertrofia de las amígdalas, recomienda, además del tratamiento médico, los baños salados, el mar, los establecimientos de aguas salinas, como Salins, que son de excelentes propiedades terapéuticas.

A. BROCA, refiriéndose al tratamiento médico de la hipertrofia de amígdalas, dice: «A pesar de lo que se haya pretendido, ni los toques medicamentosos ni los baños de mar son eficaces.»

POTMAN, en la hipertrofia de amígdalas, además del tratamiento médico, emplea un tratamien-

to hidromineral con agua sulfurosa, arsenical o salina, según el enfermo.

En la angina diftérica, tratamiento específico y aguas de Vichy Celestinus calentada ligeramente al baño de María.

En las anginas ulceromembranosas (VINCENT), tratamiento específico y lavados de boca tres veces al día con agua de Vichy Celestinus.

En la tubaritis, debido al poder antiflogístico y antiséptico que tienen las aguas hidrógenosulfuradas, pueden emplearse también como profilaxis de las otitis medias consecutivas a la inflamación de la trompa de Eustaquio. Su empleo es un poco complicado, ya que debe hacerse mediante la introducción de una cánula en la citada trompa, por la que se inyecta hidrógeno sulfurado. En Francia se efectúa este tratamiento con las aguas de Mont-Doré, y en España es factible su aplicación con las aguas de Zuazo.

En las faringitis y laringitis crónicas también pueden emplearse las aguas sulfurosas, después de haber suprimido la causa que las haya podido originar. Podemos citar, entre otras, las aguas de Betelu, Montemayor, Ledesma, etc.

En las laringitis crónicas, el doctor HUARTE dice que «la hidroterapia general, ducha caliente y fría alternadas, el baño escocés, turco y los baños de mar pueden ser útiles en algunos individuos. También es, a veces, muy útil la cura hidromineral de aguas de Mont-Doré y Luchon, y en España las de Liérganes y Betelu. Las aguas sulfurosas y arsenicales están indicadas también, y en las formas atróficas el yoduro potásico al interior».

WESSELY aconseja en la laringitis catarral agua inhalaciones con aguas alcalinas, y en los catarrhos tenaces el cambio de clima, con rápida mejoría.

El mismo autor, en las laringitis crónicas, dice que en los trastornos secretorios ejerce una acción favorable la inhalación de aire húmedo o de aire impregnado de alcalinos. En este aspecto es también muy favorable no sólo la cura en balnearios, sino la estancia en la playa, y, en general, un cambio de clima.

KORNER y GRUMBERG dicen que en los casos especialmente tenaces, como en la paquidermia, y cuando la causa de la laringitis no puede ser completamente removida, son de utilidad las curas de aguas alcalinas y salinas, en bebidas e inhalaciones, en balnearios, como Erus, Sociu en Temrms y Termach.

PORTMAN, en las laringitis catarrales simples, además del tratamiento local, emplea las aguas de Labassere o agua de Bourboule, de Mont-Doré o de Royat.

En las laringitis secas o atróficas, tratamiento general y agua sulfurosa al interior.

En las laringitis ulceromembranosas, tratamien-

to general con agua de Vichy-Celestus, media hora antes de las comidas.

En las parálisis laríngeas consecutivas a enfermedades infecciosas específicas se puede hacer un tratamiento profiláctico y curativo con las aguas sulfurosas fuertes.

PORTMAN, en las hiperestesias laríngeas, además del tratamiento general, emplea la hidroterapia en forma de duchas o baños tibios de preferencia. Estación termal.

El mismo autor, en las parálisis funcionales aconseja los baños y duchas tibias en látigo, seguido de masaje y fricciones de la piel con preparados alcohólicos. Tratamiento hidromineral en las estaciones sulfurosas o sedativas. Y, por último, en los espasmos funcionales emplea también la hidroterapia.

Referente a la tuberculosis laríngea, se ha discutido mucho y no se ha podido llegar a una conclusión lógica, ya que la tuberculosis laríngea es la localización final del bacilo de Koch en el organismo, como propagación de la tuberculosis pulmonar, sin haber logrado una medicación específica contra la enfermedad en su aspecto general. No obstante, se puede emplear un tratamiento adicional de dicha enfermedad con aguas minerales, para tratar de modificar el equilibrio de los componentes metálicos, que tan alterados están en la tuberculosis por el trastorno metabólico de los iones. Se ha recomendado por los diversos autores toda clase de aguas mineromedicinales, pero en especial las sulfuradosódicas, las cloruradas y las hidrocarbonatadas, llamando la atención las arsenicales por los fenómenos alérgicos que en algunos sujetos suelen desencadenar.

En cuanto al lupus eritematoso de la nariz, existe un caso de curación total por baños de aguas sulfocloruradas citado por el doctor don JUAN CISNEROS.

En el tratamiento de la lúes, en sus distintos lugares de localización, también se ha discutido bastante, siendo muy corriente el empleo de las aguas sulfuradosódicas como tratamiento coadyuvante al específico, por aumentar estas aguas el poder defensivo del medio humoral.

En los eczemas consecutivos a la irritación cutánea, que produce la exudación del pus de las otitis en el pabellón de la oreja, parece que dan buenos resultados en la fase descamativa unos baños con aguas sulfuradocálcicas y sulfocloruradas a la temperatura del cuerpo.

PORTMAN, en el tratamiento del eczema húmedo del pabellón del oído, aconseja un tratamiento general con aguas alcalinas al interior, de Vichy-Celestinus. Purgantes salinos (sulfatosódico o magnésico).

CELLE, en un estudio que hace sobre vértigos auriculares, expone la acción benéfica de la hidroterapia en los neuróticos y la vida de campo en los hiperestésicos.

Finalmente, el doctor SAN ROMÁN, en su *Hidrología médica*, editada en el presente año, hace al final de su obra una recopilación alfabética de las distintas afecciones que pueden ser tratadas con las aguas minerales de España, así como los manantiales para esas afecciones indicadas.

Asimismo ha reunido en unos cuadros sinópticos las propiedades de las distintas clases de aguas y su acción sobre determinadas afecciones.

De todo ello haremos también nosotros un resumen, resaltando únicamente lo que pueda estar relacionado con el tema que ha motivado este trabajo.

En el capítulo que dedica a las aguas sulfurosas establece las indicaciones en procesos infecciosos localizados (focos amigdalinos y otras infecciones locales), sífilis, debido a la acción antiséptica y antiespirilar, por aumento de defensas, acción bactericida (¿formación de derivados del tipo de las sulfamidas?)

En las aguas cloruradas, marca las indicaciones de procesos de vías altas, amigdalitis, vegetaciones (cura pre y postoperatoria), adenopatías, predisposición a catarros, bronquitis crónicas por la acción anticatarral que tienen estas aguas sobre las mucosas y porque estimula y regula la circulación y facilita defensa y reparación.

En el capítulo de «Principales aplicaciones de las aguas mineromedicinales», recomienda en las anginas las aguas sulfuradas, particularmente las cálcicas en pulverizaciones: Liérganes, Betelu y otras.

En el asma (tipo anafiláctico) (formas espasmódicas), las aguas sulfurosas en baño e inhalaciones en Montemayor, Zuazo y Caldas de Túy.

Cloruradas: Fortuna.

Radiactivas nitrogenadas: Caldas de Oviedo, Panticosa, Cardó y Tolox.

En las faringitis, inhalaciones con aguas sulfurosas y cloruradas: Liérganes, Caldelas de Túy, Betelu, Alceda Ontaneda y Ormaiztegui.

En las furunculosis, cura laxante con aguas de Cestona, Valfogón, Cofrentes y Fontibre.

Sulfurosas cloruradas: Alceda, Tona y La Toja.

En las larintigis, aguas sulfurosas: Liérganes, Caldelas de Túy, Betelu, Alceda y Caldas de Reyes.

En la forma granulosa, aguas cloruradosódicas con inhalaciones: Fortuna.

En el ecema, en general, las sulfuradosódicas y cálcicas: Zuazo, Villaro, Liérganes y Cucho; otras cloruradas o cloruradosulfurosas: Arteijo, Caldelas de Túy, Caldas de Reyes, Zaldívar, Betelu y Medina del Campo.

Y, por último, en la tuberculosis cutánea, aguas cloruradosódicas en baños: La Toja, San Juan de Campos, Elgorriaga, Arnedillo y Fitero.

Cloruradosódicas sulfurosas: Archena, Zújar, Medina, Tona, Tiermas, Paracuellos y Zaldívar.

Y para terminar con este pequeño trabajo, ex-

pondremos reducidamente los distintos métodos que existen de aplicación de las aguas mineromedicinales en la especialidad de Otorrinolaringología.

Entre los distintos métodos de aplicación en las fosas nasales, tenemos, en primer lugar, la sorbición, que consiste en la aspiración por una o ambas fosas nasales del líquido que nos interesa, reteniendo ese líquido en contacto con la mucosa nasal por inhibición de la respiración y favorecida por inclinación de la cabeza hacia atrás. Este método tiene aplicación para ablandar costras, acción radiactiva y vasodilatadora. Las aguas sulfurosas y férricas pueden usarse como medio de fortalecimiento. Este método produce molestias y cefaleas con frecuencia.

Otro método de aplicación de las aguas en las fosas nasales es la llamada ducha nasal, que consiste en la introducción brusca de un líquido en las fosas nasales y que es necesario desechar de la terapéutica, las que se hacen a una gran presión por el trauma que representa sobre la mucosa nasal sana. Esta ducha nasal a fuerte presión se puede emplear únicamente en los casos que queremos aplicar un líquido cáustico sobre una determinada zona de la mucosa nasal.

Pero si podemos usar la ducha nasal a una presión débil, que los franceses denominan inyección nasal, que consiste en enviar bajo una débil presión un líquido a las fosas nasales, y en el caso que nos ocupa las aguas mineromedicinales. Para esta inyección nasal se precisa un inyector enema o una jeringa inglesa, que tiene la ventaja de dar un chorro discontinuo con una presión variable más o menos fuerte, al agrado del enfermo o del operador; una cánula nasal de MOURE, que conviene sea de metal por lo frágiles que son las de cristal.

Técnica.—La irrigación nasal se basa sobre el hecho de que cuando se introduce un líquido por una fosa nasal bajo una presión suficiente, al respirar el enfermo con la boca abierta eleva el velo del paladar por acción refleja y se cierra la comunicación entre la boca y la laringe. Se facilita esta oclusión si el enfermo pronuncia la vocal a. La inyección tiene la ventaja de ser hecha durante el momento de la espiración. El líquido entonces no tiene más salida que la fosa opuesta y sale después de haber recorrido las fosas nasales en todo su trayecto. El chorro se dirigirá en dirección paralela al suelo para evitar que el chorro golpee la zona olfativa o la zona cribosa, que provocaría cefaleas más o menos acentuadas. Terminada la inyección, el enfermo soplará por una y otra fosa, teniendo la opuesta cerrada.

El doctor SAN ROMÁN describe un sistema de aplicación de duchas nasales, que tuvo ocasión de aplicar en Caldas de Túy, y que hicieron perfectamente tolerables las citadas duchas; el método es el siguiente: un simple depósito de cris-

tal a una altura algo por encima de la cabeza del enfermo, una llave de paso en la goma del mismo y una cánula de cristal con orificio muy pequeño. Este método tiene gran interés para alteraciones de la mucosa nasal, cornetes, senos, etcétera.

Otro método de aplicación de las aguas en las fosas nasales es el llamado baño nasal, que consiste en la introducción de líquidos en dichas fosas por aparatos especiales encargados de depositar suavemente el líquido sobre la mucosa enferma, distinguiéndose de la ducha nasal en que en ésta la entrada y salida del líquido es brusca y rápida y en el baño se retiene el líquido un tiempo determinado para bañar todo el conducto nasal. El baño se emplea para los tratamientos de fondo, y tiene la ventaja de que no produce dolor.

El baño nasal puede ser exterior o interior:

a) *Baño nasal exterior*.—El enfermo introduce la nariz en un vaso lleno de líquido, y durante todo el tiempo del baño se ve obligado a respirar por la boca. Se favorecerá el baño vestibular colocando previamente en los orificios nasales un tapón de algodón hidrófilo, que, rápidamente empapado, pone el líquido en contacto con la cara interna del vestíbulo.

b) *Baño nasal interior*.—El enfermo inclinará la cabeza hacia atrás y respirará por la boca, pronunciando la vocal a, con lo que se eleva el velo del paladar. Con una pipeta se introduce el líquido en una o las dos fosas nasales.

Existe también la irrigación retranasal, que consiste en enviar bajo presión un líquido medicamentoso o detergente detrás de las fosas nasales y cavum. La extremidad de una cánula de Moure se coloca en la nasofaringe, detrás del velo del paladar. Esta extremidad, que termina en roseta, posee cuatro orificios: uno, superior; otro, anterior, y dos anteroexternos, no completamente laterales, a fin de evitar el chorro líquido la-

teral, que se produciría fatalmente si los orificios estuviesen colocados sobre los lados. El chorro lateral ofrece el inconveniente grave de penetrar en los orificios tubáricos y provocar complicaciones auriculares. Los dos orificios anteroexternos envían al contrario el chorro a las coanas.

También tiene interés el lavado faringonasal de Guimer, que consiste en la expulsión del agua por la nariz después del gargarismo.

Entre los métodos de aplicación tópica en la faringe tenemos:

Baño de garganta, que consiste en hacer bañar las partes enfermas de la faringe con un líquido, para lo cual se pone en la boca una pequeña cantidad de líquido, volviendo fuertemente la cabeza hacia atrás, con la que el líquido va a la faringe, donde se puede conservar un tiempo, reteniendo la respiración.

Gargarismo, que se puede emplear en los casos en que se quiere que el líquido llegue a la entrada de la laringe o a la base de la lengua, y que se ejecuta lo mismo que el anterior; pero, en vez de retener la respiración, se pronuncia de tiempo en tiempo las sílabas «glú-glú», con lo que se permite al líquido descender más abajo que con el baño de garganta.

Pulverizaciones, que tienen el mismo fin que los anteriores, pero que se necesitan aparatos especiales como los que existen en Luchon (Francia), y la instalación de pulverizaciones de aire comprimido que existen en Liérganes (España).

Ducha faríngea en regadera, aconsejada por el doctor SAN ROMÁN.

Para laringe y bronquios se necesita instrumental apropiado, y en varios establecimientos balnearios españoles existen dispositivos especiales para inhalaciones difusas, frías o calientes.

Por último, contamos con el humage, que se ha practicado poco en España.

Divulgaciones del exterior

LA VIDA SOCIAL EN FRANCIA

Una creación del Seguro Social: La Medicina del trabajo

por el

Doctor CLAUDIO DUFRESNE

El seguro social, tal y como está implantado hoy día, no puede concebirse sin la organización de una verdadera Medicina del trabajo. Se puede, inclusive, escribir que la gran innovación del plan de seguridad francés consiste en la creación de esta rama. La Medicina del trabajo, tal y como se presenta hoy día, no puede confundirse en manera alguna con lo que se había realiza-

do antes de la guerra. Dos grandes principios han presidido su establecimiento: libertad y prevención. Pero estos dos principios exigían una serie de medidas preliminares que han guiado las decisiones de los promotores del seguro social.

Considerar, en primer término, lo nocivo del trabajo en sí era éste el punto de partida de toda acción contra la enfermedad y los accidentes. Los

nuevos médicos del trabajo comenzaron, pues, por limitar, en cuanto ello es posible, los riesgos inherentes a las profesiones peligrosas. Por esto, las fábricas de caucho, de benzol, de cloro, han sido provistas de dispositivos especiales. Los aparatos de aireación y de evacuación de los gases tóxicos, instalados desde hace años, pero que nadie había pensado utilizar hasta ahora, han sido revisados. Se han limpiado los suelos entarimados de las capas de arseniato de plomo, que convertían los talleres en lugares de muerte. Se han tapado las hendiduras de los tabiques, pues los vapores tóxicos podían envenenar a todo el personal de una fábrica.

Tras de esta operación preliminar, se ha pasado al saneamiento propiamente dicho de los locales. Diversos talleres, cuya cubicación de aire era insuficiente, y varias oficinas en las que la aireación no existía, por decirlo así, han sido cerrados. Se ha perseguido al polvo y al humo, esas nubes que arrastran y propagan todos los microbios.

Por último, el estado físico de los trabajadores (antes de ser contratados) ha sido objeto de un examen muy severo. Con harta frecuencia, un estado de «menor resistencia» del trabajador le predispone a todos los contagios. Un verdadero examen médico militar aleja a los enfermos de todos aquellos trabajos capaces de poner sus vidas en peligro. Si la enfermedad no se manifiesta con claridad, el médico del trabajo tratará de evidenciarla procediendo a varios exámenes sistemáticos. Todo esto tiende a facilitar la búsqueda de la enfermedad y a descubrir las condiciones en que aparecen las dolencias o en las que ocurren los accidentes, con el fin de poner el debido remedio.

Paralelamente a esta obra inicial, la legislación médica del trabajo ha sido considerablemente ampliada en cuanto respecta al sentido preventivo. A la inversa de un sistema como el de TAYLOR, inventado con fines de aumentar el rendimiento del trabajo humano, los médicos del trabajo han buscado los límites tras de los cuales la fatiga hace decrecer la producción. Este método ha permitido medir con más justeza la fatiga del trabajador, que trata de disminuir. E igualmente ha servido para precisar el estudio de cada puesto de trabajo. Actualmente, se impone la intensificación de este estudio, poniendo la ciencia al servicio del mundo del trabajo. Coordinando la psicología, la patología profesional y la psicotécnica, se ha establecido una colaboración más íntima entre los sabios que trabajan en sus laboratorios, los médicos en los puestos de trabajo y los técnicos en sus despachos de estudio, lo que favorece a la mejora de los medios de seguridad.

Finalmente, se debe hacer observar que, con la preservación del obrero en el trabajo, cuando se

hace debidamente, se consigue descubrir la mayor parte de las grandes plagas sociales. Merced al examen preventivo y a los exámenes anuales, los focos tuberculosos, de sífilis y aun cancerosos, son descubiertos.

Aseguradas las condiciones preliminares de la protección de los trabajadores, ¿a qué compartimientos se extiende a la Medicina del trabajo propiamente dicha?

1.º Esta protección debe ejercerse, en primer lugar, por la eliminación, tan vasta como sea posible, de las causas de accidentes y de enfermedades profesionales que pueden sufrir los obreros.

Además, a partir del 1 de enero de 1947, las Cajas del Seguro Social toman a su cargo lo que afecta a la prevención y a la reparación de los accidentes y de las enfermedades, y el inspector de las Cajas estudiará en cada Empresa los medios preventivos que debe utilizar, y que serán propuestos a la Dirección.

2.º Toda modificación o construcción nueva, de fábrica o de taller, deberá ser sometida a la aprobación del médico, de forma que la higiene general de los locales puede ser vigilada.

3.º Estudio de la fatiga y del agotamiento físico, de los medios de disminuirlos o de evitarlos, de la eliminación de los malos hábitos, esencialmente por la mejora del material.

4.º Protección particular del individuo en el trabajo. Trátase de descubrir las deficiencias orgánicas permanentes o pasajeras que hacen el trabajo peligroso para un sujeto particular. Como ya lo hemos dicho, un obrero cardíaco no puede trabajar como forjador, un anciano tuberculoso no resistirá en una atmósfera de humo, un viejo epiléptico no puede trabajar en los andamios.

5.º Este conjunto de disposiciones logrará el principal objetivo de la Medicina del trabajo: la protección de los obreros contra el contagio inmediato.

6.º La orientación profesional está muy influenciada por el dictamen médico. El niño, en el momento de comenzar el aprendizaje, pasará un examen físico completo, que abarcará la búsqueda de su robustez, destreza, equilibrio. Se comprobará el estado de los órganos de los sentidos y se procederá a un examen psicotécnico capaz de revelar las cualidades intelectuales y hasta morales.

Estos exámenes permitirán orientar al niño de manera casi infalible.

Por lo demás, esta selección puede hacerse igualmente con los adultos.

7.º La Medicina del trabajo será obligatoria en todas las Empresas. Cada Empresa tendrá su servicio médico particular. El tiempo que será consagrado por el médico en la Empresa ha sido fijado según el número de asalariados. En las Empresas comerciales representa una hora por mes

por veinte asalariados; en las Empresas que exigen una vigilancia especial, una hora por mes para diez asalariados.

Un número suficiente de enfermeras ayudarán a los médicos en sus trabajos.

He aquí, resumidas, las grandes líneas de la po-

lítica seguida en el dominio de la seguridad social. Esta política ha permitido alcanzar ya una disminución sensible de los accidentes y de las enfermedades profesionales. Y, como consecuencia directa, el rendimiento de las Empresas ha aumentado.

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR

(25 de enero de 1947)

La Cirugía en las afecciones lumbosacras y del cinturón pelviano, por J. P. M. Vilardell.
La sedación como técnica en Psicoterapia, por R. Grinker.
Una crónica de médicos, por Eusebio Blasco.
Fourquet y Martínez Molina, ¿profesores o maestros?, por Castillo de Lucas.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO

(8 de febrero de 1947)

Las diátesis hemorrágicas, por F. Mas y Magro.
Alteraciones clínicas del metabolismo del hierro y terapéutica hidromineral, por Conde Gargollo.
Posibilidades de la quimioterapia actual en Neurología, por J. Izquierdo Rubín.
Sección profesional.

JORNAL DO MEDICO

(Oporto, 7 de diciembre de 1946)

Cardia.—Nuevo año, nuevo rumbo.
Roch.—Glomeruloesclerosis en una diabética.
Marañón.—El hipertiroidismo de la lactancia.
Fonseca y Saraiva.—Tiroiditis aguda no supurada.
Raposo.—Ileo postoperatorio.
Pombal.—La crisis mundial de la clase médica.

(14 de diciembre de 1946)

Sampaio.—Músculo corto coracobraquial.

(21 de diciembre de 1946)

Guerreiro.—Saturnismo no confirmado.
Crespo.—Aspectos de la medicina popular.

(28 de diciembre de 1946)

Cerqueira.—Psiquis y glándulas endocrinas.
Reis.—Esterilidad y fecundación artificial.

(4 de enero de 1947)

Dos Santos.—Evolución de la semiología y de la terapéutica quirúrgica en el futuro.
Da Costa.—Sepsis.
Debré.—Pasteur como fundador de la bacteriología.

(11 de enero de 1947)

Peixoto y Basto.—Expresión clínica anormal de una afección vulgar.

Kaech.—La Medicina y sus noches áticas.

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

(San Pablo (Brasil), octubre de 1946)

Bernardes y De Campos.—Radioterapia de contacto intraoperatoria.

Eiase.—El suero gravídico en algunas dermatosis.

JOURNAL OF THE ROYAL ARMY MEDICAL CORPS

(Londres, octubre de 1946)

Berkley.—Reorganización de los servicios médicos militares.
Hughes.—Contaminación de jeringas después de inyecciones intravenosas e intramusculares.

Robbe.—Analgesia peridural.

Cowper.—Desinfectación del suelo en un hospital de tifus para prisioneros en Alemania.

Cawston.—Lucha contra la bilharziosis.

Robinson.—Evacuación aérea en las batallas del sudeste del Asia.

ANALS OF EUGENICS

(Londres, noviembre de 1946)

Grieve y Morant.—Color de los ojos de las poblaciones británicas.

Harris.—Nacimientos prematuros.

Lee y Penrose.—Genética del color de los cabellos en el hombre.

Finney.—Particiones ortogonales de 6 por 6 en las vías latinas.

Haldane.—Interacción de la naturaleza y la nutrición.

Holt y Wright.—Polidactilia en el ratón.

THE BRITISH JOURNAL OF DERMATOLOGY AND SYPHILIS

(Londres, noviembre-diciembre de 1946)

Peterkin y Hair.—Dermatosis por mepacrina.

Bigham.—Liquenoide tropical.

Berlin.—Degeneración coloidal solar.

Costa.—Alopecia por tracción de los cabellos.

Hare.—Infección estreptocócica hemolítica en perros.

Cullumbine.—Modo de penetración en la piel del gas mostaza.

Forbes.—Frecuencia del acné en el hombre.



BARACHOL

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

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPANOLA

1 febrero 1947

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. TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS: *Oposiciones o médicos titulares. La actualidad sanitaria*, por el Dr. Isidro de Magerit. INFORMATARIO PROFESIONAL. SECCIÓN OFICIAL.

BOLETIN DE LA SEMANA

CURSOS, CONGRESOS Y CONFERENCIAS

Asombra el número de unos y otros que diariamente se anuncian en la prensa profesional y en la política y gráfica.

Si desde fuera de España se enjuiciara por tanta noticia de movimiento cultural y científico, no cabe duda que ocuparíamos un lugar eminentísimo al frente de las naciones estudiosas y dinámicas.

Por desgracia para nosotros, es más el ruido que las nueces; pero el hecho es que el ruido es de buena cuenta, aunque muchas ocasiones, muchas, muchas, nos ha ocurrido acudir a cursos y conferencias y encontrarnos en una casi soledad familiar, y también muchas, muchas veces, hemos asistido a Congresos de espectacular desarrollo y riquísimo juego.

Pero, en fin, como nuestro querido colaborador Isidro de Magerit, en uno de sus ingeniosos y recientes artículos, ha puntualizado la verdadera avalancha de Congresos con que se amenaza a la señorita Primavera de 1947, nosotros no vamos a insistir en ello, pero sí a dar cuenta de que en la ciudad de Londres, y en los días del 14 al 20 de septiembre de 1947, se va a celebrar el XII Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía bajo la presidencia de Leopoldo Mayer, y siendo secretario general Dejardin y secretario del Congreso H. W. S. Wright.

Nuestra opinión es ahora, como siempre, que los Congresos, lo que deben llamarse Congresos, es necesario que vuelvan a organizarse a la antigua usanza internacional. Congresos generales, con sus secciones, y celebrados cada tres o cuatro años en una capital de nación distinta.

Los hombres de ciencia es preciso que vuelvan al estrechamiento cordial de sus relaciones, a su mutuo conocimiento por bien de sus patrias y mucho más por bien de la nuestra.

Hay que favorecer la corriente de unión universal científica que late hoy por todo el mundo, porque ella será uno de los más firmes sostenes de la paz.

Los médicos, que somos acaso los más aficionados a la celebración de estas asambleas, debemos poner de nuestra parte cuanto podamos, olvidándonos, al tratar entre nosotros, de todo lo que puedan ser querellas y desacordes al margen de la ciencia. Todos ganaremos mucho en ello.

LA VIDA CARA

Hace unos días hablábamos con una persona de gran competencia económica acerca de la tremenda subida del coste de la vida, y nos decía que desde hace diez años los precios no cesan de aumentar, y que ello ha creado una verdadera psicosis. El alza ha entrado ya en el hábito de las gentes, y se admite como un fenómeno natural e ilimitado. Ya nadie se extraña de ver subir los precios a cada nueva compra. Parece como si un resignado fatalismo se hubiera adueñado poco a poco de las conciencias.

Es raro quien no ve otra salida a esta evolución lamentable que no sea una catástrofe financiera, que se da por inevitable, y cuya certeza de sobrevenir domina en todos los horizontes de lo por venir e influencia todos los comportamientos.

Nosotros estamos totalmente de acuerdo con nuestro ilustre amigo, y es un hecho probado y frecuentísimo que, al entrar en cualquier establecimiento de ventas, oigamos a algún comprador a nuestro lado decir sonriente: «¡Ah! Hoy ya vale tanto más; vaya por Dios», y pagar y marchar sonriente.

Todo esto supone una enfermedad moral colectiva, y es deber nuestro acudir en su remedio, máxime cuando sabemos que en alguna gran nación del mundo se están produciendo las bajas rapidísimamente por guardar otra actitud.

En primer lugar, gran parte de las gentes compra más de lo preciso, y la exageración en la demanda acelera el alza de los precios.

Por otro lado, el comerciante al por menor, el detallista, que es el que tiene el 80 por 100 de la culpa en las poblaciones grandes, no tiene prisa por vender. Le satisface más vender poco a poco y a escondidas y tener cuantas más mercancías, que le suponen más precio que los billetes de Banco.

Esto lleva consigo una disminución de las ofertas, y, como consecuencia, más celeridad en el alza de los precios.

Los trabajadores, los que ahora se llaman productores, con arreglo a su difícil nivel de vida en tales circunstancias, reclaman justamente aumento de salario, lo que hace la producción más cara, y los precios suben y suben, amenazando todo llegar a una explosión final.

Mi amigo decía, con mucha razón, que, en vez

de dejar la máquina económica desmenuzarse en rueda libre hasta que nos estrelle a todos, sería conveniente crear un clima social, comercial y económico totalmente contrario.

Un clima de baja en el coste de la vida. A este clima, saludable y salvador, han de contribuir todos. Los consumidores, con menos prisa en sus compras, que harán que los acaparadores tengan más prisa en vender. La acumulación de mercancías disminuiría la demanda y acentuaría la baja.

¿Es posible esto? Mi amigo dice que sí, y que basta considerar para convencerse la enorme diferencia entre los precios de producción y los precios de venta al detalle.

Con buena voluntad y acertado control hasta los precios del mercado libre seguirían la evolución del mercado controlado y vendría su influencia a ocasionar rápida baja de precios.

«Es indudable, asegura mi amigo, que la tendencia mundial es a la baja, y que en los Estados

Unidos, particularmente, se registran considerables caídas en los precios; claro que el Gobierno debe alentar a los ciudadanos en esta actitud, poniendo de su parte cuanto facilite la vida y suprimiendo todas las complicaciones que hoy la hacen casi odiosa.»

Hemos dedicado estos comentarios, que a primera vista pueden parecer fuera de lugar, porque la higiene y la alimentación son hoy en España dos problemas durísimos, en especial para las clases medias.

Los médicos sabemos muy bien que sin una alimentación suficiente y bien dirigida no es posible una mediana salud.

El problema del azúcar, del café, de la carne y del pescado, de las legumbres y las frutas hacen hoy imposible en el 90 por 100 de las casas de la clase media española que se pueda cumplir el régimen preciso para cualquier enfermo.

DECIO CARLÁN.



TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS

OPOSICIONES A MÉDICOS TITULARES

La Dirección General de Sanidad ha firmado, con fecha 28 del actual, la convocatoria para oposiciones libres a médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, aun cuando el plazo de presentación de instancias no se abrirá hasta que pueda conocerse el número de plazas vacantes que han de ser cubiertas en estas oposiciones. Y aun cuando, en realidad, son oposiciones para ingreso en el Escalafón del Cuerpo, también lo son para proveer las vacantes producidas hasta el día 1 del mes actual, y es la primera vez que en los anales de la Administración pública se anuncian unas oposiciones a plazas que no se conocen ni en situación, ni en categoría, ni en número.

Parece ser que alguien tiene prisa en que se realicen estas oposiciones, en pugna con el criterio de la inmensa mayoría de los futuros opositores, que han de enfrentarse con un programa vastísimo, de temas completamente nuevos para los médicos, como son los de Legislación y Administración sanitarias, que antes se hacían por escrito y pudiendo consultar los libros que considerasen convenientes. Este ejercicio será ahora

hablado, y, por consiguiente, ha despertado en los aspirantes un pánico más que regular.

A pesar del número de compañeros que han desistido de presentarse a estas oposiciones, por miedo al nuevo programa y a la falta material de tiempo para prepararlo alternando con el ejercicio de la profesión en el medio rural, es lo cierto que serán dos o tres millares los posibles opositores. Y esto dará lugar, en el caso de iniciar los ejercicios en el mes de mayo, a interrumpirlos durante las obligadas vacaciones estivales, con perjuicio para los que actuaron antes y evidente beneficio en cuanto al tiempo de preparación para los que les corresponda actuar en otoño o a fines de verano.

Interpretando el deseo de numerosos opositores, nos atreveríamos a solicitar de la Dirección General de Sanidad y del Tribunal que ha de juzgarlas, el que no fuesen comenzados hasta pasado el verano, y si, fuera posible, el que se admitiese a los jóvenes médicos que obtuviesen su licenciatura en el próximo junio, ya que habrá de transcurrir mucho tiempo antes de que se puedan anunciar nuevas oposiciones libres.



LA ACTUALIDAD SANITARIA

por el

Doctor ISIDRO DE MAGERIT

En el salón de actos del Patronato Nacional Antituberculoso ha tenido lugar una importante reunión de sanitarios, bajo la presidencia del doctor Palanca, junto con los doctores don Enrique Bardají López, jefe provincial de Sanidad de Barcelona y presidente de la II Reunión Nacional de Sanitarios del Estado, y el doctor García Lu-

quero, que tiene a su cargo la Secretaría de dicha Reunión, Asamblea o Congreso, como el lector prefiera.

Sucesivamente hicieron uso de la palabra los doctores Crespo Alvarez, Bosch Marín, Julio Bravo, Cordero Soroa, Fernández Turégano, Martí Güell, Benítez Franco, Díaz López (don Naza-

rio), Bardají, García Luquero y Palanca, tomándose el acuerdo de aplazar, improrrogablemente, la fecha de celebración de esta Asamblea para los días 21 al 26 de abril próximo, debiendo estar en poder de la Comisión las ponencias lo más urgentemente posible y las comunicaciones antes del 30 de marzo próximo.

En el Patronato Nacional Antituberculoso se ha instalado ya una oficina de información e inscripción para concurrentes al Congreso, habiendo sido encargada la Agencia Marsáns de todos los detalles inherentes a viajes, alojamientos, etc.

El doctor Palanca pronunció breves palabras para hacer resaltar el interés que la Dirección y el Ministerio tienen en que esta II Reunión de Sanitarios esté lo más perfectamente organizada posible y que constituya un brillante éxito.

Por la tarde nos recibía el doctor Palanca en su despacho, y nos daba cuenta de su próximo viaje a Salamanca para inaugurar el Sanatorio Antituberculoso «Martínez Anido», instalado en «Los Montalvos».

Nos habló de que el alcalde de Madrid había devuelto a la Dirección de Sanidad el proyecto de Reglamento de Sanidad Municipal, al que todavía habrá necesidad de retocar en algunos puntos esenciales, y nos dió cuenta de que su deseo es que el Congreso de Sanidad Municipal, que se debe celebrar en Madrid en el mes de mayo, esté lo más concurrido posible y rinda un fruto maduro y succulento.

Ha sido concedida al doctor Ossorio Bolaños la encomienda con placa de la Orden civil de Sanidad, que irá a imponerle en Mérida el propio ministro de la Gobernación, y cuyas insignias han sido costeadas por el Consejo General de Colegios Médicos de España.

En el transcurso de la entrevista, el doctor Palanca ha tosido varias veces.

—¿También el jefe ha sido atacado por la gripe?—preguntamos.

—Yo he sido el primero en atrapar esto que parece gripe; pero tengo la satisfacción de que el estado sanitario de toda España es inmejorable, sorprendentemente bueno, dadas las actuales dificultades dietéticas.

Y agrega:

—¿Qué dicen los titulares?

—Coinciden en absoluto en sus comentarios acerca del nuevo programa de las oposiciones de Asistencia Pública Domiciliaria. Entre las numerosas cartas que recibo en este sentido, no resisto la tentación de leer a usted este párrafo de una de ellas: «He leído el programita que acaban de publicar para las oposiciones a titulares, y creo en absoluto que quienes lo hayan «elabo-

rado» no tienen la menor noción, desgraciadamente, de lo que es, en realidad, el ejercicio de la Medicina en el medio rural. Sobran, según mi modesto parecer, muchísimas cosas, y, en cambio, no se han acordado para nada de lo realmente importante, útil, necesario y práctico. Creo que este programa debe ser bastante más reducido y hecho a base de temas eminentemente prácticos, y, sobre todo, aquellos que pudieran calificarse como el pan nuestro de cada día en el ejercicio rural diario, aunque (y esto me parece muy justo y natural) lo que constituye o yo llamo «el pan nuestro de cada día» exijan dominarlo a la perfección. Todo lo demás son filigranas de cátedra que resultan muy bonitas para los que tienen dinero y pueden permitirse el lujo de trabajar varios años al lado de un «as» y disponen de tiempo suficiente para el estudio, revistas, conferencias, etc., pero nunca para los verdaderos proletarios de la Medicina, que, generalmente, andamos muy escasos de tiempo, dinero y otras cosas muy importantes. Aparte de que, para ganar 3.000 pesetas anuales (cuando las cobramos), no hacen falta ni hacer una oposición de esta envergadura ni casi tampoco el cometer la equivocación de hacerse médico, ya que, desgraciadamente, nuestra profesión, de seguir por estos derroteros, no se precisa ser un vidente extraordinario para augurarle un porvenir muy sombrío, pese a todo lo que se diga y a los espejismos de ciertos sectores. Yo, desde luego, no acudiré a estas oposiciones, y, como yo, la mayoría de los que ya pertenecemos al escalafón, y al hacerlas podemos correr el riesgo de no aprobarlas, sin grandes beneficios, ya que tan mal vamos a estar en Malagón como en Quintanapalla de Abajo.»

Y cuando esperábamos conocer la opinión personal del señor director, ha entrado en el despacho el inspector general, doctor don Victoriano Lenzano, que viene a informar acerca de la inspección que acaba de hacer en una provincia española sobre dimes y diretes entre sanitarios. ¡Pláticas de familia! Y como no suponemos discreto el oír el informe, nos lanzamos a la calle, sin saber exactamente si vamos a necesitar esquís para llegar a casa o si vamos a medir el suelo con nuestra oronda humanidad, expuestos a fracturarnos un hueso. Las luces de la plaza de España se reflejan brillantemente sobre el albo sudario que la cubre, y, después de difíciles equilibrios entre las interminables obras de la prolongación de la Gran Vía, «cubrimos nuestro objetivo» de adentrarnos en el «Metro», con su magnífico sistema de calefacción completamente central, infinitamente más constante y barata que la que nos suministran nuestros respectivos caseros. ¡Buenas noches, amable lector!

SALB

TUBOS DE 18 TABLETAS

Fenil-dimetil-amino-antipirina . . . 24 ctgrs.
Dietil-malonil-urea 12 —
Hidrato de triclonoetanol 3 —
Vehículo c. s.
(No contiene ácido acetilsalicílico)

INÓCUO PARA EL
CORAZÓN Y EL RIÑÓN
SIN LAS PROPIEDADES
DE SUS COMPONENTES

Laboratorios O.F.E.
Farmacia, 6.-MADRID

Un nuevo analgésico.
La más moderna
asociación medicamentosa

SALB

Informatorio profesional

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Conferencia desarrollada por el doctor don Emilio Larrú el día 14 de enero sobre el tema «Es posible la profilaxia de los cánceres del recto, calificados actualmente como inoperables».

Partiendo del concepto de que el cáncer, en su fase local, se cura casi siempre en el ciento por ciento de las veces, describió los síntomas de comienzo del cáncer del recto, valorando el orden de su presentación con abundante casuística, así como los métodos exploratorios, deduciendo que en la actualidad no hay ya razón para que los enfermos que padecen dicha afección lleguen, después de varios meses de ser diagnosticados de hemorroidarios, colíticos, prostáticos, etc., al estado de incurabilidad en el cual hoy se presentan.

Expone la enorme trascendencia de un oportuno diagnóstico temprano del cáncer del recto, ya que, modernamente, el tratamiento de esta afección con la roentgenterapia de Chaoul ha abierto un amplio horizonte de posibilidades curativas, una vez demostrado que en los casos más avanzados consigue unas supervivencias que en cantidad y calidad no han sido logradas por ningún otro método terapéutico.

JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD Dispensario de Higiene Mental. Barcelona.

Durante los meses que restan de curso académico, cada martes, a las doce de la mañana, en el local de dicho Dispensario, se desarrollará un programa de lecciones teóricoprácticas de Psiquiatría, para médicos, a cargo del jefe del mismo, doctor N. Ancochea Hombravella.

Oportunamente se darán a conocer los temas de cada grupo de lecciones, así como aquellas lecciones que, encomendadas por especialistas no pertenecientes a este Dispensario, por su competencia y prestigio sean consideradas como lecciones magistrales.

Tratándose de una actividad natural y lógica derivada de la importancia adquirida por el Dispensario de Higiene Mental de esta provincia, la asistencia a estas lecciones no se someterá a matrícula y será gratuita. Sin embargo, los que deseen un certificado de asistencia lo solicitarán previamente en cada grupo de lecciones y se les indicará el modo de justificarla.

Continuando las actividades de este Dispensario, cada viernes, a las doce de la mañana, en el local del Servicio, se desarrollará un programa de lecciones de Neurología, a cargo de los doctores Ferrer-Hombravella y Saumench Gimeno.

Tratándose de una actividad derivada de la importancia adquirida por el Dispensario de Higiene Mental de esta provincia, la asistencia a estas lecciones no se someterá a matrícula y será gratuita. Sin embargo, los que deseen un certificado de asistencia lo solicitarán previamente en cada

grupo de lecciones y se les indicará el modo de justificarla.

INAUGURACION DEL CURSO EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

El jueves día 23, por la tarde, se celebró la sesión inaugural del curso académico de la Real Academia de Medicina.

La presidencia estaba constituida por el subsecretario del Ministerio de Educación Nacional, señor Rubio; don Pedro Radío, embajador de la Argentina; director de la Real Academia, profesor Enríquez de Salamanca; ministros de la Argentina y de El Salvador; director del Hospital de San Carlos, doctor Matilla, y profesores Carro y don Leonardo de la Peña. En los escaños se veían académicos de la Casa y de otras Academias, como los señores Santa María, Merino y Ubierna.

Leída la Memoria de Secretaría, con relación detallada de las actividades de la Corporación, por el profesor Matilla, el doctor Carro, tesorero de la Corporación, leyó su discurso sobre el tema «Insuficiencia hepática».

Seguidamente, el secretario de actas, doctor Matilla, fué dando lectura a los nombres de los premiados, que subieron al estrado para recoger diplomas y certificados de manos del señor Rubio.

INAUGURACION DEL INSTITUTO PROVINCIAL DE SANIDAD DE LAS PALMAS

A las diez de la mañana del día 23 próximo pasado llegó a esta isla el subsecretario de la Presidencia, señor Carrero Blanco, acompañado del capitán general de Canarias, a bordo del minador «Marte», que atracó al muelle de la Base naval.

El señor Carrero Blanco y el teniente general señor García Escámez se trasladaron al lugar donde se levanta el bellissimo edificio destinado a Instituto Provincial de Sanidad. Inmediatamente se procedió a la bendición y entrega del inmueble.

Pronunciaron discursos el jefe de Sanidad, el gobernador civil y el capitán general.

A continuación, el subsecretario y demás autoridades se trasladaron al Hospital de la Cruz Roja, recientemente entregado a la Asamblea provincial.

AVISO a los señores aspirantes presentados al concurso-oposición convocado por Orden de 6 de noviembre ultimo para proveer doce plazas de Médicos Maternólogos del Estado.

Se avisa a estos señores aspirantes que en el Boletín Oficial del Estado del día 30 de enero de 1947, y en su página 693 y siguientes, se publica la relación de ellos y la situación en que se encuentra cada una de sus documentaciones.

La gran extensión del referido documento nos impide reproducirlo, como hubiera sido nuestro deseo.

SECCION OFICIAL

DECRETO de 10 de enero de 1947 por el que se crea el Seguro de Enfermedades profesionales.

Ha sido en todo momento preocupación fundamental del Gobierno del Estado dar cumplimiento y efectividad a los preceptos del Fuero del Trabajo, en especial a los contenidos en su declaración X, que tienden a garantizar la seguridad personal y económica de los trabajadores, protegiéndoles contra todos los riesgos derivados del trabajo. Y esta preocupación se refleja de una forma progresiva en el perfeccionamiento del Seguro de Accidentes, en la creación del Seguro de Enfermedad y del Seguro especial de Silicosis, y ahora por la presente disposición, tratando de alcanzar la meta de una total seguridad social de las masas trabajadoras.

El problema de las enfermedades profesionales, conocido de antiguo, sólo había logrado alcanzar una consideración legal abstracta y programática, pero no ha sido afrontado resueltamente y por vías de realización hasta que la doctrina social de nuestra Cruzada ha colocado la resolución de este problema en el primer plano de los Seguros sociales obligatorios.

En la imposibilidad material de abordarlo inicialmente en toda su extensión, por la falta de estudios y experiencias previas, que nunca se habían realizado en nuestro país, se hizo preciso al legislador llegar a su implantación por un sistema de sucesivas etapas, en las que se tuvo en cuenta, como única causa de prelación, la importancia y trascendencia social de cada una de las enfermedades conocidas.

Se inició primeramente con el Decreto de 3 de septiembre de 1941, que crea el Seguro de Silicosis, transformado y ampliado por la Orden de 26 de enero de 1944 y por el Decreto de 23 de diciembre del mismo año; se continúa ahora con el presente Decreto, en el que se establece el sistema a que habrá de ajustarse el órgano administrativo que se crea, para llegar a la total implantación del Seguro de Enfermedades profesionales, marcando los hitos de su evolución en plazos tan breves y seguros como la realidad lo permita.

Se ha mantenido en la presente disposición la unidad de concepto que existe entre la enfermedad profesional y el accidente del trabajo, que la sabia doctrina de nuestro Alto Tribunal de Justicia había creado en interpretación del artículo 1.º de la Ley de 8 de octubre de 1932, limitándose, por tanto, la especialidad del Seguro de Enfermedades profesionales a aquellos aspectos de carácter sanitario y económico a que se refería el Decreto creador del Seguro de Silicosis.

No se pretende ahora marcar casuísticamente los casos de enfermedad profesional que, con arreglo a nuestra legislación, puedan ser indemnizables, sino señalar el punto de partida de los trabajos y estudios que se encomiendan al Seguro, a fin de orientar sus investigaciones estadísticas, para que pueda, en su día, proponer al Ministerio de Trabajo las normas reglamentarias que den efectividad a la protección laboral en cada una de las industrias en que sea conocido el riesgo de una enfermedad profesional, sea ésta de las relacionadas

en la parte dispositiva, u objeto de nueva investigación.

A este efecto, se dota al nuevo Seguro de las facultades y elementos necesarios para que lleve a cabo su misión con la autoridad y eficacia que se ha acreditado en el período de gestión del Seguro de Silicosis.

Y partiendo de lo ya realizado y marcándole los jalones de su ulterior desenvolvimiento, se abren por el presente Decreto las vías de realización del Seguro de Enfermedades profesionales.

Por lo expuesto, de conformidad con el Consejo de Ministros, y a propuesta del de Trabajo,

DISPONGO:

Artículo 1.º Se crea en la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo, del Instituto Nacional de Previsión, el Servicio de Seguro de Enfermedades profesionales, que tendrá como misión la implantación progresiva de tal Seguro, con arreglo a las disposiciones del presente Decreto.

Art. 2.º Se entenderán como enfermedades profesionales aquellas que, producidas por consecuencia del trabajo, y con evolución lenta y progresiva, ocasionen al productor una incapacidad para el ejercicio normal de su profesión o la muerte.

A efectos del plan de implantación del Seguro de Enfermedades profesionales, tendrán, desde luego, este carácter las comprendidas en el cuadro que se inserta como anexo de este Decreto, el cual podrá ser adicionado a medida que se compruebe la existencia y el carácter de profesionales de otras enfermedades distintas.

Art. 3.º Será preceptivo, como trámite previo a la implantación obligatoria del aseguramiento correspondiente a cada una de las enfermedades profesionales incluidas en la relación adjunta a este Decreto, o que en lo sucesivo puedan incluirse, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo anterior, el informe de los Ministerios interesados, de la organización sindical y del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo.

Art. 4.º El Servicio de Seguro de Enfermedades profesionales iniciará su gestión al publicarse este Decreto con el aseguramiento de la silicosis en las industrias mineras de plomo, de oro y de carbón y en las de cerámica y sus derivados.

Art. 5.º Desde la publicación de este Decreto, las industrias comprendidas en el cuadro que se inserta a continuación del mismo vienen obligadas a declarar a la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo, en la forma y con arreglo a los requisitos que señalará el Reglamento, todos los casos de las enfermedades profesionales incluidas en dicho cuadro que entre su personal se produzcan.

Art. 6.º Se atribuye al Seguro de Enfermedades profesionales la fiscalización y dirección de los reconocimientos médicos de todas las Empresas incluidas en el grupo de neumoconiosis.

Queda derogada especialmente la Orden de 7 de marzo de 1941 en cuanto se opone a este artículo, y las estadísticas que en la misma se previenen serán obligatoriamente remitidas a la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo,

con arreglo al modelaje que se facilitará a las Empresas.

El Seguro de Enfermedades profesionales cuidará de organizar el servicio sanitario, propio para la práctica de los reconocimientos médicos correspondientes a estas industrias.

Art. 7.º En el Seguro de Enfermedades profesionales serán incluidas obligatoriamente las Empresas correspondientes a las industrias que se declaren causantes de las mismas.

Art. 8.º Dado el carácter mutuo de este Seguro, la Junta Administrativa del Seguro de Silicosis, creada por Decreto de 23 de diciembre de 1944, extenderá su jurisdicción a todo el Seguro de Enfermedades profesionales en el que se incluye aquélla, denominándose en lo sucesivo Junta Administrativa del Seguro de Enfermedades Profesionales.

Será presidida por el Director de la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo, con facultad de delegar en el Jefe del Servicio de este Seguro, y será integrada por los siguientes Vocales:

Un miembro de la Asesoría Técnica de Previsión, nombrado por la Dirección General del ramo.

Un representante de cada una de las ramas de industria obligadas al Seguro, que será designado por el Ministerio de Trabajo, a propuesta de la Organización sindical, formulada ante la Dirección General de Previsión.

Un representante de la Subsecretaría de Industria.

Un Asesor jurídico de la Caja Nacional, designado por el Consejo del Instituto Nacional de Previsión.

El Jefe de los Servicios Médicos de la Caja Nacional.

El Jefe del Servicio de Seguro de Enfermedades profesionales.

Art. 9.º Serán facultades de la Junta Administrativa del Seguro de Enfermedades profesionales:

Primera. Formular ante el Ministerio de Trabajo, por conducto de la Dirección General de Previsión, las propuestas necesarias para el desenvolvimiento del plan de este Seguro y cumplimiento de las etapas de implantación del mismo.

Segunda. Proponer, asimismo, las modificaciones o mejoras del régimen general del Seguro, tanto en lo económico como en lo social.

Tercera. Informar con carácter preceptivo las propuestas de inclusión de industrias en el régimen del Seguro objeto de este Decreto.

Cuarta. Señalar el personal de cada industria afectado por el Seguro de Enfermedades profesionales, y cuyo aseguramiento ha de ser obligatorio.

Quinta. Proponer a la Dirección General de Previsión la fijación de las cuotas de reparto, dentro de cada uno de los grupos, ramas y clases industriales afectados, así como los recargos a que se refiere el artículo 12.

Sexta. Aprobar el presupuesto de ingresos y gastos de administración del servicio.

Séptima. Examinar y aprobar las cuentas de rentas satisfechas por el Seguro.

Octava. Resolver sobre los recursos de reforma que se formulen por las Empresas sobre liquidación de cuotas libradas por el Seguro, e informar los recursos de alzada que contra estos acuerdos se eleven a la Dirección General de Previsión.

Contra las resoluciones de la Dirección General de Previsión podrá interponerse recurso de alzada, y, en última instancia, ante el Ministro de Trabajo.

Novena. Resolver sobre las reclamaciones previas que se formulen conforme a lo dispuesto en el artículo 15 de este Decreto.

Art. 10. Los acuerdos de la Junta Administrativa del Seguro de Enfermedades profesionales serán comunicados al Ministerio de Trabajo den-



(Aprobado por la Censura Sanitaria)

tro del plazo de cuarenta y ocho horas de haber sido adoptados, y no serán ejecutivos hasta que transcurran otras cuarenta y ocho horas después de la notificación. El Ministerio de Trabajo suspenderá los acuerdos de la Junta que considere perjudiciales al interés general de la nación o que estime no se adaptan a la legislación en materia de Seguros sociales.

Art. 11. Al frente del servicio del Seguro de Enfermedades profesionales habrá un Jefe designado por el Consejo del Instituto Nacional de Previsión, a propuesta de la Junta Administrativa de aquel Seguro.

Art. 12. El régimen financiero del Seguro de Enfermedades profesionales será el de reparto de rentas, sin perjuicio de que, a propuesta de su Junta Administrativa, pueda en cada caso concreto acordarse por el Ministerio de Trabajo la aplicación del régimen ordinario de capitalización.

El importe anual de las pensiones que, con arreglo a lo dispuesto en el párrafo anterior, tenga que satisfacer el Seguro de Enfermedades profe-

AVISO a los señores aspirantes presentados a la prueba de aptitud y selección convocada en 30 de octubre último para proveer plazas de Médicos Puericultores ayudantes en los Servicios Provinciales de Higiene Infantil y Servicios de Puericultura Rural.

Se avisa a dichos señores aspirantes que en el Boletín Oficial del Estado del día 30 de enero de 1947, y en sus páginas 696 y siguiente, se publica su relación y el estado en que se encuentra la documentación de cada aspirante.

La gran extensión de este documento nos impide reproducirlo en este número, como hubiera sido nuestro deseo.

sionales, será repartido entre todas las Empresas aseguradas, las cuales satisfarán sus cuotas por cuartas partes en plazos trimestrales, debiendo hacer efectivo cada uno de ellos dentro de los diez primeros días del trimestre natural correspondiente. El retraso en el pago de estas cuotas será sancionado con el recargo del 10 por 100, que habrá de ingresarse, igualmente, en el Seguro.

Para la exacción de cuotas a las Empresas aseguradas se aplicarán las siguientes normas:

a) Las cuotas correspondientes a cada enfermedad profesional se repartirán entre los grupos de industrias que se declaren causantes de la misma, comprendidas en la obligatoriedad del Seguro.

b) A efectos de la responsabilidad económica de los siniestros por enfermedades profesionales, cada grupo de industrias causante de una enfermedad podrá ser dividido en ramas, y éstas, a su vez, subdivididas en clases, atendiendo al grado del riesgo. Cada rama y clase responderá de los siniestros que en ella se produzcan, con absoluta independencia de las demás del mismo grupo.

c) Las cuotas puras que deban satisfacerse para reparación de siniestros se incrementarán con los coeficientes que se consideren necesarios para atender los gastos de administración, que anualmente serán fijados por Orden ministerial, con el recargo preciso para establecer un fondo de reserva para cada grupo, rama o clase industrial.

Art. 13. El fondo de reserva será destinado a cubrir posibles eventualidades o desviaciones del Seguro y los casos de insolvencias de las Empresas o industrias sometidas a su régimen. El Seguro podrá utilizar transitoriamente el fondo de reserva para cubrir las diferencias entre las cuotas presupuestadas y los gastos efectivos realizados para el pago de rentas en cada ejercicio económico, reintegrándose posteriormente de estas aplicaciones mediante el reparto entre las Empresas de las correspondientes cuotas complementarias.

Art. 14. La contabilidad del Seguro de Enfermedades profesionales llevará con entera independencia las cuentas de cada uno de los grupos correspondientes a cada enfermedad, y dentro de ellos, las divisiones en ramas o subdivisiones de éstas, en clases, de forma que permita conocer en todo momento el coste de las indemnizaciones abonadas por cada una con cargo al Seguro.

Art. 15. Serán características esenciales de este Seguro las siguientes:

Primera. Es obligatorio el reconocimiento médico de cada operario: antes de su ingreso en la Empresa; durante su permanencia en ella, en los períodos que reglamentariamente se determinen, y al ser dado de baja en la misma.

Este reconocimiento médico se realizará directamente por la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo o bajo su dirección y vigilancia, en aquellas Empresas en las que especialmente delegue esta facultad.

Las Empresas reintegrarán a la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo el coste de estos servicios sanitarios en la forma que acuerde la Junta Administrativa del Seguro de Enfermedades profesionales, en la que aquéllas están representadas.

Segunda. Cuando del reconocimiento médico resulte que un trabajador obrero padece enfermedad profesional en grado que, sin producir incapacidad temporal ni permanente, implique peligro para el mismo la permanencia en su trabajo, será trasladado, dentro de la misma Empresa, a otra labor exenta del riesgo de la enfermedad profesional de que se trata. El Reglamento fijará las normas y requisitos para esta determinación.

Si no fuera posible el traslado, a juicio de la Empresa, confirmado por el Inspector de Trabajo, será dado de baja y percibirá un subsidio del 50 por 100 de su jornal durante el tiempo que permanezca con esta disminución de su actividad, siendo de cuenta de la propia Empresa durante el primer año, y del Seguro de Enfermedades profesionales el resto del tiempo, que no podrá exceder en ningún caso de seis meses más.

Tercera. No podrá interponerse demanda judicial alguna sobre reparación de siniestros ocasionados por enfermedades profesionales sin que el demandante acredite haber agotado la vía administrativa.

A estos efectos, se acompañará a la demanda certificación expedida por la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo en la que conste el acuerdo adoptado por la Junta Administrativa del Seguro de Enfermedades profesionales en relación con la pretensión del reclamante. Dicho acuerdo deberá recaer dentro de los treinta días naturales siguientes a la presentación de la reclamación administrativa ante las dependencias provinciales del Instituto Nacional de Previsión, que darán recibo de la misma. En caso de que no haya recaído acuerdo, servirá de justificante de haber transcurrido dicho término el recibo de presentación, que se acompañará a la demanda, en sustitución de la certificación referida.

Tanto en la reclamación por vía administrativa como en la demanda judicial, si procede, se hará constar con toda claridad y exactitud las circunstancias de salario base, clase y grado de la enfermedad profesional que concurren en el actor, e indemnización que se pide.

No podrá prosperar ninguna demanda cuando no se acredite identidad de pedimento en ambas vías, por lo que la litis habrá de referirse al todo o parte de la pretensión administrativa desestimada. En la tramitación de estos juicios, las Magistraturas de Trabajo deberán requerir el dictamen del Inspector Médico, prevenido por el artículo tercero del Decreto de 23 de diciembre de 1944, con relación a la Orden de 4 de marzo de 1946.

Cuarta. Para la revisión de rentas por fallecimiento del productor incapacitado no tendrá aplicación el artículo 82 del Reglamento de 31 de enero 1933, entendiéndose que son revisables en todo caso, sin otro requisito que el de que la muerte sea a causa de la enfermedad profesional que padecía el operario.

Será requisito indispensable para acreditar esta relación de causalidad la práctica de la autopsia, que los causahabientes del productor solicitarán del Juzgado de Instrucción de su residencia o del municipal o comarcal correspondiente, si no fuere cabeza de partido, dentro de las veinticuatro horas de su fallecimiento. Los Jueces en ningún caso

podrán denegar la práctica de la autopsia, que se llevará a cabo por el Médico forense en la forma reglamentaria. A esta diligencia se convocará, por oficio telegráfico, al Inspector Médico provincial de la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo, que podrá asistir por sí o por Médico delegado.

La omisión de la autopsia será causa bastante para que pueda denegarse la petición de revisión.

Art. 16. El incumplimiento por parte de las Empresas de las obligaciones que les impone este Decreto será sancionado con multas de 100 a 10.000 pesetas, en atención a su capacidad económica y a la peligrosidad de sus trabajos. Las sucesivas reincidencias se sancionarán, en cada caso, con multas equivalentes al duplo de la últimamente impuesta.

La Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo, previo expediente en que sea oída la Empresa interesada, acordará las sanciones a que se refiere el párrafo anterior, comunicándolas a la Inspección del Trabajo del domicilio de aquélla para que, dentro del plazo de quince días siguientes a su recepción, proceda a levantar la oportuna acta y a la exacción del importe de las multas por la vía de apremio, si procede. Las Empresas podrán recurrir en alzada ante la Dirección General de Previsión mediante recurso presentado por conducto de la Delegación de Trabajo, previo depósito del importe de las multas, y, en última instancia, al Ministro de Trabajo. En estos recursos será preceptivo el informe de la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo.

Art. 17. La Junta Administrativa del Seguro de Enfermedades profesionales habrá de proponer al Ministerio de Trabajo, en un plazo no superior a tres meses, contados desde la publicación de este Decreto, el Reglamento general para su aplicación. El Ministerio queda facultado para aprobarlo, previo informe del Presidente del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo, relativo a la parte de la propuesta que afecte a dicho organismo.

Art. 18. En lo no previsto por el presente Decreto y Reglamento que se dicte para su ejecución, será aplicable, tanto en la reparación de las consecuencias de las enfermedades profesionales como a las reclamaciones que puedan promoverse, la Ley de 8 de octubre de 1932 Reglamento de 31 de enero de 1933 y disposiciones complementarias.

Art. 19. Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo establecido en el presente Decreto, que empezará a regir, a todos los efectos, desde su publicación.

Queda facultado el Ministerio de Trabajo para dictar cuantas Ordenes ministeriales y reglamentarias sean precisas para el cumplimiento del presente Decreto.

Disposiciones adicionales y transitorias.

Primera. En tanto no se publique el Reglamento para la aplicación del régimen general del Seguro de Enfermedades profesionales, previsto en el artículo 17 de este Decreto, se aplicará el Reglamento actualmente en vigor para la silicosis, de 29 de marzo de 1946, con las modificacio-

nes que introduzcan las disposiciones regulando el aseguramiento de cada una de las demás enfermedades.

Segunda. A medida que se incorporen nuevas industrias o enfermedades al régimen obligatorio de este Seguro, será adicionado el Reglamento general con las normas específicas que a la nueva inclusión correspondan.

Tercera. Las demandas que en la actualidad se encuentren en tramitación ante las Magistraturas del Trabajo por el Seguro especial de Silicosis, en las que sea demandada la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo, serán suspendidas en su tramitación, requiriendo a los productores demandantes para que, en el plazo de quince días, acrediten haber instado la reclamación administrativa que previene el número tres del artículo 15 de este Decreto.

La tramitación se reanudará transcurridos treinta días naturales, contados desde la fecha en que aparezca formulada la reclamación administrativa, si no constase al Magistrado la resolución favorable de la Junta Administrativa del Seguro. Los órganos provinciales del Instituto Nacional de Previsión deberán comunicar a las Magistraturas del Trabajo, en los casos de demandas en suspenso, la resolución adoptada por la Junta, dentro del plazo que previene el citado artículo.

CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 2.º

1. Neumoconiosis (silicosis, con o sin tuberculosis, antracosis, siderosis, asbestosis, etc.) y otras enfermedades respiratorias producidas por el polvo (cannabosis, asma profesional, etc.): Minas de plomo, oro, carbón, hierro, wolframio y demás minas metálicas. Industrias cerámicas y sus derivados. Canteras, labrado y pulido de granito, mármoles y demás piedras de ornamentación y construcción. Vidrio. Cemento. Industrias del cáñamo y del esparto. Todas las industrias, minas y trabajos en que se desprenda polvo de naturaleza mineral—pétreo o metálico—, vegetal o animal, susceptible de causar enfermedad.

2. Nistagmus de los mineros: Trabajos en minas y túneles.

3. Intoxicaciones por el plomo, sus aleaciones o sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación: Manipulación de minerales que contengan plomo, incluidas las cenizas plumbíferas de las fábricas en que se obtiene el cinc. Fusión del cinc viejo y del plomo en galápagos. Fabricación de objetos de plomo fundido o de aleaciones plumbíferas. Industrias poligráficas. Fabricación de los compuestos del plomo. Fabricación y reparación de acumuladores. Preparación y empleo de los esmaltes que contengan plomo. Pulimentación, por medio de limaduras, de plomo o de polvos plumbíferos. Trabajos de pintura que comprendan la preparación o manipulación de productos destinados a emplastecer masillas o tintes que contengan pigmentos de plomo.

4. Intoxicaciones por el mercurio, sus amalgamas y sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación: Manipulación de minerales de mercurio. Fabricación de compuestos de mercurio. Fabricación de aparatos de me-

dida o de laboratorio. Preparación de las primeras materias para la sombrerería. Dorado a fuego. Empleo de bombas de mercurio para la fabricación de lámparas incandescentes. Fabricación de pistones con fulminantes de mercurio.

5. Intoxicación por el fósforo y sus compuestos, con las consecuencias directas de esta intoxicación: Toda industria concerniente a la producción, desprendimiento o utilización del fósforo y sus compuestos.

6. Intoxicación por el arsénico y sus compuestos, con las consecuencias directas de esta intoxicación: Toda industria concerniente a la producción, desprendimiento o utilización del arsénico.

7. Intoxicación por el benceno, sus homólogos, su nitro y amino derivados: Toda industria concerniente a la producción, desprendimiento o utilización del benceno y sus derivados.

8. Intoxicación por los derivados halógenos de los hidrocarburos de la serie grasa: Toda indus-



(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.013)

tria concerniente a la producción, desprendimiento o utilización de los hidrocarburos.

9. Intoxicación por el sulfuro y sus compuestos: Industrias de la seda artificial, vulcanización y otras que utilicen el sulfuro de carbono.

10. Intoxicación por el manganeso y sus compuestos: Toda industria concerniente a la producción, desprendimiento o utilización del manganeso y sus compuestos.

11. Intoxicación por los gases o vapores tóxicos, y, en especial, del óxido de carbono, gas sulfúrico, cloro, anhídrido carbónico, gases sulfurosos, vapores de ácido sulfúrico y nitroso, sulfuro de carbono y cianhídrico: Toda industria o trabajo en el que se produzcan esta clase de gases o vapores.

12. Enfermedades infecciosas (carbunco, tétano, etc.): Obreros que estén en contacto con animales carbuncosos. Manipulación de despojos de animales. Trabajos agropecuarios. Trabajos en contacto sistemático y habitual con focos de infección o de material infectante. Personal sanitario al servicio de hospitales, sanatorios y laboratorios. Personal de estaciones residuales y quemaderos de animales.

13. Enfermedades parasitarias (anquilostomiasis, paludismo, etc.): Minas y huertas. Trabajos y saneamiento y transformación de zonas palúdicas que impliquen permanencia del obrero en dicha zona.

14. Enfermedades oculares (conjuntivitis, retinitis, queratitis, catarata gris, etc.): Trabajos con intensas fuentes fotógenas, soldadura eléctrica y autógena, sopladores de vidrio, trabajos metalúrgicos, etc. Minas e industrias del azufre.

15. Enfermedades de la piel (dermatosis, epitelomas, etc.): Industrias del cemento y otras análogas. Industrias en las que se manipulan sustancias químicas. Todos los trabajos de la manipulación de la brea, alquitrán, pez, ácidos minerales, parafina y los compuestos, productos y residuos de estas sustancias.

16. Alteraciones patológicas producidas por los rayos X, el radio y otras sustancias radiactivas: Trabajos expuestos a estas acciones (personal sanitario al servicio de hospitales, sanatorios, clínicas o instalaciones radiográficas privadas). Toda industria en la que se utilicen elementos radiactivos.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en Madrid a 10 de enero de 1947. — *Francisco Franco*.—El Ministro de Trabajo, *José Antonio Girón de Velasco*.

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

PATRONATO NACIONAL ANTITUBERCULOSO.—*Anuncio por el que se hace pública la resolución del concurso para cubrir Direcciones vacantes de Centros anunciado en 16 de noviembre último.*

Por acuerdo de la Junta Central de este organismo de fecha 31 de diciembre último, ha sido resuelto el concurso convocado en 16 de noviembre anterior para la provisión de diversas Direcciones vacantes de Centros dependientes de este Patronato, adjudicándose las plazas anunciadas en la forma siguiente:

Preventorio Infantil de Guadarrama, a don Francisco Blanco Rodríguez.

Sanatorios de «San José» y «El Tomillar» (Sevilla), acumulados, a don Emilio Regli Fernández.

Sanatorio de Aracena (Huelva), a don Ernesto Ollero de la Rosa.

Dispensario Antituberculoso de Delicias (Madrid), como resultas del nombramiento de don Francisco Blanco, que lo venía desempeñando, a don José Abelló Pascual.

Asimismo se ha acordado declarar desiertas las Direcciones de los Sanatorios de Boltaña (Huesca), Valle de Tena (Huesca) y Leza (Alava) y la del Dispensario Antituberculoso de Soria.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 21 de enero de 1947. — El Delegado de S. E. el Ministro de la Gobernación, Presidente, *José A. Palanca*.

(B. O. del E. de 23-I-1947.)

UN PRODUCTO ESPAÑOL

Modernas aplicaciones del ASTHICOL

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

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

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

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

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

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

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

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

Diez inyecciones endovenosas de

ASTHICOL

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

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

Preventivo - Eficaz - Cicatrizante - Antipútrido

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

Casa Cárcaba. Oviedo. - Centro Farmacéutico Asturiano. Oviedo. - Centro Farmacéutico Nacional. Madrid. - Centro Farmacéutico, S. A. Alicante. - Centro Farmacéutico Salmantino. Salamanca. - Centro Farmacéutico Valenciano. Valencia. - Centro Farmacéutico Vizcaíno. Bilbao. - Ceñal y 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. Beasáin (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



NUEVA TERAPÉUTICA DEL
HIPERTIROIDISMO

Anatirin

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



Dosificación reducida
Sin intolerancias ni peligros



Para muestras y literatura:

LABORATORIO PADRÓ, S. A.

Avenida de Carlos I el Emperador, 206
BARCELONA

CONCESIONARIOS
EXCLUSIVOS DE



DEPARTAMENTO
FARMACÉUTICO

BASILEA (Suiza)

G*M

Censura Sanitaria núm. 9.081

