

891



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 26-35-35

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 marzo de 1947

NÚMERO 4.741





Boldevón



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

Dosis

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

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

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

C. S. 8.303



Calcio por via bucal

EN COMPRIMIDOS
DE SABOR AGRA-
DABLE A CACAO
VAINILLADO

2 MODALIDADES
= SIMPLE =
Y CON
Vitamina D

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

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: *Estudios sobre fisiología del «sistema de células mesenquimatosas»*, por el Dr. F. Más y Magro. *Un caso de adenomas sebáceos de la cara*, por el Dr. Eduardo de Gregorio. *El tratamiento del absceso de pulmón y de la bronquitis con broncorrea por el benzoato de sosa intravenoso*, por el D. F. González Suárez. DIVULGACIONES NACIONALES: *Consideraciones sobre los resultados e indicaciones del tratamiento operatorio del mal de Pott del adulto*, por el Prof. Antonio Cortés Lladó. *La higiene ocular en la infancia*, por el Dr. Manuel Marín Amat. *Academia Médico-Quirúrgica Española*. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *La vacunación antituberculosa por el B. C. G.*, por el Dr. A. Kaplan. *Sir Almroth Wright*. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

INSTITUTO DE CITOLOGIA EXPERIMENTAL Y HEMATOLOGIA.—Director: F. MAS Y MAGRO.

Estudios sobre fisiología del «sistema de células mesenquimatosas» I. La función detectora del «sistema histiocitario»

por el

Doctor F. MAS Y MAGRO

En publicaciones anteriores hemos expuesto nuestro concepto acerca de las formaciones celulares mesenquimatosas, designadas como «mesénquima» (HUECK), «mesénquima persistente» (URTUBEY), «sistema retículoendotelial» (LANDAU y ASCHOFF), etc.; en efecto, por los métodos de la citología experimental, singularmente por las técnicas de la coloración vital y los cultivos de tejidos *in vitro*, se ha podido demostrar la existencia de un vasto grupo de células, ya dispersas por el organismo, sin constituir morfologías histológicas, ya polarizadas en órganos e individualidades anatómicas definidas, las cuales se caracterizan de un modo específico por sus propiedades de almacenamiento granulopéxico frente a los colorantes coloidales vitales y su potencial prospectivo, revelable en los cultivos *in vitro*, en los que, por proliferación, generan células fibrocitarias e histiocitos, cuya reversibilidad ofrece caracteres de permanencia en determinadas condiciones de medio nutritivo. Entre estas células y las del mesénquima del embrión existen sendas semejanzas morfológicas y citoplásticas, por lo que se les asigna el carácter de corpúsculos mesenquimatosos, cuyo complejo es el que constituye el «mesénquima» de ciertos autores o el «sistema retículoendotelial» de LANDAU y ASCHOFF. Ciertamente, las fronteras del concepto de los dos términos son las mismas; no

obstante, el término de mesénquima es harto general y, por lo mismo, no distingue entre los grupos celulares, disperso o polarizado, mientras que el de «sistema retículoendotelial» parece referirse solamente a las formaciones mesenquimatosas en retículo o en sincicio endotelial. Es la designación de ASCHOFF la que ha tenido la fortuna de ser aceptada de un modo casi unánime, especialmente después de la publicación de su interesante monografía en *Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde*, en 1924.

En nuestra opinión, las formas difusa y polarizada de las células mesenquimatosas corresponden a condiciones especiales de diferenciación, la cual afecta de un modo específico a la función citoplástica, que en el grupo difuso o disperso es histiocítica y en el polarizado hematopoyética preferentemente, aunque sin perder la potencia prospectiva histiocítica. De aquí se desprende que el «sistema de células mesenquimatosas» se divide en otros dos subordinados: el «sistema histiocitario» y el «sistema hematopoyético». Forman parte del «sistema histiocitario» las llamadas células carminófilas de RIBBERT o pirrológicas de GOLDMANN, como los clasmotocitos y las células emigrantes en reposo de MAXIMOW del tejido conectivo, las células adventicias de MARCHAND de la perivascular, las células estelares del epiplon y otras, que tienen la

propiedad de almacenar los colorantes coloides bajo la forma de granulopexia. Su citoplastia puede estudiarse en la inflamación. Según nuestras observaciones, no intervienen en la citología del exudado, pero toman parte muy activa en los fenómenos de la *restitutio ad integrum* por la formación de corpúsculos histioides para la regeneración vascular y la reparación tisular. Las células del «sistema hematopoyético» adquieren una doble polarización: extravascular e intravascular. Las células de la zona extravascular adoptan una estructura reticular, y los somes y las expansiones yacen más o menos suspendidas sobre el armazón fibroso, y las de la zona intravascular, unidas en sincicio, tapizan los capilares y los sinusoides de los órganos hematopoyéticos. Esta disposición especial de las células que integran el «sistema hematopoyético» se relaciona de un modo íntimo con la función citoplástica hematopoyética; pero no es esto sólo, sino que esta disposición crea la función de la elaboración de increciones hematopoyéticas que controlan la actividad citoplástica del sistema, como demostramos nosotros en 1921, y MILLER y colaboradores en 1939-1944. Tal es, a grandes rasgos, el concepto profesado por nosotros desde hace cerca de tres décadas acerca del sistema de «células mesenquimatosas», que si no es tan sintético como el referente al «sistema retículoendotelial», es más conforme con la realidad citológica. Expuestas estas breves nociones preliminares, explicativas de nuestro punto de vista, procedemos a exponer los hechos concernientes a la *función detectora* del «sistema histiocitario» de las células mesenquimatosas a guisa de introducción al estudio de la Hematología experimental, a la que desde 1918 hemos dedicado numerosos trabajos.

Las células mesenquimatosas del «sistema histiocitario», aparte su actividad granulopéxica-metabólica y defensiva y citoplástica, tienen la propiedad de acusar, ampliar y difundir todo heterocontacto histioide a la totalidad del «sistema mesenquimatoso», esto es, a los sistemas subordinado, histiocitario y hematopoyético; en efecto. En heterocontacto histioide, una simple modificación del pH en una pequeña zona tisular, es acusada por la célula mesenquimatosas local, ampliada extraordinariamente y difundida, por lo que se determinan dos reacciones, de las que una se realiza en el mismo foco histioide y la otra se manifiesta a distancia, como respuesta histiocitaria general y hematopoyética. KUZNETZOWSKY, en 1925, observó que la simple aplicación de mostaza o de calor en los animales de experiencia, previamente sometidos a la coloración vital, produce la fijación del colorante sobre el área afecta. Los mismos efectos obtuvieron otros investigadores, especialmente OKUNEFF, mediante la acción percutánea del calor. MUSCATELLO y NOETZ estudiaron las condiciones de la difusión de los colorantes administrados por la vía parenteral: la inyección subcutánea de

azul de trypan determina rápidamente el paso del colorante a los ganglios linfáticos regionales, desapareciendo del foco de inoculación y difundiendo con extrema rapidez a todo el organismo; si el colorante se inyecta en la cavidad peritoneal, entonces se fija primero en los ganglios retrosternales y en seguida pasa a la circulación; si, dadas las mismas condiciones experimentales, se determina previamente una inflamación local, el colorante se fija en el área tisular inflamada y no pasa a los ganglios regionales ni a la circulación, al menos en cantidad sensible. Con las bacterias ocurren los mismos fenómenos. La inoculación sin cultivos de *bacillus pyocyaneus* en una articulación, previamente inflamada, del conejo, en los experimentos de PAWLOWSKY, no fué seguida de la difusión de la bacteria inoculada, ya que se fijó en la articulación afecta. Las interesantes investigaciones de MENKIN han puesto de manifiesto las condiciones biológicas de la fijación de los colorantes en el área tisular inflamada, que se ha atribuido por FOULGER y MENKIN a la presencia de trombus de fibrina en los capilares linfáticos del foco inflamatorio, si bien en la explicación del hecho dada por MENKIN hay que tener en cuenta el ingreso continuo del colorante o de partículas por los capilares sanguíneos regionales. Por lo demás, los hechos de inmunidad inespecífica, referidos por PAWLOWSKY y NAKAHARA, tienen íntima relación con la fijación local de los colorantes y las partículas, bacterianas o inertes. En los experimentos de NAKAHARA, una inflamación del tejido conectivo subcutáneo o del peritoneo, producida por el aceite de olivas, hace inmune al animal de experiencia frente al estafilococo, el neumococo y el bacilo coli, cuando son inyectados en el área inflamada. La inmunidad, en este caso, la relaciona el autor citado con los macrófagos del exudado inflamatorio. No obstante la aportación experimental considerable, reunida en torno al problema de la fijación local de los colorantes y las partículas, la cuestión principal, en nuestra opinión, apenas se ha rozado. Esta fijación, según experimentos nuestros, es el resultado de la función detectora, cuyas condiciones intentamos determinar en el presente trabajo, que se refiere a una actividad específica de las células mesenquimatosas del «sistema histiocitario».

MATERIAL Y MÉTODOS.

En nuestros experimentos hemos utilizado cavias jóvenes, cuyo peso no ha excedido de 300 gramos. En todos los casos se ha determinado la citología del exudado irritativo e inflamatorio, según los casos, del área histioide afecta, juntamente con la de la sangre, en la misma relación cronológica. La obtención de exudados locales, dadas las condiciones experimentales, se ha logrado, como se explicará en cada caso particular.

INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES.

Primera serie.—Cobayas teñidos *intra vitam* por el azul de pirrol. Producción de una bola de edema subcutáneo mediante la inyección de 2 c. c. de la solución de cloruro de sodio a 0,85 por 100; sin retirar la aguja, se espera unos dos-tres minutos y en seguida, con la misma jeringuilla, se aspiran unas décimas de centímetro cúbico, por ejemplo, 2-3 gotas. El líquido extraído es incoloro y ligeramente opalescente, y su citología está constituida casi exclusivamente por el linfocito de citoplasma muy reducido, cuya proporción es de 98-99 por 100, sin otros corpúsculos celulares. Todas las células carecen de almacenamiento de azul de pirrol. La biopsia de una fina lámina de tejido conectivo laxo manifiesta la existencia de corpúsculos fijos, clasmotocitarios, con típico almacenamiento granulopéxico del citado colorante. Si a las dos-seis horas se produce una bola de edema, como antes, en el mismo sitio de la primera, y al cabo de dos-tres minutos se extraen unas gotas de exudado, éste presenta color azul intenso turbio, que, después de centrifugación, da un líquido azul transparente y un sedimento también azul, constituido por neutrófilos y poliblastos, cuya proporción centesimal es aproximadamente de 60 y 20, respectivamente, estando el resto constituido por linfocitos de citoplasma reducido. Los poliblastos contienen un almacenamiento intenso de granulaciones nefrofagocitarias. La biopsia de una fina película de tejido conectivo laxo subcutáneo muestra que sus células mesenquimatosas presentan un almacenamiento granulopéxico del colorante aproximadamente igual al de la primera película. Si en lugar de producir la bola de edema subcutáneo, se inyecta la misma cantidad de cloruro de sodio en la cavidad peritoneal y, al cabo de uno-dos minutos, sin haber retirado la cánula, se extrae con la jeringuilla un poco de líquido, éste es también incoloro y opalescente y está constituido casi de un modo exclusivo por linfocitos, sin ningún corpúsculo pirrolófilo. Cuando, después de una-tres horas se repite la misma técnica, el líquido extraído es fuertemente azul y su centrifugación proporciona una zona líquida azul y transparente y un sedimento azul, que, como en el caso anterior, está formado por neutrófilos, poliblastos y linfocitos, aproximadamente también en la misma proporción que en el exudado del tejido conectivo laxo. También aquí los poliblastos muestran un intenso almacenamiento nefrofagocitario de azul de pirrol. Las células mesenquimatosas estelares del epiplon del cobaya simplemente teñido *intra vitam* por el azul de pirrol exhiben un discreto almacenamiento granulopéxico, más abundante en el soma que en las expansiones celulares. Ahora bien: el examen de una fina película epiploica del cobaya tratado por la inyección intraperitoneal de la solución de cloruro de sodio nos ofrece un aspecto más de-

mostrativo del almacenamiento de estos corpúsculos en el sentido de su mayor abundancia y de acusarse bien en las expansiones citoplasmáticas.

Segunda serie.—En las experiencias de la primera serie se ha puesto en evidencia el papel detector de las células mesenquimatosas del «sistema histiocitario», que se ha exteriorizado por una respuesta general del citado sistema y una respuesta local, estrictamente sanguínea, ya que los poliblastos son genealogías derivadas del linfocito de la sangre. Esta reacción linfocitaria frente a un tropismo histioide nos hizo pensar en una posible respuesta del «sistema hematopoyético», a distancia, desde luego, acondicionada al estímulo local del heterocontacto acusado por un grupo de células mesenquimatosas del «sistema histiocitario». En investigaciones anteriores hemos determinado la reacción granulocítica de los tejidos mieloides: está determinada desde el punto de vista cualitativo por el aumento de los granulocitos insegmentados por encima del 8 por 100 de la fórmula leucocitaria o, expresado con mayor exactitud, por el aumento del coeficiente neutrófilo de insegmentación nuclear (CNIN) por encima de 0,25. En esta serie se han utilizado cobayas normales, sin otro tratamiento. A las cuatro-ocho horas de la producción de una bola de edema subcutáneo, como queda indicado; extracción de líquido, que es opalino; por sedimentación da un depósito blanquecino, constituido por neutrófilos, poliblastos y linfocitos. En el mismo tiempo en la sangre se acusa un aumento de los neutrófilos por encima del 12-15 por 100, con CNIN de 0,32-0,40. Si la solución de cloruro de sodio se inyecta en la cavidad peritoneal, se producen los mismos hechos citológicos en el exudado y en la sangre, aunque su aparición es más precoz.

Tercera serie.—Se trata de determinar, en lo posible, la velocidad de la respuesta y la magnitud del período latente. Cobayas normales, sin tratamiento. Hemos utilizado la saponina, que causa intensa inhibición sobre el proceso mieloide de la segmentación del núcleo granulocítico. A la dosis de 1 mgr., por vía intraperitoneal, se produce un exudado, cuya citología, a los diez minutos de su administración, consta de algunos neutrófilos (12-20 por 100), escasos poliblastos (5-8 por 100) y el resto de linfocitos. En ese mismo tiempo el CNIN de la sangre, desde 0,02, sube a 0,70. Con el aumento de la dosis de saponina no sólo no se acorta el tiempo de latencia, sino que se alarga; en efecto, a la dosis de 3 mgrs., la reacción celular del exudado peritoneal se manifiesta lo mismo, pero falta la respuesta de los neutrófilos, que se manifiesta más tarde. El CNIN, desde 0,06 a los treinta minutos, desciende a 0,01, alcanzando a 0,14 a los sesenta minutos y a 0,70 a los noventa minutos.

Cuarta serie.—Cobayas sensibilizados para la albúmina (1 c. c. de clara de huevo intraperitoneal).

no se debe a una acción nerviosa, sino a los efectos citotóxicos, por los que se inhibe la actividad detectora de las células mesenquimatosas locales. Esta inhibición es temporal, y, por lo mismo, las células, transcurrido un tiempo determinado, durante el cual se neutraliza la actividad citotóxica de la saponina por los lipoides y la colesteroína del medio local, recuperan su actividad detectora. En nuestros experimentos, el tiempo de neutralización de los efectos tóxicos de la saponina puede evaluarse en cuarenta a cincuenta minutos.

En una cuarta serie experimental hemos utilizado los efectos de tropismos específicos. La inyección intraperitoneal de albúmina de huevo en cobayas sensibilizados por la misma proteína, también intraperitoneal, cuando han sufrido previamente una débil desensibilización con 0,1 c. c. de la citada proteína, que protege contra el shock anafiláctico mortal, y, en todo caso, contra graves fenómenos patológicos, a los cinco minutos, a veces a los tres minutos, se manifiestan fenómenos reactivos generales y locales de gran intensidad. Localmente, en la oreja, intensa vasodilatación e imposibilidad de cohibir la hemorragia producida por la sección de una arteriola o de finos capilares, coincidiendo con un fuerte acortamiento del TC., asociado a otras reacciones sanguíneas, destacando entre ellas la hiperglobulia y la leucopenia, que llegan a ser intensas; la fase de vasodilatación es sustituida a los veinte o veinticinco minutos por otra de enérgica vasoconstricción de tal intensidad, que imposibilita la extracción de sangre de la oreja del animal; el fenómeno del acortamiento del TC. de la sangre no se modifica en esta fase vasoconstrictiva, sino todo lo contrario, se acusa con mayor intensidad, llegando a ser casi instantánea la coagulación de la sangre. Es a los veinte o treinta minutos, a veces más tarde, cuando aparece el aumento del CNIN.

Por tanto, el tropismo específico, intraperitoneal o subcutáneo, ha provocado análogos fenómenos reactivos, algo más intensos cuando se utiliza la vía intraperitoneal. En esta serie experimental, las reacciones leucocitarias de exudado y sangre son identificables con las de los experimentos de la serie segunda y tercera, pero las alteraciones vasculares, con fuerte retardo del tiempo de sangría (TC.) de DUKE, sin modificación sensible de la cifra y la aglutinabilidad de las plaquetas, y las modificaciones profundas del TC. en sentido de fuerte hipercoagulabilidad, dan carácter especial a los hechos de esta cuarta experiencia. Los referentes a los vasos sanguíneos pueden referirse, ciertamente, al sistema nervioso autónomo. La profunda modificación del TC. no puede vincularse en simples efectos nerviosos, sino en especiales manifestaciones de la actividad de elaboración de la protrombina, que, en fin de cuentas, representan un hecho celular, acaso dependiente del «sistema hematopoyético». De consiguiente, la hipercoagulabilidad de la sangre es un fenómeno derivado de la función detectora de las células mesenquimatosas del «sistema histiocitario», producido por la difusión del estímulo específico. Los hechos obtenidos en la cuarta serie experimental indican de un modo evidente que la función detectora del «sistema histiocitario» puede exaltarse por medios específicos, entendiéndose como tales las sustancias y los agentes físicos cuando, por contactos parenterales reiterados, determinan la sensibilización del organismo animal (MÁS Y MAGRO, 1921) con respecto a los mismos.

RESUMEN

Se describe y se determina por vía experimental la función detectora del «sistema histiocitario de células mesenquimatosas», en virtud de la



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

cual éstas acusan los tropismos heterólogos histioides, los amplían, multiplicando su intensidad, y los difunden a todo el organismo, determinando una reacción de todo el «sistema de células mesenquimatosas» (el «sistema histiocitario» y el «sistema hematopoyético»). Como respuesta del «sistema histiocitario», sus células liberan el colorante granulopéxico almacenado por la coloración vital, posiblemente por efecto de un proceso de solubilización, luego pasa al medio tisular, desde donde ingresa en la sangre, y así vehiculado, penetra en el área histioide afecta, en donde, en parte, es captado por los poliblastos del exudado y en parte permanece libre en el medio tisular. La reacción del «sistema hematopoyético» se exterioriza por el aumento de los neutrófilos insegmentados y, de consiguiente, del CNIN, que constituye la respuesta mínima de la participación del tejido mieloide. La reacción local es de tipo vascular y hematógeno; aquél es de naturaleza vasomotora, y éste consiste esencialmente en la diapedesis de neutrófilos y linfocitos, con producción de un exudado irritativo o inflamatorio neutrófilo y poliblastico. La función detectora es de una sensibilidad extraordinaria, casi imponderable por los medios de investigación, ya que acusa de-

bilísimos cambios tisulares del pH, ampliándolos de un modo extraordinario y difundiendo a intensidad tal que determinan la puesta en marcha de la actividad citoplasmática del «sistema histiocitario», constatada por la liberación del colorante almacenado, y la reacción del «sistema hematopoyético», controlada por el aumento del CNIN. Los citotóxicos, no obstante la intensa reacción local por ellos producida, inhiben, al menos de un modo temporal, la función detectora del «sistema histiocitario». Contrariamente, los estímulos específicos, esto es, las sustancias que han adquirido especificidad por una previa administración, causando una sensibilización, acrecientan la sensibilidad detectora de las células mesenquimatosas histioides.

BIBLIOGRAFIA

- KUZNETZOWSKY.—*Zeitschf. f. d. Ges. Path. und Med.*, 41, 327. 1925.
 MÁS Y MAGRO.—«Alergia celular», 1945.
 MENKIN.—*Journ. Exp. Med.*, 50, 17. 1929.
 MENKIN.—*Ibidem*, 51, 359. 1929.
 MENKIN.—*Ibidem*, 52, 201. 1930.
 MENKIN.—*Ibidem*, 53, 171. 1931.
 MENKIN.—*Ibidem*, 53, 179. 1931.
 MENKIN.—*Ibidem*, 53, 647. 1931.
 MENKIN.—*Ibidem*, 56, 197. 1932.

DISPENSARIO OFICIAL DERMATOLOGICO Y DE HIGIENE SOCIAL DE ZARAGOZA
 Director: Dr. Eduardo de Gregorio.

UN CASO DE ADENOMAS SEBÁCEOS DE LA CARA

por el

Doctor EDUARDO DE GREGORIO

Nos vamos a ocupar de un caso de adenomas sebáceos simétricos en la cara, recientemente observado en nuestra clínica; se trata de la típica enfermedad de Pringle-Bourneville, sin constituir el síndrome completo estudiado por estos autores, ya que en él no coexiste un estado de idiocia completa ni una epilepsia definida, y, por tanto, se refiere a una forma incompleta de esta afección. Con ello pretendemos enriquecer su mejor conocimiento y aportar una observación más a la bibliografía española.

BEJARANO y ORBANEJA, en 1934, nos dan a conocer en nuestro país uno de los primeros casos de esta afección, en el que existían lesiones en cara y tumores subungueales. HERNÁNDEZ LOZANO, en 1936, da a conocer otro caso. NAVARRO-MARTÍN y AGUILERA, poco más tarde, en 1939, publican otro enfermo en el que existían, conjuntamente con los tumores faciales, nódulos en la retina. SALVADOR GALLARDO y CONEJO MIR, en 1940, observan otro caso en el que existían tumoraciones névicas en la mucosa bucal.

NOGUER-MORÉ y CORACHAN LLORT nos dan a conocer una observación que califican de enfermedad de Pringle-Bourneville, caracterizada por adenomas simétricos en la cara, ataques epipeptiformes y formaciones calcáreas intracraneales, con motivo del cual hacen atinadas consideraciones, tratándose de un caso en el que histológicamente el adenoma era de tipo mixto adenomatoso y vascular.

Años después aparece publicado en nuestra literatura otro caso por ROBLEDO, coexistiendo con lesiones de verrugas vulgares en ambas manos.

BUENO IRUARTE, en abril de 1946, da a conocer otro enfermo, con motivo del cual SACRISTÁN refiere otros dos que con anterioridad había tenido ocasión de observar.

Nuestro caso es como sigue:

Primitiva Martínez Laguna, de veinticinco años de edad, soltera, natural de Zaragoza.

Como antecedentes familiares, refiere haber sido diez hermanos, que viven todos ellos en perfecta salud.

Como antecedentes personales, ha padecido las enfermedades propias de la infancia. Refiere cefaleas repetidas desde

hace un año, acentuándose en ocasiones de forma periódica; su aspecto general es bueno, y desenvuelve sus ocupaciones habituales como sirvienta. No refiere crisis convulsivas.

La enfermedad cutánea hizo su aparición a los catorce años de edad por unos ligeros nódulos en ambos lados de la nariz, a los que primeramente no prestó la menor atención. Con el paso de los años, progresivamente fueron aumentando de ta-

bastante espesor, que lo separa de una especie de nódulo neoplástico subyacente, al que sirve como de una cápsula envolvente. Dicho nódulo está formado por un tejido fibroso, denso, y una neoformación de células alargadas como un grano de arena, que encontrándose íntimamente adosadas unas a otras formaban manojos, rosetas a veces y remolinos en ocasiones, que por el aspecto de dichas células daban una imagen semejante



ADENOMAS SEBACEOS

maño y número hasta el momento actual. En este momento, cuando consulta con nosotros, sus manifestaciones cutáneas son las siguientes:

En cara, preferentemente con una localización totalmente simétrica, presenta unas tumoraciones de tamaño aproximado, aunque ligeramente variable, que ocupan ambos lados de la nariz, siendo más abundantes y casi conglomeradas en ambos ángulos internos de los ojos y en el surco nasogeniano. En mejillas existen unos nódulos del mismo tamaño y color, menos abundantes y más diseminados. Estos mismos elementos existen en mentón, frente y muy abundantes en ambas regiones parietales. Tales elementos nodulares son de consistencia dura, de superficie lisa y color ligeramente rosado.

En mucosa bucal no existen alteraciones. En el resto del tegumento no se aprecia ninguna alteración.

Clínicamente es fácil establecer el diagnóstico de adenomas sebáceos simétricos de la cara, tipo Pringle.

La biopsia practicada de uno de los elementos de la frente, en su estudio histológico, observamos un epidermis fino, sin alteración aparente, y en perfecta delimitación del dermis en línea plana. Inmediatamente por debajo, un dermis fibroso de

a un epitelioma basocelular. Otras veces se observaban tales elementos celulares circunscribiendo pequeñas cavidades, dando al conjunto un aspecto reticular.

En algunas zonas del corte podían apreciarse gruesos tabiques de tejido conectivo fibroso con aspecto hialinizado, que separaba en bloques más o menos amplios la neoformación celular. Por fuera del nódulo tumoral existían pequeños grupos de glándulas sebáceas poco o nada hipertrofiadas.

Su exploración, realizada por el doctor JULIÁN GIL, pone de manifiesto que hace años sufrió cefaleas intensas en ambas sienes, que se repitieron fuertemente hace un año. Es de siempre nerviosa, viva de genio, explosiva, carece de buena instrucción, no sabe leer ni escribir, pero no es tonta. Es dispuesta en su trabajo y hasta inteligente. Ordenada, reservada y deprimida; en algún día, melancólico-asténica. Duerme bien, vientre regulado, apetito irregular. Menarquia a los once años, siendo normal y regular, con fuertes dolores.

Pupilas redondeadas, iguales, con normalidad en convergencia e iluminación; sacudidas nistálmicas lateral extrema a ambos lados, más acusado en el derecho. Discreta asimetría en motilidad de velo, con parexia izquierda, no Pitres ni tremor

lo neo-
volven-
enso, y
arena,
forma-
es, que
nejante



BUCO~PENTAL

Ayuntamiento de Madrid

tales
dan.

tabi-
que
nación
s gru-

ne de
ambas
siem-
a ins-
spues-
ada y
bien,
años,



Vacuna
PULMONAR-OM

Ayuntamiento de Madrid

lingual, bóveda escavada, audición normal, sensibilidad, diapasón normal. Tono ligeramente más bajo a izquierda, fuerza ligeramente disminuida a izquierda, palmomentoniano negativo, no hay tremor en ambas manos; prueba índice nariz con discreta titubeación, mayor izquierda; reflejos profundos discretamente vivos, no Romberg, no adiadoquinesia. Prueba talón rodilla francamente hipermétrica en ambos lados.

La exploración del fondo de ojo no permite apreciar ninguna anomalía; no existen, según han sido descritos en otros casos, nevos pigmentosos, placas atróficas por coroiditis, ni alteraciones vasculares.

La radiografía del cráneo se muestra normal. La percusión del cráneo, normal.

Determinadas alteraciones cutáneas, de localización en cara, consideradas como adenomas sebáceos, fueron descritas por BALZER y MENETIER, primero, y después por PRINGLE, en 1890. En la actualidad es un hecho admitido que tal nombre de adenomas sebáceos resulta inapropiado, pues, si no en todos, sí en la mayoría de los casos, no se trata de verdaderos adenomas en su verdadero sentido, ya que en muchos de los casos no se observa un verdadero predominio de las glándulas sebáceas.

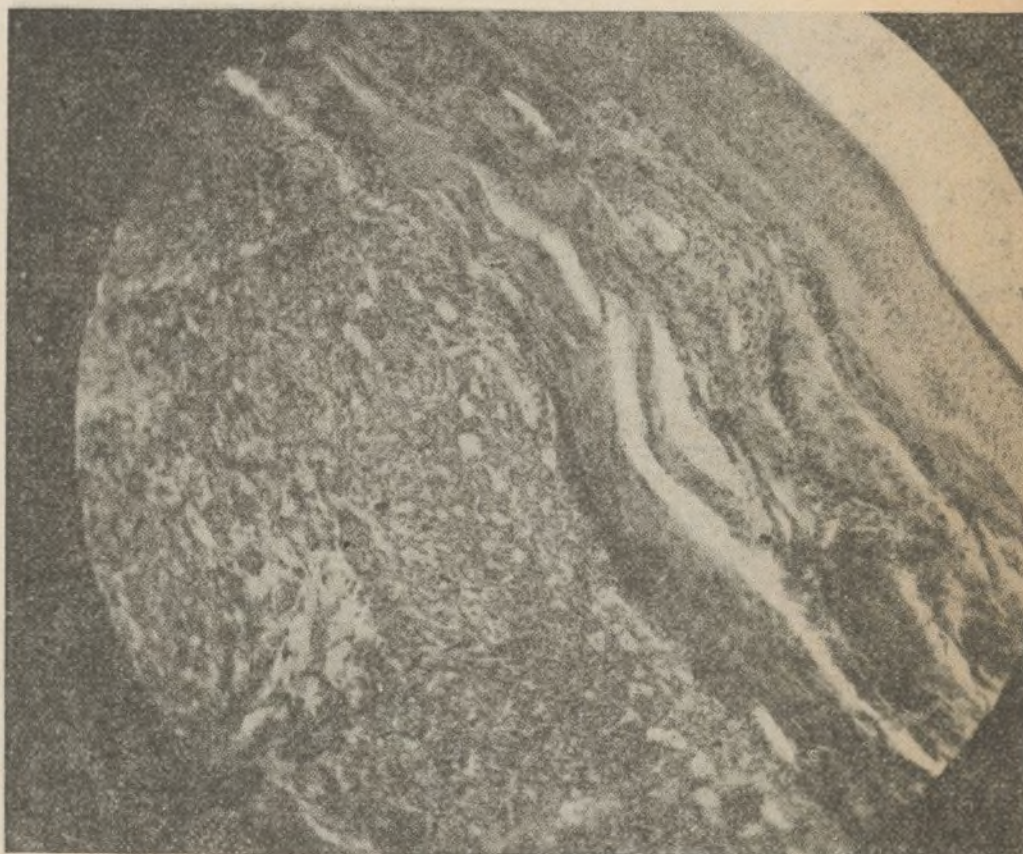
De estos llamados adenomas sebáceos han sido descritas diversas modalidades clínicas: elementos de color blanquecino (tipo BALZER-MENETIER), elementos de color rojo (tipo DARIER-PRINGLE) y elementos duros (tipo HALLOPEAU-LEREDDE-DARIER). Histológicamente, los primeros son considerados por algunos como epitelomas adenoïdes benignos, caracterizados por una hiperplasia glandular; en la variedad de HALLOPEAU-LEREDDE se observa una franca hipertrofia del tejido conjuntivo y de los vasos con normalidad de las glándulas sebáceas (nevus fibrosos), y en los de PRINGLE existe conjuntamente con la hipertrofia conjuntiva y vascular, con tejido glandular sebáceo (nevus telangiectásicos). Por otra parte, según el estudio realizado por WINKLER, existe una modalidad histológica que llama tipo GASPARY, en la que los tumores están constituidos casi de forma exclusiva por glándulas sebáceas de aspecto normal.

Por otro lado, PELLIZI y WOGT hacen notar una frecuente coincidencia de estos adenomas con la esclerosis tuberosa del encéfalo que en 1880 describió BOURNEVILLE, para comprobarse más tarde cómo en ocasiones, en determinados casos, predominan los síntomas nerviosos sobre las manifestaciones cutáneas, mientras en otros, siendo éstas aparentes, aquéllos son apenas perceptibles. Casos posteriores han permitido comprobar el gran parentesco que existe entre estas tumoraciones cutáneas con un tipo de idiocia acompañada de crisis epilépticas, bien conocidas como enfermedad de Bourneville. Actualmente son considerados los adenomas sebáceos de la cara como una simple manifestación de esta afección, hoy conocida como enfermedad de Pringle-Bourneville.

Esta afección, hoy conocida, como decimos, como enfermedad de Pringle-Bourneville, es con

frecuencia hereditaria y familiar, pudiendo ser considerada, por la coexistencia frecuente de lesiones cutáneas y nerviosas, como una displasia neuroectodérmica. Un carácter familiar es defendido por Fuhs desde el momento que la afección es comprobada con individuos pertenecientes a cinco generaciones sucesivas de una misma familia.

Existen aquellos otros para quienes son evidentes las relaciones entre esta afección y la enfermedad de Reclinhausen, llegando a admitir un estrecho parentesco y hasta su identidad. En apoyo

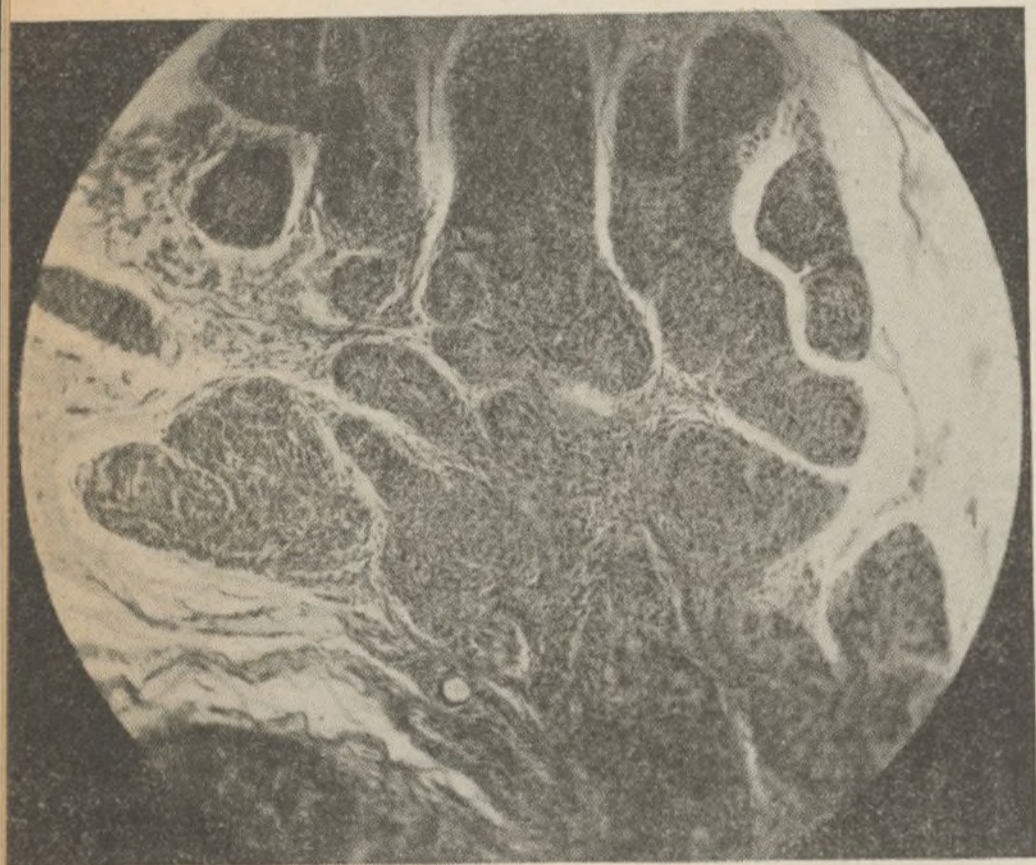


Epidermis fina sin alteración aparente, en perfecta delimitación del dermis. Por debajo, dermis fibrosa de bastante espesor, separado de una especie de nódulo neoplásico subyacente, rodeado de una aparente cápsula envolvente.

de este modo de pensar, puede citarse el caso de HINTZ, en el que existían múltiples manchas pigmentadas diseminadas por el cuerpo, nevus fibromatosos y otras anomalías cutáneas, aparte de cifosis e imbecilidad. Posteriormente, han sido dadas a conocer otras observaciones por WERTHER, ENAKOW, NIMER, LIEBNER, BERGGREEN, NERK, etcétera, etc., en las que existían manifestaciones de ambas afecciones.

Alguno, sin embargo, como URBACH, WIEDMANN y LANG, consideran a la enfermedad de Pringle-Bourneville y la de Reclinhausen como afecciones muy próximas, aunque no idénticas. Por el contrario, según otros, son totalmente diferentes; así ocurre con NIEUWENHUYSE y CAROL, para quienes tanto clínica como histológicamente son totalmente diferentes; para KURTZ, entre ellas no existe otra semejanza que la frecuencia con que se combinan alteraciones sistemáticas de la piel y del sistema nervioso central.

No solamente pueden observarse alteraciones del sistema nervioso y fibromas cutáneos, sino que pueden comprobarse alteraciones en diversas mucosas y en órganos internos. En la mucosa bucal han sido observadas tumoraciones nodulares por COHN, BUSCH, FUHS, FELLANDER, LANGER y HEINT, y SALVADOR GALLARDO y CONEJO MIR, entre nosotros. KOFLER observa alteraciones de tipo telangiectásico en dicha mucosa bucal, y otros, como CAROL, PAYENNEVILLE, BUSCH, DOBROTWORSKAJA, papilomatosis de la lengua; glándulas sebáceas he-



Nódulo formado por tejido fibroso denso y una neoformación de células alargadas, adosadas íntimamente unas a otras en forma de manojos, rosetas y a veces remolinos. Gruesos tabiques de tejido conectivo fibroso, que separan en bloques, más o menos amplios, la neoformación celular.

terotípicas en esta misma mucosa, por PAYENNEVILLE y KOLLARITS; fibromas submucosos en el intestino, por RIEKER y SCHWALB, y alteraciones de tipo fibromatoso en la mucosa vesical y rectal, por KUCHENMEISTER.

Conjuntamente han sido observadas características alteraciones oculares, con múltiples tumores retinianos y un tumor quístico en el nervio óptico, según ocurría en la observación estudiada por VAN DE HOEVE en 1921 y en las de NOWICKI, PERNET, BYSCHOWSKI, CAROL, KUCHENMEISTER, ORZECZOWSKI, NIMPER, LÓPEZ IBOR, entre otros, publicadas más tarde. Estos referidos nódulos estaban constituidos por neurocitos y fibras nerviosas indeferenciadas. Lesiones de tipo diferente han sido dadas a conocer por diferentes autores, como coriorretinitis y edemas de las vainas del nervio óptico. NAVARRO-MARTÍN y AGUILERA estudian un caso en el que existían, entre otras lesiones, un foco de retinitis exudativa, zona de perivascularitis alargada y bordes difuminados, y coriorretini-

tis exudativa de bordes difuminados y mal limitados; en ambos ojos existían lesiones de capilaritis diseminada.

En diversos órganos internos se han observado varias alteraciones: tumores renales, leiomiomas, sarcomas mixtos, queratomas, angiomas, lipomas y rhabdomiomas en el corazón, polidactilia y espina bífida, persistencia del agujero de Botall y persistencia de una suprarrenal accesoria en ovario.

Mucho más frecuentes que todas estas alteraciones son las que se observan en el sistema nervioso. Son muy frecuentes los trastornos psíquicos, como la epilepsia sobre todo, cefalalgias y un déficit mental que puede llegar hasta la idiocia; en ocasiones existen parálisis y parasias de los miembros, contractura, abolición o bien exaltación de los reflejos, signo de Babinsky, etc., etc.

Tal importancia se ha concedido a la coexistencia de una epilepsia en estos enfermos de adenomas sebáceos, que autores como WEYGANDT recomiendan en todo sujeto epiléptico se examine con atención su tegumento cutáneo a fin de investigar la posible existencia de adenomas sebáceos.

Una esclerosis tuberosa del encéfalo, aunque con frecuencia se observe asociada a la enfermedad de Pringle, no por ello dejan de existir casos de esta afección en que se presenta de forma aislada, sin ninguna alteración cutánea, como pueden existir casos frustrados de esta esclerosis tuberosa, sin déficit mental y sin epilepsia, y en los que la existencia de alteraciones cutáneas permiten pensar en ella y hacen posible la diferenciación entre la enfermedad de Bourneville con la epilepsia y la idiocia genuina.

La enfermedad de Pringle-Bourneville se considera hoy como una displasia neuroectodérmica, que por su tendencia a la producción de neoformaciones, proponen algunos, como ROJER y MATTEI, sean con ella agrupadas la enfermedad de Reiklinhausen, la angiomatosis encéfalo-trigeminada o enfermedad de Lindau, en ocasiones asociadas a una angiomatosis de la retina o enfermedad de Von Hippel, dentro de la denominación de neuroectodermomas.

En nuestro caso se trata, indudablemente, de una forma incompleta de esta afección; existen típicas neoformaciones cutáneas de localización simétrica en cara del tipo de adenomas de Pringle-Darier, sin que hubiese otras alteraciones névicas en el resto de la piel ni acusadas manifestaciones neurológicas según la enfermedad de Bourneville, ya que solamente existían signos neurológicos sin sistematizar para permitir una verdadera valoración diagnóstica. Histológicamente se separaba del caso estudiado por NAVARRO-MARTÍN, en el que los tumores de la cara eran motivados por una hiperplasia de las glándulas sebáceas, ya que aparecían más voluminosas y abundantes; igualmen-



IODARSOLO

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

ZIMEMA

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

AGLICOLO

Diabetes y glucosurias.
Frasquitos para gotas.

TIARSINA

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

OXIDAL

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

GUAIACOL CALCICO

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

IODARSOLO

Primer producto de
IODO Y ARSENICO

SABOR AGRADABILISIMO

TOLERANCIA PERFECTA

EN TODAS LAS
ÉPOCAS DEL AÑO

También en inyectables de 1.º y 2.º grado

Agente: "DYP SA" - Apartado 942 - BARCELONA

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.982.)



LUTEX "LEO"

PROGESTERONA

CAJAS de:
5 AMPOLLAS 2 mlgs.
3 " 5 "

ABORTO HABITUAL
MENORRAGIAS
POLIMENORREAS



COMERCIAL IBERO DANESA, S. A.
MADRID APARTADO 439. COPENHAGUE
BARCELONA SARRIA, 7.



Kombetín

(Estrofantina «Boehringer»)

Por su acción, refuerza las contracciones ventriculares, interrumpiendo el círculo vicioso constituido por la insuficiencia cardíaca, la deficiente irrigación coronaria y la mala nutrición miocardia. El aumento de la mejora de la energía sistólica producido por el

Kombetín mejora la circulación coronaria y esta a su vez, la nutrición miocardica, con la consiguiente repercusión favorable en la actividad cardíaca.

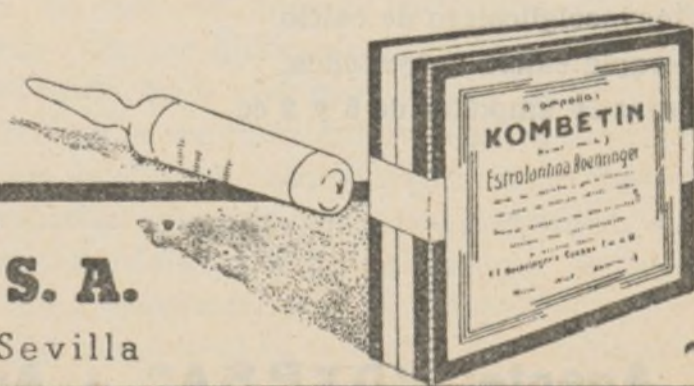
Máximo beneficio con un mínimo de dosis

"BOEHRINGER" S. A.

Madrid

BARCELONA

Sevilla



(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 4.222.)

te se separa histológicamente del caso de NOGER-MORÉ, ya que en éste existía preferentemente una hiperplasia glandular y vascular, que por dominar esta de forma extraordinaria se observaban densos apelonamientos vasculares, destacándose en algunas zonas pequeñas hiperplasias glandulares.

Más próximo es el estudiado por ROBLEDO, ya que lo importante era una hiperplasia del tejido conjuntivo sin neoformación glandular. Con justeza estos tumores benignos son considerados como nevus y no son admitidos como verdaderos adenomas sebáceos.

NOTA BIBLIOGRAFICA

- NAVARRO-MARTIN y AGUILERA: *Actas Dermo-Sifiliográficas*, pág. 244. Febrero 1939.
 HERNANDEZ LOZANO: *Actas Dermo-Sifiliográficas*, página 729. 1936.
 BEJARANO y ORBANEJA: *Actas Dermo-Sifiliográficas*, páginas 266. 1934-35.
 NOGUER-MORE y CORACHAN LLORT: *Actas Dermo-Sifiliográficas*, pág. 632. 1941.
 SALVADOR GALLARDO y CONEJO MIR: *Actas Dermo-Sifiliográficas*. Junio 1940.
 ROBLEDO: *Actas Dermo-Sifiliográficas*, pág. 246. Noviembre 1941.
 EUENO IRUARTE: *Bol. Inst. de Patología Médica*, pág. 67. Abril 1946.

El tratamiento del absceso de pulmón y de la bronquitis con broncorrea por el benzoato de sosa intravenoso

por el

Doctor F. GONZALEZ SUAREZ

Siempre que la observación clínica pone en nuestras manos un éxito terapéutico se siente uno impulsado a darlo a conocer, aun contraviniendo la regla de prudente sensatez que manda no precipitarse a publicarlo sin ulterior y repetida comprobación.

Pero alguna vez nos dispensa de ello la inocuidad del medicamento, la experiencia ajena que aporta casos favorables y un deseo acuciante de asociar los resultados que en última instancia confirmen la utilidad del remedio.

Tal es la finalidad de esta Nota clínica.

Un cúmulo de circunstancias etiopatogénicas concurren en cada caso de absceso pulmonar, que le hacen tributario de muy variada terapéutica.

I. *Causas del absceso*.—En relación con este factor clínico, se admiten estas modalidades: Originado *in situ* como consecuencia de una neumonía, de una pleuritis cisural, de una herida séptica: por absorción de gérmenes en las intervenciones generales, especialmente de las vías altas respiratorias, por vía linfática o vascular. El caso que vamos a exponer fué originado, verosíblemente, por un foco purulento peridentario que el enfermo venía padeciendo. Su flora microbiana—estreptococo, estafilo y un bacilo fusiforme—fué la misma que se halló en el pus del pulmón, donde, además, existía el neumococo.

II. *Duración del absceso*.—Un absceso reciente no debe ser intervenido quirúrgicamente sin antes apelar a recursos terapéuticos no cruentos: penicilina, sulfamidas, onda corta, benzoato de sosa intravenoso. Claro está que todo esto es inútil cuando la colección de pus está formada y sin salida al exterior.

III. *Naturaleza y virulencia de los gérmenes*. Del exacto conocimiento de éstos brota la indica-

ción del adecuado tratamiento: Amebas, hemometina; espirilos, arsenicales; estrepto, neumo, estafilo, penicilina, sulfamidas. La virulencia está condicionada por el comportamiento de la defensa, anticuerpos, leucocitos, células fijas y móviles del tejido reticuloendotelial y la firmeza del equilibrio neurovegetativo.

IV. *El sitio, la extensión y la naturaleza del absceso* son, en la mayoría de los casos, factores decisivos en el rumbo evolutivo de la enfermedad. Si es periférico y fracasan los medios incruentos empleados al comienzo, estará indicada la operación; si es central, la onda corta y una espera prudencial hasta ver si se aproxima a la periferia o se abre en un bronquio; si hiliar, puede intentarse la intervención por vía endobronquial.

Todo absceso no complicado que desagua en declive franco y amplio en un grueso bronquio puede esperarse que termine felizmente.

V. *Enfermedades concomitantes*.—Las más frecuentes (tuberculosis, septicemias, bronquiectasias) hacen que el problema terapéutico del absceso pulmonar sea a veces de muy difícil solución, por acentuar la gravedad de aquellos síndromes ya de suyo pavorosos.

Digamos de pasada que la dilatación bronquial es reliquia muy frecuente y muy temible del absceso pulmonar de larga duración.

Bien se echa de ver cuán difícil es el empeño de resolver un problema clínico que depende de factores tan diversos. Pues el benzoato de sosa, empleando la fórmula muy bien tolerada del asthicol, intravenoso, nos ayudó grandemente en la curación de los siguientes casos:

T. J., cuarenta y un años. Repetidas bronquitis y neumonía. Fumador excesivo. Granuloma dentario con las mismas bacterias del absceso. Re-

pentinamente, dolor entre pecho y espalda, zona media lado izquierdo, 38,5,° que pronto ascienden a 39, sostenidos durante mes y medio. Soplo bronquial, submacidez. La radiografía muestra sombra densa que comprende lóbulo inferior y parte del superior. No expectoración, poca tos, pulso entre 90 y 104. Inapetencia. Leucocitos, 16.000, con fuerte polinucleosis. Hematíes, 3.600.000. En el esputo, estreptococo, neumococo, catarralis. Dos punciones torácicas resultaron negativas. Aumento de vibraciones y submacidez (no macidez absoluta). En el curso de un absceso de fijación, al mes y medio se presenta una vómica considerable que alcanza al día siguiente 600 gramos.

Asthicol intravenoso. Véase la gráfica de la expectoración:

Enfermo T. J., tratado con asthicol.

Enero 1947	Vómica Asthicol	Gramos al día
1	»	600
2	»	520
3	»	500
4	»	460
5	»	430
6	»	375
7	»	200
8	»	220
9	»	205
10	»	180
11	»	165
12	»	120
13	»	105
14	»	110
15	»	130
16	»	95
17	»	70
18	»	50
19	»	48
20	»	35
21	»	20
22	»	20
23	»	15
24	»	8
25	»	5
26	»	2
27	»	2

Curación clínica y radiográfica.

C. G., veinticinco años. Bronquitis frecuentes que datan desde hace ocho años; de segura repetición durante los inviernos. Al fin queda localizada la afección bronquial en la base del pulmón izquierdo. Roncus, sibilancias, soplo tubario, estertores gruesos. Gran broncorrea: 250 gramos diarios. No hay fibras elásticas. En un episodio agudo, febril, se presentó nefritis con hematuria y albúmina, retención azoada e hipertensión (9-18).

Una vez pasado este episodio, al cabo de un mes, el proceso bronquial cursa sin fiebre. La silueta radioscópica muestra gruesos cordones bronquiales que parten del hilio hacia el interior del pulmón. Tratada esta enferma con autovacuna (estrepto, estafilo, neumococo), no disminuye la expectoración.

El benzoato de sosa intravenoso consigue extinguir en breves semanas la broncorrea. Continúa la vacunación. Véase la gráfica del volumen de esputos:

Enferma C. G., tratada con asthicol.

Diciembre 1946	Asthicol Inyección diaria	Expectoración Gramos diarios
5	»	250
6	»	245
7	»	235
8	»	240
9	»	200
10	»	170
11	»	165
12	»	140
13	»	130
14	»	105
15	»	100
16	»	103
17	»	90
18	»	80
19	»	90
20	»	70
21	»	40
22	»	35
23	»	15
24	»	8
25	»	10
26	»	9
27	»	5
28	»	

El fundamento terapéutico del viejo y anodino benzoato de sosa, que figuraba siempre en las fórmulas expectorantes de antaño, está, dicen, en su acción «desecante» y «antiexudativa», comprobada en bronquiectasias y tuberculosis con gran expectoración. Apoyado en este hecho de experiencia, fué GOLDKORN, de Varsovia, el primero que trató con inyección intravenosa de benzoato dos casos de absceso pulmonar, con éxito rotundo, publicados en la *Presse Medicale* del 21 de diciembre de 1935.

Posteriormente han comprobado otros clínicos la eficacia de este remedio.

Con la cautela y las reservas que la Clínica exige cuando se trata de valorar un medicamento en enfermedades que tantos tienen, damos a conocer estos casos para sumar un éxito más del benzoato sódico intravenoso a los ya conocidos.

Divulgaciones nacionales

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE SEVILLA

«Consideraciones sobre los resultados e indicaciones del tratamiento operatorio del mal de Pott del adulto»

por el

Profesor ANTONIO CORTÉS LLADÓ

Este trabajo se basa en el estudio detallado de 352 enfermos a los cuales se han practicado 381 operaciones de artrodesis vertebral siguiendo técnicas distintas, y, sobre todo, en los 101 de que han podido ser revisados después de más de diez años de la intervención.

El examen superficial de los mismos conduce en un principio a cierto desconcierto y a un escepticismo, por no concordar aparentemente los resultados obtenidos con lo que se pretendía conseguir, a pesar de que una gran mayoría han constituido un éxito terapéutico al poder reanudar una vida activa de trabajo. Pero en otros casos la intervención ha sido evidentemente un fracaso; unos, porque el injerto no estaba bien colocado o no alcanzaba la totalidad del foco o porque se secuestró y eliminó; otros, porque las lesiones fueron extendiéndose a distancia, por estar el sujeto en condiciones inmunobiológicas deficitarias. No obstante, en estos casos el motivo salta a la vista y contrastan con otros en que la razón del fracaso no es tan evidente; hay que buscarla en la actuación de la fuerza mecánica a que ha sido sometido el injerto o la sinostosis a que éste ha dado lugar y que han tendido a romperlo o deformarlo y a desvirtuar, por tanto, lo que la intervención intentaba lograr.

Estas mismas causas habrá que alegar en aquellos otros en que, por contra, a pesar de las malas condiciones de fijación del injerto o que ha sido total o parcialmente eliminado y que, sin embargo, ha sobrevenido la curación. Pero hay que olvidar que, además de la intervención, se han puesto en juego otros métodos terapéuticos—medicación general y tratamiento ortopédico—que pueden haber influido en la evolución clínica.

Los fundamentos teóricos de las distintas técnicas de artrodesis vertebral eran los de descargar e inmovilizar el foco póttico, y con ello acortar el tiempo de tratamiento. Esto buscaban tanto aquellas que tienden a estimular la producción de anquilosis en las pequeñas articulaciones (tipo Hibbs) como las que intentan proporcionar a la columna vertebral un apoyo o tutor (tipo Albee) mediante un injerto óseo, rígido y potente. Pero poco a poco fué naciendo en el ánimo de los cirujanos el convencimiento de que los resultados de-

pendían, más que de la técnica operatoria en sí, de las variaciones mecánicas a que quedaba sometido el injerto y la iniciación de sus conexiones y todos los elementos vertebrales próximos al foco. Es decir, que la conservación y adaptación del injerto estaban acondicionados por las leyes de Roux sobre el crecimiento óseo y cuya aplicación constituyen el nudo fundamental de la explicación de los dispares resultados en el tratamiento operatorio del mal de Pott.

Por todo esto, la indicación y el pronóstico quirúrgico, deben ir precedidos del estudio detenido y meticoloso de *muy buenas* radiografías, no solamente del foco osteítico, sino de un gran tramo de la columna vertebral supra e infrayacente, para poder precisar y juzgar la existencia y amplitud del apoyo, inclinaciones, sagita y lateral, curvas de compensación, estado de los restos de los cuerpos vertebrales, existencia de tosiones y pseudo-espondilolitos, etc.

El contacto o apoyo total de los cuerpos vertebrales es el factor más favorable para la curación del foco póttico. La sinostosis se constituye rápidamente con un período mínimo de reposo postoperatorio.

Cuando el apoyo es parcial (anterior, lateral, posterior o mixto) queda siempre una cavidad residual intraósea, verdadera caverna osteítica, en la cual la curación por esclerosis y calcificación se produce lentamente, pero que indudablemente es influenciada por el injerto, a pesar de que las condiciones de persistencia de éste no son muy favorables por la importancia de fuerzas nocivas que actúan sobre él. Por este motivo, el tratamiento ortopédico debe ser muy prolongado.

Cuando el apoyo falta, la sinostosis posterior puede ser primitiva o secundariamente insuficiente o aun perjudicial para la curación del foco; éste no tiene la tendencia a cerrarse, el injerto persiste mientras estas condiciones estáticas no se modifiquen, pero se fractura tan pronto como esto sucede si la sinostosis no se ha hecho ya muy potente. Si la resultante pasa por delante, se dejan sentir desde el primer momento, y la eficacia del injerto es muy dudosa desde los primeros instantes. Se comprende cómo el primer caso se da más

frecuentemente en el raquis lumbar (lordítico) y raramente en el dorsal (cifótico).

Estas condiciones mecánicas no solamente son posibles en los casos en que están interesadas sólo dos vertebrae, sino también cuando lo están varios cuerpos vertebrales. Pero en éstos el apoyo total no se produce casi nunca, a lo sumo existe un precario contacto anterior, mientras queda una gran cavidad residual posterior. Esto hace que las sinostosis posteriores queden sometidas a las grandes fuerzas de tracción y cizallamiento que suelen conducir al fracaso de la intervención.

Otro factor importante, y que suele valorarse poco, es la propagación de la lesión tuberculosa a los arcos, que enferman con relativa frecuencia a pesar de su estructura. Y es que no hay que olvidar que la infección puede extenderse por contigüidad o por los abscesos a todos los elementos vertebrales (láminas, pedículos, pequeñas articulaciones, y hasta apófisis transversas y espinosas), o que cuanto menos sufren procesos de rarefacción atrofia ósea, y esto es muy interesante, porque, al fin de cuentas, sobre ellos apoya directa o indirectamente nuestro artilugio mecánicoterapéutico. Su frecuencia se deduce, más que por la apreciación directa radiográfica de tales lesiones, por las determinadas desviaciones—inclinaciones laterales acentuadas, torsiones y deslizamientos—, que sólo son posibles con la existencia de aquéllas. Es

fácil comprender que estas lesiones constituyen un factor desfavorable para el éxito operatorio, por el aumento de movilidad que implican, que permite más amplias acciones nocivas de tracción, torsión, cizallamiento, etc., sobre la sinostosis operatoria.

Es imposible, por tanto, esquematizar ni sistematizar las indicaciones ni los resultados operatorios en el mal de Pott. Ni la edad, ni la antigüedad de la lesión, ni la localización, ni la presencia de otros focos son suficientes para ello. Tales circunstancias tienen un valor relativo, y el problema debe ser abordado desde un punto de vista más elevado que viene regido por las condiciones mecánicobiológicas del foco en relación al fin operatorio. Solamente en forma muy amplia, pero no de mucho exclusiva, se puede decir que:

1.º En la infancia, las probabilidades de éxito son escasas.

2.º La región lumbar del adulto es la que más se presta a brillantes resultados, mientras que la dorsal alta es la de mayor número de fracasos.

3.º Las lesiones enfriadas, con tendencia a la esclerosis, son las más apropiadas para la intervención.

4.º La falta de apoyo invertebral constituye un motivo de fracaso, y casi siempre una contraindicación operatoria.

—●●—

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

LA HIGIENE OCULAR DE LA INFANCIA

por el

Doctor MANUEL MARIN AMAT

Presidente de la Sociedad Oftalmológica de Madrid.

El conferenciante divide la higiene ocular en cuatro partes, que titula: 1.ª Higiene ocular prenatal. 2.ª Higiene ocular del recién nacido. 3.ª Higiene ocular de la época preescolar. 4.ª Higiene ocular del período escolar.

Primer capítulo: *Higiene ocular prenatal*.—Fue estudiando sucesivamente:

1.º La higiene ocular en relación con los futuros cónyuges, poniendo de relieve la importancia que la salud de los padres tiene con respecto al aparato de la visión de sus hijos; llamando la atención sobre la influencia de las enfermedades, de las intoxicaciones, de las avitaminosis, de los «portadores latentes», de la «consanguinidad» y de ciertas malformaciones de los progenitores, como productores de afecciones y anomalías oculares, en sus descendientes.

2.º La higiene ocular concepcional, exponiendo las teorías de la herencia, la anatomía y la fisio-

logía de la fecundación (la reproducción sexual, el origen, la maduración y la fecundación del óvulo); fecundación y herencia y el modo de transmisión de las afecciones oculares hereditarias.

3.º La higiene ocular embrionaria y fetal, en la que se ocupó del desarrollo del globo ocular desde la aparición de las fósitas ópticas, pasando por la vesícula óptica primitiva y la cúpula óptica, hasta llegar al ojo embrionario y fetal, así como de las perturbaciones que constituyen la teratología ocular, estudiando todas sus causas, tanto germinales como ambientales, y entre estas últimas las fisicoquímicas, las mecánicas, las infecciosas, etc., a la vez que exponiendo las últimas adquisiciones científicas en relación de la avitaminosis A, en la producción de anomalías oculares en los animales; proyectando curiosas monstruosidades del globo ocular en relación con el período de su formación con anterioridad, coinci-

diendo o con posteridad a la formación de la vesícula óptica primitiva y al cierre de la hendidura óptica.

Segundo capítulo: *Higiene ocular del recién nacido*.—Hace notar la importancia del conocimiento de la higiene prenatal como factor indispensable para realizar una verdadera profilaxis ocular en el recién nacido, aunque el estado actual de esta ciencia sólo permite realizarla en una sola afección, que, si bien única, es de extraordinaria gravedad, cual es la oftalmía purulenta del recién nacido o *neonatorum*, la cual se obtiene con el método de Credé (instilación de nitrato de plata al 2 por 100), pero especialmente con su método de mercurocromo al 4 por 100, que considera como superior y rigurosamente infalible.

Tercer capítulo: *Higiene ocular de la época pre-escolar*.—Divide los enemigos del aparato de la visión de los niños en esta edad en dos categorías: *intrínseca* y *extrínseca*.

En el primer grupo incluye todas las afecciones (enfermedades y anomalías) transmitidas o no por herencia, y que pueden hacer entonces su aparición, y las constitucionales, dedicando especial atención a la queratoconjuntivitis linfática, al glioma de la retina y al estrabismo convergente.

En el segundo grupo estudia las conjuntivitis catarrales, el tracoma y los traumatismos oculares, tan peligrosos en esta edad de poco desarrollo intelectual, llamando la atención de los padres

acerca de lo punible de sus actos al proporcionar a sus hijos objetos tan perjudiciales como cortaplumas, tijeras, lápices, etc.

Cuarto capítulo: *Higiene ocular en el período escolar*.—Hace notar que el peligro de las conjuntivitis catarrales y del tracoma es menor que en la edad precedente; pero que la escuela, en las comarcas tracomatosas, constituye un factor de contagio, por lo que juzga beneficiosa la cooperación del maestro y de la enfermera visitadora.

Llama la atención sobre los traumatismos oculares en esta época de la vida del niño, que, si bien son menos frecuentes que en la edad pre-escolar, en cambio son mucho más graves por utilizar con frecuencia explosivos, fulminantes, proyectiles y hasta bombas explosivas, como, a raíz de la liberación de Madrid en 1939, que en el sólo espacio de cuatro meses asistió en su Servicio del Hospital Provincial a 54 niños con graves lesiones oculares, quedando casi todos tuertos o ciegos.

Y termina ocupándose de la miopía escolar, de la que dice que la causa no es la escuela en sí, sino las malas condiciones higiénicas visuales de la escuela: escasa y mala disposición de la luz, menaje escolar defectuoso, pequeñez y pésima impresión de los libros de texto, proximidad al papel en la lectura y escritura, etc., y de sus remedios, que no son otros que la corrección de tales defectos.

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

(Sesión del día 17 de febrero de 1947)

Presidencia: DR. ANTONIO M. VALLEJO DE SIMÓN, presidente.

«FACTORES ETIOPATOGÉNICOS DE LAS DERMATOSIS», CON ALGUNA CASUÍSTICA

Doctor Sicilia. (Conclusiones).—En la génesis dermatósica se aprecia pocas veces la relación causa-efecto, ya que aun aquellas reacciones que parecen de mayor pureza, cuando son investigadas concienzudamente, descubren la importancia de la herencia, del terreno, de las enfermedades anteriores y sensibilizaciones orgánicas.

Entre los factores dermógenos primarios y más profundamente enraizados en el organismo tenemos el medio constitucional y funcional.

La formación del dermovenereólogo exige estrecha disciplina en la etiología, patogenia, analítica, reacción biológica y sintomática de los procesos cutáneos.

Los factores de especie distinta provocan la desviación del funcionalismo en la compleja membrana que nos envuelve.

Habida cuenta del fácil descarte en muchas causas, se impone su eliminación más rápida y completa.

En la valoración, tanto de estados alérgicos para precisar el etiológico como de los análisis, hay que ser muy ponderado, pues en bastantes no coinciden con estado somático.

«ESTUDIOS ELECTROFORÉTICOS EN TUBERCULOSIS»

Doctor Utrilla.—Esta comunicación tiene como finalidad dar cuenta de los estudios personales realizados en los Estados Unidos sobre las albúminas del plasma, tanto en los animales, especialmente el conejo, como en el hombre sano y en el tuberculoso. En esta cuestión tienen gran interés los estudios electroforéticos, que han puesto de manifiesto la existencia de varias fracciones que, por hoy, se conocen con los nombres de fracciones alfa, beta y gamma, con modificaciones propias en cuanto se realizan los estudios en el conejo y en el hombre.

Doctor Rodríguez Candela.—El conocimiento de las modificaciones de las fracciones alfa, beta y gamma de la albúmina del plasma tiene sumo

interés; nosotros hemos realizado mediciones electroforéticas en los animales con diabetes aloxánica y en el hombre diabético.

Doctor Urgoiti.—Sería muy de desear que en estas valoraciones se precisase la cantidad de plasma sanguíneo necesaria en estas investigaciones, como igualmente precisar estas modificaciones

plasmáticas en el hombre sano, pero con reacción positiva a la tuberculina.

Doctor Roda Pérez.—Estos trabajos los consideramos de gran valor y especialmente cuando se pueden practicar conjuntamente con las modificaciones de la velocidad de sedimentación, tanto en tuberculosos como en anémicos.

Divulgaciones del exterior

LA VACUNACIÓN ANTITUBERCULOSA POR EL B. C. G.

por el

Doctor A. KAPLAN

Fué en 1921 cuando el gran biólogo francés profesor CALMETTE (1), con la ayuda de su colaborador doctor GUÉRIN, descubría la vacuna antituberculosa conocida actualmente con el nombre de B. C. G. (bacilo de Calmette y Guérin). Este gran sabio, después de haber profundizado en el estudio de todos los problemas relativos a la inmunidad tuberculosa, proponía a la experimentación humana el resultado de un trabajo impropio consagrado a investigar la solución de un problema que le había obsesionado toda su vida.

La vacunación tropezó, en sus primeros tiempos, con las dificultades inherentes a toda innovación. La adecuación de la técnica, la dificultad de interpretación de los resultados y la desaparición prematura de su descubridor retrasaron la infusión de este método, no obstante los perseverantes esfuerzos de los sabios que en el Instituto Pasteur continúan hoy la obra del maestro. Durante algunos años llegó a creerse incluso que el método de CALMETTE no realizaría las esperanzas concebidas por su autor. Sin embargo, diferentes trabajos muy recientes vienen hoy a confirmar, de manera indudable, la inocuidad y la eficacia de la vacunación. Hay ya un gran número de países, tanto de Europa como de América, que aplican esta vacuna cada vez en una escala mayor. En el momento en que esta gran invención francesa está llamada a adquirir una considerable extensión, nos ha parecido interesante recordar los principios del método y lo que de él podía esperarse como consecuencia de las investigaciones más modernas.

El B. C. G. es un bacilo bovino cuya virulencia está atenuada. Existen dos variedades de bacilos tuberculosos ofensivos para el hombre: el uno es de origen humano, el más virulento, el cual es el responsable de la mayoría de los casos de tuberculosis; el otro es de origen bovino, menos patógeno, y provoca ordinariamente en el hombre cuando lo infecta una enfermedad más benigna. La vacuna de Calmette y Guérin es un bacilo de origen bovino cultivado en el laboratorio y desprovisto de todo poder patógeno, gracias a doscientos treinta ensayos ininterrumpidos en patata recubierta de bilis de buey glicerizada. Este bacilo está vivo, y debe ser inyectado en el organismo también vivo. Los trabajos acerca de la inmunidad tuberculosa habían demostrado a CALMETTE, en efecto, que únicamente un organismo vivo sería capaz de conferir la protección necesaria contra el germen virulento. En este aspecto, el B. C. G. es comparable a la vacuna. La vacunación antivariólica consiste, como se sabe, en inocular una enfermedad de origen bovino: la vacuna, o *cow-pox* (1); esta enfermedad, benigna para el hombre, lo inmuniza contra la grave afección de la viruela. De igual modo, el fin de la vacunación antituberculosa es inocular un bacilo vivo no patógeno con objeto de proteger al individuo contra la ofensiva del bacilo virulento de origen humano.

* * *

Para proporcionar a este método de vacunación la difusión que merecía, era menester suministrar la prueba, por una parte, de su carácter inocuo, y, por otra, de su eficacia. Durante numerosos años los adversarios del método afirmaban que no estaba demostrado que esta vacuna fuese inofensiva. Temían que el bacilo atenuado pudiese encontrar nuevamente su virulencia en el interior del organismo humano. Por eso, el drama

(1) Alberto León Charles Calmette, el gran bacteriólogo francés, vino al mundo en Niza el año 1863 y murió en París en 1933. Su primera actuación como médico fué en la Marina, lo que le permitió efectuar numerosos e interesantes cruces por los mares del mundo. Sus trabajos más intensos los dedicó principalmente al estudio de la tuberculosis, investigando su modo de propagación y su evolución, y con su ayudante Guérin ha preconizado el método de vacunación preventiva de los recién nacidos contra esa enfermedad. Fundó en Lila, hace años, un dispensario antituberculoso. Perteneció a la mayor parte de las Sociedades científicas, tanto de Francia como del extranjero, y fué asimismo subdirector del Instituto Pasteur.—N. del T.

(1) *Cow-pox*, en inglés, quiere decir vacuna.

de Lübeck, en donde perecieron 170 niños de resultas de la vacunación, mantuvo durante mucho tiempo en los espíritus una duda justificada. Pero hoy está probado que el B. C. G. es inofensivo en la especie humana igual que en el animal. A este efecto, se han emprendido numerosas experiencias destinadas a provocar un cambio de virulencia de la vacuna, sin que se haya obtenido ninguna mutación del tronco de la misma. Las inyecciones de dosis fuertes en el animal no han determinado nunca la tuberculosis. Hasta ahora van vacunados millones de individuos sin que se haya declarado ningún caso de tuberculosis evolutiva debida al B. C. G. En todos aquellos casos en que la enfermedad ha sido observada en un vacunado ha podido encontrarse una contaminación accidental por un bacilo humano, sobrevenida con extraordinaria rapidez, después de la vacunación, para que la protección hubiera tenido tiempo de instalarse en el organismo. *La información de lo ocurrido en Lübeck ha probado que los cultivos del B. C. G. habían sido ensuciados accidentalmente por un bacilo muy virulento, responsable de la catástrofe.*

* * *

Durante numerosos años fué difícil, asimismo, suministrar de una manera perentoria la prueba de la eficacia de la vacuna. En efecto, desde el origen de este método curativo, las delicadas condiciones de experimentación provocaron bastantes controversias que hicieron dudar del valor de la protección concedida por la vacuna. La vía digestiva, la única utilizada al comienzo, reveló muy pronto que era defectuosa, pues la penetración de la vacuna por esta vía no es constante. Además, fué fácil darse cuenta, después de largos estudios, que era menester plegarse a estas reglas, extremadamente precisas y rigurosas en la actualidad, bien establecidas para asegurar a la vacuna su máximo de eficacia y para asegurar su acción.

Los recientes estudios llevados a cabo en Francia y los numerosos trabajos extranjeros que tratan de la aplicación de la vacuna a vastas colectividades, permiten precisar el modo de acción de la vacuna, lo que puede esperarse de ella en la protección contra la enfermedad la técnica más eficaz y la elección de los individuos que deben ser vacunados.

La finalidad de la vacuna es ocupar el puesto del bacilo humano con objeto de que el individuo se halle protegido contra la ofensiva de aquél. Ningún método de vacunación, cualquiera que sea la enfermedad para la cual se emplee, es capaz de asegurar una protección eficaz de todos los individuos vacunados. La vacunación antituberculosa no podía ser una excepción a esa regla. Sin embargo, nos permite, de una manera cierta, evitar al sujeto vacunado el riesgo que resulta del

azar de las primeras contaminaciones tuberculosas, a menudo peligrosas y a veces mortales. Las manifestaciones consecutivas al primer contacto de un organismo humano con el bacilo tuberculoso son muy variables de un individuo a otro, según las modalidades de la contaminación, la edad del enfermo y su resistencia física. Tal niño podrá sucumbir rápidamente de una meningitis tuberculosa; tal otro estará bastante tiempo inmovilizado por una pleuresía, un ataque ganglionar o una fiebre prolongada; tal adolescente se verá atacado de una tuberculosis pulmonar rápidamente evolutiva, mientras tal otro no presentará ningún signo mórbido fuera del viraje producido por la cutirreacción. Nada hay que permita prever cuál será la gravedad de esta primera agresión tuberculosa en un individuo determinado.

La vacunación por el B. C. G. sustrae al individuo a los azares de esta primera infección virulenta y le proporciona, con el bacilo atenuado de origen bovino, la certidumbre de una infección benigna, capaz, sin embargo, de provocar el cambio de la cutirreacción necesaria para que se establezca la inmunidad. A este respecto, todos los estudios recientes en que se da cuenta de los resultados de la vacunación de individuos sometidos a fuertes y repetidas contaminaciones confirman la regresión de la morbosidad y de la mortalidad tuberculosa entre los vacunados. En Dinamarca se procura vacunar sistemáticamente a los individuos procedentes del campo en cuanto llegan a las ciudades. Los suecos y los noruegos consagran gran importancia, sobre todo, a la vacunación de las enfermeras y de los estudiantes de Medicina, los cuales suelen pagar tan enorme tributo a la enfermedad en la época de sus primeros contactos con los tuberculosos. Tanto en los Estados Unidos como en el Canadá, la vacunación es difundida ampliamente en todos los lugares en donde se advierte cualquier riesgo de contaminación tuberculosa, a cuyo efecto han sido inauguradas clínicas para difundir y propagar la vacunación con el B. C. G. y estudiar lo resultados. También en Africa se realizan hoy grandes esfuerzos de vacunación entre las poblaciones negras, tan sensibles al contacto tuberculoso.

* * *

La técnica de la vacunación es en la actualidad muy sencilla. Con preferencia se aplica el B. C. G. por vía cutánea, igual que la vacuna antivariólica, depositando una gota de cultivo en varias escarificaciones superficiales. No se debe vacunar más que a los individuos que hayan dado una cutirreacción negativa, es decir, a aquellos que jamás han estado en contacto con el bacilo de Koch. A los individuos vacunados es preciso ponerlos al abrigo de toda contaminación hasta que la cutirreacción llegue a ser positiva. Esta debe

ser comprobada periódicamente, por lo menos dos veces al año, a fin de renovar la vacunación, siempre que las reacciones cutáneas vueivan a ser negativas.

Dado el estado actual de la vacunación, la elección de los individuos que deben ser vacunados deberá recaer sobre aquellos que corren el riesgo de hallarse sometidos a una contaminación intensa, e. decir, aquellos en quienes son mayores los peligros de la primera infección. Es menester, pues, vacunar a todos los niños que vivan en un ambiente sospechoso: recién nacidos, hijos de padres enfermos; niños que vivan en contacto con enfermos conocidos; jóvenes que, procedentes de los campos, acuden a las ciudades para trabajar en ellas; aprendices, enfermeras y estudiantes de Medicina antes del comienzo de sus estudios; a los sujetos de ciertas razas, como los negros, particularmente sensibles a la enfermedad. En todos estos medios, la vacunación provoca una baja considerable de la frecuencia de la enfermedad

y de la mortalidad, y eso que en tales lugares la tuberculosis puede ejercer ordinariamente estragos considerables. El doctor GUIBAULT, director de la Clínica del B. C. G. de Montreal, vacuna, por ejemplo, desde 1935, a los niños nacidos de padres tuberculosos y pobres expuestos a un contacto tuberculoso permanente. Estos niños quedan después en su propio ambiente y sometidos a la contaminación familiar en cuanto las cutirreacciones han llegado a ser positivas. El citado doctor ha publicado recientemente un interesante estudio sobre este particular, y termina diciendo lo siguiente: «Ninguno de los niños así atendidos ha muerto ni sufre de tuberculosis bajo cualquiera de sus formas, a pesar de vivir en medios pobres y expuestos, en la mayoría de los casos, a una contaminación maciza y repetida. Divulguemos el empleo del B. C. G.» Nada como las anteriores palabras puede confirmar mejor el valor del descubrimiento de CALMETTE y las esperanzas que su bacilo nos permite concebir.

SIR ALMROTH WRIGHT

Sir ALMROTH WRIGHT cumple este mes los ochenta y cinco años. Durante setenta años su vida no ha sido más que una aventura intelectual, y, por fortuna, aún no ha concluido.

Hasta los veintiocho años su preocupación más importante era el decidirse por una carrera. Habla poco de esos años, ya que sus pensamientos están siempre puestos en el futuro; sabemos, sin embargo, que estudió Derecho, se licenció en Medicina en Dublín, estuvo empleado en el Almirantazgo y que en sus ratos de ocio se dedicó a las investigaciones fisiológicas.

Después de pasar unas temporadas breves en Cambridge, en Alemania y en Sydney, fué nombrado profesor de Patología del Servicio Médico del Ejército en Netley. Se ocupó en seguida del problema de la profilaxis de la fiebre tifoidea, ya que durante varios siglos esta enfermedad había sido el principal azote de los ejércitos en campaña, causando más muertes que la misma guerra. La única medida defensiva contra ella consistía en mejorar las condiciones sanitarias. WRIGHT vió que la inoculación preventiva prometía mucho, ya que PASTEUR había demostrado que era eficaz contra el ántrax en las ovejas y contra la rabia en el hombre. Sin embargo, PASTEUR había empleado vacunas con gérmenes vivos, con lo cual existía el riesgo de transmitir la enfermedad. WRIGHT pensó en una vacuna con los gérmenes muertos, seguramente sería igualmente eficaz. También comprendió que si el método había de tener una base científica era necesario demostrar y medir los cambios producidos en la sangre de

la persona inoculada. No existía ninguna técnica para realizar esto, por lo cual WRIGHT se puso a estudiar los medios para conseguirlo. Por fin, tuvo éxito, y ésta fué una de las muchas técnicas suyas que habían de mostrarnos la existencia de cambios casi imperceptibles en la inmunidad. El concepto de que una vacuna con gérmenes muertos era eficaz para la inoculación era exacto, y de esta forma quedó establecido el valor de la inmunización antitífica. La consecuencia de esto fué que solamente Inglaterra entró en la primera guerra mundial con sus ejércitos inoculados; las otras naciones pronto la imitaron. Todos los elogios por esta gran hazaña se los debemos a WRIGHT y a los hombres que con él trabajaron, y no cabe la menor duda de que decenas de miles de vidas, seguramente cientos de miles, fueron salvadas por ésta su primera gran aventura intelectual.

Sin embargo, WRIGHT, en contra de las opiniones más difundidas, ha considerado siempre que, a la larga, el tratamiento de las infecciones mediante inmunidad prometía más que la inoculación preventiva. Por tanto, dedicó el siguiente período de su vida, desde el año 1901 a 1914, al desarrollo de la inmunoterapia de la tuberculosis en sus diversas formas, de los forúnculos y del carbunco, de las infecciones urinarias, de la bronquitis, neumonía, etc. La inmunidad en estas infecciones dependía de ciertos cambios en la sangre del enfermo, que eran muy distintos de los que él había demostrado para la fiebre tifoidea. Su estudio exigía la creación de nuevos métodos in-

geniosos, que, como él dice, se conseguían «estimulando la habilidad limitada de nuestras manos con el trabajo supletorio de nuestro cerebro». En el mundo entero se vió que había nacido una nueva era de la Medicina. La época del «frasco de medicina» había concluido, y nuevas armas de precisión ocupaban su lugar. La visión clara y el pensamiento creador de WRIGHT jugaron un papel principal en este gran cambio.

Cuando se declaró la primera guerra mundial, WRIGHT estaba en Boulogne, encargado de un laboratorio de investigación para el estudio de las heridas de guerra, y quizá fuese éste el momento cumbre de su carrera. El estado de los heridos que iban llegando era, según frase de sir ALFRED KEOGH, «de épocas medievales». El sufrimiento moral que le producía este espectáculo le llevó a trabajar día y noche con el fin de comprender qué era lo que sucedía y cómo remediarlo. Lo mismo que FLEMING, que descubrió la penicilina posteriormente, pudo demostrar que los llamados antisépticos, con los cuales nosotros contábamos, servían de poco, y que incluso muchas veces tenían un efecto nocivo al alterar los mecanismos defensores del organismo. Demostró la sorprendente eficacia de los leucocitos (los «fagocitos» del *Dilema del doctor* de Bernard Shaw) para combatir las infecciones sépticas, y declaró que la preocupación principal de los cirujanos debía ser conseguir unas condiciones óptimas para la buena labor de estos fagocitos. Una vez más la influencia de WRIGHT en este campo fué destacada:

Después del año 1920 se ocupó, una vez más, del campo más extenso de la inmunoterapia con la firme creencia de que «el médico del futuro será un inmunizador». Durante los años de guerra habían surgido métodos poco exactos en la «terapia mediante vacunas». WRIGHT, una vez más, hizo un esfuerzo para sustituirlos por métodos científicos. Su labor durante la guerra le había demostrado que era posible regular las dosis de las vacunas al medir su efecto sobre la sangre extraída del enfermo, y él creía que solamente de esta manera se podría tener la esperanza de conseguir una cooperación máxima con las defensas naturales del organismo.

Durante todos estos años, su mente también se


ocupaba de una serie de problemas muy distintos. Está convencido de que el mundo moderno necesita urgentemente un nuevo sistema de lógica; que la lógica de antaño, en muchas ocasiones, no puede ser aplicada a los problemas modernos, y que la necesidad de pensar con claridad sobre los resultados fundamentales tiene más importancia para la Humanidad que incluso la conquista de las enfermedades.

FORMACIONES DE «DOBLES» EN LAS TABLETAS HORMONALES

El método de administrar las hormonas sexuales mediante una implantación subcutánea de los comprimidos del cuerpo cristalizado, iniciado por DEANES y PARKES en el año 1937, ha sido muy útil en la Clínica y para fines experimentales. Se puede considerar a la tableta como un depósito hormonal que abastece de manera continua donde está implantada, ya que los líquidos tisulares la disuelven lenta y constantemente.

En el curso de unos estudios sobre las fuerzas que regulan la absorción *in vivo* de tabletas del estrógeno sintético exoestrol, el doctor S. J. FOLLEY, del Instituto Nacional de Investigaciones Lecheras, descubrió que durante el período de implantación las tabletas sufrían la infiltración de unas materias compuestas de sustancias proteínicas, altamente insolubles, que podía observarse si las tabletas, después de extraídas, eran sumergidas en alcohol o éter. Si se trata a la tableta de esta forma, el estrógeno sintético es disuelto, quedando un cuerpo frágil y semitransparente, que tiene, aproximadamente, la misma forma y tamaño que la tableta original. Como la forma (pero ninguna otra propiedad) del residuo proteínico recuerda al de la tableta extraída del animal, se ha considerado apropiado llamarlo «doble». Conviene advertir que el «doble» nada tiene que ver con la cápsula de tejido fibroso y conectivo que se forma alrededor de una tableta después de su implantación; el fantasma queda depositado en los poros de la tableta misma.

Estas formaciones peculiares se han visto no sólo con tabletas de exoestrol y otros estrógenos



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

sintéticos, sino también con tabletas de varias hormonas esteroideas implantadas en distintos animales y en el hombre, por lo que parece ser que este fenómeno es de tipo general. Las tabletas de estrógenos sintéticos y de hormonas esteroideas tienden a formar «dobles» densos, uniformemente distribuidas por la tableta. Las tabletas de ésteres esteroideas, sin embargo, parecen formar el «doble» solamente en las capas exteriores de la tableta, de modo que cuando ésta es disuelta en un disolvente adecuado, sólo queda una cáscara o, en los casos extremos, un saco membranoso.

El descubrimiento de este fenómeno nos sugiere dos consideraciones de importancia práctica. La primera es que parece posible que esta formación estorbe la velocidad de absorción, ya que el depósito de las proteínas en los intersticios de la tableta tiene que crear una barrera, si no total, por lo menos parcial, que impida que los flúidos tisulares se pongan en contacto con el contenido de ésta, disminuyendo el área de la superficie expuesta a la acción disolvente de aquéllos. Se ha investigado este problema comparando las velocidades de absorción de unas tabletas con distintos porcentajes de cuerpos fácilmente solubles,

como la lactosa, con otras tabletas del mismo tamaño de hormona pura. El cuerpo soluble es disuelto poco después de ser implantado, quedando una tableta muy porosa, la cual, si la formación en cuestión no tuviera acción sobre la velocidad de absorción, debería ser absorbida con mayor rapidez que una tableta de hormona pura con poros más pequeños. El caso es que las tabletas con sustancias muy solubles no son absorbidas con mayor rapidez (a veces incluso con mayor lentitud) que las tabletas de hormona pura, lo que indica que estas formaciones disminuyen la velocidad de absorción.

La segunda consideración se refiere al cálculo de las velocidades de absorción que hasta ahora se hacía pesando la tableta seca antes y después de su implantación. Como al pesar por segunda vez va incluido el peso, y como este peso en muchos casos representa una fracción apreciable del peso total de la tableta, los cálculos sobre la velocidad de absorción pueden ser erróneos si no se tiene en cuenta el peso del fantasma. Este error es bastante apreciable en los casos de implantaciones de corta duración o cuando se emplean tabletas con una sustancia soluble, si el depósito de su «oble» formado es de bastante densidad.

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

Accidentes vasculares de los miembros, por el doctor F. Martorell. Salvat Editores, S. A. Segunda edición. Barcelona-Buenos Aires, 1946.

La competencia extraordinaria del doctor Martorell en los problemas de la patología vascular ha sido bien puesta de manifiesto, desde hace años, en sus numerosas publicaciones.

Estas comprenden los más variados temas. Desde la interesante monografía de los «tumores glómicos» hasta el estudio de los «accidentes vasculares de los vasos linfáticos» de los miembros, pasando por la más variada patología de las arterias y de las venas.

De todas estas publicaciones es, quizá, la más completa, por comprender sucesivamente la patología de las arterias, de las venas y de los linfáticos el presente libro de *Accidentes vasculares de los miembros*, del que se ha publicado su segunda edición al año de haber aparecido la primera.

Si ésta tuvo un éxito extraordinario, hay que suponer que la de ahora (aumentada en unas cincuenta páginas) no lo tendrá menor. Ello no es sorprendente, porque el libro tiene, al lado de numerosas enseñanzas teóricas, un carácter práctico de extraordinaria utilidad para la Clínica.

Comienza el autor por advertir que, en contra de lo que frecuentemente se ha escrito, puede lograrse el diagnóstico exacto de los accidentes vasculares de los miembros con los métodos de

exploración corrientes, sin tener que acudir a complicados aparatos de diagnóstico clínico.

En tres partes diferentes divide este libro el doctor Martorell, en las que estudia sucesivamente los accidentes arteriales, los venosos y los linfáticos.

Cada una de estas partes va precedida de un breve capítulo en el que recuerda los datos fundamentales de anatomía y de fisiología que tienen verdadero interés para el diagnóstico y la terapéutica, suprimiendo todo otro detalle.

Después de él, describe aisladamente cada uno de los accidentes que pueden aparecer en las arterias, en las venas y en los linfáticos, sin que falte en cada caso el estudio de la etiología, de la patogenia, de la sintomatología y de la terapéutica médica o quirúrgica.

Insiste en la necesidad de conocer en cada caso el mecanismo patogénico que ha de determinar muchas veces las orientaciones terapéuticas de mayor utilidad.

Protesta de la actitud expectativa en que con frecuencia se coloca el médico ante la mayor parte de estos accidentes, aconsejando, por el contrario, la necesidad de llegar a un diagnóstico rápido y exacto, ya que sólo de ese modo el tratamiento será el más indicado, que a veces tiene carácter de urgente.

Llama especialmente la atención el autor, respecto a este punto concreto, sobre lo que con las

embolias arteriales de las extremidades sucede, ya que plantean el mismo problema de urgencia que una perforación gástrica, puesto que, pasadas doce horas del comienzo del proceso, no pueden ser ya intervenidas quirúrgicamente.

A la parte doctrinal acompaña la exposición de numerosos «casos demostrativos», la mayor parte personales, en los que al lado de la historia clínica resumida publica radiografías, piezas anatómicas y esquemas de gran valor clínico.

En su conjunto, nos parece un acierto haber hecho esta nueva edición, no sólo por lo muy interesante del tema, sino también porque la extraordinaria competencia del autor permite tratar todos los capítulos de un modo magistral.

La edición, muy cuidada, tanto en la parte gráfica como en el texto y en la presentación, que es verdaderamente lujosa.

Dr. A. Crespo Alvarez.

REGISTRO DE SUMARIOS

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR

(22 de febrero de 1947.)

Consideraciones experimentales sobre la acción antibiótica de la estreptomina frente al bacilo coli, por S. Larregla, G. Segura y A. Belmonte.

Posibilidades de la quimioterapia actual en neurología, por J. Izquierdo Rubin.

Seudonefrosis traumática, por A. y E. de la Peña Pineda.

Los modernos insecticidas en Medicina, por I. López Sáiz.

Dermatología profesional de la parafina, por J. Tomé Bona.

DIAGNOSTICS ET TRAITEMENTS

(Lyon, 1945-46. Tomo IV, núm. 13.)

Saidman, Chevallier y Lelong.—Documentación farmacodinámica del práctico.

Indices por materias y especialidades.

Nomenclatura y sinonimia de los principales medicamentos.

LA PRESSE MEDICALE

(París, 16 de febrero de 1946.)

Giraud, Cazal y Maleki.—Clasificación y nomenclatura de las alteraciones osteomédulares difusas.

Laborit y Morand.—Investigación de la actividad de la colinesterasa.

Aron y Herschberg.—Dosificación de la colinesterasa.

Desbordes y Tremeau.—Tuberculina.

(23 de febrero de 1946.)

Santy, Morel y Josserand.—Edemas e infiltrados perifocales de los cánceres.

Fouarge.—Aerosoles en las complicaciones respiratorias en Cirugía.

Lacassie.—Enuresis y sueño.

REVUE MEDICALE FRANÇAISE

(París, octubre de 1946.)

Cougerot.—Granuloma anular.

Degós y Delort.—Colorantes en terapéutica dermatológica.

Touraine.—Nosología y tratamiento de la sífilis.

Lefevre.—Dermatosis parasitarias y enfermedades infecciosas.

Tixier y Lousseau.—Radioterapia de las onixis y perionixis.

ARCHIVES DE MEDECINE SOCIALE

(París, noviembre 1946.)

Tanchon y Mayet.—El Centro hospitalario de tisiología en la organización antituberculosa.

Desfour.—Organización de un Centro de vacunación contra la tuberculosis.

Pruvost y Weil.—Protección maternal e infantil y seguridad social.

LA FRANCE MEDICALE

(París, octubre de 1946.)

Levaditi, Penau, Vaisman y Hageman.—Actividad terapéutica del éster metílico de la penicilina y de la asociación liposoluble de este éster y el bismuto.

Boissiere.—Raquitismo.

(Noviembre de 1946.)

Lacaux y Fabre.—Tratamiento quirúrgico de las anurias.

Montpellier.—Cáncer de hígado en la Francia de ultramar.

Genaud.—Tratamiento de las quemaduras.

LE SCALPEL

(Bruselas, 11 de enero de 1947.)

Van Keerbergen.—Tratamiento de la blenorragia.

SANATORIO PEÑA - CASTILLO

(SANTANDER)

SISTEMA NERVIOSO. - APARATO DIGESTIVO. - NUTRICION
ONCE HECTAREAS DE PARQUE. - VARIAS VILLAS
SECCION ESPECIAL PARA TOXICOMANOS

Director: Dr. MORALES.

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 4.219.)

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: *Una interesante charla con el Dr. Bardají*, por el Dr. Isidro de Magerit. SILVA LITERARIA: *Islas médicas culturales*, por el Dr. J. Megías Velasco. INFORMATORIO PROFESIONAL: *Sección oficial*.

BOLETIN DE LA SEMANA

EL REBOCIÑO

Bien sabe Dios, a quien no pueden ocultarse las intenciones de los hombres, que no me mueve ninguna pasión ni violencia.

Mi edad, ya tan corrida, y mi experiencia, ya tan fatigada, no aconsejan a mi pluma ni tonos ni palabras ni maneras en que se oculte tras el ingenio, más o menos acertado, intención de ofender.

Digo lo que digo, porque a ello me mueve el amor a mi profesión y a sus letras y a cuanto con ellas se relaciona, y me duele en el alma todo lo que contra ellas sea.

En este desventurado asunto de la prensa médica española, a más de ser lógica y natural su defensa en estas columnas, sería contra naturaleza que yo no sintiera el duelo de cuanto ocurre.

Nunca se agota la vía de la calma, del razonamiento y de la búsqueda del amparo de la ley; y así, en la calma y en lo demás confiamos y esperamos.

Quiero, sí, hoy añadir algo de cuentecillo o fábula, más en gracia de entretener al lector que de fortificar cuantas razones hemos venido alegando en números pasados.

Sabes, lector amigo, que es palabra de viejo abolengo castellano ésta del rebociño con que se determina una prenda que fué muy de uso en las mujeres españolas de los siglos pasados. Sabes, lector, que el rebociño era una mantilla o toca corta de que usaban las mujeres para cubrir el bozo.

Siempre fueron las hembras aficionadas a enmascarar o tapar el defecto físico, y ello hay que agradecerse, pues guiábalas la intención de parecer más bellas o, cuando menos, menos desagradables.

Porque la definición castellana de esta prenda del vestir femenino, o más que del vestir, del coquetear, señala su uso para tapar el bigotillo o bozo más o menos vistoso y agradable que pueda darse sobre el labio superior de la hembra, que, sin duda alguna, debía padecer de este signo de virilidad más en los tiempos pasados que en los presentes, en los que una cosmética hábil y económica ha venido a dar en tierra con una industria que debió ser de pingües rendimientos, porque los rebociños se hacían de todo lujo y se vendían a bastantes reales de vellón la pieza.

Con el rebociño disimulaban o tapaban las mujeres españolas y de muchos otros países una verdad que, en moreno o en rubio, las perjudicaba el encanto de su boca y de su sonrisa.

Y ya vamos entrando en materia, porque la moral tiene muchos puntos de contacto con la moda; por ello es así de variada en tantos lugares de la tierra.

Tan variada es la moral como la moda, y, dentro de un mismo continente y aun de una misma nación, y más aún de un mismo pueblo o poblacho o poblachón, las modas y las morales son de gran diferencia.

Ahora digo que, al referirme a las morales, también puedo hacer alusión al rebociño, mantilla o toca corta de moral con que se cubre una verdad que afea.

Y rebociño es el suponer un generoso impulso para favorecer al compañero tapando el bozo de una intención que perjudica y puede acarrear males muy grandes.

No coqueteemos con el rebociño, porque cuando no hay bozo, no hay por qué taparse la boca, mismo se haga ello con prenda tan lujosa que parezca que suma elegancias y valores a quien no los tiene.

* * *

En el último Consejo de Sanidad, celebrado bajo la presidencia del señor ministro de la Gobernación se acordó fiar definitivamente la fecha del día 15 de septiembre próximo para el comienzo de ejercicios en las oposiciones de médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, según adelantamos a nuestros lectores (por hábil información de Isidro de Magerit). También se acordó ampliar el plazo de presentación de instancias, para estas oposiciones, hasta el día 30 de junio, con lo que podrán tomar parte en las mismas los alumnos del último curso de nuestras Facultades de Medicina, que terminen en este año su período de licenciatura.

También podemos informar a nuestros lectores de que el doctor Palanca, como catedrático de Higiene de la Facultad de Madrid, dedicará el resto de las lecciones del presente curso a explicar los temas relacionados con el programa de médicos de A. P. D., tanto en Higiene como en Legislación sanitaria.

DECIO CARLÁN.

TEMAS Y PROBLEMAS SANITARIOS

LA MAÑANA EN SANIDAD

Una interesante charla con el doctor Bardají

por el

Doctor ISIDRO DE MAGERIT

Apenas terminada la reunión de sanitarios, de cuya asistencia da fe la fotografía que ilustra este artículo, y en el despacho del secretario del Patronato Nacional Antituberculoso, doctor Benítez Franco, mantenemos una amena e interesante charla con el presidente de la Segunda Reunión de Sanitarios de Barcelona, el ilustre jefe provincial de Sanidad de aquella capital, doctor don Enrique Bardají López, que, amablemente, y sin el pueril temor de algunos otros jefes sanitarios, a los que agrada tirar la piedra y esconder la mano, ha tenido para nosotros la deferencia de informarnos detalladamente de cuanto pudiera in-

—¿Quiénes forman la Comisión organizadora de esta Reunión, que yo llamaría mejor Congreso, puesto que parece ser ha de abarcar todos los aspectos de un verdadero Congreso científico?

—Acaso esté usted en lo cierto al creer que debería llamarse Congreso y no Reunión; pero es que, aun presumiendo de muy renovadores, nos gusta respetar las consecuencias del hecho consumado, y como a la Primera Reunión de la Sanidad Nacional, celebrada en Madrid, se la llamó así, no hemos considerado oportuno variar el título, que, en fin de cuentas, no influirá ni mucho ni poco en la labor a desarrollar. La presidencia



El Director general de Sanidad, Dr. Palanca, con el Jefe provincial de Sanidad de Barcelona, Dr. Bardají, y algunos de los sanitarios que asistieron a la reunión celebrada para organizar el segundo Congreso de Sanidad Nacional de Barcelona.

teresar al amable lector de EL SIGLO MÉDICO. Y de esta charla vamos a entresacar lo esencial de nuestra información de hoy en la Dirección General de Sanidad.

—¿Qué fines fundamentales tiene esta Asamblea?—hemos preguntado al doctor Bardají.

—Aspiramos a coordinar—nos dice—la experiencia sanitaria, tan vasta como interesante, pero un poco desperdigada de las distintas actividades de carácter oficial que llevamos a cabo, con el propósito de lograr el mejor beneficio social sanitario de nuestra patria; el fomentar el necesario intercambio científico, social, sanitario y personal de los que a la Sanidad hemos dedicado toda nuestra vida y a estudiar y conocer, por informe directo, la evolución ascendente, desde luego, y extraordinariamente perfeccionada que ha experimentado la Sanidad española.

efectiva de la Asamblea se me ha hecho el honor de confiármela, pero he procurado desde el primer momento buscarme inteligentes colaboradores, y así han sido nombrados tres vicepresidentes, que son el director de la Escuela Nacional de Puericultura, doctor don Ciriaco Laguna; el secretario del Patronato Nacional Antituberculoso, en cuyo despacho nos encontramos ahora, doctor Benítez Franco, y el director de la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, doctor Fernández Turégano, y como secretario general, ya ha visto usted que ha actuado en la reunión que acabamos de celebrar, doctor García Luquero.

—¿De cuántas Secciones constará la Asamblea?

—De seis Secciones: Sanidad nacional, Tisiología, Puericultura, Dermatología, Farmacia y Veterinaria, y ya ha visto usted que han intervenido varios compañeros de Sanidad nacional: el

doctor Crespo Alvarez, como director de la Escuela Nacional de Tisiología; el doctor Bosch Marín, como jefe de los Servicios de Higiene Infantil de esta Dirección de Sanidad, lamentando que no haya asistido el doctor Laguna; el doctor Cordero Soroa, como dermatólogo; el inspector general de Farmacia, don Nazario Díaz López, y el jefe de los Servicios de Veterinaria, profesor, licenciado doctor (que ahora no sé cómo se les llama, pero todo menos aquello de ingenieros pecuarios), señor Martí Güell. Cada una de estas Secciones contará, naturalmente, con un presidente y dos secretarios, uno de Madrid y otro de Barcelona.

—¿Y los especialistas que trabajan en Sanidad nacional, tales como oftalmólogos, odontólogos, laringólogos, etc.?

—Estos ilustres compañeros presentarán sus comunicaciones en aquellas Secciones más directamente relacionadas con su especialidad o aportación científica.

—¿Y la propaganda? Ya sabe usted que éste es un capítulo de vital interés para el mejor éxito de la Asamblea.

—Estoy convencido de ello, y, en consecuencia, hemos confiado la interesante labor de propagando al jefe de la Sección correspondiente en la Dirección de Sanidad, el inteligente dermatólogo, ilustre novelista y escritor, si que también amenísimo conversador, don Julio Bravo Sanfeliú, que se propone recabar y contar con el apoyo de la prensa diaria y profesional. Y un día de éstos se reunirá con los más destacados redactores médicos de los diarios para solicitar su apoyo.

—¿Qué fecha ha sido fijada definitivamente para esta Reunión?

—Del día 21 al 26 inclusive del próximo mes de abril.

—¿Se exige algún requisito especial para asistir a esta Reunión?

—Naturalmente. Para ser asambleísta de número es menester ostentar el título de sanitario funcionario de la Dirección General de Sanidad. Podrán ser miembros colaboradores todos los médicos, farmacéuticos y veterinarios de España, y luego se considerarán como asambleístas agregados a uno o dos familiares, sin título sanitario, que deseen acompañar a los de número o colaboradores. Pero también se designarán presidentes y vocales y vocales honoríficos de Sección a relevantes personalidades científicas de Cataluña y se nombrarán asambleístas de honor a las personalidades que ostenten altos cargos sanitarios en otras naciones que concurren a la Asamblea.

—¿Qué cuota han fijado ustedes para los diversos asambleístas?

—La misma para todos: 100 pesetas, terminando el plazo de inscripciones el día 31 de marzo próximo, con lo que podremos desarrollar nuestra labor organizadora sin grandes dificultades.

—¿Y de eso que yo he bautizado con el neologismo de «juergoterapia»?

—También contaremos con sus capítulos correspondientes de «juergoterapia», como usted dice; pero dado el carácter oficial y científico de esta Reunión, no aceptaremos ni invitaciones ni obsequios que no tengan procedencia oficial.

—Eso me parece muy bien—comentamos—. Ya es hora de que en los Congresos no se organicen diversiones, a las que asisten en reducido número los propios congresistas, a costa de laboratorios, fábricas u otras entidades de carácter industrial. El que quiera divertirse, que lo haga por su cuenta y bien vestido, no «de gorra».

—Puede usted decir—añade el doctor Bardají—que para la organización de los viajes, alojamientos, etc., en nuestro deseo de que resulte una organización perfecta, hemos encargado de ello a una entidad técnica muy capacitada para ello: la Agencia de Viajes Marsáns, que pondrá al servicio de los asambleístas su mejor deseo de que queden plenamente satisfechos. Habrá trenes y aviones especiales. Pero hay necesidad de hacer la inscripción con la mayor anticipación posible. Los «queridos compañeros» deben ir abandonando su vieja costumbre de dejarlo todo para última hora, sin perjuicio de quejarse a grito pelado si luego tropiezan con dificultades. Queremos que la Reunión o Asamblea o Congreso, como usted prefiera, resulte lo más brillante posible, pero para ello nos es precisa absolutamente la eficaz colaboración de todos, y muy especialmente la de ustedes, los compañeros «plumíferos».

—Perdóneme usted, mi querido don Enrique. Yo no soy «plumífero». Jamás uso la pluma. Mi instrumento de trabajo es mi inseparable Rémington o también mi inseparable Super-Ikonta, que es como mi notario gráfico, que da fe de todo lo que ve a través de su «cristalino» Zeiss-Ikon. Algunas veces uso el lápiz para exagerar los matices somáticos de mis entrevistados, y hasta hay quien cree que de cuando en cuando empleo el termocauterio para escribir...

Reímos, y don Enrique comenta:

—No me negará usted, mi querido «Magerit», que a veces sus párrafos tienen todo el aspecto del más encarnizado y sangriento «botón de fuego».

—Sí, pero es que a veces veo cosas que no se pueden tratar con un solo botón, aun cuando en ocasiones también a mí me apliquen molestas sesiones de treinta y tres botones, como los que llevan las sotanas...

MADREZAL

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

SILVA LITERARIA

ISLAS MÉDICAS CULTURALES

por el

Doctor J. MEGIAS VELASCO

Patronato Nacional Antituberculoso de Gandía.

La idea que encabeza esta charla con los compañeros es una realidad que a todos nos atañe; a unos, los que viven en las ciudades con menos acuidad, puesto que muchas veces es un recuerdo de sus tiempos principiantes, en el pueblo o en las clases más humildes de esa ciudad (sin que por esto en las mas elevadas no les acontezca también), y a otros, los que se desenvuelven en el medio rural, es de un primer plano enorme, ya que es su subconsciente, y, las más de las veces, la conciencia, la que clama herida por estos problemas. Y al hablar a este segundo grupo de los que vivimos en el medio rural, creo hablar a la inmensa multitud de compañeros, pues nuestra patria es en su mayoría rural, campesina una gran parte, y con ideas de «campo», con ideas de suspicacia, de desconfianza, de recelo, una gran mayoría de esas personas que, al pasar por nuestras consultas o solicitar nuestro consejo, únicamente quieren la aseveración por parte nuestra de su gusto, de su capricho o de su interés o comodidad, el cual tiene una magnífica excusa con lo que el médico «ha dicho».

Y al enfocar así el problema me viene a la imaginación un párrafo de ORTEGA Y GASSET en su *España invertebrada*, que os transcribo, y a que enfoca y aclara de modo prodigioso este tema; dice así: «Haya pueblos que se quedan por siempre en ese estadio elemental de evolución que es la aldea. Podrá ésta contener un enorme vecindario, pero su espíritu será siempre labriego. Pasarán por ella los siglos sin perturbarla ni estremecerla. No participará en las grandes luchas históricas. Entre siembra y recolección o análogas tareas vivirá eternamente prisionera en el ciclo siempre idéntico de su destino vegetativo. Así existen en el Sudán ciudades hasta de 200.000 habitantes—Kano y Bida, por ejemplo—, las cuales arrastran, inmutables, su existencia rural desde cientos y cientos de años.»

Y, claro está, a los médicos se nos plantean todos los problemas de la patria, porque nosotros tratamos a toda la patria, porque no solamente tenemos que tratar las enfermedades, sino, como antes os decía, tenemos que «solucionar» multitud de conflictos que la mayoría de las veces nada atañen a nuestro cometido científico. Pues es una actitud muy corriente en esta época de trastornación de ideas y de valores sociales ir a exponerle al médico unos problemas que son del cometido del confesor; parece ser que la gente opina que, presentándole los problemas al médico como «un

caso», están exentos de la responsabilidad moral que la religión exige por ellos. Y así, el médico se ve agobiado por estas «consultas retruécano», en donde, con los materiales que nos brinda la facultad, hay que interpretar, contestar y resolver problemas tan viejos como el mundo, y para los cuales hay cátedras de Teología dispuestas; y lo curioso del caso es que este fenómeno igual se da en las clases acomodadas y en las altas esferas que en el campesino del último villorrio, siendo más grave esta actitud entre los primeros, pues significa una dejación de deberes de conciencia religiosos, por una actitud cómoda de resolver estos problemas, como una sobremesa de café entre dos amigos, lo cual, como comprenderéis, es grave. Y en los campesinos, que siempre creen saber algo del mundo, el médico como persona de Universidad, y, según ellos, más moderno que el cura, al cual le temen más, ven natural el plantearle estos enigmas psicológicos y morales; ahora bien, lo curioso del caso es que, tanto unos como otros, se creen que esta función de asesoramiento, de consejo, de orientación del médico se paga con los honorarios de las clases altas (cuando los pagan, claro está) o con la célebre «igual» de los pueblos. El médico tiene que resolver; aun a veces aceptan la idea de que es un favor que el médico les hace; pero, ¿a cambio de qué?; pues de nada. Creen que como es una actitud de inteligencia, como el resolver un problema, cuando se logra, únicamente le exige una meditación, un ligero esfuerzo de pensar, esto no vale nada; casi creen que confieren un honor al médico al mostrarle sus cuitas, ¡como si no tuviéramos bastante con las lacras físicas para, además, tener que contemplar las morales! Y, claro está, no están, en modo alguno, dispuestos a resolverle ninguno de los problemas que, tanto en la ciudad como en el campo, se le puedan presentar al médico. Y así, si después de un consejo de éstos, el médico se atreviera a pedirle que le «aconsejara», que le «resolviera», cómo adquirir unos kilogramos de garbanzos, de aceite, etcétera, entonces se ofenden y claman que no hay derecho de que el médico pida tal cosa. Ellos ven muy lógico que el universitario les resuelva su problema; ahora ellos creen que si han tenido que estar cuidando su tierra todo un año para que les dé cosecha, no pueden dejarla ir decentemente, sin estraperlo, y no piensan en los catorce años que el médico más joven ha tenido que estar «cultivando» su inteligencia, su modo de pen-

sar, su educación, para que cristalice en el consejo, en la advertencia. Ya lo decía Don Quijote, hablándole a Sancho, que él, para aplicar un refrán, «suda y me afaño como si cavase», y los refranes son consejos en verso, y para lograrlos, además de las dotes de buen juicio que Dios da a algunos, hay, por lo general, que trabajar, que pensar y que meditar para intentar resolver este mundo, cada vez más complejo y enrevesado.

¿Que nosotros somos intelectuales, universitarios? Muchas gracias. Pero, de seguir así las cosas, de esto no se come; de seguir así las cosas,

esta profesión nuestra, con su altruismo, con su proselitismo, con su afán de enseñanza, camina hacia un abismo, el cual es más trágico cuanto más lo vemos venir. Ya que me parece somos los únicos «intelectuales» a los cuales se les pide un consejo sin temor a tener que «pagar» por él, pues a un abogado nadie le discute los honorarios, y al confesor, como antes os dije, la responsabilidad moral es unos «honorarios» que tampoco quieren pagar, y por eso se vienen hacia nosotros, en la confianza de que el consejo será de «calidad» y la respuesta, a lo sumo, un muchas gracias.

Informatorio profesional

SECCION OFICIAL

DECRETO de 14 de febrero de 1947 por el que se nombra Jefe de Sanidad Militar del Cuerpo de Ejército II y de los Servicios de Sanidad Militar de la Segunda Región Militar al Inspector médico de segunda clase don Antonio Moreno Palacios, cesando en su actual destino.

Vengo en nombrar Jefe de Sanidad Militar del Cuerpo de Ejército II y de los Servicios de Sanidad Militar de la Segunda Región Militar al Inspector médico de segunda clase don Antonio Moreno Palacios, cesando en su actual destino.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en El Pardo a 14 de febrero de 1947.—Francisco Franco.—El Ministro del Ejército, Fidel Dávila Arrondo.

(B. O. del E. de 22-II-1947.)

DECRETO de 14 de febrero de 1947 por el que se nombra Jefe de Sanidad Militar del Cuerpo de Ejército IV y de los Servicios de Sanidad Militar de la Cuarta Región Militar al Inspector médico de segunda clase don Eduardo Sánchez-Vega y Malo, cesando en su actual destino.

Vengo en nombrar Jefe de Sanidad Militar del Cuerpo de Ejército IV y de los Servicios de Sanidad Militar de la Cuarta Región Militar al Inspector médico de segunda clase don Eduardo Sánchez-Vega y Malo, cesando en su actual destino.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en El Pardo a 14 de febrero de 1947.—Francisco Franco.—El Ministro del Ejército, Fidel Dávila Arrondo.

(B. O. del E. de 22-II-1947.)

DECRETO de 14 de febrero de 1947 por el que nombra Jefe de los Servicios de Sanidad Militar del Ejército de Marruecos al Inspector médico de segunda clase don José Cancela Leiro, cesando en su actual destino.

Vengo en nombrar Jefe de los Servicios de Sanidad Militar del Ejército de Marruecos al Inspector médico de segunda clase don José Cancela Leiro, cesando en su actual destino.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en El Pardo a 14 de febrero de 1947.—Francisco Franco.—El Ministro del Ejército, Fidel Dávila Arrondo.

(B. O. del E. de 22-II-1947.)

ORDEN de 1 de febrero de 1947 por la que pasa el Catedrático don Miguel Moraza Ortega de una cátedra a otra en la Universidad de Salamanca.

Ilmo. Sr.: A propuesta de la Facultad correspondiente, y de conformidad con el dictamen emitido por el Consejo Nacional de Educación,

Este Ministerio ha resuelto que el Catedrático de Terapéutica quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, don Miguel Moraza Ortega, pase a ser titular, en la misma Facultad y Universidad, de la segunda cátedra, vacante en la misma, Patología y Clínica quirúrgicas.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 1 de febrero de 1947.—Ibáñez Martín.

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 22-II-1947.)

ORDEN de 8 de febrero de 1947 por la que se dispone que los haberes del Profesorado auxiliar universitario puedan ser acreditados como gratificación.

Ilmo. Sr.: Vistas las consultas formuladas por las Universidades en solicitud de que se aclare si los haberes que se perciben por el Profesorado auxiliar universitario, con cargo a las dotaciones de cátedras vacantes, pueden ser acreditados como gratificación;

Considerando que en el capítulo primero, artículo primero, grupo segundo, concepto primero del vigente presupuesto de gastos de este Departamento se autoriza a disfrutar las dotaciones de las cátedras universitarias, indistintamente, como sueldo o gratificación;

Considerando que el último párrafo del artículo 57 de la Ley de 29 de julio de 1943 dispone que podrá abonarse la remuneración correspondiente al Profesor encargado de curso o de cátedra con

cargo al sueldo de ésta siempre que la misma se encuentre vacante o que su titular no perciba haberes por hallarse en situación de excedencia, y expresamente califica de gratificación a los haberes que en tal caso perciban los encargados de curso o cátedra;

Considerando que concedido por la actual Ley de Presupuestos el poder disfrutar como gratificación las dotaciones de estas cátedras, no hay en el presente momento razón alguna para mantener, en lo que a este Profesorado se refiere, la prevención que el artículo 1.º del Real Decreto de 21 de mayo de 1926 determina, de que nunca podrán percibirse como gratificación los haberes que se reconozcan con cargo a cátedras vacantes, porque este precepto, al estar en oposición con el artículo 57 de la Ley de 29 de julio de 1943, debe considerarse derogado en cuanto al personal universitario, de acuerdo con la primera disposición final de dicha Ley,

Este Ministerio, en uso de las facultades que le confiere la citada Ley, ha tenido a bien resolver que cuando por desempeño de función docente se reconozcan haberes en virtud de Orden ministerial al Profesorado auxiliar universitario con cargo a una cátedra dotada y vacante, podrán ser acreditados tales haberes por el concepto de gratificación.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 8 de febrero de 1947.—*Ibáñez Martín*.
Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 22-II-1947.)

ORDEN de 10 de febrero de 1947 por la que se cambia la dotación de una cátedra a otra en la Universidad de Salamanca.

Ilmo. Sr.: A propuesta de la Facultad correspondiente,

Este Ministerio ha resuelto que la dotación de la cátedra de Terapéutica quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca pase a la de Psiquiatría de la misma Facultad y Universidad, la cual se considerará dotada a todos los efectos.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 10 de febrero de 1947.—*Ibáñez Martín*.
Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 22-II-1947.)

PATRONATO NACIONAL ANTITUBERCULOSO.—Anuncio por el que se convoca oposición para cubrir quince plazas de Médicos ayudantes de este organismo.

En virtud de acuerdo de la Junta Central de este Patronato, y de conformidad con lo dictaminado por el Consejo Nacional de Sanidad, se convoca oposición libre para proveer quince plazas de Médicos ayudantes de Centros de este organismo, dotadas con el sueldo anual de 10.000 pesetas y con sujeción a las siguientes bases:

1.ª Los aspirantes habrán de presentar sus solicitudes, debidamente reintegradas, en el plazo de treinta días hábiles, contados a partir del siguiente a la publicación de esta convocatoria en el *Boletín Oficial del Estado*, en el Registro General de este Patronato, acompañadas de los siguientes documentos:

- a) Certificación del acta de nacimiento, legalizada cuando haya sido expedida fuera de la demarcación de la Audiencia Territorial de Madrid.
- b) Título de doctor o licenciado en Medicina y Cirugía, expedido por Universidad española o, en su defecto, testimonio notarial del mismo o certificado académico de haber abonado los derechos de expedición correspondiente.
- c) Certificación de antecedentes penales.
- d) Certificado de buena conducta.
- e) Certificación de haber cumplido el Servicio Social o de hallarse exenta del mismo, cuando el aspirante pertenezca al sexo femenino.
- f) Declaración jurada de no haber sido expul-



(Aprobado por la Censura Sanitaria)

sado de ningún Cuerpo del Estado, Provincia o Municipio.

g) Recibo de haber satisfecho en la Habilitación de los Servicios Centrales del Patronato Nacional Antituberculoso la cantidad de 100 pesetas en concepto de derechos de examen.

h) Memoria de extensión no superior a diez cuartillas corrientes mecanografiadas donde se exponga la formación profesional del opositor, particularmente en relación con la especialidad fisiológica.

i) Cuantos justificantes de méritos profesionales considere oportuno el solicitante.

2.ª En la adjudicación de las plazas se tendrá en cuenta lo dispuesto en la Ley de 25 de agosto de 1939 y disposiciones complementarias.

3.ª Los ejercicios de la oposición serán dos. El primero consistirá en la contestación oral, por tiempo máximo de una hora, a cuatro temas sacados a la suerte de entre los que figuran en el programa que se inserta a continuación, el cual se entenderá dividido en cuatro partes formadas por los temas 1 al 24, 25 al 39, 40 al 74 y 75 al 104, todos inclusive.

En el segundo ejercicio el opositor realizará el examen de un enfermo con arreglo al siguiente orden: exploración conforme a los métodos clínicos clásicos por tiempo máximo de media hora, consignando por escrito en un plazo de diez minutos los datos recogidos y el juicio de orientación diagnóstica formado, cerrando el escrito en un sobre que será entregado al Tribunal. A continuación examen radioscópico del enfermo, consignando también por escrito, durante otros diez minutos, la ratificación, ampliación o rectificación del juicio formado por el primer examen, entre-

gando el escrito al Tribunal en otro sobre cerrado. Por último, serán facilitados al opositor cuantos datos solicite, y con todos estos elementos a la vista, redactar en el término de una hora el juicio clínico definitivo, haciendo las indicaciones terapéuticas y consideraciones sanitarias y sociales que estime oportuno.

Cada miembro del Tribunal podrá otorgar de cero a diez puntos por opositor y ejercicio, dividiéndose la suma de las puntuaciones así obtenidas por el número de jueces presentes, para fijar la calificación del opositor en cada ejercicio.

Ambos ejercicios serán eliminatorios, considerándose desaprobado quien no obtenga un mínimo de 25 puntos en cada uno.

4.^a La oposición comenzará transcurridos tres meses de la publicación de esta convocatoria, y el Tribunal calificador estará constituido en la siguiente forma:

Presidente, don Manuel Morales Romero Girón; presidente suplente, don Carlos González Bueno; Vocales: don Miguel Solves Aguilar, don Benigno Lorenzo Velázquez, don Antonio Crespo Alvarez y don Ramón García Alonso, que actuará como Secretario. Serán Vocales suplentes, respectivamente, de los anteriores: don Julio Blanco Sánchez, don Manuel Bermejillo Martínez, don José Alix Alix y don Julián Alonso Sañudo.

5.^a Los quince opositores aprobados pasarán a formar parte del escalafón respectivo, ocupando las vacantes que existan en el momento de terminar la oposición, por orden de puntuación obtenida, quedando en expectación de destino los que excedan si el número de vacantes no llegase a quince.

6.^a En todo caso, los destinos a proveer con los Ayudantes que resulten aprobados lo serán exclusivamente en Centros de nueva creación, sin que su ingreso en el escalafón pueda motivar aumento de las plantillas de los Centros hoy en funcionamiento, las cuales no se modificarán, y sin que, por tanto, los aprobados que ya prestasen servicios en algún Centro puedan solicitar quedar destinados en el mismo. Los opositores aprobados deberán, además, diplomarse en la Escuela Nacional de Sanidad en la primera convocatoria.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 6 de febrero de 1947.—El Delegado de Su Excelencia el Ministro de la Gobernación, Presidente, *José A. Palanca*.

PROGRAMA

QUE HA DE REGIR EN LAS OPOSICIONES DE MÉDICOS AYUDANTES DE DISPENSARIOS Y SANATORIOS DEL PATRONATO NACIONAL ANTITUBERCULOSO

- 1.^o Anatomía topográfica del tórax.
- 2.^o Histología broncoalveolar y de la pleura.
- 3.^o Fenómenos mecánicos de los movimientos respiratorios. Regulación de los mismos. Centros y vías respiratorias.
- 4.^o Ventilación pulmonar. cambios gaseosos al nivel del pulmón y en los tejidos.
- 5.^o Correlación funcional del aparato respiratorio con el circulatorio y con otros órganos y aparatos.

6.^o Exploración funcional del aparato respiratorio.

7.^o Estudio del bacilo de Koch. Morfología y coloración. Estructura química del bacilo ácidorresistente. El cultivo de los bacilos tuberculosos. Metabolismo de los mismos. Estructura antigénica.

8.^o Las diferentes clases de bacilos tuberculosos. Caracteres diferenciales. El poder patógeno para el hombre y para los animales de experimentación y su valor para la diferenciación de los mismos.

9.^o Lesiones anatomopatológicas fundamentales de la tuberculosis, en especial en su localización pulmonar.

10. Anatomía patológica de la tuberculosis exudativa.

11. Anatomía patológica de la tuberculosis productiva y cirrótica. Reparación y cicatrización.

12. Anatomía patológica de la tuberculosis en las serosas y los ganglios linfáticos.

13. Síntomas generales de las enfermedades del aparato respiratorio.

14. Síntomas funcionales del aparato respiratorio, disnea, tos, expectoración, dolor torácico, etcétera.

15. Hemoptisis, patogenia y diagnóstico diferencial.

16. Los diversos métodos de exploración clínica en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. Estudio de conjunto y valoración de cada uno de ellos en particular.

17. Valoración de la radioscopia y la radiografía en las enfermedades del aparato respiratorio.

18. Valoración clínica de las técnicas radiológicas especiales. Tomografía, fotorradioscopia, radioquimografía, broncografía.

19. Valoración clínica de los métodos endoscópicos no quirúrgicos en el diagnóstico de los procesos broncopulmonares.

20. Diagnóstico de la tuberculosis por los métodos de laboratorio. Estudio de las técnicas aplicables a los esputos, líquido pleural, pus, orina y líquido céfalorraquídeo. Interpretación de los resultados obtenidos con las mismas.

21. El diagnóstico de la tuberculosis por inoculación en los animales; técnicas, interpretación y resultados. Diagnóstico de la tuberculosis por los métodos de cultivo del bacilo de Koch; técnica y resultados.

22. Diagnóstico de la tuberculosis por los métodos biológicos. Técnica y resultados del método de aglutinación, floculación y fijación del complemento en el diagnóstico de la tuberculosis.

23. Tuberculinodiagnóstico, técnicas y valoración de las mismas.

24. La velocidad de sedimentación de los hematíes. Su fundamento. Diversas técnicas e interpretaciones de sus resultados en relación con la tuberculosis. Técnica del recuento de los hematíes. Dosificación de la hemoglobina. Valor globular. Resistencia globular, etc., y su aplicación en tuberculosis. La fórmula leucocitaria y el recuento de leucocitos. Su técnica. Valor clínico en general.

25. Fuentes y mecanismo del contagio en tu-

berculosis. Periodo de incubación de la tuberculosis.

26. Infección y enfermedad tuberculosa.
27. Papel de la herencia en tuberculosis. Infección placentaria. Tuberculosis congénita.
28. Constitución y tuberculosis.
29. Inmunidad y alergia en tuberculosis. Valoración del estado alérgico en la tuberculosis.
30. Clasificaciones clínicas de la tuberculosis.
31. Primoinfección tuberculosa en la infancia y en el adulto; sus distintas evoluciones.
32. Mecanismo de la evolución ulterior de la tuberculosis.
33. Formas agudas de tuberculosis generalizada.
34. Tuberculosis pulmonar localizada. Formas exudativas.
35. Tuberculosis pulmonar localizada. Formas productivas y cirróticas.
36. Brotes hematógenos. Evolución ápico-caudal de la tuberculosis pulmonar.
37. Estudio de la caverna tuberculosa. Su patogenia. Diagnóstico y su importancia en la tuberculosis pulmonar.
38. Tuberculosis bronquial. Su diagnóstico e importancia en la evolución de la tuberculosis pulmonar crónica.
39. Edad y tuberculosis. Consideraciones sobre sus peculiaridades y desde el punto de vista diagnóstico, pronóstico y epidemiológico.
40. Estudio de las pleuresías tuberculosas exudativas serofibrinosas.
41. Empiema pleural tuberculoso, patogenia y diagnóstico.
42. La tuberculosis peritoneal. Poliserositis.
43. Meningitis tuberculosa.
44. Lesiones tuberculosas del aparato circulatorio. Cardiopatías y tuberculosis.
45. El aparato circulatorio en los tuberculosos. Importancia de su estudio desde el punto de vista pronóstico y en relación con los tratamientos colapsoterápicos.
46. Tuberculosis ósteoarticular.
47. Tuberculosis laríngea.
48. Tuberculosis de la columna vertebral. Influencia de la tuberculosis pulmonar y de los tratamientos quirúrgicos de la misma en la estática y forma. Influencia de la edad y de las distintas técnicas en relación con las deformidades de la columna vertebral.
49. Lesiones tuberculosas del aparato digestivo. Su diagnóstico clínico y su tratamiento.
50. Los síntomas funcionales por parte del aparato digestivo en el curso de la tuberculosis pulmonar.
51. Tuberculosis renal.
52. Otras tuberculosis del aparatorio urinario.
53. Tuberculosis cutáneas.
54. Tuberculosis del sistema linfático.
55. Diabetes y tuberculosis.
56. Sífilis y tuberculosis.
57. Embarazo y tuberculosis.
58. Neumoconiosis; etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. Neumoconiosis y tuberculosis.
59. Catarro habitual descendente. Bronquitis agudas y crónicas.
60. Enfisema pulmonar.

61. Asma bronquial. Asma y tuberculosis.
62. Bronquiectasias.
63. Neumonías. Bronconeumonías.
64. Neumonías atípicas.
65. Infarto y embolias pulmonares. Edema agudo de pulmón.
66. Cáncer de pulmón.
67. Quiste hidatídico de pulmón.
68. Sífilis pulmonar.
69. Las supuraciones pulmonares. Absceso y gangrena.
70. Atelectasia. Sus relaciones con la tuberculosis pulmonar.
71. Micosis y espiroquetosis. Enfermedad quística de los pulmones. Sarcoide de Boeck.
72. Linfogranulomatosis maligna o enferme-



(Aprobado por la Censura Sanitaria,

dad de Hodgkin. Sus localizaciones pulmonares.

73. Acción de los gases tóxicos sobre el aparato respiratorio.
74. Enfermedades infecciosas y tuberculosis. Diagnóstico diferencial.
75. Mecanismo de curación de la tuberculosis.
76. El pronóstico en la tuberculosis pulmonar.
77. Tratamiento higiénicodietético de la tuberculosis. Cura de reposo y cura de trabajo.
78. Tratamiento sintomático de la tuberculosis pulmonar.
79. Tratamiento específico e inespecífico. Tratamiento quimioterápico.
80. Fisiopatología toracomedialística en la colapsoterapia.
81. Neumotórax artificial unilateral. Formas e indicaciones.
82. Complicaciones del neumotórax artificial.
83. Neumotórax artificial unilateral. Tiempo de cura; resultados. Crítica de los métodos que se utilizan para complementar un neumotórax ineficaz.
84. El neumo espontáneo y complicaciones del neumotórax.
85. Neumotórax bilateral y contralateral. Oleotórax y serotórax.
86. Estudio de las adherencias pleurales. Indicaciones y técnicas de la sección de las mismas. Resultados de la sección de adherencias; complicaciones.
87. Parálisis del diafragma. Indicaciones. Contraindicaciones. Accidentes.
88. Neumoperitoneo. Sus indicaciones en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.
89. La aspiración endocavitaria.
90. Neumotórax extrapleurar. Indicaciones; complicaciones y resultados.
91. Estudio y preparación del enfermo para la toracoplastia.
92. Indicaciones y variedades de la toracoplastia. Fundamento de éstas.
93. Curso postoperatorio en las toracoplas-

tias. Complicaciones y su tratamiento. Resultados de las toracoplastias.

94. Las técnicas combinadas en colapsoterapia.

95. Rendimiento de la colapsoterapia quirúrgica en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Deformaciones. Capacidad de trabajo e incorporación a la sociedad.

96. El tratamiento de las diversas formas de la tuberculosis pleural.

97. Epidemiología general de la tuberculosis.

98. Factores sociales y tuberculosis. Alimentación, vivienda, educación, trabajo, salario, etcétera.

99. Profilaxis individual de la tuberculosis.

100. Profilaxis social de la tuberculosis.

101. Organización de la lucha antituberculosa. Bases en que debe asentarse. Estado actual de la lucha antituberculosa en España. El Patronato Nacional Antituberculoso; su organización.

102. Misión del dispensario en la lucha antituberculosa.

103. Clasificación y misión de los diferentes Centros asistenciales en la lucha antituberculosa.

104. El tuberculoso curado ante la sociedad. Capacidad de trabajo. Centros postsanatoriales. Colonias para tuberculosos.

(B. O. del E. de 24-II-1947.)

ORDEN de 20 de febrero de 1947 por la que se declara desierto el concurso voluntario de traslado convocado por la de 14 de enero último entre Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional para proveer una plaza de Médico en la Jefatura Provincial de Sanidad de Barcelona.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente del concurso voluntario de traslado, convocado por Orden de 14 de enero último, entre médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional, en activo servicio o en expectación de destino, para proveer en turno de provisión ordinaria, según previene la Orden de 20 de febrero de 1941 una plaza de médico en la Jefatura Provincial de Sanidad de Barcelona, así como las resultas que pudieran derivarse en el mismo turno de provisión;

Resultando que durante el plazo fijado en la convocatoria han acudido a la misma don Justo Covaleda Ortega y don Luis Puig Peña;

Resultando que don Justo Covaleda Ortega se halla en situación de excedencia voluntaria que le fué concedida por Orden de 10 de mayo de 1944, sin haber solicitado su reingreso al servicio activo;

Resultando que el otro concursante, don Luis Puig Peña, sólo solicita la Jefatura Provincial de Sanidad de Jaén, caso de producirse en resultas;

Vistas la Orden de convocatoria, las solicitudes formuladas por los concursantes;

Considerando que por no reunir las condiciones previstas en la convocatoria el aspirante señor Covaleda, que únicamente solicita la plaza objeto del concurso, y que por no ajustarse a los términos

de la misma la petición del señor Puig Peña, procede sea declarado desierto el concurso;

Considerando que en la tramitación del presente expediente se han cumplido todos los requisitos legales prevenidos,

Este Ministerio, de conformidad con lo propuesto por esa Dirección General, ha tenido a bien resolver el presente expediente declarando desierto el concurso de que se trata.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 20 de febrero de 1947.—P. D., *Pedro F. Valladares*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 24-II-1947.)

ORDEN de 20 de febrero de 1947 por la que se declara desierto el concurso de traslado para proveer las Forensías de entrada que se relacionan, y ordenando su provisión.

Ilmo. Sr.: Habiendo resultado desierto el concurso anunciado para proveer, por traslación, las plazas de Médicos forenses, de categoría de entrada, vacantes en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de San Vicente de la Barquera, Chantada, Granadilla, Los Llanes, Albarracín, La Estrada, Fuentecaldelas, Villadiego y Fonsagrada.

Este Ministerio, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Decreto de 17 de junio de 1933, modificado por el de 7 de enero de 1936, acuerda que se proceda a su provisión en la forma prevenida en la disposición de que queda hecho mérito, previo el anuncio correspondiente.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 20 de febrero de 1947.—P. D., *I. de Arcenegui*.

Ilmo. Sr. Director general de Justicia.

(B. O. del E. de 25-II-1947.)

DIRECCIÓN GENERAL DE BENEFICENCIA Y OBRAS SOCIALES.—Convocando a los opositores a la plaza de Médico oftalmólogo numerario del Instituto Oftálmico Nacional para la práctica del primer ejercicio.

El Tribunal calificador que ha de juzgar las oposiciones a una plaza de Médico oftalmólogo numerario del Instituto Oftálmico Nacional, convoca a los señores opositores el próximo día 27, a las doce y treinta horas, en el salón de juntas del citado Instituto, para la práctica del primer ejercicio de dicha oposición.

Madrid, 21 de febrero de 1947.—El Director general, *Manuel Martínez de Tena*.

(B. O. del E. de 25-II-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 Zaloña. Oviedo. - Comercial Farmacéutica Castellana. Burgos. - Cooperativa Farmacéutica Gallega. Coruña. Cooperativa Farmacéutica Leonesa. León. - Durán, S. en C. Madrid. - Sociedad Anónima Farmacéutica Aragonesa. Zaragoza. - Honorio Riesgo. Madrid. - Matarredona Hermanos. Albacete. - Farmacia Oyarzábal. Beasaín (Guipúzcoa). - Unión Farmacéutica Levantina, S. A. Valencia. - Juan Martín. Madrid. - Y PRINCIPALES FARMACIAS DE MADRID Y PROVINCIAS

(Aprobado por lo Censura Sanitaria núm. 4.808.)

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