

891



EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TÉCNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MÉDICAS

Fundada en 1 de enero de 1854

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

«Boletín de Medicina» (1834-1854) - «Gaceta Médica» (1844-1854)

«Genio Médico-Quirúrgico» - «La Correspondencia Médica» (1865)

«Revista de Sanidad Civil» - «Revista Clínica de Madrid»



1854 * AÑO NOVENTA Y TRES * 1947

Oficinas de Redacción y Administración:

MADRID, CALLE DE LOPEZ DE HOYOS, 11 - TELEFONO 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 15 de marzo de 1947

NÚMERO 4.743





Ap. C. S. n.º 107

Cinco productos elaborados con materias primas de calidad y pureza debidamente controladas.

Han merecido siempre la más favorable acogida de la clase médica mundial.

AGAROL
VEGANIN
CAL-BIS-MA
ANUSOL
JARABE RAMI

Indicado en todas las formas de estreñimiento, cualquiera que sea su naturaleza.
 Analgésico potente y seguro contra toda clase de dolores nerviosos y musculares.
 Para el tratamiento de la hiperclorhidria y en los casos de úlcera gástrica o duodenal.
 Supositorios anti-hemorroidales. Aplicables en todas las afecciones proctológicas.
 Contra la Tos ferina, inflamaciones de la laringe y afecciones respiratorias agudas o crónicas.

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



EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE CIENCIAS MEDICAS

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

Programa científico:

PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—COLABORACIONES: *Concepto morfológico del mieloblasto y su identificación en la sangre de la leucemia mieloide aguda*, por el Dr. F. Mas y Magro. *Otorrinolaringología de urgencia*, por el doctor A. Juderías. DIVULGACIONES NACIONALES: *El tratamiento de la sífilis en los hospitales militares del siglo XVIII*, por el Dr. Sebastián Montserrat. *Academia Médico-Quirúrgica Española. Sociedad Oftalmológica de Madrid*. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *La actualidad médica en los Estados Unidos*, por el Dr. Rober M. Barton. *Un maestro de la medicina psicológica: Pierre Janet*, por René Sudre. BIBLIOGRAFÍA. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

INSTITUTO DE CITOLOGIA EXPERIMENTAL Y HEMATOLOGIA

Director: F. Más y Magro.

Concepto morfológico del mieloblasto y su identificación en la sangre de la leucemia mieloide aguda

por el

Doctor F. MAS Y MAGRO

El diagnóstico de las leucemias agudas, más que problema clínico, es hematológico, de discriminación de las células linfoides, que no depende, en una mayoría de casos, de sus caracteres morfológicos y estructurales, sino de las técnicas utilizadas en la investigación. Fué éste el criterio profesado por nosotros cuando, en 1932, por la Société Française d'Hématologie, de París, se nos invitó a que expresáramos nuestros puntos de vista en la cuestión, entonces en pleno debate, acerca de la nomenclatura de las células de la sangre normal y patológica. Nuestra contestación, expuesta en una extensa nota, fué presentada en 1934, en la que, entre otras cosas, consideramos al mieloblasto no como célula hematopoyética progenitora, ya que realmente no se puede identificar en el hígado y la medula ósea del feto del hombre y los mamíferos, ni en la medula ósea postfetal (MÁS Y MAGRO), sino como célula patológica a manera del poliblasto derivado del linfocito. En aquella nota proponíamos la conservación del término de mieloblasto—en fin de cuentas, un promielocito patológico más o menos atípico—. En nuestra conferencia en el VIII Congreso de Alta Cultura Médica, de Argel, en 1937, confirmamos nuestro concepto del mieloblasto en el sentido de promielocito patológico, y expusimos, además, análogo criterio para el linfoblasto,

también inexistente en la linfopoyesis normal, según el cual este corpúsculo representa una modalidad patológica del linfocito de los folículos linfoides, realizando la demostración en numerosas proyecciones de dibujos en colores. No podemos aseverar si nuestro concepto ha sido aceptado o no por las escuelas de Hematología, ya que es muy difícil desarraigar una terminología que es tan expresiva para los hematólogos clínicos; lo cierto es que aquellos términos han sido frecuentemente sustituidos por los de blastos, *cellules souches*, *Stammzellen*, *primitive cells* y otros (1).

Antes de entrar de lleno en la cuestión del mieloblasto o promielocito patológico, o célula de leucemia, como lo venimos designando desde hace ya bastantes años, queremos hacer una corta referencia a propósito de otro corpúsculo hematopoyético hipotético: el linfocito de Pappenheim, o hemocitoblasto de Ferrata, que *por sí* constituye una variedad de la leucemia aguda, la leucemia indiferente (PAPPENHEIM) o hemocitoblástica (FERRATA), ciertamente inexistente, como el mismo mieloblasto. El corpúsculo citado no es otra cosa que el linfocito de Maximow de la embriogénesis sanguínea del área opaca y del saco viteli-

(1) ROHR, en 1940, no concede individualidad hematológica al hemocitoblasto ni al hemohistioblasto, confirmando nuestras observaciones.

no del embrión. Ante el fracaso de nuestra búsqueda de tales corpúsculos en la medula ósea normal y patológica del hombre y los mamíferos, decidimos explorar los territorios de la hematopoyesis embrionaria, concretamente en los islotes sanguíneos de Wolff y Pander y los vasos primitivos en el embrión del pollo de veinte a cuarenta horas de incubación. Fué en 1926 cuando publicamos el primer trabajo concerniente a la histogénesis embrionaria de la sangre, en el que exponíamos nuestras observaciones, según las cuales en la sangre de la primera hematopoyesis sólo existen dos corpúsculos diferentes: los megaloblastos, que son los predominantes, y los macrófagos fagocíticos, en número escaso. Estas observaciones fueron confirmadas por LANDAUER y THYGPEN, de Pensilvania, en 1929, los cuales en el embrión del pollo sólo encontraron megaloblastos normales y degenerados y unos corpúsculos semejantes a los descritos por nosotros con el nombre de macrófagos fagocíticos—*they closely resemble the macrophages described by MÁS Y MAGRO*—. Ahora bien: si el linfocito de Pappenheim (hemocitoblasto de Ferrata, linfocito de Maximow) es realmente una morfología hematopoyética universal susceptible de transformarse en los más variados corpúsculos sanguíneos, como propugnan los autores citados y, en general, los unitarios, no debería faltar en la hematopoyesis embrionaria, como, ciertamente, está ausente, conforme han demostrado las observaciones nuestras, constatadas por LANDAUER y THYGPEN y otros. En 1937 pudimos demostrar la no existencia de la leucemia hemocitoblástica, y, por tanto, la inexistencia del hemocitoblasto. En casos de duda, el test de las peroxidasas, según nuestro método, resuelve la discriminación de las células sanguíneas hemocitoblásticas: si contienen granulaciones de peroxidasas, son mieloblastos; de lo contrario, se les debe asignar el concepto de linfocitos patológicos o de leucemia (MÁS Y MAGRO).

Resuelto el problema del hemocitoblasto, en el sentido de su inexistencia, aceptando el criterio de NAEGELI para el monoblasto, según el cual es un paramieloblasto o, según nosotros, un promielocito patológico, equivalente al mieloblasto, queda circunscrita la cuestión de la discriminación de las células linfoides de la leucemia aguda al mieloblasto o célula linfoide con granulaciones de peroxidasas y el linfocito patológico o célula sin granulaciones de peroxidasas. Para más detalles de la cuestión remitimos al lector a las numerosas publicaciones sobre el tema de la hematopoyesis—más de veinte—que, entre los años 1926 y 1937, hemos dado a luz, y a nuestros libros *La Hematología aplicada a la Clínica* (1941) y *La fórmula leucocitaria en las enfermedades infecciosas* (1945), y de un modo particular *Morfología y fisiología del sistema hematopoyético*, de próxima publicación.

El estudio de la hematopoyesis, si se quiere hacer una discriminación objetiva de los estadios iniciales de la genealogía de sus células, requiere la utilización de una metodología histológica bien conducida que ponga en evidencia no sólo las estructuras, que en veces se exhiben con caracteres contingentes, sino que revele de un modo selectivo los variados substratos microquímicos de aquéllas. Las controversias, a veces apasionadas, y siempre irreductibles, se hacen precisamente con criterios fundados en los hechos contingentes de morfología y estructura celular; sirvan de ejemplo las teorías unitarias, dualística y trilateral, que controlan los variados conceptos de las escuelas hematológicas acerca de las primitivas células de las genealogías hematopoyéticas. Desde PAPPENHEIM hasta el momento presente todas se apoyan en los aspectos citológicos de los métodos panópticos, como la coloración por la solución de Giemsa. Nosotros, influenciados más de la cuenta por la escuela de PAPPENHEIM, a quien nos unió una estrecha y cordial amistad, que perduró hasta su muerte, acaecida en agosto de 1914, ya iniciada la guerra europea, fuimos arrastrados durante algún tiempo por el unitarismo del llorado sabio; pero, a partir de 1926, pudimos situarnos en el terreno positivo de los hechos, y desde entonces hemos podido reforzar nuestra posición, contraria a las teorías hematológicas antes citadas. Por la metodología histológica, ya que la Hematología es una ciencia morfológica, pudimos orientar nuestras observaciones hematopoyéticas, singularmente en los vertebrados superiores, y, más concretamente, en los mamíferos. Para el estudio de la hematopoyesis postfetal hemos utilizado con mucha frecuencia animales teñidos, *intra vitam*, por el azul de pirrol, los que, una vez muertos por intoxicación clorofórmica, nos suministran el material histológico en cortes finos o en extensiones que se tiñen por nuestro método de las peroxidasas y coloración de contraste por el Giemsa, cuando se trata de medula ósea o solamente por el Giemsa cuando se trata de ganglios linfáticos, hígado y bazo. La finalidad de estas técnicas asociadas es determinar las fases selectamente primordiales de las genealogías citológicas de los citados órganos hematopoyéticos. El teñido vital proporciona almacenamientos citoplasmáticos del género granulopéxico, que se perciben bien en las células del retículo y en las del sincicio endotelial que tapiza los senos y los sinusoides; en las primeras morfologías de la liberación celular, concretamente en las llamadas por nosotros células polimorfos, en sus variedades reticular y endotelial, persiste un cierto almacenamiento colorante granulopéxico, desde luego bastante disminuido, que desaparece totalmente en los promielocitos, los proeritroblastos, los promegacarioblastos y los prolinfocitos, corpúsculos todos ellos bien definidos, sin antecedentes celulares de h-

Documentación gráfica
del artículo

**CONCEPTO MORFOLOGICO DEL
MIELOBLASTO Y SU IDENTIFICA-
CION EN LA SANGRE DE LA LEUCE-
MIA MIELOIDE AGUDA**

por el
Doctor F. MAS Y MAGRO

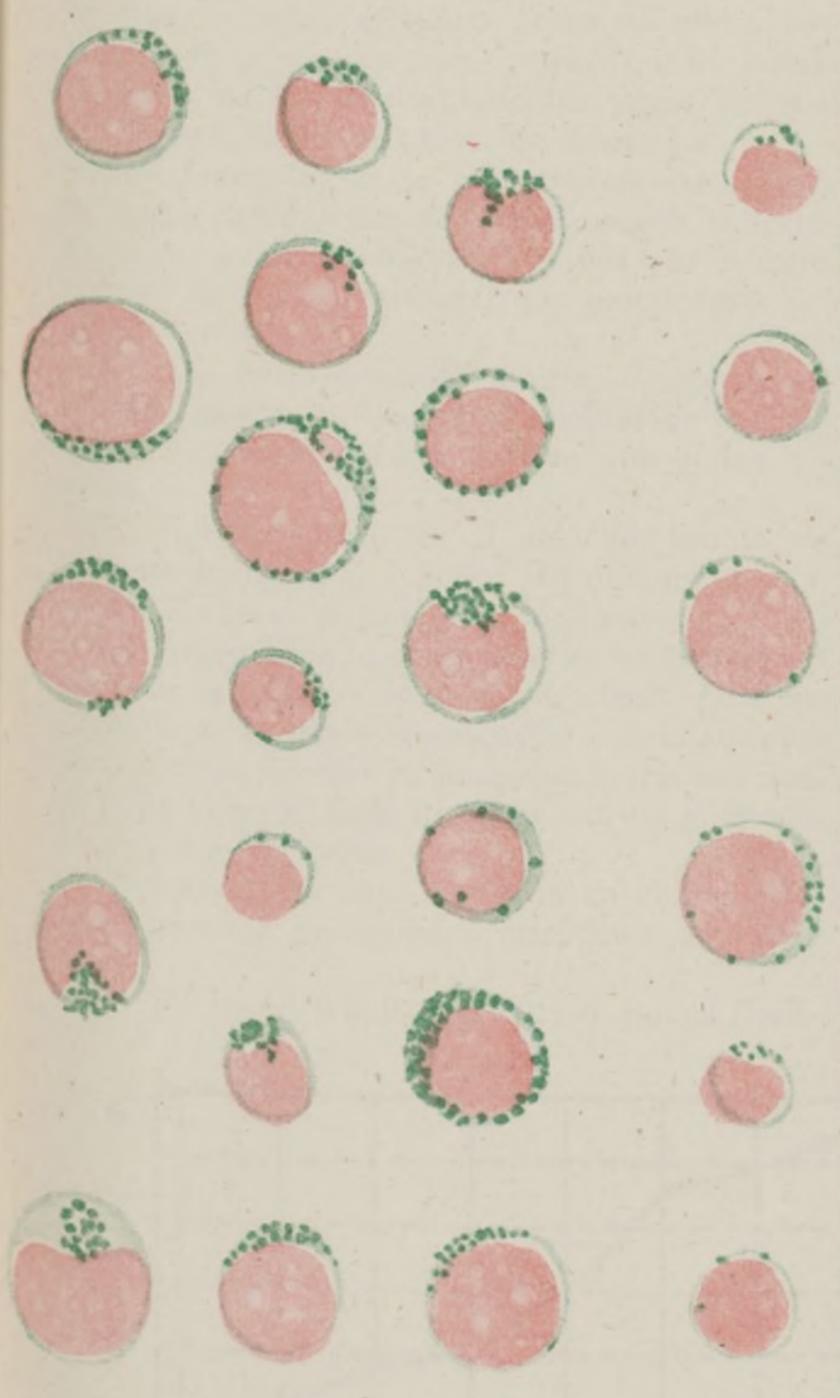
LAMINA I

Mielosis aguda. Extensión de sangre. Colo-
ración por nuestro método de la bencidina-
clumbre de hierro; teñido de contraste por
el azul de toluidina. Mieloblastos muy atí-
picos. 1 mm. = 1 μ , aproximadamente.



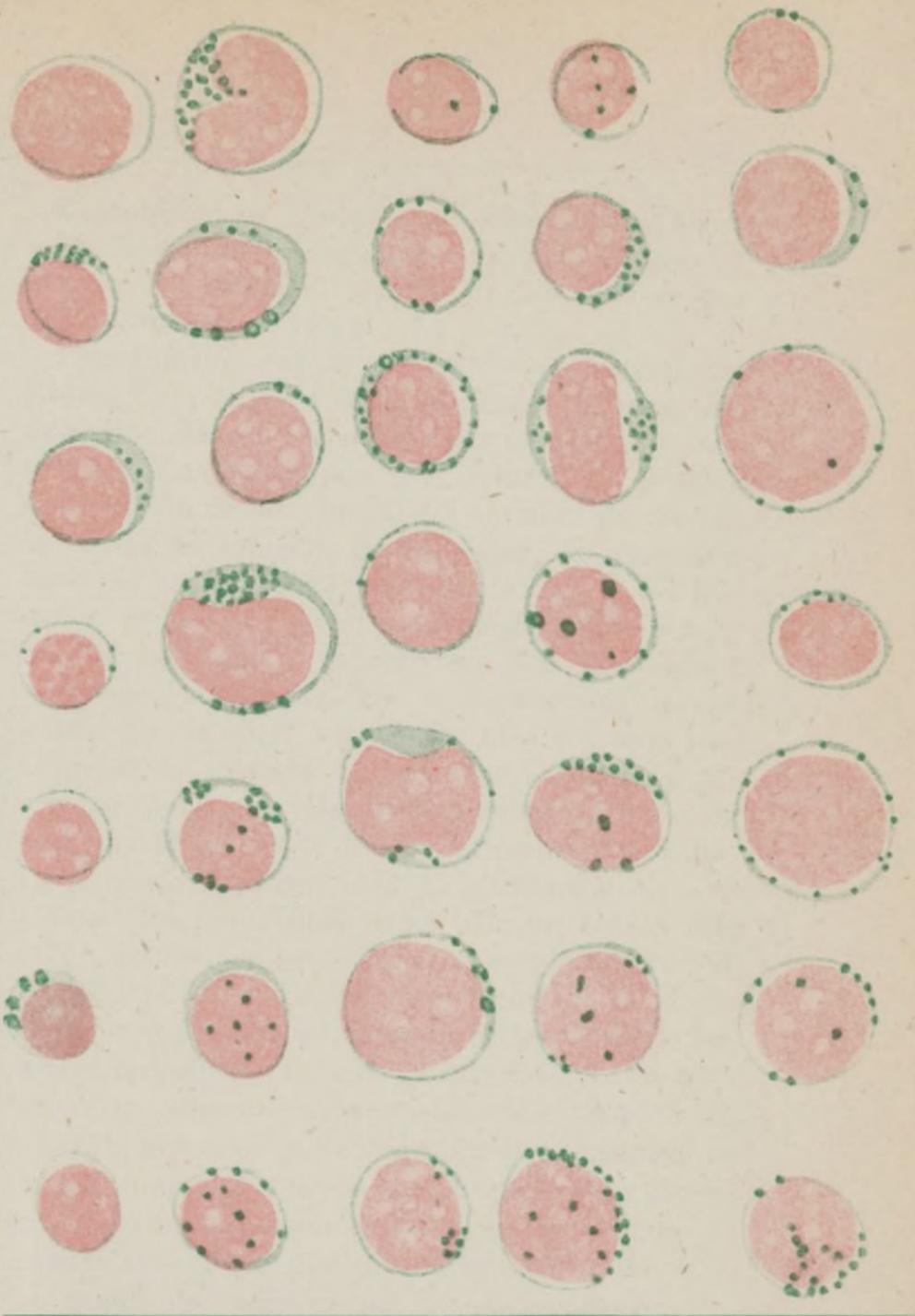
LAMINA II

Mielosis aguda. Extensión de sangre. Colo-
ración, como en la lámina I.
1 mm. = 1 μ , aproximadamente.



LAMINA III

Mielosis aguda. Extensión de sangre. Mielo-
blastos atípicos. Coloración, como antes.
1 mm. = 1 μ , aproximadamente.



AYUNTAMIENTO DE MADRID

inocitoblasto o de mieloblasto y linfoblasto. El problema del diagnóstico de la leucemia aguda queda, pues, reducido a la discriminación del mieloblasto, principalmente en sus formas atípicas, porque las típicas, sea con granulaciones azurófilas, o sea con cuerpos de Auer, son fácilmente reconocibles por la aplicación del Giemsa o cualquiera técnica panóptica derivada del método de Romanowsky.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es de recomendar el empleo de las extensiones de sangre, con preferencia a las obtenidas por biopsia de la médula ósea, puesto que la discriminación de las células linfoides puede hacerse satisfactoriamente en todos los casos. La investigación hematológica se realizará en extensiones de sangre teñidas por el Giemsa, según la técnica usual, y en extensiones tratadas por nuestro método de las peroxidasas, que practicamos del modo siguiente:

1.º Las extensiones de sangre, desecadas espontáneamente, se fijan en la solución de bencidina de Fiessinger y Laur durante uno o dos minutos.

2.º Lavado rápido en la solución acuosa de alumbre de hierro al 0,16 por 100 durante dos minutos. Sin lavar se procede a lo siguiente.

3.º Arrastrar la solución anterior mediante unas gotas de la solución de bencidina citada. Una vez hecho esto, se cubre la extensión con la solución de bencidina. Duración, unos dos a seis minutos. Si se prolonga el baño de bencidina no se produce perjuicio del teñido.

4.º Lavado en agua destilada en chorro fino, para arrastrar precipitados cristalinos de bencidina.

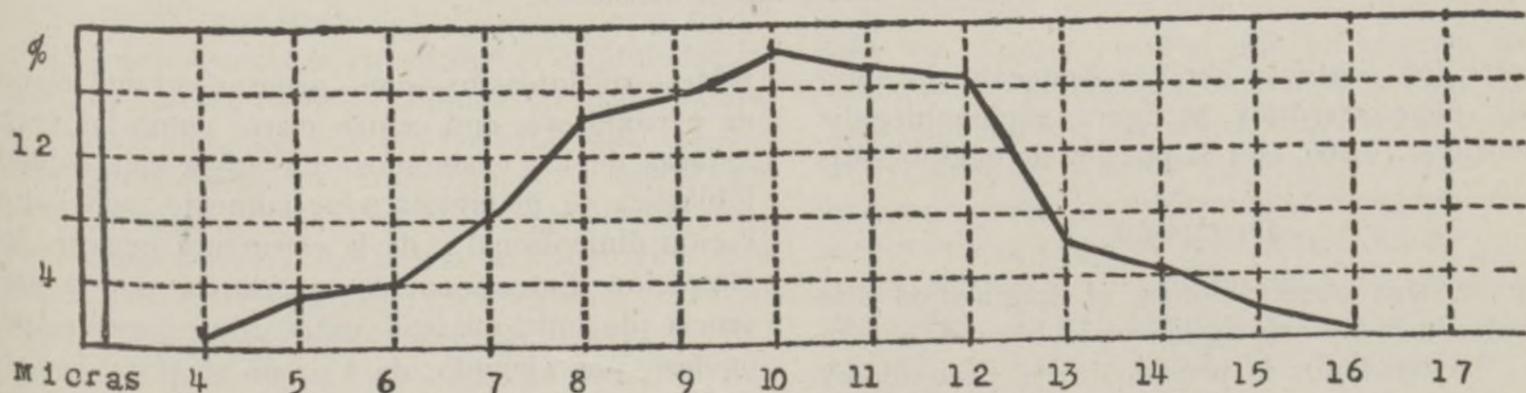
5.º Sin secar, teñido de contraste por el Giem-

La solución de bencidina de Fiessinger y Laur se hace del modo siguiente: bencidina pura de Merck, 0,5 gramos; alcohol de 75°, 100 c. c.; agua oxigenada a 12 vol., 0,2 c. c.

Esta solución requiere el empleo de alcohol purísimo. Para asegurarse de su pureza, se hace una extensión de control de sangre normal y se somete al tratamiento por esta técnica; si, después de la acción de la solución del alumbre de hierro, al añadir la solución de bencidina, la extensión toma un color azul (1) al cabo de uno o dos minutos, es que el alcohol es impuro y, por lo mismo, no utilizable en la reacción. Las extensiones previamente tratadas por el alumbre de hierro deben dar un color amarillento más o menos tostado con la solución de bencidina, aunque su acción se prolongue más de diez minutos. Antes de proceder al teñido de la sangre supuesta leucémica se controla la actividad de la solución de bencidina: los neutrófilos deben dar un teñido masivo e intenso de peroxidasas en verde oscuro; si es débil puede ser debido a defectos de la citada solución o pobreza en alumbre de hierro de la solución mordiente. En este último caso, basta añadir a la solución unos cristales de alumbre de hierro; entonces si la solución de bencidina es buena, los neutrófilos se manifiestan como en estallido, con dispersión concéntrica del teñido de peroxidasas. Si la solución de bencidina tiñe mal, no queda otro recurso que hacerla de nuevo.

INVESTIGACIONES

Observación I.—Mujer de veintiocho años de edad. Leucemia mieloblástica aguda. Muerte. Lámina 1. Leucograma de células linfoides (gráfica 1); desde luego, todas las células linfoides son mieloblastos fuertemente atípicos.



Gráfica 1.—Leucograma de mieloblastos.

sa o por la solución acuosa de azul de toluidina al 2 por 100. Esta solución debe dar un teñido violáceo o púrpura claro a los núcleos, dejando casi incoloro el citoplasma, que sólo muestra una tenue coloración azul, sobre la que descansan las granulaciones de peroxidasas en color verde intenso. Lavado rápido en agua ordinaria. Desecación en papel filtro.

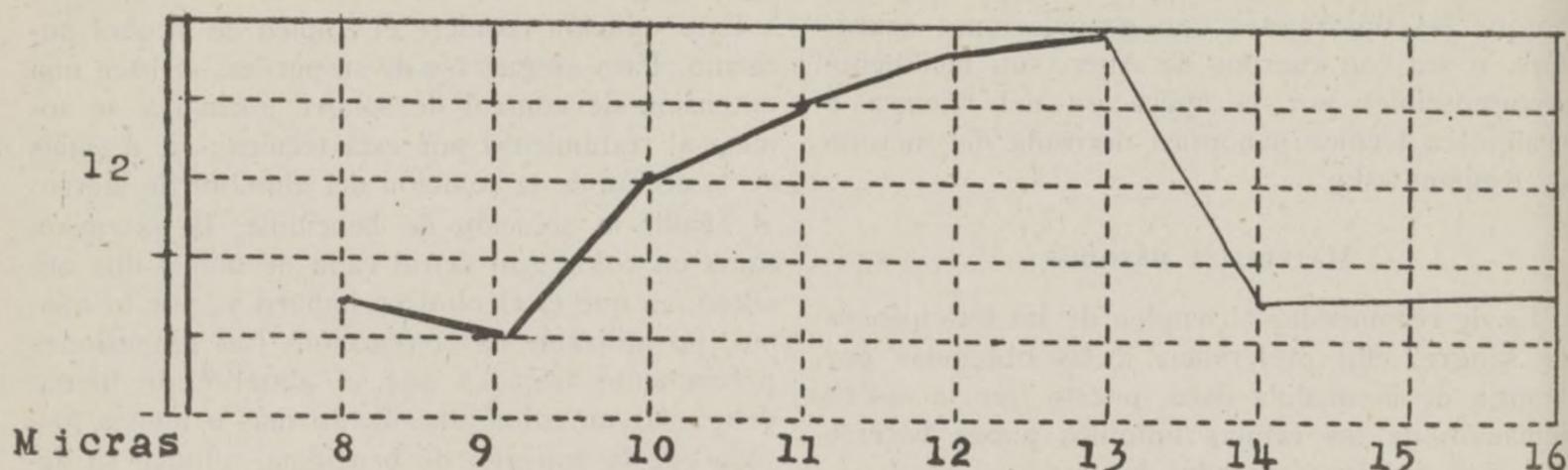
La enferma presentó una primera fase de abscesos múltiples, supurativos. Leucocitos, 18.400; mieloblastos, 89 por 100.

Observación II.—Hombre de dieciséis años de edad. Leucemia aguda mieloblástica. Muerte. Lá-

(1) Las extensiones de sangre de mielosis crónica con más de 80.000 leucocitos dan color azul.

mina 2. Leucograma de células linfoides (gráfica 2); éstas son mieloblastos, también atípicos, pero menos que los de la observación I.

entre la anisoleucosis—término empleado primero por nosotros y en fecha posterior por DI GUGLIELMO—de mieloblastos y su atipia morfológica y es-

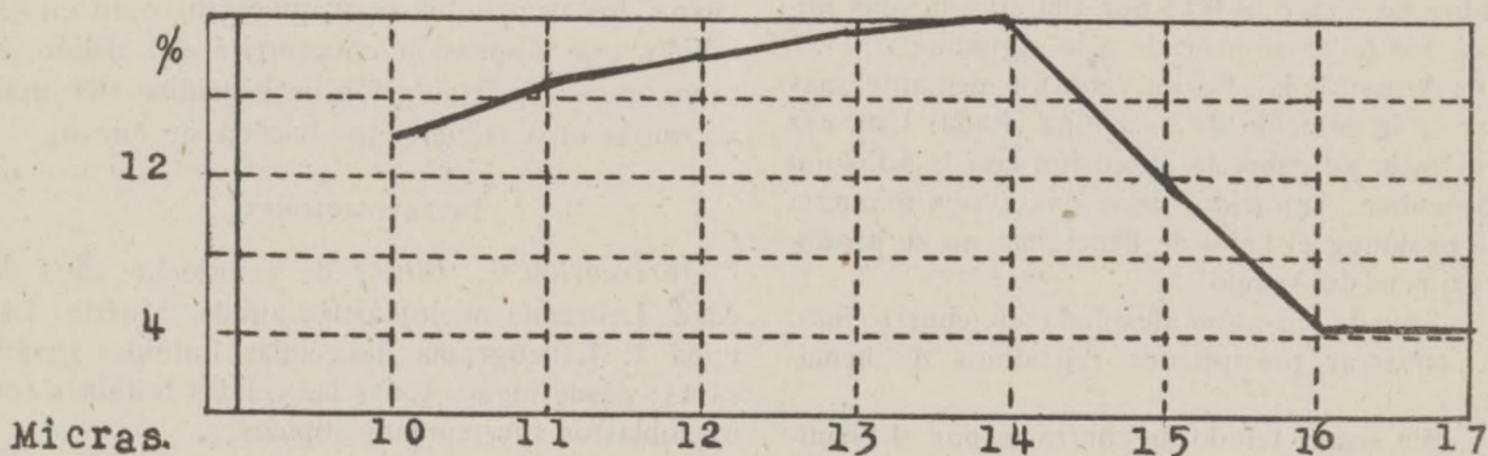


Gráfica 2.—Leucograma de mieloblastos.

El enfermo, muy pálido, presentaba moderada esplenomegalia y 38 y 39°. Leucocitos, 14.300, con 73 por 100 de mieloblastos.

Observación III.—Hombre de veintinueve años de edad. Leucemia mieloblástica aguda. Muerte. Lámina 3. Leucograma de células linfoides, que son mieloblastos (gráfica 3).

tructural. En la gráfica 1, la anisoleucosis se extiende entre corpúsculos mieloblásticos de 4 y 16 μ ; en la gráfica 2, entre 8 y 16 μ , y en la gráfica 3, entre 10 y 17 μ . Las causas de la atipia celular, según nuestras observaciones, dependen de una defectuosa hematopoyesis del promielocito. En la lámina 3 aparecen dibujadas algunas células lin-



Gráfica 3.—Leucograma de mieloblastos.

Entre los síntomas clínicos destacaba la amigdalitis úlcernecrótica y ligera esplenomegalia. Leucocitos, 16.700, con 82 por 100 de mieloblastos.

DISCUSIÓN

En las tres observaciones, el diagnóstico diferencial con la linfosis aguda pudo hacerse con relativa facilidad por la prueba de las peroxidadas, que fué positiva en la mayoría de los corpúsculos linfoides. La coloración por el Giemsa solamente permitió reconocer el carácter linfoide de las células patológicas, que, por lo demás, no presentaban granulaciones azurófilas, y la estructura nuclear fué siempre laxa sin nucleolos o, en su lugar, espacios claros, como vacuolas, en número variable y de distinto tamaño. Solamente el test de las peroxidadas permitió su identificación de una manera segura. Existe cierta relación

foides—mieloblastos—con gruesas granulaciones de peroxidadas, con centro claro, como las peroxidadas de los eosinófilos. La atipia celular mieloblástica se manifiesta especialmente como alteración dimensional y de la estructura nuclear. La alteración dimensional se exterioriza por la presencia de mieloblastos extraordinariamente pequeños, por ejemplo, de 4 μ ; no se trata de verdaderas picnosis del núcleo, ya que éste no se muestra condensado, sino de una sencilla reducción de sus dimensiones; de consiguiente, no se trata de mieloblastos picnóticos, sino enanos. En la linfosis aguda mortal, especialmente cuando sobreviene como episodio terminal agudo de una linfosis crónica, se presenta en la sangre cierto número de linfocitos, mayor o menor, según los casos, cuyas dimensiones oscilan entre 3,8 y 6 μ , en contraste con otras células linfoides de gran

RESUMEN

tamaño y de estructura que se ha venido llamando hemocitoblástica. Aquellas células pequeñas son morfologías en picnosis, esto es, linfocitos de leucemia linfática crónica que han experimentado un proceso de picnosis fuera de los centros de la linfogénesis, probablemente en la misma sangre. Estos corpúsculos picnóticos fueron considerados por nosotros, en 1937, como restos de linfocitos, picnóticos y contraídos, en veces con alguna granulación azurófila, de la linfocis crónica.

En las tres observaciones anteriores, la atipia del mieloblasto ha alcanzado extremos tales, que la coloración por el Giemsa o por otra técnica similar nunca podría resolver su discriminación, a mayor abundamiento cuando en estas condiciones faltan completamente las granulaciones azurófilas o los cuerpos de Auer y los nucleolos no se dejan impregnar, y, en el mejor de los casos, aparecen como vacuolas incoloras, a veces en número considerable. La estructura nuclear, por lo demás, es siempre laxa. No queremos entrar en la descripción detallada de las morfologías linfoides de las láminas, ya que, sin la presencia de las granulaciones de peroxidadas, no pueden ser utilizadas para la identificación celular. Por tanto, es el test de las peroxidadas el que permite obtener una perfecta discriminación de los corpúsculos linfoides de las leucemias agudas.

Se profesa el concepto, según el cual el mieloblasto no constituye un corpúsculo de la hematopoyesis normal, sino un promielocito patológico, y, por lo mismo, con reacción positiva al test de las peroxidadas. En la leucemia mieloide aguda puede presentar, en determinado número de casos, la morfología clásica descrita por SCHRIDDE y NAEGELI, con o sin cuerpos de Auer; existen, no obstante, numerosos casos, en los que tales corpúsculos exhiben una atipia tal, que su discriminación es imposible por el empleo de las técnicas patológicas, como la coloración por el Giemsa, y entonces precisa recurrir al test de las peroxidadas, cuya positividad permite la identificación del mieloblasto frente al linfoblasto. Se expone una técnica personal de la reacción de las peroxidadas.

BIBLIOGRAFIA

- MÁS Y MAGRO.—Société Française d'Hématologie. París, 1934.
 MÁS Y MAGRO.—VIII Congrès de Haute Culture Médicale. Argel, 1937.
 MÁS Y MAGRO.—*Archiv. de Cardiol. y Hematol.*, 5. 1924.
 MÁS Y MAGRO.—Conferencia en la Facultad de Medicina de Valencia, 1935.
 MÁS Y MAGRO.—«Hematología aplicada a la Clínica». Madrid, 1941. Ed. Morata.
 MÁS Y MAGRO.—*Rev. Clín. Esp.*, 1940.
 MÁS Y MAGRO (hijo).—*Medicina Latina*, 1936.
 MÁS Y MAGRO (hijo).—Compt. rend. de la Société Française d'Hématologie. «Le sang.», 1936.

OTORRINOLARINGOLOGÍA DE URGENCIA (TRAQUEOTOMIA)

por el

Doctor A. JUDERIAS

Uno de los accidentes más espectaculares de la Cirugía de urgencia lo constituye el capítulo de la abertura quirúrgica de la tráquea. Se trata, como todos sabemos, de una intervención que no admite espera en sus determinaciones, ya que exige un diagnóstico precoz y un obrar rapidísimo, siendo, en consecuencia, la Cirugía de las grandes responsabilidades, al realizarse generalmente en situaciones angustiosas, tanto más dramáticas si nos detenemos a pensar que unos segundos de vacilación por nuestra parte pueden costar la vida al enfermo sometido a nuestros cuidados.

Este problema adquiere un mayor relieve en el medio rural, donde el médico práctico se ve forzado a trabajar frecuentemente desprovisto de toda ayuda y elementos necesarios—material adecuado, iluminación, instrumental, auxiliares con un mínimo de preparación, etc.—, teniendo que resolver, en la mayoría de los casos, con su ingenio y espíritu de improvisación, las dificultades que *a fortiori* han de crearle un ambiente quirúrgico tan

poco adecuado. Ello nos mueve a escribir este trabajo, en el que, guiados por un espíritu fundamentalmente práctico, subrayemos, ya sea de manera esquemática, las indicaciones, tiempos de la intervención y material quirúrgico mínimo, pretendiendo crear «una situación clínica» que nos permita recordar lo que se debe hacer, cómo y con qué puede llevarse a cabo, sin evocar a distancia aquella bibliografía de tipo exhibicionista que puede fácilmente consultarse en cualquier tratado de la especialidad.

Conocidas son por todos, y por eso no nos permitimos citarlas, aquellas indicaciones necesarias para realizar la intervención, ya que, en realidad, pueden resumirse en una sola: nos referimos concretamente a la asfixia en todos aquellos casos de obstrucción del conducto laríngeo o porción superior de la tráquea. Lo fundamental es restablecer rápidamente la ventilación pulmonar interrumpida, fraguando para ello una nueva vía de aire, supletoria de la normal, con cualquier instrumento

cortante: bisturí, punta de navaja, tijera, etc. Lógico es pensar que dicha abertura deberá practicarse por debajo del obstáculo, ya que sería obvio señalar la inutilidad de la intervención cuando el motivo de la asfixia radique por debajo de la parte accesible de la tráquea—cuerpo extraño bronquial, fimia pulmonar, etc.

Tres razones de carácter anatómico señalan y condicionan perfectamente el lugar de elección de la traqueotomía:

a) El hecho de ser la tráquea fácilmente accesible desde el borde inferior del cartílago cricoides hasta la horquilla esternal, ya que siendo muy superficial a nivel de sus dos primeros cartílagos, se va hundiendo en profundidad a medida que desciende hacia el tórax.

b) La inexistencia práctica de troncos vasculares y nerviosos de importancia a nivel de la línea media del cuello.

c) No olvidar nunca que a ese nivel sólo hay que evitar a toda costa el lesionar dos órganos: por arriba, la laringe, por los trastornos fonatorios y estenóticos secundarios que pudiera llevar aparejada la colocación de la cánula a su nivel y, por abajo, el cuerpo tiroides, ya que su sección llevaría aneja una hemorragia que frenaría la intervención.

Fundados, pues, en estas observaciones, podemos hablar de dos clases de traqueotomía: una alta, la practicada entre el borde inferior del cartílago cricoides y el borde superior del istmo del cuerpo tiroides, y otra inferior realizada por debajo de dicho istmo. De propio intento no mencionamos la mal llamada traqueotomía intercricotiroidea, ya que en realidad es una laringotomía que, si bien de fácil realización, totalmente inadmisibles por una de las tres razones anteriormente expuestas.

Recientemente, JACKSON ha descrito una técnica, la más adecuada para casos de urgencia, que califica como «traqueotomía rápida», y cuya técnica está fundada en un esquema que se conoce con el nombre de «Triángulo de la traqueotomía de Jackson»; la base está representada por el borde inferior del cartílago cricoides; los lados marcan el borde anterior de los esternocleidomastoideos, limitando, por consiguiente, dos zonas: una llamada de seguridad y otra zona peligrosa. En estas condiciones, él practica la incisión en la línea media, llegando de un solo corte hasta los anillos traqueales, con lo cual secciona inevitablemente el istmo del tiroides, que se acompaña naturalmente de la correspondiente hemorragia, lo que imposibilitará el seguir *de visu* la marcha de la intervención. Este inconveniente dice subsanarlo el citado autor guiándose exclusivamente del dedo índice de la mano izquierda, que introduce en la profundidad de la herida operatoria.

En cuanto a la obligada entrada de sangre, al ser incindida la tráquea en tales condiciones, no

creemos quede resuelta, a pesar de cuanto dice dicho autor americano, con la colocación del enfermo en un decúbito adecuado. Preferible será el practicar, siempre que las circunstancias lo permitan, la ligadura *in situ* de los vasos, proceder común en Cirugía hemostática, la que ha de permitir trabajar más cómoda y elegantemente a campo limpio.

Así, pues, y a la vista de tales inconvenientes, el citado esquema de seguridad bien pudiera ser sustituido, geoméricamente hablando, por un trapecio cuya base mayor fuera el borde inferior del cartílago cricoides, la base menor el istmo del tiroides, y cuyo lados fuesen los mismos que señala JACKSON, pero acortados en su longitud por el límite inferior que nosotros señalamos.

Naturalmente que siguiendo este esquema se está obligado a realizar una traqueotomía alta, pero justamente es ésta la que por su sencillez e inocuidad está al alcance de cualquier práctico, por poco hábito quirúrgico que posea.

Como nos estamos refiriendo a una intervención de urgencia, generalmente es practicada sin anestesia, ya que el estado de anoxemia en que se encuentra el enfermo lo transforma en un sujeto prácticamente insensible al dolor. No obstante, si el caso no fuese de extrema gravedad, debe recurrirse a la infiltración local con unos centímetros cúbicos de una solución de novocaína adrenalizada, que al mismo tiempo que produce una perfecta anestesia isquemiza la región, lo que permite trabajar sobre una zona limpia de sangre.

Respecto al material quirúrgico a emplear, no podemos olvidar que en el medio rural ha de realizarse muchas veces con lo primero que encontremos a mano, es decir, con lo que pudiéramos llamar «instrumental de fortuna», y que puede reducirse, en esquema, a unas pinzas de forcipresión, un bisturí y unas tijeras, ya que la citada pinza nos serviría, aparte su función específica, como sonda, como espátula y como dilatador traqueal e incluso como separadores si es que careciésemos de ellos. La cánula pudiera también sustituirse por un tubo de goma, cuyas paredes tuviesen el suficiente espesor para no dejarse deprimir por los tejidos y cuyo calibre sería proporcional al tamaño de la tráquea, ya que deberá pasar siempre a frote curo, para evitar el enfisema posterior. Este tubo de goma deberá enmangarse en un alambre curvado en ángulo recto para facilitar y dirigir su entrada en la tráquea.

El proceder operatorio es sencillo. No obstante, y como en cualquier otra intervención quirúrgica, existen diferentes técnicas, cada una de las cuales representa, para su autor, el ideal de la misma. Recordamos el conocido procedimiento de DIGBI, el de WILLIAM KENE, el practicado por AMUSSAT con el asa galvánica, la llamada «traqueotomía tranquila», de THONSON, la subcutánea, de GUERIN, la practicada en seco con el termo, etc., etc. No

nos interesa, en este momento, el comentar las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, ya que lo único interesante y fundamental es el saber abrir rápidamente un agujero para que pase el aire.

Localizar el cartilago cricoides, poniendo tensa la piel de la región precricoidea, para evitar desplazamientos, ya que los dos primeros anillos de la tráquea se encuentran inmediatamente por debajo de su borde inferior. La palpación se efectuará con la mano izquierda, sosteniendo el cartilago entre el pulgar aplicado sobre la mitad derecha, el dedo medio y los otros sobre la mitad izquierda y el índice en el borde inferior del cartilago. ¡Esta mano no se moverá, pase lo que pase, hasta que la tráquea esté abierta! Por debajo del índice izquierdo practicamos una incisión hasta un través de dedo por encima de la horquilla esternal, y una vez descubierta la prominencia cricoidea podemos seguir con toda tranquilidad los tiempos de la intervención, ya que ante una complicación de tipo respiratorio bastará un corte sobre la membrana situada por encima del cartilago para abrir una nueva vía de paso. Reclinado el istmo tiroideo, que puede rechazarse con una gasa, aparecen con su blancura característica los primeros anillos de la tráquea; sobre ellos haremos penetrar verticalmente y con firmeza nuestro bisturí, ya que la pared traqueal presenta siempre cierta resistencia, y haciéndolo descender cortamos uno o dos anillos, deslizamos entonces cuidadosamente nuestro índice izquierdo, que habrá seguido quieto sujetando el cricoides, hasta la hendidura traqueal, y sobre él introduci-

mos rápidamente la cánula, que cuando está «colocada en su sitio», el aire pasa con un ruido inconfundible.

Pero acaso el tiempo más difícil de una operación es la colocación de la cánula. Una precipitación será suficiente para fraguar una vía falsa. Si empleamos el tubo de goma deberá enmangarse, como ya dijimos, en un alambre curvado en ángulo recto que facilite y dirija su entrada en la tráquea. Favorecemos esta maniobra abriendo transversalmente unas pinzas de Pean, previamente introducidas en la herida traqueal.

Finalmente, la ligadura de los vasos que sangran—aunque el mejor medio de hemostasia es la rápida introducción de la cánula, ya que, aparte ciertas sorpresas anatómicas, siempre nos encontraremos frente a hemorragias venosas, que cesan fácilmente al desaparecer la disnea y el éxtasis—y la sutura de piel, ya que los músculos prelaríngeos fueron separados y no seccionados, y una vez cesada la fuerza de tracción que los mantenía rechazados, espontáneamente vuelven a su posición por el propio tono muscular, dará por terminada la intervención.

Una compresa interpuesta entre cánula y piel protegerá a esta última de los exudados procedentes de la tráquea, aislamiento que será más eficaz si superponemos a la compresa una lámina de hule. Un medio bien caldeado y suficientemente, condiciones que debe reunir la habitación en que haya de permanecer el enfermo durante los días que siguen a la intervención, nos pondrá a cubierto de cualquier complicación broncopulmonar.

Divulgaciones nacionales

El tratamiento de la sífilis en los hospitales militares del siglo XVIII

por el

Doctor SEBASTIAN MONTSERRAT

Teniente coronel de Sanidad Militar.

Cuando a fines del siglo xv comenzó a hablarse de la sífilis como una nueva entidad nosológica, planteáronse a los médicos dos problemas, a cual más interesante: ¿cómo podía evitarse el contagio?, ¿cuál era el tratamiento apropiado de esta enfermedad, tan nueva y nunca vista, que escapaba a todos los recursos de la ciencia y del arte hasta entonces conocidos?

Pronto se dieron cuenta de que la enfermedad se transmitía, preferentemente por los contactos sexuales, aunque muchos se resistían a aceptar este origen para salvar el honor de los eclesiásticos y otra gente de Iglesia que la padecía; ave-

riguado esto, y siendo los ejércitos de la época no precisamente modelo de buenas costumbres, pues el propio LONDOÑO se ve obligado a admitir las ocho mujeres barraganas del Tercio para evitar mayores males ante los estragos que la lúes producía, se vieron obligados los generales a tomar severas medidas preventivas, de las que se encuentran huellas en ANDRÉS DE LEÓN, MORADELL, GALLO, etc.

Como medios profilácticos, empleábanse entonces localmente varios cocimientos astringentes, medicamentos secantes, los preparados de plomo, el bolo arménico, el jabón, la cal, etc., etc., y

hasta se destrozaban palomas o ranas vivas para aplicar los cuartos, aún humeantes, sobre el prepucio, porque se les atribuía la virtud de «chupar» el virus y sacarle así del cuerpo. De estos medios profilácticos hablan ya TORRELLA, ALMENARA y CATANEO, pero no debían resultar muy eficaces o, por lo menos, habrían de emplearse muy poco, por cuanto ANDRÉS DE LEÓN, hablando de la expedición a Portugal del ejército que mandaba el duque de Alba, en el que el morbo gálico produjo crueles estragos, dice: «Así, certifico que este descuido (de la higiene) en la jornada de Portugal, siendo general el duque de Alba, donde yo iba por médico y cirujano el año 1579 al 80, y estando el ejército en la villa y pueblo de Setúbal, se cortaron al pie de 5.000 miembros entre todos los de la facultad e yo la mayor parte, por cuyo aviso me dió el duque la visita de mujeres de cada ocho días, y mandó echar bando que la que no tuviese cédula de visita las desbalijasen y diesen doscientos azotes y fuesen desterradas del ejército, y que ninguna pudiese ganar más de ocho maravedís, y, por la misericordia de Dios, se abajó con estos remedios. Todo esto nació por el gran descuido de la limpieza y el que tuvieron los médicos y cirujanos en las curas que se les ofrecían.» (*Práctica de morbo gálico*, 1605.)

¿Cómo se trataba entonces la sífilis? Desde fines del siglo xv hasta la aparición del salvarsán, apenas ha quedado una substancia en la materia médica que no se haya empleado contra la lúes, unas veces atribuyéndole mayor o menor eficacia específica, otras preconizando o negando sus virtudes, pero siempre dando lugar a grandes polémicas y enconadas luchas entre los partidarios de uno u otro medicamento.

En el siglo xvi, y aun en los siguientes, se ven emplear para el tratamiento del morbo gálico los medios más estrafalarios: AQUILANO alaba mucho el vino de víboras; CATANEO, el jugo de estos mismos animales; BENEDICTO hace mención de un cocimiento de culebras y de anguilas; MATHIOLO habla de un caldo de culebras, cangrejos, ranas, corazones de ciervo y otras materas animales; y aun en pleno siglo xviii, el clérigo español G. FLORES (*Específico nuevamente descubierto en el reino de Guatemala para la curación del cancro*, Madrid, 1782) cuenta varias curas hechas en América con lagartos, remedio que TREVISAN (*Giornale per servirse alla storia ragionata della medicina di questo secolo*, tomos II y III, Venecia, 1782) ensayó luego en Italia, aunque sin éxito; y hasta el propio ASTRUC (Discurso I: «De natura et curatione morborum venereorum inter sinas») habla del vino de sapos con que los chinos curaban la sífilis más inveterada.

Al principio, cuando se consideraba que la sífilis era una enfermedad humoral, que tenía su asiento en el hígado, los médicos, tanto para

mejorar la sangre como para eliminar del cuerpo la «flema maligna» que se iba formando en el curso de aquélla, echaban mano de sangrías, purgantes, diaforéticos y cántares, porque el exantema y los dolores era lo que más llamaba su atención, y tópicamente aplicaban unguentos anodinos, fomentaciones emolientes, secantes, bolo arménico, etc., es decir, lo mismo que ya empleaban los cirujanos del medievo para tratar las úlceras genitales, que no escaseaban en aquellos lejanos días.

Pronto, sin embargo, se dieron cuenta de la ineficacia de estos recursos, y, recordando entonces que en la Edad Media se habían empleado por árabes y cristianos, al parecer con buen éxito, las fricciones mercuriales en multitud de exantemas crónicos, incluida la sarna, tan frecuente en aquella edad, pensaron por analogía aplicarlas contra la sífilis; pero las manejaron tan desatentadamente y con tal imprudencia, que, en vista de sus efectos desastrosos, no tardaron en alzarse muchas voces pidiendo que este medio fuera destruido de la práctica. Ante esta actitud, los médicos científicos abandonaron en su mayoría el tratamiento de la sífilis, enfermedad que tales sabores les ocasionaba, y dejaron el campo a los barberos y charlatanes, que pudieron así obrar a su antojo, y ya puede suponerse lo que sucedería con aquellas bárbaras curas mercuriales y diaforéticas que tan bien describe ULRICO DE HUTTEN, y que, con frecuencia, eran, sencillamente, curas a vida o muerte.

Entre los pocos médicos que siguieron tratando la sífilis figuran en un plano muy destacado los españoles. ALMENARA fué el primero que enseñó a usar regladamente las fricciones mercuriales, de las que se ocupó con alguna mayor exactitud; pero sólo unos años después, BOLOGNINO, cuyo método sirvió de fundamento a las demás curas hidrargíricas que posteriormente se fueron utilizando; pero todas ellas se aplicaban de tan bárbara manera, que nuestro DÍAZ DE ISLA (*Tratado contra las bubas*, Salamanca, 1527) refiere que cuando apareció la sífilis morían en todas las ciudades de España, entre cien habitantes, diez, pues desgraciado del que caía en las manos de los curanderos y barberos «especialistas»; si escapaba con vida, no solía hacerlo sin una enfermedad mercurial.

En 1508 se dió el primer golpe al tratamiento mercurial; un clérigo español llamado DELGADO (*Del modo d'adoperare il legno santo: overa del modo che si guariscà il mal francioso e ogni mali incurabile*, Venecia, 1529) trajo de América a España el guayaco oficial, recomendándolo calurosamente para curar la sífilis, porque había experimentado en sí mismo las notables virtudes de esta planta. Al principio se dió poco crédito a sus palabras, y aun los médicos y boticarios se bur-

laron de él; pero, a pesar de lo caro que resultaba el nuevo medicamento, pues una onza costaba doce piezas de oro, fué propagándose su uso en España, de donde pasó a Italia en 1517, y desde allí a Francia y Alemania; la cura empezaba con un purgante, y durante toda ella no se permitía al enfermo salir de casa; por la mañana, a las cinco, y por la noche, a las ocho, se tomaba media libra del cocimiento, que se preparaba macerando una libra de guayaco en ocho libras de agua por espacio de veinticuatro horas a fuego lento; luego se hacía hervir el líquido lentamente durante seis horas, hasta quedar reducido a la mitad; al residuo solían añadirse seis onzas de miel. El paciente debía tomarse esta pócima en cuatro días, y la totalidad del tratamiento duraba treinta; después de la primera toma diaria tenía que quedarse cinco horas en la cama, arropándose bien para sudar; luego podía levantarse, pero debía acostarse de nuevo así que entraba la noche; el quinceavo día había de tomar un nuevo purgante y otro al finalizar la cura. Tópicamente no se empleaba más que la espuma que hacía el guayaco en la maceración, a la que se atribuían virtudes secantes y astringentes, o un unguento de manteca fresca, aceite de rosas, alcanfor y albayalde. Acompañando todo ello con una dieta cuidadosamente estudiada. El guayaco fué luego reemplazado por la raíz del *smilax china*, del que hicieron mucho uso VESALIO y AMATO LUSITANO, y más tarde por el *smilax zarzaparrilla*, que tanto apreciaron MASSA y FALOPIO.

El guayaco alcanzó en breve gran nombradía, y NICOLÁS POLL (*De cura morbi gallici per ligurum guajacatum libellus*, Venecia, 1517) refiere que con este tratamiento curaron radicalmente más de tres mil españoles.

Desde que empezó, pues, la sífilis hasta pasados los diez primeros años del siglo XVI, no se conoció más que un método curativo general, que fué el evacuante, que al principio consistía en sangrías, purgantes y sustancias purificadoras de la sangre, sustituyéndolas luego con el mercurio, y, por último, con los diaforéticos y diuréticos. Hasta los siglos XVII y XVIII no se tuvo al mercurio como específico contra la lúe venerea, por cuya razón se dió el nombre de *específico* al método mercurial, reservando el de *evacuante* sólo para los que tenían por objeto aumentar la secreción de la piel, de los riñones y del conducto intestinal.

El dominio del método evacuante, uno de cuyos mayores enemigos fué PARACELSO, no duró más que unos sesenta años, volviéndose al mercurio hacia fines del siglo XVI, en cuya época comenzó otra vez a emplearse en unguentos y fumigaciones y al interior, particularmente en forma de las célebres píldoras de Barbarroja, preparadas con azogue vivo y trementina, que el famoso

almirante turco dícese que aprendió de un médico judío, enviando su receta al rey de Francia, que padecía también de gálico, y, al parecer, curó con ellas. A mediados del siglo XVII se hizo más frecuente el uso del mercurio, habiéndose introducido entonces los calomelanos y otros preparados; pero durante toda esta época los médicos fueron vacilando entre los dos tratamientos, específico y evacuante, hasta que fué adoptado decididamente el primero por la generalidad de los facultativos.

La Ordenanza de hospitales de 1739, piedra angular del servicio sanitario en nuestro ejército, se ocupa ya con detención del tratamiento de los gálicos; y así vemos que en su tratado I, ap. XV, dice a la letra: «cada vez que el médico y cirujano mayor de acuerdo le avisen (al contralor) del tiempo en que tienen por conveniente poner algún número de enfermos en el remedio mayor de unguentos o panacea (trat. mercurial por ingesta), tomará exacta relación de los que sean, para llevar con claridad y distinción la cuenta y razón de los que entraron, murieron o salieron totalmente curados, por los fines para que pueda convenir la certidumbre de esta noticia, y hará que se disponga la cuadra que sea más a propósito, si no la hubiese señalada en el hospital, con las camas, ropas y utensilios que sean menester, destinando los empleados y sirvientes que para el caso se necesiten, con todo lo demás que fuere preciso, vigilando si se les asiste con la especie de alimentos que se le hubiere considerado y conduzca a la mejor asistencia de ellos para asegurar el mayor acierto».

Y en el apartado XLIV vuelve a insistir sobre este punto diciendo, al hablar de las obligaciones del médico: «siempre que fuere preciso poner algunos enfermos en el remedio mayor de unguentos, ya sean de los que estuvieren a su cargo o de los heridos que le proponga y consulte el cirujano mayor, debe dar parte al contralor para que, de acuerdo y con tiempo, se elija la «cuadra» en el hospital donde no la hubiere señalada, y disponga las camas, ropas y utensilios necesarios, empleados y sirvientes que correspondan, con todo lo demás que conduzca al mejor acierto de esta curación, avisándole de todo cuanto ocurra para que intervenga y remedie lo que se ofrezca»; y en el apartado LXIV, al tratar de las obligaciones del cirujano mayor, dice: «En caso que considere preciso el remedio de unguentos o panacea para alguno de los heridos o enfermos que están a su cargo, no lo podrá disponer sin que primero avise al médico para que, reconociendo los que lo necesiten, resuelva el tiempo y forma en que deba ser, y prepare «cuadra» y todo lo demás que sea menester para el efecto y mayor acierto de este particular.»

Tal importancia se concedía a este tratamiento,

que años más tarde, en 1761, el Protomedicato, constituido entonces por don MANUEL DE LA RAGA, don MUZIO ZONA y don ANDRÉS PIQUER, publicó un curioso e interesante Reglamento en el que se exponen con todo detalle las normas a seguir en los hospitales militares o en los que existieran enfermos de los reales ejércitos.

Había que empezar por elegir dos salas «libres de correspondencias dañosas, pero que puedan ventilarse»; una de ellas servía para preparar los enfermos y para retirar en ella a los que el unguento dañaba en demasía; en la otra se practicaban las unciones. La sala para las unturas no debía ser demasiado espaciosa ni muy angosta, ni tampoco el número de pacientes muy crecido, a fin de que el profesor pudiera atender mejor a cada uno en las visitas de mañana y tarde, «porque siempre la diversidad de naturalezas ofrece particular atenciones que obligan a variar el método o, a lo menos, a corregirle en ciertos puntos».

El médico había de cuidar de la admisión de los enfermos; para ello debía pasar una visita general a los propuestos acompañado del cirujano mayor y con asistencia de los ayudantes y practicantes, a fin de examinar detenidamente a cada paciente, reconociendo con la mayor atención el estado, naturaleza y la edad de todos ellos, poniendo gran cuidado en las complicaciones que se observaran y averiguando «si habían tomado ya el específico alguna vez y cómo se lo administraron, si han echado sangre por la boca o si están atacados del pecho o con indicios de alguna afección escorbútica, a fin de no exponer a los enfermos a consecuencias peligrosas o a desacreditar el remedio, porque no debe atenderse precisamente a que sean galicados los sujetos, sino también si están en estado de soportar el específico».

No debían admitirse en absoluto a las unciones los muy viejos, los muy extenuados o endebles y los de enfermedades crónicas «que tengan daño en alguna entraña». La estación más a propósito para emplear este tratamiento era: en los países fríos, desde la mitad de abril a la de junio; en los cálidos, desde la mitad de marzo hasta la de mayo.

A cada enfermo se le entregaba una camisa y unos calzoncillos de lienzo ordinario «que les cojan desde la cintura a los pies, a la húngara, abiertos de la rodilla abaxo y cogido por ambos lados con cintas de hilo»; la ropa de cama era la corriente en los hospitales.

Una vez equipados los enfermos, el cirujano mayor empezaba «la preparación» en la siguiente forma:

Los tres primeros días se administraban al paciente, mañana y tarde, unas ocho onzas de la tisana emoliente «más eficaz de la botica».

El cuarto día se le sangraba del brazo, propor-

cionando la cantidad de sangre extraída a la edad y la constitución del sujeto; en los débiles se podía suspender esta sangría.

El quinto día se le purgaba con un catártico, eligiendo de éstos el más apropiado a la edad y la constitución del enfermo.

El sexto día, descanso.

El séptimo día comenzaban los baños; los más robustos tomaban dos al día; los flojos o débiles, uno solo; generalmente, los enfermos se distribuían en dos tandas; la primera entraba en el baño a las cinco de la mañana y a las tres de la tarde; la otra mitad a las seis y a las cuatro, respectivamente; el agua del baño, «que debía mudarse cada vez», había de ser templada, de forma que «no suden ni tengan frío en él, no atendiendo jamás a la inconstancia de los dolientes, porque unos la piden fría y otros gustan que esté muy caliente, y para evitar estos excesos se mandará que uno de los practicantes instruidos esté allá de guardia».

Al salir del baño los pacientes se metían en la cama «para limpiarse y descansar», y pasada media hora se les daba, por la mañana, un vaso de leche tibia, y por la tarde, una buena dosis de tisana emoliente, que se variaba según creyera conveniente el profesor. Cuando algún paciente no toleraba la leche, se la sustituía «con algún caldo medicado o opiata»; lo mismo se hacía cuando, por su constitución, convenía dársela.

Cumplidos cinco días de baños, se daba un día de descanso, continuando después aquéllos, también mañana y tarde, hasta completa el número de dieciocho o veinte, tras de los cuales se daba otro día de descanso. Concluidos los baños, había que sangrar a todos los pacientes «sin dispensación», aun aquellos que no lo fueron al comenzar la preparación; al día siguiente de la sangría se les volvía a purgar «con el catártico más acomodado». Durante todo este tiempo de preparación, la alimentación de los enfermos consistía en la ración ordinaria establecida por la Ordenanza de hospitales, que se componía de «veinte onzas castellanas de pan, doce de carnero o dieciséis de vaca, en su defecto, con un cuartillo de vino, medida de Madrid, sisada, repartido en la comida y cena de todo el día».

Terminado este período preparatorio, pasaban los pacientes a la sala de unturas; al principio se les rapaba, pero luego se les permitió conservar el pelo, aunque manteniéndolo muy limpio, afeitándose solamente el vello de las partes que habían de friccionarse. Era también costumbre mandar administrarle el Viático en el día inmediato anterior al de la primera friega.

Entretanto, se preparaba en la botica el unguento, que debía componerse de una parte de mercurio «bien lavado y purificado» y dos partes de manteca de puerco fresca y sin sal, «cuidando

mucho que se apague el azogue con la mayor exactitud, de manera que la vista más perspicaz, aun con el auxilio de los vidrios de aumento, no perciba sus partes»—ungüento de mercurio terciado—; para cada untura bastaban de dos a tres dragmas de unguento, habiendo de ser «tantas las vasijas en que éste se dispense quantos los enfermos». El médico había de cuidar personalmente de que en cada una de dichas vasijas no se pusiera más cantidad de la que correspondía, y el cirujano, que había de estar presente en el acto de las unturas, debía velar que éstas se hicieran despacio y con mucha suavidad «y de abaxo arriba»; había de curar, además, las llagas de la boca, «apropiando los enjuagatorios», y cuidando de que hubiera «tantos hisopos y escobillas para limpiar las bocas, quantos los enfermos, y han de advertir el médico y cirujano que no se confundan, de manera que a cada enfermo se le cure y limpie la boca con el que le corresponde y se le apropió al principio».

La primera untura se hacía desde las plantas de los pies hasta cerca de las rodillas; la segunda, en estas mismas partes y los muslos; la tercera, sobre todos estos sitios, y, además, en los brazos y el espinazo, y así sucesivamente; para las cuatro primeras friegas sólo se dejaba entre una y otra un día de intervalo; luego, «cuando el mercurio empieza a mover la boca», cosa que no solía suceder antes de la cuarta fricción, «será bueno poner dos o tres días de descanso, aunque como todos se creen atacados de un mismo mal, sienten mucho la detención aquellos que ya se ven movidos por el específico, y, por lo mismo, el profesor que maneja el remedio debe alentarles y avivar su confianza con la seguridad de que el atraso de unturas conviene para no exponerles a ciertos accidentes, peores que el mismo mal».

El número de fricciones variaba desde siete hasta quince, según la gravedad y circunstancias de cada caso; era frecuente que, al llegar a la séptima u octava fricción, los soldados, sintiéndose aliviados y viendo que habían desaparecido las manifestaciones luéticas, se resistieran a nuevas fricciones; en estos casos, si el profesor consideraba conveniente seguir el tratamiento, había de procurar convencer al paciente y persuadirle a continuarlo, y cuando con razonamientos no lograba su objeto, es decir, «en el caso de insistir en la sinrazón, se dará parte para que, por medio del piquete de guardia, se sujeten a lo preciso».

Como entonces los cirujanos castrenses carecían de asimilación militar, y estos casos y otros de insubordinación, «con grave daño de la salud de la tropa» menudeaban en extremo, el Real Colegio de Cirugía de Barcelona, por boca de uno de sus profesores, estimaba «que convendría mucho conceder algún grado a los cirujanos del ejército

y a los mayores de los hospitales militares», como lo aconseja MONRÓ en su obra.

Mientras duraban las fricciones, el régimen alimenticio de los pacientes era, poco más o menos, el siguiente: a las seis de la mañana se les daba un vaso de leche tibia «u otro suplente, como un caldo medicado, un electuario o el agua de arroz»; a las diez, una sopa de arroz, sémola o harina de arroz; a las dos, un tazón de caldo a la española, con dos yemas de huevo y dos bizcochos; a las seis de la tarde, otra sopa igual que la de la mañana, y a las doce de la noche, una taza de caldo.

Para bebida se les daba una tisana de cebada con raíz de escorzonera y malvavisco o de raíz de grama y flor de malvas, procurando que no estuvieran muy cargadas, para que no fastidiaran con exceso a los pacientes; estas tisanas se administraban calientes en invierno y habían de distribuirse con moderación, pues de no ser así, los pacientes, para calmar el ardor de la boca, «las bebían a cada instante y con exceso»; solamente al mediodía y por la noche se les permitía beber agua común.

Pasado el mes largo que duraba este período de fricciones, los pacientes pasaban a la sala de convalecencia; antes de su ingreso en ésta se les administraba un purgante y al día siguiente se les cambiaba toda la ropa interior y la de la cama; el traslado de los enfermos de una a otra sala se hacía por la mañana, una hora antes de la comida, o a las tres de la tarde.

En la primera visita que hacía a los convalecientes el cirujano mayor examinaba detenidamente a cada uno de ellos para observar los efectos de la medicación y prescribir los cuidados que estimase convenientes; las regiones uncionadas se limpiaban con cocimiento de salvado grueso, y si todavía quedaba algún resto de síntoma luético o había «vehemente sospecha de no haberse quitado la infección venérea», se hacían algunas friegas más, o, mejor aún, se les administraban preparaciones mercuriales tomadas por la boca; había que cuidar con esmero las llagas de ésta, y, al efecto, solía añadirse a los enjuagatorios corrientes un poco de vino tinto, y aun en ocasiones se empleaba éste solo para dicho fin.

El régimen en la sala de convalecientes era, poco más o menos, el siguiente: el desayuno se daba a las seis de la mañana en verano y a las siete en invierno, y consistía, «para los flojos y débiles», en un vaso de leche de cabra tibia, y para los fuertes y robustos, en una taza de caldo con dos cucharadas de vino y una tostada; al mediodía y por la noche, los que estaban bien comían la ración de ordenanza, y los que aún estaban babeando elegían entre las harinas o sopas—arroz, sémola, etc.—que para ellos se preparaban.

Por lo general, si los pacientes no presentaban ya síntoma alguno y había desaparecido el ptialismo, permanecían quince días en la sala de convalecencia, pasados los cuales se les enviaba al cuartel, donde debían mantenerse otros quince días sin hacer servicio alguno y «a ración de puchero», para asegurar de este modo la curación; además, los cirujanos mayores de los regimientos debían prevenir a los jefes «que se expone mucho la salud de los soldados si, habiendo tomado las unciones en el otoño, se les hace montar guardias en parajes descubiertos hasta haber pasado un par de meses, porque las centinelas en la muralla, y más en las noches crudas, les ponen en graves contingencias de enfermar y de experimentar algunas malas resultas del mercurio».

Estremece el ánimo considerar las infinitas molestias y serios peligros a que se exponían los desgraciados luéticos de aquellos días con este bárbaro tratamiento, y se encuentra más que sobrada justificación a los numerosos casos de rebeldía, en que el pobre enfermo, agotada la paciencia, se negaba a continuar las fricciones, que había que seguir administrando «por la fuerza», lo que no dudaban en emplear los cirujanos de entonces, impertérritos en su convicción de que el efecto que se deseaba en la aplicación del mercurio era el de obtener una abundante salivación, conseguida la cual «todo consistía en gobernar bien esta acción de la naturaleza, de modo que ri por excesiva la destruya, como acontece, ni por defectuosa no supere el mal ni le desarraigüe».

Nada menos que cuatro libras de saliva consideraban que era la medida del babeo útil en las veinticuatro horas, y tanto confiaban en esta formidable estomatitis, que el citado Reglamento del Protomedicato de 1761, «mandado observar por Su Majestad», decía que el cirujano no debía asustarse «si al tercero o cuarto días viniese acompañada de un hedor intolerable, porque es propio de esta evacuación quando es buena»; sólo

suspendían las unciones cuando «se viesse en el paladar, encías, lados de la lengua y demás partes cercanas a éstas rubicundez inflamatoria con amagos de llaguelas», porque entonces había «peligro de que concurra a la boca tanto material que arriesgue la curación».

También interrumpíase la cura en el caso de que algún enfermo, después de cinco o seis unciones, no presentara indicio alguno de salivación; convenía entonces «cessar en la aplicación del mercurio» y que el médico observara «por qué camino intenta la Naturaleza arrojar al enemigo, para ayudarla llevándola a su destino con suavidad, bien sea con sudoríficos u otros remedios apropiados».

Finalmente, para completar este cuadro escalofriante, nada mejor que reproducir íntegramente el último capítulo—el XVIII—del mencionado Reglamento, que dice a la letra: «No basta en las cosas arduas decir el modo de hacerlas bien; es menester, además de eso, quitar los estorvos que embaracen su ejecución. Sucede con bastante frecuencia que, a la segunda o tercera untura, le vienen al enfermo hemorragias, cursos, disenterias, y tal vez por el impulso violento que se arrebató el mercurio a la cabeza, se hincha el cuello y demás partes cercanas, sobreviniendo calentura, letargo, o en su lugar convulsiones. En este caso, ante todas cosas conviene sacar el enfermo a la otra sala, mudarle la ropa del cuerpo y de la cama para que no quede ninguna exhalación del mercurio, y con los remedios propios, como la sangría, el vomitivo después de ella (remedio en tales lances utilísimo) y otras medicinas a este modo, se ha de reducir la naturaleza a la mediocridad debida.»

Siempre han costado caros los tropiezos en el sacrificio a Venus; pero hay que reconocer que el precio a que se pagaban en el siglo XVIII era excesivamente oneroso.

(De Jornadas Médicas Españolas, IV Reunión.)



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

(Sesión del día 10 de marzo de 1947)

Presidencia: DR. ANTONIO M. VALLEJO DE SIMÓN, *presidente.*«EL TRATAMIENTO DEL ÁNTRAX Y DEL FORÚNCULO
POR LA INSULINA»

Doctor Perera Prast.—Se refiere al tratamiento de fondo del ántrax y del forúnculo antracoidal por la insulina. En 1940, con ocasión de una epidemia de tifus exantemático, tratamos casos de ántrax de varias regiones; en el primer caso, creyendo tratarse de un glucémico, le inyectamos 15 unidades de insulina, con rápida modificación del ántrax, tratamiento que continuamos, a pesar de que posteriormente vimos que no había modificación glucémica. Ante tal resultado, extendimos este tratamiento a casos semejantes, y en todos con el mismo resultado. En estos enfermos siempre fué excelente la tolerancia a la insulina, a pesar de que en algunos hayamos elevado la dosis de insulina a 20 y 30 unidades diarias. En todos los enfermos se ha dado el caso que la glucemia era normal, y en algunos de ellos en franca hipoglucemia. La curación se consiguió en todos en muy corto número de días. Es el mismo resultado en 13 casos que ya alcanza nuestra estadística. Como medida quirúrgica, solamente se utilizó la separación de los tejidos necrosados. En los últimos hemos asociado la penicilina en inyecciones perifocales.

El año pasado, en una revista hemos leído un artículo de un autor español que habla de esta terapéutica en el ántrax y forúnculos, al tiempo que hacía referencia de un cirujano belga que también lo empleaba.

Doctor Sicilia.—Es un trabajo interesante; son casos con ántrax o forúnculos antracoides con hipoglucemia o glucemia normal que rápidamente se modifican cuando son tratados con insulina. Son hechos de gran valor, y, en especial, para los dermatólogos.

Doctor Roda Pérez.—Es de mayor interés el problema de las estafilococias, más cuando se relaciona con el trastorno de los glúcidos y prótidos, y, en especial, en cuanto hace referencia al gran problema de las estafilococias lentas.

Doctor Daudén.—Los procesos piocócicos de la piel, sobre todo las profundas, como los ántrax y los forúnculos antracoides, se modifican con la insulina al modificar su cuadro diabético, y cuando se desarrollan en enfermos hipoglucémicos, todos sabemos que la insulina provoca acidosis, y por sí modificando el terreno en el que se desarrollaron mal todos estos gérmenes. En la actualidad, estos enfermos los tratamos con penicilina asociada a inyecciones de anatoxina perifocal.

«LAS SULFAMIDAS EN LAS BRUCELOSIS»

(Comunicación del doctor Figueroa)

Doctor Baquero Gil.—Hoy se consideran las sulfamidas en la brucelosis como poco eficaces; han de ser administradas en dosis medias, y cuando hayan de ser empleadas las dosis fuertes, se vigilarán mediante examen de sangre y medulograma, especialmente ante cuadros de leucopenias acentuadas. Las emplearemos cuando queramos hacer un tratamiento del componente paraalérgico.

Doctor Roda Pérez.—En la actualidad, ante la fiebre de Malta y sulfamidas, estamos igual situación que frente a la estreptomina; se habla de grandes éxitos; es pronto, hay que esperar tiempo para la evolución de los enfermos.

Doctor Sicilia.—Las complicaciones en la fiebre de Malta nos deben contraindicar las sulfamidas, en especial cuando aparecen cuadros de púrpura, como igualmente en los grandes déficits de la médula ósea y en las fases hiperpiréticas.



SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID

(17 enero 1947.)

UN CASO DE CORISTOMA SUPRASELLAR

Doctores Obrador, Bartolozzi y Carreras Matas.—Presentación de un enfermo en el cual el examen oftalmológico revelaba una atrofia papilar bilateral con pérdida total de la visión del O. I. y escotoma en cuadrante temporal superior del O. D. Se diagnosticó un probable tumor suprasellar. Fué intervenido por el doctor Obrador, que extirpó

una tumoración situada entre ambos nervios ópticos, delante del quiasma. El examen anatomopatológico reveló que se trataba de un coristoma. A los pocos días de la operación el campo visual del O. D. había mejorado notablemente, y la agudeza en dicho ojo había pasado de 3/50 a 9/10.

Discusión: *Doctor Marín Amat.*—Esta mañana he visto al enfermo en mi Servicio de Oftalmología

del Hospital Provincial, y he podido apreciar una atrofia total de la papila del ojo izquierdo y parcial en el derecho; pero con la particularidad de que en este último ojo la atrofia tenía todos los caracteres de las del tipo postneurítico (contornos borrosos de la papila, arterias delgadas, etc.), por lo que pensé, si en un principio, antes de ser operado, se hubiera podido tratar de un «síndrome de Foerster-Kennedy», ignorando, claro es, el hallazgo y la extirpación de la tumoración.

Intervención del profesor doctor Carreras.—El caso que acaban de exponer los doctores Bartolozzi y Carreras Matas, como oftalmólogos, y el doctor Obrador, como neurocirujano, muestra cuán necesaria es la colaboración del oftalmólogo, del internista y del neurocirujano para enjuiciar y resolver, con las mayores garantías de acierto, un caso clínico más o menos complejo, que ninguno de los especialistas por sí mismo acertaría a solucionar de un modo satisfactorio. El hecho de haber observado en este paciente amaurosis completa de un ojo con atrofia papilar completa, y en el otro una atrofia incompleta, pero con un campo visual al que faltaba todo el sector temporal superior y parte del temporal inferior, llegando el vértice del sector hasta el mismo punto de fijación, me hizo diagnosticar una lesión intracraneal (probablemente un tumor) que radicaba en la región quiasmática y que había crecido sobre todo hacia el lado izquierdo, interfiriendo la mayor parte de las fibras cruzadas del lado derecho y todas las que constituyen (cruzadas y directas) el nervio óptico izquierdo; y me mantuve en mi criterio, a pesar de que la radiografía mostraba una silla turca sensiblemente normal. La brillante operación realizada por el doctor Obrador, y que él mismo acaba de describirnos, prueba cuán acertado fué el informe oftalmológico que dimos en nuestro Servicio de San Carlos y el valor inapreciable que tiene para el neurocirujano el informe del oftalmólogo, así como para el oftalmólogo la pericia, técnica depurada y habilidad del neurocirujano.

El doctor Mario Esteban presenta un caso de herida penetrante del globo ocular, brecha escleral de unos 7 mm., a cuyo nivel asomaba el vítreo. Cabía pensar en la necesidad de enuclear; sin embargo, se limitó a hacer un recubrimiento conjuntival: el ojo está bien, y conserva $V = 2/3$.

En Traumatología ocular seremos tanto más cirujanos cuantas menos enucleaciones hagamos. Es menester adoptar un criterio conservador mientras haya algo que salvar.

La reparación de una herida escleral se puede hacer por afrontamiento de los bordes o por recubrimiento de conjuntiva. Un buen método de afrontamiento consiste en una sutura en doble asa, que coapte a la vez los labios de la esclerótica y de la conjuntiva. Tiene, no obstante, el inconveniente de las presiones que hay que hacer sobre el globo

ocular para vencer con la aguja la resistencia del tejido fibroso escleral.

El recubrimiento se hace, en cambio, muy fácilmente y sin presionar. Una maniobra sencilla es despegar la conjuntiva por uno de los bordes y escurrir una pequeña tira en el borde opuesto, de modo que al hacer la sutura la conjuntiva desliza por encima de la brecha escleral y queda tapizándola.

El doctor Carreras.—Estoy de acuerdo con el doctor Mario Esteban en que no hay que apresurarse demasiado en practicar la enucleación de un ojo gravemente herido, aunque sean pocas las probabilidades de salvarlo. A este respecto, y con el título de «El tratamiento conservador en los graves traumatismos oculares», publicamos hace veintún años en *La Medicina Ibero* un trabajo en el que ya manteníamos este criterio. En él relatamos el caso de un paciente, al que, en plena locura carnavalesca, le arrojaron con gran fuerza un limón contra la cara, el cual le rompió el cristal del ojo izquierdo de las gafas y le causó una herida que comprendía todo el meridiano vertical de la córnea y se prolongaba unos 5 mm. en la esclerótica, con hernia del iris, del cuerpo ciliar y del vítreo, que asomaba por los labios de la herida. Conduciendo que fué, desmayado, a la Casa de Socorro más próxima, el médico se limitó a ponerle un apósito estéril, aconsejando que le llevaran a un oftalmólogo para que enucleara el ojo, pues *aquello no tenía arreglo*. Le operé aquella misma noche. Reduje la hernia del iris, suturé córnea y esclerótica, terminando con recubrimiento conjuntival, binóculo, reposo en cama y proteinoterapia. El resultado final fué: curación, con visión de $2/3$, y desaparición de una miopía de $-3,00$ dioptrías, que tenía antes en este ojo. La cicatriz lineal de córnea era apenas visible. Ulteriormente, he tenido varias ocasiones de reafirmar este mismo criterio, en el cual coincidimos con el doctor Mario Esteban.

Contestación del doctor Mario Esteban.—El doctor Mario Esteban contesta agradeciéndole su intervención que corrobora un criterio conservador. Sirva de apoyo que, en guerra, en heridos binoculares graves, ante los cuales es forzoso desdeñar ese «fantasma» de la oftalmía simpática, y no es cosa de hacer una doble enucleación, el oftalmólogo pone todo su empeño en reparar los destrozos anatómicos, encontrándose alguna vez gratamente sorprendido con un resultado funcional verdaderamente inesperado.

Comunicación del doctor Mario Esteban sobre «La colaboración del oftalmólogo en Cirugía craneal de guerra».—La traumatología de guerra da un gran contingente de lesiones craneales graves, en las cuales es raro que no resulte afectado el aparato ocular, directa o indirectamente.

La colaboración del oftalmólogo con el cirujano es siempre eficaz y a menudo imprescindible: 1.º En los diagnósticos, 2.º En los tratamientos.

3° En la evolución y en el curso postoperatorio de los heridos de cráneo.

En los diagnósticos: pasa revista, citando casuística personal, a los diferentes tipos de lesiones vasculares, oculomotoras y de vías ópticas, que el oftalmólogo define clínica y topográficamente, permitiendo al cirujano precisar indicaciones y oportunidades operatorias.

En los tratamientos: es necesario que el cirujano y el oftalmólogo actúen al unísono en numerosos casos (poliheridos, lesiones mixtas de cráneo y ojos, etc.).

En la evolución y en el curso postoperatorio de los heridos de cráneo: el examen oftalmoscópico sistemático informará al cirujano de una marcha favorable o le pondrá en guardia contra diversos incidentes y complicaciones. Los síntomas hemorrágicos pueden desaparecer o surgir otros tardíos. Una parálisis oculomotora puede regresar (ejemplo, compresión transitoria de las fibras nerviosas por sangre o exudados que se van reabsorbiendo), o persistir (ejemplo, compresión ósea que se mantiene, sección de fibras que no se regeneran, etc.), y también pueden presentarse nuevas parálisis, cuya causa mecánica o infecciosa habrá que buscar.

Los exámenes repetidos del campo visual arrojan datos valiosos para enjuiciar el asiento, la importancia y la evolución de las lesiones determina-

das por el traumatismo y de las consecutivas a las intervenciones y exéresis quirúrgicas. Refiere el caso de un moro que expresaba su extrañeza de no poder leer en árabe, y sí en español, que apenas conocía. En efecto, dicho herido presentaba una destrucción total del lóbulo occipital derecho, con la consiguiente hemianopsia homónima izquierda, y una destrucción sólo parcial del lóbulo occipital izquierdo con su consecuencia de una hemianopsia parcial derecha. La lectura en árabe, de derecha a izquierda, era imposible, porque el campo visual se perdía hacia este lado, en tanto que la lectura en español, de izquierda a derecha, en la dirección que se conservaba en un sector útil del campo, podía hacerla.

En cuanto a los fenómenos de compresión craneal, los exámenes oftalmoscópicos repetidos sistemáticamente y las medidas de la tensión arterial retiniana nos informan si aquéllos se atenúan (ejemplo, una hemorragia subdural que se reabsorbe), si se sostienen (ejemplo, un hundimiento de lámina interna) o si aumentan (ejemplo, una aracnoiditis serosa). No menos interesante resulta determinar los estados de hipotensión craneal, consecutivos a grandes pérdidas de líquido cefalorraquídeo. Muchos trastornos cerebrales mal explicados (cefaleas, vértigos, etc.) reconocen esta causa, y pueden diagnosticarse por la caída de tensión en las arterias de la retina.

Divulgaciones del exterior

LA ACTUALIDAD MÉDICA EN LOS ESTADOS UNIDOS

por el

Doctor ROBERT M. BARTON

REACCIONES EN MONOS A LA INFECCIÓN EXPERIMENTAL CON VIRUS DE LA INFLUENZA A

En el *Journal Exp. Medicine* (volumen 84, página 113) informan S. SASLAW y sus colaboradores sobre las investigaciones experimentales que llevaron a cabo en monos jóvenes y sanos de la especie *macaca mulatta*. Para los estudios se empleó la cepa PR 8 del virus de la influenza A. Mientras se hallaban en anestesia profunda, veintiocho animales fueron inoculados con 3 c. c. de una suspensión salina de filtrado de pulmón de ratón, conteniendo, aproximadamente, 10.000 dosis letales mínimas para ratones. Algunos de los animales fueron inoculados simultáneamente con estreptococos hemolíticos o, en sucesiones variables, con estreptococos hemolíticos y virus inactivado. Diez animales fueron inoculados inicialmente con el virus solo, observándose ulteriormente los signos de la infección por virus no complicada.

Los animales mantenidos con una dieta normal demostraron ser resistentes a la inoculación intranasal con virus de la influenza, pero no a la inoculación intratraqueal con el mismo virus. Aparecieron anticuerpos neutralizantes de ocho a diez después de la inoculación de virus vivo o inactivado por el calor. Se observó la presencia de anticuerpos hasta nueve meses después de la infección con virus vivo. Resultó característica la aparición de una leucopenia granulopénica específica después de la inoculación primaria de virus gripal, sin que influyeran sobre la misma alteraciones de la dieta, la forma de exposición ni la vía de inoculación, pero no se observó en los monos anteriormente infectados con el mismo virus, todos los cuales invariablemente sobrevivieron. El déficit nutritivo y la exposición al frío aumentaron la susceptibilidad de los monos a la instilación intranasal del virus; la leucopenia fué profunda, y con frecuencia se produjeron muertes, aunque

se produjeron anticuerpos humorales neutralizantes con tanta rapidez y relativamente a la misma concentración que en condiciones nutritivas óptimas.

EFFECTOS DE LOS ANTIBIÓTICOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

H. C. JOHNSON y sus colaboradores publican en los *Archives of Neurology and Psychiatry* (volumen 56, página 184) un trabajo sobre el efecto que las sustancias antibióticas producen sobre el sistema nervioso central.

Las observaciones clínicas y experimentales indican que la penicilina puede producir manifestaciones convulsivas. Durante la administración por vía parenteral para el tratamiento de enfermedades distintas de las primarias del sistema nervioso central, el electroencefalograma resultó anormal en más del 60 por 100 de una serie de cincuenta y un pacientes. Los electroencefalogramas de control tomados antes y después del tratamiento con penicilina mostraron, en general, trazados normales. Las grandes dosis de penicilina inyectadas por vía subaracnoidea en el hombre o el mono pueden dar origen a convulsiones, seguidas en algunos casos por el coma y la muerte. La aplicación de una cantidad tan pequeña como 500 unidades internacionales a la corteza cerebral del macaco puede provocar ataques epilépticos. En el gato y el mono, la estreptomycinina aplicada a la corteza cerebral en dosis de 1.250 unidades provocó manifestaciones convulsivas en el 30 por 100 de los animales de experimentación.

Los registros electroencefalográficos tomados en tales momentos mostraron ondas lentas y agudas, con ulterior descenso de la actividad cortical de una duración de hora y media a tres horas. La inyección cisternal en el mono de 2.500 unidades de estreptomycinina provocó signos de grave disfunción cerebelosa. La estreptomycinina aplicada a la corteza cerebral parietal en dosis de 5.000 a 10.000 unidades originó manifestaciones convulsivas clínicas y electroencefalográficas. Aunque estos fenómenos solían desaparecer espontáneamente en dos a tres horas, en dos monos persistieron durante dos semanas. En la autopsia, los cerebros de estos animales mostraron extensos reblandecimientos con hemorragias petequiales perivasculares. La actinomicina inyectada en la corteza cerebral o la cisterna magna en dosis de un miligramo produjo, después de un período latente de nueve horas, intensa postración, sacudidas fasciculares y convulsiones, con muerte en uno a siete días. En el lugar de la inyección en la corteza cerebral se encontró una intensa reacción necrobiótica con edema y hemorragias petequiales. La clavacina inyectada en la corteza cerebral en dosis de 5 a 10 miligramos produjo manifestaciones clínicas y electroencefalográficas de fenómenos convulsivos, con

un marcado descenso de la actividad cerebral espontánea. Parece haber un amplio margen de seguridad entre la concentración de la penicilina y la estreptomycinina y el umbral convulsivo para estos fármacos. No parece suceder lo mismo en el caso de la estreptomycinina, la clavacina o la actinomicina. Aunque la penicilina produce pocas reacciones tóxicas, si se da en cantidades excesivas en el líquido céfalorraquídeo pueden desarrollarse graves secuelas neurológicas en forma de radiculitis o accesos convulsivos.

LA PENICILINA EN LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EXPERIMENTAL

En el *Bulletin of Johns Hopkins Hospital* (volumen 79, página 1) informan BLAIN y KENNEDY sobre los efectos de la penicilina en la obstrucción intestinal producida experimentalmente. Dos grupos de perros con obstrucción baja del íleon, producida experimentalmente, fueron sometidos a tratamiento de la hemorragia, el shock, la deshidratación y la pérdida de electrolitos. Un grupo fué tratado además con dosis masivas de penicilina, y los animales del otro grupo, no tratados en esta forma, sirvieron como material de control. El tiempo de supervivencia en los animales de este último grupo osciló entre dieciséis y treinta y cinco horas. De diez perros tratados, además, con dosis masivas de penicilina, uno murió veintiséis horas después de la operación. Nueve perros estuvieron protegidos durante cincuenta horas o más, y ocho de ellos durante setenta y dos horas o más. Cuatro perros sobrevivieron noventa horas o más, y uno vivió hasta cien horas. Dos perros, después de una supervivencia de setenta y dos horas, fueron sometidos con éxito a la resección de las obstrucciones estranguladas, y estos dos perros sobrevivieron durante más de un mes. Se llegó a la conclusión de que en los animales de experimentación con obstrucciones estranguladas del íleon, la vida se prolonga durante un período de tiempo importante, pero limitado, mediante el tratamiento con dosis masivas de penicilina, en comparación con los animales testigos no tratados, cuando en ambos grupos se emplea la misma terapéutica contra la hemorragia, el shock y la pérdida de agua y cloruro. Después de un período doble que el tiempo de supervivencia de los testigos, el intestino estrangulado se resecó en dos animales tratado con penicilina, obteniéndose la curación completa en ambos. La terapéutica antibacteriana agresiva está indicada en todos los casos de obstrucción intestinal estrangulada y en todos los casos en los que la estrangulación no puede excluirse preoperatoriamente. Este tratamiento debe ser un coadyuvante y no un sustitutivo de las intervenciones quirúrgicas precoces y adecuadas en tales lesiones.

ALTERACIONES METABÓLICAS PRODUCIDAS POR EL ACETATO SINTÉTICO DE 11-DEHIDROCORTICOSTERONA

P. H. FORSHAM y sus colaboradores informan en el *American Journal of Medicine* (volumen 1, página 105) sobre las alteraciones metabólicas provocadas por el acetato sintético de 11-dehidrocorticosterona. Catorce pacientes con enfermedad de Addison fueron tratados durante breves períodos de tiempo con esta substancia en una dosis diaria total de 10 a 60 miligramos. No se observaron reacciones desagradables locales o generalizadas. Se observó un descenso de la excreción de sodio en trece de catorce experimentos, y en todos se observó una disminución de la excreción de cloruros. Sin embargo, la cuantía de las modificaciones en la excreción de sodio y cloruros fué con el compuesto A (acetato de 11-dehidrocorticosterona sintético) que con acetato de desoxicorticosterona, siendo este último producto unas veinte veces más potente que es primero a este respecto. En un grupo de catorce experimentos se observó un aumento de la excreción renal de nitrógeno total en doce, de potasio en once y de fósforo inorgánico en nueve.

La excreción de ácido úrico aumentó en trece de catorce experimentos. El aumento, en tanto por ciento, de nitrógeno en forma de ácido úrico fué aproximadamente doble que el aumento de nitrógeno total. La excreción de nitrógeno en forma de alfa-aminoácidos aumentó de modo significativo durante el tratamiento con el compuesto A en los dos experimentos en los que se determinó. Durante la terapéutica con el compuesto A, la pérdida fecal de grasas disminuyó en 60 por 100 en los tres pacientes en los que se estudió, y la pérdida de nitrógeno fecal disminuyó en 37 por 100 en un caso. No se observaron alteraciones marcadas en los valores medios de los componentes de la sangre durante los breves períodos de tratamiento con el compuesto A. Dos pacientes tratados con 30 y 45 miligramos, respectivamente, de compuesto A, no mostraron modificación importante en la curva de tolerancia de la glucosa intravenosa. En un paciente, la administración diaria de 60 miligramos de compuesto A fué seguida por una curva de glucemia claramente más elevada. Se observó un gran descenso del fósforo inorgánico del suero en dos de tres pacientes durante la prueba de tolerancia para la glucosa llevada a cabo mientras se estaba haciendo el tratamiento con el compuesto A. La terapéutica con esta substancia ejerció un efecto constante en lo que se refiere a la prevención de síntomas hipoglucémicos en pacientes con enfermedad de Addison durante un ayuno prolongado o cuando se mantenían con una dieta pobre en hidratos de carbono y rica en proteínas y grasas.

En un sujeto normal del sexo masculino, mantenido con una dieta constante, la administración

de compuesto A estuvo asociada con un aumento de la retención de sodio y cloruros. Durante una prolongada prueba con adrenalina y glucosa intravenosa, no se observó modificación de la curva de glucemia bajo el tratamiento con compuesto A. Sin embargo, se observó un aumento importante de la eliminación urinaria de nitrógeno, ácido úrico, potasio y fósforo inorgánico, con un descenso en la excreción de sodio. De los estudios metabólicos parece deducirse que 15 a 30 miligramos del compuesto A al día equivalen en su efecto sobre la excreción de sodio, cloruros y nitrógeno a 3-6 centímetros cúbicos diarios de lipo-adrenal Cortex, dándose una tercera parte de la dosis total diaria de cada una de estas substancias cada ocho horas. Quince miligramos del compuesto F (17-hidroxycorticosterona natural) provocaron un aumento de la excreción de nitrógeno equivalente al de 30 miligramos del compuesto A. Cuarenta y cinco miligramos diarios del compuesto F no modificaron la curva de tolerancia para la glucosa intravenosa en el paciente en el que se estudió. Sólo se observó retención mínima de sodio. En la mayoría de los pacientes, la terapéutica solamente con compuesto A en dosis de 15 a 30 miligramos diarios, durante tres a cinco días, no produjo modificación importante del estado clínico. Cuando esta dosis de compuesto A se añadió a una dosis mínima básica de acetato de desoxicorticosterona (1 a 2,5 miligramos diarios), se observó una notable mejora, superior a la observada con acetato de desoxicorticosterona solo.

EFECTO DE LA HEMORRAGIA SOBRE EL NITRÓGENO AMÍNICO DEL PLASMA EN EL PERRO

En el *American Journal of Physiology* (volumen 146, página 654) comunica D. L. KLINE los resultados de sus investigaciones acerca del efecto de la hemorragia sobre el nitrógeno amínico del plasma en el perro. Después de la hemorragia (producida mediante sangría y sustitución de una parte del volumen extraído), la concentración arterial de nitrógeno amínico se elevó. La rapidez del aumento fué un excelente criterio para determinar el estado del animal y mostró una correlación positiva con el tiempo de supervivencia. No se encontró. La sangría e inmediata sustitución de todo el volumen extraído produjo una efusión de nitrógeno amínico de la pata, seguida por un descenso en la concentración arterial, y luego restauración de los aminoácidos de la pata durante el período de recuperación. Después de la hemorragia, la diferencia arteriovenosa femoral (aportación de nitrógeno amínico de la pata) aumentó y luego disminuyó, permaneciendo, sin embargo, por encima del valor de control. La diferencia arteriportal (adición de nitrógeno amínico de las vísceras) y la diferencia portalhepática (extracción por el hígado) aumentaron durante todo el curso de la

hemorragia. Sin embargo, a causa de la reducción del flujo sanguíneo que acompaña a una intensa hemorragia, la cantidad real de nitrógeno amínico aportado al torrente circulatorio por las vísceras después de la hemorragia no está probablemente aumentada. El ascenso del nivel arterial del nitrógeno amínico del plasma después de una hemorragia, parece obedecer a una liberación aumentada de nitrógeno amínico en la sangre circulante, nitrógeno procedente de las patas. Un descenso del flujo sanguíneo por el hígado acentúa el aumento durante las fases tardías de la hemorragia. El nitrógeno amínico adicional que aparece en la sangre circulante es probablemente el resultado de la inhibición anóxica de la fase sintética del equilibrio dinámico que existe entre el nitrógeno amínico y el nitrógeno tisular.

EFFECTO DEL BENCENO SOBRE LA CLOROLEUCEMIA MIELOIDE EN EL RATÓN

En el *Journal of Hematology* (volumen 1, página 367) informan C. M. FLORY y sus colaboradores acerca del efecto del benceno sobre la cloroleucemia mieloide en el ratón. Administración oral de 5 miligramos de benceno seis veces a la semana a 46 ratones que habían sido inyectados veinticuatro horas antes con las células de la cloroleu-

cemia mieloide 1934 prolongó considerablemente la supervivencia de los animales, y en 16 de estos ratones pareció prevenir el desarrollo de la enfermedad. Los bazos de los animales así tratados aumentaron de tamaño mucho más lentamente que los de los animales no tratados, y la infiltración leucémica de los órganos se retardó. Cinco miligramos de benceno administrados de una manera similar a ratones con cloroleucemia avanzada prolongaron igualmente el tiempo de supervivencia de los ratones e hicieron también más lento el aumento de tamaño del bazo; 25 miligramos administrados cinco veces en un período de seis días a ratones con esta leucemia, determinaron una marcada reducción del tamaño del bazo. Los nuevos tratamientos hicieron más lento el agrandamiento del bazo, y se prolongó la supervivencia. En ocho ratones con tumores subcutáneos compuestos de las células de la cloroleucemia, la administración oral de 25 miligramos de benceno cinco veces en un período de seis días, seguida por 5 miligramos administrada seis veces a la semana, originó la desaparición de los tumores locales, determinada por palpación, pero en seis ratones reaparecieron los tumores y causaron la muerte de los animales. El examen microscópico de tumores de ratones tratados con benceno mostró alteraciones degenerativas avanzadas en las células leucémicas.

Un maestro de la medicina psicológica: Pierre Janet

por

RENÉ SUDRE

Al saber la muerte de Pierre Janet, algunos habrán formulado el deseo de que este gran médico psicólogo nos haya dejado entre sus papeles el secreto de su maravillosa juventud. ¿Qué pacto habría hecho o qué régimen seguía para estar todavía, a los ochenta y ocho años, tan válido, tan ágil del cuerpo y pronto de espíritu y metido en nuevos trabajos que le hubieran hecho llegar fácilmente hasta el siglo? Hace poco tiempo, yo recibí de él, por un libro que le había mandado y donde se pronunciaba su nombre a menudo, una carta dándome las gracias, escrita con su fina y menuda letra, sin la menor alteración que pudiese dejar traslucir su gran edad. Parece como si a fuerza de ver enfermos mentales hubiese sorprendido el mecanismo del pensamiento, «dueño del cuerpo que anima», y que haya sabido evitar hasta el último momento esa «debilidad psicológica», causa de tantos desórdenes de la pobre máquina humana. Sea lo que sea, su obra considerable quedará como uno de los mejores monumentos del análisis científico aplicado al estudio de las «conductas» anormales del hombre. Y a pesar de la re-

novación de las teorías y de los puntos de vista, gran parte de esta obra quedará, porque está basada sobre una experiencia clínica de una minuciosidad y de una amplitud asombrosas.

Pierre Janet había nacido en París el 30 de mayo de 1859. Hijo de un jurista, sobrino de un profesor de Filosofía que fué el último y brillante representante de la escuela ecléctica de Víctor Cousin, pronto sintió la vocación filosófica, y al salir de la Escuela Normal Superior enseñó en los liceos. Pero siguiendo el consejo de su tío Paul, estudió Medicina, y esto le ayudó muchísimo para aplicar a la Psicología el gran principio que Théodule Ribot acababa de plantear en contraposición con la enseñanza oficial: buscar en el hombre enfermo el secreto del funcionamiento del hombre sano. En El Havre, donde fué nombrado, Janet trabó conocimiento con el doctor Gilbert, que estudiaba especialmente a los histéricos y a los sonámbulos. Trabajaron juntos, y este trabajo fué fecundo, puesto que dió por resultado casi a un mismo tiempo, para Janet, a dos tesis de doctorado: en Filosofía, con el *Automatismo psicológico* (1889); en

Medicina, con el *Estado mental de los histéricos* (1892). Naturalmente, estas dos obras tenían mucha relación entre sí. Se puede, incluso, decir que no formaban más que una sola, puesto que eran los mismos asuntos humanos que habían dado la materia. Por otra parte, Janet traía a la Psicología la noción experimental de una vida subconsciente del espíritu—que no tuvo, sin duda, razón de ver solamente bajo su aspecto inferior—; por otro lado, aportaba a la Medicina la noción que las enfermedades mentales son enfermedades sin lesión, perturbaciones de la acción, que provienen de la desagregación de la personalidad psicológica, con división o estrechamiento del campo de la conciencia.

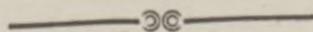
Estos nuevos modos de ver llegaban en una atmósfera favorable. El período del magnetismo animal había acabado desde hacía tiempo; pero el período del hipnotismo que le había sucedido no estaba terminado, y el estudio de la sugestión hipnótica interesaba siempre en alto grado a los médicos. Tuvo el mérito Charles Richet por haberlos invitados a profundizar estados psicológicos tan extraños, entre los cuales se encontraban los que más tarde llamó «metapsíquicos». Entretanto, estuvo en el origen de las controversias fecundas que tuvieron lugar entre la escuela de la Salpêtrière y la escuela de Nancy, entre Charcot y Bernheim. Pierre Janet, muy hábilmente, se colocó entre las dos doctrinas. Estuvo de acuerdo con Bernheim para establecer que el hipnotismo de Charcot, con sus tres fases sucesivas e inmutables, no era más que el resultado de una cultura, de un verdadero adiestramiento. Pero se negó a admitir que la sugestión es «el acto por el cual una idea es introducida en el cerebro y aceptada por él», como quería que fuese Bernheim. Según él, la sugestión debe ser entendida en un sentido más estrecho y patológico. «La disposición a la sugestión y a los actos subconscientes—escribía en su tesis— es el signo de una enfermedad mental; es, sobre todo, signo de histerismo.» Sabemos que desde hace cerca de cincuenta años, bajo la influencia de Babinski, los psiquiatras han «desarticulado» tanto el histerismo, que lo han reducido al fingimiento y a la mitomanía. Frente a esta doctrina extremista, Janet ha sostenido enérgicamente su postura de clínico y de experimentador. Ha declarado siempre que el histerismo era una enfermedad de la personalidad.

Poco accesible a las influencias de la moda, rehusó igualmente en suscribir en las exageraciones de la psicoanálisis. Si reconoció una especie de «grandeza» en la doctrina de Freud, ha sabido criticarla, e incluso burlarse de ella, haciendo ver que todo lo que tenía de duradera—a saber: el análisis—era de origen francés, y el resto, o sea la

«pansexualidad», era el producto de la imaginación de Freud. Bajo esta forma ha previsto su rápida decadencia científica.

La carrera de Janet fué muy brillante. Cuando apenas acababa de dejar su cátedra de Filosofía en los liceos de París, fué nombrado médico de enfermedades nerviosas en la Salpêtrière, bajo el amparo mismo de Charcot (1893). Seis años después se le encargaba, además, del curso de Psicología en la Sorbona. Y en 1902 recibía la cátedra de Ribot en el Colegio de Francia. La Academia de Ciencias Morales le ofreció un puesto en 1913. Así, durante cerca de cuarenta años, su vida intelectual se desarrolló por partida doble: en la Salpêtrière, donde compuso sus grandes estudios *Névrose et idées fixes, Les obsessions et la psychasténie, Les médications psychologiques, De l'angoisse a l'extase*; por otra parte, en el Colegio de Francia, donde hacía casi todos los años un curso nuevo. Estas Memorias sintéticas de un problema: *El pensamiento interior, La evolución de la memoria, La noción del tiempo, La personalidad, etc.*, nos han sido felizmente conservadas. Son notables, no solamente por la claridad y la originalidad, sino por la ausencia de afectación, el tono familiar, y a veces malicioso o escéptico, de un filósofo que ha variado de opinión sobre muchas cosas. Se puede decir de él con justicia que, si bien ha tocado a todos los problemas de la Psicología, no ha querido nunca edificar un amplio sistema que reposara sobre un principio central. Es más bien la abundancia de principios parciales lo que se le podría reprochar. Esto proviene, quizá, de la multiplicidad de los puntos de vista que eran necesarios para analizar los hechos psicológicos de fuera, así como los comportamientos o las «conductas». Un método tal que quiere dar objetividad de hechos físicos a fenómenos esencialmente interiores es no solamente paradójico, sino, en ciertos casos, francamente artificial, complicado e insuficiente. De todos modos, se verá en sus libros sobre *Les débuts de l'intelligence y L'intelligence avant le langage*, que Pierre Janet ha llevado la paradoja hasta sus últimos límites, y esto nos vale muchas veces unos descubrimientos encantadores. A nadie se le ha olvidado su historia del niño que quiere una tableta de chocolate y unos bombones y que no los puede conseguir a la vez de un distribuidor automático porque «es un aparato tonto», pero que los consigue de la tendera porque «es inteligente». La conducta inteligente es la conducta adaptada a la necesidad.

La pérdida de esta gran inteligencia se sentirá muy fuertemente en Francia y en el extranjero, donde cuenta con innumerables discípulos. Pero su obra nos queda, y estamos lejos de haber agotado todas sus riquezas.



BIBLIOGRAFIA

Medicina y destino. ¿Adónde va la Medicina?, por el doctor Bernhard Aschner. Prólogo del doctor Ramón Sarró. Massó, Editor. Barcelona, 1946. 50 pesetas.

De gran interés juzgamos la presencia de este libro en el movimiento científico actual. La tesis doctrinal del profesor Aschner y el prólogo vivo y lleno de ricos razonamientos y comentarios, debidos al doctor Sarró, despierta en el lector indudable inquietud, ya que es posible sea esta obra una de las mejores aportaciones positivas de estos últimos momentos bibliográficos.

Es evidente que nos hallamos ante una reforma de la Medicina en el sentido filosófico que trata de incorporarse al ritmo o programa científico que corresponde al momento actual. El arte terapéutico y la investigación clínica de tipo mecanicista, que fué la característica de la Medicina oficial del siglo XIX, fué perdiendo capacidad doctrinal para dar paso a las ideas constitucionalistas; de aquí que «la valoración personal del paciente» tiene más hondas perspectivas y es mucho más positiva que todos los pensamientos mecanicistas y de comparaciones colectivas.

Estamos, pues, ante un movimiento renacentista seguro, que lentamente irá reformando conceptos e ideas, que amalgamará la ciencia clásica con la moderna, arrojando viva luz sobre determinado estado de cosas en problemas de nuestra Medicina actual.

El interés que nos brinda el libro del profesor Aschner como reforma de la terapéutica dentro del marco de la Medicina constitucional, nos lleva a señalar analogías con el espíritu extraordinario del médico filósofo renacentista de la primera mitad del siglo XVI: Paracelso.

Inconforme con las teorías médicas de aquel tiempo, ideó su propio sistema. Paracelso era un científico del Renacimiento que no se contenta con explicar el proceso natural de la enfermedad. Deseaba saber cómo y por qué mecanismo enferma el hombre y se considera a éste como un ser espiritual de donde pueden emanar las causas de la enfermedad. En la obra de Aschner, la comprensión y asimilación de las ideas de Paracelso se orientan principalmente en sentido terapéutico.

La lectura de este libro nos sacude el recuerdo en rápida ojeada retrospectiva de los puntos funcionales de la Medicina constitucional desde las ideas hipocráticas e influjos paracélsicos, para dar amplia cima del concepto «unitario» del hombre sano o enfermo sumergido en un sistema de relaciones psicofísicas.

Si recordamos los trabajos de Cabanis, a finales del siglo XVIII, sobre Hipócrates, sobre las relaciones físicas y morales del hombre, de las influencias de las enfermedades sobre la formación de las ideas y afecciones morales del individuo, llegaremos, pues, a las primeras ideas razonadas de la Medicina individualista, las mismas ideas por las que luchara nuestro insigne clínico Letamendi a finales del siglo pasado, en una época adversa para sus ideas del principio unitario que él propugnó: «el concepto individualista del hombre». Este criterio filosófico de vivir al enfermo, de observar la realidad una e indivisa del ser enfermo, ya que hay motivo para pensar que las enfermedades influyen en la personalidad, como decía el doctor Turró en su obra *Orígenes del conocimiento*, que «... un proceso febril altera el sentimiento y hasta el conocimiento de la propia personalidad, llevándonos a olvidarnos de quiénes somos...»

Y así llegamos a nuestros días con las ideas o conceptos de la Medicina psicosomática que defienden Bergmann, Siebeck, Carrel y, en especial, von Weizsaecker en Alemania. Así, pues, nos encontramos con idénticos observadores de una misma idea unitaria e individualista de la Medicina, sin que podamos decir que uno es al otro su precursor; son, en definitiva, inquietudes de la Medicina y de la Filosofía de cada tiempo, en este caso de profunda coincidencia, por ser en todo momento esencialmente anticartesianas.

Por todas estas breves consideraciones, el libro *Medicina y destino*, del doctor Aschner, aparece muy oportunamente y ofrece al médico una serie de sugerencias y métodos terapéuticos de extraordinario interés.

El libro, bien presentado por la Editorial Massó, forma un volumen de 326 páginas.

Dr. Conde Gargollo.

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR (8 de marzo de 1947.)

- Piodermitis crónica úlcero-serpiginosa*, por E. de Gregorio y T. Cisneros.
Don Juan Valera y la Medicina, por F. Javier Cortezo.
El demonio (aspecto folklórico médico), por Castillo de Lucas.
Novelas policíacas y Medicina, por J. Megías Velasco.

ACTAS DERMOSIFILIOGRAFICAS (Febrero, 1947. Número 5. Tomo 38.)

- Doctores Navarro Martín y Cadiñanos*.—Un caso de gangrena cutánea progresiva.
Doctor Barrio Meana.—Pústula maligna.
Doctor Carrillo Casás.—Organización de la Lucha contra la Lepra.
Doctor Iranzo.—Úlcera aguda Lipschutz.
Doctor Sicilia.—Penicilina en la sífilis.
Doctor Rodríguez Pascual.—La clorosina en la sífilis.

JORNAL DO MEDICO (Oporto, 1 de febrero de 1947.)

- Barros*.—Localizaciones apicales de la tuberculosis.
Guerreiro.—Casuística médico-legal de los accidentes del trabajo.
Castillo de Lucas.—Glosas endocrinas a un puñado de refranes.

(8 de febrero de 1947.)

- Fraga*.—Kala-azar en Portugal.
Debré.—Un niño y una enfermedad.
Guerreiro.—Proyección nacional de la Medicina del trabajo.

(15 de febrero de 1947.)

- Serras*.—Cultura médica y Clínica tropical.
Lopes.—Comité Nacional de Medicina y Farmacia militares.

(22 de febrero de 1947.)

- Castro*.—Fiebre tifoidea.
Sousa.—Enfermedad de Weil.
Castelo.—Urópatas célebres: Sainte Beuve.

REVISTA COLOMBIANA DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA

(Bogotá, junio de 1946.)

- Alvarez Riaño*.—Profilaxis y tratamiento del sarampión con suero de convalecientes por vía intradérmica.
Medina.—Resultados con la B. C. G. en Colombia.
Santodomingo.—Mortalidad maternal e infantil en Bogotá.
Otálora.—Enfermedad de Chagas.

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

(San Pablo (Brasil), diciembre de 1946.)

- Branco*.—El succinilsulfatiazol en la preparación de la Cirugía intestinal.
Bruno.—Flaminio Favero, nuestro maestro.

JOURNAL OF THE ROYAL ARMY MEDICAL CORPS (Londres, diciembre de 1946.)

- Shapland*.—Trastornos oculares asociados con desnutrición.
Robinson.—Problemas médicos de los prisioneros de guerra del Asia.
Findlay y Abrahams.—Frecuencia de la existencia de estafilococos en la nariz y en la piel de africanos y europeos en el Africa Occidental.
Mann.—Desinfección.
Sim.—Valoraciones cuantitativas en el diagnóstico psiquiátrico.
Shaw.—Profilaxis de la neumonía en los nativos del Africa Oriental.

PROCEEDINGS OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE (Londres, enero de 1947.)

- Forster*.—Otología en los escolares.
Jones.—Mieloesclerosis con cuadro sanguíneo leucemioide.
Petch.—Xantomatosis.
Lewis.—Sarcoma de los bronquios.
Mimpriss.—Neurofibroma del estómago en la enfermedad de Recklinghausen.
Priddis.—Aneurisma circoide.
Pines.—Operación de Denig en el tracoma.
Lister.—Catarata diabética y endocrina.
Codtfredsen.—Síntomas neurooftalmológicos en los tumores malignos nasofaríngeos.
Law.—Escotoma después de neuritis retrobulbar.

BULLETINS ET MEMOIRES DE LA SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

(8-15 de noviembre de 1946.)

- Benard, Rambert, Gadjos, Lafontaine y Durand*.—Síndrome de agranulocitosis.
Lemierre, Reilly, Morin y Alison.—Endocarditis maligna lenta.
Cachera y Gerbaux.—Ictericas catarrales con edemas.
Donzelot, Kaufmann y Escalle.—Tratamiento de 55 casos de endocarditis lenta por la penicilina.
Monges, Recordier y Paillas.—Septicemia por estafilococos.
André, Coulonjou y Feillard.—Acrodinia en el adulto.
Gilbert, Zarachovicht y Herrault.—Meningitis postabortum por neumobacilo de Friedlander.
Pasteur, Dutailis y Domart.—Osteomielitis lumbosacra con supuración intrarraquídea.
Gennes, Bricaire y Larocne.—Dermatosis por penicilina.
Boulin, Uhry y Pierat.—Gangrena diabética y tétanos.
Fontaine y Warter.—Los reflejos cutáneos abdominales en un caso de suprarrenaloma.

PORTUGAL MEDICO

(Oporto, diciembre de 1946.)

- Monteiro*.—Radiología y Anatomía.
Sousa.—Malformaciones del aparato genital femenino.

A MEDICINA CONTEMPORANEA

(Lisboa, julio de 1946.)

- Resina*.—Fractura de Colles.
Peixoto.—Elefantiasis nostra gigante.

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. INFORMATARIO PROFESIONAL: *Sección oficial*.

BOLETIN DE LA SEMANA

CONSECUENCIA DE LA LLUVIA

Debemos advertir a nuestros queridos amigos y lectores que el retraso que haya sufrido nuestro número del día 8 de los corrientes en llegar a sus manos no se debe en ningún aspecto a culpa nuestra. EL SIGLO MÉDICO estaba, como todos los sábados, impreso, empaquetado y embolsado para su salida a Correos, pero fué inútil. La Administración de Correos no admitía paquetes ni impresos más que para el interior de Madrid y la región Norte de España, por encontrarse interrumpidas o dificultadas grandemente las comunicaciones con Levante, Mediodía y el Oeste.

A ello se debe que nuestra revista se repartiera puntualmente en Madrid y en las poblaciones del Norte y que, en cambio, en las demás regiones haya sufrido retraso.

RAPSODIA MORAL

Desde hace algún tiempo se ha puesto de moda en la Prensa escribir artículos hablando mal del dinero. Hemos leído trabajos bien intencionados y bien escritos, y unos y otros nos han hecho pensar la oportunidad de decir algo a favor del dinero, a quien se ha puesto por algunos como *chupa de dómine*.

El dinero es una de las creaciones más nobles de la civilización humana, y no tiene gracia que ahora se le insulte y se le desprestigie precisamente porque *andamos mal de dinero*. ¿Qué culpa tiene él?

El dinero, lo que nosotros llamamos *dinero*, *monises*, *pesetas*, *luz*, *tela*, etc., etc., según la mayor o menor dignidad con que a él nos refiramos, es indudable que procede de la plata, como voz y sentido expresivo del *argentum* latino y de su significación parigual con el griego y lenguas anteriores. Y precisamente este nombre de plata, de *argentum*, es la expresión del metal más blanco y más limpio, más puro, como si se hubiera querido encerrar el significado de su empleo en algo que retratará su intención.

Porque la intención del dinero no puede ser más altamente noble. Lo que ocurre es que los hombres, que somos capaces de pervertirlo todo, hemos acabado por confundir la noble plata, límpida, brillante, con una serie de papeles como si nos diera ver-

güenza dar una moneda de plata en los tratos poco limpios con que ahora se anda por el mundo.

No hay concurso más liberal y justo que el abierto desde los principios de la civilización para alcanzar el premio del dinero. En este concurso no hay programa más que de tres temas: la constancia, el valer y la severidad en las costumbres. Con éstos temas bien desarrollados, todos los hombres han conseguido el premio del dinero. Y ese premio siempre ha tenido un alto valor moral para quien lo conseguía. Significaba su independencia, su libertad y su tranquilidad en los años en que ya las energías abandonan y es preciso vivir, no de lo que se hace, sino de lo que se ha hecho, que son las obras y los hijos.

Pero he aquí que la malicia humana ha pervertido tan sencillo mecanismo de honrarse con el dinero y de honrar al dinero, y, saltándose a la torera los sencillos enunciados del programa del concurso al dinero, lo ha sustituido por toda serie de bellaquerías y de manejos inconfesables.

El resultado es que la plata ha desaparecido, y los papeluchos, arrugados y mugrientos, van a saldar las transacciones vergonzosas y a engordar ficticiamente las columnas de las cuentas corrientes y de las liquidaciones testamentarias.

Nunca ha habido más millonarios que en estos tiempos, y, sin embargo, nunca ha habido menos dinero, menos constancia en el trabajo y menos limpieza de proceder.

Yo no sé, en las juventudes del día, adónde acabará por llegar el desprecio del dinero: *del dinero de hoy*, que tan fácilmente se gana en una transacción, un corretaje o una influencia, como se gasta en los más estúpidos lujos.

Tales son los fundamentos del poco aprecio del trabajo, de la carestía de la vida, de la inmoralidad de las costumbres.

A través de las pasadas conmociones sufridas por el mundo, nunca se registró este fenómeno si no fué en la época del primer Imperio francés, y ello en medida infinitamente menor que ahora.

Es grave el problema, muy grave, y no se atiende a él desprestigiando al dinero, sino ensalzándole, volviéndole a su real y primitivo valer.

La vida pobre, la vida sencilla, la moral severa en las costumbres, serán las únicas capaces de vencer a nuestras juventudes de que el dinero

no es villano despreciable para cogerle con arterias y gastarlo con inconsciencia.

Imaginaos todos lo que sería de nuestro mundo social si aún contáramos por reales. Ninguno de los problemas del día tendría existencia. Lo que no se puede hacer es acostumbrar a la gente sin experiencia de la vida a que es necesario conseguir 3.000 pesetas mensuales para pagar el piso en que poder fundar una familia, 60.000 duros para poder tener un automóvil que ayude en el trabajo y 250 pesetas diarias para poder desayu-

nar, comer y cenar una familia del término numérico medio entre las nuestras.

Vamos a intentar hablar bien del dinero; vamos a honrarle, vamos a organizarle un homenaje nacional, precisamente ahora que se organiza el dedicado al príncipe de los Ingenios españoles, al altísimo espíritu de don Miguel de Cervantes Saavedra, que todos sabemos que murió sin tener cuenta corriente en ningún Banco nacional.

DECIO CARLÁN.

Informatorio profesional

CARTA ABIERTA

dirigida a los compañeros de 1922 para organizar las Bodas de Plata con la Medicina.

Sr. D.

Muy querido amigo y compañero: En el ánimo de todos está el celebrar las Bodas de Plata, que en este año de 1947 contraemos con nuestra carrera.

Con el fin de dar a esta solemnidad, no un gran esplendor, pero sí la máxima y cordial expresión de confraternidad, haciéndonos vivir durante unos días los gratos recuerdos de los años escolares, deseáramos contar con tu adhesión e iniciativas para la mejor organización de estos actos.

En principio, se ha pensado reunirnos los días 16 y 17 de mayo, que por corresponder entre dos fiestas representan un mínimo de trastorno para el viaje a los compañeros de provincias.

El día 16 de mayo, que es viernes, se haría la congregación en el claustro de San Carlos, frente al infiteatro pequeño, a las diez de la mañana.

A las once se celebrará una misa por nuestros maestros y condiscípulos fallecidos, y cuya lista se leerá para recomendar su alma a Dios.

A las doce, clase por los maestros supervivientes, que nos hablarán de los avances médicos en estos veinticinco años.

A las dos, comida en un restaurante popular, recordándonos el banquete de fin de carrera.

Por la noche, en una sala de fiestas, se organizaría un festival en honor de nuestras esposas e hijas, con lo que se estrecharían nuestros vínculos de amistad al conocerse las familias.

Día 17, sábado.—La mañana y la tarde se dedicarían a visitar servicios, clínicas, museos, laboratorios y Centros donde prestan servicios los médicos residentes en Madrid, que atenderán a compañeros forasteros y familiares.

Por la noche, banquete de despedida en un céntrico hotel, con asistencia de las familias.

Esperando tu contestación, haciéndonos constar el número de familiares que te acompañen, para la mejor organización de los actos, quedan tus antiguos amigos, que desean abrazarte.—*Sorrosa Pineda, Pardo Urdapilleta, Azcona Medina, Fernández Bordas, García Jiménez, González Díaz, Lizasoain, Meana Negrete, Dorronsoro, Campo Cardona, etc.*

Correspondencia: Castillo de Lucas. Marqués de Cubas, 9, Madrid.

SECCION OFICIAL

DECRETO de 21 de febrero de 1947, orgánico del Cuerpo de Médicos del Registro Civil.

El Cuerpo de Médicos del Registro Civil, denominación que por primera vez les dió la Real Orden de 28 de febrero de 1879, al atribuir a los mismos las funciones de reconocimiento de cadáveres, que antes estaban encomendadas a los Forenses, ha sufrido desde dicha fecha diversas modificaciones.

La reorganización del Cuerpo dispuesta por el Real Decreto de 4 de enero de 1915 fué modificada en 9 de enero de 1925. Por Decreto de 31 de octubre de 1931 se suprimieron los Médicos del Registro Civil, restableciéndose el Cuerpo por la Orden de 27 de julio de 1939, que declaró vigente en su totalidad la legislación que lo regulaba al ser suprimido.

Esta diversidad de disposiciones aconseja la conveniencia de proceder a una reglamentación orgánica del mismo, atribuyendo a dichos facultativos las debidas garantías y estableciendo la adecuada ordenación de los importantes servicios que les están encomendados.

A dicha necesidad responde el presente Decreto, en el que se concede a los Médicos del Registro Civil el carácter de funcionarios públicos, se regula el ingreso en el Cuerpo, para el que se establece el sistema de oposición, en sustitución del de provisión por concurso actualmente vigente, así como la percepción de honorarios por dichos facultativos, licencias, sustituciones y normas para cubrir las vacantes.

En mérito de lo expuesto, a propuesta del Ministro de Justicia, y previa deliberación del Consejo de Ministros,

• DISPONGO:

Artículo 1.º El Cuerpo de Médicos del Registro Civil estará formado por los actuales Médicos propietarios y suplentes del Registro Civil de España, correspondiendo la inspección y jurisdicción disciplinaria sobre el mismo al Ministro de Justicia, por medio de la Dirección General de los Registros y del Notariado y ejercida por delegación en los Jueces de Primera Instancia.

Art. 2.º Los Médicos del Registro Civil tendrán la consideración de funcionarios públicos y derecho a usar el correspondiente carnet de iden-

idad, que les será expedido por la Dirección General de los Registros, y como distintivo de sus cargos ostentarán en la solapa una placa de plata de 20 milímetros de diámetro, con fondo irradiado, conteniendo la Cruz de Malta en esmalte blanco, con los atributos de la Justicia y la inscripción «Registro Civil».

Art. 3.º El ingreso en el Cuerpo se verificará exclusivamente por oposición entre Doctores o Licenciados en Medicina y Cirugía.

Las oposiciones se celebrarán en Madrid, ante un Tribunal formado por el Director general de los Registros y del Notariado, que actuará de Presidente, y como Vocales, por un oficial Letrado del Cuerpo Facultativo de dicho Centro directivo, un Letrado del Ministerio de Justicia adscrito a la Subdirección General de Justicia Municipal y dos Médicos del Registro Civil de los Juzgados de Madrid, el más moderno de los cuales actuará de Secretario del Tribunal.

El Reglamento al que hayan de ajustarse las referidas oposiciones se aprobará por Orden ministerial.

Art. 4.º Las categorías en el Cuerpo de Médicos del Registro Civil serán las siguientes:

Primera categoría: Registros Civiles de Madrid y Barcelona.

Segunda categoría: Registros Civiles de poblaciones mayores de 100.000 habitantes.

Tercera categoría: Registros Civiles de los restantes Juzgados Municipales.

Art. 5.º Existirá un Médico del Registro Civil en cada uno de los Juzgados Municipales de capitales de provincia y poblaciones mayores de 20.000 habitantes, a excepción del Juzgado número 21 de Madrid, en que no habrá funcionarios de esta clase.

En las poblaciones donde existan Juzgados Municipales sin oficina del Registro Civil, los Médicos se turnarán mensualmente en los servicios de reconocimiento, en forma análoga a la que está establecida para el despacho del Registro Civil por los Jueces municipales.

La computación del número de habitantes, a efectos de lo establecido en el párrafo primero, se hará teniendo en cuenta la población de derecho que figura en el último censo oficial del Estado.

Art. 6.º Los Médicos del Registro Civil se sustituirán entre sí en caso de vacantes, licencia, enfermedad u otro motivo legal. Si dicha sustitución no fuera posible por existir un solo funcionario de dicha clase, o, de haber varios, no pudieran actuar por cualquier motivo legal, la sustitución del Médico del Registro Civil corresponderá al Forense o, en su defecto, al de cabecera, que percibirá los derechos señalados a aquéllos.

Art. 7.º Corresponde a los Médicos del Registro Civil el servicio de reconocimiento de los cadáveres y comprobación de defunciones, que verificarán antes de transcurridas las dieciocho horas de ocurrido el acto y dentro de las cuatro posteriores de haberle sido comunicado por el Registro.

Se empleará en el reconocimiento el sistema de reacción Lecha Marzo u otro cualquiera que la

Real Academia de Medicina considere más perfecto.

Art. 8.º Para el reconocimiento facultativo prevenido en el artículo anterior, las personas a que se refiere el artículo 76 de la Ley del Registro Civil vendrán obligadas a dar cuenta del fallecimiento al Juzgado Municipal correspondiente, incurriendo si no lo hicieran en la responsabilidad a que hubiere lugar.

Recibido el aviso, el Médico del Registro Civil practicará el reconocimiento y extenderá la diligencia de comprobación al dorso de la certificación expedida por el de cabecera o en papel común, haciendo constar las circunstancias determinadas por el artículo 77 de la Ley del Registro Civil.

Cuando en el reconocimiento aparezcan indicios de criminalidad, el Médico dará conocimiento al Juez Municipal, el que lo comunicará a su vez al Juzgado de Instrucción competente.

Art. 9.º El servicio de reconocimiento de cadáveres será gratuito cuando se trate de persona legalmente pobre. En los demás casos, los Médicos del Registro Civil tendrán derecho a la percepción de honorarios con arreglo a la siguiente escala gradual:

a) Diez pesetas en los sepelios cuyo importe no exceda de 250 pesetas.

b) Veinte pesetas en los superiores a dicha cantidad e inferiores a 750 pesetas.

c) Treinta pesetas en los que excedan de la expresada cifra sin pasar de 1.500; y

d) Cincuenta pesetas en los sepelios superiores a esta última cantidad.

A dichos efectos se tendrán en cuenta los gastos del entierro exclusivamente, sin computar los de funeral ni sepultura.

Los referidos derechos se harán efectivos por los funcionarios del Registro al verificarse la correspondiente inscripción de defunción.

Art. 10. Para la inscripción de nacimientos en el Registro Civil, el Jefe de la Maternidad, Clínica, Médico, Profesora o Matrona que asistieran al parto vendrán obligados a dirigir al Juez Municipal correspondiente una comunicación, sin la cual no se podrá verificar la inscripción en el libro del Registro, en la que harán constar los extremos siguientes:

a) Identidad del recién nacido y su sexo.

b) Día y hora del nacimiento.

c) Domicilio en que haya tenido lugar el nacimiento.

Recibido el parte, si existiera concordancia entre el mismo y las manifestaciones de la persona que compareciera en el Registro Civil a verificar la inscripción, se practicará ésta; en otro caso, procederá a exigir la responsabilidad a que hubiere lugar.

Si no se hubiera cursado el parte por las personas a que se refiere el párrafo primero de este artículo, el Juez municipal dispondrá que, previa comprobación del hecho por el Médico del Registro Civil, se expida por el mismo la comunicación comprensiva de los extremos enumerados, y se procederá en la forma que en el párrafo anterior

se previene, exigiendo, en su caso, la responsabilidad a que hubiere lugar.

Art. 11. Las vacantes de Médicos del Registro Civil se sacarán previamente a concurso de traslado por antigüedad de servicios efectivos en la categoría entre funcionarios de la misma población.

Las que resultaran desiertas se sacarán nuevamente a concurso de antigüedad de servicios efectivos en la categoría entre funcionarios de las restantes poblaciones, y las que no se cubrieran se turnarán nuevamente a antigüedad en la carrera entre los referidos funcionarios. Finalmente, se sacarán a oposición libre las resultas de los anteriores concursos.

Cuando la antigüedad de los concursantes fuere la misma, se adjudicará la plaza al funcionario de



(Aprobado por la Censura Sanitaria)

superior categoría, y de ser ésta igual, al de mayor edad.

Los concursos se anunciarán periódicamente por la Dirección General de los Registros en el *Boletín Oficial del Estado*, concediéndose un plazo de quince días para que los Médicos del Registro Civil puedan formular sus solicitudes.

Los funcionarios excedentes forzosos tendrán derecho preferente a ocupar la primera vacante que se anunciare a concurso, y los que lo fueran con carácter voluntario podrán tomar parte en el concurso, determinándose su categoría por la del Juzgado que últimamente hubieren servido.

Art. 12. El cargo de Médico del Registro Civil es compatible con el ejercicio de la asistencia facultativa y, en general, con todo cargo profesional que no sea el de Médico Forense o de la Beneficencia Municipal.

Ningún cadáver será reconocido por el Médico del Registro Civil que hubiere prestado asistencia facultativa como Médico titular o de la familia.

Art. 13. En las materias referentes a licencias, excedencias y correcciones disciplinarias, serán de aplicación a los Médicos del Registro Civil las normas que establece la Ley de Bases de funcionarios públicos de 22 de julio de 1918 y Reglamento para su aplicación de 7 de septiembre del mismo año.

Se considerarán faltas graves el percibo de honorarios no autorizados, y faltas muy graves, sin perjuicio de la responsabilidad criminal a que hubiere lugar, la falsedad en las certificaciones, negligencias en el reconocimiento, ya sea por maliciosa consignación de datos o por no haber efectuado el servicio. Las faltas leves serán castigadas por el Juez municipal; las sanciones por faltas graves y muy graves sólo podrá imponerlas el Ministerio de Justicia.

La concesión de licencias corresponderá al Juez municipal respectivo cuando no exceda de quince

días, y las de mayor duración, a la Dirección General de los Registros.

Disposición transitoria.

Se suprimen los Médicos suplentes del Registro Civil, y los que en la actualidad tengan esta categoría pasarán a la de propietarios. No obstante, si no existiere número suficiente de plazas en la población en que prestaren sus servicios, continuarán como suplentes, con derecho a ocupar la primera vacante que en la misma se produzca, y podrán tomar parte en los concursos que se anuncien para cubrir plazas en otras poblaciones.

Disposición final.

Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a los preceptos contenidos en el presente Decreto, y autorizado el Ministro de Justicia para dictar las disposiciones necesarias para su debida aplicación y cumplimiento.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en Madrid a 21 de febrero de 1947.—Francisco Franco.—El Ministro de Justicia, Raimundo Fernández Cuesta y Merelo.

(B. O. del E. de 12-III-1947.)

ORDEN de 25 de febrero de 1947 por la que se convoca concurso-oposición para cubrir seis plazas de Profesores adjuntos en la Escuela de Odontología de Madrid.

Ilmo. Sr.: A propuesta del Rectorado de la Universidad de Madrid, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7.º de la Orden de 5 de diciembre de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* del 19),

Este Ministerio ha resuelto:

Primero. Convocar el concurso-oposición determinado en la Ley de 29 de julio de 1943 para cubrir seis plazas de Profesores adjuntos, con la gratificación anual de 6.000 pesetas, en la Escuela de Odontología de la expresada Universidad y adscritas a las siguientes enseñanzas:

1. Odontología, primer curso.
2. Odontología, primer curso
3. Odontología, segundo curso.
4. Profilaxis dental y Ortodoncia.
5. Profilaxis dental y Ortodoncia.
6. Prótesis.

Segundo. El plazo de convocatoria será el de treinta días naturales, contados a partir del siguiente al en que se publique la presente Orden en el *Boletín Oficial del Estado*, ajustándose el concurso-oposición a lo que para los de esta clase ha dispuesto esa Dirección General en su Orden del día 1 del corriente mes (*Boletín Oficial del Estado* de 11 de febrero).

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 25 de febrero de 1947.—Ibáñez Martín.
Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 7-III-1947.)

DIRECCIÓN GENERAL DE BENEFICENCIA Y OBRAS SOCIALES.—Convocando concurso de méritos y servicios para la provisión de seis plazas de Médicos internos de la Beneficencia general.

En cumplimiento de lo dispuesto por la Orden de este Ministerio de 20 de los corrientes, se convoca a concurso de méritos y servicios, de conformidad con la vigente Ley de Presupuestos y Reglamentos del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia general, de 31 de marzo de 1925, y del de Médicos Internos y Alumnos de Prácticas, seis plazas de Médicos internos de la Beneficencia general, con destino al Hospital de la Princesa, de Madrid, dotadas con el sueldo anual de 5.000 pesetas. Y para el debido conocimiento de los interesados de las normas a seguir, se detallan a continuación las condiciones necesarias para poder tomar parte en dicho concurso, forma de su celebración y demás reglas especiales a él referentes:

1.^a El número de plazas a cubrir en el concurso de méritos y servicios es el de seis (dos plazas para el Servicio de Medicina, tres plazas para los Servicios de Cirugía general y una plaza para el Servicio de Cirugía urológica), las que se cubrirán por el orden y la forma que determinan la Ley de 25 de agosto de 1939 y Decreto de 7 de mayo de 1942.

2.^a El plazo de presentación de solicitudes para los que pretendan tomar parte en el concurso será el de veinte días naturales, a contar del de la publicación de esta convocatoria en el *Boletín Oficial del Estado*, debiendo presentarse dichas instancias únicamente en esta Dirección General de Beneficencia, Sección de Beneficencia General, y exclusivamente a las horas de oficina.

3.^a En las instancias se especificará por cada compositor el grupo en que pretenden prestar sus servicios, con exclusión de los demás, dado el carácter de especialidad que revisten éstos.

4.^a Las instancias deberán ser elevadas al Director general de Beneficencia y Obras Sociales, y acreditar, mediante los correspondientes documentos, los siguientes extremos:

a) La cualidad de ser español.

b) Título de licenciado o doctor en Medicina, o testimonio notarial del mismo, justificando haber terminado la carrera dentro de los cuatro últimos años, entendiéndose por fin de carrera la fecha de aprobación de la última asignatura del período de licenciatura.

c) Justificación de méritos y servicios.

d) Certificación del Registro de Penados y Rebeldes.

e) Certificado de buena conducta moral y adhesión al Movimiento nacional, justificada, a juicio del Tribunal, por informe de la Alcaldía, del Jefe de F. E. T. y de las J. O. N. S. y de las correspondientes autoridades, así como los datos y noticias que pueda aportar el interesado o solicite el Tribunal.

5.^a Al presentar las solicitudes para tomar parte en el concurso deberán ingresar en la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales 50 pesetas como cuota de inscripción, cuota que será devuelta a los que definitivamente sea excluidos de figurar en la relación de concursantes, por acuer-

do de esta Dirección General o del Tribunal, en su caso, por no reunir las condiciones exigidas.

6.^a Además de la calificación de los méritos y servicios que puedan aportar los aspirantes a este concurso, harán una prueba de aptitud que sirva al Tribunal calificador de un elemento valioso de selección ante el frecuente caso de valoraciones muy análogas que proporcionan los méritos académicos. Dicha prueba consistirá en un ejercicio escrito sobre un tema único para todos los aspirantes, sacado a la suerte de entre un número determinado que dará a conocer el Tribunal previamente.

7.^a Haber efectuado el período del servicio militar activo, o presentar justificante de estar exento del mismo.

8.^a El cargo de Médico interno será incompatible con otro cargo análogo de hospitales, casas de socorro y otros Centros hospitalarios del Estado, Provincia o Municipio.

9.^a Terminado por el Tribunal el examen y calificación de los méritos académicos, servicios, publicaciones, etc., que los aspirantes hubiesen presentado, serán éstos convocados por el Tribunal por anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*, con ocho días de antelación, y en este acto se les dará a conocer un cuestionario de diez temas para cada grupo de plazas anunciadas. Transcurrido el plazo mínimo de seis días serán convocados de nuevo, mediante aviso fijado en el tablón de anuncios oficiales del Hospital de la Princesa. Para cada grupo de plazas será sacado a la suerte un tema del respectivo cuestionario, el cual desarrollarán por escrito los aspirantes en el plazo máximo de tres horas. Los pliegos serán entregados al Secretario del Tribunal en sobre cerrado, con la firma del interesado. Ante el Tribunal se dará lectura de esos ejercicios por los interesados, y aquél agregará la calificación que de ellos forme a la practicada sobre los méritos anteriormente examinados, para elevar la propuesta de adjudicación de plazas a esta Dirección General de Beneficencia.

10. Los aspirantes que no se presenten a efectuar este ejercicio quedarán excluidos de este concurso.

11. El período de permanencia en dichas plazas será el de cuatro años.

12. El Tribunal calificador estará compuesto del Presidente, cuatro Médicos de número del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General y otros cuatro Facultativos, representantes, respectivamente, de la Sanidad nacional, Facultad de Medicina. Delegación Nacional de Sanidad de Falange Española Tradicionalista y de las J. O. N. S. y Colegio Oficial de Médicos de la provincia. El Tribunal podrá funcionar con cinco de sus miembros.

13. El Tribunal elevará a la superioridad, en el plazo de tres días de terminado el examen del concurso, la propuesta de nombramiento a favor de los designados.

Dios guarde a V. S. muchos años.

Madrid, 26 de febrero de 1947.—El Director general, Manuel Martínez de Fena.

Sr. Jefe de la Sección de Beneficencia General.

(B. O. del E. de 7-III-1947.)

DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA UNIVERSITARIA.—*Declarando admitidos a los aspirantes que se citan al concurso-oposición de varias plazas en la Escuela de Medicina Legal.*

Finalizado el plazo fijado por el artículo 17 del Decreto de 18 de septiembre de 1935,

Esta Dirección General hace público lo siguiente:

1.º Que el Tribunal que juzgará el concurso-oposición anunciado para la provisión de varias plazas en la Escuela de Medicina Legal, convocado por Ordenes de 15 de octubre y 16 de noviembre de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* de 12 de noviembre y 9 de diciembre del mismo año), con la modificación a que alude la de 16 de diciembre (*Boletín Oficial del Estado* de 7 de enero de 1947), no ha sufrido modificación.

2.º Se declaran admitidos definitivamente, a las plazas que se indican, los aspirantes siguientes:

Jefe de Sección de Medicina Social: don Regino Saldaña Debesa.

Auxiliar de Toxicología: don Bonifacio Piga Sánchez-Morate y don José Blas de la Cruz.

Auxiliar de Tanatología medicolegal: don Antonio Fernández Martín, don José González Bernal, don Modesto Martínez Piñero y don José Molina Caballero.

Auxiliar de Identificación: don Manuel Casas y Ruiz del Arbol, don Francisco Ladrón de Guevara y González y don Juan de Isasa y Adaro.

Auxiliar de Biología medicolegal: don José Pérez de Petinto y Alonso Martínez.

Auxiliar de Clínica medicolegal: don José Luis Tena Núñez, don Juan Moral Torres y don Jerónimo Iborra García.

Ayudantes de Química legal: don Guillermo Tena Núñez.

Ayudante de Radiólogo: don Manuel Casas y Ruiz del Arbol y don Daniel Ortega Lechuga.

3.º Que en cumplimiento del párrafo segundo del artículo 13 del Reglamento de 25 de junio de 1931, con esta misma fecha se remiten al señor Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid los expedientes para que el Presidente del Tribunal pueda convocar, para su práctica, el concurso-oposición.

Madrid, 19 de febrero de 1947.—El Director general, *Cayetano Alcázar*.

(*B. O. del E. de 9-III-1947.*)

ORDEN de 19 de febrero de 1947 por la que nombra Jefe de la Sección de Bacteriología del Instituto Provincial de Sanidad de Barcelona a don Justo Covalada Ortega, Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de aquella capital.

Ilmo. Sr.: Vacante la Jefatura de Sección de Bacteriología del Instituto Provincial de Sanidad de Barcelona, por pase a la situación de excedente voluntario del titular de la misma,

Este Ministerio, de conformidad con lo prevenido en el artículo 20 del Decreto de 27 de enero de 1941, sobre coordinación de servicios sanitarios y asistenciales con la enseñanza, así como lo dispuesto en la base 20 de la Ley de Bases de

Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, ha tenido a bien nombrar Jefe de la Sección de Bacteriología del Instituto Provincial de Sanidad de Barcelona a don Justo Covalada Ortega, catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de aquella capital.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 19 de febrero de 1947.—P. D., *Fernández Valladares*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(*B. O. del E. de 10-III-1947.*)

DIRECCIÓN GENERAL DE MARRUECOS Y COLONIAS. Anunciando concurso para la provisión de la vacante de Médico de Asistencia Pública Domiciliaria del Ayuntamiento de Sidi-Ifni (Africa occidental española).

Vacante en el Ayuntamiento de Sidi-Ifni (territorio de soberanía de Ifni, en Africa occidental española) la plaza de Médico de Asistencia Pública Domiciliaria, dotada en el vigente presupuesto de la citada Corporación con el sueldo anual de 4.000 pesetas y gratificación, también anual, de 6.730 pesetas, se anuncia su provisión en propiedad por concurso de méritos, con arreglo a las siguientes condiciones generales:

1.ª Podrán tomar parte en este concurso todos los varones que pertenezcan al Cuerpo Nacional de Médicos de Asistencia pública Domiciliaria y que estén escalafonados en el mismo.

2.ª La resolución de este concurso estará sujeta a las preferencias que establece la Ley de 25 de agosto de 1939 para la provisión de plazas en la Administración del Estado, Provincias y Municipios. Los que tengan derecho a ser incluidos en cualquiera de los turnos preferentes que establece dicha Ley lo harán constar en su instancia.

3.ª El plazo de admisión de solicitudes será de treinta días naturales, contados a partir de la publicación de este concurso en el *Boletín Oficial del Estado*. Las instancias, dirigidas al ilustrísimo señor Director general de Marruecos y Colonias, se remitirán o presentarán en dicha Dirección General (avenida del Generalísimo, número 5).

La documentación mínima a acompañar a las mismas será:

a) Partida de nacimiento, siendo válida la extractada.

b) Certificado, expedido por el Servicio local antituberculoso de la residencia del interesado, acreditativo de no padecer lesión de este tipo.

c) Los que aleguen en su instancia estar comprendidos en los turnos preferentes a que se refiere la base segunda, el documento o documentos que acrediten este derecho.

d) Cuantos documentos y certificados consideren oportunos acompañar en justificación de los méritos y servicios que aleguen.

4.ª El designado, aunque funcionario municipal, tendrá los mismos derechos que los del Estado destinados en Africa occidental española, o sea disfrute de licencia colonial de cuatro meses cada dos años, abono de gastos de viaje de incorpora-

ción y regreso del interesado y sus familiares, y beneficios que aquéllos tengan reconocidos.

Madrid, 4 de marzo de 1947.—El Director general, José Díaz de Villegas.

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

ORDEN de 7 de marzo de 1947 por la que se confirma con la categoría de Jefes de Negociado de tercera clase en sus cargos de Médicos puericultores del Estado, de la plantilla de los Servicios de Higiene Infantil, a los señores que se expresan.

Ilmo. Sr.: En ejecución de la vigente Ley de Presupuestos,

Este Ministerio ha tenido a bien confirmar, con la categoría de Jefes de Negociado de tercera clase y efectividad de 1 de enero último, en sus cargos de Médicos puericultores del Estado, a los siguientes Médicos de la plantilla de los Servicios de Higiene Infantil, que actualmente disfrutan el haber anual de 7.200 pesetas:

Don Félix Martínez García, don Braulio García Sánchez de la Plaza, don Lorenzo Sánchez de León, don José Soriano de la Romera, don Enrique Iturriaga González, don José Boix Barrios, don José Moltó Santonja, don Ramiro Picón Marasa, don Leoncio Areal Herrera, don Ratael Aguado Sanz, don Luis Navas Migueloa, don José María Quintero Guerrero, don Amalio Fernández Delgado de la Peña, don Ceferino Rodríguez Rodríguez, don Lorenzo Loste Echeto, don Eduardo Verástegui Fraile, don José Vida Lumpié, don Manuel Laffont Soto, don Avelino González Fernández, don Ramón María Calzada Rodríguez, don Anselmo Allúe Horna, don Fernando Manrique Zunzunegui, don Tomás Infante Arias, don Mariano Macéin Rodríguez, don Joaquín Ezcurrea Sánchez, don Juan Antonio Ruiz Santamaría, don Tomás Herrera Martínez, don José Antonio Romero Gallardo, don Emilio Burgos Guindos, don Rafael Alemany Soler, don Manuel Navarro García, don Serapio Pajares García, don Pedro María Castro Enrici, don Vicente Jiménez González, don Jaime Magaz Fernández de Henestrosa, don Félix García Palacios, don Manuel Bueno Pajardo, don Rafael Ramos Fernández, don Antonio Galdó Villegas, don Agapito Argüelles Terán, don Enrique Vilaplana Satorre, don Fernando Pons Ibáñez, don Manuel Blanco Otero, don Federico Rodrigo Palomares, don Julio Mowbray Barberán, don Julián T. Rubio García, don Fernando Alvez Santos, don Pedro José Casalilla Illescas, don Rafael Fernández Crehuet, don Vicente Sancho Pasquén, don Angel Rodríguez Almeida, don Escolástico Valero Vega, don Angel Alique Tomico, don Jerónimo Pou Díaz, don

Luis Torres Marty, don Juan Rodrigo Bigne, don Javier Muguruza Alberdi, don Luis Ciller Ochando, doña Herminia Adrados Vicente, doña Ascensión Ariz Elcarte, don Manuel Blanc Rodríguez, don Santiago Aspiazú y Mota, don Carlos Bardají Jiménez, don Roberto del Castillo Esparza, doña Matilde Pérez Jover, don Felipe Altozano Guadalix, don Vicente Sevilla Larripa, don Alejandro García Montés, don Faustino Zapatero Ballesteros, don Manuel Suárez Perdiguerro, don Darío García Díaz, don Gonzalo Gangoi Varela, don Juan Vergara Gómez, don José María Mingo de Benito, don Rafael Jiménez Quiñones y don Ramón Jiménez Mayor, que seguirán percibiendo el correspondiente sueldo de 7.200 pesetas del capítulo primero, artículo primero, grupo sexto, concepto décimo de la Sección tercera del presupuesto vigente, y quedando asimismo confirmados en los destinos que actualmente desempeñan; debiendo procederse por las respectivas Jefaturas a extender en los títulos administrativos de los interesados la consiguiente diligencia de confirmación en la categoría administrativa que por la citada Ley se les confiere.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 7 de marzo de 1947.—P. D., Pedro F. Valladares.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

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

ORDEN de 7 de marzo de 1947 por la que se confirma con la categoría de Jefes de Negociado de tercera clase en sus cargos de Médicos maternólogos del Estado, de la plantilla de los Servicios de Higiene Infantil, a los señores que se citan.

Ilmo. Sr.: En ejecución de la vigente Ley de Presupuestos,

Este Ministerio ha tenido a bien confirmar, con la categoría de Jefe de Negociado de tercera clase y efectividad de 1 de enero último, en sus cargos de Médicos maternólogos del Estado, a los siguientes Médicos de la plantilla de los Servicios de Higiene Infantil, que actualmente disfrutan el haber anual de 7.200 pesetas:

Don Francisco Cañellas Doménech, don Vicente Milió Mari, don Alberto Aparicio de Bessón, don César Fernández Ruiz, don Felipe Berdión Ceruelo, doña María García Escalera, don Mariano Zomeño Cobo, don Juan José Gómez y Gómez-Sigler, doña Ticianita Iturri Landajo, que seguirán percibiendo el correspondiente sueldo de 7.200 pesetas del capítulo primero, artículo pri-

MADREZAL

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

C. S.
6028

ES LA MEDICACION ESPECIFICA DE LA
HIPOGALACTIA

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

MADREZAL

mero, grupo sexto, concepto décimo de la Sección tercera del presupuesto vigente, y quedando asimismo confirmados en los destinos que actualmente desempeñan, debiendo procederse por las respectivas Jefaturas a extenderse en los títulos administrativos de los interesados la consiguiente diligencia de confirmación con la categoría administrativa que por la citada Ley se les confiere.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 7 de marzo de 1947.—P. D., *Pedro F. Valladares*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

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

PATRONATO NACIONAL ANTITUBERCULOSO. — *Resolución del concurso anunciado en 16 de enero último para proveer la plaza de Director del Sanatorio-Enfermería «Victoria Eugenia» y sus resultas.*

Visto el concurso anunciado entre Médicos Directores de Centros de este Organismo en 16 de enero último para proveer la Dirección del Sanatorio-Enfermería «Victoria Eugenia» (Madrid) y sus resultas,

Este Patronato ha tenido a bien resolver dicho concurso, adjudicando a los solicitantes que a continuación se relacionan las plazas que se indican:

Dirección del Sanatorio-Enfermería «Victoria Eugenia», a don Antonio Crespo Alvarez.

Dirección del Dispensario Antituberculoso del Distrito de Hospital, de Madrid, a don Jesús González Martín, quien regentará, además, en calidad de Jefe Clínico, un Servicio de ciento cincuenta camas en el Sanatorio-Enfermería «Victoria Eugenia».

Dirección del Sanatorio Infantil de San Rafael (Segovia), a don Juan Ramón Varela de Seijas.

Dirección del Dispensario Antituberculoso de Gijón, a don Eduardo Peñuelas Heras.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 20 de febrero de 1947.—El Delegado de S. E. el Ministro de la Gobernación-Presidente, *José A. Palanca*.

ORDEN de 3 marzo de 1947 por la que se aprueba el Reglamento de la Escuela Nacional de Tisiología.

Ilmo. Sr.: Creada la Escuela Nacional de Tisiología, y siendo necesario fijar las normas a que habrá de ajustarse la función de enseñanza e investigación de la misma, de acuerdo con lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad,

Este Ministerio ha tenido a bien aprobar el Reglamento de la Escuela Nacional de Tisiología que a continuación se inserta.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 3 de marzo de 1947.—*Pérez González*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad, Presidente Delegado del Patronato Nacional Antituberculoso.

Reglamento de la Escuela Nacional de Tisiología

CAPITULO PRIMERO

Misión y funciones de la Escuela Nacional de Tisiología.

Artículo 1.º La Escuela Nacional de Tisiología dependerá técnicamente de la Escuela Nacional de Sanidad, de la que constituye una filial, y administrativamente, del Patronato Nacional Antituberculoso. La Escuela Nacional de Tisiología tendrá como misión genérica la enseñanza e investigación de la Tisiología en todos sus aspectos, incluidas la Epidemiología y la Higiene Social de la tuberculosis.

Art. 2.º Como parte integrante de la Escuela Nacional de Sanidad, la Escuela Nacional de Tisiología se encuadra dentro de la Universidad española con el carácter de Escuela de Postgraduados.

Art. 3.º Las funciones de la Escuela Nacional de Tisiología serán de dos órdenes: a), docentes; b), de investigación.

Las funciones docentes comprenderán:

1.º Cursos de formación de especialistas tisiólogos entre Diplomados de Sanidad.

2.º Cursos de ampliación y perfeccionamiento para los anteriores y para el personal médico del Patronato Nacional Antituberculoso.

3.º Cursos de enseñanza tisiológica elemental, destinados a los Médicos de A. P. D. y a todos aquellos otros que, por su especial misión, deban poseer conocimientos tisiológicos.

4.º Cursos de perfeccionamiento y especialización para personal técnico auxiliar del Patronato Nacional Antituberculoso.

5.º Cursos de divulgación antituberculosa para determinados grupos profesionales y sociales.

Las funciones de investigación comprenderán:

1.º El fomento de la investigación sobre problemas de la especialidad en todos sus aspectos, según planes orgánicos trazados periódicamente por el Claustro.

2.º La protección y patrocinio de aquellas propuestas de trabajos que, emanadas de Médicos nacionales o extranjeros, hayan sido remitidas al Claustro para su examen y resultado, admitidos por el mismo.

3.º La orientación y patrocinio de tesis doctorales sobre temas de la especialidad tisiológica.

CAPITULO II

Estructura, personal y Servicios de la Escuela Nacional de Tisiología.

Art. 4.º Para el mejor cumplimiento de sus fines, la Escuela Nacional de Tisiología se estructura orgánicamente en la siguiente forma: Dirección, Subdirección, Claustro, Secretaría Técnica, Jefaturas de Investigación, Estudios, Epidemiología y Estadística, Terapéutica, Cirugía, Radiología, Otorrinolaringología, Dispensario Universitario, Clínicas de la Escuela y Administración.

Art. 5.º *Dirección.*—El Director de la Escuela Nacional de Tisiología, como Jefe nato de to-

dos los servicios, asumirá como funciones de su cargo:

1.^a La alta dirección científico-técnica y administrativa de la Escuela.

2.^a La representación de la misma en todas sus relaciones culturales y oficiales.

3.^a La Presidencia, con todas las prerrogativas inherentes a este carácter, del Claustro de la Escuela.

Art. 6.^o *Subdirección*.—El Subdirector de la Escuela Nacional de Tisiología tendrá como funciones:

1.^a Sustituir al Director de la Escuela en sus funciones durante las ausencias del mismo.

2.^a Asumir la Jefatura directa de cuanto se relaciona con prensa, publicaciones y difusión en general.

Art. 7.^o *Claustro*.

El Claustro, órgano consultivo y asesor de la Dirección, queda integrado por el Director de la Escuela, como Presidente del mismo; el Subdirector, el Jefe de la Sección de Estudios de la Escuela Nacional de Sanidad, el Secretario Técnico, como Secretario del Claustro, y los Jefes de Investigación, Estudios, Epidemiología y Estadística, Terapéutica, Cirugía, Radiología, Otorrinolaringología, Dispensario Universitario y Jefes Clínicos.

Art. 8.^o El Claustro reconocerá en todos los asuntos que afecten a la marcha fundamental de la Escuela y constituirá la base asesora de la Dirección para todas las decisiones que, emanando de ésta, se tomen en relación con las finalidades de la Escuela. A los efectos del mejor cumplimiento de sus funciones, el Claustro celebrará un mínimo de dos reuniones mensuales.

Art. 9.^o *Secretaría técnica*.—El Secretario técnico de la Escuela Nacional de Tisiología asumirá como funciones:

1.^a Llevar el libro de actas y cuanto se relacione con la Secretaría del Claustro.

2.^a Desempeñar la Secretaría directa de la Dirección de la Escuela.

3.^a Desempeñar la Secretaría de las publicaciones que la Escuela edite con carácter periódico.

4.^a Asumir la Secretaría de la Jefatura de Estudios.

5.^a Asumir la Jefatura directa del personal subalterno.

Art. 10. *Jefatura de Investigación*.—El Jefe de Investigación de la Escuela Nacional de Tisiología asumirá como funciones:

1.^a La Dirección de la Sección de Bacteriología.

2.^a La Dirección de la Sección de Anatomía patológica.

3.^a La Dirección de la Sección de Química.

Las tres Secciones expresadas integran el Servicio de Investigación de la Escuela de Tisiología.

Art. 11. *Jefatura de Estudios*.—El Jefe de Estudios de la Escuela Nacional de Tisiología asumirá como funciones:

1.^a La confección del plan docente anual, previamente acordado por el Claustro.

2.^a La redacción de los programas a desarro-

llar, tanto en los cursos generales como en los monográficos.

3.^a La propuesta a la Dirección de la Escuela del Profesorado que ha de desarrollar las lecciones de cada curso.

4.^a La recepción, clasificación y distribución a los diferentes servicios de cuantos trabajos científicos hayan de desarrollarse dentro del marco de la Escuela.

5.^a La vigilancia del exacto cumplimiento de cuanto se relaciona con la enseñanza.

6.^a La regencia y ordenación de la Biblioteca de la Escuela.

Art. 12. *Jefatura de Epidemiología y Estadística*.—A cargo del Jefe de Epidemiología y Estadística de la Escuela Nacional de Tisiología quedará:

1.^o La organización y regencia de una oficina central, destinada a recoger y elaborar para su publicación o utilización en los demás Servicios cuantos datos de índole epidemiológica y estadística puedan servir a los fines de la Escuela.

Art. 13. *Jefatura de Terapéutica*.—A cargo del Jefe de Terapéutica de la Escuela Nacional de Tisiología quedará:

1.^o El estudio y comprobación de la eficiencia de los diversos métodos terapéuticos empleados en tuberculosis.

2.^o La confección de reglas asesoras para los distintos Centros del P. N. A. sobre el empleo de los diversos procederes terapéuticos comprobados o estudiados en la Escuela.

3.^o El traslado a la práctica clínica de los resultados obtenidos en el Servicio de Investigación sobre terapéutica y profilaxis de la tuberculosis, de acuerdo previo con el Jefe del Servicio de Investigación.

Art. 14. *Jefatura de Cirugía*.—A cargo de los Cirujanos Jefes, a cuyo cargo quedará:

1.^o La realización de cuantas intervenciones quirúrgicas sean necesarias en los enfermos hospitalizados en las Clínicas de la Escuela, de acuerdo con las indicaciones sentadas en colaboración con los Jefes Clínicos.

2.^o El estudio y realización de cuantos métodos quirúrgicos sean propuestos para su aplicación en la tuberculosis en general.

Art. 15. *Jefatura de Radiología*.—A cargo de los Jefes de Radiología, los cuales desempeñarán como funciones:

1.^a La realización de cuantas prácticas radio diagnósticas y radioterápicas sean necesarias a los fines de la Escuela.

2.^a El estudio, aplicación y enseñanza práctica de la metodología radiológica, tanto diagnóstica como terapéutica, propuesta para su aplicación en la tuberculosis en general.

3.^a La confección de reglas asesoras con destino a los Centros del P. N. A. acerca de la utilización de los procederes de diagnósticos y tratamientos radiológicos que hayan sido estudiados en la Escuela.

Art. 16. *Jefatura de Otorrinolaringología*.—A cargo del Jefe de Otorrinolaringología quedará:

1.^o El estudio completo de los enfermos de su Servicio clínicamente, con elaboración de los

datos conducentes a los fines de la Escuela y solicitados por los demás Servicios

2.º El tratamiento especializado de los enfermos con afecciones o complicaciones de la especialidad, que estén hospitalizados en las Clínicas de la Escuela.

3.º La enseñanza práctica de la clínica y metodología diagnóstica y terapéutica especializadas.

Art. 17. *Dispensario Universitario.*—El Jefe del Dispensario Universitario Antituberculoso tendrá como funciones:

1.ª La aplicación de la misión específica del Centro sobre la población escolar de enseñanza superior y media.

2.ª El estudio y ensayo aplicados de los métodos modernos de diagnóstico precoz, profilaxis social y propaganda antituberculosa propios de los Dispensarios, de acuerdo con las Jefaturas de Servicios pertinentes.

3.ª La ejecución de aquellos métodos terapéuticos antituberculosos cuya eficacia en la práctica ambulatoria ha quedado acreditada.

Art. 18. *Jefatura clínica.*—A cargo de los Jefes Clínicos, cuyas funciones serán:

1.ª El completo estudio de los enfermos hospitalizados, con la recogida y elaboración de los datos conducentes a los fines de la Escuela.

2.ª Sentar y ejecutar las indicaciones terapéuticas en los enfermos hospitalizados.

3.ª La enseñanza práctica del diagnóstico, clínica y métodos terapéuticos a los asistentes a los cursos.

4.ª La Jefatura directa del personal médico, técnico y administrativo adscrito a las Clínicas

CAPITULO III

Profesorado de la Escuela Nacional de Tisiología

Art. 19. El Profesorado numerario de la Escuela Nacional de Tisiología queda constituido por su Director, Subdirector, Secretario Técnico y Jefes de Investigación, Estudios, Epidemiología y Estadística Terapéutica, Cirugía, Radiología, Otorrinolaringología, Dispensario Antituberculoso Universitario y Jefes Clínicos. El desarrollo de los programas gravitará de manera principal sobre este cuadro de Profesores numerarios de la Escuela.

Art. 20. Serán Profesores agregados de la Escuela todos los Directores y Especialistas de Centros del P. N. A. de Madrid; éstos desarrollarán determinadas lecciones de los cursos por designación del Claustro y a propuesta del Jefe de Estudios.

Art. 21. Serán Profesores honorarios los Directores y Especialistas de Centros del P. N. A. de toda España; éstos podrán ser encargados de determinadas lecciones de los programas, por designación del Claustro y a propuesta del Jefe de Estudios.

Art. 22. La Dirección de la Escuela, asesorada del Claustro o a propuesta del Jefe de Estudios, informada por el Claustro, podrá ofrecer a determinadas personalidades españolas o extranjeras el desarrollo de conferencias acerca de un tema de su especial competencia.

CAPITULO IV

Función docente de la Escuela Nacional de Tisiología.—Cursos.

Art. 23. De acuerdo con lo previsto en el artículo 3.º de este Reglamento, la Escuela desarrollará, dentro de cada año académico, un ciclo de cursos, integrados por:

1.º Curso de formación de especialista sanitarios tisiólogos, de índole teóricopráctica, terminado por una prueba de aptitud; la superación favorable de esta última dará derecho a la expedición de un diploma, cuya posesión será necesaria para:

- a) Solicitar becas del P. N. A.
- b) Firmar oposiciones a plazas del P. N. A.
- c) Concurrir a pruebas de aptitud para Centros del P. N. A.
- d) Solicitar pensiones o becas de estudios sobre asuntos de la especialidad tisiológica dentro o fuera de España.
- e) Desempeñar en lo sucesivo plazas de especialistas de aparato respiratorio en organismos ajenos al P. N. A., siempre que el carácter de éstas no sea estrictamente privado.

2.º Cursos de ampliación y perfeccionamiento para especialistas diplomados y Médicos del Patronato Nacional Antituberculoso. Estos cursos tendrán carácter más bien monográfico, y la asistencia a ellos es voluntaria. Si las características del curso lo aconsejan así (Técnicas especiales), al terminar estos cursos se expedirá la oportuna certificación de asistencia.

3.º Cursos de enseñanza tisiológica elemental, dedicados a los Médicos de A. P. D. y a todos aquellos otros que, por las características de su función, deban poseer conocimientos tisiológicos, siquiera sean elementales. Estos cursos deberán:

- a) Iniciar en las normas del diagnóstico de la tuberculosis.
- b) Enseñar los métodos prácticos de profilaxis individual y social, en especial en los medios familiares, escolar y laboral.
- c) Poner al alcance del Médico práctico, en especial del rural, en posesión de elementos adecuados de diagnóstico auxiliar (rayos X), la ejecución de aquellos tratamientos posibles y probablemente útiles en su medio de acción.

4.º Cursos de perfeccionamiento y especialización para el personal auxiliar técnico del Patronato Nacional Antituberculoso, a fin de:

- a) Formar personal auxiliar de Laboratorio, tanto para los Centros del P. N. A. como para los Servicios de Investigación de la Escuela.
- b) Formar personal auxiliar de rayos X con análogas finalidades.

5.º Cursos de divulgación antituberculosa para grupos profesionales y sociales, encaminados a dar a conocer las normas elementales de profilaxis individual y social de la tuberculosis a aquellas profesiones que, como Maestros, Veterinarios, técnicos de industrias de la alimentación, personal de Guarderías, etc., son especialmente importantes para la difusión de la endemia tuberculosa.

Art. 24. La Escuela Nacional de Tisiología,

por intermedio del Director de la Escuela Nacional de Sanidad, una vez informados por la Junta Técnica de la misma, someterá anualmente los programas docentes que hayan de celebrarse durante el curso a la aprobación del Patronato que rige la Escuela Nacional de Sanidad.

Art. 25. Todos los cursos serán anunciados con la debida antelación, con sus correspondientes programas, antes del comienzo del año académico en que hayan de tener lugar, con excepción de los cursos monográficos, para los cuales bastará el anuncio dentro del año académico, pero siempre con la debida antelación. El anuncio se acompañará de la expresión detallada de todas las condiciones de asistencia a cada uno de los cursos anunciados.

Art. 26. La matrícula se limitará, para los cursos de especialistas sanitarios fisiólogos, a 20 plazas, como máximo. Para los cursos monográficos y de ampliación, el cupo máximo será de 10 plazas. Los cursos elementales podrán abarcar hasta 100 plazas. Los cursos de especialización de personal técnicoauxiliar poseerán 10 plazas. Fi



(Aprobado por la Censura Sanitaria,

nalmente, la matrícula de los cursos de divulgación para no Médicos será ilimitada, dado su carácter puramente teórico.

Art. 27. Las solicitudes de matrícula en los cursos para Médicos serán revisadas por el Claustro de la Escuela, el cual realizará una selección de las mismas, fundándose en los testimonios documentales de méritos académicos y científicos y relación de motivos profesionales de asistencia a los cursos, que serán oportunamente requeridos de los solicitantes.

CAPITULO V

Función de investigación de la Escuela Nacional de Tisiología.

Art. 28. De acuerdo con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, toda la función de investigación a realizar por la Escuela estará sometida a la dirección del Jefe de Investigación de la misma, al cual remitirá el Jefe de Estudios todas las proposiciones recibidas por este último y aprobadas en Claustro para trabajos de investigación a realizar en la Escuela.

Art. 29. El Jefe de Investigación presentará periódicamente al Claustro una relación de los trabajos en proyecto, para su discusión en el seno de aquél.

Art. 30. La Jefatura de Investigación se encargará de la ordenación y conducción del plan de trabajo del personal de la Escuela, así como del de los Médicos en disfrute de becas de trabajo en la Escuela misma y de los de otras personas aceptadas a trabajar en la Escuela a sus expensas.

Art. 31. La Jefatura de Investigación dispondrá de un número determinado anual de becas de

trabajo, variable según la capacidad de la Escuela, cuya adjudicación a los solicitantes se decidirá en reunión del Claustro.

CAPITULO VI

Relaciones de la Escuela Nacional de Tisiología con otros organismos.

Art. 32. La Escuela mantendrá estrechas relaciones, por intermedio de su Director, con:

- 1.º Las Facultades de Medicina.
- 2.º El P. N. A., en todos cuyos Tribunales de oposiciones deberá estar debidamente representada la Escuela.
- 3.º Los organismos dependientes del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- 4.º La Escuela Nacional de Puericultura.
- 5.º El Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo.
- 6.º La Caja Nacional del Seguro de Enfermedad.

Art. 33. Por intermedio de su Subdirector, la Escuela Nacional de Tisiología mantendrá estrecha relación con la Escuela Oficial de Tisiología.

Art. 34. Por intermedio del Jefe de Terapéutica, la Escuela mantendrá estrecha relación con el Instituto de Farmacología.

Art. 35. Son especialmente importantes las relaciones de la Escuela Nacional de Tisiología con los organismos similares del extranjero, en especial Portugal y los países americanos de habla española y portuguesa. Estas relaciones, vinculadas a la persona del Director de la Escuela, se intensificarán en labor constante de intercambio de publicaciones, trabajos y viajes de estudios recíprocos. En todas las actividades, así docentes como de investigación de la Escuela, existirá un cupo reservado a los profesionales de otros países, con preferencia de los expresados, que querrán ampliar sus estudios de la especialidad en España. Las becas, en la cuantía disponible, serán ofrecidas por el Director de la Escuela a los organismos similares extranjeros en ritmo turnante, con expresión de su finalidad y duración.

Art. 36. Cada uno de los Jefes de la Escuela Nacional de Tisiología elevará al Director de la misma propuesta razonada del personal, así técnico-médico como auxiliar y subalterno, que estimen necesario para el buen funcionamiento del servicio que les está encomendado. Esta propuesta será discutida en Claustro, oído el cual, el Director formulará ante la Superioridad la definitiva propuesta de personal auxiliar de todas clases.

Art. 37. El funcionamiento interior de cada Servicio, así como las normas detalladas que regirán las actividades de todo el personal de la Escuela Nacional de Tisiología, serán objeto del Reglamento de régimen interior de la misma.

Art. 38. Al frente de los Servicios Administrativos de la Escuela Nacional de Tisiología estará un funcionario administrativo del Patronato Nacional Antituberculoso, que dependerá directamente del Director de la Escuela, teniendo obligación de residir en los locales de la misma.

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



FLUOTHYMINA

COMPOSICION:

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

INDICACIONES:

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

DOSIFICACION:

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

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

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

PRESENTACION:

En frascos de 50 c. c.

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

Barquillo, 32 - MADRID

Comercio, 28 - BARCELONA



Gestoría
Madrid

(COLEGIADA)

Opositores a las plazas de médicos de A. P. D.

Para documentación rápida y competentemente proporcionada dirigirse a la Gestoría Madrid

Calle de Vargas, 4 y 6

Teléfono 23-32-26 - MADRID

Servicio activo.

Precios moderados.



Boldevón



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

Dosis

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

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

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

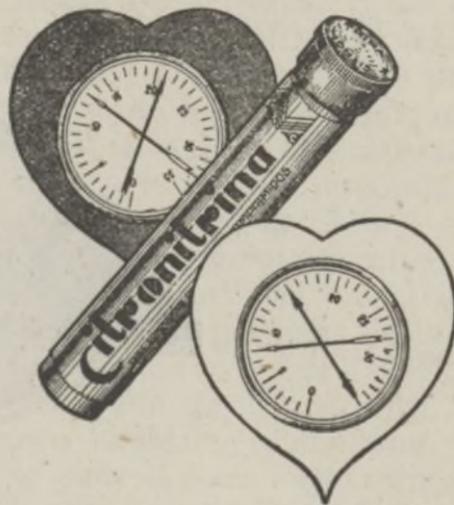
C. S. 8.303

*Para sus hipertensiones
y arterioesclerosis*

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

Citronitrina

GEVE



Comprimidos de citronitrato sódico y citrato de sosa

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

Dosis corriente: Tres comprimidos al día.

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



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