

897



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 12 de abril de 1947

NUMERO 4.747



HIPPOCRATES



GALENVS



AVICENA



RASIS



MESVE



PLATO



ARISTOTELES



THEOFRASTVS



AVEROIS

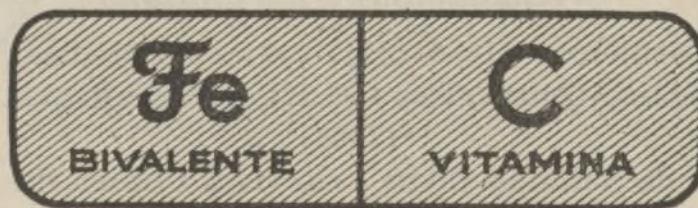


DIOGENES

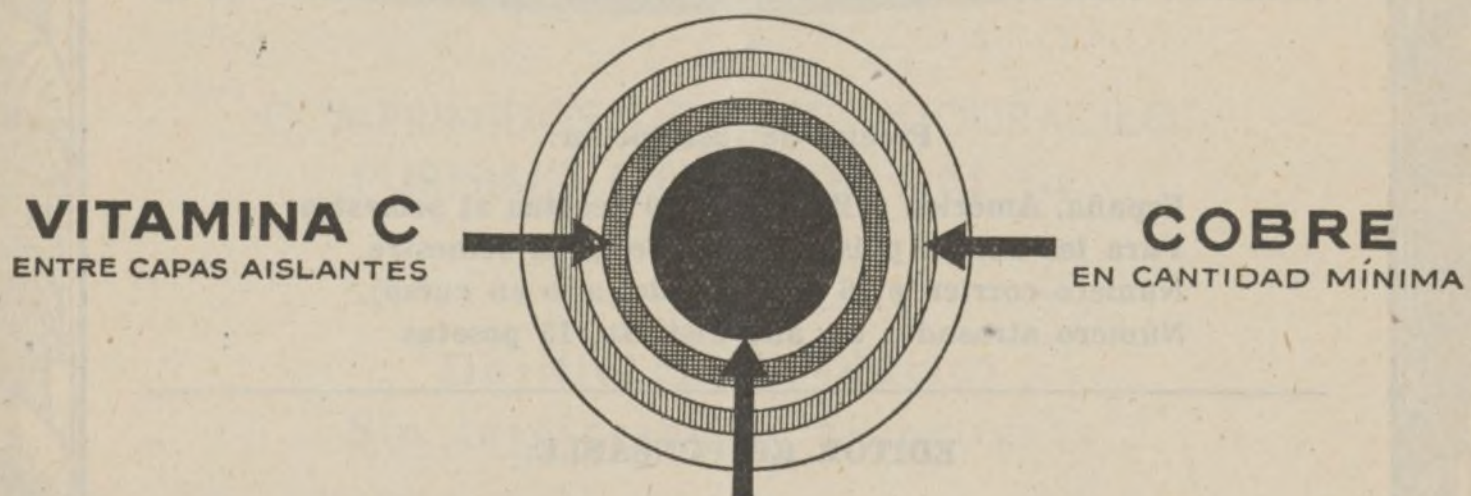


INSTITUTO  LLORENTE

Ferrosorbil



**ESQUEMA DE LA GRAGEA
POLIFARMACA**



**COMBINACIÓN FERROSA
EN EL NÚCLEO CENTRAL**

DOSIS ELEVADA DE GRAN EFICACIA

ACCIÓN RÁPIDA Y SEGURA

ANTIANÉMICO Y RECONSTITUYENTE

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: *El tratamiento quirúrgico de la sordera*, por el Dr. Rafael G. Tapia Hernando. *En la cima de la profilaxis social de la blenorragia*, por el Dr. Julio Pérez Guzmán. NOTA PRÁCTICA: *Examen de conjunto y valoración de los diversos métodos de exploración clínica para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar*, por J. Me-gías Velasco. DIVULGACIONES NACIONALES: *Academia Médico-Quirúrgica Española*. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA SORDERA

por el

Doctor RAFAEL G. TAPIA HERNANDO

Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de la Princesa.

«No se debe pretender curar lo incurable»,
dijo Nietzsche.

Esta es la frase más falsa que, entre todas las paradojas que nos dió para resolver, haya escrito aquel hombre, el más inteligente del siglo XIX.

Muchas de las enfermedades que sufre la Humanidad fueron en su época incurables; pero gracias al *mentis rotundo* que los sabios dieron y dan al anterior concepto de Nietzsche, se debe el que hoy algunas de ellas, muchas, hayan pasado a ser curables.

Los esfuerzos de legiones de médicos, químicos, fisiólogos, etc., que con su perseverancia, su fe en el éxito final de sus trabajos, han demostrado que lo que debe hacerse es lo contrario, tratar de curar lo incurable. El empleo de los tratamientos conocidos y de resultados positivos en enfermedades fácilmente diagnosticadas, quita un poco de lo que de ciencia investigadora tiene en sí la Medicina, y la hace rutinaria.

A pesar de ello, no podemos decir que no se presenten enfermedades a las que no se les ha puesto un remedio efectivo, permaneciendo dentro de la calificación de incurables. Y, sin ir más lejos, dentro de nuestro dominio, la Otorrinolaringología, nos encontramos centenares de casos en los que somos impotentes; y aun cuando no nos cruzamos de brazos, nuestros esfuerzos se ven recompensados con un fracaso mayor o menor.

Es el caso de la sordera en sus diversas for-

mas: la que tiene su punto de partida en una lesión congénita del laberinto, en la que juega un gran papel la herencia y que lleva a los que la padecen a la mudez; la sordera progresiva, como la otosclerosis; la que se presenta con afección dominante del oído interno; la que se produce por malformaciones en los distintos tramos del órgano auditivo, como atresias del conducto, etc.

Son tan importantes, frecuentes y varias las sorderas en las que la herencia juega un papel preterente, que en el capítulo 52, artículo 7.º, de la ley del desaparecido Reich alemán (14-VII-1933) se pide la esterilización de las gentes que sufren una sordera de naturaleza hereditaria que pueda ser reconocida de manera impecable, antes o durante el período de su capacidad reproductiva. Las sorderas que caen dentro de esta ley son las sordomudez recesiva, la otosclerosis, la afección del oído interno dominante y la atresia del conducto auditivo externo.

No queremos juzgar de la bondad de estas leyes tan draconianas, ni es tampoco el momento de hacerlo, pues nuestro empeño se ha de referir al tratamiento de la sordera y no a su profilaxis; pero sería oportuno, siempre que se pueda, evitar el matrimonio entre individuos de la misma familia, parientes cercanos, y, sobre todo, entre sordos o si sus ascendientes lo fueron.

Antes de entrar en el tratamiento quirúrgico de la sordera progresiva, la otoesclerosis, me voy a permitir hacer una breve historia de los trabajos llevados a cabo para conocer el órgano de la audición, obra maravillosa de arquitectura finísima y que es tan necesario para nuestra vida de relación.

* * *

Allá por el año 1736, en un pueblo de Italia, nació uno de los hombres que iniciaron el estudio anatómico del órgano del oído, DOMENICO COTTUGNO, que después de grandes incomodidades, sufrimientos y hambre logró presentar una tesis maravillosa sobre sus investigaciones anatómicas. Este muchacho hizo multitud de disecciones en el caballo, después en cadáveres humanos, tanto de adultos como de niños y embriones. Sus preparaciones fueron reproducidas «clara y fielmente» de la Naturaleza en los dibujos de su amigo DOMENICO CIRILLUS.

Sus obras, publicadas en latín, encierran su descubrimiento de que el oído interno no contiene aire, sino que, por el contrario, está relleno de un líquido especial. COTTUGNO añadía a sus observaciones exactas una hipótesis con la que pretendía explicar cómo es posible que las ondas del aire, llegando al oído, puedan ser transformadas en sensaciones acústicas sin servirse de un *air quietus*. Es muy modesto cuando se excusa de haber destruido el dogma honorable de ARISTÓTELES.

Antes que él ya habían encontrado el líquido en el oído interno, pero nadie tenía el valor ni la idea de dudar del dogma de ARISTÓTELES. Es más: se buscaron muchas explicaciones para no desvirtuar la antigua opinión; una de estas explicaciones pretende que sería, sin duda, necesario tener dentro del oído interno un poco de líquido «para que no se seque el nervio auditivo».

Esto es tan cierto, que en las anatomías de épocas posteriores aún no se hace constar el descubrimiento de COTTUGNO, y vemos que en la publicada en Madrid en el año 1775, en la imprenta de Escribano, y cuyo autor es el doctor MARTÍN MARTÍNEZ, médico de Cámara del rey Carlos III, profesor público de Anatomía, dice:

«Por este acueducto también se remuda el aire del labyrintho (que se comunica por un agujero con el tympano), pues si no se renovara uno y otro aire, o se corrompería o se increstaría con los vapores e inmundicias. Estos vapores son los que se sienten girar dentro del oído...»

En 1789, el profesor de Anatomía de Pavia, SCARPA, descubrió con la ayuda del microscopio, aún muy primitivo, el laberinto membranoso, con el líquido que le rellena, endolinfa, y el líquido que le rodea, perilinfa. SCARPA examinaba metódicamente el laberinto de los animales, empezando en las formas primitivas, hasta llegar a la forma más evolucionada, el laberinto humano.

Ya en 1820 se publican anatomías que dan idea de estos descubrimientos. En este año se publica en Madrid la del doctor BONELL Y LACABA, en la imprenta de Villalpando, impresor de Cámara de Su Majestad, en la que se dice textualmente:

«Pocos años ha no sabíamos otra cosa de positivo acerca de las partes blandas del laberinto sino que todas sus cavidades están vestidas de un periostio en extremo delgado, por el cual se distribuyen vasos y nervios... Podemos, pues, decir que todo lo que hoy día sabemos de las partes blandas que componen el laberinto se debe a las curiosas investigaciones de ANTONIO SCARPA, y se reduce a los tubos membranosos semicirculares, a su alveo común, al saco esférico del vestíbulo y a la zona espiral del caracol.»

También en esta obra se recogen las ideas de COTTUGNO:

«No sólo los canales semicirculares óseos, los tubos membranosos, etc., están rellenos de un humor áqueo muy diáfano, sino que todas estas partes están como sumergidas en el fluido... Esta especie de serosidad, que sin duda se segrega de las arterias..., necesitaba para los fines a que la Naturaleza le ha destinado que no sólo se pudiera renovar, sino que hubiese conductos que la absorbiesen cuando fuese redundante. A este fin ha puesto la Naturaleza dos conductos, que ningún anatómico había conocido hasta que los descubrió COTTUGNO, doctor en Medicina, de Nápoles, y que puso a uno el nombre de acueducto del vestíbulo y al otro el de acueducto del caracol.»

A partir de estos trabajos, las investigaciones ulteriores han llegado a demostrar que la perilinfa y la endolinfa constituyen dos líquidos cuyas cualidades bioquímicas y físicas difieren de una manera notable, lo que tiene gran importancia para el acto de la audición. A pesar de esto, los medios utilizados por SCARPA no eran suficientes para resolver el problema de la localización, de la morfología y del funcionamiento del aparato receptor del nervio auditivo.

* * *

Posteriormente, aun cuando los aparatos ópticos mejoraron notablemente, no había anatómicos de envergadura que resolvieran el problema de la terminación del nervio auditivo en el caracol.

Otro italiano, ALFONSO CORTI, fué el que tuvo la suerte de observar la constitución anatómica del órgano receptor de la audición, cuyo nombre lleva el órgano de CORTI. Nació en 1822, en Pavia; estudió Medicina en Viena, llegando a ser asistente del anatómico HYRTL. Después de la revolución se marchó de Viena, trabajó en Suiza, luego en Alemania y, por último, en Utrech, en el Observatorium Microscopicum, donde se encontraban los mejores microscopios de aquellos tiempos. En 1850 publicó un trabajo en lengua fran-

cesa sobre investigaciones en el órgano del oído de los mamíferos.

Empleaba una técnica de coloración bastante primitiva: introducía sus cortes microscópicos en una solución de carmín. Examinó doscientos caracoles de diferentes animales y humanos, tropezando siempre con la dificultad de que el caracol humano se descompone rapidísimamente. A pesar de ello continuaba sus estudios, llegando a la conclusión de que el órgano auditivo humano es análogo al de los mamíferos más evolucionados.

Después de haber publicado estos trabajos, CORTI fué víctima de una enfermedad que impidió la continuación de los mismos, que exigían manos muy hábiles para ejecutar manipulaciones tan exactas (probablemente una artritis deformante). Más tarde, el profesor RIESSNER confirmó las observaciones de CORTI, y utilizando métodos de investigación más finos aún, las completó con otras (describió la membrana que lleva su nombre, etcétera).

Posteriormente han sido descritos otros detalles anatómicos que no vamos a relatar aquí, y solamente citaremos los nombres de sus descubridores: HUSCHKE, CLAUDIUS, DEITERS, HENSEN y otros.

* * *

También creo oportuno, y sin tratar de profundizar para no ser pesado, relatar los trabajos y experimentos, hipótesis y teorías encaminados a explicar la fisiología de este órgano tan complicado.

Antiguamente, como escribe SCHILLER, nadie podía creer que el sonido, producto el más poderoso de elasticidad, pudiese ser conducido al alma por el agua, que es el elemento menos elástico, y por ello se aferraban a la idea de que el laberinto humano contenía un *air ingentus*.

Así dice MARTÍNEZ en su *Anatomía*;

«Los musculillos del oído sirven de estirar y aflojar la membrana del tambor para que el aire de la caja sea movido más o menos por el aire externo y así comunique más o menos vivamente las modificaciones del sonido al aire del laberinto.»

Tan imbuída tenían esta idea, que con frecuencia se entablaban fuertes discusiones sobre el origen de este aire del laberinto; BAYLE, por ejemplo, decía que el aire del laberinto no se comunicaba con el exterior; pero «se engaña—dice MARTÍNEZ—, pues si no comunicara, a distancia de tiempo debiera resolverse o contaminarse, fuera de que «hai» patente camino por donde se comunique».

DIENNESBROECH afirmaba «que sea verdadero aire y no espíritu animal se prueba porque si fuera espíritu prontamente volaría y se disipara por el acueducto...»

A partir de los descubrimientos de CORTI co-

mienza la elaboración de teorías referentes a la audición con cierta base fundamental, anunciando el mismo CORTI la publicación de su propia teoría, que no llegó a aparecer jamás.

Fué, como todos saben, GUICHARD JOSEPH DUVERNEY, profesor de Anatomía de la corte del rey Luis XV, el primero que supuso que el acto de la audición debía ser el resultado de una resonancia seleccionada. Con su colaborador, el profesor de Física MARIOTTE, elaboró una teoría sobre la audición, cuyas ideas fundamentales eran las mismas que las de HELMOHLTZ, doscientos años aproximadamente más tarde. Su teoría era simple, clara, y estaba apoyada en experimentos: dos guitarras permitieron demostrar la resonancia entre dos cuerdas de la misma tonalidad y demostraron el mismo fenómeno utilizando otros objetos, probablemente botellas o tubos. Finalmente, sus conclusiones eran constantes en cuanto al cuerpo humano. Pretendían demostrar los diferentes elementos de la oreja capaces de vibrar, en particular la lámina espiral; después, la cavidades del oído interno, y su hipótesis consistía en lo siguiente: El oído es un instrumento musical capaz de medir las tonalidades y sus diferencias; las diferentes partes resuenan con las vibraciones respectivas, a saber: las partes largas de la lámina espiral y las cavidades grandes resuenan con los sonidos graves, mientras que los tubos estrechos (los canales semicirculares y la porción estrecha de la lámina espiral) lo hacen con los sonidos agudos. DUVERNEY se equivocó forzosamente en algunos detalles, porque antes del descubrimiento de SCARPA no eran conocidos más que los elementos óseos del oído interno.

CALDANI (1725-1813) ya hablaba de fibras nerviosas, cuya situación en el oído interno se comparaba a aquellas de un instrumento musical, de longitud, espesor y tensión distintas. Todos estos investigadores, con BOERHAV-HALLER, fueron los precursores de la hipótesis de HELMOHLTZ. Es muy interesante el que BOERHAV-HALLER publicó una hipótesis casi igual a la de HELMOHLTZ, siendo olvidada, y cuando CARUS la recordó, en 1842, no tuvo ninguna buena acogida.

En la época en que la lucha entre las construcciones puramente teóricas (abstractas) y las observaciones efectivas (empíricas) era fortísima, comenzaron los trabajos de HELMOHLTZ.

Él fué el que comenzó las investigaciones sobre la mecánica de los huesecillos del oído, modelo de investigación anatómica, ayudándose de métodos físicos geniales y del análisis matemático. Su trabajo sobre la mecánica de los huesecillos está encuadrado en la ley sobre la conservación de la fuerza.

HELMOHLTZ examinó el comportamiento de las membranas inclinadas en modelos contruídos de partículas de vejigas de cerdos. En 1863, HELMOHLTZ publicó la obra sobre el estudio de la per-

cepción de las tonalidades como base fisiológica para la teoría de la música.

En esta obra, la doctrina de la resonancia ya está bien fundada; pero HELMOHLTZ se equivocó en un detalle: él creyó que eran los pilares de Corti los que llevaban las vibraciones. HASSE y HENSEN admitieron que las fibras de la membrana basilar, cuyas dimensiones aumentan de abajo arriba, son las que resuenan, es decir, las que se movían con los sonidos: abajo los agudos, mientras que los graves, en la porción apical.

HELMOHLTZ aceptó más tarde esta teoría, después de haber hecho investigaciones de control en modelos contruídos de una manera ingeniosa. La obra de HELMOHLTZ, *La teoría de la resonancia*, ha explicado también la ley de Ohm sobre el análisis de las tonalidades, en la que se dice: «El oído humano es capaz de distinguir tonos aislados que forman una mezcla de tonalidades o acordes.» Esta ley es conocida desde el año 1843.

Aún hoy no hay acuerdo en la forma de las vibraciones de la membrana basilar, pero se admite, en general, que la irritación de ciertas células (elementos neuroepiteliales) del órgano de Corti desata siempre en el cerebro la sensación de una sola tonalidad, y siempre la misma sensación acústica, sea cual sea la forma de irritación que obre sobre estas células neuroepiteliales.

WITTMACK, en 1907, dió un considerable apoyo a la teoría de HELMOHLTZ con los experimentos siguientes: Sometía a animales durante su vida a la influencia de silbatos constantes de diferentes tonalidades; después extraía cuidadosamente el caracol de los animales muertos, y examinaba por procedimientos de Histología, para observar si existían lesiones correspondientes y características para cada tonalidad. Estos experimentos demostraron que había siempre relaciones constantes entre los lugares de la lesión del órgano de Corti y las tonalidades de los silbatos, es decir, los tonos agudos lesionaban la porción de la espira inferior, mientras que los tonos graves, la de la espira terminal. Estos resultados han sido confirmados por otros investigadores, como YOSHI, SIEBENMAN, HOESSI y VON EICKEN. HOESSI ha comprobado, después de la acción de dos diferentes silbatos al mismo tiempo, dos islotes correspondientes lesionados, quedando intacto el terreno entre ellos.

La teoría de HELMOHLTZ está también apoyada por otros investigadores. El examen del caracol en los cadáveres, en los que la agudeza auditiva había sido examinada anteriormente, durante la vida, no ha hecho más que confirmar la teoría de HELMOHLTZ.

También los experimentos de UPTON, en animales vivos, hablan en favor de HELMOHLTZ: los animales ensordecidos por una cierta tonalidad y

cierta intensidad, por ejemplo, seiscientos hertz, que no reaccionaban más a esta tonalidad, han reaccionado inmediatamente cuando la intensidad ha sido aumentada en cuatrocientos hertz, es decir, a mil hertz. También la experiencia de BEKESY en el hombre hablan en el mismo sentido: fatigadas unas partes del campo auditivo por una cierta tonalidad, las restantes no han sufrido.

Las observaciones clínicas demuestran que la teoría de HELMOHLTZ puede servir para explicar muchos fenómenos que aparecen en la práctica.

La teoría de HELMOHLTZ, esquemáticamente, dice: Que las masas sonoras son descompuestas en sus tonos simples merced a la membrana basilar, que, como ya sabemos, está integrada por una serie de cuerdas tensas, de variable longitud, que tienen la facultad de vibrar por resonancia, es decir, actúan como resonadores.

Admite que para cada tono determinado corresponde una fibra o grupo de fibras que entran en vibración. Como quiera que la membrana basilar es elástica y forma parte del tabique de separación entre la rampa timpánica y la vestibular, a cada movimiento de la platina del estribo, que se hunde en el vestíbulo, se produce un movimiento de la membrana basilar hacia la rampa timpánica, y un movimiento inverso del estribo provocaría un desplazamiento de la membrana basilar desde la rampa timpánica a la rampa vestibular.

Como la membrana basilar es muy tensa, en el sentido de su radio y flácida en el sentido longitudinal, resulta que sus fibras radiadas constituyen a modo de un sistema de cuerdas tensas vibrantes, las cuales pueden seguir independientes unas de otras las variaciones de presión del líquido endolaberíntico. Para un tono de determinada altura, los movimientos de vaivén de la membrana basilar se producirán tan sólo a nivel de aquellas cuerdas cuyo tono sea igual al del tono resultante producido, permaneciendo el resto de las fibras radiadas en reposo, excepto aquellas cuyo número de vibraciones sea múltiplo de las del sonido producido. En otras palabras: según la hipótesis de HELMOHLTZ, el análisis de los sonidos se produce consecutivamente a la transformación de las ondas sonoras que penetraron por el conducto auditivo externo, en vibración de las correspondientes fibras radiadas de la membrana basilar, de tal manera que para cada tono simple entra en vibración siempre una fibra o grupo de fibras cuyo tono coincide con el del sonido percibido.

Como hemos visto anteriormente, la teoría de HELMOHLTZ, o teoría de la resonancia, es la que explica mayor número de fenómenos acústicos, desde el punto de vista físico, y, además, ha sido la que más comprobaciones ha sufrido desde el punto de vista anatomopatológico y de experimentación.

De todas formas, esta teoría no se halla libre

de objeciones, siendo una de las mayores que puede hacerse la pequeñez de las cuerdas vibrantes y la escasa diferencia en la longitud de las mismas, ya que no basta esta última para explicar la percepción por el oído humano de las once escalas de sonidos que normalmente oyen.

Otra circunstancia que ha contribuido a hacer dudar de esta teoría consiste en que, así como en el hombre la disminución en la longitud de las fibras basiales tiene lugar de una forma regular y progresiva, en algunos animales, por ejemplo en el loro y en el papagayo, ésta es casi igual en las tres cuartas partes de su trayecto, acortándose rápidamente en la parte última.

Todas estas reflexiones han producido en el curso del tiempo las discrepancias que han dado lugar a la diversidad de «teorías» que tienden a resolver el enigma de la audición.

* * *

Muchos otros autores, hombres de ciencia y curiosos de la fisiología de la audición, han trabajado en la solución de los problemas que trae consigo la patología del laberinto anterior. Así, podemos ver que un hombre como JUAN MARÍA GASPARD ITARD, nacido en 1774 en Orason, siendo primitivamente comerciante, mostró para todas las cosas teóricas una cierta desconfianza. Trató de solucionar los problemas por la vía práctica, ocupándose de la cuestión de la sordera incurable. Admitía que un órgano puede llegar a ser rudimentario por la inactividad; por tanto, era necesario aumentar el rendimiento de un aparato por ejercicios fisiológicos para hacerle de nuevo utilizable. Empleaba como sujetos de experimentación un sordomudo y un idiota. A pesar de su fracaso en la curación de estos enfermos, ITARD siguió al frente del Instituto de Sordomudos de París.

Poco más tarde, POLITZER, que había nacido en 1835 en Hungría, ideó el método de insuflación de aire a la caja, mediante una pera de caucho, para restablecer la presión interna de la caja. Aparte de esto, trabajó en los problemas de la vibración del tímpano y de los huesecillos, y contribuyó con estos estudios a la invención del teléfono.

GRAHAM BELL, profesor de sordomudos de Escocia, inspirado en los trabajos de POLITZER y sus discípulos, construyó la forma primitiva del teléfono moderno.

* * *

Mucho antes, el anatómico francés JUAN RIOLAND tuvo la bizarra idea de proponer la apertura de la mastoide a fin de curar a los enfermos que padecían ruidos; quiso abrir una válvula que permitiese que los gases vaporosos pudiesen escapar, puesto que, según él, eran la causa de los ruidos en el interior del oído. RIOLAND, que era un enemigo feroz del descubrimiento de la circulación de la sangre, tenía en su haber un crecido número

de víctimas de su procedimiento, que era brutal y peligroso por la falta de asepsia. Después de que este procedimiento fué abandonado poco a poco, cien años más tarde (1700) reaparece de nuevo, pero con un fin bien comprensible: fué utilizado por J. L. PETIT para drenar las supuraciones de la mastoide.

No encontró muchos médicos que aplicaran este método. Entre los pocos que lo aplicaron había uno, llamado HASSER, cirujano prusiano, que observó que, después que la supuración se había curado, la audición también mejoraba en algunos enfermos. Así, propuso la apertura de la mastoide para mejorar la audición en los casos de las llamadas sorderas incurables.

Desde 1776, la operación de HASSER se puso de moda hasta que un trágico accidente la desacreditó por completo. He aquí la historia de este accidente. El doctor BEGUER, médico del rey de Dinamarca, sufría mucho de sordera y de ruidos, hasta que los médicos KOELPINK y KALISEN le operaron siguiendo el método de HASSER (1789). Doce días después, el doctor BERGUER murió a consecuencia de una meningitis purulenta. La apertura de la mastoide se abandonó desde este momento.

Ya en el siglo XIX, VON TROELTS recorre la idea de la apertura de la mastoide en los casos de supuración, y propone esta maniobra esperando que los progresos realizados en el dominio de la anatomía topográfica del temporal, lo mismo que en el de la anestesia general y en el de la asepsia, permitan hacerla con menos riesgos que en las épocas anteriores. En 1873, el profesor SCHWARTZE ejecutó por primera vez esta operación, siguiendo los consejos de VON TROELTS, y fundó la otocirugía moderna, que ha sido ampliada por otros, hasta llegar a la actual cirugía del oído y sus complicaciones.

* * *

Desde largo tiempo, una de las preocupaciones más serias de los otólogos ha sido y es la restauración de la audición, hacer de esta enfermedad incurable una enfermedad curable. Ya hemos visto anteriormente los esfuerzos de los antiguos médicos, que también tenían esta preocupación, pero que, como es lógico, no podían llegar a la solución del problema, puesto que sus conocimientos sobre la anatomía y fisiología del órgano auditivo eran escasos y erróneos.

Es, entre otros, el otólogo KASSEL de los primeros que intentan con cierto conocimiento de causa la restauración de la audición en los casos de otoesclerosis, fracturando la anquilosis que se había formado entre el estribo y su cerco óseo. Esta intervención fué practicada allá por el año 1876.

Más tarde, PASSOW, en 1897, trepana el promontorio, pero el resultado de esta intervención fué nefasto y abandonado a requerimientos de POLITZER, SUBENTAN, ROSEI y DENKER, por lo peligroso del método.

Posteriormente, BARANY propuso la creación de una fistula en el conducto vertical posterior, pero sus resultados fueron muy pasajeros, y esta intervención fué modificada en 1913 por JEMKINS, que fué el primero en utilizar el conducto horizontal y en cubrir la fistula con un colgajo movable. Los resultados obtenidos causaron el abandono de la intervención.

FRASEER, experimentando este procedimiento, también tuvo que abandonarlo por falta de éxitos, y QUIX, en 1913, presenta dos casos en la Royal Society of Medicine de Londres, a los cuales había intervenido por el procedimiento de KASSEL.

Más tarde, HOLMGREN, de Estocolmo, hizo experiencias repetidas para abrir en distintos sitios los diferentes canales, y, en realidad, sus trabajos en la solución de este problema puede decirse que son los primeros, y marcan la pauta en el desarrollo de la técnica, haciendo de esta operación un método que entra dentro de la Cirugía.

Después, SOURDILLE, profesor de la Escuela de Nantes, en Francia, en 1924, iniciado por aquél en la cirugía de la fenestración, prosigue sus investigaciones y presenta en la *Revista de Laringología* del año 1930-32 algunos trabajos sobre el tratamiento quirúrgico de la otoespongiosis y su técnica operatoria.

SOURDILLE no presentaría esta cuestión del tratamiento quirúrgico más que desde el punto de vista experimental, ya que la otoespongiosis, dice él, es imposible detenerla en su punto de partida, puesto que lo ignoramos aún; pero insiste en el tratamiento, porque sería un hecho positivo de gran importancia si se la pudiera detener en algún punto de su camino.

El doctor MAURICE SOURDILLE dice que, puesto que la experiencia parece haberlo demostrado, es posible obtener un resultado favorable con la condición de obrar al mismo tiempo sobre la caja del tímpano y sobre el laberinto.

En la caja es necesario reconstituir plásticamente un nuevo aparato de transmisión de las vibraciones timpánicas al laberinto.

Sobre el laberinto es necesario establecer una fistula permanente, cuya acción, probablemente descompresiva, juega un papel de detención en la evolución progresiva de la sordera, y permite, por otra parte, el adaptar al laberinto el nuevo aparato timpánico. La determinación de estas condiciones fisiopatológicas y la elaboración de una técnica operatoria capaz de realizarlas han tenido un curso lleno de dificultades, que no vamos a describir aquí.

Al principio, SOURDILLE operaba en dos tiempos; después lo redujo a uno solo; pero, por último, hacía la intervención en tres tiempos, como describió en un curso de perfeccionamiento en Burdeos.

Los dos primeros tiempos estaban destinados a

la transformación necesaria de los elementos de la caja del tímpano para adaptarlos a la nueva manera de transmisión sonora. Esta transformación consiste esencialmente en liberar el tímpano por la resección de la cabeza del martillo y a prolongarla por una segunda membrana esclerosa cicatricial, por encima del orificio nuevo, creado en el conducto semicircular externo y su ampolla. A esto le llama SOURDILLE *l'atelage direct du tympan au labyrinthe*.

El tercer tiempo realiza el establecimiento de la fistula laberíntica descompresiva, situada en el canal semicircular y su ampolla, y, al mismo tiempo, la adaptación al laberinto del nuevo aparato timpánico.

Dice SOURDILLE—y quiero remarcarlo aquí, puesto que es de la mayor importancia y es el punto donde coinciden y coincidimos todos los que hemos profundizado más o menos en estos trabajos y tratamientos—«que cuando se abre el laberinto se observa una mejoría en la audición, variable según la naturaleza, el grado y la ancianidad de la sordera. Para que esta mejoría de la audición persista, es necesario de todo punto que la fistula laberíntica quede positiva y que la adhesión al laberinto de la membrana supratimpánica se haga en condiciones tales que no tome adherencias entre el estribo y la fistula».

«Si, por el contrario, esta adhesión es defectuosa, la mejoría desaparece, y si la fistula resultase negativa por la formación de un callo óseo, no solamente se perdería la ligera ganancia en audición, sino que, además, la progresión de la sordera continuaría como si en el enfermo no hubiera sido operado.»

Otro hecho muy importante, y que conviene que tengamos en cuenta, es el que SOURDILLE, al describir su técnica, dice que no le es posible dar una estadística precisa de todos sus operados, por tres razones, de las cuales la más importante es que es necesario, para juzgar del carácter definitivo del resultado obtenido, esperar por lo menos un período de dos años.

Por otra parte, esta cirugía, a pesar de que no sea peligrosa para la vida del individuo, puede tener complicaciones serias que puedan dar lugar a secuelas laberínticas más o menos acusadas: vértigos, ruidos, zumbidos y aun trastornos del tono muscular y parálisis faciales traumáticas (que no pueden achacarse más que a la impericia del operador), y, por último, a la sordera definitiva y absoluta.

Durante estos últimos años, y antes de producirse en España la intranquilidad espiritual de los especialistas otólogos y de los enfermos aquejados de sordera, tanto progresivas como definitivas, tuvimos ocasión de hablar personalmente con algunos profesores extranjeros que habían sufrido antes que nosotros de aquella intranquilidad.

Entre ellos citaré al profesor NAGER, de la Universidad de Zurich, en Suiza, que hizo interesantes trabajos y experiencias en monos para evitar que la ventana de nueva creación en el conducto horizontal se obturase. De todos son conocidos los métodos y procedimientos empleados, desde la colocación de un anillo de oro, la oclusión mediante panes del mismo metal y de otras materias, hasta el empleo de radioterapia profunda con el mismo fin.

Este querido profesor, a quien quiero recordar con el afecto que para mí tuvo durante mi permanencia en su clínica, me expuso la dificultad enorme que existía para impedir el cierre de la ventana. El no lo había conseguido por ningún procedimiento, y, claro es, había abandonado la técnica.

Otro profesor, nuestro buen amigo VERMES, que pasó una temporada en España, y que era uno de los más inteligentes ayudantes del profesor NEUMAN, de Viena, siempre que hablaba de este tema, decía: «Si pudiéramos encontrar un sistema para que no se cierre esta ventana, tendríamos en gran parte solucionado el problema de la sordera de este tipo.»

Y así llegamos al año 1946, en que el doctor JIMÉNEZ QUESADA nos trae la nueva de que el doctor LEMPert practica una intervención en Nueva York con la cual consigue un elevadísimo tanto por ciento de curaciones en el tratamiento de las sorderas por otosclerosis.

Todos recordaréis aquellas brillantes conferencias que dió en algunas poblaciones de España mi querido compañero el doctor JIMÉNEZ QUESADA. En ellas decía, entre otras cosas: «Todos los esfuerzos, aunque laudatorios, fueron estériles, y todas las técnicas preconizadas hace años (y que yo he citado más arriba) tuvieron que ser abandonadas rápidamente.»

Y continúa: «Después de más de doce años de estudios y abnegada labor, presentó el doctor LEMPert sus definitivos trabajos a la Academia de Medicina de Nueva York.» Y esto debió ser a fines del año 1945.

El doctor LEMPert funda su tratamiento quirúrgico, apartándose de las normas de sus antecesores, en el hecho anatómico y fisiológico de que la ventana oval no es una ventana abierta, sino cerrada por la platina de la base del estribo, y con una necesaria movilidad para que pueda efectuarse normalmente la conducción de los sonidos, y, según transcribe el doctor JIMÉNEZ QUESADA, dió con la clave del problema al enjuiciar certeramente que «para mantener abierta permanentemente la ventana quirúrgica era preciso cerrarla».

Este concepto paradójico fué puesto en práctica, modificando su técnica inicial cuando ya llevaba trascientas operaciones practicadas, en las cuales cerraba la ventana por diversos métodos, sus-

tituyendo los primeros con un tapón movable en vez de los rígidos anteriormente empleados.

Someramente describiré, a base de unas cuantas proyecciones de los grabados originales del doctor LEMPert, en lo que consiste la operación de la *novo fenestra ovalis* creada por el doctor americano.

Y veamos ahora los resultados obtenidos por el doctor LEMPert, según los datos que nos da el doctor JIMÉNEZ QUESADA, y que han sido tomados del artículo del doctor LEMPert.

De mil casos operados en siete años, quinientos setenta y uno recuperaron la audición por completo, mejoraron noventa y dos y ciento dieciocho no obtuvieron mejoría alguna; el resto empeoró. En otra serie de dos mil casos posteriormente operados hasta 1940, el porcentaje de curabilidad ha aumentado, y se eleva al 90 por 100.

Interesados, cómo no, por la conferencia del doctor JIMÉNEZ QUESADA, nos pusimos a trabajar, encariñados con la idea de poder evitar a muchos desgraciados la sordera, que les coloca en una situación inferior en la vida de relación. Buscamos bibliografía, encontrándonos con un trabajo que todos ustedes conocen, debido al otólogo inglés SIMPSON HALL, publicado en el *Journal of Laryngology and Otology*, de 1945.

La fenestración del laberinto practicada por el doctor SIMPSON HALL, en principio, es igual casi que la de LEMPert, pero este autor hace la incisión postaural, pues cree que es más cómoda y más fácil para el cirujano que está acostumbrado a la vía retroauricular para alcanzar la caja del tímpano.

Una vez presentado el conducto semicircular externo, y mediante una fresa, adelgaza la pared sobre una amplia área, tratando con ello de retrasar la neoformación ósea, y, por ello, la obturación de la ventana. A continuación coloca el colgajo meatal sobre la ventana, y lo asegura con parafina.

A la vista de estos dos interesantes trabajos con resultados tan brillantes, nos dedicamos durante una temporada a practicar la intervención de LEMPert, guiándonos por los maravillosos esquemas que os he mostrado anteriormente. Durante algún tiempo practiqué en el cadáver esta intervención hasta que, con una gran inmodestia, me creí suficientemente capacitado para practicarla en vivo. Así, pues, hice la intervención en una enferma que me pidió con insistencia que se lo hiciéramos.

Previamente hice un audiograma, que presenté a la Academia Médico-Quirúrgica para que pudieran ser constatados los resultados que obtuviéramos con la intervención. Hoy es el día que aún no ha sido presentada esta enferma por causas ajenas a mi voluntad; pero sí os diré en este momento que la audición no mejoró ni los ruidos que padecía

la enferma bajaron de intensidad ni cambiaron de tono. Por ello, y creyendo que se debía este fracaso a una falta de técnica, me abstuve de intervenir nuevos pacientes, esperando, como así fué, que, después de terminadas mis oposiciones para el Hospital de la Princesa, de Madrid, pudiera dirigirme a Nueva York a la clínica del doctor LEMPert y aprender allí los «trucos» que pudiera tener la operación, y que no habían sido captados por mí a la sola vista de las láminas de su artículo.

Así, pues, llegué a Nueva York, me hice presentar por nuestro querido compatriota el doctor CASTROVIEJO al doctor LEMPert, que me invitó a presenciar una intervención de fenestración.

El hecho paradójico a que se refería el doctor JIMÉNEZ QUESADA era para mí el *leit-motiv* de mi viaje a Norteamérica, puesto que los demás tiempos de la intervención no tenían para mí gran importancia, por ser de sobra conocidos.

Os diré que la radical por la vía del conducto que practicó el doctor LEMPert fué esencialmente un alarde de técnica en un escenario plateado y con un coro de ayudantes verdaderamente impresionante. Quizá aquel espectáculo sea lo suficiente para que otros, en un ligero pasar, se hayan quedado admirados; pero para mí, que iba a ver, después de un viaje tan largo, aquella paradoja, no tenía ninguna importancia la escena ni los actores; lo único que me importaba era aquel acto que tan obsesionado me tenía.

Pero aquel acto no llegó. El doctor LEMPert fenestró el laberinto a la manera de SIMPSON HALL, y rebatió el colgajo tímpanomeatal sin colocar el cartilago del hélix, sin taponar la ventana, es decir, ya no practicaba la *fenestra novo ovalis, with mobile stople*. No quiero decir mi desilusión.

Amablemente, el doctor LEMPert insistió para que le viera practicar la misma operación en otro

enfermo, pero yo había visto ya lo que tenía que ver.

Descorazonado, me fui a ver a mi amigo CASTROVIEJO, a quien le hice saber mi decepción, así como también al doctor VERMES, a quien anteriormente me referí, y le comuniqué el estado de mi ánimo. Hablando con otros otólogos supe que, efectivamente, el doctor LEMPert exponía sus resultados dando como cifra de curación un 90 por 100; que sus ayudantes hablaban de un 50 por 100, pero que nadie cree que obtenga más de un 20 por 100 de *mejorías pasajeras*, y yo estimo que esta última concepción debe ser la verdadera, puesto que lo único que nos hace pensar de la eficacia del procedimiento era la novedad de la colocación del cartilago, pero esto ya no lo practica el doctor LEMPert. Y tan es así, que en el nuevo libro de JACKSON y JACKSON, en la página 381 pueden verse los mismos dibujos que hemos presentado antes, pero sin la colocación del tapón cartilaginoso.

Para terminar, quiero decir que este problema aún no está resuelto; falta mucho para llegar a la meta, y es posible que, dada la selección de los casos y el adelanto progresivo en los procedimientos de ayuda de la audición, estas técnicas dejen de practicarse y sean sustituidas por las prótesis, por los amplificadores de intensidad de las ondas sonoras, esperando que se lleguen a construir aparatos adaptados a la necesidad de cada caso particular. Esto es posible que sea conseguido muy pronto.

El diagrama obtenido por el audiómetro nos enseñará cuáles son las frecuencias defectuosas, lo que constituirá el negativo, y el aparato adaptado a las necesidades particulares estará puesto a punto, de forma que las frecuencias defectuosas puedan ser amplificadas a voluntad hasta la adaptación completa. Esto constituirá el positivo. Y, por ello, el aparato de audición será para el oído sordo lo que la gafa para el ojo miope.

Examen retrospectivo de la terapéutica antígono-cócica

En la cima de la profilaxis social de la blenorragia

por el

Doctor JULIO PEREZ GUZMAN

Mucho se ha escrito sobre tratamiento y profilaxis social contra las enfermedades venéreas, recomendando tal o cual medicamento o remedio como el de mayores garantías como el mejor procedimiento para evitar el contagio y propagación de una de las mayores plagas sociales. Todos ellos se conceptuaban como buenos, y estaban fundamentados sobre los conocimientos que se iban teniendo de las enfermedades que se tendía a evitar.

Los flujos uretrales han sido conocidos en todos los tiempos; MOISÉS, quince siglos antes de nuestra era, ya indicaba la conducta a seguir por los que tuvieran algún flujo de esta naturaleza, y, convencido de su contagiosidad, recomendaba «lavar sus vestidos, y él mismo a todo el que hubiere estado debajo de quien padece gonorrea». Igualmente quería que, una vez curado, «aguardara siete días más antes del sacrificio de purificación que le permitiera reanudar sus relaciones sociales».

Siglos después, HIPÓCRATES ya hacía mención, de una manera científica, de la *estranguria* (así llamaba al período agudo de la blenorragia), dando consignas para su tratamiento y profilaxis.

A principios del siglo II, GALENO creó el término «gonorrea», y para él esta afección no era otra cosa que una excreción involuntaria del esperma realizada sin erección. Para tratarla, aplicaba astringentes sobre la vejiga y refrescantes sobre los lomos. Instituía cataplasmas para ser aplicadas sobre las regiones enfermas, hechas con harina de cebada y semillas de *erymum*, a las cuales añadía un poco de nítro y cantidad suficiente de miel para incorporar.

CONSTANTINO el Africano recomendaba las inyecciones de leche de mujer o el aceite.

SALERNO, en sus principios dietéticos, aconsejaba un buen principio profiláctico: *Post coitum si mingas, apte servabis uretras*.

LANFRANC, en su *Cirugía de los apóstemas de los miembros genitales*, prohíbe el vino, la carne y las «cosas dulces», y como medio profiláctico aconseja al que hubiera efectuado un coito sospechoso, «lavarse el miembro con su propia orina, o bien lavarse con agua y vinagre a partes iguales».

En el siglo XVI se van aquilatando los conceptos de una forma más científica. VICO distingue claramente la gonorrea de la sífilis, y RABELAIS hace un estudio bastante detallado de la blenorragia.

AMBROSIO PAREO daba normas a los atacados

de blenorragia: recomendaba los baños fríos, dormir poco y en cama dura, beber tisana de cebada y jugo de limón, y localmente inyecciones uretrales de vino aromático, áloes, hidromiel y ajenos; fué el primero y el verdadero vulgarizador del tratamiento de las uretritis crónicas por medio de las dilataciones. LOYSEAU, siguiendo los consejos de PAREO, curó las estrecheces de Enrique IV introduciendo en la uretra una bujía con cierto unguento, y tan aliviado quedó su real cliente, que le dió a éste ingreso en la Cámara de los Condes.

MORGAGNI, estudiando la anatomía patológica de la uretra, pudo demostrar que el flujo uretral no dependía de las vesículas seminales, y sí de la mucosa uretral.

SWEDIAUR fué el creador del término «blenorragia» para distinguir a toda secreción o flujo de moco procedente de la uretra, y que este derrame podía ser provocado por inyecciones de sustancias químicas irritantes.

RICORD fué el que separó definitivamente la blenorragia de la sífilis, demostrando que el punto de partida de ésta era el chancro.

Hasta llegar al año 1879, cuando NEISSER descubrió de una manera exacta y precisa los caracteres del verdadero causante de la blenorragia, el *gonococo de Neisser*, no se llegó, de una manera radical, a separar la blenorragia de la sífilis.

Captado, estudiado el microbio, conocidos los medios de contagio, examinada la enfermedad en sus diferentes períodos y complicaciones, estudiada su anatomía patológica, y, en general, teniendo ya un concepto claro y preciso de lo que era la enfermedad, sólo restaba encontrar el remedio para atacar al agente responsable de la estranguria, de la blenorrea, de la gonorrea, de la blenorragia, de las «purgaciones», nombres con los que se fué conociendo a una de las más difundidas endemias. Pero atacar al gonococo, no sólo cuando ya hubiera prendido en la mucosa uretral, sino antes de su inmigración.

En posesión de todos los conceptos, se puso manos a la obra. Médicos, biólogos e investigadores se lanzaron a descubrir el remedio terapéutico que destruyese al causante de tantas desdichas.

Los balsámicos y astringentes constituían el tratamiento único y conocido en la lucha contra el gonococo. Más tarde se llegó al tratamiento local con antisépticos uretrales, bien utilizando la inyección o ya aplicando los grandes lavados uretrales o uretrovesicales, al estilo de SUREZ MEN-

DOZA (con su célebre cánula), o a lo JANET, persiguiendo con tal proceder al barrido mecánico de la secreción purulenta que crece en la superficie y el de modificar la mucosa uretral, sin llegar a excitarla demasiado, para evitar la pululación del gonococo al convertirla en mal terreno de cultivo. Los resultados no fueron todo lo alentadores que se esperaban; los enfermos se eternizaban semanas y semanas, haciendo pasar por su canal uretral litros y más litros de soluciones de permanganato, oxicianuro de mercurio, nitrato de plata u otros antisépticos, sin conseguir desterrar de sus trincheras al pertinaz gonococo.

Se pensó en los compuestos albuminoideos de plata, por estar el metal en forma enmascarada, es decir, bajo una forma química inactiva, no formando combinaciones con los líquidos orgánicos con los que se ponen en contacto y, por tanto, capaces de obrar a una profundidad relativa, manteniendo a la vez una ligera reacción inflamatoria con exudación de líquidos y células, llenando por completo los principios fundamentales para el tratamiento local de la gonococia, o sean la de destruir los microbios que crecen en la superficie, la de modificar el tejido donde se desarrollan, convirtiéndolo en mal terreno de cultivo con cierta virtud de penetración en las mucosas, y, por último, la de no excitar demasiado el tejido enfermo. La plata coloidal tampoco solucionó de una manera definitiva el problema; constituyó otro remedio más a engrosar el arsenal de la terapéutica gonocócica.

La vacunoterapia específica aportó algunos éxitos, ya utilizando las de tipo comercial o stockvacunas, o bien las autovacunas. Con ellas se abrevió la duración del tratamiento y se previó, en gran parte, la aparición de complicaciones.

Observando que el gonococo muere al someterlo a la temperatura de 40° durante seis horas, se pensó que, elevando la temperatura del organismo por encima de los 40°, se llegaría a conseguir la esterilización del enfermo. Para lograr la elevación térmica o piroterapia, se inculó al paciente el *plasmodium* u otros agentes capaces de provocar una intensa reacción febril, manteniéndola durante el tiempo que se creyó necesario; los resultados tampoco fueron concluyentes y no ausentes de peligro. Ante tales resultados, se quiso localizar esa elevación térmica solamente en el tramo de localización de la infección; la termopenetración o diatermia reunía las condiciones apetecidas, ya que el calor producido es uniforme, supuesto el que se pierde por irradiación, se gana y equilibra con el que se genera en profundidad ante la resistencia de los tejidos, mandando a la zona afectada el calor deseado. Algo se consiguió con estas aplicaciones térmicas, no las definitivas.

Grandes esperanzas se abrigaron al aparecer en el arsenal terapéutico antiblenorrágico los colo-

rantes derivados de la acridina, y, en especial, el cloruro de la 3-6-diamino 10-metilacridina (trypaflavina, cromacrina, gonocrina). Por los aceptables éxitos conseguidos al comienzo de su utilización, hubo venereólogo, que los igualaron a los conseguidos con el neosalvarsán frente al treponema. El tiempo se encargó de frenar ese optimismo, aquilatando y justipreciándolo en su verdadero valor. Así como hubo fervientes defensores de la inyección endovenosa del amarillo de acridina, conceptuándola como la mejor y única en la lucha contra el gonococo, también tuvo sus detractores desde su comienzo, elevando a grados óptimos sus contraindicaciones, intolerancias y complicaciones, subrayando el escaso o nulo resultado obtenido con su utilización. Al suprimir la medicación local antiséptica en la uretra—indican—se hace más fácil la propagación del gonococo en superficie por mucosa, y la irritación que este fármaco produce en las vías génitourinarias es el responsable de muchas prostatitis y cistitis, sin contar con los fenómenos desagradables de congestión de cara, náuseas, vómitos, trastornos gástricos, eritemas con tinte subictérico e intenso picor, y el funesto peligro de las nefritis, y el no menos grave de las extravasaciones del líquido, posibles al ser manejado por manos no expertas, seguidos de intensísimos dolores con las terribles necrosis de los tejidos afectados.

Las sales de acridina descendieron de su primer puesto para engrosar el grupo segundón de los remedios antigonocócicos, marcándoles su indicación precisa según el momento o circunstancia en el curso de una blenorragia. Volvieron los irrigadores a llenarse con soluciones antisépticas para seguir lavando canales uretrales.

La lucha entablada contra el ladino y vulgar gonococo siempre resultaba, si no estéril, poco alentadora. «Monsieur gonococo» seguía riéndose sarcásticamente ante las ineficaces armas lanzadas contra su bien pertrechado ejército, aun blandiéndolas con arte y destreza. Si transcribimos la interviú de Félix Herce con el «señor gonococo», observaremos las muestras de su gran poderío y marcada displicencia. «Sea usted sincero, «gonococo—escribe Herce—: ¿Es usted bueno o es tan malo como dicen los especialistas?» «No les haga usted caso—dice, sonriente—; eso es para meter miedo; el «gonococo» es bueno, bonísimo; él habita en los órganos del hombre, y procura molestar poco; los primeros días nada más; pero, ¿qué vecino, al llegar a una casa, no levanta mil ruidos al colocar los muebles, clavar clavos, etcétera? A los tres días, sin sentirlos. Claro que el hombre nos persigue con saña, nos pone la vivienda perdida de permanganato o de sales de plata, que nos manchan la ropa. Menos mal que estamos preparados, y... como si lloviera. Además, los balsámicos nos deleitan, quitan ese olor acre de la orina, y el azul de metileno entretiene



Boldevón



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

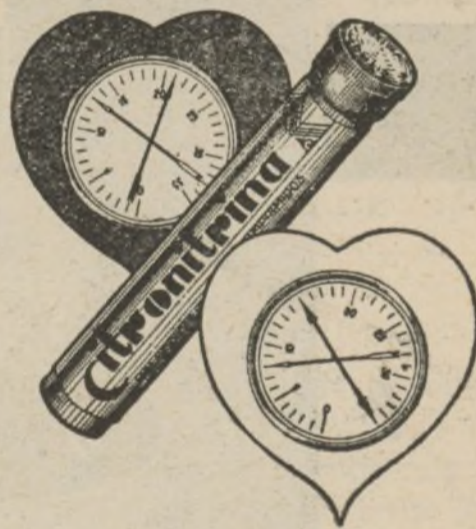
C. S. 9.303

*Para sus hipertensos
y arterioescleróticos*

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

Citronitrina

GEVE



Comprimidos de 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

*Extracto de Hígado
Mucosa Gástrica
+ Complejo Vitamínico B*
HEPAGASTRON

**UNA
ACERTADA
ASOCIACION**

INDICACIONES PRINCIPALES

Convalecencias y enfermedades consuntivas, insuficiencia hepática funcional o anatómica, síndromes anémicos, enfermedades alérgicas, intoxicaciones, edemas, derrames viscerales, etc., etc.

PRESENTADO EN CINCO FORMAS: Inyectable normal - Inyectable fuerte - Inyectable fuerte vitaminado - Líquido - Líquido vitaminado

HEPAGASTRON

Extracto de Hígado, Mucosa Gástrica y Complejo Vitamínico B

LABORATORIOS ORZAN, S. A. - LA CORUÑA



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

a nuestros pequeñuelos, que corren al canal uretral para ver a ese azul río...» «Pero, ¿y las vacunas»—interrumpo—. «Eso nos causa algo de pena, pero sólo moral; son compañeros muertos por la causa... Les rezamos una oración, y tan contentos.» «¿Y los médicos?» «Pues verá usted: sólo tenemos, lo que se llama verdaderamente enemigos, a unos cuantos especialistas; pero no nos podemos quejar, pues hay muchos, muchísimos médicos que son verdaderos aliados nuestros, y nos abren caminos dentro del cuerpo humano, que por sí solos nunca creíamos conquistar. A mí, que hasta los especialistas con citoscopios y diatermia me han puesto como en un palacio con alumbrado eléctrico y calefacción central...»

A la nave le faltaban muchas millas que recorrer hasta tocar el puerto de destino. La droga deseada no llegaba, y los blenorragicos se desesperaban sin poder conseguir desalojar de sus guaridas al resistente gonococo.

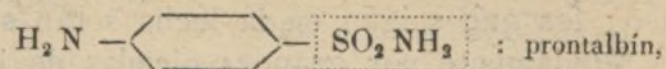
* * *

El año 1932 marcó una nueva era en el campo de la Química y la Medicina; el descubrimiento de las *sulfamidas* por los doctores DOMAGK, KLARER y MIETZSCH, produjo una verdadera revolución. Muchas infecciones graves fueron cortadas gracias a las sulfamidas. El diplococo de Neisser encontró su mayor y más terrible enemigo, produciendo un cambio radical en el tratamiento de la blenorragia. Se halló el producto terapéutico que poseía la propiedad más sobresaliente y deseada: la de no inhibir la función defensiva de los leucocitos en concentraciones dañinas para las bacterias.

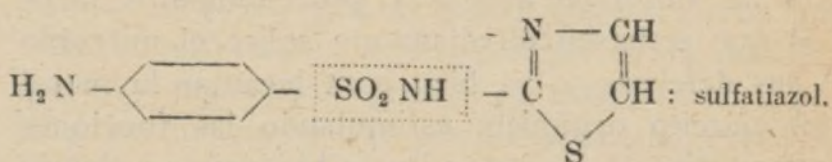
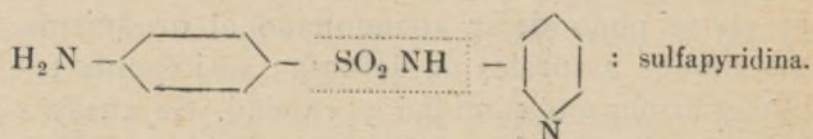
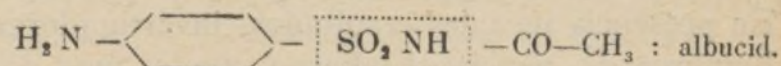
El producto base de los compuestos sulfamídicos activos ya había sido obtenido, en 1908, por GELMO, y seguido su estudio por KOCH, BEHRING, ROEHL y muchos otros investigadores, pero fué abandonado por utópico, por los resultados poco trascendentales. Continuada la labor investigadora sistemática y reflexiva por DOMAGK, KLARER y MIETZSCHE, se llegó al resultado perseguido; en el año 1932 apareció un nuevo plan terapéutico: la *sulfamidoterapia*. El fármaco así logrado reunía las condiciones apetecidas: las de cooperar en el aniquilamiento de los gérmenes patógenos sin perjudicar las funciones defensivas normales del microorganismo en concentraciones nocivas para los invasores.

El grupo de sustancia química descubierto fué el *sulfonamida* o *sulfamida*: $-SO_2NH_2$, que, para poder desplegar su acción terapéutica, había de ocupar una posición característica en la molécula total del compuesto químico a formarse con la unión de otro grupo, bien el amino, NH_2 ; el azo, $-N=N-$, u otros. Son muchos y diferentes los compuestos químicos a obtener, debidos a las sustituciones en cualquiera de los dos gru-

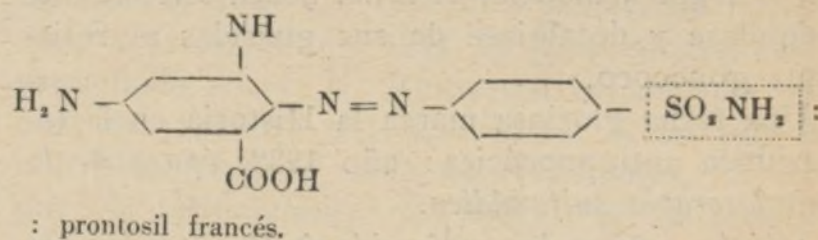
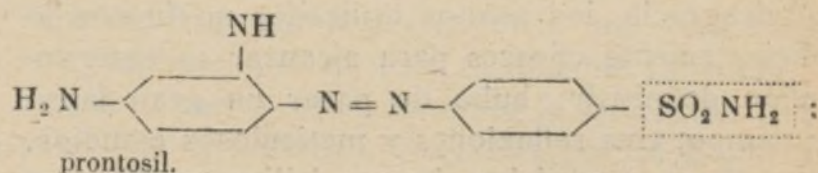
pos que lo integran o en sus dos grupos a la vez. Partiendo del compuesto químico



formado por el grupo sulfamida $-SO_2NH_2$ y el grupo amino H_2N- , unidos por un anillo de bencol (sin que pierda su acción), se pueden obtener otras moléculas totales o compuestos químicos, sustituyendo del todo o en parte los átomos de hidrógeno de cualquiera de los grupos. Si lo hacemos en el sulfamida $-SO_2NH_2$ (que es el que nos puede interesar), sustituyendo un hidrógeno por un grupo aceto, por un anillo de piridina, por un anillo de tiazol, etc., etc., tendremos constituidos los siguientes compuestos:



Si la sustitución del hidrógeno se verifica en el grupo amino H_2N , se formarán, entre otras, las siguientes sustancias:



Y así seguiríamos formando compuestos en plan de sustituciones en cualquiera o en ambos grupos de los que integran la molécula total.

¿Cómo actúan las sulfamidas frente al gonococo de Neisser? Antes de responder a esa pregunta conviene indagar la forma reaccional orgánica ante el invasor.

Todo agente extraño, al franquear las barreras naturales del organismo, provoca en el mismo una reacción defensiva para más tarde convertirla en ofensiva. El organismo movilizará sus soldados para dirigirlos al terreno invadido; la infantería y todos los cuerpos de ejército de la gran nación orgánica, formados por leucocitos e histiocitos, especializados, cada cual, en el manejo de las mejores armas, tenderán a bloquear al invasor para disparar desde sus fortines los artefactos, siendo cubiertas sus bajas rápidamente.

Las divisiones microbianas, por su parte, intentarán invadir todo el campo, lanzando el fuego de sus toxinas contra todo lo que se pueda oponer a su paso; los que caigan en la lucha serán sustituidos rápidamente por grandes oleadas de jóvenes bacterias debido a su gran poder prolífero.

Ambos contendientes tenderán a modernizar sus armas de ataque y defensa; ante la aparición del tanque en el campo de batalla, el atacado procurará fabricar lo más rápidamente posible el arma antitanque para neutralizar y superar al adversario.

En la gran lucha entablada contra el diplococo de Neisser, el organismo se encuentra en inferioridad manifiesta; sus armas ofensivas y defensivas resultan impotentes ante la virulencia y sagacidad del Neisser, ganando, por tanto, la última y definitiva batalla.

En presencia de tales resultados, investigadores y hombres de ciencia se aliaron con el más débil; no se pudo dejar abandonado al organismo a sus modos naturales de defensa; se imponía facilitarle armas en cantidad y calidad. Se ensayaron un sinfín de drogas y procedimientos tácticos que actuasen directamente sobre el microbio o sus defensas, o ya bien para levantar la moral del ejército orgánico, estimulando las funciones fagocitarias de los leucocitos e histiocitos y demás obligaciones encomendadas a sus soldados.

En cada ensayo, en cada contienda provocada, se le fué minando el terreno al diplococo; pero, por desgracia, los medios utilizados no fueron lo suficientemente eficaces para alcanzar su exterminación definitiva; hubo de pasar un gran lapso de tiempo, tras reflexiones y meticolosos estudios, hasta llegar a modelar el arma bélica terrible que aniquilase y desalojase de sus guaridas al resistente gonococo.

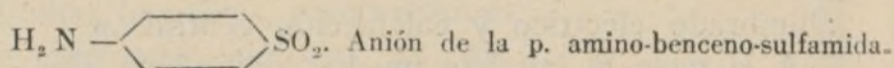
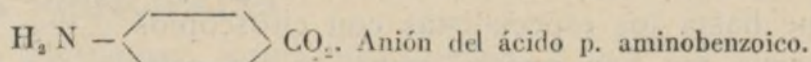
Una fecha gloriosa marca la Historia en la terapéutica antigonocócica: año 1932, época de la quimioterapia sulfamídica.

¿Cómo actúan las sulfamidas? Dos tendencias prevalecieron para explicar la manera de su actuación: unos suponían que el compuesto quimioterápico actuaba sobre los leucocitos e histiocitos estimulando su función fagocitaria, y otros, más acertadamente, afirmaban que la acción era parasitotropa, bien actuando directamente sobre el microbio, o ya neutralizando sus toxinas. Más modernamente, los investigadores se limitan a conceder a las sulfamidas o a sus productos de desintegración un papel bacteriostático, inhibiendo o paralizando de una manera gradual su capacidad reproductora, dañándolas de tal forma que resultan fácil botín a las defensas orgánicas: leucocitos, histiocitos y células reticuloendoteliales.

La hipótesis que mayor número de adeptos ha tenido es aquella que le concede a las sulfamidas el poder de destrucción de la substancia con la cual

se rodea el microbio para protegerse y nutrirse: la vitamina H o ácido p. aminobenzoico, y ya desposeído de su coraza y medios para su normal desarrollo, sencilla tarea le resultaría a las defensas orgánicas para atacar ventajosamente al microbio.

Preciso criterio han expuesto otros investigadores. La semejanza de la estructura molecular de la vitamina H o ácido p. aminobenzoico con las sulfamidas, particularmente en sus aniones—indican—, les ha hecho pensar en su verdadera acción.



Suponen que, al poner en contacto una concentración suficiente de sulfamidas con el microbio, éste utilizará para su desarrollo la sulfamida en lugar de su vitamina H, formando un sistema distinto; de tal forma, la sulfamida vendría a ocupar el puesto de la vitamina H en el sistema bacteriano; pero ocurre que el sistema así formado es incapaz de funcionar en forma correcta, y, en consecuencia, se produciría la detención en el desarrollo del germen: la bacteriostasis, operando en condiciones estupendas los elementos defensivos orgánicos.

En posesión del fármaco ideal, se comenzó su utilización con verdadero optimismo; el tiempo se encargó de justipreciarlo en su verdadera y exacta medida, acoplándolo en sus precisas indicaciones, dosis suficientes y exactas.

Indiscutiblemente: con la sulfamidoterapia se han ganado los escalones próximos para alcanzar la cima de la terapéutica ideal antigonocócica. Con ella, muchos blenorragicos han sido totalmente esterilizados. Sus efectos rápidos desecativos en uretritis agudas ha evitado un sinfín de complicaciones: las orquiepididimitis, prostatitis, etcétera, etc., ya pasaron al campo de las rarezas.

Si dirigimos la atención por el camino de los fracasos de la sulfamidoterapia, mucho se puede anotar, pero los defensores del sistema han dado amplias explicaciones justificativas, anotando como causa fundamental de esa falta de éxito al mal manejo que de ellas se hacía, al no guardar las normas fundamentales y necesarias de la perfecta terapéutica sulfamídica. Esas condiciones las reúnen en dos importantes principios:

1.º Una concentración elevada y suficiente, mantenida hasta conseguir el efecto perseguido para que las bacterias no puedan restablecerse de nuevo.

2.º La presencia constante, permanente, de los leucocitos e histiocitos para lograr la segunda fase, el aniquilamiento total de las bacterias.

Al claudicar, al faltar uno de estos dos principios, el fracaso estaría explicado. Las dosis insu-

ficientes producen concentraciones débiles en sangre, resultando impotentes para conseguir la bacteriostasis, y, en cambio, les infundiría una creciente resistencia que haría insensibles a las bacterias a ulteriores tratamientos quimioterápicos. Instituído el tratamiento prontamente con dosis fuertes y en corto período de tiempo, el número de sulfamidoresistentes sería escaso.

Así como las dosis insuficientes perjudican a ulteriores tratamientos, las demasiado elevadas pueden producir fenómenos de intolerancia, fenómenos tóxicos y hasta accidentes gravísimos. Se ha de tener presente, en primer lugar, las sensibilidades y predisposiciones individuales, así como la existencia de defectos orgánicos, antes de comenzar a medicar al paciente, para no echar por tierra a un remedio altamente beneficioso. Un riguroso examen y control del enfermo, antes y durante la administración del producto, es necesario para salvar contratiempos desagradables.

Entre los síntomas de intolerancia, se citan: malestar general, cefaleas, náuseas, vómitos, acidosis, manifestaciones cutáneas, accidentes hepáticos y renales, anemias hemolíticas y la agranulocitosis; todas ellas pueden llegar a constituir complicaciones graves, y en algunos casos, mortales.

Con la sulfamidoterapia tampoco se logró, de una manera definitiva, escalar la cima deseada; hay que esperar unos años más para que, desde América, nos llegue la buena nueva: el descubrimiento de un antibiótico superior a todos los conocidos: la penicilina.

Ya en 1877, PASTEUR y JOUBERT observaron que algunas bacterias flotantes en el aire al contaminar los cultivos de *B. anthracis*, eran inhibidas en su poder patógeno, provocando la detención de su desarrollo; la bacteria vivía mal, para terminar muriendo prontamente. Afianzándose sobre este hecho, años más tarde BASES afirmaba que una enfermedad originada por una bacteria podría ser tratada con otra bacteria, y que si se llegara a alcanzar este ideal se habría llegado a la cumbre en materia terapéutica. CANTANI, por aquellas fechas, y siguiendo el principio, trató a un tuberculoso con pulverizaciones e insuflaciones de un cultivo de *B. termo*, logrando mejorar al paciente.

Dos años más tarde, en 1879, VUILLEMIN observa y valora la ley natural de defensa de todos los seres: *la lucha por la existencia*. Un microbio mata a otro microbio para conservar su vida; a la lucha entablada la denomina *antibiosis*, y *antibiótico* al agresor.

Fue necesario llegar al año 1928 para sacar a los antibióticos o sustancias antibacterianas naturales la parte práctica y útil, y fue el profesor FLEMING el que, con su elevado espíritu observador, con su incansable esfuerzo de estudios y labores, supo medir, ahondar, agotar hasta el fin, extraer la última esencia del hecho o fenómeno ya

observado por numerosos investigadores. Se le presentó ante sus ojos el gran espectáculo: la *antibiosis*. En un cultivo de estafilococos, invadido accidentalmente por el hongo *penicillum*, aparecía una lisis de las bacterias citadas en el punto en que se desarrollaban las colonias micelianas, llegando a la esterilización del cultivo, o ya frenando o inhibiendo su crecimiento. Resembró el hongo, dándose cuenta que, al desarrollarse, producía ciertas sustancias que pasaban al medio de cultivo, comunicando a éste la propiedad de detener el crecimiento de muchas bacterias, dando el nombre de penicilina a la sustancia segregada por el citado mohó. Este mismo hecho fue observado y anotado por FROST en 1904, sumergiendo sacos de colodión con cultivos de un germen en líquidos en que se cultivaban otros, y confirmó que por la membrana del saco de colodión pasaba una *sustancia antibiótica* capaz de inhibir o paralizar las funciones reproductivas de las bacterias del otro cultivo.

Estudios posteriores de FLEMING, en colaboración con FLOREY, CHAIN y ABRAHAM, hicieron posible la purificación y dosificación de la penicilina. La composición química de este poderoso antibiótico aún no ha sido posible aclararla; creen se trata de un péptido o glucopéptido.

Ante tales descubrimientos se levantó el consiguiente revuelo, movilizándose los investigadores de todos los países, y en particular los anglosajones, llegando a perfeccionar los conocimientos y aplicaciones de este formidable fármaco.

Los primeros ensayos sobre la aplicación de la penicilina a enfermos atacados por el diplococo de Neiser, y de los brillantes resultados obtenidos, aparecieron en 1944 en una comunicación presentada por J. N. ROBINSON, comandante médico del Ejército norteamericano. A un lote de mil blenorragicos sulfamidoresistentes, inyectó por vía intramuscular 100.000 U. O. de penicilina, en dosis de 20.000 unidades cada tres horas; la esterilización definitiva se consiguió en 944 enfermos, y los 56 restantes necesitaron nuevas dosis de penicilina (150.000 U. O.) para conseguir su curación, a excepción de tres, que hubo que aplicar un tercer tratamiento para conseguirla.

Actualmente se emplean dosis más elevadas: 200.000 a 300.000 U. O. en inyecciones de 20.000 a 25.000 U. O., con el mismo lapso de tiempo en sus intervalos: tres horas.

¿Cómo actúa la penicilina frente al gonococo? El modo como las sulfamidas ejercen su poder bacteriostático, ha facilitado el esclarecimiento del mecanismo de acción de la penicilina. Hay una diferencia fundamental con respecto a resistencia: así como las dosis insuficientes de sulfamidas producen una ulterior resistencia frente a los gonococos atacados, con la penicilinoterapia no ocurre lo propio.

Debido a que los investigadores no son unáni-

mes respecto al mecanismo de acción de la penicilina, hay que confesar que, sea cual sea su modo de actuación en el estado actual de estos conocimientos, es todavía una hipótesis de trabajo; pues así como unos piensan que el antibiótico ejerce una acción bactericida, otros opinan que solamente su acción es bacteriostática, y que ha de aprovechar el momento especial de comienzo de la fase logarítmica multiplicativa cuando los microbios comienzan a segmentarse, momento de efectiva vulnerabilidad, momento que han de aprovechar las defensas orgánicas para conseguir la destrucción y eliminación de los microorganismos patógenos.

Este antibiótico se comporta a semejanza de los fermentos, que, en general, se regeneran a medida que van cumpliendo su misión; no son absorbidos ni destruidos por las bacterias; realizan su cometido y se eliminan rápidamente por la orina.

La penicilina es poco o nada tóxica para los leucocitos y tejidos; esta inocuidad asegura la actividad de las defensas naturales cuando el antibiótico ha paralizado o inhibido al ofensor.

A semejanza de las sulfamidas, dos grandes principios deben dominar en la práctica para alcanzar el éxito en la terapéutica penicilínica: 1.º Por los medios y vías que éstos sean posibles, es condición indispensable poner en contacto directo la penicilina con el germen. 2.º Es necesario mantener en sangre una concentración constante y suficiente del antibiótico durante todo el tiempo necesario hasta conseguir la destrucción bacteriológica. Teniendo en cuenta la rapidez en su eliminación, es condición indispensable, para llenar el segundo principio fundamental, recurrir a la administración continua o repetida de la penicilina.

Con fines de reducir el número de inyecciones precisas para mantener impregnado el organismo,

y el de ahorrar medicamento, ha inducido a muchos autores a estudiar el modo de frenar o retrasar su rápida eliminación, prolongando así su acción benéfica. Se pensó que, asociando a la penicilina otras sustancias que actuasen sobre los túbulos renales, éstos, afectados, podrían dificultar o retrasar la excreción del fármaco, llegando a mantener un nivel sanguíneo eficaz durante el tiempo necesario, utilizando una sola dosis. Se hicieron experiencias con varias sustancias, logrando el efecto apetecido, pero no todo lo concluyente que se buscaba.

Otros autores han tratado de conseguir idénticos resultados variando el principio; mezclan a la penicilina sustancias que retarden su reabsorción y la cedan lentamente y en cantidad suficiente para mantener constantemente esa concentración precisa en sangre. Actualmente se hace la disolución de la penicilina lo más concentrada posible (un centímetro cúbico por 100.000 ó 200.000 U. O. de penicilina), y, una vez obtenida, se añade la mezcla cera-aceite: bien el preparado Emulgen, el Salvochilin o el Penicerol, aplicando la emulsión así obtenida en una sola inyección.

Resumiendo: Con el ingreso de la penicilina en la terapéutica antigonocócica se ha salvado la Humanidad doliente de la plaga más sucia y rebelde. Este maravilloso antibiótico ha cambiado de una manera radical, definitiva, el pronóstico de la gonorrea. El blenorragico ha dejado de existir. Los atacados por el que fué «*amo y señor*» del canal urogenital, a SIR ALEXANDER FLEMING deben reverenciarle.

* * *

¿Qué se entiende por profilaxis social de la blenorragia? Se considera como tal al conjunto de medios y procedimientos conducentes a evitar la propagación al cuerpo social de una de las más terribles y difundidas plagas: la gonococia. Para realizar tan alta misión, lo primero y fundamental



ESCOFEDAL

(Escopolamina, Efe-tonina, Eucodal)

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

Cajas de 3 y 10 ampollas

E. Merck

Cens. Sanit 110 7

Ayuntamiento de Madrid

a que se ha de tender es a la localización de las fuentes de contagio, y una vez en posesión de ellas, aplicar una eficaz terapéutica lo más pronto posible, en el menor tiempo y en el mayor espacio que se logre controlar.

La clave, la raíz primordial de la profilaxis social de la blenorragia, es el *tratamiento inmediato del atacado en su período álgido de enfermedad durante el dolor*. Todos los medios y procedimientos profilácticos que se puedan desarrollar con tal fin entran en la categoría de secundarios. A mayor abundancia de medios y procedimientos profilácticos empleados, hace suponer una menor eficacia en los *tratamientos* seguidos para lograrla.

Repasando el historial de la terapéutica antigonocócica, observamos que, a medida que se han ido perfeccionando las técnicas y logrado los remedios más eficaces para atacar al diplococo de Neisser, sólo se han ido consiguiendo beneficios personales, beneficios exclusivos para los enfermos agudos, al suprimirles los síntomas molestos, sin lograr su deseada y definitiva esterilización como fin social.

El blenorragico agudo no es un peligro social inminente; no puede constituir una fuente de difusión venérea, supuesto no practica contactos sexuales. Y si no se lanza a los campos de Venus no es, precisamente, porque se lo pueda prohibir su conciencia con miras a evitar el inminente contagio; se lo impide, sencillamente, *su escogor uretral y sus erecciones dolorosas*. Como ser humano, el enfermo es egoísta, tendiendo por los medios a encontrar el remedio que le pueda aplacar sus terribles molestias; todo lo demás le importa un bleudo; si éstas no existiesen, indudablemente, cuando la voz imperiosa del sexo le ordenase apagar sus instintos despiertos, se lanzaría a satisfacerlos sin el menor escrúpulo de conciencia, sin importarle para nada el mal que pudiese acarrear al cuerpo social. Un ejemplo evidente nos muestran los contagios sífilíticos en los períodos agudos o floridos, períodos de máxima contagiosidad, que por ser indoloras las lesiones, al paciente no le frena, no le impide el comercio carnal al despertársele el deseo sexual, siendo, en consecuencia, fructíferas fuentes de difusión treponémica.

Con todo el arsenal terapéutico que se ha ido ganando en la lucha contra el diplococo, *repito que sólo se iba beneficiando el enfermo agudo*, acortándole el período de sus desagradables molestias, sin conseguir su esterilización, su definitiva curación bacteriológica. Por tanto, socialmente, no se ganaba nada, o tal vez se marchaba en progresión decreciente hacia el punto de partida, ya que, al suprimir el dolor y el flujo uretral de una manera precoz cuando se creía haber conseguido la curación, siquiera clínica, se adelantaban los ingresos en los campos de Venus a peligrosísimos

portadores de gonococos: la profilaxis social perdía terreno.

¿Se ha conseguido captar el remedio terapéutico que haga esterilizar al enfermo, acabar radicalmente con el responsable de la infección blenorragica en el comienzo de enfermedad, *en su período agudo*? No solamente se ha conseguido privar al enfermo de sus gonococos durante el tiempo que le puedan durar sus molestias agudas, sino que, adelantándose, antes de ceder éstas, el paciente queda desposeído definitivamente de los elementos contagiantes: *su curación bacteriológica es anterior a la clínica*; luego, socialmente, se ha llegado a la cima en materia de profilaxis blenorragica: *La penicilina es una realidad en la terapéutica y profilaxis de la gonorrea*.

Ha sido tan trascendental y considerable su descubrimiento, que, como acertadamente anota el profesor SÁIZ DE AJA, «ha revolucionado la patología y el ejercicio profesional en sus dos grandes especialidades: la Ginecología y la Venereología. Va a alterar las estadísticas de morbilidad, disminuir considerablemente el número de uniones estériles, va a aumentar el número de nacimientos, va a ser un notable factor de repoblación humana; y si París bien vale una misa, la gonococia bien vale el honor de que se considere un protagonista en la vanguardia de las indicaciones del más poderoso de los antibióticos, la *penicilina*».

BIBLIOGRAFIA

- ALGORA GORBEA (J.): *La penicilina en Venereología*. «Medicamenta», núm. 120, pág. 103. 1947.
- ALVAREZ SÁIZ DE AJA (E.): *Antibióticos*. «Actas Dermo-Sifiliográficas», pág. 3. Octubre 1946.
- BUSTINZA: *La penicilina y los antibióticos microbianos*. 1945.
- CONTRERAS DUEÑAS: *Emulsiones retardadoras de la acción de la penicilina en el tratamiento de afecciones de la especialidad*. «Actas Dermo-Sifiliográficas», pág. 347. Enero 1947.
- CORREIA: «Portugal Médico», núm. 12. 1938.
- DOMACK (G.): *Las sulfamidas*. «Cuaderno de Estudios Europeos», 1943.
- FLOREY (H. V.): *Penicilina: Una revisión general*. «British Medical Journal», pág. 169. 1944.
- HERCE (F.): *Clinica festiva*, pág. 71. 1929.
- KROÓ Y ORBANEJA: «Revista Clínica Española», 5. 1946.
- LÖE Y BRETT: *Tratamiento moderno de la blenorragia*. «D. M. W.», núm. 36. 1941.
- LORENZO VELÁZQUEZ: *Recientes avances en terapéutica*. 1940.
- LUYS (G.): *Tratado de blenorragia*, pág. 13. 1912.
- MERINO SIMÓN (M.): *Blenorragia crónica. Su tratamiento*. De la obra de Barrio de Medina «Tratado español de Venereología y Sifiliografía», pág. 85. 1930.
- NOTAS LEFA: *La penicilina. Revista general. Modo de acción de la penicilina*. año II, núm. 9, págs. 129 y 135. Mayo 1945.
- PUBLICACIONES DIF.: *Diez años de experiencia en sulfamidas*. 1946.
- ROGA SÁNCHEZ: *Blenorragia aguda*. De la obra de Barrio de Medina «Tratado español de Venereología y Sifiliografía», página 63. 1930.
- RODRÍGUEZ PÉREZ (A. P.): *Acerca del mecanismo de acción de la penicilina*. «Boletín del Instituto de Patología Médica», volumen II, núm. 1, pág. 15. Enero 1947.
- SOCIEDAD GENERAL DE FARMACIA: *Penicilina*. «Orientaciones OM».
- VILANOVA: *Tratamiento actual de la blenorragia*. «Monografías médicas». 1945.

NOTA PRACTICA

Examen de conjunto y valoración de los diversos métodos de exploración clínica para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar

por

J. MEGIAS VELASCO

Del P. N. A., en Gandía.

La exploración clínica hay muchas maneras de comprenderla y practicarla; pero, en regla general, debemos seguir la sistemática tradicional, y, a pesar de la brevedad del tiempo, tendremos que hacer una somera descripción de los elementos en que hayamos de fundarla. Con PAGEL y KAYNE seguiremos la siguiente ordenación:

HISTORIA.—La cual podremos subdividirla en: a) *familiar*, y b) *personal*.

a) *Familiar*.—La importancia de inquirirla reside en el hecho de que si una familia muestra una alta incidencia de enfermedades tuberculosas, todos los miembros de dicha familia están expuestos a poseer una alta susceptibilidad para el desarrollo de la tuberculosis como el resultado de una herencia de bajo nivel de defensas, a los efectos de la infección. Mientras en familias sin taras tuberculosas esta primera infección frecuentemente es vencida, en las familias taradas vemos el desarrollo de determinadas formas, habiendo autores que dicen que existe un predominio familiar para la adquisición de ciertos tipos de tuberculosis (óseas, viscerales, meníngeas, etcétera). En este capítulo entran los dos de la *herencia del germen* y la *herencia del terreno*.

b) *Personal*.—En ésta estudiaremos los posibles contactos sufridos por: 1.º, niños; 2.º, adultos. En los *niños*, las posibles infecciones familiares, el grado de higiene de la vivienda, siendo más graves de pronóstico los contagios intrafamiliares cuanto más pequeño es el niño y mayores las defunciones. En *adultos*, en éstos se ve que en los jóvenes las lesiones más extensas son producidas por contagios intrafamiliares (MCPHERDRAN), y en éstos habrá que dilucidar si es debida a una primoinfección o una reinfección condicionada por una disminución en las defensas, y para opinar así de una infección extrafamiliar hay que pensar de su masividad; en cambio, los contagios intrafamiliares repetidos pueden desencadenar el cuadro, siendo paubacilares.

Historia de enfermedades anteriores.—Enfermedades que tienen una continuación sintomática con los síntomas por los cuales el paciente acude al médico, deben ser diferenciadas de aquellas otras en las cuales ha habido un período de intervalo más o menos largo. Esto es algo dudoso de decidir, pues pueden persistir pequeños síntomas, los cuales no son apreciados por el paciente. Una enfermedad severa puede disminuir las defensas

del paciente y puede considerarse como el elemento favorecedor de una tuberculosis. En los niños se cree por algunos autores que ciertas enfermedades predisponen al desarrollo de una tuberculosis (paperas, tos ferina, sarampión, gripes, etc.); pero otros autores no lo admiten. En los adultos se cree que la diabetes favorece la aparición y desenvolvimiento de la afección; al alcoholismo crónico también se le atribuye tal acción. *Manifestaciones tuberculosas antiguas* son señales de las diseminaciones, y una historia de tuberculosis extrapulmonares nos inclinará a presuponer la existencia de una afección pulmonar tuberculosa, induciéndonos a creer que la tisis del paciente sea de origen hematógeno, y, más raramente, broncógena, lo cual implica una diferencia considerable de pronóstico.

En este sentido hay unos síndromes: conjuntivitis flictenular, eritema nudoso, absceso isquiorrectal y pleuritis, que son de origen discutido. Para la mayoría de los autores, son debidos a hipersensibilidades alérgicas de los tejidos ante las toxinas tuberculosas, pero estas toxinas unas veces provendrán del bacilo tuberculoso, y otras de otros bacilos, por ejemplo, el estafilococo o estreptococo, que es la causa más común cuando se excluye el bacilo tuberculoso. Esta etiología es generalmente aceptada para el eritema nudoso, y al absceso isquiorrectal cuando éste coincide con adenopatías en cuello, etc. Respecto al diagnóstico de *pleuresía seca*, hay que ser muy precavidos, porque los pacientes nos cuentan toda clase de cosas encuadrándolas bajo este síndrome; en cambio, es de más valor la *pleuresía con derrame*, que nos puede representar un foco hematógeno pleural de la tuberculosis diseminada; otras veces puede ser inespecífica.

Empleo o trabajo.—El empleo de una persona puede influir en tres sentidos en el desarrollo de una tuberculosis: 1.º, puede ser tan agotador, que la resistencia general sea disminuía considerablemente; 2.º, puede proporcionar el contagio masivo; 3.º, él puede disminuir la resistencia natural del pulmón a la tuberculosis.

Síntomas generales.—Los síntomas son una ayuda para el diagnóstico de la tuberculosis activa por su presencia, y en el diagnóstico de la tuberculosis curada o latente por su ausencia. En el diagnóstico de una lesión progresiva, todos los síntomas son importantes, y su justipreciación no

puede ser suplida por ningún método de laboratorio. La sintomatología expuesta por el paciente debe ser sopesada, haciéndonos ver que otros síntomas debemos hacerle recordar. Con esta técnica es muy raro que una lesión progresiva sea asintomática. Particular cuidado se prestará a la *temperatura* y el *pulso*. De todos los síntomas, una *febrícula* persistente, *taquicardia* (particularmente cuando tiene un incremento vespertino) y las *hemoptisis*, son los más importantes. Los *dolores torácicos* pueden ser debidos a las pleuresias. La *sintomatología local* puede estar presente después de haber curado la lesión, pues pueden ser debidos a bronquiectasias o enfisemas desarrollados en el proceso curativo. La primoinfección puede estar asociada con escasos síntomas; uno de los más constantes, la febrícula, puede no ser apreciada por el paciente.

Signos físicos.—Están basados: 1.º, inspección; 2.º, palpación; 3.º, percusión; 4.º, auscultación. Y éstos, según PAGEL, podremos considerarlos en relación a su importancia para el diagnóstico y la importancia que tienen en el transcurso de curación del proceso. Para KAYNE, el examen físico es mucho más importante para lograr el diagnóstico que en el tratamiento de un paciente ya diagnosticado de tuberculosis. Pues la radiología, la broncografía y la broncoscopia, ayudadas por la observación clínica, nos muestran: 1.º, qué lesiones tuberculosas, aun siendo extensivas y progresivas, pueden existir sin signos físicos, y esto podemos decir de las grandes cavidades («cavidades mudas» de Pagel, quizá por obstrucción del bronquio de drenaje); 2.º, que los signos físicos pueden presentársenos en «lesiones curadas» (en presencia de fibrosis, por ejemplo) según ALEXANDER, o en lesiones no tuberculosas, bronquiectasias, enfisema, desenvueltos durante los procesos curativos (CORYLLOS); 3.º, que los signos físicos pueden ser llevados hasta el lado sano a través de un mediastino rígido o tras una toracoplastia (LE FOYER); 4.º, que lesiones no tuberculosas pueden dar lugar a signos físicos muy parecidos a los tuberculosos, bronquiectasias, atelectasias, tumores, neumoconiosis; 5.º, que los signos de cavidad pueden presentársenos en ausencia de alguna cavitación (PAGEL) cuando, por un proceso de fibrosis o atelectasia de lóbulo superior, la tráquea es desplazada hacia el lado afecto.

En esta exposición se ve claramente que cualquier intento de interpretación de signos físicos debe tener como base groseros cambios mórbidos anatómicos, y no sutiles, en el sentido de síntomas tuberculosos no tuberculosos o signos de actividad o no actividad (O'SHAUGHNESSY).

Inspección.—Esta nos puede revelar un tórax enfisematoso. Puede mostrarnos abultamientos o retracciones locales que nos marcarán procesos de fibrosis. Disminución de movilidad nos pue-

de hacer pensar en procesos pleurales. Deformidades torácicas de esqueleto deberán tenerse en cuenta para la ulterior interpretación de radiografías.

Palpación.—PAGEL dice no estar convencido del valor del *fremitus*, pero le concede un gran valor a la determinación palpatoria de la tráquea y punta cardíaca. Desplazamientos de ambos o de un costado nos darán indicaciones de procesos retráctiles, atelectasias, fibrosis o una pleuresía del lado opuesto. Disminución de la movilidad costal deberá ser registrada.

Percusión.—Esta, según KAYNE, depende del codo y el del sentido del tacto del médico. No hay método más valioso para determinar los derrames, y guiándonos por él podremos diagnosticarlos con tanta o más precisión que por rayos X.

Auscultación.—Por este método determinamos los cambios en el sonido pulmonar, la sumación de ruidos y cambios en la transmisión de los sonidos vocales. Según PAGEL, de todos los métodos del examen físico, el de la auscultación es el que puede darnos más errores; sin embargo, repite PAGEL, es al que se le presta más atención y cuya práctica hace posponer los otros. No se realiza adecuadamente más que cuando puede ser oída sobre una pequeña área de la pared torácica la representación de la suma total de sonidos que emanan de una porción de pulmón de desconocido espesor, sin que haya interposición de capas de diversas estructuras. El mecanismo de la producción de los sonidos pulmonares es mal conocido. ORNSTEIN y ULMAR dicen que se producen por las corrientes de aire que chocan con las bifurcaciones bronquiales. Las condiciones patológicas de los bronquios pueden afectar la intensidad, pero no la calidad de los sonidos bronquiales. Estos autores dicen que para interpretar correctamente los sonidos es necesario analizarlos sobre la base de calidad, intensidad, duración y tono, y entre estos cuatro, nuestro criterio hará la clasificación de vesicular, broncovesicular y respiración bronquial tono. En la respiración *vesicular*, el tono expiratorio es más bajo que el inspiratorio; en la *broncovesicular*, los dos son iguales, y en la *respiración bronquial*, el tono expiratorio es decididamente más alto que el inspiratorio (KAYNE). Una clara comprensión de estas bases puede auxiliarnos en la comprensión, y hay que tener en cuenta los factores que se les pueden sumar modificándolas (enfisema, engrosamiento pleural, consolidaciones, fibrosis que rodean cavidades), y que, en el caso mejor, los ruidos respiratorios alterados nos darán una idea de los cambios groseros. Sonidos adventicios o *estertores* son húmedos, debidos al flúido o secreción pulmonar. El tipo de estertor que oímos depende del lugar donde se produce; el mecanismo usual es el burbujeo por ruptura de su superficie. El tamaño del estertor depende del tamaño de la

burbuja, la cual depende del tamaño del espacio en el cual se forma; de aquí la graduación, desde la fina crepitación que se forma en el alvéolo al profundo sonido estertóreo que se oye en los grandes bronquios. La respiración ordinaria puede no ser suficiente para causar el burbujeo; es necesario una diferencia de presión intrabronquial. Y esto se demuestra en cuanto al explorar mandamos ejecutar golpes de tos. Excepto en la lesión primaria, se presentan en el curso de la tuberculosis pulmonar cambios tisulares de diferentes clases en distintos puntos. Este hecho y la superposición lesional tienden a hacer una sintomatología auscultatoria confusa. Sin embargo, hay en ciertos casos una localización generalmente persistente de sintomatología, estertores en la «zona de alarma», que es algo que mientras persiste es característico, pero que suele cambiar. «Roces pleurales» son un importante diagnóstico en las pleuritis, pero las pleuresías secas agudas pueden no presentarlos.

Otro dato muy importante en la exploración física, y que no debe ser pospuesto, es la toma de la *tensión arterial*, pues si bien sabemos que es un hecho comprobado la *hipotensión del tuberculoso* al mantener una curva de tensión, la caída de la misma nos puede marcar de un modo precoz la presentación de un «brote tuberculoso», o bien una marcha infausta del proceso. Y en el caso opuesto es aún más interesante; si al hacer este examen nos encontramos una *hipertensión*, nos tenemos que poner en guardia y exigir una constatación que no deje lugar a dudas de que el proceso es tuberculoso, y, en caso de no lograrla con absoluta veracidad, el establecer el diagnóstico de otra afección. En caso de que coexistan *hipertensión y tuberculosis* podremos aventurar un buen pronóstico y asegurar que mientras se mantenga la hipertensión el curso de la enfermedad será extraordinariamente favorable, se ven regresar las cavernas o adoptar una marcha magnífica, y, desde luego, el poner en guardia a la familia y al enfermo de que *no se deje bajar terapéuticamente su hipertensión*, pues en cuanto ésta llega a cifras normales, el proceso adoptará un tipo francamente evolutivo con mal pronóstico.

Conclusiones. — El concepto moderno de tuberculosis pulmonar implica:

1.º Una decisión sobre si el paciente padece o no una lesión tuberculosa pulmonar.

2.º Una comprobación de si la lesión está curada, latente (con un potencial para futuras exacerbaciones) o activa (progresiva o regresiva), y

3.º Un intento de determinación de a qué estadio del ciclo evolutivo de la tuberculosis pertenece la lesión que estudiamos, si estadio primario, estadio de la diseminación o el de la tisis órgano-aislada (PAGEL).

Tales puntos de vista sobre el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar hay que emplearlos en pa-

cientes que se nos presentan con sintomatología presumible de tuberculosis, pero también en otros aparentemente sanos, siendo más delicado aún el diagnóstico de tuberculosos infantiles.

En el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, el uso de la radiología y los modernos métodos de investigación del bacilo tuberculoso (inoculaciones, lavado gástrico) *son esenciales*. La información obtenida del pasado del paciente, particularmente la historia de los contagios en un niño, es de valor únicamente para dirigir la atención del médico hacia un posible diagnóstico de tuberculosis, que sólo se hará después de una cuidadosa interpretación de la sintomatología. Los síntomas, propiamente dichos, serán de un gran valor para decidir si una lesión es o no progresiva. Signos físicos son de poco valor en el diagnóstico de una lesión tuberculosa (PAGEL), pero el examen físico mantiene su valor en el diagnóstico diferencial de las enfermedades torácicas. Las investigaciones de laboratorio (examinaciones serológicas, velocidad de sedimentación, fórmula) son de un valor dudoso. En los niños, el test tuberculínico es de gran importancia.

El diagnóstico de tuberculosis pulmonar, curada o latente, está basado en los caracteres radiológicos, la tuberculina, la ausencia de sintomatología y de bacilo tuberculoso. Focos calcificados en el parénquima pulmonar, asociados con focos calcificados en las regiones hiliares correspondientes, representantes del complejo primario, pueden ser considerados como lesiones curadas, aunque en personas jóvenes y en niños es prudente considerar los focos hiliares como latentes. Todas las lesiones del tipo asociado con estado de diseminación también deberán ser consideradas como latentes (focos discretos apicales y focos aislados y encapsulados infraclaviculares). Tales lesiones no necesitan ningún tratamiento activo, pero deben ser vigiladas radiológicamente por temor a las exacerbaciones.

Dice BREA Y TAIANA que en la *tuberculosis pulmonar*, por su multiplicidad en formas anatómicas, clínicas y radiológicas, imposibilita efectuar resúmenes. Cualquiera que sea la clasificación que de ella se adopte, es indudable la existencia de dos tipos fundamentales de lesiones: *exudativas y productivas*, de cuyo predominio y combinaciones nacen, según el estado alérgico del terreno, los diversos tipos anatomopatológicos. Paralelas a ellos se modelan también las formas clínicas y sus respectivas expresiones radiológicas.

El *diagnóstico*, a pesar del polimorfismo de la enfermedad, debe establecer algunos puntos capitales:

1.º *La tuberculosis es abierta o cerrada.* — El examen del *esputo*, previa coloración con el método de Z-N, después de homogeneización, siembra e inoculación, que se efectuarán sucesiva y sistemáticamente mientras los resultados sean nega-

tivos, es el primero y primordial elemento de diagnóstico.

La posibilidad de la deglución de los esputos, corriente en niños, adolescentes y mujeres, obliga a practicar el método de OPITZ.

En ciertas afecciones de naturaleza dudosa, la *bronco copia*, al mismo tiempo que cumple otras finalidades diagnósticas, permite recoger por aspiración secreciones útiles para hacer ulteriores investigaciones bacteriológicas.

La búsqueda del bacilo tuberculoso es fundamental; su hallazgo certifica una etiología y su presencia en la expectoración imprime al diagnóstico de la enfermedad y sus formas clínicas un rumbo determinado con proyecciones terapéuticas importantísimas.

2.º *Las lesiones tuberculosas son uni o bilaterales.*— Los exámenes clínicos y radiológicos, comprendiendo estos últimos, si fuese necesario, la tomografía, establecerán si las lesiones se encuentran localizadas preferentemente en uno de los pulmones o si afectan a los dos de manera importante. Este punto posee un interés fundamental para clasificar al enfermo, establecer su pronóstico y, sobre todo, su terapéutica.

3.º *Una lesión tuberculosa es activa o inactiva.* La actividad se nos revelará por la presencia de bacilo tuberculoso, velocidad de sedimentación acelerada, índice de CRAWFORD, reacción de VERNES positiva, enflaquecimiento, etc., etc., cuando estos signos y síntomas respondan a la tuberculosis y no a otras afecciones pulmonares o extrapulmonares.

4.º *Las lesiones tuberculosas poseen un carácter evolutivo o no evolutivo.*— El carácter evolutivo

se nos marcará por la extensión progresiva de la lesión clínica y radiológicamente registrada.

El estudio de cualquiera de las formas anatómicas de la tuberculosis fibrocásea banal, agudas y fibrosas, requiere el concurso de métodos semiológicos especiales.

El *examen físico*, inspección, curva térmica, palpación, percusión y, sobre todo, la auscultación, poseen un valor innegable (BREA).

La *radiología*, con sus diversas técnicas e incidencias, especialmente la tomografía y la radiografía penetrante, constituye un método semiológico, al cual es imposible renunciar en el momento actual de la Medicina.

La *toracoscopia* proporciona el mejor conocimiento de la serosa, tan frecuentemente modificada por la tuberculosis, por sínfisis pleural, depósitos de fibrina, etc. Es utilísima, además, para las intervenciones endopleurales destinadas a mejorar la colapsoterapia gaseosa.

La *broncografía*, *pleurografía* y *fistulografía*, contrastadas, pueden oportunamente proporcionar conocimientos valiosísimos como el descubrimiento de bronquiectasias secundarias, fistulas bronco-pleurales y pleurocutáneas, cuya existencia y topografía se ignoraban o se conocían aproximadamente.

La *broncoscopia* misma enseña alteraciones bronquiales, tuberculosis ganglionares, que tras de perforar la pared vegetal en la luz de los bronquios, etc., y cuyo conocimiento reciente se debe a la difusión de los métodos endoscópicos.

La *punción de las cavidades* permite comprobar algunas particularidades de las mismas, manometría, composición gaseosa, comunicación caverno-bronquial, importantes a veces en la orientación terapéutica.

Divulgaciones nacionales

ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA
(Sesión del día 24 de marzo de 1947)

Presidencia: Dr. D. ANTONIO MARÍA VALLEJO DE SIMÓN, presidente.

«NEUMOPARAMETRIO: UN NUEVO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO»

Doctores M. Ruiz-Rivas y J. Botella Llusá —
A la histerosalpingografía y al neumoperitoneo podemos unir el neumoparametrio como método de diagnóstico ginecológico. Este último se funda en:

Cuando se inyecta un gas en el espacio epidural caudal, se forma un enfisema en la región, que se extiende rápidamente: hacia arriba, por los espacios epidurales y perivertebrales hasta el cuello; hacia adelante, siguiendo las vainas conjuntivas de los pares sacros anteriores, hacia el tejido retroperitoneal.

Uno de los lugares de preferente acumulación del enfisema es el parametrio y los restantes espacios conjuntivos pelvianos, de suerte que las radiografías practicadas en estas condiciones revelan el contorno de las vísceras alojadas en la pelvis menor, destacando sobre el fondo claro circundante.

El procedimiento es inocuo, no doloroso, y el enfisema se reabsorbe con rapidez. El gas inyectado puede ser el oxígeno, el helio o la mezcla de ambos.

«LA PUNCIÓN TRANSPARIETAL COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO DECISIVO EN DETERMINADOS CASOS DUDOSOS DE QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR»

Doctor Almansa de Cara.—Las dificultades diagnósticas de los quistes hidatídicos de pulmón han sido expuestas en esta Academia por el doctor

Lara Roldán, en 1945, y por el doctor Escudero, en 1946. En nada se ha hablado de la punción transparietal, método que hemos empleado en bastantes casos, mejor dicho, en determinados casos; es una cuestión en que las opiniones de los autores son dispares; los temores son fundados, tanto de la posible penetración de líquido en cavidad pleural y de las crisis alérgicas. Sin negar estas posibilidades, no olvidemos la rotura espontánea de quistes y salida al exterior del contenido sin observar dramáticas manifestaciones anafiláticas.

Cuando no sea posible llegar al diagnóstico de quiste hidatídico pulmonar por otros procedimientos, y ante enfermo con Cassoni negativo y eosinofilia negativa, y ante un quiste pulmonar periférico, nunca central, con sínfisis pleural espontánea o provocada, y una vez demostrada esta última, se hace la punción transparietal con aguja montada en jeringa, y una vez comprobado el quiste por el paso de líquido a la jeringa, se separa ésta y se adapta otra con solución de sulfamida, inyectando en pleura tanto líquido sulfamídico como líquido hidatídico se extrajo, para en tal momento retirar aguja, y siempre montada en la jeringa conteniendo solución sulfamídica.

Nuestra casuística nos ha mostrado que el método no tiene mayores consecuencias siempre que se cumplan las condiciones que hemos expuesto.

Doctor Perera Prast.—En el diagnóstico de quiste hidatídico pulmonar difícil tiene valor especial, como ya dijimos en el año 1946, la tomografía y la roentgenterapia.

Doctor Vidal Juárez.—Condicionada como queda la punción transparietal en los casos de quiste hidatídico pulmonar, sin diagnóstico por otros procedimientos, comprendemos que es posible su realización, con ventajas diagnósticas.

Doctor Codina Suqué.—A las condiciones que exige el doctor Almansa de Cara para la punción transpleural, debe añadirse que el caso no sea diagnosticado por otros métodos y ante posible operación.

CASO CLÍNICO: «LARINGUECTOMÍA POR CÁNCER»

Doctores Adolfo Hinojar y Carlos Hinojar.—Este enfermo ha sido operado de cáncer de laringe—laringuectomía—hoy hace once días; a los nueve días de la intervención, este enfermo comía, y hoy está en condiciones de ser dado de alta.

REGISTRO DE SUMARIOS

PROCEEDINGS OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE (Londres, diciembre 1946.)

- Tanner.*—Deformidades óseas y neurofibromatosis.
Fergusson.—Ligadura de la cava inferior con la femoral en caso de infarto pulmonar.
Wright.—Enfermedad de Recklinhausen.
Wright.—Gastrectomía total.
McNalty.—Medicina preventiva en Inglaterra.
Duncum.—Desarrollo de la anestesia por inhalación en la segunda mitad del siglo XIX.
Eysenck.—Medida de la personalidad.
Harris.—Nistagmo atáxico en la esclerosis diseminada.
Dimsdale.—Esclerosis tuberosa con calcificación intracranial y lesiones óseas.
Wilson y McAlpine.—Neuralgia glossofaríngea tratada por sección transtonsilar del nervio.
Russell y Wright.—Neuritis por compresión del mediano en el túnel carpal.
Kremer.—Arteritis temporal.
Bull.—Enfermedad de Paget.
Collard y Nevin.—Afección del trigémino por administración de estilbenos.

VIDA NUEVA

(La Habana, septiembre 1946.)

- Pérez Abréu.*—Apendicitis aguda con peritonitis localizada.
Godínez e Infante.—Gasterapia.
Hernández Ginzalo.—Impresiones del primer Congreso Panamericano de Otorrinolaringología.

AISA

(Méjico, 15 septiembre 1946.)

- Cosío.*—Campana contra la tuberculosis.
Palacios.—El suero citotóxico antirreticular.
Torroella.—Dos etapas en el tratamiento de las colitis mucohemorrágicas de los niños.
Coqui.—Problemas de técnica radiográfica.

- Aveleyra.*—Caquexia de Simmonds funcional.
Amtmann.—El ácido ascórbico y la hemoterapia en el tratamiento de la tos ferina.
Crimblat.—Tratamiento antihelmíntico por la vía trasduodenal.
Grossman.—Tratamiento de la dismenorrea con extractos pancreáticos desalbuminizados.
Schute.—Efecto de la vitamina E en la función renal deteriorada.

ARCHIVOS DE MEDICINA INFANTIL

(La Habana, octubre-diciembre 1946.)

- Cardelle y Jordán.*—Hepatitis epidémica.
Fuentes.—Tumor de fosa nasal.

ANALES DE LA SOCIEDAD MEDICO-QUIRURGICA DEL GUAYAS

(Guayaquil (Ecuador), abril-junio 1946.)

- Valenzuela.*—Dispensarios, Hospitales y Sanatorios.
Morales.—Tratamiento de la ansiedad.

ARCHIVOS DE FARMACIA Y BIOQUIMICA DE TUCUMAN

(Tucumán (Argentina), tomo III, núm. 1, 1946.)

- Monteverde.*—Bacterias paracoli relacionadas con las del género shigella.
Maccio.—Estudio fitoquímico de la «bacconia pearcei».
Soriano.—Microbiología de conservas de pescado alteradas.
Covarrubias.—Líquido céfalorraquídeo y reacción de Lorenz.
Vásquez.—Las sulfamidas en la formación de anticuerpos.
Novelli.—Actividad antihemorrágica de dos derivados de la naftoquinona.
Sol.—Serorreacciones del paludismo.
Cozzo.—Anatomía del cylolepis genistoides.
Vidal.—Acción del veneno del bothros neuwiedii sobre el estafilococo.

ARCHIVOS CUBANOS DE CANCEROLOGIA

(La Habana, julio-septiembre 1946.)

- Garciga.*—Resultados obtenidos con la radioterapia por contacto.
Castillo.—Diagnóstico precoz del cáncer pulmonar.
Mena.—Lesiones de aspecto quístico en los maxilares.
Llambés y Moreno.—Cáncer esofágico.
Marinello.—Aspecto histológico del tiroides en el epiteloma del pulmón.

REVISTA ESPAÑOLA DE TUBERCULOSIS

(Madrid, enero 1947.)

- Ayerbe.*—Bronquiectasias en la infancia.
Crespo y Márquez.—Angina de pecho juvenil.
López Sendón y Castro.—Síndrome doloroso vasomotor unilateral consecutivo a la operación de parálisis frénica.

REVISTA ESPAÑOLA Y AMERICANA DE LARINGOLOGIA, OTOLOGIA Y RINOLOGIA

(Madrid, diciembre 1946.)

- Scola.*—Trombosis del seno lateral.
Valenzuela.—Sarcoma laríngeo.

ODONTOIATRIA

(Madrid, enero 1947.)

- Muñiz.*—Tratamiento tópico de las fístulas de origen dentario por las sulfamidas.
Planas.—Placas selectivas, tornillos y resortes.
Armijo y Ustasum.—Estreptomicina.
Estes.—El proceso del colado.
Guzmán.—Penicilina en aceite y cera.

VETERINARIA

(Madrid, enero 1947.)

- González Ovejero.*—Bal, nuevo antídoto del arsénico.
Díaz Ungria.—Osteomalacia de los bóvidos.

FARMACIA NUEVA

(Madrid, febrero 1947.)

- García de Mirasierra y López Bustos.*—Estudio químico de la harina de almortas.
Fernández.—Schopenhauer y la Química.

EL MONITOR DE LA FARMACIA

(Madrid, marzo 1947.)

- Blas.*—Historia de la industria del vidrio.

ACTA MEDICA HISPANICA

(Barcelona, diciembre 1946.)

- Ruiz Gijón.*—Coagulación de la sangre.
Broggi.—El problema médicosocial del ulcus gastroduodenal crónico.
Folch.—Psiquiatría infantil.
Condeminas.—Hipocorticalismo en la gestación.
Chauvin.—Cáncer de próstata.

ANALES DE MEDICINA

(Barcelona, septiembre 1946.)

- Chabás.*—Oxigenoterapia hipodérmica.
Orsola.—Divertículo vesical con uréter que desemboca en él. diverticulectomía, uréterocistoneostomía.
Xalabarder.—Punción cavitaria.
Prim y Jiménez Salinas.—Perforación del tubo digestivo por áscaris.
Salleras.—Trombosis crónica aortiliaca.
Coroleu.—Emilio Pi Molist. Su obra y su época (1829-1892).

MEDICINA ESPAÑOLA

(Valencia, enero 1947.)


- Sanchís.*—Lucha antivenérea en la Valencia medieval.
González Suárez.—Aportación personal a la lucha contra el reumatismo y la enfermedad del corazón.
Vila.—Fisiopatología y crenoterapia neurovegetativa.
Martínez Gómez.—Colitis abusiva.
De la Peña.—Cuatro técnicas de resección transuretral de la próstata.
Rodríguez Segade.—Tratamiento de urgencia en las hemorragias.
García Donato.—Roentgenterapia de la hiperhidrosis.

CLINICA Y LABORATORIO

(Zaragoza, marzo 1947.)

- Soldevilla.*—Patología del colon derecho.
Barberá y Gallart Esquerdo.—Tumor veloso del recto.
Rey.—Diagnóstico médicolegal de los estados comatosos.
Izquierdo.—Apoplejía espinal.
Alvarez Coca.—Bilirrubinemia.
Gay.—Carbunco y sulfamidas.





BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada
en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA

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

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN PROFESIONAL: *Boletín de la semana*, por Decio Carlán. *La actualidad sanitaria*, por el Dr. Isidro de Magerit. INFORMATARIO PROFESIONAL: *Sección oficial*.

BOLETIN DE LA SEMANA

Retorna la vida científica a su normalidad después de las vacaciones de la Semana Santa. El tiempo no ha querido ser menos y nos ha obsequiado con espléndidos días de sol en toda España, disfrutándose de una temperatura ideal y que ya venía haciéndonos mucha falta.

Comenzó la semana con la inauguración del XIX Congreso Internacional de Ciencias, que ha tenido su lugar en la bellísima ciudad de San Sebastián, con gran concurrencia de ilustrísimos congresistas nacionales y extranjeros, sobre todo el grupo portugués, que ha pasado en su número de ochenta.

Con tal Congreso, de singular importancia, empieza en esta primavera la serie copiosa de estas Asambleas anunciadas para el presente año, y que todas prometen especial interés.

Hemos de registrar también en este Boletín la llegada y permanencia en España del ilustre oftalmólogo don Ramón Castroviejo Briones, recibido en la Patria con gran afecto por los compañeros y Sociedades y autoridades científicas.

La figura del doctor Castroviejo destaca en el extranjero con una personalidad original que ha popularizado su nombre, sobre todo en los Estados Unidos del Norte de América, y es justamente merecedor a que se haya subrayado su llegada a España y su estancia entre nosotros, que por cierto pudo interrumpirse con un trágico accidente de aviación, del que por fortuna se libraron sin consecuencias el doctor Castroviejo y su esposa.

Después de su viaje a Sevilla, y de vuelta a Madrid, Castroviejo ha sido invitado por el Consejo

Superior de Investigaciones Científicas para dictar conferencias sobre sus técnicas personales de la especialidad oftalmológica.

Resulta muy simpático el homenaje que la promoción médica de Madrid del año 1927, en la que figuraba Ramón Castroviejo, ha organizado con el carácter de confraternidad, simpatía y aplauso a los méritos del discípulo.

Por cierto que con motivo de las declaraciones e inquisitorias que la Prensa y la «radio» han publicado del ilustre oftalmólogo, hemos tenido conocimiento de que se lamentó de la falta de revistas españolas en los Estados Unidos. Desde luego, el hecho es cierto, y todos sabemos a qué obedecen estas faltas de divulgación del movimiento científico médico español. Nosotros hemos escrito, y muy recientemente, sobre este problema.

Pero nos interesa de modo especial señalar aquí que la revista EL SIGLO MÉDICO ha tenido y tiene en la actualidad una selecta difusión en toda América y principalmente en los Estados Unidos, en donde no creemos que sea difícil consultarla en las principales bibliotecas, desde la Academia de Medicina, la Institución Mayo, la Biblioteca del Servicio de Sanidad Militar, Biblioteca de la Universidad de Chicago, Biblioteca del Medical Times de Nueva York y tantos otros sitios, pues solamente la Casa Americana de Madrid ha mantenido cuatro suscripciones para ella, aparte de las de la Embajada en su sección de Prensa. De manera que por nosotros no queda y estimamos justo que así se reconozca.

DECIO CARLÁN.

LA ACTUALIDAD SANITARIA

por el

Doctor ISIDRO DE MAGERIT

Transcurrió la Semana Santa, y el Sábado de Gloria publicó el *Boletín Oficial del Estado* la Orden ministerial de que hablaba superficialmente en mi último artículo, en relación con el deseo de modificar el estado actual del frondoso Escalafón de Médicos de A. P. D., Orden que ya conocíamos íntegramente por haberla insertado con puntos y comas, varios días antes, el *Boletín Cultural del Consejo General de Colegios Médicos de España*. Por cierto que hemos advertido en su estilo y forma una marcada diferencia con la literatura habitual de las Ordenes emanadas de la Sección de Médicos Titulares. Existe, por de pronto, una manifiesta contradicción entre el artículo segundo y el tercero, ya que en el segundo se dice que todos los que lleven más de diez años sin desempeñar plaza en propiedad «vienen obligados a solicitar vacantes de las comprendidas en la convocatoria del primer concurso, obligación que subsistirá en los concursos que se convoquen ulteriormente, hasta conseguir colocación en uno de ellos», y en el siguiente párrafo dice así: «La situación de «excedencia especial», análoga a la excedencia voluntaria, deberá ser solicitada por una sola vez por los que actualmente se encuentren en la de «aspirantes», dentro del plazo de la convocatoria del primer concurso que se anuncie para proveer plazas en propiedad, si no solicitan alguna de ellas, según se dispone en el número anterior.» Si se puede dar el caso de que no soliciten vacantes, ¿cómo puede entenderse la obligatoriedad de tomar parte en el concurso pidiendo veinte plazas como mínimo de cada categoría? ¿Es que no hay tal obligatoriedad? Entonces, ¿para qué se dice así? Y si efectivamente están obligados a tomar parte en el concurso, ¿cómo se puede admitir que no soliciten vacantes?

Invito a usted a que lea detenidamente la citada Orden, y convendrá con nosotros en que estamos en lo cierto y que, a veces, vale la pena que las Ordenes sean redactadas con toda la «prodigalidad de papel de fumar» que adjudicamos algunas veces a un ilustre compañero en tono humorístico por su insistencia en aclarar y concretar detalles que eviten toda posibilidad de error interpretativo. Y es que, aun cuando usted, amable lector, crea que hablo por el método de Hann, no es lo mismo escribir de legislación sanitaria que hablar de fútbol, pongo por cosa baladí y sin compromiso, y que perdone el amigo «Rienzi».

Nos parece de perlas esa declaración jurada obligatoria de todos los cargos que se ostentan, para ver cómo es posible, por ejemplo, ser catedrático en provincias, pongo por caso, y, a la vez, tener un cargo oficial en Madrid de gran relieve. Como no sea que tengan pase de libre circulación en la Iberia, Compañía Española de Líneas Aéreas, y puedan explicar por la mañana en Sevilla y atender por la tarde en Madrid al otro carguito. Por otra parte, nos tememos que, ante la ca-

restía del papel, algunos compañeros no dispongan del caudal suficiente para adquirir la cantidad de hojas necesarias para esta declaración jurada. ¡Hasta tal punto se halla desarrollado el «digitalenchufe»!

Aunque yo no me fio mucho del valor de las «declaraciones juradas» cuando se trata de lograr una prebenda, y ahí están las oposiciones a directores de balnearios, que parece ser han dado lugar a protestas contra algunos «queridos compañeros»... que se habían olvidado de algunos detalles al escribir su correspondiente «declaración». Menos mal que la de ser médico titular no se puede considerar como prebenda de verdad, y mucho menos el persistir en figurar en el escalafón del Cuerpo, que es algo así como tener un tío en Alcalá.

Y eso que, según nuestros informes, más o menos oficiosos, parece ser que ya se han recibido en la «Casa Roja» de la plaza de España (¿Por qué no ha de tener la Dirección de Sanidad un edificio de ladrillo rojo?) algunas quejas contra la citada Orden, y no precisamente firmadas por los que ingresaron en el Cuerpo mediante brillantes oposiciones directas y con nombramiento automático de Tribunales, sino precisamente por los que entraron por la puerta falsa. Pero, Señor, si el figurar en un escalafón tan frondoso apenas tiene valor alguno. ¡Y yo voy a dar el ejemplo! Tengo el número 4.549 del tantas veces citado escalafón, en el que ingresé el 23 de noviembre de 1923 de acuerdo con el Real decreto de 22 de junio de 1909 (¡me parezco a Trujillano dando fechas), y desde estas vetustas columnas de EL SIGLO MÉDICO pido el ser dado de baja en el mismo; y, aunque parezca mentira, digo «que de esta agua no beberé, porque antes que ir de médico titular a un pueblo y luchar a brazo partido para obtener una choza en que vivir, y con el inspector provincial del Seguro para que me asigne los beneficiarios de esta magnífica organización social que, en derecho, me corresponderían, y hasta tener que romperle el paraguas (mi arma agresiva por excelencia) en la cabeza a cualquier esquirol ex interino, prefiero vender periódicos en la glorieta de Bilbao, codeándome con las estraperlistas del tabaco.

Y a propósito de ex interinos. Vean ustedes cómo esta Orden ministerial viene a resolver casi definitivamente, aunque de una manera solapada, el eterno problema de los interinos, puesto que el artículo 5.º o párrafo quinto, pues en la redacción se ha olvidado decir si son artículos o simplemente párrafos de la Orden, se dice terminantemente que ningún interino podrá ser nombrado más de una vez con tal carácter para la misma plaza, y «ahucándolos» obligatoriamente a la bonita distancia de 55 kilómetros. ¿Y por qué 55 kilómetros, y no 50 ó 60, que son números redondos? Bueno. Eso no importa gran cosa. Lo

esencial es que sea a una distancia que dificulte la asistencia clandestina a los enfermos de donde se fué interino. Y no como en un célebre caso, donde el esquirolo se envía solamente a 25 kilómetros del pueblo, y todas las noches va el mediquito a asistir a sus clientes más o menos forzados.

Y pasemos a otro asunto de suma importancia: los diplomados de Sanidad. En el mismo *Boletín Oficial* del día 5 aparece un anuncio de la Dirección de Sanidad «convocando un curso para médicos, farmacéuticos y veterinarios con objeto de realizar las enseñanzas correspondientes a diplomados de Sanidad, de acuerdo con las normas que se citan». ¡Mal redactado este párrafo! Porque suponemos que no es para «realizar» las enseñanzas, sino para «recibir» o para efectuar los estudios, aun cuando, en fin de cuentas, éste es un pequeño detalle nada más. Lo trascendental es que la convocatoria fué firmada el día 26 de marzo, y sólo se concede de plazo hasta hoy, 12 de abril, en que sale a la luz pública esta edición de EL SIGLO MÉDICO, lo que quiere decir que ha sido publicado con diez días de retraso, y, por tanto, sólo se conceden a los posibles aspirantes a este codiciado diploma de Sanidad, hoy exigido para casi todas las oposiciones de la Dirección General del ramo, la mínima cantidad de tiempo de siete días, pero teniendo en cuenta que se trata del *Boletín Oficial* del Sábado de Gloria, que no llega a los pueblos, y, por tanto, a conocimiento de los interesados, por muy pronto, hasta el lunes 7, resultan que sólo quedan cinco días hábiles para redactar la instancia y preparar la documentación para ser admitido a uno de estos cursillos. Es de esperar que esta anomalía no prevalezca, y que los maliciosos no puedan pensar que se hace para limitar el número de aspirantes sólo a los trescientos amigos que puedan ingresar en los quince Centros sanitarios donde se darán estas enseñanzas. Se hace necesario el conceder un plazo prudencial hasta el día 22, o sea los diez días suprimidos por retraso en la publicación en el *Boletín Oficial*. Así lo esperamos del sano criterio del doctor Palanca, como director general de Sanidad, y del doctor Clavero, como director de la Escuela Nacional de Sanidad.

Vamos a tratar, finalmente, del problema de los tocólogos y sus cacareadas oposiciones a vacantes en Municipios de más de 12.000 habitantes.

Todavía no ha sido hecha la convocatoria de estas oposiciones, cuyo programa se publicó en el *Boletín Oficial*. Este retraso obedece, según nos informan, a que hay varios inspectores provinciales de Sanidad que todavía no han enviado a la Dirección la relación de vacantes de la ínsula de su mando; pero esto no debe extrañarnos nada absolutamente, porque hay otro hecho más edificante todavía. Veámoslo detenidamente y sin apasionamiento alguno. En 12 de febrero de 1941 se firmó una Orden ministerial disponiendo que se nombrase una Comisión encargada de redactar el Reglamento con las normas para constituir el Cuerpo de Médicos Tocólogos, y, en cumplimiento de esta Orden, se designaba en 9 de mayo de 1941 (*Boletín Oficial* del 15) una Comisión encargada de formular un proyecto de Reglamento

del Cuerpo Médico y de Practicantes de Casas de Socorro y Hospitales Municipales, así como el del Cuerpo de Médicos Tocólogos al servicio de la Administración municipal, en cuyos proyectos han de figurar las normas necesarias para la constitución de cada una de las referidas organizaciones, formación de su escalafón respectivo y cuantas incidencias se refieran al personal (excedencias, permutas, licencias haberes, jubilaciones, recompensas, sanciones, etc.), como igualmente las relaciones con las plazas (creación, clasificación, provisión, etc.), nombrando como miembros de esta comisión a los señores siguientes: presidente, don Benigno García Castrillo, como jefe de Sección de la Dirección General de Sanidad; vocales: don Carlos Rubio de la Torre, jefe de Sección de la Dirección General de Administración Local; don Ubaldo Trujillano Izquierdo, jefe de la Sección de Médicos Titulares; don Juan Bosch Marín, como médico de Casa de Socorro; don Saturnino García Vicente, secretario del Consejo General de Colegios Médicos de España, en representación de los médicos de hospitales municipales; don Antonio Ramos Vinós, médico tocólogo municipal de Zaragoza; don Román de la Fuente y don Leonardo Sánchez, presidente y secretario del Consejo General de Colegios Oficiales de Practicantes, en representación de los practicantes de Casas de Socorro y hospitales municipales.

Bueno. Pues esta Comisión redactó el proyecto de Reglamento de Médicos de Casas de Socorro y Hospitales municipales, y dejó para otra ocasión el de Médicos tocólogos municipales, que todavía no ha sido publicado, a pesar de ir transcurridos seis años largos, y, por lo visto, va a ser un reglamento de gestación «sieteañina», si es que lo dan a luz, por lo menos, en el año 1948, o de término (a año por mes) si aparece en 1950.

Lo actualmente en vigor sobre legislación de médicos tocólogos es lo siguiente: El número de médicos tocólogos de cada Ayuntamiento deberá ser fijado por los mismos Municipios, teniendo en cuenta la estadística de los partos normales y distócicos asistidos durante el último quinquenio a las familias incluídas en Beneficencia, y, teniendo en cuenta el perímetro de la población, el número de familias incluídas en la lista de pobres y los distritos municipales.

Con estos datos, y previo informe de la Junta Municipal de Sanidad, harán la propuesta a la Jefatura Provincial, que también deberá emitir informe dando traslado al gobernador civil para su resolución definitiva.

Estas disposiciones obligan a los Ayuntamientos, cualquiera que sea la forma en que tengan organizados los servicios médicos de la Beneficencia municipal.

Por Orden de 22 de noviembre de 1939, se amortizaron todas aquellas plazas de médicos tocólogos que no se hallaban provistas en propiedad en Ayuntamientos de censo inferior a 12.000 habitantes. Por ello se convocarán ahora, ¡cuando Dios y los jefes provinciales quieran!, oposiciones para tocólogos de Ayuntamientos de más de 12.000 habitantes.

El ejercicio práctico de estas oposiciones con-

sistirá en la exploración y examen de una gestante durante media hora, como máximo, exponiendo a continuación el opositor la historia genital de la embarazada, diagnóstico del período de embarazo y de la presentación y posición, así como la conducta a seguir.

Los médicos tocólogos deberán gozar de una dotación mínima igual a la de los médicos titu-

lares del Municipio si rigen en ellos las disposiciones referentes al Cuerpo de Médicos Titulares o de Asistencia Pública Domiciliaria, y en los que no se rijan por las disposiciones que afectan a los médicos titulares, la dotación de los médicos tocólogos será, cuando menos, la que disfruten los médicos de entrada de la Beneficencia municipal.

Bueno. Pues ahora, a esperar la convocatoria.

Informatorio profesional

SECCION OFICIAL

ORDEN de 24 de enero de 1947 por la que se fijan las cuotas mínimas que han de satisfacer los asociados a entidades de asistencia médica colectiva de afiliación libre.

Ilmo. Sr.: Figura entre las atribuciones señaladas desde su creación (Decreto de 12 de enero de 1926) a la Comisaría de Asistencia Medicofarmacéutica, organismo dependiente de la Dirección General de Sanidad, y corroboradas por Ordenes ministeriales posteriores concordadas con aquella primera disposición (Orden ministerial de 8 de marzo de 1941 y Orden ministerial de 12 de abril de 1941), el fijar las cuotas mínimas a satisfacer por los asociados a las entidades de asistencia médica en enfermedades, de afiliación libre. Es fundamento de esa atribución el necesario paralelismo entre los ingresos derivados de las primas o cuotas y los gastos originados por las prestaciones sanitarias, que deben ser siempre cubiertos por los ingresos normales, evitando que, al señalar cuotas o primas más bajas, se hagan, por competencia, ofrecimientos irrealizables en la práctica.

Las alteraciones económicas producidas por la guerra y la postguerra han influido notablemente en los gastos de las prestaciones sanitarias, que obligaron en fecha anterior a modificaciones en las cuotas mínimas autorizadas. Las recientes normas de trabajo para los Médicos de asistencia colectiva libre, ordenadas por el Ministerio correspondiente, cumpliendo una finalidad que no podía demorarse, y reconociendo las justas aspiraciones de los facultativos al servicio de dichas entidades, obligan a revisar las primas o cuotas que satisfacen los asociados a Sociedades de afiliación libre, procurando que su cuantía sea la estrictamente precisa para hacer frente a los gastos mínimos que origina una asistencia normal.

Son motivos por los cuales, vista la propuesta de la Dirección General de Sanidad, este Ministerio, previo informe del Consejo Nacional de Sanidad, y aprobación del de Ministros, ordena lo siguiente:

Primero. A partir del día de la fecha, las entidades de asistencia médica colectiva, de afiliación libre, cualquiera que sea su modalidad de constitución, deberán percibir de sus asociados las siguientes cuotas mínimas mensuales:

- A) Póliza o cartilla familiar:
- Servicios asistenciales completos, 24 pesetas.
 - Los mismos sin prestación farmacéutica, 21 pesetas.
 - Servicios limitados de especialistas y clínicas o sanatorio, 15 pesetas.
- B) Póliza o cartilla individual:
- Servicios asistenciales completos, 12 pesetas.
 - Los mismos sin prestación farmacéutica, 10 pesetas.
 - Servicios limitados de especialistas y clínica o sanatorio, 7,50 pesetas.
- C) Socios de línea regional (entendiendo por tales aquellos cuyo domicilio se halle a distancia mayor de 20 kilómetros del Centro asistencial), con sólo derecho a servicios limitados de especialistas en consulta e intervenciones quirúrgicas en sanatorio:
- Póliza o cartilla familiar, 7,50 pesetas.
 - Póliza o cartilla individual, 3,75 pesetas.

Segundo. Cualquiera otra combinación de servicios y primas que ofrezcan las entidades de asistencia médica colectiva, de afiliación voluntaria, serán autorizadas previa fijación por la Dirección General de Sanidad de la prima mínima correspondiente por analogía con las anteriormente señaladas.

Tercero. En las cuotas mínimas señaladas en el apartado primero no se incluyen más que los servicios sanitarios. Para las prestaciones de subsidio o servicio de enterramiento, las entidades deberán señalar las correspondientes cuotas complementarias.

Cuarto. Todas las entidades a quienes afecte esta Orden quedan obligadas, en un plazo de dos meses, a contar de la fecha, a remitir a la Comisaría de Asistencia Medicofarmacéutica ejemplar duplicado de los impresos destinados para sus afiliados, y donde consten las nuevas cuotas o primas.

Quinto. Todas cuantas consultas o aclaraciones se precisen para el cumplimiento de lo ordenado serán resueltas por la Dirección General de Sanidad.

Sexto. Las presentes normas sobre cuotas mínimas tienen carácter provisional hasta que, en cumplimiento del nuevo Reglamento, ordenado en 23 de diciembre de 1946, sean confirmadas o modificadas.

Lo que digo a V. I., cuya vida guarde Dios muchos años, para su cumplimiento y demás efectos.

Madrid, 24 de enero de 1947.—Pérez González.
 Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.
 (B. O. del E. de 5-IV-1947.)

ORDEN de 24 de marzo de 1947 por la que se disponen normas para regularizar la situación anómala del Escalafón actual del Cuerpo de Médicos Titulares (Asistencia Pública Domiciliaria).

Ilmo. Sr.: Con el fin de regularizar la situación anómala del Escalafón actual del Cuerpo de Médicos Titulares (Asistencia Pública Domiciliaria), el cual presenta un exagerado volumen en relación con la plantilla de plazas, y procurando al propio tiempo evitar las irregularidades que reiteradamente se producen en los servicios, por quedar en las convocatorias de provisión de plazas un número considerable de éstas sin cubrir, no obstante el número de solicitantes, muy superior al de las que han de ser provistas, lo que, evidentemente, origina perjuicios de muy diversa índole,

Este Ministerio, previo informe del Consejo Nacional de Sanidad, y de acuerdo con el Consejo de Ministros, ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Para tomar parte en toda oposición o concurso que, a partir de la publicación de la presente Orden, se convoque para proveer en propiedad plazas de la plantilla del Cuerpo Médico de Titulares (Asistencia Pública Domiciliaria), los solicitantes deberán acompañar a sus instancias declaración jurada en que hagan constar la totalidad de los cargos profesionales que en aquel momento desempeñen, con expresión de la residencia oficial a que, por razón de ellos, vienen obligados, y se comprometan, para el caso de obtener alguna de las titulares solicitadas, a desempeñarlas, renunciando o quedando excedentes en los cargos que con ella resulten incompatibles por razón de residencia.

Si la declaración jurada careciese de alguno de los requisitos antes señalados, el solicitante no será admitido al concurso u oposición de que se trate, y quedará sujeto a lo dispuesto en los artículos siguientes.

La falsedad u omisión maliciosa cometida en la declaración jurada podrá, además, sancionarse con postergación en el Escalafón y separación definitiva del Cuerpo conforme a la base 18, párrafo octavo, de la Ley de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, en relación con el artículo 17 del Reglamento del Cuerpo Médico de Asistencia Pública Domiciliaria de 29 de septiembre de 1934, según la gravedad de la falta y previa instrucción del oportuno expediente disciplinario en que será citado el interesado.

2.º Todos los Médicos que figuren en el Escalafón del Cuerpo y no desempeñen en la actualidad plaza en propiedad de la plantilla del mismo, llevando excedentes, o simplemente sin colocar, más de diez años, vienen obligados a solicitar vacantes de las comprendidas en la convocatoria del primer concurso, y si en el mismo no obtuvieren plaza, bien a petición propia o bien del modo forzoso que se dispone en el número cuarto de la pre-

sente Orden, dicha obligación subsistirá en los concursos que se convoquen ulteriormente hasta conseguir colocación en una de ellas.

3.º Se declara extinguida la situación de «aspirante», creada por Orden ministerial de 31 de octubre de 1935, y en su lugar se crea la situación de «excedencia especial» análoga a la excedencia voluntaria. Esta situación deberá ser solicitada por una sola vez por los que actualmente se encuentran en la de «aspirante» dentro del plazo de convocatoria del primer concurso que se anuncie para proveer plazas en propiedad, si no solicitan alguna de ellas, según se dispone en el número anterior.

La excedencia forzosa sólo podrá ser concedida cuando se amortice la plaza por reforma de plantilla, o cuando el titular de la misma sea designado para un cargo público de libre nombramiento del Gobierno. En este último caso, el interesado quedará en la situación que determina el Decreto de 25 de enero de 1941, y, una vez que haya cesado, viene obligado a reintegrarse a la plaza que servía, en término de treinta días, a cuyo efecto hará su presentación ante la respectiva Jefatura Provincial de Sanidad, entendiéndose, de no verificarlo, que ha perdido todo derecho en relación con la plaza, pasando automáticamente a la situación de excedencia especial.

4.º Transcurrido el período máximo de diez años en situación de excedencia sin solicitar plazas en concursos u oposiciones y desempeñar las adjudicadas por un período mínimo de dos años, los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria que se encuentren en tal situación serán dados de baja en el Escalafón del Cuerpo.

En los concursos de provisión de plazas podrán solicitarse como mínimo veinte por cada categoría, y, en caso de no corresponderles ninguna de las pedidas, será adjudicada al concursante una de las declaradas «desiertas» con carácter forzoso en la resolución provisional del concurso. Esta adjudicación forzosa será hecha por el orden en que figuren las plazas desiertas en el anuncio de la convocatoria y conforme al número del Escalafón de los aspirantes que se hubieran quedado sin nombramiento en la resolución provisional.

En caso de no tomar posesión de la plaza para la que hubieren sido nombrados, cualquiera que sea el censo de población, así como en el caso de que no lleguen a prestar en la misma servicios ininterrumpidos durante dos años, los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria que se encuentren comprendidos en tales supuestos serán también eliminados automáticamente del Escalafón del Cuerpo.

5.º Ningún interino, pertenezca o no al Cuerpo Médico de Asistencia Pública Domiciliaria, podrá ser nombrado más de una vez con tal carácter para desempeñar una misma plaza, hallándose obligados a cumplir las disposiciones del apartado b) del artículo 89 del Reglamento de la Organización Médica Colegial, de 8 de septiembre de 1945, no pudiendo establecerse en ningún caso sin autorización escrita del Colegio Oficial de Médicos de la provincia, a una distancia inferior a 55 kilómetros de la plaza que hubiere desempe-

ñado interinamente. Se exceptúan los casos de fuerza mayor apreciados así por el Colegio Oficial de Médicos de la provincia y confirmada tal apreciación de la Jefatura provincial de Sanidad que ha de expedir el nombramiento.

6.º Las Jefaturas provinciales de Sanidad y los Colegios Médicos cuidarán en la circunscripción respectiva de vigilar y evitar cualquier procedimiento que tienda a impedir la normal provisión de las vacantes de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria. A tal fin, aquéllos pondrán los hechos obstativos en conocimiento de la Dirección General de Sanidad, y éstos darán inmediata cuenta de los mismos al Consejo General de Colegios Médicos, el que, previa la información pertinente, elevará su propuesta a la Dirección General del ramo, la que adoptará las medidas e impondrá las sanciones que en cada caso estime oportunas.

Lo comunico a V. I. para su conocimiento y efectos oportunos.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 24 de marzo de 1947. — *Pérez González.*

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 5-IV-1947.)

DIRECCIÓN GENERAL DE PREVISIÓN.—*Convocando concurso para proveer vacantes de Facultativos de Medicina general del Seguro Obligatorio de Enfermedad existentes en la provincia de Madrid.*

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

Madrid (capital)

1. Una vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, zona número 1.
2. Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional, zona número 2.
3. Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional, zona número 3.
4. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 1.
5. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 10, «Mutua General de Seguros», zona número 4.
6. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional, zona número 6.
7. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 18, «Atocha», zona número 7.
8. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 7.
9. Otra vacante para la asistencia de asegu-

rados de varias entidades colaboradoras, zona número 10.

10. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional, zona número 11.

11. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 10, «Mutua General de Seguros», zona número 11.

12. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 11.

13. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 18, «Atocha», zona número 13.

14. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 13.

15. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 13.

16. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional, zona número 14.

17. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 18, «Atocha», zona número 14.

18. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional, zona número 15.

19. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 15.

20. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 15.

21. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 15.

22. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 15.

23. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 15.

24. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 16.

25. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 16.

26. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 16.

27. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 16.

28. Otra vacante para la asistencia de asegurados de las entidades colaboradoras número 35, «Mapfre», y número 18, «Atocha», zona número 16.

29. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 16.

30. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 16.

31. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional, zona número 17.

32. Otra vacante para la asistencia de asegu-

rados de varias entidades colaboradoras, zona número 17.

33. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 17.

34. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 17.

35. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 17.

36. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 17.

37. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 17.

38. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 10, «Mutua General de Seguros», zona número 18.

39. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 35, «Mapfre», zona número 18.

40. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 18.

41. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 18, «Atocha», zona número 18.

42. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 19.

43. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 19.

44. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 20.

45. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional, zona número 21.

46. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 23.

47. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, zona número 23.

48. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 18, «Atocha», zona número 24.

134. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional, zona número 10.

135. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 35, «Mapfre», zona número 1.

136. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 10, «Mutua General de Seguros», zona número 12.

Madrid (provincia)

49. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Canillas, zona única.

50. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Carrillas, zona única.

51. Otra vacante para la asistencia de asegu-

rados de varias entidades colaboradoras en Canillas, zona única.

52. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Carrillas, zona única.

53. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Carrillas, zona única.

54. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Canillas, zona única.

55. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional en Canillas, zona única.

56. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Canillejas, zona única.

57. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Canillejas, zona única.

58. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional en Chamartín de la Rosa, zona número 1.

59. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradores en Chamartín de la Rosa, zona número 1.

60. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 1.

61. Anulada.

62. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional en Chamartín de la Rosa, zona número 1.

63. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 1.

64. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 1.

65. Otra vacante para la asistencia de asegurados de las entidades colaboradoras número 94, «Unión de Maestros Pintores», y número 18, «Atocha», en Chamartín de la Rosa, zona número 1.

66. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 1.

67. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 1.

68. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 35, «Mapfre», en Chamartín de la Rosa, zona número 1.

69. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 1.

70. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 1.

71. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y de las entidades colaboradoras número 137, «Bilbaina de Previsión», y «Fénix Mutuo», en Chamartín de la Rosa, zona número 2.

72. Otra vacante para la asistencia de asegu-

rados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 2.

73. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 2.

74. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 2.

75. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 2.

76. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 2.

77. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 2.

78. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 3.

79. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 4.

80. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Chamartín de la Rosa, zona número 4.

81. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Carabanchel Alto, zona única.

82. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Carabanchel Alto, zona única.

83. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Carabanchel Bajo, zona única.

84. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 82, «Mutiberus», en Carabanchel Bajo, zona única.

85. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Carabanchel Bajo, zona única.

86. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora «Alianza Sanitaria» en Carabanchel Bajo, zona única.

87. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora «Unión Médica» en Carabanchel Bajo, zona única.

88. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Carabanchel Bajo, zona única.

89. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 35, «Mapfre», en Carabanchel Bajo, zona única.

90. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Carabanchel Bajo, zona única.

91. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Carabanchel Bajo, zona única.

92. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Carabanchel Bajo, zona única.

92 bis. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y de varias entidades colaboradoras en Puente de Vallecas, zona número 1.

93. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Puente de Vallecas, zona número 1.

94. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Puente de Vallecas, zona número 1.

95. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Puente de Vallecas, zona número 1.

96. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Puente de Vallecas, zona número 1.

97. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 35, «Mapfre», en Puente de Vallecas, zona número 1.

98. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 10, «Mutua General de Seguros», en Puente de Vallecas, zona número 1.

99. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Puente de Vallecas, zona número 1.

100. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional en Puente de Vallecas, zona número 2.

101. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional en Puente de Vallecas, zona número 2.

102. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y de varias entidades colaboradoras en Puente de Vallecas, zona número 2.

103. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Puente de Vallecas, zona número 2.

104. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Puente de Vallecas, zona número 2.

105. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Puente de Vallecas, zona número 2.

106. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Puente de Vallecas, zona número 2.

107. Otra vacante para la asistencia de asegu-

MADREZAL

Específico clásico de la HIPOGALACTIA.-Laboratorios O. F. E.-Madrid (4)

rados de varias entidades colaboradoras en Vallecas, zona única.

108. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Vallecas, zona única.

109. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Vallecas, zona única.

110. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Vicálvaro, zona única.

111. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Vicálvaro, zona única.

112. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Vicálvaro, zona única.

113. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Vicálvaro, zona única.

114. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Vicálvaro, zona única.

115. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Villaverde, zona única.

116. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Villaverde, zona única.

117. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Villaverde, zona única.

118. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Villaverde, zona única.

119. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Aranjuez.

120. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Aranjuez.

121. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 10, «Mutua General de Seguros», en Aranjuez.

122. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Fuenarrabal.

123. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Fuenarrabal.

124. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora número 82, «Mutua Tiberus», en Barajas.

125. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Barajas.

126. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y de varias entidades colaboradoras en Alameda del Valle.

127. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Getafe.

128. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras en Getafe.

129. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la entidad colaboradora «Mutua General de Seguros» número 10, en Getafe.

130. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y de varias entidades colaboradoras, en San Lorenzo del Escorial (Cuelgamuros).

131. Otra vacante para la asistencia de asegurados de varias entidades colaboradoras, en San Lorenzo del Escorial.

132. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y de varias entidades colaboradoras en Talamanca del Jarama.

133. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y de varias entidades colaboradoras en Villanueva del Pardillo.

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

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

Esta convocatoria deberá insertarse en el *Boletín Oficial de la Provincia*.

Madrid, 15 de marzo de 1947.—El Director general de Previsión, P. D., M. Amblés.

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

ORDEN de 12 de marzo de 1947 por la que se declara desierto el concurso de traslado de la cátedra que se cita de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.

Ilmo. Sr.: Por Orden ministerial de 26 de enero de 1943 (*Boletín Oficial del Estado* de 8 de febrero) se anunció a concurso de traslado la cátedra de Dermatología y Sifiliografía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, terminando el plazo para recepción de solicitudes en 27 de febrero del citado año.

Al citado concurso sólo se presentó un aspirante, cuya instancia, entregada en 24 de marzo de 1943, fué recibida fuera de plazo, debiendo, en su consecuencia, excluirse del concurso al interesado; por lo que

Este Ministerio ha resuelto declarar desierto el concurso de traslado de la cátedra anteriormente mencionada.

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

Madrid, 12 de marzo de 1947.—Ibáñez Martín, Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

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

UN PRODUCTO ESPAÑOL

Modernas aplicaciones del ASTHICOL

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

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

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

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

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

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

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

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

Diez inyecciones endovenosas de

ASTHICOL

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

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

Preventivo - Eficaz - Cicatrizante - Antipútrido

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

Casa Cárcaba. Oviedo. - Centro Farmacéutico Asturiano. Oviedo. - Centro Farmacéutico Nacional. Madrid. - Centro Farmacéutico, S. A. Alicante. - Centro Farmacéutico Salmantino. Salamanca. - Centro Farmacéutico Valenciano. Valencia. - Centro Farmacéutico Vizcaíno. Bilbao. - Ceñal y Zaloña. Oviedo. - Comercial Farmacéutica Castellana. Burgos. - Cooperativa Farmacéutica Gallega. Coruña. Cooperativa Farmacéutica Leonesa. León. - Durán, S. en C. Madrid. - Sociedad Anónima Farmacéutica Aragonesa. Zaragoza. - Honorio Riesgo. Madrid. - Matarredona Hermanos. Albacete. - Farmacia Oyarzábal. Beasaín (Guipúzcoa). - Unión Farmacéutica Levantina, S. A. Valencia. - Juan Martín. Madrid. - Y PRINCIPALES FARMACIAS DE MADRID Y PROVINCIAS

(Aprobado por lo Censura Sanitaria núm. 4.808.)



Insulinas

Zeltia

EXACTA TITULACIÓN, ESTABILIDAD

INSULINA ORDINARIA

(FRASCOS DE 100 Y 200 U.I.)

PROTAMINA - ZINC - INSULINA

(INSULINA RETARDADA)

(FRASCO DE 200 U.I.)

LABORATORIOS ESPAÑOLES "Zeltia" S.A.