



HIPPOCRATES



GALENVS



AVICENA



RASIS



MESVE



PLATO



ARISTOTELES



THEOPHRASTVS



AVEROIS



DIOGENES

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MEDICAS

Fundada en 1 de enero de 1854

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

«Boletín de Medicina» (1834-1854) - «Gaceta Médica» (1844-1854)
«Genio Médico-Quirúrgico» - «La Correspondencia Médica» (1865)
«Revista de Sanidad Civil» - «Revista Clínica de Madrid»

1854 * AÑO NOVENTA Y TRES * 1947

Oficinas de Redacción y Administración:

MADRID, CALLE DE LOPEZ DE HOYOS, 11 - TELEFONO 26-35-35

Precios de suscripción:

España, América y Portugal: 50 pesetas al semestre.
Para los demás países: 100 pesetas al semestre
Número corriente: 6 pesetas (del año en curso).
Número atrasado: De año distinto, 15 pesetas.

EDITOR RESPONSABLE:

Excmo. Sr. Dr. F. Javier Cortezo-Collantes

Propietario y Director de EL SIGLO MÉDICO.
Fundador de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA.

Madrid y sábado día 26 de abril de 1947

NUMERO 4.749



- DEFICIENCIAS
HEPATO-
GASTRICAS
- ANEMIA
PERNICIOSA



HEPAGASTRON

Extracto de Hígado, Mucosa Gástrica y Complejo Vitamínico B

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.

LABORATORIOS ORZAN, S. A. LA CORUÑA

CS.121



ESTROFOSID

K-ESTROFANTÓSIDO

Indicado especialmente en la

**Insuficiencia cardíaca aguda,
Asistolías del ventrículo izquierdo y global,
Intolerancia a la digital,
Descompensación con bradicardia,
Con máximo efecto y gran tolerancia**



Ampollas de 1 c. c. con 1/2 mg.

Ampollas de 1 c. c. con 1/4 mg.



OFICINA CIENTÍFICA SANDOZ

Puerta del Sol, 10

MADRID

Apartado 1.036

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: *Nuevas consideraciones experimentales sobre la acción de la estreptomina frente al bacilo Coli*, por los Dres. Santiago Larregla, Guillermo Segura Corrochano y Antonio Belmonte. *El estado preapoplético*, por el Dr. Izquierdo Rubín. DIVULGACIONES NACIONALES: *El criterio clínico en posología hidromineral*, por el Dr. García Ayuso.—*El diagnóstico de la leishmaniosis visceral mediterránea*, por el Dr. L. Nájera Angulo. *Un síntoma no descrito en el tifus exantemático*, por el Dr. Manuel Villalonga Guerra. *Interesante conferencia del Dr. Fornos en la Facultad de Medicina de Salamanca*. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *El tratamiento de la tos jerina por el vuelo de altitud y la cabina neumática*. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

Nuevas consideraciones experimentales sobre la acción de la estreptomina frente al bacilo Coli

por los doctores

SANTIAGO LARREGLA

Jefe de la Sección de Serología del Laboratorio de la Beneficencia Provincial.

GUILLERMO SEGURA-CORROCHANO

Medico interno del Laboratorio de la Beneficencia Provincial.

y

ANTONIO BELMONTE

Interno del Laboratorio de la Beneficencia Provincial.

En estos apuntes experimentales vamos a puntualizar algunos aspectos que el lector los podrá superponer a lo ya encontrado por nosotros y dado a conocer (1), con referencia a una enfermedad urológica cuya colibaciluria fué tratada mediante la administración de estreptomina.

1.—PRUEBAS SOBRE LA ELIMINACIÓN RENAL DEL ANTIBIÓTICO Y DEL GERMEN

La terapéutica que se venía efectuando en esta paciente hubo de ser suspendida, según nos comunicó el doctor FERNÁNDEZ MARTÍN, por haberse presentado en ella fenómenos vertiginosos, incoercibles. Con esto se cumplen en este caso las dos posibilidades tóxicas más acusadas en el uso de la estreptomina: ésta de los trastornos de la éxtasis y las reacciones cutáneas, que ya con anterioridad había presentado. La suspensión del tratamiento tuvo lugar cuando la enferma había recibido ya 14.000.000 de unidades del producto. Nosotros recibimos una muestra de orina recogida cuando ya hacía cinco días que se había suspendido la administración del antibiótico.

Con ella procedimos a averiguar si había elimi-

nación de colibacilos, haciendo siembra de 1 centímetro cúbico en 19 de agar fundido en placa de Petri.

De visu, previamente, mediante el método de Gram, en frotis, no encontramos gérmenes, aunque sí leucocitos en discreta proporción. Pero en esta placa así sembrada vimos a las veinticuatro horas un crecimiento de 188 colonias, lo que representa una eliminación de 188 gérmenes vivos por centímetro cúbico.

De esta manera quedaron demostrados dos hechos: 1.º Que, pese a la acción bacteriostática de la estreptomina repetidamente administrada, en esta orina no se había llegado a una esterilización absoluta por lo que respecta al colibacilo. 2.º Que después de cinco días de parado el tratamiento, ya no salía antibiótico por el emuntorio renal, ya que su presencia hubiera inhibido la vitalidad bacteriana. O por lo menos, lo que sí podemos afirmar es que si éste estaba presente, era en proporción inferior a la de 7 unidades por c. c. de agar, ya que en niveles inferiores la acción bacteriostática es nula, como tuvimos ocasión de comprobar.

Por otra parte, corrobora este punto de vista el hecho de que habiendo puesto en otra placa de agar, sembrada con los colibacilos conservados

(1) EL SIGLO MÉDICO del 22 de febrero de 1947.

de pretéritas observaciones, un pocillo central conteniendo una gota de orina sin diluir, ésta probó su falta de acción bacteriostática al no dar ocasión a círculo alguno de detención de crecimiento bacteriano.

II.—ENVEJECIMIENTO DEL ANTIBIÓTICO DILUÍDO

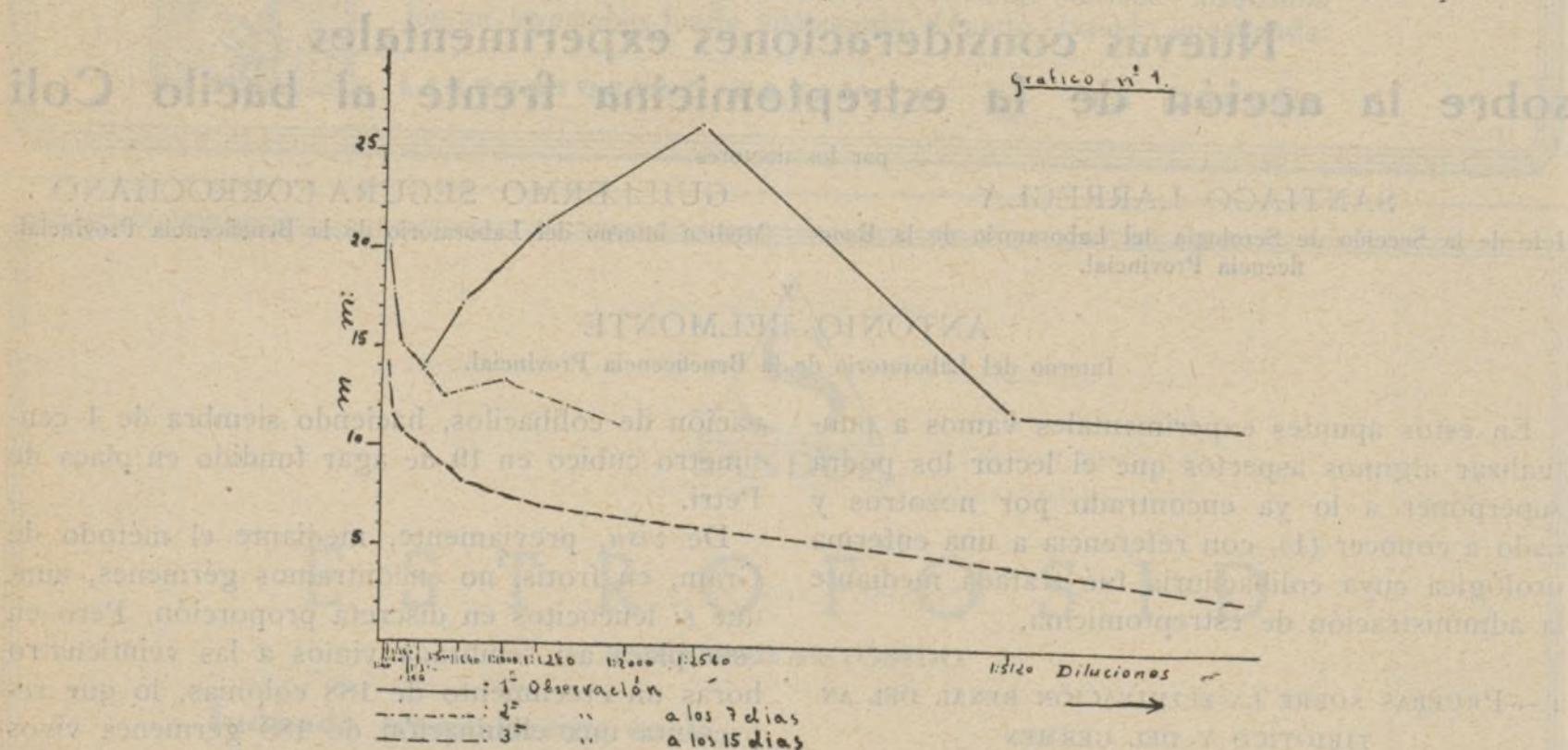
Hemos conservado estreptomycin diluída al 1/20 en suero fisiológico, tal como se prepara para su uso terapéutico. Como en estas condiciones la pérdida de actividad del producto es mucho más rápida que manteniéndolo en bruto, hemos querido evidenciar este hecho colocando en cilindros de vidrio hundidos en el agar cantidades decrecientes de estreptomycin, una vez sembrada la superficie de las placas con los colibacilos mantenidos en condición de vitalidad por sucesivos pases. Hemos observado el comportamiento bacteriostático de las distintas dosis estreptomínicas usadas en la serie de pocillos. Haciendo medición de los radios de las zonas de inhibición originadas alrededor de los pocillos, obtenemos la curva correspondiente.

biótico contenida en los sucesivos pocillos; rectificación paradójica que establece una silueta en forma de cima, comentada por nosotros en el anterior trabajo.

Pues bien; en la línea correspondiente al máximo envejecimiento de producto diluído, cuando éste lo estaba hacía quince días, nos encontramos con la ausencia de esta cima paradójica, hecho negativo que nos es dable observar por primera vez en estas repetidas comprobaciones. Sin duda, lo que ocurre es que el contenido de unidades es menor. A los efectos de esta cima paradójica, en esta última determinación se comporta la línea como si arrancase de un punto del camino más avanzado que aquel en que las circunstancias biológicas se comportan de modo especial para determinar esta elevación paradójica.

III.—INVESTIGACIÓN SOBRE LA ESTREPTOMICINO-RESISTENCIA

Uno de los cuidados que se precisan en el manejo terapéutico de los antibióticos es el de emplearlos en dosis suficientemente altas para evi-



Esto lo hemos hecho en cuatro momentos del envejecimiento de la solución estreptomílica. En el día en que se preparó la solución, a los dos días, a los siete y a los quince días.

Como era de esperar, ha habido un comportamiento razonable en lo que hace referencia a la altura de estas sucesivas curvas; menor cada vez, como corresponde al acortamiento de los radios de la zona bacteriostática en razón con el mayor tiempo transcurrido, según vemos en la gráfica número 1.

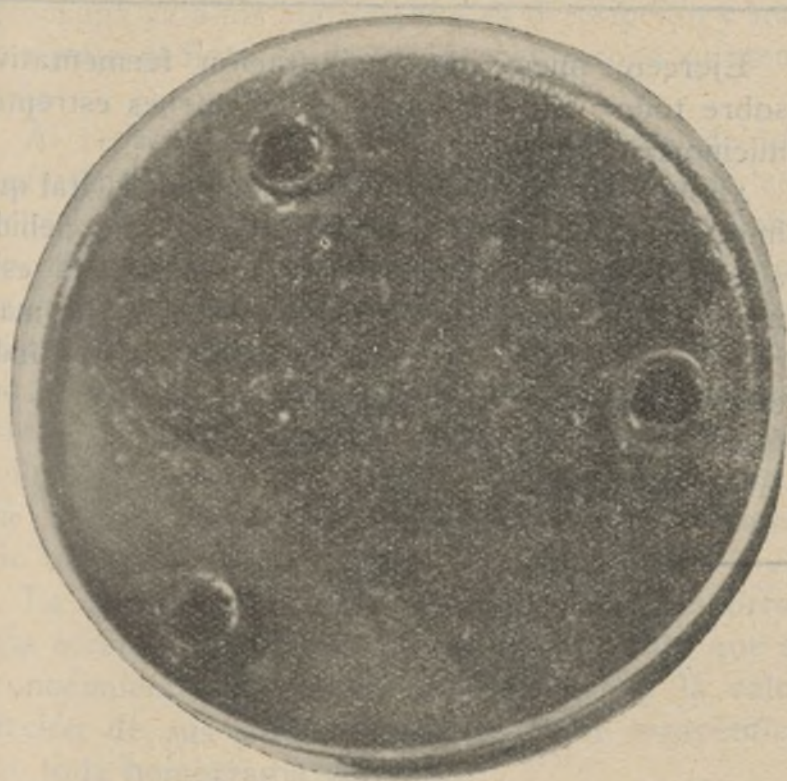
En las dos primeras curvas se ve netamente el hecho, ya por nosotros observado y descrito en un trabajo anterior, consistente en la producción de una rectificación de la pendiente descendente de la línea en relación con la menor dosis de anti-

tal que el germen adquiriera un acostumbamiento al contacto con cantidades insuficientes terapéuticamente, que le llevan a ser resistente a una ulterior presencia de dosis que, no siendo así, le serían fuertemente bacteriostáticas. A fin de comprobar experimentalmente este extremo, pusimos en práctica la siguiente investigación.

Cuando el halo de inhibición lleva unos cuantos días, la estreptomycin se inactiva por razón de tiempo y por la temperatura de la estufa. Entonces empiezan a aparecer dentro del halo pequeñas colonias de bacterias que escaparon a la etapa de aletargamiento.

Nosotros tomamos con el asa de platino gérmenes de estas colonias y los sembramos sobre agar, con estreptomycin, en pocillos. Lo mismo hici-

mos con gérmenes de la cepa sometida a pases sucesivos y no sensibilizados por el antibiótico. Ambas placas contenían iguales series de dilución de estreptomicina. Nos encontramos, pasadas veinticuatro horas, con que los gérmenes que estaban previamente sensibilizados por el producto, crecieron, a pesar del contacto con éste, si bien dejando un mínimo halo de inhibición, casi inapreciable. Los gérmenes no previamente sensibilizados fueron detenidos en su desarrollo, dando halos de bacteriostasis, como era de esperar según revela la siguiente fotografía.



Estos gérmenes, que se habían hecho estreptomycinorresistentes, fuimos pasándolos cada cuarenta y ocho horas a nuevos medios de cultivo, a fin de ir obteniendo sucesivas generaciones. Con bacterias de estas generaciones fuimos haciendo periódicamente siembras sobre placas, con estreptomicina en pocillos, siempre en la misma serie de dosis, y utilizando simultáneamente placas testigos con gérmenes no sensibilizados.

De esta manera pudimos comprobar que la resistencia adquirida por el colibacilo contra la actuación del antibiótico era heredada por las ge-



Los resultados obtenidos en esta prueba tienen gran elocuencia. Se ve claramente que aquellos gérmenes que han estado sometidos a una previa actuación de la estreptomicina, cuando son nuevamente enfrentados con el antibiótico, se comportan con una gran indiferencia ante la presencia de éste. Pudiéramos decir que el germen que sufre la agresión estreptomicínica adquiere una especie de inmunización activa contra ella, y cuando se le somete de nuevo a su presencia es afectado en mínima cuantía. Así, nuestros gérmenes, los de esta experiencia, crecieron en un medio con antibiótico cuando habían sido tratados antes por él, y no crecieron cuando estaban limpios de todo contacto anterior estreptomicínico.

De este modo se confirma el concepto de la resistencia adquirida por los gérmenes, que obliga, como antes dijimos, a emplear contra ellos fuertes y continuadas dosis si queremos que no adquieran este indiferentismo causado por los exigüos tratamientos que hacen inútiles las ulteriores cantidades intensas de antibiótico. Este es el problema que plantea el producto: ser necesarias fuertes dosis para su efectividad terapéutica y caer fácilmente con ellas dentro de la zona de posibilidades tóxicas.

neraciones futuras, que también crecían en contacto con él. Esto pudimos atestiguarlo durante cinco generaciones de cuarenta y ocho horas de duración cada una, siendo los resultados obtenidos los siguientes:

		Diluciones del antibiótico		
		1/20	1/40	1/80
		Milímetros del radio de la zona bacteriostática		
1.ª Generación	Gérmenes no sensibilizados.	16,9	13,0	12,0
	Gérmenes sensibilizados...	5,2	3,0	0,0
2.ª Generación	Gérmenes no sensibilizados.	15,7	12,0	10,8
	Gérmenes sensibilizados...	5,5	3,2	0,0
3.ª Generación	Gérmenes no sensibilizados.	13,7	10,2	8,5
	Gérmenes sensibilizados...	6,0	4,0	3,2
4.ª Generación	Gérmenes no sensibilizados.	11,9	8,7	7,0
	Gérmenes sensibilizados...	7,0	5,2	4,0
5.ª Generación	Gérmenes no sensibilizados.	10,0	7,9	6,0
	Gérmenes sensibilizados...	8,0	6,0	4,9

Como se ve, este carácter hereditario va perdiéndose paulatinamente. Esta observación creemos tiene interés terapéutico, pues nos indica la recuperación de la acción antibiótica tras la pérdida a través del tiempo de esta particular inmunización del germen contra el producto.

IV.—INVESTIGACIÓN SOBRE POSIBLES VARIACIONES BACTERIANAS

Quisimos comprobar si el germen sensibilizado adquiere alguna variación biológica en comparación con el no tratado. En lo que se refiere a morfología y a afinidad tinctorial, no hemos podido, en absoluto, tras meticolosas observaciones, apreciar modificación alguna. Lo mismo acontece en el capítulo de caracteres coloniales.

En lo que se refiere a otras actuaciones biológicas (concretamente las de tipo fermentativo), creemos haber hallado algunas variaciones dignas de mención. Con los colibacilos sensibilizados, hechos resistentes a la estreptomycin, procedentes de la quinta generación, hicimos siembras sobre algunos substratos con tornasol, poniendo siempre siembras testigos con gérmenes no estrepto-

mucinos resistentes. Los resultados obtenidos están comprendidos en el siguiente cuadro:

	Manila...	Glucosa...	Sacarosa...	Lactosa...	Maltosa...	Levulosa...	Arabinosa...
Gérmenes sensibilizados.	+	+	+	+	++	+	-
Gérmenes no sensibilizados.	++	+++	++	++	+++	++	-

Ejercen, pues, una aminoración fermentativa sobre todos los substratos los gérmenes estreptomucinos resistentes.

¿Está esto en relación con la poquedad vital que imprime el producto a la bacteria? ¿O es debido a una evolución bioquímica del soma? En este último caso, sería de interés averiguar si ello marcharía paralelo con alguna alteración de su condición antigénica. En tal sentido proyectamos enfocar nuestras próximas indagaciones.



CEBION

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

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

E. Merck

Cens. Sanit. 110

EL ESTADO PREAPOPLETICO

por el

Doctor J. IZQUIERDO RUBIN

Jefe del Servicio de Neurología de la Cruz Roja de Oviedo.

Casi todos los autores coinciden, al describir el cuadro de la apoplejía cerebral, como de un comienzo brusco, casi fulminante; citan algunos que la impresión es como si el enfermo fuese alcanzado por un rayo. Este accidente suele ser el que preocupa ya a los autores, y a su descripción y tratamiento dedican desde ese momento toda su atención.

Al repasar las historias de la mayoría de los enfermos por nosotros vistos de hemorragia cerebral, hemos encontrado, como ya lo han hecho los clásicos de la Medicina, un conjunto de síntomas, a los que, por su insignificancia, no se les suele dar el valor que, en realidad, poseen. Estos enfermos, cuyo cortejo de síntomas hacen que sean incluidos en los distintos capítulos de la patología (neurosis y trastornos de la menopausia a la cabeza), ofrecen, en realidad, el cuadro clínico de un estado preapoplético.

La importancia del tratamiento de la hemorragia cerebral estriba en su profilaxis; de ahí que el conocimiento del estado preapoplético y la valoración de sus síntomas sea la mejor terapéutica de toda hemorragia cerebral.

De antemano hemos de reconocer que la mayoría de los síntomas que presenta este estado preapoplético no vienen definidos por la exactitud de una fórmula matemática ni por la aproximación de un análisis de laboratorio o complicado aparato técnico; pero eso no importa; nuestra intuición y nuestros conocimientos deben de valorar aquellos datos, recordando que en las viejas escuelas, sin tanto aparato ni tanta fórmula matemática, se hacía una Medicina, quizá más humana que la actual.

No queremos negar con esto, en modo alguno, el valor que el perfeccionamiento de la técnica y de la fórmula matemática puedan tener en su aplicación a la Medicina, sino tan sólo recordar que el estado preapoplético, como dependiente de un fenómeno biológico, está expuesto a cambios y mutaciones, pero que eso no justifica, como algunos clínicos pretenden, el abandono de su estudio por no presentar ningún signo patognomónico del mismo.

El estado preapoplético se caracteriza, pues, por diversos síntomas, cuyo conjunto es preciso conocer para prever el inesperado acontecimiento catastrófico si las condiciones de su génesis lo hacen posible.

WESTPHAL describe este estado preapoplético con los siguientes datos: ligera sensación vertiginosa acompañada de un velo negro delante de los ojos, junto con intensa cefalea, que muchas veces precede al ictus en forma de jaqueca localizada precisamente en el mismo punto donde más tarde sobrevendrá el reblandecimiento hemorrágico. Ligera obnubilación y estados de angustia imotivados que pueden incrementarse hasta producir náuseas y vómitos. POLTZL incluye entre estos síntomas propios del estado preapoplético defectos del campo visual (lo que indicaría, posiblemente, un accidente en el territorio de la arteria cerebral posterior). Los hormigueos, pesadez local y estremecimientos serían también datos en pro de la proximidad del ictus.

Recientemente han comunicado TAYLOR y PAGE que los síntomas más constantes del estado preapoplético son: 1.º Un tipo especial de cefalea occipital, localizado en la nuca y frecuentemente muy atormentador. 2.º Existencia de frecuentes vértigos. 3.º Mareos o pequeños síncope. 4.º Paresias, parálisis transitorias. 5.º Trastornos visuales. 6.º Epistaxis. 7.º Existencia de hemorragias retinianas sin edema papilar.

Nosotros, en cincuenta enfermos afectos de hemiplejía cerebral a consecuencia de ictus apoplético revisados en los últimos años, hemos podido establecer que el estado preapoplético con sintomatología más o menos florida ha sido observado por los mismos enfermos en veintiocho de ellos. En otros dieciséis ha podido ser puesto de manifiesto por un hábil interrogatorio, y en los otros seis, el acontecimiento hemorrágico apareció como tal apoplejía fulminante y sin que el enfermo en cuestión hubiese observado el menor síntoma de enfermedad.

De los síntomas observados, hemos podido establecer que el síntoma más acusado es la cefalea, al que le siguen los vértigos.

El siguiente orden muestra la más acusada sintomatología del estado preapoplético de los enfermos observados en nuestro Servicio:

1.º Cefalea. 2.º Vértigos. 3.º Mareos y desvanecimientos. 4.º Trastornos del sueño. 5.º Paresias en algún miembro. 6.º Parestesias faciales. 7.º Oleadas de calor y sofocos. 8.º Estados confusionales. 9.º Convulsiones lateralizadas. 10. Epistaxis.

Divulgaciones nacionales

Sociedad Española de Hidrología Médica

EL CRITERIO CLINICO EN POSOLOGIA HIDROMINERAL ⁽¹⁾

por el

Doctor GARCIA AYUSO

Secretario general de la Sociedad Española de Hidrología Médica.

Una dilatada experiencia al frente de balnearios de muy distinta condición química y terapéutica, nos ha llevado al convencimiento de que no hay arte más sutil, en la dirección de un establecimiento hidromineral, que el de la posología en las curas hidropínicas y el de las técnicas crenoterápicas en general.

En realidad, salvadas las contraindicaciones fundamentales, todo el arte médico en un balneario se reduce a saber manejar con tacto y, por tanto, con acierto, el instrumento terapéutico hidromineral, marcando la posología o la técnica en general que, no dañando en ningún momento al enfermo, pueda serle útil, aun en el caso, frecuente, de que el manantial de que se trate no sea el más adecuado para el tratamiento de su particular proceso patológico.

Cada vez me afianzo más en el criterio, que ya en otras ocasiones he sostenido, de que la crenoterapia es fundamentalmente ciencia de las contraindicaciones y arte de la posología. Por eso creo que debemos esforzarnos los hidrólogos por afinar nuestras observaciones clínicas en las direcciones balnearias, a fin de alcanzar la mayor precisión en la particular posología hidromineral que convenga a cada enfermo y a cada estadio de los distintos procesos morbosos.

Nada más conveniente e imperativo que esta tarea, por nadie mejor realizable que por el hidrólogo, que al frente de una dirección balnearia es el único que capta con justeza los efectos fisiológicos y los accidentes que toda crenoterapia ejerce sobre los clientes de los establecimientos termale. Por ello, insisto en lo que ya en el curso pasado apunté: lo utilísimo que sería para todos nosotros, los hidrólogos, y aun para los colegas de otras especialidades, el que esta tarea se plasmasen en un recetario suficientemente detallado que marcara con toda precisión la posología hidromineral en la multitud de casos habituales en nuestros establecimientos termales.

Porque estos datos a que me refiero no están escritos en ningún libro; en cualesquiera de que echemos mano, nacionales o extranjeros, nos sorprenderá la imprecisión de los datos posológicos;

de los muchos balnearios reseñados en esa excelente guía que es el tratado de GILBERT y CARNOT, sólo en muy pocos veremos indicadas las dosis habitualmente utilizadas, y ni aun en ellos vemos marcados los distinguos y diferencias que forzosamente hay que establecer en este aspecto, según el estadio del proceso a tratar y según el cuadro semiológico que, en conjunto, ofrezca cada enfermo.

Desde luego, es tarea fácil de cumplir, pues bastaría con recopilar las Memorias de los directores de nuestras termas, entresacando de ellas las consecuencias posológicas de sus observaciones clínicas. Por considerarlo, pues, de gran utilidad, yo alentaría a mis compañeros para que cada uno recopilase las de sus predecesores en cada estación hidromineral, y contrastando la experiencia ajena con la suya propia, llegasen en breve plazo a sistematizar este problema de la posología a la luz de los nuevos conocimientos fisiológicos y clínicos.

Cuantos nos escuchan estarán conformes conmigo en que el desgobierno que reina entre los agüistas españoles en materia posológica hidromineral, justifica que con esta labor previa nos sigamos consagrando (ya lo hacemos todos sin excepción) a evitar los enormes dislates que nuestros agüistas cometen en cuanto a la dosificación de las aguas mineromedicinales que injieren. Pero antes, repito, es menester que nos pongamos plenamente de acuerdo con nosotros mismos. Vayan por delante dos afirmaciones a este respecto: una, que la Humanidad doliente ha abusado de la posología hidromineral desde los tiempos más remotos, y que los médicos siempre nos hemos opuesto a tal contrasentido terapéutico.

En efecto; ya HERODOTO escribía: «Mucha gente cree que las aguas minerales calientes contribuyen a conservar la salud, y por esta razón usan de ellas, sin medida y sin dirección, en daño propio.»

PLINIO también se alza contra el abuso de las bebidas hidrominerales. «Es un error, dice, el gloriarse de beber mucha agua mineral; yo he visto gentes hinchadas a fuerza de ingerirlas, y cuya piel estaba de tal manera tensa, que recubría sus sortijas, porque aquéllas no podían devolver la cantidad de agua que habían deglutido. Hasta el

(1) Conferencia pronunciada en el curso de 1946-47

agua marina misma puede ser ingerida en bebida, pero importa tomarla con moderación.»

Atinadas y juiciosas observaciones que, al cabo de los siglos, tenemos que reconocer y alabar.

Por otra parte, la Edad Media nos lega también muy juiciosas recomendaciones. He aquí las que en el año 1345 se hacían para tomar las aguas de la Porretta (E. CHABROL, *L'évolution du thermalisme*, página 81): «Hay que evitar el beber excesivas cantidades de agua y bebrlas demasiado aprisa, porque si no se siguiese este método, la curación no se realizaría. En efecto; el agua, al no permanecer bastante tiempo en el cuerpo, no tendría ocasión de madurar los humores para expulsarlos en seguida.»

Pero es en los tiempos actuales cuando se han podido fundamentar científicamente, como luego veremos, los principios de una posología racional. En este aspecto, como en otros muchos, los españoles podemos dar lecciones, y así, aun cuando VILLARET y GILBERT han establecido sobre bases fisiológicas la necesidad de recetar a los agüistas dosis pequeñas y repetidas, ya nuestro ANASTASIO GARCÍA LÓPEZ, en 1875, decía lo siguiente, que copio en extenso, reivindicando para nuestros predecesores del siglo pasado su certera visión en este problema hidrológico: «Se cree que aprovecha más este medicamento cuanto mayor sea la cantidad que se beba, y es muy frecuente observar en los establecimientos balnearios indigestiones, cólicos, diarreas, vómitos y otros fenómenos morbosos dependientes de la cantidad excesiva de agua que se bebe. Tales resultados (se refiere a los efectos sobre el metabolismo y los estados constitucionales) no se consiguen si no es bebiendo el agua en pequeñas cantidades. Unicamente cuando entre las indicaciones haya la de producir efectos diuréticos o purgantes se empleará la dosis que baste, nunca excesiva, y para esto cada enfermo necesita una cantidad diferente, pues es muy común ver que una pequeña dosis purga a unos individuos, mientras que otros han menester de la misma agua cantidades cuatro o seis veces mayores.

Esto comprueba la necesidad de individualizar el tratamiento y no someter a una regla común a todos los pacientes», etc.

Estas atinadísimas indicaciones de GARCÍA LÓPEZ, como las anteriores de siglos más alejados, nos sirven de base excelente para la postura que los hidrólogos modernos, con base más científica, pero no por eso más certera, venimos manteniendo en estos tiempos respecto a la posología hidromineral.

Planteadas las anteriores premisas, concretemos ahora sobre qué bases debemos cimentar la dosificación del agua mineral, y hagámonos, ante todo, esta pregunta: ¿Pueden tomarse en ingestión todas las aguas mineromedicinales? ¿Deben tomarse? Como tantas veces, las prácticas empíricas ha-

bituales nos contestan y con acierto. Todos sabemos que hay dos tipos de manantiales: unos, en que la medicación fundamental es la balneoterapia; otros, en que lo es la bebida; pero la verdad es que en todos se injiere el agua, aunque no sea la cura hidropínica la que haya hecho la fama del establecimiento; en Alhama de Aragón, Molinar de Carranza, Termas Orión, etc., son los baños y prácticas hidroterápicas las aplicaciones terapéuticas acreditadas, y, sin embargo, todo el mundo bebe el agua sin fe, a decir verdad, pero, sin duda, para aprovechar todo lo posible el dinero invertido. Respecto a este punto, mi experiencia personal me dice que, en términos generales, las aguas sulfuradocálcicas y las silicatadas, así como las de cualquier tipo ricas en materia orgánica, son mal toleradas por el estómago, son francamente indigestas, y así, en Fuente Podrida, por ejemplo, se observan frecuentes efectos diarreicos, siempre con indigestión, y no por efecto laxante, como los enfermos pueden creer. Sólo cuando un agua sulfurosa de este tipo o sulfuradosódica posee, junto a una mineralización global inferior a la unidad, suficiente proporción de bicarbonatos, es tolerada por el estómago, pero siempre en dosis pequeñas fraccionadas, que no pasen en total de 300 gramos, como Guitiriz, Calzadilla del Campo.

Más adelante hablaremos de las dosificaciones que pueden recomendarse en los distintos tipos de medicaciones hidrológicas, pero ultimemos antes nuestra contestación a las preguntas planteadas; no nos cabe la duda de que aquellos tipos de agua y las hipertermales, en general, son impropias para su administración interna, y que, al acarrear por su difícil digestión algunas perturbaciones a los normales procesos de absorción intestinal, interrumpen la eficacia que pueda esperarse de la dificultada absorción de los principios fisicoquímicos que las integran. Opinamos, pues, que tales aguas no deben ingerirse, toda vez que la observación clínica y el crédito tradicional dice a las claras que determinados manantiales ejercen su eficacia curativa actuando sobre la superficie cutánea y aun absorbiéndose a través de ella, en virtud de las conocidas acciones de sus componentes fisicoquímicos.

Descartados estos pocos tipos hidrominerales, creemos que todas las demás pueden emplearse en ingestión, siempre y cuando las características químicas y la prudente dosificación no perturbe la absorción e incorporación al torrente circulatorio de sus factores componentes o la acción local e íntima sobre las mucosas y glándulas del aparato digestivo.

Así, pues, no sólo podrán ser ingeridas las aguas alcalinas y las oligometálicas, de tan fácil absorción y difusión tisular; no sólo también las aguas sulfatadas y cloruradosódicas de concentración cercana a la isotonía, al absorberse y al actuar localmente sobre el tractus digestivo y sobre el me-

tabolismo; no sólo las purgantes, de efectos e indicaciones harto conocidas, sino también aquellas aguas como las cloruradas fuertemente hipertónicas (Elgorriaga, La Toja) y las cloruradas sulfurosas, cuyos componentes, si la dosificación es prudente, aparte su acción tópica sobre la mucosa digestiva, pueden ser absorbidos, remineralizando el organismo, produciendo los notables efectos de la transmineralización de Spiro y acarreado, en fin, infinidad de acciones sobre el sistema neuroendocrino y, en definitiva, sobre el metabolismo. Tengo para mí que, tanto las aguas cloruradas hipertónicas como las cloruradas sulfatadas y las sulfatadocloruradas o cloruradas alcalinas, manejadas muy prudencialmente, al estimular el funcionalismo y la motilidad de todo el tractus digestivo, incrementando la movilización de todo su sistema secretor, más al absorberse sus elementos físicoquímicos, son las que me inducen ese efecto alterante de Durand-Fardel, que no es, en puridad, sino una subversión de todos los procesos metabólicos de nuestro organismo, de efectos tan contundentes en todas las meiotopías glandulares y en todas las diátesis. ¿Qué posología habrá de emplearse en los manantiales de concentración fuertemente hipertónica, tanto si son clorurados o cloruradosulfurosos? Si al ingerir estas aguas no buscamos sino efectos catárticos o meramente laxantes, las dosis serán altas; si, en cambio, buscamos efectos más íntimos y profundos, deberán ser mucho más pequeñas. Así, por ejemplo, en Salies de Bearn, con la enorme cifra de 245,45 gramos de cloruro sódico, se dan de 20 a 40 gramos como laxantes y 150 como purgantes; en Salins du Jura, con mucha menos concentración (22,74 gramos de cloruro sódico), la dosis usual es de dos vasos después del baño. Por otra parte, en Uriage, agua cloruradosódica, sulfurosa isotónica se dan cuatro a seis vasos diarios como purgante.

Refiriéndonos a España, tenemos un balneario, como La Toja, con 23 gramos de cloruro sódico, en el que se pueden hacer muy interesantes y variadas indicaciones, según la posología; con uno o dos vasos de 250 gramos obtenemos efectos purgantes; con 150, laxantes, y con 20 a 40 gramos antes de las comidas, efectos eupépticos, oréxicos, estimulantes de la secreción péptica y reconstituyentes y alterantes del metabolismo en general.

Tanto las aguas salinas como las sulfocloruradas ejercen efectos similares, más mitigados, si su concentración se acerca a la isotonia; y llegamos al tipo de aguas cuyos efectos pueden ser harto diferentes, si se logra la acción laxante, o, por el contrario, se absorben e ingresan en el torrente circulatorio.

En efecto: las aguas de este tipo, tanto ligeramente hipertónicas como levemente hipotónicas, entre las que están las aguas sulfatadas, clo-

zuradas y bicarbonatadas, de aplicación especial a hepáticos y gastrópatas en general, tomadas a grandes dosis (600 a 800 gramos), ejercen con frecuencia, pero no siempre, efectos laxantes, pues a estas dosis y aún mayores pueden absorberse en ciertos enfermos, y entonces ingresan en el torrente circulatorio con todo su contenido salino y con todo su volumen hídrico, ocasionando efectos generales sobre la circulación, que pueden ser perturbadores, lo que nos lleva de la mano a estudiar el mecanismo de absorción y distribución de estas masas de agua para que nos sirvan de base fisiológica y clínica a la postura que debemos adoptar en las curas con estas aguas y en las curas de diuresis, que son las más importantes en este sector de la erenoterapia aplicada.

El agua se absorbe esencialmente al nivel del intestino delgado. Pero como GILBERT demostró en 1905, éste la deja pasar de una manera inversamente proporcional a la presión que existe en las raíces de la porta.

Cuando la tensión se eleva en el interior de este sistema circulatorio, según ocurre durante las comidas, la absorción acuosa se encuentra ligeramente retardada. Si a este primer mecanismo se añade, de una parte, la congestión de las venas renales, que se da en las afecciones hepáticas en virtud de las anastomosis portorreñales, y de otra, la hipotensión arterial, casi constante en los cirróticos, se concibe que el ritmo de eliminación urinaria se modifique profundamente y de precoz manera en el curso de las afecciones que se acompañan de hipertensión portal. Estas modificaciones pueden resumirse en los siguientes tres grupos de hechos: la opsiuria o retraso de la eliminación urinaria, consecutiva a las comidas; el retraso de la diuresis a continuación de la absorción masiva de agua y de la postura en bipedestación; por último, la oliguria, la anisuria y la isuria.

Por otra parte, cuando el líquido ingerido ha llegado a atravesar la barrera portohepática necesita para su normal repartición que el aparato circulatorio funcione también con normalidad. Si el enfermo es un cardiópata, si el miocardio desfallece, la sangre se estanca en los vasos periféricos, elevándose la presión venosa y retardándose con la circulación renal la eliminación urinaria, sin olvidar, además, la circulación del agua en el sistema lacunar, dependiente del equilibrio mineral, en el que tanta importancia tiene el cloruro de sodio como factor de retención hídrica, la eliminación renal del agua depende, en primer lugar, del estado de la circulación del órgano, y, en segundo, del estado de los tubos y del glomérulo.

Es decir, que para que nosotros, ante un enfermo que ha de recibir su cura hidropínica, podamos marcarle hasta qué tope puede llegar en la ingestión, es necesario que practiquemos las pruebas de la opsiuria o de las cuatro horas, establecida por GILBERT, la de la ingestión masiva de

agua o de las seis horas, también de GILBERT, o la de la bipedestación u ortostatismo, con cualquiera de las cuales nos daremos cuenta si la circulación intrahepática es normal o no. Pero, además, habremos de medir su capacidad miocárdica, mejorándola con tónicos cardíacos en caso de hiposistolia, así como atendiendo a la medición de la tensión arterial, que nos marque la resistencia periférica con que hemos de contar; por último, se hace preciso calibrar el estado del funcionalismo renal, siendo imprescindible que practiquemos las pruebas de dilución y de concentración de VOLHARD o la de descarga ureica de VAN SLYKE, todas muy fáciles de llevar a cabo en los balnearios con parvedad de medios de laboratorio.

Considerada, pues, la multiplicidad de factores que intervienen en el normal metabolismo del agua, se comprenderá la razón que ha asistido a los hidrólogos clínicos para fundamentar los principios en que se asienta actualmente la posología hidromineral, toda vez que la ingestión desordenada del agua mineral, sin reconocer previamente el estado del círculo hídrico, puede acarrear las más graves consecuencias, que pueden oscilar desde la ineficacia terapéutica de la cura emprendida hasta el *exitus letalis*. Los disparates hidropínicos que muchos agüistas cometen en nuestras termas, con desenlace fatal en ocasiones, deberían robustecer la autoridad de los médicos directores, a fin de que éstos impusiesen categóricamente el respeto a la prescripción médica, única manera de evitar los estragos que a diario presenciamos, a lo largo de las temporadas balnearias; se podrían contar a docenas los ejemplos: en Paracuellos de Jiloca, reconocido por mí un enfermo asiduo concurrente a aquellas termas, no fué autorizado a beber más de 200 gramos de agua en ayunas a causa de su fuerte hipertensión, a lo que me contestó: «¡Ca, no señor; si yo soy aquí el agüista que más vasos bebe! Ya verá usted mañana.» Al día siguiente, en efecto, injirió *nueve vasos* de 250 gramos, y a las pocas horas sufría un amago de apoplejía. Recetado un purgante drástico, el siguiente día, en lugar de tomarlo, se propinó otros cuatro vasos del agua mineral; por la tarde abandonó el balneario, porque aquel año no le *pintaban bien* las aguas.

En Lanjarón son numerosos los naturales del pueblo que se purgan de cuando en cuando con ocho o nueve vasos de «La Capuchina», hasta que consiguen hacer otras tantas deposiciones, las últimas como agua de roca; un jocosos concurrente pasea del brazo con orgullo un búcaro, más que vaso, de un litro de capacidad, y hay quien dice que se lo bebe entero tres veces; y, si no tanto, son muchos los enfermos que, con colecistitis agudas, a las últimas horas del cólico hepático, en acceso de colitis agudas y hasta en cirrosis ascíticas, burlando las prohibiciones médicas y la resistencia de las empleadas, cometen los mayores

excesos en la posología hidromineral, aunque, con satisfacción, podemos decir que la labor pertinaz de los médicos directores va consiguiendo en estos últimos años que la cultura médica de los agüistas aumente y con ella el respeto a las prescripciones facultativas.

Ahora bien, y para concretar: reconocida por todos la conveniencia de restringir esos disparatados excesos, todavía no se ha llegado a un acuerdo entre clínicos puros e hidrólogos; nos referimos a nuestro país; hoy día, en algunos balnearios para hepatogastrópatas se prescriben 600 y 800 gramos de aguas cloruradobicarbonatadas o sulfatadocloruradas, mientras eminentes clínicos envían a sus enfermos con prescripción de 50 a 120 gramos como máximo, y descansos intercalares durante la cura. ¿Qué criterio debemos sostener entre tan alejadas posturas terapéuticas?

En términos generales, respetado el criterio fisiológico a que hemos hecho detallada alusión, para matizar y calibrar la posología justa a cada caso, habremos de recurrir al criterio clínico. Y el criterio clínico nos dice que no es posible ni sería acertado el estandarizar la posología hidromineral. Desde luego, como pauta general, hoy todos los hidrólogos nos pronunciamos por las dosis moderadas y aun pequeñas. Así, GILBERT y CARNOT, refiriéndose a Vichy, dicen: «De un modo general se han abandonado las altas dosis de otros tiempos (Mad. de Sevigné tomaba hasta doce vasos diarios de Grand Grille). Actualmente se prescriben tan sólo de cuatro a seis vasos diarios de 60 a 120 gramos cada uno; por lo general, antes de las comidas y con media hora de intervalo.»

Pero es forzoso individualizar el tratamiento, y, por tanto, ni puede ser aceptada la prescripción sistemática de grandes dosis (ya lo hemos dicho reiteradas veces), ni tampoco sistemáticamente debemos limitarnos a dosis microscópicas; unas y otras tienen sus indicaciones, y vamos a verlo, refiriéndonos a nuestra experiencia personal en Lanjarón, donde, por la singular coincidencia de manantiales alcalinos, oligometálicos y cloruradobicarbonatados, se puede recoger una copiosa y variada casuística.

En esta estación hidroclimática tenemos que considerar, en primer lugar, el célebre manantial de «La Capuchina», agua bicarbonatada clorurada fuertemente carbónica, con cerca de 600 c. c. de ácido carbónico, más de 14 gramos de mineralización total, de la cual, cinco gramos corresponden a los bicarbonatos (tres al sódico y uno y medio al cálcico), otros cinco al cloruro sódico, dos y medio al cloruro cálcico y medio gramo al cloruro magnésico. Es decir, se trata de un agua fuertemente mineralizada, cuya ingestión, forzosamente, produce gran estimulación en todo el tractus digestivo, en la circulación sanguínea y linfática, en el metabolismo general y en el emuntorio renal; requiere, por tanto, mucha precisión en su

posología, según sus múltiples aplicaciones: en la infancia, tanto para los procesos colémicos como en la anorexia y como espoleadora de la nutrición y remineralizante, nos basta con 50 a 100 gramos en ayunas y una a dos cucharadas antes de la comida del mediodía, siendo conveniente un día de descanso cada tres. Estas mismas dosis pueden recomendarse en los adultos afectos de colitis no ulcerosa ni hemorrágica, pues con ellas se logran efectos astringentes y estimuladores al mismo tiempo de la célula hepática. En estos casos, a mí me da excelente resultado diluir «La Capuchina» los primeros días (estas pequeñas dosis) con igual cantidad de agua de Gómez o San Vicente, a la que más adelante me referiré, quitando ésta paulatinamente en los días sucesivos, para darla pura aquélla (nunca más de 100 gramos) en los últimos días. En tales casos puede hacerse una excelente cura complementaria con el agua de Gómez, administrando ésta a media mañana en dosis de 100 a 150 gramos; sus magníficos efectos sedantes sobre los espasmos de todo el territorio esplácnico la hacen insustituible siempre que, por transgresiones alimenticias o abusos de otras aguas, hay que frenar el peristaltismo intestinal.

«La Capuchina» debe seguirse empleando en dosis muy pequeñas, y aun con el arbitrio a que anteriormente me refiero de su mezcla con el agua de Gómez, en todos los casos de colecistitis crónicas o subagudas, máxime si existe dolor o ha existido recientemente crisis vesicular; en tales casos, los primeros días recomiendo 100 gramos pura o mezclada, y aumento paulatinamente hasta 200 gramos como máximo, divididos en dos tomas de 100 gramos, con intervalo de quince a treinta minutos. Conviene descansar cada tres o cuatro días, y, sobre todo, en cuanto surja la menor agudización; esta táctica prudente logra siempre los mejores efectos, sin exponer al enfermo a las dolorosas crisis vesiculares; juzgo, por el contrario, disparatada la conducta de no pocos agüistas que, en momentos, incluso de inminente cólico, injieren desde los primeros días 400 a 600 gramos y aún más, y, por si fuera poco, añaden, para completar el volumen, un vaso o dos de agua de Gómez; es la táctica que conduce inexorablemente al cólico hepático o al despeño diarreico o, en fin, al brote de colecistitis aguda febril, que impone la suspensión del tratamiento durante varios días.

En las hepatopatías ictericas no cirróticas, teniendo en cuenta que el metabolismo del agua está entorpecido, no aconsejo grandes dosis, sino 100 a 300 gramos; 400, cuando más, en los últimos días de la cura, siempre que se vea mitigación de la ictericia, en el curso de la misma. Por último, el estreñimiento es, como si dijéramos, el caballo de batalla entre médico y enfermos; muchos de éstos, obsesionados con su pereza intestinal, no se conforman con beber menos del número de va-

ses que, por fin, provocan una copiosa diarrea, y aún si con tres o cuatro vasos de «La Capuchina» no lo consiguen, agregan a continuación los vasos necesarios de agua de Gómez. Naturalmente que nunca aconsejo esta técnica, sino que atempero la posología al tipo de estreñimiento y al complejo sindrómico del enfermo y, sobre todo, al funcionalismo renal y a la tensión arterial.

En los estreñimientos espasmódicos, con espasmos, cólicos dolorosos, dosis pequeñas de 100 a 200 gramos y agua de San Vicente a media mañana y media tarde, con lo cual ceden siempre; si el estreñimiento acompaña a cualquier proceso gastrohepático, someto la posología a este último síndrome, combatiendo el estreñimiento con el régimen alimenticio apropiado y aun con el uso de laxantes oleosos, de administración nocturna; sólo cuando el estreñimiento es por atonía intestinal e insuficiencia biliar, así como en las coledisquinesias por atonía vesicular, puede aceptarse que el enfermo beba hasta 600 gramos en ayunas, siempre que el funcionalismo renal y tensión arterial sean normales, y siempre que no exista colecistitis ni fenómenos dolorosos, espasmódicos o flogísticos abdominales.

En caso contrario, yo no aconsejo dosis altas, de 600 a 800 gramos, porque estas aguas no son purgantes por su concentración salina, sino por el volumen que se injiera, y en tal caso nos exponemos a una absorción masiva, que no ocasione efectos catárticos, y, en cambio, provoque súbitos y peligrosos ascensos tensionales. Hemos visto varios ejemplos de esto último, y, en cambio, jamás ha aumentado la tensión arterial con las dosis limitadas que recomendamos. Teniendo en cuenta que el estreñimiento no se cura provocando colitis medicamentosas, tenemos la impresión de que las dosis moderadas proporcionan mejores resultados para la curación ulterior de este síndrome.

El agua del manantial Gómez o San Vicente es oligometálica, con escasísima concentración salina, apenas 300 miligramos por litro, y si «La Capuchina», manejada según hemos dicho, alcanza efectos verdaderamente sorprendentes en las afecciones hepáticas, la primera va consiguiendo en estos años igualar su fama, en cuanto a las afecciones renales. Y, según mis observaciones, en todo proceso espasmódico abdominal, sobre todo en las colitis, donde ya hemos dicho los excelentes resultados que personalmente hemos logrado con dosis de 150 gramos repetidas en ayunas y a media mañana y aun media tarde, siempre en los reposos interdigestivos, detalle este último de interés, que nos hace desaconsejar generalmente las tomas vespertinas, pues la digestión laboriosa del mediodía entorpece el metabolismo del agua, sobre todo en los enfermos con impedimento portorrenal.

En los albuminúricos, convalecientes de sepsis generales, las dosis tampoco deben ser fuertes, para evitar la congestión renal que las grandes masas de agua ingeridas producen: 150 a 500 gramos en el día; pero esta agua, como todas sus similares, puede emplearse en mayores dosis cuando una fuerte cura de diuresis está indicada, sobre todo en los procesos litíasicos. Sin detenernos en fijar las indicaciones de la cura de diuresis, lo que alargaría desmesuradamente este trabajo, es necesario que recordemos, según la rápida reseña que hemos hecho de la circulación del agua en el organismo que, como dicen VILLARET y BESANÇON, para que los líquidos sean integrados por el organismo de una manera rápida, hay que evitar todo golpe de hipertensión en el sistema porta, es decir, que conviene beber el agua en dosis pequeñas y repetidas, aunque se lleguen a grandes en el total administrado. Además, como la menor congestión en este sistema, determinada por el ortostatismo, se acompaña de un retraso en la absorción acuosa, se impone el clonostatismo en la práctica de la cura de diuresis. Por otra parte, no hay que olvidar, al instaurar la cura de diuresis, que el tránsito pilórico debe estar asegurado, lo que impide su práctica en las grandes gastrectasias por estenosis pilórica, que también debemos asegurar la potencia miocárdica administrando a todo hiposistólico una previa cura digitalica y que debemos comprobar el grado de capacidad renal y la normalidad de las vías bajas urinarias, ya que el adenoma prostático y la estrechez uretral acentuada nos obligaría a una dosificación muy circunspecta. Sin olvidar, por último, la cifra tensional, que nos marcará también la conducta a seguir.

Es, pues, tan importante la técnica de la cura de diuresis, que, con razón, ha dicho LANDOUZY, «tiene tanta importancia, si no más, la manera como se da que lo mismo que se da». Antes, dice HEITZ, refiriéndose a VITTEL, CONTREXEVILLE y MARTIÑY, era muy corriente dar en estos baños hasta veinte y treinta vasos en veinticuatro horas. Se han disminuído considerablemente estas dosis, y en ciertas clases de enfermos actualmente no se llega a pasar de tres o cuatro vasos. Hay enfermos, añaden, que orinan más, en efecto, después de la inyección de estas limitadas cantidades de agua que bajo la influencia de las fuertes dosis de antaño.

Inspirándonos en este criterio, la cura de diuresis en Lanjarón la establezco siempre de una manera paulatinamente progresiva, de uno a seis vasos diarios de 250 gramos, repartidos en ayunas (la mejor hora) a media mañana y, cuando más, un vaso al caer la tarde. En hipertensos con buen funcionamiento renal se puede llegar muy paulatinamente a dosis altas si se empieza por dosis pequeñas de 150 a 300 gramos bebidas con pausas intercaladas, sin que suba la tensión y aun consiguiendo algún pequeño descenso.

En las esclerosis renales no pasamos de 400

gramos en dosis fraccionadas, desde luego, sin que en ningún caso ocurra accidente alguno: la cifra tensional, las cefalalgias, los mareos, etc., nos servirán de brújula para el gobierno de la posología de esta agua.

Por último, debemos referirnos a la cura alcalina con las fuentes «Salud números 1 y 2» y con la fuente «Capilla», que goza de notable reputación en el tratamiento de las anemias ferropénicas. Ya hemos referido el criterio que modernamente se sigue en Vichy, cuya fuerte concentración mineral (alrededor de 5 gramos) exige mucha circunspección en la posología. Las fuentes alcalinas de Lanjarón son mucho más manejables, y pueden beberse en mayores dosis, siendo excelentes aguas de mesa; pero ni en estos casos debe abusarse de su consumo, pues aun las personas normales llegan a experimentar, desde luego, que, tras largo uso de ellas, no la verdadera crisis termal, pero sí una especie de saturación, que termina por llegar a la saciedad.

Aguas oligometálicas, carbónicas, pueden utilizarse con la técnica recomendada por los hidrólogos modernos: dosis de 100 a 150 gramos antes de las comidas, ejercen efectos excitosecretorios por su gran contenido en ácido carbónico; dosis más fuertes, de 200 a 400 gramos, dos horas después de las comidas, ejercen acciones antiácidas, excitomotoras, facilitadoras de la evacuación gástrica y, al mismo tiempo, analgesiantes, a pesar de su escaso contenido en bicarbonatos.

En ayunas y a media mañana pueden emplearse en cura de diuresis, con arreglo a la técnica anteriormente apuntada, en los casos de litiasis úrica. En los hipertensos, esta cura es perfectamente soportada por la nula excitación vascular que su escasa concentración molar produce.

En cuanto a la medicación ferruginosa que en Lanjarón se hace habitualmente con la fuente «Capilla», aunque, según los análisis, es más pobre en ión ferroso que «La Capuchina» y «El Salado», se tolera perfectamente en dosis de 100 a 500 gramos antes de las comidas, bien sola, bien mezclada con las de «Salud», que la dotan de un sabor más grato, por el carbónico que le añaden, y aumentan, además, su poder eupéptico.

Y nada más; no hemos agotado, ni mucho menos, el tema, pues ello obligaría a escribir una obra entera. Pero con lo apuntado hemos puesto de relieve estas ideas, que, a modo de conclusiones, exponemos a continuación:

La posología hidromineral no puede estandarizarse, pero, en general, debe mantenerse en dosis pequeñas y repetidas.

Debiendo individualizarse y plegarse a la variabilidad del curso morbo, la terapéutica hidromineral en bebida, como en cualquier otra forma de aplicación, no puede ni debe ser manejada más que por el médico, que, conociendo por experiencia personal el tipo correspondiente del manantial, pueda captar directamente las acciones inducidas en el enfermo por el agua utilizada.

El diagnóstico de la leishmaniosis visceral mediterránea

por el

Doctor L. NAJERA ANGULO

Sin temor a incurrir en exageración, puede afirmarse que todos los problemas relacionados con la leishmaniosis visceral mediterránea son de importancia secundaria ante el que plantea su diagnóstico exacto.

Podrá parecer una afirmación innecesaria por cuanto, a juicio de muchos, equivale a una ley general cuya observancia es garantía inexcusable del éxito, tanto desde el punto de vista clínico como del sanitario. Sin embargo, en la afección que nos ocupa creemos pertinente llamar la atención sobre la significación e importancia de un *diagnóstico exacto*, por tres razones principales, derivadas directamente de la naturaleza especial de aquélla:

1.^a Por ser enfermedad cuya letalidad es del 100 por 100.

2.^a Porque, a pesar de los progresos de la quimioterapia, todavía dicha letalidad arroja índices importantes aun en casos convenientemente tratados.

3.^a Porque a consecuencia de la posible estibiorresistencia del agente etiológico y de la toxicidad de los fármacos específicos, los llamados *tratamientos de prueba* deben ser formalmente proscriptos.

Claro está que habría que añadir finalmente una cuarta razón, pero ésta es común a otras muchas afecciones. Aludimos a la circunstancia de que en todo proceso cuyo agente causal es conocido con absoluta certeza, el diagnóstico no puede ni debe ser más que etiológico.

Este precepto casi axiomático se olvida, sin embargo, con frecuencia. A justificar este olvido concurren, a nuestro juicio, dos causas. De una parte, que la investigación etiológica supone el manejo de técnicas especializadas, que, aunque sencillas, son, al fin y al cabo, extrañas a las propias de la Pediatría, y con más motivo a las de la Medicina general. De otra parte, y quizá ésta sea la causa más importante, por ser de índole psicológica, que la sintomatología, clínica y anatomopatológica (alteraciones hemáticas y serológicas), es lo suficientemente rica para que constituyan una invitación demasiado seductora a no ahondar más en la investigación diagnóstica.

De este modo, muchas veces creemos haber alcanzado la precisión necesaria, movidos, además, por el deseo de ahorrar molestias y sufrimientos a los enfermos, casi siempre niñas y niños de corta edad, ya que el 70-90 por 100 de los casos corresponden a los seis primeros años de la vida, tanto en las estadísticas españolas (PITALUGA, 1925; NAJERA, 1935) como en las portuguesas

(JORGE, 1934), italianas (LUTRATIO, 1933), griegas (CAMINOPETROS, 1932), etc.

Ahora bien: ninguna consideración es suficiente para que se prescinda del diagnóstico etiológico en toda afección en que pueda llegarse a él, y menos aún en la leishmaniosis visceral mediterránea, por cuanto en ésta la iniciación de una terapéutica específica sin la base de certeza que aquél proporciona puede plantar situaciones de muy difícil solución. Por ello, es preciso insistir en tal criterio como asimismo en los peligros de los tratamientos de prueba, que si, por un lado, pueden favorecer la aparición de los estibiorresistencia, de otro pueden dificultar el hallazgo de los leishmanias si se considera necesario, en vista de la evolución del caso, no tan favorable como en un principio se creyó con ligereza lamentable.

La necesidad de llegar al diagnóstico etiológico, parasitológico en este caso, no excluye la conveniencia de utilizar otros recursos. En primer lugar, la Clínica es, ante todo, la fuente de la investigación epidemiológica, y, por tanto, cualquier técnica, por exacta que sea, no pasará de la categoría de un auxiliar de aquélla, al menos en el estado actual de la organización sanitaria que corresponde a la época en que vivimos. Será preciso llegar a organizaciones muy perfectas y a la adquisición de técnicas rigurosamente exactas e inocuas para que pueda prescindirse de la Clínica. Pero así como hoy no puede prescindirse de ésta, tampoco parece aconsejable persistir en el error de que el clínico, por experto que sea, menosprecie o valore ponderadamente el concurso del laboratorio cuando las aportaciones de éste sean tan valiosas como lo son siempre en el diagnóstico de la leishmaniosis visceral mediterránea.

A intentar una cordial inteligencia entre ambas tendencias van encaminadas estas líneas, que aspiran nada menos que a trazar una pauta de conducta frente al problema del diagnóstico de la leishmaniosis visceral mediterránea, pauta que deberá inspirarse en la necesidad de evitar los posibles errores apuntados y en la conveniencia de llegar al diagnóstico etiológico por el camino más rápido, pero también más inocuo para el enfermo.

Atendiendo a lo expuesto, clasificaremos los recursos diagnósticos en los siguientes grupos: clínicos, hematológicos, serológicos, biológicos y parasitológicos.

Clínicos.—Los recursos de esta clase desempeñan el importantísimo papel de orientar el diagnóstico. Desde este punto de vista, son de singular

importancia. Ningún médico general debe desconocer la rica sintomatología de esta afección.

Ahora bien: como enfermedad febril aguda, le corresponde un cuadro de comienzo que es común a otras muchas. Por otra parte, su iniciación insidiosa y su período de incubación variable entre límites amplios hace que no pueda concederse significación a los trastornos digestivos y respiratorios, el curso de la curva térmica, el aspecto y coloración de la piel, la astenia y desnutrición de estos enfermos, etc.

Sin embargo, existen datos clínicos de gran valor, y que cuando se observan simultáneamente deben hacer pensar al clínico en la l. v. m. Estos datos constituyen lo que debe llamarse tetrarquía de esta enfermedad, y son:

Fiebre (hipertonía irregular)

Abombamiento del abdomen (hepato y, en especial, esplenomegalia).

Palidez (anemia: eritro y leucopenia).

Infartos ganglionares (poliadenitis, y mejor micropoliadenitis generalizada).

Todos ellos suelen ser constantes, contemporáneos y tan precoces, que se reconocerán dentro de las primeras semanas del comienzo de la enfermedad, siempre que se busquen con atención.

Particularmente interesante es la esplenomegalia cuando sea posible eliminar el paludismo. En algún caso plantearía la necesidad del diagnóstico diferencial con enfermedades tan poco frecuentes como las de Gaucher, Nieman-Pick, etcétera; pero ni aun esto supone inconveniente, ya que para ello habrá que recurrir a investigaciones que son, en gran parte, comunes.

Para la caracterización de la esplenomegalia se han señalado por diversos clínicos propiedades especiales del bazo de estos enfermos en cuanto a consistencia, etc. Podemos prescindir de tales consideraciones impregnadas de valoración subjetiva.

Otro tanto podría decirse del *signo de Pittaluga* (escotadura del borde interno) si no fuera éste un dato mucho más objetivo y de evidente significación cuando se presente. Ofrece, en cambio, el inconveniente de su inconstancia, ya que, según nuestra casuística personal, no llega a comprobarse más que en el 25 por 100 de los casos. A pesar de esta escasa frecuencia, resulta interesante su observación, por ser de gran valor cuando resulta positivo; en las figuras 1, 2 y 3 pueden verse tres tipos de bazo con la escotadura característica.

Significación parecida ofrece otro dato clínico muy curioso. Me refiero a la *elongación de las pestañas*, signo a veces tan manifiesto que son las madres las que lo observan y lo hacen notar al clínico. Este signo, cuya frecuencia estimamos en un 50 por 100, tiene el inconveniente de ser demasiado subjetivo, si bien en los casos en que se presenta de modo indudable tiene todo el

valor de un signo patognomónico, ya que no sabemos de ninguna otra afección que lo dé.

Hematológicos.—La anemia producida por los leishmanias, en general, y especialmente por el *Leishmania infantum*, es tan acentuada, que se manifiesta clínica y precozmente por una coloración de la piel muchas veces típica: el bien conocido color de cera vieja. Pero este síndrome anémico es susceptible de medirse proporcionando datos objetivos: el recuento de los hematíes y de los leucocitos.

Las cifras pueden llegar a ser tan bajas como no las presenta ninguna otra afección, excepción hecha de la agranulocitosis o enfermedad de Schultz. Así, la eritropenia da valores que oscilan, generalmente, entre tres y cuatro millones de hematíes por milímetro cúbico, pudiendo en algunos casos llegar a un millón, y la leucopenia, que da de ordinario cifras entre 2.000 y 4.000 leucocitos, ofrece también valores extremos en que baja del millar por milímetro cúbico.

Si a esto se añade que la fórmula leucocitaria muestra un predominio acusado de mononucleares (en especial de los linfocitos), resulta, en definitiva, una verdadera *neutropenia* (absoluta y relativa) que aumenta la semejanza de este cuadro hemático con el que caracteriza la agranulocitosis. Sin embargo, el problema del diagnóstico diferencial no se plantea, ni aun desde el punto de vista clínico, por el curso totalmente distinto de ambas afecciones: crónico en la leishmaniosis y agudo en la agranulocitosis.

Las restantes alteraciones de las series roja (anisocitosis, etc.) y blanca (índice de Akmet desviado a la izquierda, etc.), aun siendo constantes, carecen de significación diagnóstica.

La frecuencia con que se encuentran los leishmanias en la médula ósea y la sencillez de la técnica de obtención de ésta, justifican la generalización de su empleo, como veremos más adelante. Ahora bien: las recientes investigaciones sobre las modificaciones que puede presentar el *mielograma* en esta afección justifica asimismo el que su estudio sea digno de tenerse en cuenta.

No obstante, su significación es escasa desde el punto de vista del diagnóstico hematológico, ya que el mielograma no hace sino ratificar la eritropenia y neutropenia, que ya había mostrado el examen de la sangre, si bien la eritroblastopenia es más discreta y a veces puede, incluso, estar reemplazada por una reacción eritroblástica moderada (BENHAMOU, NOUCHI y BARDENAT), o al menos relativa (REVOL), con un índice G : E muy pequeño (0,62).

Es preciso añadir que la mononucleosis, aparte del aumento de linfoblastos y monoblastos, se manifiesta por *hemohistioblastosis* y *plasmocitosis* bastante característica.

También se ha señalado por INTROZZI un aumento característico de los megacariocitos, aumento

que en algunos casos de observación personal ha sido muy acusado (cinco a diez veces la cifra normal). Por último, añadiremos que algunos observadores han citado la existencia de una aneosi-rofilia que no hemos visto confirmada.

Serológicas.—Las primeras investigaciones en el dominio de la serológica aplicada al diagnóstico de las leishmaniosis se deben a BRAHMACHARI, quien, trabajando con enfermos afectos de kala-azar, observó que la simple dilución del suero en un volumen mucho mayor de agua destilada producía la precipitación de las globulinas. Basado en esto, describió las reacciones siguientes, que se conocen con el nombre genérico de *pruebas de Brahmachari*.

Globulin test: consiste en la adición a 1 c. c. de suero reciente de 5-10 c. c. de agua destilada, caracterizándose la reacción positiva por la formación de un precipitado nuboso.

Globulin ring test: a 1 c. c., por ejemplo, del suero problema se añade otro tanto de agua destilada, dejándola deslizarse suavemente por la pared del tubo de modo que no se mezcle con aquél. En la zona de contacto se formará un anillo opaco cuando la reacción sea positiva.

Globulin precipitation test: consiste, sencillamente, en la mezcla de una pequeña cantidad de suero (0,50 c. c., por ejemplo) con dos veces su volumen de agua destilada. Es, como puede verse, una simple variante de la prueba primera, como ocurre con la denominada *globulin opacity test*, en que la mezcla se efectúa con cantidades crecientes de agua destilada para lograr determinaciones cuantitativas.

Todas estas pruebas han sido aplicadas a la leishmaniosis visceral mediterránea por diversos investigadores, comprobándose resultados análogos a los señalados por su autor. Nuestra experiencia personal es también coincidente.

Reacción de Gaté-Papacostas.—La primitiva reacción descrita por estos autores con fines diagnósticos en sífilis fué en seguida aplicada al kala-azar por MACKIE y NAPIER con el nombre de *formol-icucogelificación*, y por LLOYD con el de *aldehyde test*. Aunque se han descrito, por tanto, varias técnicas y seguido en su interpretación criterios diversos, hoy se acepta más generalmente la pauta siguiente: adición a 1 c. c. de suero no inactivado de dos gotas de formol comercial (formol-dehído al 40 por 100), agitar suavemente y dejar la mezcla en reposo a la temperatura ambiente. La lectura se hará a los diez y a los veinte minutos. Las reacciones positivas se caracterizan por opacificación y gelificación del suero (— — —) dentro de los diez primeros minutos, y sólo gelificación (— -) transcurrida la totalidad del tiempo de observación.

La introducción de los compuestos antimoniales en las investigaciones serológicas del kala-azar dió origen a las reacciones siguientes:

Reacción de Chopra-Gupta.—Se practica colocando 1 c. c. de suero reciente y activo y la misma cantidad del suero diluido en s. s. al 1 por 5 y 1 por 10 en tubitos de 3-5 milímetros de diámetro; por la pared se dejan deslizar unas gotas (ocho o diez) de solución de ureaestibamina al 4 por 100 en agua destilada. La lectura es inmediata, y la reacción positiva se caracteriza por precipitación en los tres tubos, aunque de intensidad variable y decreciente, siendo de máximo valor el resultado del tubo que lleva la dilución al 1 por 10, porque coincide con la investigación parasitológica en el 90 por 100 de los casos. Un grave inconveniente de esta reacción ha sido señalado por LABERNADIE y LAFFITE: ser positiva en los enfermos que toman quinina.

Con objeto de simplificar su técnica, los mismos autores describieron una variante, que tiene la ventaja de practicarse con una pequeña cantidad de sangre. En efecto; basta una gota de sangre que se diluye en 0,5 c. c. de oxalato potásico al 2 por 100, vertiendo sobre esta dilución otra gota de la solución de ureaestibamina. Carecemos de experiencia sobre estas reacciones por la imposibilidad de proporcionarnos el reactivo, pero su valor, especialmente el de la última, ha sido negado por D'OELSNITZ.

Reacción de D'Oelsnitz.—Dada la dificultad de obtención de la ureaestibamina, D'OELSNITZ ideó reemplazarla por el «neoestibosán» en solución al ... por 100, describiendo, en 1932, la técnica de esta nueva reacción, que es la siguiente: a 0,5 centímetros cúbicos de suero se añade 0,5 c. c. de reactivo recién preparado y de modo que resbale suavemente por la pared del tubo, a fin de que no se mezcle con el suero. Si la reacción es positiva, aparece casi instantáneamente un anillo caseoso en la superficie de contacto, constituyendo ésta la primera fase; una segunda se obtiene por agitación, con lo que se produce una precipitación de intensidad variable. La positividad de esta reacción puede medirse utilizando suero diluido al 1 por 10, 1 por 100, etc. Nuestra experiencia coincide con otros autores en reconocer a esta reacción una sensibilidad y especificidad elevadas. Por otra parte, se trata de una reacción de fácil interpretación.

Reacción de Nattan-Larrier y Grimard-Richard. Sus autores pretendieron sumar las acciones debidas al antimonio y al formol. La técnica consiste en la adición de cuatro gotas de solución reciente de neoestibosán al 10 por 100 a 0,5 c. c. de suero; agitar y añadir 0,5 c. c. de formol comercial. Inmediatamente se produce una floculación en grumos gruesos, que, por cohesencia, se reúnen, originando una verdadera coagulación en masa en pocos minutos cuando la reacción es positiva. En los casos poco intensos se produce precipitación con sedimentación subsiguiente, y entre uno y otro numerosos tipos intermedios. Esta

reacción nos parece de aspecto poco grato, de interpretación a veces difícil y de valor (sensibilidad y especificidad) muy inferior a cualquier otra.

Reacción de Caminopetros.—Se conoce también con el nombre de reacción al sulfarsenol, por utilizar esta substancia como reactivo. La técnica consiste en añadir a 2 c. c. de solución de sulfarsenol al 4 por 100 cantidades crecientes de suero, gota a gota. A partir de una cierta cantidad, el exceso provoca la disolución del floculado; pero esa cantidad, que es de tres a cinco gotas en los sueros normales, se eleva a veinte gotas en los de enfermos de l. v. m. Hay, pues, una amplia zona que caracteriza en este caso a las reacciones positivas. Según el autor, es una prueba de gran valor, pero ha sido poco utilizada, y, por nuestra parte, carecemos de experiencia personal.

Reacción de Auricchio y Chieffi.—Utilizan como reactivo el peptonato de hierro Robin diluido al 1 por 320 en agua destilada, según la técnica primitiva, y al 1 por 600, según una modificación posterior, pero siempre preparando la disolución en el momento de utilizarla. La reacción se practica añadiendo a 0,20 c. c. de suero no inactivado 1 c. c. de solución de peptonato de hierro; se agita y se lleva a la estufa a 37°. La lectura debe hacerse cada diez minutos, dentro de los treinta o cuarenta primeros minutos (en la modificación citada se amplía el plazo de observación). La reacción positiva se acusa por opalescencia, que va acentuándose hasta dar pequeños flóculos que se aglomeran y acaban por precipitar. La lectura puede hacerse macro y microscópicamente, habiéndose utilizado incluso el examen en fondo oscuro.

En una primera comunicación, sus autores dijeron haber sido positiva en seis casos de l. v. m. y negativa en diez sanos y en treinta y siete con afecciones diversas. En trabajos posteriores llegaron a afirmar que su sensibilidad era próxima al 100 por 100 y su inespecificidad igual a cero, evolucionando, además, tan paralelamente con la enfermedad, que podía tomarse como un índice de curación.

Esta reacción ha gozado de gran favor entre los pediatras italianos; y así, hay en la literatura observaciones, como la de SEVERINO, que la ensayó en dieciocho niños (cinco con l. v. m. y trece con afecciones diversas), MIGGIANO (dos de l. v. m. y varios de otras afecciones). PITRUZZELLA, que dijo ser positiva en todos los casos no tratados, si bien daba resultados dudosos en los recientes o sometidos a tratamiento, y, finalmente, citaremos las observaciones de COLARIZI y SCAPATICCI, que observan resultados positivos en los enfermos de l. v. m., pero también en el 20 por 100 de los que padecían otros procesos.

Una publicación más difundida ha sido la de AVERSA, cuyos resultados fueron recogidos y publicados entre nosotros por el distinguido pueri-

cultor doctor BOIX BARRIOS. El citado autor italiano la ensayó en cuarenta casos de l. v. m., comprobados parasitológicamente, obteniendo treinta y cinco reacciones positivas y cinco negativas, y en setenta casos de otras afecciones (seis de ellos con leishmaniosis cutánea), que sólo dieron una reacción positiva.

No todas las estadísticas son tan halagadoras, ya que GENTILI ha visto reacciones positivas en casos de lepra, tabes dorsal, tripanosomiasis y paludismo. Particularmente interesante es su comportamiento frente a esta última enfermedad, y en ella, según nuestra experiencia personal, se muestra positiva en más del 40 por 100 de los casos agudos, en especial si se trata de recaídas.

Reacción de Takata-Ara.—También esta conocida reacción ha sido aplicada al diagnóstico serológico de la l. v. m., aunque, en realidad, carece de valor específico por cuanto se sabe la dan numerosas afecciones, desde el paludismo y las filariosis, a las tripanosomiasis, la buba y la sífilis. Por esta razón no consignamos su técnica, limitándonos a citarla. Quienes se interesen por esta reacción, pueden consultar el documento trabajo que la dedicamos, en colaboración con los doctores SALAS y FANJUL, hace ya varios años.

Reacción de Henry.—La prueba de la melanofloculación ha sido, asimismo, ensayada. Según las investigaciones de BENEDETTO, citadas por ROGERS y MEGAW (1942), realizadas en cincuenta casos de kala-azar, se muestra de manera idéntica en esta enfermedad y en el paludismo, siendo, por tanto, incapaz de utilizarse en el diagnóstico diferencial de ambas afecciones.

Métodos biológicos.—Entre éstos, pueden contarse los siguientes: *método del vesicatorio*, ideado por LEISHMANN y preconizado por NICOLLE, consistente en provocar la aparición de una flictena e investigar los leishmanias en el exudado leucocitario. El método puede ser de rendimiento, no sólo en el kala-azar y en el botón del Mediterráneo, sino también en la l. v. m., atendiendo a la localización dérmica del parásito sostenida por algunos autores. Aun cuando carecemos de experiencia, pensamos que son aplicables a esta técnica las observaciones que formularemos a la de BENHAMOU, aparte la molestia que supone para el enfermo.

Intradermorreacción específica.—Esta técnica, tan utilizada en otras afecciones, ha sido aplicada a la l. v. m., empleando para ello extractos preparados en medio alcalino y a partir de los leptomonas obtenidos en los cultivos. MONTENEGRO dice haber logrado hasta un 80 por 100 de resultados positivos, pero los datos más valiosos fueron obtenidos por PESSOA y PESTANA, quienes habiéndola utilizado en cerca de 3.000 reacciones, concluyen que es un excelente auxiliar en las campañas sanitarias contra la leishmaniosis cutáneo-mucosa, si bien no se halla exenta de las fa-

llas propias de toda reacción biológica. Como, por otra parte, no conocemos su sensibilidad y especificidad para la l. v. m., no le podemos conceder más valor, hoy por hoy (si bien marca una ruta digna de estudio), que el puramente experimental.

Lo mismo ha de decirse del antígeno preparado por MARQUES DA CUNHA a base de *Trypanosoma equiperdum*, obtenido por inoculación experimental de la rata blanca, y con el que logra reacciones dudosas en la prueba de *desviación del complemento*; pero, en cambio, resultados específicos por vía intradérmica en las investigaciones practicadas con seis casos de leishmaniosis y los correspondientes testigos.

Desviación del complemento.—Esta prueba ha sido utilizada por NATTAN-LARRIER y GRIMARD-RICHARD, quienes han empleado un antígeno especial: el suero de conejos infectados convenientemente con cultivos de *Leishmania donovani*. La técnica la han aplicado al diagnóstico de las leishmaniosis humana y canina, siempre con resultados altamente específicos.

Reacción de aglutinación.—También MARQUES DA CUNHA ha preparado un antígeno utilizable en la prueba de seroaglutinación, y que le ha permitido observar que en los *leishmanias* existen dos antígenos diferentes que pueden engendrar dos aglutininas y dos tipos de aglutinación también distintos; dichos antígenos son el flagelar, que origina la aglutinación floculosa, y el somático, que produce la granular.

Hemocultivo y medulocultivo.—A partir de una pequeña cantidad de sangre periférica o de médula ósea (cinco a diez gotas), es posible obtener cultivos de leishmanias (leptomonas) utilizando el conocido medio N N N o cualquiera de sus múltiples modificaciones. El método carece de interés práctico por la necesidad de exigir tiempo (generalmente dos semanas), y, en especial, en el caso del medulocultivo, por ser más fácil y rápido el examen directo (previa coloración) del material obtenido. Sin embargo, en casos especiales puede prestar utilidad indudable, y, en cierto modo, este método constituye el escalón intermedio entre los biológicos y los netamente parasitológicos de que vamos a ocuparnos. Su principal interés arranca de conducir al diagnóstico exacto, esto es, etiológico.

Inoculaciones experimentales.—La posibilidad de infectar al perro y a diversas especies de monos, así como a algunos pequeños roedores exóticos (varias especies de hamster y al espermófilo), constituye un recurso para llegar al diagnóstico etiológico, que, si carente de interés práctico, lo tiene extraordinario desde el punto de vista de la investigación biológica. Desde este punto de vista, valdría la pena ensayar la sensibilidad de la ardilla española (*Scirus vulgaris alpinus*, *S. v. infuscatus*, *S. v. numantius*, *S. v. securae*), ya que

uno de sus congéneres de Marruecos (*Xerus xerulus*) se ha mostrado susceptible el *L. caninum*, según han comprobado BLANC y sus colaboradores.

Métodos parasitológicos.—Incluimos en este grupo los que van encaminados a la demostración del agente etiológico en los tejidos, mediante las técnicas corrientes de coloración. Los leishmanias pueden hallarse en la sangre, en el plasma intersticial del dermis, en el jugo ganglionar, en la médula ósea y en las pulpas hepática y esplénica.

Ahora bien: en el caso de l. v. m., en contraste con lo que ocurre en el kala-azar, el hallazgo de los parásitos en sangre periférica es tan excepcional, que hay que excluir tales investigaciones. Sin embargo, en la práctica, casi siempre se practica por la necesidad o, al menos, conveniencia de excluir el paludismo.

En cuanto al examen de la pulpa hepática, constituyendo la técnica de su obtención una pequeña intervención que ofrece análogos inconvenientes que la de pulpa esplénica y aun mayores, ya que la hepatomegalia puede ser discreta y mucho menos frecuente en ella el hallazgo de parásitos, creemos que no debe ser tomada en consideración.

Prueba de Benhamou.—Primeramente con FAUCERE y CHOUSAT, y poco después solo BENHAMOU, ha dado a conocer un método que dió resultados positivos en dos casos en que fracasaron las punciones ósea y esplénica.

La técnica consiste en escarificar la epidermis con un vaccinostilo en una extensión como la de una moneda de cinco céntimos, pero sin que llegue a salir sangre; como otro vaccinostilo, se toma el exudado del centro de dicha zona y se extiende sobre uno o más portaobjetos; las preparaciones obtenidas se colorean por el método de LESTOQUARD.

El autor reconoce que los parásitos aparecen más contraídos y que son más raros que en pulpa esplénica, por lo que su investigación es más delicada, si bien afirma que su método no es inferior al de la biopsia cutánea, utilizado en el perro por ADLER y THEODOR y otros investigadores. Sin desconocer el gran interés que encierra desde el punto de vista experimental, y, sobre todo, sus consecuencias epidemiológicas, no creemos que sea aconsejable en la práctica, ya que la identificación de los leishmanias en los frotis dérmicos exige un hábito que no todos pueden alcanzar.

Jugo ganglionar.—Su obtención es tan sencilla, que no vale la pena exponer su técnica. Creemos pertinente recordar que debe hacerse la punción del ganglio con una aguja no muy fina, y cuando se está seguro de que la punta de la misma se halla en el centro de la masa ganglionar adaptar una jeringa que aspire bien (preferibles las metálicas) y deslizar el émbolo 2-3 centímetros. Esta aspiración es suficiente para lograr que el jugo ganglionar, en cantidad generalmente de una frac-

ción de gota, llene parte de la luz de la aguja. El contenido de ésta se expulsará sobre uno o varios portaobjetos y se extenderá y coloreará siguiendo las técnicas habituales.

En las preparaciones así obtenidas suelen verse los leishmanias libres y englobados en el protoplasma de los histiocitos.

Esta técnica fué utilizada, primeramente, por SPAGNIOLO (1913) en Italia, y poco después por TITOFF, en Rusia, con fines diagnósticos en la l. v. m.; pero han sido GIRAUD y colaboradores los que han preconizado su empleo y su utilidad.

Las ventajas son manifiestas: sencillez, inocuidad y, por tanto, posibilidad de repetirla cuantas veces sea preciso. Resultaría el método de elección si no tuviera el inconveniente de no poderse utilizar cuando, como es frecuente en los adultos, no existe reacción ganglionar, circunstancia ya señalada por GIRAUD.

A pesar de ello, seguiría siéndolo en los niños si no se diesen casos en que, según nuestra experiencia personal, a pesar de existir reacción ganglionar y de repetir la punción, no se hallan leishmanias en el jugo extraído. El porcentaje de estos casos lo ciframos en un 20 por 100. Desde luego, los ganglios más accesibles son los inguinales, y en ellos preferentemente hemos practicado la punción. Quizá existen variaciones en la infección ganglionar según los territorios; pero sobre este particular no poseemos dato alguno, ni siquiera referencias en la literatura.

Medula ósea.—A comienzos del siglo, PIANESE, CARONIA, etc., observaron la frecuencia con que se hallaban leishmanias en la medula ósea obtenida por punción de la epífisis del fémur y de la tibia, principalmente.

LAVERAN, en 1914, la utilizó para la investigación de la l. v. canina, pero, en realidad, la exploración de la medula ósea no entra en la práctica hasta que SEYFART, en 1923, propone la trepanación del esternón. Hay, sin embargo, un obstáculo, y es que la trepanación del esternón constituye todavía una intervención (siquiera fuese pequeña) que requiere instrumental adecuado, y por ello aparecen los múltiples modelos de trepanos (SEYFART, DAMESECK, ARIEFF, MALLARMÉ, etc.) convertidos en recuerdos históricos por ARINKIN, cuando, en 1930, propone realizarla con una simple aguja (suficientemente gruesa y resistente), sin necesidad de incisión previa de la piel y ni siquiera de anestesia local.

Son numerosos los autores que han cantado las excelencias del método en el diagnóstico de la l. v. m. Sin embargo, no me es posible compartir totalmente este criterio, por cuanto (prescindiendo, claro está, de la sencillez de técnica, inocuidad, etc.) existen casos en los que no es posible el hallazgo de leishmanias.

A este propósito, creemos pertinente recoger las observaciones de CAMACHO BAÑOS, que, en 27

casos, obtuvo cuatro resultados negativos; esto es, un 15 por 100 próximamente. Nuestra casuística coincide casi exactamente con la del autor citado, ya que en 23 casos de l. v. m. en que hemos practicado el examen de medula esternal hallamos leishmania en 20, lo que daría un porcentaje de fracasos de 13 por 100.

Un detalle que no hemos visto consignado por los diversos autores que se han ocupado de esta cuestión es el modo de presentarse los leishmanias. Es un hecho casi constante la presencia de formas libres, en cantidad a veces considerable, siendo raro el hallazgo de histiocitos con leishmanias fagocitados, comparativamente a lo que se observa en jugo ganglionar y, en especial, en la pulpa esplénica. Sin embargo, pueden hallarse, según muestra una de las microfotografías que se acompañan. Otra circunstancia digna de notar es la frecuencia con que se observan formas de división múltiple, que he interpretado como demostrativas de la existencia de un ciclo esquizogónico.

Pulpa esplénica.—Poco es preciso decir sobre esta técnica, reconocida por todos como la más segura para la demostración de los leishmanias. Sin embargo, una serie desgraciada de accidentes motiva que existe cierta prevención contra ella. Autores hay, como GUASCH, que tratan de explicar los accidentes, en parte, por la existencia de alguna diátesis hemorrágica, si bien en su casuística no los hayan tenido, aun en casos con *púrpura* y *trombopenia*. Por esta causa, algunos preconizan la investigación previa de aquellas constantes hemáticas (tiempo de coagulación, de sangría y de protrombina), que pueden evidenciar la existencia de la aludida diátesis hemorrágica. Precisa reconocer que esta prudente conducta es siempre aconsejable, pero con independencia de la hipótesis que pretende vincular los accidentes a la preexistencia de la repetida diátesis hemorrágica. No comparto este criterio, y como para mí son única y exclusivamente debidos a una técnica defectuosa, que provoca la rotura de la cápsula, sin cuya rotura la hemorragia interna no puede producirse, voy a detenerme unos momentos sobre la cuestión.

En efecto: todo el secreto radica, a nuestro juicio, en practicar la punción con una simple aguja (preferible que sea larga, de las utilizadas para las inyecciones intramusculares), que se introducirá mediante un golpe seco y se dejará clavada unos segundos (tiempo suficiente para que la pulpa esplénica llene por capilaridad la luz de la aguja), para, al cabo de este tiempo, extraerla también rápidamente. Practicada así la punción, es absolutamente imposible que se produzca un desgarramiento de la cápsula esplénica, pues aunque el bazo se mueva (hay que contar siempre con esta posibilidad, sobre todo en los niños) la aguja girará sobre el punto en que atraviesa la pared abdominal.

siguiendo el movimiento de aquél. No ocurre así cuando la aguja está armada con una jeringa, por poco que ésta pese; pues, actuando sobre un brazo de palanca grande, el momento de inercia de su masa le impedirá seguir los movimientos del bazo y podrá producirse el desgarramiento de la cápsula. En la figura que se acompaña queda explicado este mecanismo en forma gráfica y absolutamente demostrativa. Hemos creído necesario confeccionarla y publicarla aquí por cuanto no sólo no se alude a dicho mecanismo por nadie, sino que hematólogos de tanto renombre como EMILE-WEIL, ISCH-WALL y PERLÉS, en diversos trabajos y singularmente en su conocida obra sobre la punción esplénica, insisten en que ésta debe hacerse con jeringa, y hablan, incluso, de practicar aspiración («on maintient le corps et rapide- car aspiración («on maintient le corps de la seringue au moyen de la main gauche, et l'on aspire fortement et rapidement»), detalle al que ya CARONIA reprochaba gran parte de los peligros. Como se comprende, si, además de la jeringa, ésta se inmoviliza para practicar la aspiración (que por otra parte es innecesaria), aumentan enormemente las probabilidades de dislacerar el tejido esplénico e incluso la propia cápsula.

Resumiendo lo expuesto, nuestra opinión es concluyente. La punción esplénica es inocua siempre que se practique con técnica correcta. Esta no exige más que una simple aguja; ni jeringa, ni menos aún, aspiración.

Después de la punción, los enfermos no requieren ningún cuidado. El reposo en el lecho durante doce-veinticuatro horas y la bolsa de hielo de que hablan los autores citados son absolutamente innecesarios.

CONCLUSIONES

1.^a Sólo hay un medio de diagnosticar la l. v. m., y éste consiste en el hallazgo del agente causal (*Leishmania infantum*, Nicolle, 1908).

2.^a Todos los demás recursos no pueden tener más significación que la de ayudar al diagnóstico clínico de presunción o contribuir al más exacto conocimiento de la biología de la afección.

3.^a Las técnicas parasitológicas deberán utilizarse de menor a mayor inocuidad, y desde este punto de vista es recomendable comenzar por la punción ganglionar, seguir por la esternal y terminar por la esplénica, si las anteriores no han dado el resultado apetecido.

BIBLIOGRAFIA

- BOIX BARRIOS (J.).—«Diagnóstico precoz y sintomatología del kala-azar». Publicaciones Al servicio de España y del niño español, número 40. Madrid, junio de 1941. Un folleto de 31 páginas.
- AVERSA (T.).—«Valore della reazione de Auricchio e chieffi e della r. al formol-stibosan nella diagnosi della leishmaniosi interna infantile». *La Pediatria*, XLVIII, 7, 480-90. Nápoles, 1940.
- SALAS (J.), NÁJERA (L.) y FANJUL (L.).—«Contribución al estudio de la reacción de Takata-Ara». *Archivos de Neurología*, número 2, páginas 127-63. Madrid, 1931.
- MARQUES DA CUNHA (A.).—«Sur l'agglutination des leishmanias. Agglutination flagellaire et agglutination somatique». *C. R. Soc. Biol.*, CXXVIII, 16, 209-11. 1938.
- PESSOA (S. B.) et PESTANA (B. R.).—«A intradermoreação de Montenegro nas campanhas sanitarias contra a leishmaniose». *Sao Paulo Medico*, nov.-dec. de 1940.
- MARQUES DA CUNHA (A.).—«Diagnostic de la leishmaniose tégumentaire par déviation du complément et intradermoréaction». *C. R. Soc. Biol.*, CVIII, 37, 1076. 1931.
- NATTAN-LARRIER (L.) et GRIMARD-RICHARD (L.).—«Une méthode de diagnostic de la leishmaniose viscérale». *Loc. cit.*, CXII, 28, 1489-92. 1933.
- NATTAN-LARRIER (L.) et GRIMARD-RICHARD (L.).—«Sur le séro-diagnostic de la leishmaniose viscérale». *Loc. cit.*, CXV, 3, 266-72. 1934.
- BENHAMOU, FAUGERE et CHOUSAT.—«Le diagnostic du kala-azar par les frottis dermiques». *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôpitaux de Paris*, LI, 25, 1326. 1935.
- BENHAMOU (Ed.).—«Le diagnostic du kala-azar par les frottis dermiques». *La Presse Méd.*, núm. 81, 1561-4. 1935.
- GIRAUD (P.) et CABASSU (H.).—«Le diagnostic de la leishmaniose canine par la ponction ganglionnaire». *Bull. Société Path. Exot.*, XXIX, 9, 958-65. 1936.
- GIRAUD (P.) et BOUDOURESQUES, BLANC et BERGIER.—«Le diagnostic du kala-azar par la ponction ganglionnaire». *Loc. cit.*, XXX, 8, 680-4. 1937.
- GIRAUD (P.), MONTUS, SARDOU et GAUBERT.—«Le diagnostic du kala-azar par la ponction ganglionnaire». *Bull. Mém. Société Méd. Hôp. Paris*, núm. 31, págs. 1493-4. 1936.
- CAMACHO BANOS (L.).—«La punción esternal como medio diagnóstico en el kala-azar». *Soc. Méd. Hosp. Sevilla*, S. del 1 de diciembre de 1943. Ref. de *Actual. Médica*.
- NÁJERA (L.).—«Observaciones sobre el ciclo evolutivo de leishmania infantum Nicolle», 1908. En publicación en el libro homenaje al profesor López Neyra.
- GUASCH (J.).—«Paludismo, kala-azar, fiebre recurrente», páginas 389-90. Madrid-Barcelona 1943.
- EMILE-WEIL (P.), ISCH-WALL (P.) et PERLES (S.).—«La ponction de la rate». págs. 13-15. Edit. Masson et Cie. París, 1936.



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

UN SINTOMA NO DESCRITO EN EL TIFUS EXANTEMATICO

por el

Doctor MANUEL VILLALONGA GUERRA

Capitán médico

Los datos del síntoma que vamos a describir fueron recogidos en el año 1942, con motivo de un brote epidémico de tifus exantemático, en que fueron asistidos 193 soldados pertenecientes a un batallón de trabajadores en Peñaranda de Bracamonte (Salamanca).

Desde los primeros casos ingresados hasta los que lo hicieron en último lugar, se pudo comprobar la frecuencia con que gran número de enfermos presentaban una tonalidad amarillenta de las manos en la región palmar, que evolucionaba con la enfermedad y regresaba ya bien entrada la convalecencia.

En un principio no se paró la atención en tal fenómeno, ya que era grande el número de enfermos a que había que asistir, y, sobre todo, que se atribuyó su causa a la evolución del exantema palmar. Pero más adelante, en el último período de la epidemia, pudimos darnos cuenta de la poca frecuencia con que se presentaba el exantema palmar, o, al menos, lo poco ostensible que era la mayoría de las veces, ya que para ponerlo de manifiesto había que recurrir a la compresión del brazo mediante ligadura.

Suponiendo entonces la independencia de ambos síntomas, y comprobada la coloración palmar en el principio de la enfermedad, nos preguntábamos si podría valer como síntoma precoz, y tratamos de hacer su estudio. En él nos interesaban principalmente los siguientes datos:

- 1.º Frecuencia con que se presentaba.
- 2.º Fecha de aparición.
- 3.º Evolución.

En segundo lugar, observar si tenía alguna relación con el cuadro clínico o con las profesiones

1.º FRECUENCIA

No podemos establecer el tanto por ciento de los que le presentaban; en muchos de los primeros casos asistidos no fueron anotados tales detalles con precisión en la historia clínica, sino exantema típico más o menos acentuado, o atípico, con los caracteres propios de cada caso; pero puede asegurarse que la gran mayoría de los enfermos lo presentaron, siendo excepcional su ausencia.

2.º FECHA DE APARICIÓN

Una vez asegurados de que la inmensa mayoría de los enfermos lo presentaban, la fecha de aparición era el dato de mayor interés, pues sentado

el principio de que aparece los primeros días, podría ser un síntoma precoz de gran importancia, sobre todo desde el punto de vista epidemiológico, y más aún si se presenta antes que el exantema o exantema, ya que era más claro y más manifiesto que éstos. Pero tampoco puede ser fijado este punto con seguridad. Llegamos al último período de la epidemia, y son pocos los casos que ingresan, y éstos vienen con él más o menos aparente, salvo un pequeño número en que no se presenta.

Uno de los enfermos lo presenta en el quinto día de enfermedad; pero coincide con la aparición del exantema palmar, si bien éste sumamente pálido y poco acentuado, contrastando con el franco tono amarillo palmar, dando una sensación de que hubiese precedido esta última manifestación al exantema. La precisión del quinto día de enfermedad pudo hacerse con seguridad, porque un carácter propio de la epidemia fué el que comenzaba bruscamente, sin fenómenos prodrómicos; de tal forma que recordaba el ataque palúdico, y en los casos que evolucionaba sin complicaciones, el período febril duraba catorce días a partir del día de los escalofríos.

Ninguno de los enfermos pudo decir qué día le apareció; casi todos se sorprendían al mirarse las manos. Solamente uno manifestó que siempre que dejaba de trabajar una temporada se le ponían así. El batallón había dejado de trabajar, y estaba acuartelado, con motivo de la epidemia, desde hacía más de un mes; como el resto de la tropa llevaba el mismo tiempo que el enfermo sin trabajar, son examinadas las manos de varios centenares de soldados, y solamente en dos se observa esta tonalidad palmar; uno de ellos había sido dado de alta de la enfermería hacía unos veinte días, donde había pasado un T. E. típico; el otro, de coloración de piel morena intensa, había pasado «un proceso gripal» de corta duración en la enfermería del batallón. Se le hace R. W. F., y resulta positiva, confirmando nuestras sospechas de haber pasado una forma atípica de T. E.

3.º EVOLUCIÓN

En los primeros días de observación, la palma de la mano toma un color amarillento pajizo, que se extiende poco después a la cara palmar de los dedos. La intensidad de color va aumentando en días sucesivos hasta tomar un color oscuro azafranado a los ocho o diez días. En un principio, la intensidad es igual para ambas manos; pero

más tarde se va haciendo más intensa en la mano céntrica, y para una misma mano, más en regiones hipotenar y palmar de dedos, y con mayor intensidad aún a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas. A veces se extendía la coloración a región dorsal, pero con tonalidad menos intensa. En muchos casos se extendió también a las uñas, en las que se adoptó estas dos tonalidades:

1.^a El color ocupaba un espacio cuyos límites dibujaban un triángulo isósceles en que la base estaba en el borde de la uña y el vértice en el centro de la misma. Los límites eran precisos, el color fuertemente intenso, como de tintura de yodo, que destacaba más sobre el fondo sonrosado de la uña.

2.^a Otras veces, el color formaba una estría transversal irregular de límites poco precisos, ya que no estaba circunscrita por líneas rectas, sino sinuosas.

Del primer tipo sólo se observan dos casos; los restantes, del segundo, y en las dos formas, las uñas de ambas manos estaban afectadas por igual.

La desaparición de todas estas manifestaciones se verifica de una manera gradual. Aproximadamente al décimo día de la enfermedad, se empieza a atenuar la coloración, que vuelve a ser pajiza, y no desaparece por completo hasta pasados muchos días del último febril, pues siendo una enfermedad de convalecencia larga, se notaba muchas veces todavía al ser dados de alta los enfermos. Unas veces, la terminación se hacía por descamación en forma de pequeñas túrdigas, que aumentaban con el frotamiento, y en otras, por reabsorción, tomando antes la palma de la mano un aspecto brillante, como céreo.

No tiene relación con el cuadro clínico, ya que se presentó independientemente de la gravedad; tampoco con las profesiones, pues éstas eran muy variadas: estudiantes, escribientes y obreros de diversos oficios, presentándose en unos y otros indistintamente.

En la literatura consultada no se encuentra relación de tal síntoma; únicamente hay algo parecido en el de BALTHAZAR, edición de 1908; en el tomo de enfermedades infecciosas, al hablar de la fiebre tifoidea, dice: «Se observan síntomas en el revestimiento cutáneo en el período de estado, de tal forma que la piel está seca, a veces amarillenta en la palma de las manos y en las

plantas de los pies. Y esto de una manera precoz (signo palmo-plantar de FILIPOVICZ).» También dice que se observan algunas manchas ciánicas y sudamina.

Como en la epidemia asistida se han observado también estos últimos fenómenos (para detalles de esta epidemia, puede consultarse nuestro trabajo publicado en la *Revista de Medicina y Cirugía de Guerra*, número 7, correspondiente a mayo de 1944), pudiera ser que por esa época se confundieran el T. E. con la F. T.—por algo se llaman ambas tíficas—, y más que, cuando hace la cita BALTHAZAR, la reacción de Gruber-Vidal no había entrado en la práctica corriente y la de Weil-Félix no se había descubierto todavía; no sería, por tanto, difícil la confusión clínica en ciertos casos. De ser cierta esta interpretación, sería un signo de valor diagnóstico desde el punto de vista clínico.

Por lo dicho anteriormente podíamos pensar el caso contrario, que nosotros hubiéramos tomado por T. E. lo que no era otra cosa que F. T., pero precisamente por las características de la epidemia dudamos nosotros también. Al hacernos cargo de la enfermería llevábamos el concepto de que la enfermedad era muy grave, y no tuvimos más que una mortalidad de un 2,6 por 100, que se presentaban con mucha frecuencia abscesos a consecuencia de inyecciones, sólo hubo uno escrotal, a pesar de que las inyecciones de todas clases se prodigaron; de gangrena de extremidades sólo uno, etc. En definitiva: era tan diferente el conocimiento teórico de la enfermedad del que la práctica nos presentaba, que dudamos se tratase de T. E.

Pero si bien en la Clínica hay enfermedades que pueden confundirse con él, desde el punto de vista epidemiológico cesó con el despiojamiento, y las numerosas R. W. F. que se hicieron fueron positivas en la inmensa mayoría, y esto unido a la Clínica muchas veces típica, aunque atenuada, no puede hacer pensar más que en el T. E. histórico.

El hecho de que, a pesar de los muchos trabajos que existen sobre T. E. no se cite este síntoma, hace suponer que sea carácter propio de algunas epidemias, y si nos permitimos llamar la atención sobre él, no tiene otro fin que se haga el estudio completo del mismo por si pudiera valer, como anteriormente dijimos, de síntoma precoz.

Interesante conferencia del Dr. Fornos en la Facultad de Medicina de Salamanca

En el anfiteatro de la Facultad de Medicina, e invitado por la Academia Médico-Quirúrgica «Pérez de Herrera», pronunció una interesante y docta conferencia el excelentísimo y magnífico señor rector de la Universidad de Valencia y catedrático de Medicina de aquella Facultad, don Fernando Rodríguez Fornos, salmantino ilustre y una de las figuras más destacadas de la ciencia médica española en la actualidad.

El amplio salón resultaba insuficiente para dar acogida al numeroso público que acudió a escuchar al prestigioso doctor. Ocupaba la presidencia, juntamente con el conferenciante, el excelentísimo y magnífico señor rector de la Universidad de Salamanca, don Esteban Madruga, a quien acompañaban el decano de esta Facultad de Medicina, doctor Querol; el inspector provincial de Sanidad, doctor don Ramón Fernández Cid; el presidente del Colegio Oficial de Médicos de la provincia, don Antonio García Bernalt, y los profesores doctores don Francisco Díez y Marín.

Primeramente, el doctor Marín, en nombre de la Academia «Pérez de Herrera», agradeció en breves palabras la atención del doctor Fornos, que desde el primer momento accedió gustosísimo a la invitación que se le hizo para pronunciar esta conferencia.

Seguidamente, el doctor Díez Rodríguez hizo la presentación del orador, destacando sus dotes de científico y de maestro, refiriéndose brevemente a sus éxitos profesionales, a su formación en esta Facultad de Medicina, a su estancia entre nosotros liberado de la zona roja durante la cruzada, y, finalmente, a su meritísima labor al frente de la Universidad de Valencia.

El doctor Fornos comenzó a continuación su conferencia, dirigiendo, en primer lugar, un emocionado saludo a profesores y alumnos y recordando brevemente sus años de formación y estudio en esta Universidad.

Enuncia el tema, y después hace una síntesis histórica del problema del dolor, distinguiendo tres fases: una, primitiva, de lucha del hombre con sus elementos de defensa; otra, que él llama de anatomofisiología y patología elemental del dolor, y otra tercera, a partir de Claudio Bernard y del empleo de la anestesia.

Dice cómo antiguamente el hombre primitivo y de los pueblos incultos trataba de defenderse contra el dolor buscando amuletos, talismanes, etcétera, y hasta valiéndose de la música. Otros pueblos utilizaban zumos de frutas, plantas, hierbas y brebajes. Relata brevemente cómo trataba de combatir el dolor la Cirugía antigua, y dice que esta ciencia, rama de la Medicina, siempre consideró el dolor como su mayor enemigo, ya

que por él el cirujano no podía actuar como deseaba. Relata los interesantes hechos que dieron lugar al descubrimiento de la anestesia y las posibilidades que desde aquel momento se abrieron al cirujano, a los accidentes que en sus comienzos tenían lugar y al perfeccionamiento de la técnica con que hoy se emplea, donde el anestésista ha pasado a ser elemento principalísimo en la práctica de la Cirugía.

Pasa a referirse a los problemas clínicos y anatomofisiológicos que plantea el dolor interno, el producido en las vísceras al ser afectadas por una causa morbosa, y dice que hablar del dolor es hablar de los nervios, y se ocupa de la transmisión nerviosa del dolor, impresión subjetiva que todos hemos sentido y nadie ha explicado debidamente. La vida del hombre oscila continuamente entre el dolor y el placer, que son como los dos brazos de una palanca.

Explicando la transmisión nerviosa del dolor, se refiere a los receptores cutáneos y viscerales y a los conductores y centros de estas sensaciones, aludiendo a las antiguas concepciones simplistas, fundadas en los conocimientos anatómicos en el cadáver para dejar hoy su paso a otras concepciones nuevas más científicas, enlazadas en los conocimientos actuales de la fisiología del nervio y de las transmisiones de los distintos estímulos nerviosos y clases de dolor. Con la aparición de la Endocrinología, las vitaminas y las hormonas en el campo de la Medicina, el problema del dolor se complica extraordinariamente y, a la vez, se explican las diferentes susceptibilidades de los individuos y razas. El factor quinético y el metabólico son nuevos jalones en esta materia, y la expresión de cambios iónicos y físicoquímicos que tienen lugar al ser atacada una viscera por una causa nacida.

Se ocupa después del factor psíquico, importantísimo y relegado al olvido por las doctrinas materialistas. Siempre hay que tener en cuenta ese factor—dice—por la correlación psicosomática que necesariamente ha de existir en el hombre.

Finalmente, el doctor Fornos habló del problema de la eutanasia y dijo cómo modernamente en países no católicos, y con un sentido materialista de la vida, se había practicado, llegando incluso a crearse centros especializados para ello.

El deseo de morir—dijo—no crea el derecho a morir, y hay que admitir que el deseo de morir no cabe en un cerebro normal. Distinguió la eutanasia lenitiva de la eutanasia occisiva, y ésta—añadió—repugna a todo sentimiento noble y rectamente humanitario, pues hay que considerar siempre la parte noble del dolor y recordar cómo los grandes dolores han hecho los grandes hombres.

A este propósito cita algunos ejemplos, tales como el de Santa Teresita de Lissieux y San Francisco de Asís, a quienes el dolor llevó a las cumbres de la santidad, y en otros aspectos, por el dolor, han sido famosos y han hecho obras geniales muchos artistas y poetas.

Terminó diciendo que el crimen piadoso repugna a la conciencia bien formada del médico.

El ilustre conferenciante, al final de su brillantísima disertación, recibió una nutrida salva de aplausos del numerosísimo público que llenaba el local.

Divulgaciones del exterior

El tratamiento de la tos ferina por el vuelo de altitud y la cabina neumática

El tratamiento de la tos ferina por una permanencia de algunas horas en altitud variable de 2.500 a 3.500 metros se practicaba ya en Francia y en otras naciones antes de la guerra; pero solamente algunos privilegiados, propietarios de aviones, miembros de clubs aeronáuticos, militares del Ejército del Aire, podían practicar este medio.

El método terapéutico aéreo fué descubierto, en 1927, en Estrasburgo. Una epidemia de tos ferina castigaba aquella ciudad, y un piloto del segundo regimiento de caza tuvo la idea de llevarse a su hijo, gravemente atacado de tos ferina, a bordo de su avión.

El piloto sabía que los cambios de aire resultaban excelentes para aliviar a los coqueluchosos, y dedujo que un paseo por las alturas en el avión no podía sino hacerle bien. Volaron durante unas horas alrededor de 3.000 metros de altura, y el resultado no se hizo esperar. Tres días después, con gran sorpresa de sus padres, el enfermito estaba completamente curado, y, como consecuencia de ello, varios niños atacados de tos ferina se sometieron al tratamiento, pero las curaciones y las mejorías no eran claras siempre.

Los suizos se interesaron por este método, al que dieron el nombre de *método de Estrasburgo*.

No obstante, quedaba un misterio que esclarecer, y ello fué lo que obstaculizó considerablemente la vulgarización de este tratamiento. Se observaba muy poca mejoría en algunos enfermos; otros, los menos, curaban en veinticuatro horas, y otros mejoraban claramente en su estado, sobre todo por la desaparición o notable disminución de las quintas de tos. Otros, por último, aproximadamente la mitad de los tratados con vuelo terapéutico, no reflejaban ningún cambio en su estado.

Tan sólo se había conseguido un hecho de importancia: este tratamiento era el primero en dar resultados satisfactorios en el grado que los daba. A pesar de todo, muchos médicos permanecían en actitud reservada por entonces con respecto a esta terapéutica, que pedía un estudio más completo y una organización correcta para aplicarse.

Tan sólo la experiencia podía explicar los efectos y permitir el establecimiento de un método.

Un piloto de Metz, M. Chauvin, consiguió curar durante el invierno de 1938-1939 un centenar de enfermos, y fué uno de los primeros en deducir conclusiones de cuanto observó y en establecer un método terapéutico.

Tomando a los enfermitos en un estadio determinado de la enfermedad, les hacía efectuar vuelos variantes de los 1.500 a los 3.500 metros de altura, según la edad. Se remontaba y descendía lentamente, para evitar a sus pasajeros trastornos de oído, de los que las consecuencias hubieran sido desastrosas para las curas de altitud. Como los enfermos se adormecían en las grandes altitudes, prescribió el envolverlos en mantas calientes. Aparte esto, hacía cantar a los niños para que respiraran por la boca.

La guerra suspendió sus investigaciones y observaciones acerca de tal método de tratamiento.

En 1945, un centro de Biología se creó en la ciudad del aire, en las cercanías del aeródromo de Issy-les-Moulineaux, para estudiar este problema, bajo la dirección de los doctores Roberto Baldy y Max Richou. Se realizaron experiencias en aviones. Las solicitudes de los padres para aplicar a sus hijos enfermos de tos ferina el método de Estrasburgo, del que oían comentar los prodigiosos efectos, fueron cada vez más numerosas. El Ministerio del Aire puso a disposición de estos enfermitos un avión adecuado al servicio que había de prestar. Este avión fué el que era propiedad personal de Goering, un Junkers 52. Aparato bastante lento, espacioso y confortable, permitía llevar a su bordo varios enfermos al mismo tiempo. No obstante, los vuelos terapéuticos resultaban bastante caros. La gasolina entonces escaseaba, y el sostenimiento del avión exigía los cuidados constantes del personal especializado. De otra parte, la Meteorología no era siempre propicia al despegue del aparato, y los cambios de temperatura en el transcurso de la ascensión amenazaban en ocasiones con ser desfavorables a los enfermos. El centro de Biología instaló entonces en su local una cabina neumática. Este aparato permitía realizar en tierra los mismos fenómenos que a bordo del avión en altitud. Una serie de trescientos enfermos se trató en dicho aparato, y los doctores Richou y Baldy pu-

dieron establecer una estadística. En los casos rebeldes a toda otra terapéutica se registró un 10 por 100 de curaciones y un 34 de mejorías notables.

Desde entonces, el doctor Richou organizó el tratamiento de la tos ferina por este método. Además del laboratorio del centro de Biología, en que continuó practicándolo, hizo construir otro aparato por un ingeniero piloto especialista de la neumática, M. Tardif. Instalado en su consulta de París dicho aparato, el doctor Richou pudo de este modo tratar mayor número de enfermos. Era el primer médico que trataba la tos ferina a domicilio por la neumática. Al principio del mes de febrero otro médico piloto, especialista de vuelo terapéutico, el doctor Jossinot, hacía instalar en su consulta dos cabinas, construídas igualmente por M. Tardif, lo que elevaba a cuatro el número de aparatos funcionando en París.

Esta cabina neumática (los franceses la denominamos *caissons*, palabra que tiene difícil traducción exacta en castellano en este sentido), como decimos, este aparato tiene el aspecto de una cabina telefónica. Una puerta de entrada y un ojo de buey para vigilar al enfermo. En el interior se instala una banqueta de dos plazas y una mesita, en la que se colocan juguetes y revistas infantiles. El niño enfermo puede estar acompañado de una persona mayor. Los dos tienen de este modo un entretenimiento durante la duración de la estancia fingida a gran altitud. Un termómetro se halla colocado delante del ojo de buey, pudiéndose así controlar la temperatura interior, que no debe pasar de unos 25° centígrados. Encima del ojo de buey, y por la parte exterior de la cabina, se encuentra el cuadro de mandos, con el que el médico dirige la iluminación de la cabina, la entrada del aire, la depresión y la velocidad de ascenso y descenso, controladas por un manómetro y un variómetro.

Otro dispositivo regula una distribución de ozono, que es uno de los mejores desinfectantes contra la coqueluche. Una botella de oxígeno, cuya boca se abre frente al enfermo, completan la instalación.

En dieciocho meses el doctor Richou ha tratado 1.200 enfermos y observado una importante proporción de resultados positivos, que llega al 70 por 100, de los cuales un 20 por 100 son de curación

total en veinticuatro horas y un 50 por 100 con mejorías en un mínimo de ocho días después de la aplicación del método.

No todos los niños soportan de igual manera los efectos de la altitud y del oxígeno, y el doctor Richou ha experimentado sobre él mismo. En 1938 se sometió durante cuarenta y ocho horas a una altitud de 8.000 metros, y otra vez, durante veinte horas, a 10.000 metros.

Además se han podido hacer otras observaciones. El tratamiento de la tos ferina en la cabina o campana neumática se puede aplicar en todas las edades. Un niño de un mes ha sido el enfermo más joven que se ha tratado, y el más viejo fué una hembra de setenta y cinco años. La temperatura ambiente no interviene para nada en el tratamiento, en que sólo influyen la presión atmosférica y la anoxemia.

El número de curaciones y mejorías obtenidos es debido, sobre todo, a la organización del método aplicado, ya que la tos ferina presenta tres períodos de evolución. Durante el primero, que es contagiosa, el enfermo no tose. Al cabo de diez o quince días se declaran las quintas y comienza la segunda fase. Este es el mejor momento para aplicar la terapéutica del vuelo de altura. No se debe tratar antes de la tercera semana de la enfermedad.

Esto explica en gran parte los fracasos de los primeros ensayos, ya que el enfermo se trataba demasiado pronto o demasiado tarde para que el beneficio se cumpliera.

El tercer período de la enfermedad consiste en la remisión, que dura hasta dos y hasta seis meses. La campana o cabina neumática suprime este largo período, en que los enfermos se debilitan y pueden ser sujetos de complicaciones con otras enfermedades.

En Francia y en los Estados Unidos la coqueluche ocupa el segundo lugar en la escala de mortalidad infantil. Ella causa verdaderas catástrofes en los niños menores de un año.

Superior a la vacuna, que no registra beneficios por encima de una proporción de 10 al 15 por 100, y más seguro que todas las medicaciones diversas que se aplican, el método de Estrasburgo, perfeccionado en su aplicación, puede ser de un grandísimo beneficio ya en la mejoría del enfermo y con frecuencia en su curación inmediata.

BIBLIOGRAFIA

Terreno y bacilo en la tuberculosis, por J. Oriol Anguera. Editorial Miguel Servet. Madrid-Barcelona, 1946.

Es un libro de gran valor de investigación experimental, sobre todo muy a propósito para ser leído por los especialistas que pretendan profundizar en este tema de la Tisiología, que pudiéramos decir la piedra de toque de la especialidad tisiológica.

Con un prólogo del profesor Casas, en que pone de relieve la profundidad científica del autor y le concede el «indiscutible título de hacer pensar», se divide la obra en diez capítulos, con 163 páginas. En el primero establece la divergencia entre el pronóstico y el diagnóstico en tuberculosis, este último logrado en todos sus aspectos, y aquél siempre dudoso; en el segundo nos habla del terreno de la tuberculosis, aclarando ideas en cuanto a la nomenclatura reinante en la actualidad, confusa cada día más entre lo genotípico y lo fenotípico, estableciendo lo que él llama terreno tuberculoso lábil como condicionado tal vez por un carácter de herencia recesivo; hace en el tercero una revisión y crítica de las exploraciones de antaño con arreglo a las diversas clasificaciones de las escuelas que consideraban al individuo desde el punto de vista estático y poniendo de relieve la exploración del terreno de una manera funcional, según los investigadores de la Facultad de Medicina de Munich K. Klare y colaboradores, coligiendo al fin que de la exploración del terreno sólo es posible entresacar rasgos generales del individuo sin hacer intervenir para nada a lo que él llama terreno local, que es, pudiéramos decir, la base de esta publicación, que desarrolla en los capítu-

los IV, V y VI, dando a conocer sus resultados experimentales y clínicos sobre determinaciones del potencial redox, cuyo aumento en los tejidos sería uno de los principales factores determinantes del desarrollo del bacilo.

Dedica el capítulo VII a resaltar el problema fisiológico, tan importante como desconocido, de la circulación pulmonar, incluyendo un extracto del libro de Miller sobre las características anatómicas de la circulación pulmonar nutricia, con varias láminas en colores demostrativas a este respecto.

En el capítulo VIII, después de resumir las ideas de Coryllos sobre la obstrucción circulatoria y bronquial, concluye estableciendo la necesidad de un terreno local condicionado por trastorno circulatorio que elevaría el potencial redox, dando lugar al asiento y desarrollo del bacilo de Koch y sus lesiones específicas.

Esto es lo que consideramos como fundamental en la obra de Oriol, y pudiéramos decir el móvil de su publicación, ideas profundas y originales de acuerdo con las investigaciones del potencial redox, que tienen, además, el mérito de encajar en las doctrinas de Miller y Coryllos.

De acuerdo con esto, desarrolla el capítulo del «Por qué de las localizaciones tuberculosas en la región apical», y aquí pudiéramos decir que termina la unidad de pensamiento de esta monografía concisa pero erudita y amena, la cual epiloga el autor en su capítulo X con el título «Esbozo para una doctrina sobre la patogenia de las distrofias», que abre un nuevo campo en el pensar mucho más amplio aún que la teoría desarrollada en este tema de terreno y bacilo.

L. Calatrava.

REGISTRO DE SUMARIOS

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

Discusión.—Leucotomía como instrumento de investigación.

Sección de Endocrinología.—Casos clínicos.

Sección de Pediatría.—Casos clínicos.

Discusión.—Shock por anestesia.

Whyte.—Pasado y presente de la Proctología.

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (Wáshington, octubre de 1946.)

Ginés y Poletti.—Reacción de Mitsuda en los vacunados con BCG.

Snow.—Desinsectación de aviones.

McLaughlin.—Tratamiento de las dermatosis tropicales.

Gotaas.—Cooperación interamericana en el programa de Sanidad.

Guevara.—Nomenclatura centroamericana de los casos de sífilis.

PROCEEDINGS OF THE STAFF MEETINGS OF THE MAYO CLINIC

(Róchester, 19 de febrero de 1947.)

Azpuru y Black.—Consideraciones embriológicas en la cirugía del cuello. Adenoma mediastínico de las paratiroides.

Evert y Black.—Fístula branquial cervical completa.

Brunsting y Macdonald.—Amiloidosis con macroglosia.

Willius.—Esclerosis coronaria y arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores.

Black y Sprague.—Hiperparatiroidismo.

ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD DE ESTUDIOS CLINICOS DE LA HABANA

(La Habana, septiembre-octubre de 1946.)

Castello, Ferrer y Castanedo.—Penicilina y sífilis.

Gros.—Penicilina en Otorrinolaringología.

Canosa.—Anemia por penicilina.

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPANOLA

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. EL SIGLO MÉDICO, en Barcelona: La II Reunión de la Sanidad Nacional*, por el Dr. Fernán Pérez. INFORMATORIO PROFESIONAL: *Sección oficial*.

BOLETIN DE LA SEMANA

EL SIGLO MÉDICO, EN BARCELONA

LA II REUNIÓN DE LA SANIDAD NACIONAL

(Crónica de nuestro enviado especial doctor Fernán Pérez.)

Ocupando un tren especial y todas las plazas disponibles en expresos y aviones, han llegado a la capital de Cataluña los más destacados sanitarios, médicos, farmacéuticos y veterinarios, de todos los rincones de España, incluido Madrid, que es el rincón mayor de toda la península.

El tiempo es espléndido, y todo hace esperar que este importante Congreso, modestamente llamado «reunión de sanitarios», constituirá un verdadero acontecimiento científico y representará el más brillante éxito de sus organizadores, y, especialmente, su presidente, el doctor don Enrique Bardají López, cuya personalidad sanitaria no precisa de presentaciones a lectores técnicos como los de EL SIGLO MÉDICO. En el mundo sanitario, el doctor Bardají, puede decirse, empleando un término estratosférico, que es un astro de primera magnitud.

En uno de estos magníficos Douglas de la Iberia nos hemos trasladado a la ciudad condal con el propósito de informar a nuestros lectores con todo detalle de la labor técnica desarrollada en este Congreso, y si queda espacio disponible, aún hablaremos algo de esas amables sesiones de esparcimiento que tan gratas y tan necesarias son en toda asamblea. Y, a pesar de las graves circunstancias por que atraviesa la prensa profesional, EL SIGLO MÉDICO, en su deseo de mantener en alto la misión cultural y el prestigio científico de las revistas médicas, dedicará su número próximo a este Congreso de sanitarios.

Cuando este número llegue a manos del lector ya habrá sido clausurada esta reunión, que desarrollará sus actividades desde hoy 21 hasta el sábado 26, pero sin entrar a dar información alguna acerca de la labor realizada. Si considero necesario reproducir a continuación los temas a tratar y los nombres de los colegas encargados de hacerlo, en la ponencia oficial y en las seis seccio-

nes en que ha sido dividida toda la tarea planteada.

La ponencia oficial ha sido encomendada a los doctores Bardají, Laguna, Turégano y Benítez Franco, debiendo desarrollar el tema «Las perspectivas en la Sanidad nacional».

En la Sección de Sanidad nacional, los doctores don Emilio Luengo, don Luis Nájera Angulo y don A. Lozano tratarán del tema «Lucha sanitaria contra la leishmaniosis visceral mediterránea», y los doctores don Eugenio Pastor Krauel y don Federico Mestre Peón estudiarán «Los problemas sanitarios que plantea la navegación aérea», y el doctor Vega Villalonga tratará de la «Lucha contra la brucelosis».

En la Sección de Tisiología serán estudiadas, sucesivamente, las siguientes importantes materias: «Colapsoterapia infantil», por los doctores don Jesús González y don Luis Nistal; «Síndromes clínicos y postcolapsoterápicos», por los doctores don Rafael Navarro Gutiérrez y don Francisco Blanco Rodríguez, y «Las neumoconiosis», por los doctores don Manuel Morales y Romero-Girón y don Silvano Izquierdo Laguna.

La Sección de Puericultura tratará de los temas siguientes: «Las clínicas de lactantes en España», por el doctor don José Luis Aldecoa; «El problema del kala-azar infantil en Levante», por los doctores don Jorge Comín y don Vicente Sancho Pasquau; «Profilaxis de la tos ferina», por la doctora Amelia Azarola y los doctores don José Boix Barrios y don Federico Rodrigo Palomares; «Contribución de la cirugía infantil a la Puericultura», por el doctor don Luis Torres Marty, y, finalmente, «Plasmoterapia infantil», por los doctores don Enrique Iturriaga y don Jerónimo Fernández Yllán.

La Sección de Dermatología estudiará las siguientes ponencias: «Importancia y alcance de la

Dermatología en la organización sanitaria», por los doctores don Bernardo López Martínez y Jaquetti del Pozo; «Organización de la lucha contra las enfermedades evitables del grupo dermatológico», por los doctores Daudén Valls y Contreras Dueñas, y «Dispensarios dermatológicos o dispensarios mixtos», por los doctores Fernández Criado, Álvarez Pueyo y Miró Carbonell.

La Sección de Farmacia estudiará la «Misión del Servicio Farmacéutico oficial en la Sanidad española», por don Nazario Díaz y don Guillermo Folch, y «Manera de organizar los aprovisionamientos sanitarios», por los farmacéuticos antes citados y don Francisco Sala Morgades.

Y, finalmente, la Sección de Veterinaria presentará los siguientes trabajos: «Proyecto de organización de los Servicios de Sanidad veterinaria», por don Salvador Martí Güell; «Estado actual del problema de la profilaxis», por don Laureano Sáiz Moreno; «La leche en la alimentación infantil», por don César Ajenjo Cecilia; «Importancia de la salmonelosis de los animales en la higiene de la alimentación», por don Fernando Guijo Sandrós; «Aportación veterinaria a la lucha contra la brucelosis», por los señores Martín Lomera y Campos Onetti; «Papel de la Sanidad veterinaria en la lucha antituberculosa», por el señor González Álvarez, y, finalmente, «Inspección bacteriológica de las carnes. Bases para su regla-

mentación», por los señores García Bengoa, Martín Ortiz y Morales Herrera.

Por la simple enumeración de temas y de ponentes, se comprende que la labor a llevar a cabo es de suma importancia y de una amplitud extraordinaria.

Suponemos que en la ponencia oficial serán abordados, además de los problemas esencialmente sanitarios, los deducidos de la vida social de los compañeros a quienes se ha confiado la Sanidad española. No puede aceptarse que la situación económica en que desarrollan sus actividades sea tan precaria como lo es hasta ahora, porque si es verdad que no sólo de pan vive el hombre, también lo es hasta la saciedad, que el pan es un elemento indispensable en la dietética habitual de los sanitarios y sus familiares, y que para lograr el mínimo de calorías preciso para subsistir y pensar con fruto, no basta con las actuales dotaciones, a todas luces insuficientes.

Hay que retribuir decorosamente la misión augusta, salvadora de millones de vidas, que desarrolla el Cuerpo de Sanidad Nacional, y yo puedo hablar alto en este sentido, por la sencilla razón de que no tengo el honor de pertenecer a este glorioso Cuerpo formado por médicos, farmacéuticos y veterinarios, y no pido para mí, sino para los demás, que lo merecen y lo ganan holgadamente, ¡que conste así!

Informatorio profesional

EL MINISTRO DE LA GOBERNACION EN AVILA

El ministro de la Gobernación, don Blas Pérez González, llegó a Avila el martes, 22, a las doce menos cuarto, acompañado del director general de Sanidad, doctor Palanca. En el límite de la provincia esperaban al ministro de la Gobernación los gobernadores civil y militar, tenientes coroneles de Aviación y de la Guardia Civil, alcalde y presidente de la Diputación Provincial.

A la puerta del nuevo Gobierno Civil, que inauguró el señor Pérez González, se hallaban esperando nutridas Comisiones y representaciones civiles y militares, personalidades eclesiásticas, presididas por el prelado de la diócesis, y el Ayuntamiento, bajo mazas, con la Banda Municipal.

Frente a la fachada, una compañía del regimiento de Defensa Química, con banda de música y bandera de la Academia de Intendencia, rindió honores al ministro, que, seguidamente, pasó revista a las fuerzas, en compañía del gobernador militar. Poco después, las fuerzas desfilaron ante las autoridades. A continuación, el ministro pasó al salón de actos del nuevo Gobierno Civil, donde el prelado de la diócesis, doctor Moro Briz, revestido de ornamentos pontificales, bendijo la edificación, asistido por los canónigos de la Santa Iglesia Catedral, el arcipreste y el lectoral.

Más tarde, el ministro pronunció unas palabras de gratitud para las autoridades y representacio-

nes que habían acudido a recibirle, y anunció que había venido a tierras de Avila para inaugurar el nuevo Gobierno Civil y el nuevo pabellón del Sanatorio Antituberculoso de Santa Teresa de Jesús, así como para visitar las obras del nuevo Hospital Provincial y, después, en Arévalo, imponer al pendón de la nobilísima e hidalga población la Gran Cruz de Beneficencia, por los méritos que contrajo en la noche del 11 de enero de 1944, con motivo de una catástrofe ferroviaria ocurrida en aquella estación. Añadió el señor Pérez González que, si quedaba tiempo en la jornada, inauguraría un Sanatorio en Guadarrama.

Seguidamente, el señor Pérez González saludó a las personalidades y representaciones y, a continuación, se dirigió al templo de Santa Teresa de Jesús. Inmediatamente, el ministro se trasladó al Sanatorio Antituberculoso que lleva el nombre de la Patrona de Avila, para proceder a la inauguración de un nuevo pabellón.

En el Sanatorio de Santa Teresa de Jesús

En el Sanatorio Antituberculoso de Santa Teresa de Jesús, el ministro de la Gobernación inauguró un nuevo pabellón, con 150 camas más, con lo que se duplica la capacidad del establecimiento. Este sanatorio fué inaugurado el 10 de abril de 1938 por el teniente general Martínez Anido y toda la Junta central del Patronato, en nombre y representación de Su Excelencia el Jefe del Es-

tado. Desde aquella fecha han sido grandes las obras realizadas en el antiguo balneario, que adquirió la Junta Provincial de Transportes y que regaló al Patronato Nacional Antituberculoso para que fuera convertido en sanatorio. Mide este pabellón una longitud de cien metros, por doce de fondo, y consta de dos plantas. El proyecto ha sido confeccionado por la Sección de Arquitectura del Patronato Nacional Antituberculoso, y el coste de este nuevo pabellón se ha elevado a la cifra de 2.537.042,64 pesetas.

Entrega la Gran Cruz de Beneficencia al pueblo de Arévalo

El ministro de la Gobernación visitó por la tarde la ciudad de Arévalo, acompañado del director general de Sanidad, gobernador civil de la provincia y demás autoridades provinciales, para hacer entrega a la misma de la Gran Cruz de Beneficencia. A la entrada del pueblo se había levantado un arco de triunfo. El ministro y acompañantes fueron recibidos por el Ayuntamiento bajo mazas, autoridades locales y el vecindario en masa. El alcalde pronunció unas palabras de bienvenida, a las que contestó don Blas Pérez. Seguidamente, hizo entrega de las insignias de la Gran Cruz de Beneficencia. Finalmente, el alcalde obsequió a las autoridades con una copa de vino español.

Entrega del Preventorio Infantil de Guadarrama

A última hora de la tarde, después de su estancia en la provincia de Avila, el ministro de la Gobernación hizo entrega a la Dirección de Sanidad del Preventorio Infantil de Guadarrama. El señor Pérez González, que regresaba a Madrid, fué recibido por el director de Regiones Devastadas, el alto personal de este organismo y el vecindario.

La presencia del ministro de la Gobernación fué acogida con calurosos aplausos por parte del vecindario y entusiastas vivas y aclamaciones de las niñas acogidas a dicho Preventorio, que se agrupaban en las galerías exteriores.

El edificio es un bloque magnífico de tres grandes cuerpos en forma de U, con galerías abiertas en armonía con el uso a que se destina. Consta de cuatro plantas, y como anejos lleva la enfermería, conserjería, pabellón para el director médico y personal facultativo, así como otros para el director administrativo y alto personal rector. Es todo de piedra y orientado al Mediodía, hacia la parte superior extrema del pueblo de Guadarrama. Llamaban poderosamente la atención la am-

plitud de las salas, la blancura interior de todas las dependencias, su aspecto pulquérrimo y los grandes ventanales, que le inundan de luz y sol de Mediodía. Son magníficos los servicios de higiene, aseos y usos.

El nuevo Preventorio es sólo para niñas, con capacidad para 500; en la actualidad se hallan en él instaladas 150, con magnífico aspecto de salud.

V CONGRESO ESPAÑOL DE PATOLOGIA DIGESTIVA Y DE LA NUTRICION

El V Congreso Español de Patología Digestiva y de la Nutrición tendrá lugar en Zaragoza los días 24, 25, 26 y 27 del mes de octubre de 1947.

Las ponencias oficiales son las siguientes:

1.^a «Enteropatías crónicas». Profesor Jiménez Díaz y doctor Marina Fiol (de Madrid).

2.^a «Influencia diencéfalohipofisaria en el metabolismo hidrocarbonado». Profesor Andréu Urrea (de Sevilla).

3.^a «La delgadez. Su patogenia y tratamiento». Profesor Marañón (de Madrid).

4.^a «El problema de la apendicitis crónica». Doctor Pi Figueras y doctor Pinós (de Barcelona).

La Comisión organizadora y Comité ejecutivo del Congreso han sido constituidos de la siguiente forma:

Presidente: Doctor Emiliano Echeverría.

Vicepresidentes: Doctor Fernando Civeira y doctor Enrique de la Figuera.

Secretario general: Doctor Manuel Suárez.

Vicesecretarios: Doctores Miguel López Marazao, Ramón López Franco y José Puyol.

Tesorero: Doctor Manuel Pérez Ricarte.

Vocales: Doctores Ricardo Lozano, Antonio Valcarreres Ortiz, Manuel Pelayo y Ricardo Horro Liria.

Comité de Recepción: Doctores José Puyol, Reinaldo Melendo y Joaquín Tabuenca.

Las inscripciones, que son limitadas, deberán ser remitidas a la Secretaría general, Independencia, 25, Zaragoza, antes del día 20 de septiembre, pasada cuya fecha no serán admitidas.

Las cuotas de inscripción son: Congresistas numerarios, 200 pesetas. Congresistas adheridos (familiares directos), 175. Los miembros de la Sociedad de Patología Digestiva están exentos de cuota, pero deben enviar su inscripción. El importe de la inscripción debe ser remitido al tesorero, Coso, 33, Zaragoza.

No serán leídas en el Congreso más que aquellas comunicaciones libres cuyo texto se haya re-

MADREZAL

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

cibido en la Secretaría general antes del 1 de octubre.

Los señores congresistas que deseen intervenir en la discusión de las ponencias deberán comunicarlo a la Secretaría general antes del 10 de octubre.

Para la reserva de hoteles y organización de viajes deberán dirigirse a las Agencias de Wagons Lits Cook, que oficialmente han quedado encargadas de ello.

Cátedra de Hidrología Médica

CONFERENCIA DEL PROFESOR GOMES DA COSTA

Sobre el tema «Estudios farmacológicos de las aguas mineromedicinales» disertó el ilustre profesor de Farmacología de Lisboa, doctor Gomes da Costa, en la cátedra de Hidrología y Climatología Médica de la Facultad de Medicina de Madrid.

Fué presentado por el profesor doctor San Román, que ensalzó las condiciones de hombre de ciencia del conferenciante y señaló el interés que en Portugal se concede a los problemas hidrológicos, como lo demuestran los múltiples estudios e investigaciones que oficialmente se realizan en los balnearios. Agradece la fineza de haber venido a Madrid para ensayar nuestro modesto método de microsedimentación.

El doctor Gomes da Costa relató los múltiples ensayos farmacológicos realizados con varios tóxicos, como alcohol, fósforo, manganeso, alquitrán, etc., provocando diversas alteraciones en el hígado de los animales de experimentación, y su tratamiento con las aguas de Geréz.

Especifica las dosis apropiadas para el tratamiento de las diversas afecciones de hígado en la clínica humana y la necesidad de establecer a la vez una dieta adecuada y administrar vitaminas.

Menciona los métodos experimentales y analíticos que ha empleado, y termina por establecer las indicaciones terapéuticas, hidrominerales en Geréz, así como las contraindicaciones para el tratamiento hidromineral gereziano.

El conferenciante fué muy aplaudido. Presidió la sesión el profesor de Farmacología de Madrid doctor Lorenzo Velázquez.

EL 26 DE MAYO PROXIMO SE INAUGURA, EN VALENCIA, EL CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Atendiendo a lo solicitado por numerosos comunicantes, Empresas y profesores de las Facultades de Medicina e Ingenieros, la Comisión organizadora del Congreso Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo ha acordado aplazar la celebración de dicho Congreso por unos días a fin de dar lugar a la presentación de todos los trabajos anunciados, así como a la asistencia a las tareas del mismo de los profesores extranjeros que han mostrado interés en asistir. Con este motivo se ha fijado como fecha definitiva para la celebración del citado Congreso la del 26 de mayo al 31

del mismo mes, fijándose el mismo programa de actos que se ha anunciado oportunamente.

Para más informes pueden dirigirse al Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, Ferraz, 35, Madrid.

SE AMPLIA EL PLAZO DE ADMISION DE ORIGINALES PARA EL CONCURSO DE CARTELES DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Por haberse aplazado la celebración del Congreso Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo se amplía el plazo de admisión de carteles para el concurso anunciado con motivo de la celebración de dicho Congreso. En su consecuencia, el día 15 de mayo será cerrada la admisión de originales del anunciado concurso.

SECCION OFICIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—Circular por la que se rectifica la convocatoria del curso de diplomados de Sanidad, publicada en el «Boletín Oficial del Estado» del día 5 del presente mes.

Con el fin de proceder a una detenida selección de los aspirantes a los cursos para diplomados de Sanidad, convocados en circular del 26 del pasado marzo, publicada en el *Boletín Oficial del Estado* del 5 del presente, así como teniendo en consideración las dificultades presentadas a muchos de ellos para la obtención de documentos justificantes de sus méritos y servicios y la presentación de instancias de gran número de solicitantes que no hubieran podido realizarlo, por estimarse corto el plazo concedido,

Esta Dirección General ha acordado rectificar las normas segunda y sexta de la citada circular, en el sentido de que los cursos comenzarán el día 3 de mayo y el plazo de presentación de instancias queda prorrogado hasta el día 22 inclusive del presente mes.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 12 de abril de 1947.—El Director general de Sanidad, José A. Palanca.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE JUSTICIA.—Anunciando a concurso de traslación, entre Médicos forenses de categoría de término, la Forensía del Juzgado de Instrucción de Getafe.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 del Decreto de 17 de junio de 1933, modificado por el de 29 de agosto de 1935, y en la Orden complementaria de 20 de agosto de 1941, se anuncia a concurso de traslación, entre Médicos forenses de categoría de término, la Forensía vacante en el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Getafe, vacante producida en 1 de febrero de 1947 por promoción de don Benigno Velázquez.

Los aspirantes presentarán sus instancias en este Ministerio dentro del plazo de quince días natu-

rales, contados desde el siguiente al de la inserción de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado*.

Los que se hallaren pendientes de depuración acompañarán a sus instancias declaración jurada de haber instado aquélla a su debido tiempo, sin cuyo requisito no se les dará curso, estándose a lo dispuesto en la regla sexta de la Orden de 20 de agosto de 1941.

Los aspirantes que residan fuera de la Península podrán dirigir sus peticiones por telégrafo, sin perjuicio de cursar oportunamente las correspondientes solicitudes.

Madrid, 12 de abril de 1947.—El Director general, *M. Mariscal de Gante*.

(*B. O. del E. de 19-IV-1947.*)

ORDEN de 14 de abril de 1947 por la que se amplía en seis meses el plazo señalado a la Comisión encargada de redactar nuevas normas de la Comisaría de Asistencia Médico-Farmacéutica para la presentación del anteproyecto.

Ilmo. Sr.: Creada por Orden ministerial de 23 de diciembre de 1946 una Comisión encargada de redactar y presentar a este Ministerio un proyecto de normas, reglamentación y atribuciones de la Comisaría de Asistencia Médico-Farmacéutica; señalado en dicha disposición el plazo de cuatro meses para realizar la tarea que se le encomendaba, y estando en tramitación diversas informaciones que pudieran influir de manera notable en la redacción de dichas normas,

Este Ministerio, previo informe del Consejo Nacional de Sanidad, dispone que el plazo aludido para la presentación del proyecto quede ampliado en seis meses, a partir de la terminación del anterior.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 14 de abril de 1947.—*Pérez González*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(*B. O. del E. de 21-IV-1947.*)

ORDEN de 14 de abril de 1947 por la que se autoriza a las Jefaturas Provinciales de Santander y Segovia para que puedan implantar los Servicios de Hematología y Hemoterapia.

Ilmo. Sr.: Como ampliación a la Orden de este Ministerio de fecha 7 de octubre del pasado año 1946, y en atención a las consideraciones expuestas por las Jefaturas Provinciales de Sanidad de Santander y Segovia, he tenido por conveniente autorizar a las mismas para que puedan implantar los Servicios de Hematología y Hemoterapia, de acuerdo con la citada Orden y apartado 11 de la misma.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 14 de abril de 1947.—*Pérez González*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(*B. O. del E. de 21-IV-1947.*)

ORDEN de 17 de abril de 1947 por la que se autoriza para trasladarse a Barcelona, a fin de asistir a la II Reunión de Sanitarios Españoles, a los diversos funcionarios dependientes de la Dirección General de Sanidad.

Ilmo. Sr.: A fin de facilitar la asistencia del mayor número posible de sanitarios a la II Reunión Nacional de Sanitarios Españoles, que se ha de celebrar en Barcelona del 21 al 26 del actual,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer que, dentro de las necesidades inaplazables del servicio, quedan autorizados los Jefes provinciales de Sanidad, así como Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios adscritos a dichas Jefaturas, lo mismo que los adscritos a los Servicios Centrales de Instituciones sanitarias dependientes de esa Dirección General, para poderse trasladar a Barcelona, a los efectos mencionados, debiéndose comunicar a esa Dirección General la reincorporación al servicio de los funcionarios autorizados, una vez concluida la reunión de referencia.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 17 de abril de 1947.—P. D., *Pedro F. Valladares*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(*B. O. del E. de 21-IV-1947.*)

ORDEN de 17 de abril de 1947 por la que se declara desierto el concurso voluntario de traslado entre Médicos de la Lucha Antivenérea, convocado el 11 de marzo último.

Ilmo. Sr.: Vista la convocatoria de 11 de marzo último anunciando concurso voluntario de traslado entre Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional para proveer las plazas correspondientes a los Servicios Oficiales Antivenéreos de Algeciras, Soria y Teruel, vacantes en su plantilla de destinos;

Resultando que dentro del plazo fijado en la misma no ha concurrido ningún aspirante al concurso anunciado,

Este Ministerio ha tenido a bien declarar desierto el concurso de referencia.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 17 de abril de 1947.—P. D., *Pedro F. Valladares*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(*B. O. del E. de 22-IV-1947.*)

ORDEN de 17 de abril de 1947 por la que se convoca concurso-oposición para proveer tres plazas de Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional.

Ilmo. Sr.: Vacantes tres plazas de Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional, dotada cada una

de ellas con el haber anual de 7.200 pesetas en el capítulo primero, artículo primero, grupo sexto, concepto noveno de la Sección tercera del Presupuesto vigente, con destino en los Servicios Oficiales Antivenéreos de Algeciras, Soria y Teruel.

Este Ministerio ha tenido a bien convocar concurso-oposición entre Médicos españoles para la provisión de las citadas plazas y con arreglo a las siguientes normas:

1.^a Los interesados deberán estar en posesión del título de Licenciado o Doctor en Medicina y Cirugía, disfrutar de la aptitud física necesaria para el desempeño de cargos públicos y carecer de antecedentes penales.

2.^a Dispondrán del plazo de treinta días hábiles, contados a partir del siguiente al de la publicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*, para la presentación de instancias en el Registro de esa Dirección General (plaza de España, Madrid), acompañadas de los siguientes documentos:

a) Partida de nacimiento, debidamente legalizada si estuviera expedida fuera del territorio de la Audiencia de Madrid.

b) Título profesional o certificación notarial o académica del mismo o recibo de haber efectuado el pago de los derechos correspondientes a su expedición.

c) Certificación facultativa de aptitud física

d) Certificación negativa del Registro Central de Penados y Rebeldes.

e) Caso de estar desempeñando cargo público, los aspirantes acompañarán certificación de la depuración políticosocial a que fueron sometidos, con arreglo a la Ley de 10 de febrero de 1939. En caso contrario, acompañarán certificación de adhesión al régimen expedida por el Excmo. Sr. Gobernador civil de la provincia o por la Delegación Provincial de Investigación de F. E. T. y de las J. O. N. S. respectivas.

f) Declaración jurada de no haber sido expulsado de ningún Cuerpo u organismo del Estado, Provincia o Municipio ni hallarse sometido a expediente en la actualidad.

g) Cuantos justificantes crean oportunos para acreditar los méritos y servicios que deseen alegar, singularmente con la especialidad o de carácter sanitario.

3.^a Serán de observancia en el presente concurso-oposición los preceptos generales vigentes sobre el ingreso de funcionarios al servicio del Estado.

4.^a Los aspirantes satisfarán en el acto de la inscripción 50 pesetas en concepto de derechos de examen.

5.^a El Tribunal que ha de juzgar el presente concurso-oposición será oportunamente designado por esa Dirección General, de conformidad con lo prevenido en el Decreto de 9 de noviembre de 1939.

6.^a De conformidad con lo preceptuado en la Orden de la Presidencia del Gobierno de 6 de marzo de 1942, los ejercicios de oposición no podrán dar comienzo hasta transcurridos que sean tres

meses a partir de la publicación de la presente en el *Boletín Oficial del Estado*.

7.^a Los ejercicios de oposición serán eliminatorios; la calificación se hará por puntos, y cada miembro del Tribunal podrá otorgar de uno a diez. El número de puntos necesarios para la aprobación de cada ejercicio será de veinticinco.

8.^a El primer ejercicio consistirá en desarrollar por escrito, en el plazo máximo de cuatro horas, dos temas del programa que se inserta a continuación, debiendo ser uno de entre los que integran la primera mitad del citado programa, y el otro, de entre los restantes, ambos sacados a la suerte y comunes para todos los opositores, y que serán leídos públicamente por cada uno de los actuantes.

9.^a El segundo ejercicio será clínico, consistente en la exploración de tres enfermos designados por sorteo, no pudiendo invertir el opositor más de quince minutos en cada una de las exploraciones; posteriormente, y en el plazo máximo de media hora, el opositor expone ante el Tribunal el diagnóstico y tratamiento de los tres enfermos que le hayan recaído en suerte.

10. El tercer ejercicio consistirá en la exposición de la formación e historial profesional de los opositores; en la práctica de las investigaciones analíticas elementales en relación con la Clínica y en la interpretación de datos de laboratorio o clínicos que suministrará el Tribunal, el cual fijará el tiempo de que se pueda disponer para la realización de este ejercicio.

11. Concluida la práctica de los ejercicios de oposición y valorados los méritos de los aspirantes, el Tribunal elevará a esa Dirección General la correspondiente propuesta para la provisión de las plazas objeto del concurso-oposición, sin que por ningún pretexto pueda formularla en sentido de ampliación de opositores aprobados.

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

13. Los opositores que resulten nombrados para las plazas objeto de la convocatoria vienen obligados a desempeñarlas por un plazo mínimo de dos años para que posteriormente puedan solicitar cualquier modificación en su situación al servicio del Estado.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 17 de abril de 1947.—P. D., *Pedro F. Valladares*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

PROGRAMA QUE SE CITA

1. Profilaxis individual y social de sífilis y blenorragia.

2. Blenorragia uretral en el hombre; estado actual de su tratamiento.

3. Blenorragia genital de la mujer; estado actual de su tratamiento.

4. Síntomas, diagnóstico y tratamiento de la gonococia osteoarticular.

5. Localizaciones genitales de la gonococia masculina, excluidas las uretrales; diagnóstico y tratamiento.
6. Importancia diagnóstica y terapéutica de la vía intradérmica en dermovenereología.
7. Sulfamidoterapia en general. Indicaciones. Contraindicaciones. Principales compuestos sulfamídicos.
8. La terapéutica penicilínica en las gonococias.
9. La sulfamidoterapia en procesos venéreos no gonocócicos y en dermatoterapia.
10. Fagedenismos; concepto, etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento.
11. Serpiginismos; concepto, etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento.
12. Estado actual del diagnóstico y tratamiento del chancro venéreo y sus complicaciones.
13. Poroadenolinfitis; síntomas, localizaciones, diagnóstico y tratamiento.
14. Sífilis primaria; diagnóstico, tratamiento. Concepto y técnica de la cura abortiva.
15. Sífilis secundaria y terciaria cutáneomucosa. Diagnóstico. Tratamiento.
16. Sífilis cuaternaria; concepto, diagnóstico y tratamiento.
17. Patología general de la sífilis. Reinfección y superinfección.
18. Meningitis sífilíticas; formas clínicas, diagnóstico y tratamiento.
19. El líquido céfaloorraquídeo en la sintomatología de la sífilis en los distintos periodos de la misma.
20. Sífilis osteoarticular.
21. Diagnóstico y tratamiento de la sífilis cardiovascular.
22. Diagnóstico y tratamiento de las lesiones renales sífilíticas.
23. Diagnóstico y tratamiento de las lesiones hepáticas sífilíticas.
24. Diagnóstico y tratamiento de las lesiones pulmonares sífilíticas.
25. Diagnóstico de las lesiones sífilíticas de la boca.
26. Concepto de las sífilis mudas; su tratamiento.
27. El sistema linfático en sífilis y venereopatías.
28. Indicaciones y valor de las medicaciones no específicas en sífilis.
29. Indicaciones de las diferentes medicaciones específicas en sífilis.
30. Normas generales para el tratamiento de la sífilis; elección de vía; indicaciones y contraindicaciones.
31. Evolución de la serología en el curso de la sífilis y sus relaciones con el tratamiento. Seroresistencia y conducta ante ellas.
32. Accidentes en la medicación arsenical; profilaxis y tratamiento.
33. Accidentes en la medicación bismútica, mercurial y yodurada; prevención y tratamiento.
34. Sífilis congénita; patogenia. Descripción de la sífilis congénita precoz.
35. El arsenóxido y cloraminas en el tratamiento de la sífilis.
36. Concepto, diagnóstico y tratamiento de los herpes y papilomas genitales.
37. Lesiones no venéreas de los genitales.
38. Lepra; descripción clínica, diagnóstico y tratamiento.
39. Tiñas; variedades, diagnóstico y tratamiento.
40. Sarna. Pediculosis; diagnóstico y tratamiento.
41. Estafilococias cutáneas.
42. Estreptococias cutáneas.
43. Dermatosis artificiales; causas, síntomas; diagnóstico, tratamiento.
44. Dermatosis en el primer año de la vida; causas, síntomas, tratamiento.
45. Eczema vulgar; causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento.
46. Leishmaniosis cutáneomucosas.
47. Lupus eritematoso.
48. Tuberculosis cutánea; variedades, diagnóstico y tratamiento.
49. Síndromes precancerosos.
50. Epiteliomas cutáneos; variedades, diagnóstico y tratamiento.

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

ORDEN de 17 de abril de 1947 por la que se resuelve el concurso de traslado entre Médicos de la Lucha Antivenérea.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente del concurso voluntario de traslado convocado en 16 de octubre de 1946 entre Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional en activo servicio o en expectación de destino para proveer diversas vacantes en su plantilla de destinos;

Resultando que, dentro del plazo fijado en la convocatoria, han acudido a la misma don Víctor Amanuel Domínguez, don Cándido Rodríguez Pascual, don Francisco Martín Torres, don Ricardo Gutiérrez Mendiola, don Fernando Benavente Fernández, don José Sánchez Martínez, don Miguel Salinas González y don Bernardo Salom de la Hoz;

Vistas la Orden de convocatoria, las peticiones formuladas por los aspirantes y el informe al efecto al emitido por el Consejo Nacional de Sanidad;

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

Este Ministerio, de conformidad con lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad y lo propuesto por esa Dirección General, ha tenido a bien aprobar el presente expediente, y, en su consecuencia, nombrar Médico de la Lucha Antivenérea Nacional, con destino en el Servicio Oficial Antivenéreo de Avila, a don Víctor Amanuel Domínguez; ídem íd. íd. de Toledo, a don Miguel Salinas González; ídem íd. íd. de Murcia, a don Fernando Benavente Fernández; ídem íd. íd. de Pontevedra, a don Bernardo Salom de la Hoz, ídem íd. íd. de Palencia, a don Cándido Rodríguez Pascual; cada uno de ellos con el haber anual de 7.200 pesetas, que percibirán del capítulo primero; artículo primero, grupo sexto, con-

cepto noveno, de la Sección tercera del Presupuesto vigente.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 17 de abril de 1947.—P. D., *Pedro F. Valladares*.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—*Circular por la que se nombra el Tribunal que ha de juzgar la prueba de aptitud de Puericultores Ayudantes y fijando fecha del comienzo de la misma.*

En cumplimiento de lo prevenido en la norma tercera de la convocatoria de 30 de octubre de 1946 para proveer, mediante prueba de aptitud y selección entre Médicos Puericultores, varias plazas de Puericultores Ayudantes, vacantes en los Servicios Provinciales de Higiene Infantil, y de conformidad con lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad,

Esta Dirección General ha tenido a bien disponer que el Tribunal que ha de juzgar la referida prueba de aptitud quede constituido por los siguientes señores:

Presidente: Ilmo. Sr. D. Rafael Ramos Fernández, Consejero nacional de Sanidad.

Vocales: Don Ciriaco Laguna Serrano, Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

Don Justo Mora Comas, Médico Puericultor del Estado, en representación de esa Dirección General.

Don Antonio Alonso Muñoz Pretel, en representación del Consejo General de Colegios Médicos; y

Don Justino Rodríguez Alarcón, en representación de la Delegación Nacional de Sanidad de F. E. T. y de las J. O. N. S.

Presidente suplente: Ilmo. Sr. D. Manuel Morales Romero-Girón, Consejero nacional de Sanidad.

Vocales suplentes: Don Francisco Zamarriego García, Catedrático de Pediatría

Don Ricardo Garelly de la Cámara, Médico Puericultor del Estado, y

Don Mariano Benavente García Fanjul, como

representante de la Delegación Nacional de Sanidad de F. E. T. y de las J. O. N. S.

La repetida prueba de aptitud dará comienzo el día 5 de mayo próximo, a las doce horas, y en el salón de actos del Patronato Nacional Antituberculoso (plaza de España, Madrid).

Lo que se hace público para general conocimiento de los interesados.

Madrid, 17 de abril de 1947.—El Director general de Sanidad, *J. A. Palanca*.

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

DECRETO de 15 de abril de 1947 por el que se dispone el ingreso en la Orden Civil de Beneficencia, con la categoría de Gran Cruz, a don Manuel Martínez de Tena, Director general de Beneficencia y Obras Sociales.

En atención a los méritos que concurren en el Ilustrísimo señor don Manuel Martínez de Tena, Director general de Beneficencia y Obras Sociales, a propuesta del Ministro de la Gobernación y previa deliberación del Consejo de Ministros,

Vengo en disponer su ingreso en la Orden Civil de Beneficencia, con categoría de Gran Cruz y distintivo morado y blanco, libre de gastos.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en El Pardo a 16 de abril de 1947.—*Francisco Franco*.—El Ministro de la Gobernación, *Blas Pérez González*.

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

Rectificación a la Orden relativa a la cuota mínima que deben satisfacer los afiliados de asociaciones de asistencia médica de carácter voluntario.

Habiéndose padecido error de copia en la Orden ministerial de este Departamento aparecida en el *Boletín Oficial del Estado*, número 95, correspondiente al día 5 de abril de 1947, relativa a la cuota mínima que deben satisfacer los afiliados de asociaciones de asistencia médica de carácter voluntario, debe entenderse rectificada la fecha de la firma de la citada Orden en 24 de marzo de 1947 y no 24 de enero de 1947 como por error se consignaba.

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



KALOGEN

COMPOSICION

Clor. cálcico...	0,10	Yod. cálcico.....	0,62
Bromuro — ...	0,50	Hidrato	0,10
Agua destilada	100 c. c.		

INDICACIONES:

Remineralizante, antiescrofuloso, tetania (espasmofilia), neurosis, enfermedad de Basedow, decalcificación durante el embarazo y el período de la lactancia, caries dentaria, raquitismo, etc., etc.

PRESENTACION:

POR VIA BUCAL, frasco de 310 gramos.
POR VIA HIPODERMICA, inyectables de 2 y 5 c. c., para inyecciones subcutáneas, intramusculares o endovenosas, según prescripción facultativa.

DOSIFICACION:

NIÑOS: hasta cinco años, tres cucharaditas de las de café al día. Mayores de cinco años, dos cucharadas de las de sopa al día. ADULTOS, tres cucharadas de las de sopa al día, diluido en un poco de agua.

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

Barquillo, 32.-MADRID

Comercio, 28.-BARCELONA

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 5.894.)

Kombetín

(Estrofantina «Boehringer»)



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

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

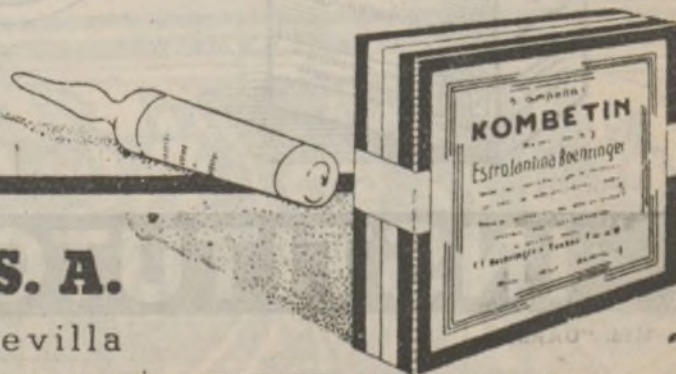
Máximo beneficio con un mínimo de dosis

"BOEHRINGER," S. A.

Madrid

BARCELONA

Sevilla



(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 4.222.)

Ayuntamiento de Madrid

durante el embarazo y la lactancia

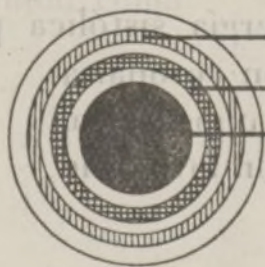
FERROSCORBIL



Cualquier proceso febril produce un descenso de hierro en suero, y si es prolongada, una anemia ferropénica en perjuicio de madre e hijo. En estos casos está indicado administrar el Ferrosorbil.



La gragea polifármaca



- I garantiza
- II PROTECCIÓN DOBLE:
- III Es protegida la sal ferrosa por la vitamina C (II) y es protegida la vitamina C por las capas aislantes (III). La capa cúprica refuerza la acción del Ferrosorbil.

INSTITUTO LLORENTE

Pub. Méd. "GARSI"