

891



HIPPOCRATES



GALENVS



AVICENA



RASIS



MESVE



PLATO



ARISTOTELES



THEOPHRASTVS



AVEROIS



DIOGENES

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MEDICAS
Fundada en 1 de enero de 1854

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

1854 * AÑO NOVENTA Y TRES * 1947

Oficinas de Redacción y Administración:
MADRID, CALLE DE LOPEZ DE HOYOS, 11 · TELEFONO 26-35-35

Precios de suscripción:

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

EDITOR RESPONSABLE:

Excmo. Sr. Dr. F. Javier Cortezo-Collantes
Propietario y Director de EL SIGLO MÉDICO
Fundador de SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

Madrid y sábado día 28 de junio de 1947

NUMERO 4.758





Boldevón



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

Dosis

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

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

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

C. S. 8.303



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

DOSIS CORRIENTE PARA AMBÁS MODALIDADES:

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

NIÑOS.— Mitad anterior dosis.

MUESTRAS GRATIS PARA ENSAYOS CLÍNICOS

EN COMPRIMIDOS
DE SABOR AGRA-
DABLE A CACAO
VAINILLADO

2 MODALIDADES
=SIMPLE=
Y CON
Vitamina D

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



C. S. 7864

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE CIENCIAS MEDICAS

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

Programa científico:

PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—COLABORACIONES: *Sobre el diagnóstico temprano del cáncer del recto (casuística personal)*, por el Dr. E. Larrú. *La trascendencia del diagnóstico precoz en la tuberculosis osteoarticular*, por el Dr. J. Ortega. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *La mortalidad y el estado sanitario en la infancia francesa*. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

Sobre el diagnóstico temprano del cáncer del recto

(CASUISTICA PERSONAL)

por el

Doctor E. LARRU

Radiólogo del Hospital Central de la Cruz Roja.

Es, por desgracia, un hecho indiscutible que la Medicina, en el momento presente, no puede evitar la aparición del cáncer. Se puede, eso sí, predecir ciertas normas, al objeto de en determinadas lesiones superficiales modificar, mediante ciertos tratamientos, estructuras tisulares, en las cuales sabemos empíricamente que suelen aparecer ciertas degeneraciones malignas, y aun así, en no pocos pacientes esta medida preventiva fracasa, siendo buen ejemplo de esto lo que sucede en ciertas cicatrices y procesos poliposos, que, aun extirpados, al pasar cierto tiempo se comprueba la aparición *in situ* de un proceso neoplásico. Como es natural, no consideramos como una verdadera profilaxis del cáncer el seguir determinados tratamientos, algunos de los cuales han gozado de gran popularidad, pues la práctica, verdadera administradora de realidades, ha venido demostrando la fantasía de cuantos autores los han preconizado y difundido.

Muy diferente es el papel de la Medicina, en cuanto se refiere a sus posibilidades prácticas en la lucha contra el cáncer; en la actualidad son tan grandes como pueden serlo en otras afecciones no consideradas como de tan sombrío pronóstico. Al hacer esta afirmación por mi parte, basada ya en muchos años de experiencia, no hago nada más que ratificar lo que voces más autorizadas vienen sosteniendo en este sentido día tras día. La incurabilidad del cáncer es un término gene-

ral que no debe admitirse modernamente, aunque, por desgracia, todavía existen no pocos médicos que la mantienen. Es verdad que un cáncer de hígado, por ejemplo, hoy por hoy no existe medio alguno de curarlo, como algunos otros determinados órganos y estructuras histológicas. Pero igual podríamos decir, en analogía, si nos refiriéramos a ciertas formas de tuberculosis, sífilis, etcétera, y, sin embargo, la realidad es que estas afecciones no están consideradas como incurables y los médicos consiguen, en los enfermos portadores de estas afecciones, evidentes curaciones definitivas, cada vez en mayor proporción. Esto lo sabe el vulgo, gracias a las intensas campañas de difusión de estos hechos que los correspondientes especializados vienen haciendo con contumacia digna de los mayores elogios, y, por esta razón, ha nacido en él la confianza en sus respectivas terapéuticas.

Es cierto que desconocemos la verdadera etiología del cáncer; pero no es menos cierto que conocemos muchas de sus peculiaridades, hecho que nos sirve, no sólo para nuestros fines del diagnóstico temprano de su aparición, sino también para combatirlo con positiva eficacia en un nada despreciable tanto por ciento.

De vulgar conocimiento son las siguientes particularidades del cáncer:

1.^a El cáncer se manifiesta localmente en su iniciación.

2.^a Las células malignas que residen en una zona del organismo pueden emigrar a cualquiera otra del mismo por mecanismos diversos, de la misma manera que lo hacen los agentes infectivos corrientes y en razón directa, la mayoría de las veces, del tiempo transcurrido desde su aparición.

3.^a El cáncer, en el mayor tanto por ciento de su presentación, es una enfermedad de las edades avanzadas de la vida.

4.^a El cáncer se presenta, con no escasa frecuencia, en personas en cuyo árbol genealógico existen individuos que fueron atacados por dicho proceso.

Recordados dichos cuatro aspectos del problema del cáncer, veamos su utilidad práctica:

1.º El cáncer, sorprendido en una fase próxima a la de su aparición, es decir, localizado en su punto de origen, es perfectamente curable, y cada especialista, quirúrgico o fisioterapeuta, cuenta con multitud de ejemplos, si su práctica es algo dilatada, de curaciones evidentes y definitivas. Esta es una afirmación que no puede rebatirse.

2.º El cáncer, al propagarse a distancia de su punto de origen, complica la vida de los pacientes portadores en términos de gravedad insospechada, haciendo inútiles, en la mayoría de las ocasiones, cuantos esfuerzos haga el médico para combatir tan terrible dolencia.

3.º En los enfermos con más de cuarenta y cinco o cincuenta años de edad, o que en sus ascendientes existan individuos que hayan padecido una manifestación cancerosa, si presenta determinados síntomas, peculiares para cada órgano o región, aun cuando pudiesen corresponder a otras afecciones, pensar en el cáncer puede evitarles ser víctimas de él.

Dado el objeto de este trabajo, es natural que no nos entretengamos en comentar cuantas discusiones existen alrededor de los puntos acabados de exponer. Ahora bien: los mismos han dado lugar, entre otros motivos, a que en la bandera que enarbolan todas las luchas anticancerosas mundiales figure en primer término, y de modo bien destacado, *la necesidad de los diagnósticos tempranos del cáncer*, único modo de aumentar, por una parte, el número de curaciones del mismo y, por otra, disminuir las cifras de su mortalidad. Alrededor de este concepto puede decirse que giran todas las organizaciones creadas para combatir eficazmente el cáncer, y es el afán de todos cuantos en sus especialidades se ocupan de dicha enfermedad. Así, tenemos al ginecólogo, que, incluso, aconseja el reconocimiento periódico de las mujeres al pasar de ciertas edades, tengan o no síntoma alguno que llame su atención. Al gastropatólogo, que se afana por llegar a precisar los síntomas de comienzo del cáncer gástrico, así como de otras localizaciones. Al laringólogo, que lucha en el mismo sentido, y así podríamos citar

a otros especializados, los cuales saben cuán ciertas son las afirmaciones citadas.

Los conceptos acabados de exponer, aun siendo de vulgar conocimiento, conviene recordarlos con cierta frecuencia, así como de la necesidad de no desmayar en la propaganda del interés de los diagnósticos tempranos del cáncer aprovechando todas las ocasiones que se nos presenten a los que dedicamos la mayor parte de nuestros afanes al tratamiento de dicha afección; por este motivo, vamos a destacar las dichas ventajas en una localización del cáncer que, por su frecuencia y gran mortalidad, necesita con urgencia una mayor insistencia en llamar la atención acerca de su diagnóstico temprano. Me refiero al cáncer del recto o, mejor dicho, del rectosigmoide.

¿Cuál es la verdadera situación del cáncer del rectosigmoide en cuanto se refiere a su diagnóstico y tratamiento? Debemos ser sinceros y proclamar la realidad existente: *Se diagnostica en su fase tardía en más de un 50 por 100 de los casos*, y este hecho se reparte por igual en las cinco partes del mundo, no pudiendo invalidarse ésta a modo de regla general, porque en algunas, muy pocas, clínicas privilegiadas existentes en ciertos países, al disponer de condiciones especialísimas, consigan descubrir dicha localización neoplásica en fases tempranas de su evolución.

Como dice DANIEL FISK: «No hay enfermedad que pueda ser diagnosticada con más precisión que el cáncer del recto, una vez que el paciente se ha presentado ante el médico; a pesar de esto, hay pocas afecciones que se diagnostiquen en épocas más tardías de su evolución.»

¿A qué causas se puede achacar dicha tardanza en los diagnósticos del cáncer rectal? A mi juicio, como al de no pocos especializados en afecciones del aparato digestivo, a una fundamental: *a no pensarse en el cáncer en el momento de escuchar o interrogar a un enfermo que sufre de hemorroides o de cualquiera de los otros síntomas que más adelante recordaré*, ya que, si así no sucediera, dada la sintomalogía que casi el 100 por 100 de los cánceres del recto tiene en su fase temprana, y la gran sencillez de la exploración rectal, estoy seguro que dicha afección sería de las que más prontamente se denunciaran.

Se habla o se escribe, con frecuencia excesiva, de lo silencioso del comienzo del cáncer del recto, achacándose a esta característica su tardío diagnóstico y la justificación de la enorme proporción de casos llamados inoperables, dando a este calificativo el sentido más general; es decir, el que se refiere a enfermos con pocas posibilidades de curación, por la gran progresión de la enfermedad. Como otros autores, creo que ha llegado ya la hora, y aun pasado, de terminar con dicho concepto en la forma que viene admitiéndose por una

gran parte de la opinión médica; veamos si tenemos o no razón para sostener esta afirmación.

El cáncer del recto, en su iniciación o, por lo menos, en sus fases tempranas de evolución, exige, para ser denunciado por el médico, que éste no se contente con aceptar lo que manifiesta el paciente al decir que padece hemorroides o una colitis, por ejemplo, prescribiendo una terapéutica de acuerdo con estos diagnósticos, hecho que en la práctica se repite con harta frecuencia y es motivo para que aquél, cuando tiene la desgracia de padecer un cáncer rectal, y es el verdadero origen de dichos síntomas, de sucesivas desventuras. Es ley de patología general que todo enfermo que consulta con el médico debe ser, antes de someterse a terapéutica alguna, interrogado por éste, y después explorado convenientemente. Si esto se hiciera sistemáticamente ante los pacientes que aquejan los síntomas llamados colíticos o del orden que más adelante expondré, puedo asegurar que se diagnosticarían casi el 85 por 100 de los cánceres rectales en las más tempranas fases de su evolución.

Siempre he sido partidario en mis conferencias y publicaciones sobre hechos clínicos objetivar, con el mayor detalle posible, los conceptos que en ellas he expuesto o los hechos por mí vividos en la práctica diaria, creyendo con ello conseguir una máxima compenetración con el que me oyere o leyere. En dicha clase de trabajos no basta, o no debe bastar, exponer lo que dicen los demás sobre el tema por uno tratado, y menos hacerlo con la máxima extensión, dedicando, por el contrario, sólo unos párrafos a la experiencia personal. Esta manera de proceder podrá servir para algunos como un alarde bibliográfico; pero para la mayor parte supondrá una confesión espontánea o de falta de dicha experiencia o de una debida conservación de los datos clínicos correspondientes a los pacientes por ellos observados. En ambos casos tendrán escaso valor los juicios críticos que se puedan emitir sobre la cuestión de que se ocupe.

Siguiendo mi dicha costumbre ahora, al ocuparme de la sintomatología de los enfermos con cáncer rectal en las fases tempranas de su aparición, y que puede ser recogida en el interrogatorio, nada creo resultará más elocuente que exponer, aun cuando sea de una manera sintética, los datos por mí recogidos en los enfermos que he tenido ocasión de interrogar antes de proceder a su tratamiento roentgenterápico de CHAOUL. Más adelante haremos el estudio crítico de dicha sintomatología.

Observación núm. 1.—Ocho meses antes, *dolor* al defecar; poco después *tenesmo* con expulsión de *sangre*. EPITELIOMA ESPINOCELULAR EN EL ANO. Inoperable.

Obser. núm. 2.—Once meses antes, crisis de *estreñimiento* combatida con purgantes; seis meses después, *dolor* «bajo vientre» con expulsión de *sangre* roja al defecar al propio tiempo, con molestias. CARCINOMA RECTAL. Inoperable.

Obser. núm. 3.—Dos años antes, intensa *hemorragia* al defe-

car; un año después, *dolores* en ano, espontáneos y provocados por las deposiciones; nueve meses antes de ser vista por mí, pequeñas *hemorragias* diarias. EPITELIOMA ESPINOCELULAR EN EL ANO. Inoperable.

Obser. núm. 4.—Trece meses antes, *estreñimiento* pertinaz, con *dolor* en zona sacra; ocho meses después, *sangre* en las deposiciones. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.

Obser. núm. 5.—Ocho meses antes notó *sangre* en las deposiciones de un modo intermitente, con *crisis diarreicas*. El enfermo era estreñado crónico. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.

Obser. núm. 6.—Ocho meses antes, *diarrea* pertinaz y difícilmente corregible; cuatro meses después, *sangre* en las deposiciones. ADENOCARCINOMA RECTAL. Los cirujanos que al fin la diagnosticaron sólo propusieron la práctica de un ano artificial.

Obser. núm. 7.—Seis meses antes, crisis de *estreñimiento* pertinaz, y poco después, *tenesmo* y *sangre* mezclada con *moco* en las deposiciones. CARCINOMA RECTAL en fase avanzada de su evolución; dudosa la operabilidad.

Obser. núm. 8.—Trece meses antes, crisis *diarreicas*; dos meses después, *sangre* en las deposiciones; dos meses más tarde, *dolores* sacros. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.

Obser. núm. 9.—Once meses antes, crisis *diarreicas* y *sangre* en las deposiciones; tres meses después, *tenesmo* con expulsión de *secreción seromucosa*. ADENOCARCINOMA RECTAL. Operabilidad dudosa.

Obser. núm. 10.—Nueve meses antes, crisis de *estreñimiento* y *sangre* en las deposiciones; poco después, intenso *tenesmo*. CISTOADENOMAPAPILIFERO de gran extensión.

Obser. núm. 11.—Nueve meses antes, *sensación de peso* y *dolor* en región sacra, con *tenesmo* y *sangre* en las deposiciones. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.

Obser. núm. 12.—Siete meses antes, intenso *tenesmo*, *hemorragia* y *dolor* en «bajo vientre» al hacer las deposiciones. CARCINOMA MELANICO. Inoperable.

Obser. núm. 13.—Catorce meses antes, intensa *hemorragia*; ocho meses después, *dolores* en parte baja de la pelvis y *tenesmo*. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.

Obser. núm. 14.—Trece meses antes, crisis de *estreñimiento* y *dolores* en «bajo vientre»; seis meses después, dilatación quirúrgica del ano para vencer el estreñimiento; al propio tiempo, *tenesmo* y *sangre* en las deposiciones. ADENOCARCINOMA RECTOSIGMOIDEO. Operabilidad dudosa.

Obser. núm. 15.—Nueve meses antes, *dolor* anal al hacer deposiciones y aparición de *sangre* en las mismas. Eczema anoescrotal, crónico. EPITELIOMA ESPINOCELULAR ANAL. Inoperable.

Obser. núm. 16. Siete meses antes, *dolor* en parte baja del recto y *tenesmo*. SARCOMA ANORRECTAL. Inoperable.

Obser. núm. 17.—Dieciséis meses antes, *diarreas* y *sangre* en las deposiciones, de una manera intermitente. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.

Obser. núm. 18.—Diez meses antes, crisis de *diarreas*, alternando con *estreñimiento*; tres meses después, *sangre* en las deposiciones. CARCINOMA RECTAL. Dudosa operabilidad.

Obser. núm. 19.—Once meses antes, crisis *diarreicas*, con expulsión de *mucosidades sanguinolentas*; *tenesmo*, apareciendo esta sintomatología en el transcurso de dos meses. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.

Obser. núm. 20.—Cinco meses antes, crisis *diarreicas* con aparición de *sangre* en las deposiciones. ADENOCARCINOMA RECTAL. Operable.

Obser. núm. 21.—Dieciséis meses antes, crisis *diarreicas*, alternando con deposiciones normales; cuatro meses después, *sangre* en estas últimas y *dolor* en «bajo vientre». ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.

Obser. núm. 22.—Dos años antes, *sangre* en las deposiciones de un modo intermitente; un año después, *dolores* en el ano. EPITELIOMA ESPINOCELULAR ANAL. Inoperable.

Obser. núm. 23.—Cinco años antes, crisis *diarreicas* y *tenesmo*; dos años después, *sangre* en las deposiciones y *adelgazamiento*; *anorexia* y *astenia* en tiempos sucesivos. POLIPOSIS DEGENERADA. Inoperable.

Obser. núm. 24.—Tres meses antes, *sangre* en las deposiciones; *estreñimiento* pertinaz; un mes después, *dolores* en parte baja del recto; los tactos rectales efectuados durante dicho tiempo nada demostraron (?). ADENOCARCINOMA a cinco centímetros del ano. Operable.

Obser. núm. 25.—Seis meses antes, crisis *diarreicas* pertinaces;

- a los dos meses siguientes, *sangre* en las deposiciones acompañada de *moco*. CARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 26.—Diez meses antes, *crisis diarreicas*, habiendo sido siempre estreñido; dos meses después, *sangre* y *moco* en las deposiciones intermitentemente. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 27.—Seis meses antes, crisis de *estreñimiento* pertinaz y *sangre* en las deposiciones. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 28.—Once meses antes, *crisis diarreicas*; *tenesmo* poco después. CARCINOMA RECTOSIGMOIDEO. Operabilidad dudosa.
- Obser. núm. 29.—Dieciocho meses antes, abundante *secreción mucosa* en las deposiciones y *sangre*, aparecida de modo intermitente en las mismas. Diarreico habitual. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 30.—Doce meses antes, *sangre* en las deposiciones y *dolor* en la parte baja del vientre. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 31.—Siete meses antes, *sangre* en las deposiciones y en ocasiones al terminar de efectuarlas. CARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 32.—Doce meses antes, *crisis diarreicas*; cuatro meses después, *sangre* en las deposiciones; dos meses más tarde, *dolores* en recto. CARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 33.—Dieciocho meses antes, *crisis diarreicas* con expulsión, además de la materia fecal, de abundante *secreción mucohemorrágica*; diez meses después, *copiosa melena*; dos meses más tarde, *dolor* en región sacroxígea al sentarse o levantarse; a los tres meses siguientes, *sangre en las deposiciones*, incluso en forma de coágulos. ADENOCARCINOMA RECTOSIGMOIDEO. Inoperable.
- Obser. núm. 34.—Cinco meses antes, *dolor anal*, coincidiendo con el acto de la defecación. ADENOCARCINOMA DEL CANAL ANAL. Operable.
- Obser. núm. 35.—Dieciocho meses antes, *crisis diarreicas* persistentes; seis meses después, *sangre* en algunas deposiciones; nueve meses más tarde, *oclusión intestinal*, que obligó a la práctica de un ano artificial. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 36.—Colítico crónico. Nueve meses antes, después de un lapso de tiempo bastante acentuado de normalidad, reagudización de aquel estado, pero apareciendo *sangre* en las deposiciones; seis meses después, *dolores* en parte baja del recto. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 37.—Doce meses antes, *crisis diarreicas*, con *sensación de pesadez* en región anal. CARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 38.—Seis meses antes, *crisis diarreicas* y *sangre* en las deposiciones; poco después, *tenesmo* y *pérdida de peso* y *energías*. ADENOCARCINOMA RECTOSIGMOIDEO. Inoperable.
- Obser. núm. 39.—Doce meses antes, *dolor* en región rectal y *sangre* en las deposiciones. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 40.—Ocho meses antes, intenso *tenesmo* rectal, acompañado de *expulsión de moco y sangre*. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 41.—Diez meses antes, *crisis diarreicas*; posteriormente, *estreñimiento* y *tenesmo*, expulsando entre las deposiciones un líquido *mucosanguinolento*. Colítico antiguo, pero cuando se iniciaron los síntomas anteriores llevaba bastante tiempo normalizado. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 42.—Ocho meses antes, crisis de *estreñimiento*, alternando con deposiciones más líquidas, *sanguinolentas* y *tenesmo*. ADENOCARCINOMA. Inoperable.
- Obser. núm. 43.—Doce meses antes, iniciación de *intensos dolores* en el ano, con aparición de *sangre* en las deposiciones. EPITELIOMA ESPINOCELULAR ANAL. Inoperable.
- Obser. núm. 44.—Once meses antes, *crisis diarreicas*, con *sensación de escozor* y *dolor* al hacer las deposiciones. Siete meses después, *expulsión de sangre y moco*. ADENOCARCINOMA RECTAL. Operable (?).
- Obser. núm. 45.—Cuatro meses antes, *crisis diarreicas*, apareciendo, de cuando en cuando, *sangre* en las deposiciones, con *dolor* en la parte baja del recto. ADENOCARCINOMA RECTAL. Operable.
- Obser. núm. 46.—Ocho meses antes, *sangre* en las deposiciones y *tenesmo* rectal. ADENOCARCINOMA RECTAL. Operable.
- Obser. núm. 47.—Seis meses antes, *crisis diarreicas*, expulsando *secreción mucosanguinolenta*, incluso *sangre pura en forma de coágulos*. ADENOCARCINOMA RECTAL. Operable.
- Obser. núm. 48.—Mes y medio antes, súbita y abundante *hemorragia*, repetida en los dos días siguientes (hipertensión). ADENOCARCINOMA RECTAL. Operable.
- Obser. núm. 49.—Doce meses antes, *crisis diarreicas* intermitentes; dos meses después, *sangre* en las deposiciones. ADENOCARCINOMA RECTAL. Inoperable.
- Obser. núm. 50.—Doce meses antes, *sangre* en pequeña cantidad en las deposiciones, aumentadas en su número y alternando con fases de *estreñimiento*. Diez meses después, aumento en la cantidad de *sangre* y deposiciones. ADENOCARCINOMA RECTAL. Operable (?).
- Obser. núm. 51.—Diez meses antes, *crisis diarreicas*, *sangre* y *secreción mucosa* en las deposiciones. Ocho meses después, *dolor* en parte baja del recto, aumentando la cantidad de *sangre* en aquéllas. ADENOCARCINOMA. Inoperable.

Desglosando y, al propio tiempo, agrupando de una manera uniforme los diversos síntomas que presentaron los enfermos anteriormente reseñados, claramente comprobaremos las respectivas proporciones de los mismos.

CANCER RECTAL

Crisis diarreicas puras	8 casos	18,6 %	} 30 casos = 69,7 %
» » y hemorragia	15 casos	34,8 %	
» » » y dolor	4 casos	9,3 %	
» » y dolor	2 casos	4,6 %	
» » y estreñimiento	1 caso	2,3 %	
Estreñimiento exclusivo	2 casos	4,6 %	} 8 casos = 18,6 %
» y dolor	2 casos	4,6 %	
» y hemorragia	4 casos	9,2 %	
Hemorragia exclusiva	3 casos	6,9 %	} 27 casos = 62,8 %
» y otros síntomas	24 casos	55,8 %	
Dolor exclusivo	1 caso	2,3 %	} 27 casos = 27,9 %
» y otros síntomas	11 casos	25,5 %	

CANCER ANAL

Dolor exclusivo	1 caso	12,5 %	} 6 casos = 75 %
» y diarreas	1 caso	12,5 %	
» y hemorragia	4 casos	50 %	
Hemorragia y diarrea	1 caso	12,5 %	} 5 casos = 62,5 %
» asociada a otros síntomas	4 casos	50 %	

De los datos acabados de exponer destacan varios hechos:

1.º Que en el cáncer rectal, tanto en su fase temprana como, mucho menos, en fases más avanzadas de la enfermedad, rara vez se encuentra entre sus síntomas uno en estado de pureza, siendo varios los que a la vez aparecen.

2.º Que, tanto las *crisis diarreicas asociadas con hemorragias como éstas con otros síntomas*, son las de presentación más frecuente en las fases tempranas del cáncer rectal (69,7 por 100).

3.º Que en el cáncer de localización anal, tanto el síntoma *dolor* como el *hemorrágico*, son los que predominan en los primeros tiempos de su aparición, sobre todo el último (50 por 100).

Con relación a los síntomas mencionados, diarreas, hemorragias, estreñimiento, dolor, etcétera, creemos conveniente hacer algunas consideraciones, ya que, por lo general, los pacientes, al ser interrogados, silencian algunos su aparición, por concederlos escasa importancia. Así, por ejemplo, ningún paciente califica como hemorragia la existencia de estrias sanguinolentas en las deposiciones, e igualmente veremos sucede con otros síntomas.

Diarreas.—Por algunos autores se dice que la clásica diarrea no es un fenómeno frecuente en el cáncer rectal, aunque los pacientes, en un buen tanto por ciento de veces, hablan de diez y veinte deposiciones sueltas al día. Esta pseudodiarrea, que consiste, primariamente, en la expulsión de materia fecal, diluída, mezclada a veces con moco y sangre, en proporciones diversas unas y otras, no es tenida en cuenta por los enfermos como factor de interés, ni de gravedad, ya que es achacada, con la mayor frecuencia, a unas hemorroides o a una colitis, siendo tratadas como tales. Por este motivo, es preciso insistir cerca del paciente sobre los detalles de las deposiciones, pues, con suma facilidad, el no avisado puede incurrir en el engaño y pasársele inadvertidos detalles de suma trascendencia diagnóstica.

Así, pues, ante un enfermo en el cual hayamos podido concretar que sufre diarreas, verdaderas o falsas, simulando una enteritis o enterocolitis, no deben aceptarse estos diagnósticos, sobre todo en ciertas edades, y, por tanto, no se prescribirá medicación alguna, ni se establecerán regímenes alimenticios sin antes hacer una exploración rectal, *por lo menos* un tacto rectal.

En los datos estadísticos señalados por mí anteriormente se comprueba que los fenómenos diarreicos o pseudodiarreicos aparecidos, ya como síntoma exclusivo o asociado a otros: hemorragia, dolor o alternando con estreñimiento, se presentaron en el 69,7 por 100 de los pacientes, en los primeros tiempos de su neoplasia rectal, siendo la hemorragia el síntoma que con más frecuencia acompañó a dichos fenómenos (34,8 por 100)

Los trastornos diarreicos puros los presentaron solamente un 18,6 por 100, cifra que contrasta con la primera.

En la estadística de GRAHAM aparece el 15 por 100 de enfermos con fenómenos diarreicos, y en la de BROWNE el 17 por 100. Más adelante, al ocuparnos del estreñimiento, expondré la causa que, a mi juicio, origina tales diferencias.

Estreñimiento.—De la misma manera debe ponernos sobre aviso, *sobre todo cuando coexista con dolor o hemorragia*, todo estreñimiento pertinaz aparecido de una manera brusca, así como toda agudización repentina del mismo en un estreñido crónico mejorado.

Durante muchos años se ha tenido como un signo, no sólo sospechoso, sino demostrativo de la presencia de un carcicoma rectal, al hecho de aparecer las heces deformadas, en forma de cinta o lápiz, aplanadas de un lado, o de delgados cilindros; actualmente se sabe que esto no tiene que ver nada más que con la presencia de alguna deformidad en el orificio anorrectal, sin que tengan relación en absoluto con ningún proceso situado en el interior del recto. Tan sólo deberá, por tanto, merecernos consideración en aquellos casos en que el proceso maligno interese, no sólo el recto, sino también el ano. Una lesión anular en el tercio superior del recto puede reducir la luz del intestino a un diámetro de un centímetro; pero una vez que las heces han pasado esta obstrucción, aquéllas se acumulan en la porción del intestino que queda por debajo, entre el límite inferior de la lesión y el ano, evacuándose, bien como una masa blanda o ya, si permanecen allí bastante tiempo para que los líquidos puedan absorberse, en forma de cilindro bien formado. Es decir, puede existir una estenosis rectal a cierta altura y, sin embargo, la inspección de las deposiciones no dar al médico información alguna sobre la misma.

Dicho estreñimiento es debido, en opinión de no pocos autores, a una inercia funcional del colon, que deja de responder pronto a la medicación y no está asociado con distensión abdominal, como sucede durante las fases posteriores obstructivas de la enfermedad.

En la serie de RANKIN, más adelante citada, el *estreñimiento* era la queja predominante en 332 casos, es decir, en el 55 por 100, y en el 20 por 100 la *diarrea* era la manifestación clínica fundamental. Debo advertir que la duración media de los síntomas en que obtuvieron dichos datos era superior a once meses. Es decir, el estreñimiento o los signos de una obstrucción parcial *no fueron precoces*.

En la casuística de ROSSER, el *estreñimiento* constituía la molestia principal en el 16 por 100 de los casos, y en el 22 por 100 se registró la *diarrea*.

En nuestros datos estadísticos aparece un 18,6 por 100 de casos en los cuales el estreñimiento asociado a otros síntomas, sobre todo hemorragia, fué el síntoma primeramente aparecido o del cual se dió cuenta el paciente en primer lugar. Es indudable que lo manifestado por RANKIN y ROSSER en este sentido, corresponde a estadios algo avanzados de la afección neoplásica, siendo ésta la causa de tales diferencias, así como las referentes a los trastornos diarreicos. He de insistir que mis interrogatorios fueron hechos con la máxima atención y detenimiento, al objeto de precisar con el menor error posible los síntomas más tempranos de la afección neoplásica y el orden en que fueron apareciendo. Así, pues, cualquier estadística que no haya sido basada en el mismo dicho sentido, no coincidirá con la por mí anteriormente expuesta.

Hemorragia.—La hemorragia es sinónima, cuando nos referimos a ella, como síntoma en el cáncer rectal, de existencia de sangre en las deposiciones; poco nos debe importar si es mucha o poca; si es rutilante o de tipo más oscuro; si está más o menos mezclada con la materia fecal; lo fundamental es que el paciente nos precise que la ha observado algunas veces en sus deposiciones, debiendo esperar asimismo que, por parte de aquél, sea achacada a unas hemorroides o a un «enfriamiento del vientre».

Tratar de demostrar si existe o no un cáncer en el recto en su fase temprana, por la investigación de *hemorragias ocultas*, es de menos valor que insistir en el interrogatorio al enfermo sobre su observación, así como su presencia durante el tacto rectal o en la rectoscopia, pues es evidente que si las pruebas respecto a sangre oculta dan resultado positivo, la lesión puede encontrarse en cualquier parte del aparato digestivo, desde la cavidad bucal al ano, y si la sangre es roja o está en las deposiciones o sobre ellas, y si persiste en repetidos reconocimientos, entonces puede esperarse el encontrar la lesión, en la mayoría de los casos, en la región rectosigmoidea o poco más arriba.

La sangre en el cáncer del recto tiene un origen traumático, debido al roce de las heces, o bien producido por contracciones de la misma ampolla rectal cuando aquél asienta en ésta. El adenocarcinoma, forma histológica la más frecuente en su presentación, como todos los tumores epiteliales, es poco vascularizado y, por esto, sangra poco al principio y se ulcera y necrosa con más facilidad en su período evolutivo.

La presencia de coágulos en las deposiciones es un síntoma tardío del cáncer rectal, siendo debidos a hemorragias producidas en los intervalos de las evacuaciones, durante los cuales hay tiempo para que la sangre se coagule.

En la estadística de RANKIN, ya citada, en 539

casos la hemorragia existió durante varios meses, y en más de una tercera parte fué el síntoma más temprano del carcinoma; el 89,5 por 100 de los pacientes había notado sangre en las deposiciones. En la estadística de BUIE, 1.936 casos, existió también la hemorragia en un 84 por 100. BRINDLEY registró el 80 por 100; ROSSER, el 78 por 100, y BROWNE hizo constar que en los enfermos con cáncer rectal de una serie, la hemorragia se presentó en todos ellos.

En nuestra estadística hemos comprobado que la hemorragia, *como síntoma único*, fué de escasa presentación (6,9 por 100), siendo, por el contrario, de un 55,8 por 100 cuando se asociaba a otros síntomas: diarreas, estreñimiento, etc. No creo necesario insistir en que dichas diferencias tienen su fundamento en las diversas condiciones evolutivas en que se encontraban los pacientes, siendo un factor de máxima importancia, al interpretar las cifras estadísticas propias, que todos los pacientes a los cuales me he referido pertenecen a la clientela particular, y un 90 por 100 a clases sociales acomodadas y de nivel cultural, por lo menos, medio. Esto quiere decir que los interrogatorios han respondido a reproducciones de la enfermedad, en su iniciación, de una fidelidad máxima.

Dolor.—Si el cáncer rectal ocasionara dolores desde su iniciación, exceptuando cuando asienta en el canal anal, seguramente sería menos trágica la evolución de aquél. Así como los pacientes son tolerantes para con las simples irregularidades de su funcionamiento normal del intestino, al sentir dolor acucian al médico para que se lo alivie, obediéndole ciegamente en todo cuanto les ordene. Pero, por desgracia, como hemos visto en nuestros datos estadísticos anteriores, y más adelante lo volveremos a comprobar en los de otros autores, el síntoma dolor no es de aparición temprana en el cáncer rectal, y esto tiene una sencilla explicación.

En efecto, en el recto no existe formación anatómica que permita apreciar las sensaciones táctiles y dolorosas nacidas de una lesión que en él radique, y, por tanto, mientras esta lesión no se extienda hasta interesar el canal anal, no producirá molestia alguna, a no ser que determine una obstrucción o invada los tejidos pélvicos vecinos. Si la mucosa rectal contara con nervios sensitivos, es probable que los excrementos se expulsarían de manera continua.

Por consiguiente, el dolor es tardío en aparecer en el carcinoma rectal. Las molestias, cuando la neoplasia se encuentra en fases algo avanzadas de su evolución, son muy vagas y suelen definirse como localizadas *hacia adentro*. Ello puede atribuirse a muy diversas causas, entre las cuales la más destacada puede relacionarse con la acción obstructiva de la lesión, de tipo anular. La por-

ción inferior del intestino, allí donde los elementos líquidos de las heces se absorben, es el asiento más frecuente de los tumores, y, como resultado, la acumulación de excrementos, que normalmente allí se efectuaba, tiene lugar por encima de esta región. Por consiguiente, las heces ya formadas pasan por el sitio de la lesión y este paso es lo que determina el malestar, variando esta molestia con la acción constrictiva de aquélla, si es anular, y, si no lo es, según su tamaño. La molestia, más que un dolor, suele ser una sensación de evacuación incompleta. El enfermo invierte excesivo esfuerzo en sus evacuaciones, y al repetirse, acaba por determinar auténtico dolor, originado por los estímulos de que es objeto el mesenterio. Las primeras molestias son, seguramente, debidas a la actividad peristáltica del colon al tratar de expulsar la lesión. Como, sin embargo, el cuerpo extraño queda en posición, el intestino redobla sus esfuerzos, acabando por desarrollarse una fase irritativa a la que comúnmente se conoce con el nombre de *tenesmo*.

Juntamente con dicho proceso que acabo de describir, suele haber una reacción de las porciones superiores del colon, que debe atribuirse a alguna interferencia en el régimen intestinal normal. El intestino puede distenderse o hiperactivarse, determinando molestias abdominales. En el 83 por 100 de los casos, dice RANKIN, el dolor producido por el cáncer rectal radica en el abdomen: en el 40 por 100, en la espalda y caderas; en el 4 por 100, en la parte alta del recto, y en el 2 por 100 es un dolor pélvico de carácter indefinido.

Como antes indicábamos, no importa repetirlo, dichas molestias, por lo general, no las experimenta el enfermo portador de un cáncer del recto en el comienzo de la enfermedad. En realidad, deben considerárselas como signo de que el proceso canceroso ha alcanzado ya cierto desarrollo.

En nuestros enfermos con cáncer rectal, los síntomas antes mencionados, y recogidos por nosotros en el interrogatorio, habían sido apreciados en un promedio de tiempo de diez meses antes de nuestra actuación, cifra análoga a la observada por otros autores y recogida en abundante casuística, como por ejemplo:

Newman	1.234 casos	13,1 meses.
Rankin y Jones	300 casos	11,7 meses.
Brindley	167 casos	9,4 meses.
Browne	94 casos	11 meses.

Claro está que los signos y síntomas del cáncer rectal a que anteriormente nos hemos referido y descrito, *no son exclusivos* de dicha afección y, por el contrario, todos ellos pueden ser originados por otros trastornos rectales o intestinales, siendo su presentación diversa de unos enfermos a otros. Ahora bien: cualquiera de ellos debe ser motivo para que el médico práctico, *sea cual fuere el medio en que desarrolle sus actividades*, ex-

plore el recto, pensando puede tratarse de una neoplasia rectal, sobre todo si el enfermo se encuentra comprendido en determinadas edades de la vida, dato éste que, sumado a los anteriores, tiene no escaso valor, como a continuación vamos a tratar de demostrar.

El promedio de *edad* de los enfermos con cáncer rectal de mi estadística es de cincuenta y seis años. Este hecho es una confirmación de lo observado en cancerología en general: el cáncer, en el mayor tanto por ciento de su presentación, es una enfermedad de las edades medias y avanzadas. Si pensamos que la duración de la vida ha experimentado una cierta prolongación, desde los cuarenta años, que era en 1850, a cuarenta y cinco en 1875, y a cincuenta y ocho en 1936, no cabe duda que actualmente son en mayor número los individuos que llegan a la «edad del cáncer» y que anteriormente hubieran sucumbido por otras afecciones que ahora se curan o se previenen. Por esta misma causa, entre otras, el cáncer, en general, ocupa en el momento presente el segundo lugar como motivo de defunción, habiendo ascendido desde el séptimo que ocupaba en el año 1900; tanto la tuberculosis, afecciones orgánicas del corazón, gripe, neumonía, nefritis crónica y hemorragia, que precedían al cáncer, en orden de motivo de muerte, han venido combatiéndose, cada vez con mayor eficacia, con las medicaciones por todos conocidas: sulfamidas, penicilina, estreptomina, etc.

Comparando las edades de los enfermos de mi modesta estadística con cualquiera otra de mayor importancia, comprobaremos que existe una franca coincidencia. Así tenemos la de PENNINGTON, que comprende la cifra de 7.313 casos de cáncer del intestino grueso, y a la que anteriormente hicimos ya mención:

ESTADÍSTICA DE PENNINGTON		ESTADÍSTICA PROPIA	
Menos de 20 años.	40 casos	Menos de 20 años.	1 caso
21 a 30 años ...	235 casos	21 a 30 años	1 caso
31 a 40 años ...	690 casos	31 a 40 años	5 casos
41 a 50 años ...	1.462 casos	41 a 50 años	7 casos
51 a 60 años ...	2.120 casos	51 a 60 años	10 casos
61 a 70 años ...	1.836 casos	61 a 70 años	13 casos
Más de 70 años.	930 casos	71 a 80 años	7 casos

Lo últimamente expuesto respecto a la edad no quiere decir que dejemos de dar importancia a los cánceres llamados «juveniles», cada vez descubiertos con más frecuencia.

En cuanto al papel que los *antecedentes hereditarios* juegan en lo que se refiere al valor que a éstos podamos conceder en un determinado caso y ante los síntomas ya mencionados, me limitaré solamente a señalar que en mi estadística de cánceres del recto y del ano aparece un 23,5 por 100 de enfermos que en sus antecedentes familiares

figura la existencia de cancerosos con una u otra localización. Dicha cifra está en consonancia con las publicadas, en el mismo sentido, por otros autores.

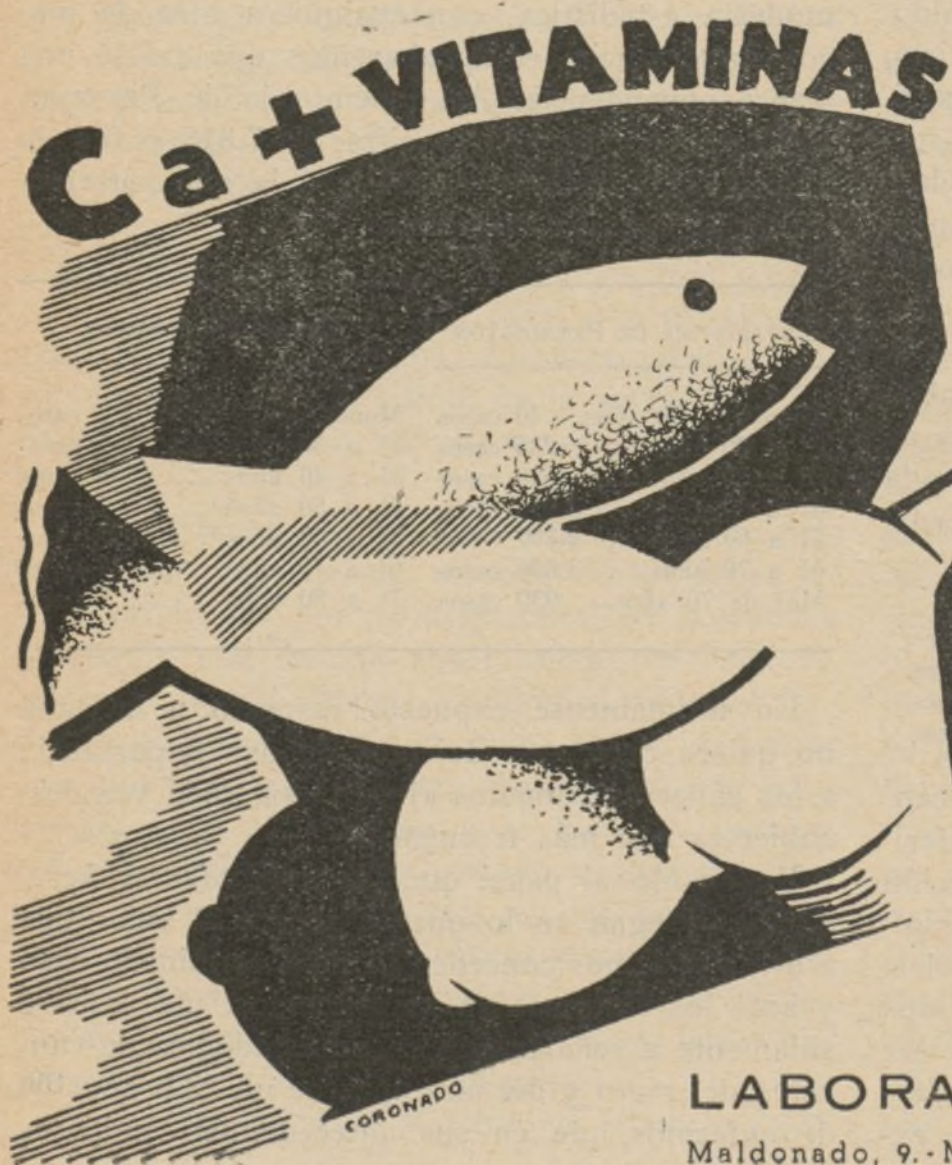
Con la sintomatología anteriormente expuesta, recogida personalmente de enfermos afectos de cáncer rectal, histológicamente diagnosticados, con la cual dicha afección maligna «avisa» su presencia en las primeras fases de su aparición, tanto al enfermo que la padece como al médico que le interroga debidamente, volvemos a hacer la pregunta: ¿Deberemos considerar al cáncer del recto como «mudo» en su evolución, y hay, o debe haber, alguna justificación para que dicha enfermedad pase inadvertida durante su marcha invasora, hasta el punto de no ser descubierta sino cuando ya los enfermos, en su mayor parte, están en los límites de la incurabilidad? Por mi parte, me atrevo a asegurar que no encuentro justificación alguna, siendo éste el mismo criterio de todos los especializados en gastroenterología.

Pero si en la historia clínica de los pacientes afectos de un cáncer rectal, en lo que se refiere al interrogatorio, no faltan, en los comienzos del mismo, indicios más que sobrados para «sospechar» su existencia, las técnicas exploratorias del rectosigmoide son, por añadidura, lo suficientemente sencillas para que puedan prodigarse, de tal modo, que su práctica sea tan frecuente como pueda serlo la auscultación, por lo menos, algu-

nas de ellas, y a la cual nos vamos a referir a continuación, y sus datos son de valor tan contundente y definitivo, que rarísima vez podrá quedar sin su diagnóstico exacto cualquier neoformación maligna o benigna que pudiera existir en el dicho segmento intestinal.

El tacto rectal en el cáncer del rectosigmoide.— De una manera sistemática, cuantos han tratado del problema diagnóstico en el cáncer del recto aluden al método más sencillo y que puede proporcionar hasta un 80 por 100 de resultados positivos, es decir, al tacto rectal. Asimismo, indican que dicho método exploratorio puede ser efectuado sin dificultad alguna por el médico práctico. Por mi parte, nada he de objetar a estos modos de opinar, pues responden a la realidad. El tacto rectal es un método exploratorio de gran simplicidad y de un valor inestimable en la práctica diaria.

Ahora bien: varias son las causas por las cuales, al realizarse un tacto rectal, éste no proporciona los valiosos elementos de juicio que de hecho deben esperarse de él. En mi casuística figuran no pocos enfermos a los cuales se les efectuaron diversos tactos rectales y, aun existiendo ya la lesión neoplásica, ésta no fué descubierta, estando en fase algo avanzada de su evolución. En primer lugar, con excesiva frecuencia se observa que aquél se realiza sin haber mandado efectuar previamente una minuciosa limpieza del recto,



Calcioterapia activa por vía oral

**RECALCIFICADOR ROBERT
VITAMINADO (GRANULADO)**

Tres sales de cal:

Carbonato, Fosfato y
Glicerofosfato cálcico

Tres compuestos vitamínicos:

Vitaminas D, C y complejo B

LABORATORIOS ROBERT
Maldonado, 9. - MADRID Valencia, 314. - BARCELONA



con el intermedio de enemas con agua ligeramente salada; en estas condiciones, es natural que, ante un caso de neoplasia rectal, en una fase relativamente temprana de su evolución, que es a las que nos estamos refiriendo de un modo fundamental en este trabajo, el dedo explorador pueda no advertir los diversos detalles que presenta dicha lesión, cuando existan, pues el contenido fecal, más o menos adherido a la mucosa, o el que puede existir ocupando una mayor o menor parte de la luz rectal, lo imposibilita de todo punto. Bien saben cuantos tienen hábito en dicha exploración, que un cáncer rectal en su iniciación, o por lo menos en un período poco avanzado de su evolución, no se manifiesta por signos táctiles muy ostensibles. En efecto, la neoplasia comienza, o bien a partir de una ulceración, de no gran extensión, cuyos bordes van indurándose a medida que progresa, igual que su superficie, llegando a tomar el aspecto de una excavación, nunca de grandes proporciones, o a partir de una formación poliposa que degenera al principio, de un modo parcial, por su extremidad distal, no modificándose su pedículo, si lo tiene, ni su base de implantación hasta pasado cierto tiempo. La mucosa, por tanto, que rodea a la úlcera o al pólipo, permanece deslizable sobre las capas intestinales subyacentes. Es fácil comprender cuán ilusoria ha de resultar la pretensión de quien haga un tacto rectal para investigar el estado de las paredes intestinales, hacerlo sin desembarazar de un modo minucioso el intestino, y, como tiempo previo, de la materia fecal que pudiera contener.

Con no menor frecuencia se observa la práctica del tacto rectal, haciendo adoptar a los enfermos una determinada y exclusiva posición.

Con esta manera de proceder, contra la cual han reaccionado cuantos se han ocupado de este particular, es lo más natural que no se aprecien lesiones neoplásicas rectales, no diré en sus fases más o menos tempranas, sino hasta en ciertos grados algo avanzados de su evolución. Esto es fácil de explicar.

Supongamos que al paciente se le manda que, estando en pie, se incline hacia adelante y se apoye sobre el borde de la cama o sobre el respaldo de un silla, y pongo este ejemplo por haberlo observado en repetidas ocasiones; no hay duda que con este modo de efectuar la exploración, la lesión situada en la cara posterior del recto y no más allá de los 8 ó 10 centímetros del ano, podrá denunciarse en el pulpejo del dedo explorador, e incluso si aquella se encuentra en la cara lateral izquierda del enfermo. Pero tanto la cara anterior como la lateral derecha y los niveles altos, hasta 15 ó 16 centímetros del ano, será muy difícil que puedan ser explorados correctamente, dado que si se intentase hacerlo, habría de violentarse de tal modo, así como forzar al paciente, que se

rían inútiles cuantas advertencias se le hicieran para que no reaccionase con contracciones y movimientos incompatibles con el objeto propuesto por el médico, es decir, el obtener el máximo de datos orientadores para lograr un diagnóstico lo más exacto posible.

Un tacto rectal, por el contrario, proporcionará datos de un valor inestimable cuando, por una parte, el que lo pone en práctica lo haga, previo embadurnamiento con vaselina del dedo índice, de una manera delicada y sin violencia alguna, y, por otra, siga un método ordenado en su ejecución, pensando que cada pared del recto se hará más fácilmente explorable haciendo adoptar al enfermo una determinada posición, siendo preciso, por tanto, recurrir al *decúbito supino*, con el cual podremos hacer la palpación abdominal combinada con el tacto rectal, además de poder precisar los datos de la cara anterior del recto, en la cual asientan la mayor proporción de las neoplasias, así como de la lateral derecha; si antes de retirar el dedo mandamos al enfermo que efectúe un esfuerzo hacia abajo, como para defecar, en ocasiones, partes que por su alto nivel no habíamos percibido descenderán, por la presión intraabdominal, poniéndose al alcance de nuestro dedo.

La posición del paciente *en pie* será muy interesante si con la anterior no hemos descubierto nada patológico. Con ella alcanzaremos niveles rectales insospechados, aun cuando varían de uno a otros, según su hábito, peso, etcétera, sobre todo, si nuevamente hacemos efectuar esfuerzos expulsivos a aquéllos; haciéndolos arrodillar e inclinándolos hacia adelante, exploraremos con toda facilidad la cara posterior rectal.

Es decir, el tacto rectal exige, para proporcionar datos provechosos, lo que todas las exploraciones en la Clínica: ser realizado con *detenimiento, sin precipitación y con conocimiento de causa*.

¿Qué elementos de juicio nos puede suministrar el tacto rectal, en el caso de existir una neoplasia, con dicha localización y en una fase no avanzada de su evolución?

Ante todo, debemos recordar que, aun cuando faltan pruebas que demuestren que *todos* los carcinomas del intestino grueso tienen su origen en formaciones poliposas, hay más que indicios que apoyan el criterio de que muchas de las lesiones neoplásicas rectales se producen, precisamente, de este modo. La naturaleza maligna de tipo *potencial* de estos pólipos adenomatosos justifica que se les conceda una máxima atención, pues en su temprano descubrimiento, antes de su degeneración maligna, y en su rápida desaparición, estriban nuestras mejores esperanzas de reducir, tanto la frecuencia, como también la mortalidad por cáncer del recto. Al no ser esto posible, el sorprender en su iniciación aquella cuando comien-

zan los síntomas subjetivos y objetivos, que, evidentemente, existen, como anteriormente hemos indicado, proporciona, de hecho, una fácil y segura terapéutica. En nuestro libro *Cáncer del recto.—Su tratamiento con la roentgenterapia de Chaoul*, hemos incluido un «Apéndice» dedicado, en su mayor parte, al problema de los pólipos rectales.

Asimismo, creo de interés el recuerdo de la evolución del cáncer del recto antes de precisar sus primeros síntomas táctiles.

El carcinoma del recto está confinado en las fases más tempranas de su curso evolutivo a la mucosa y a la submucosa. Empezando por una superficie pequeña y aplanada, su crecimiento es progresivo en todas direcciones; esto se produce en el rectosigmoide, principalmente en forma anular, dando lugar, posteriormente, a estenosis, que se observan en más del 50 por 100 de los casos. En la porción de la ampolla, la superficie se ulcera con facilidad, haciéndose indurados y nodulares los bordes, y, finalmente, la ulceración se hace profunda, avanza hacia la región muscular y se forma un cráter típico. El neoplasma, sin embargo, puede ser del tipo proliferativo y llenar todo el lumen del intestino en su curso progresivo. La importancia, desde el punto de vista pronóstico, de los tipos ulcerativo (penetrante) y proliferativo de la neoplasia, ha sido estudiada por McVAY, DUKES y RANKIN y OLSON.

Las neoplasias que tienden más bien a penetrar que a proliferar dentro del lumen intestinal, se fijan, circunstancialmente, por infiltración y extensión de la fascia propia del recto. La extensión puede entonces progresar hasta que estén afectados la vejiga, próstata, útero, vagina o sacro. La extensión directa del carcinoma del recto es relativamente lenta y no tiene lugar, según MILLES, la invasión de los tejidos y órganos colindantes hasta haber quedado afectada la mayor parte de la circunferencia del intestino. A base de las observaciones hechas en tumores de la ampolla rectal, se deduce que el neoplasma tiene más de un año, en la época en que han quedado afectadas las tres cuartas partes de la circunferencia del intestino.

Así, pues, el tacto rectal, unas veces descubriendo una formación poliposa con pedículo más o menos largo, de superficie en parte lisa y con alguna porción irregular; otras, dicha formación puede ser múltiple, o, siendo aislada, presentar proliferaciones, en coliflor, abundantes que, incluso, llegan a ocupar parte de la luz rectal; en ocasiones, por el contrario, se trata de una pequeña superficie, contorneada por un borde más o menos indurado o nodular y saliente, es decir, una ulceración; excepcionalmente, ya que, vuelvo a repetir, nos estamos refiriendo a los síntomas tempranos del cáncer rectal, un a modo de

anillo contornea y disminuye moderadamente, la luz del recto. Y, por último, en algunas ocasiones la sensación táctil es indefinida, pues con relación a la forma histológica de la neoplasia, aquélla puede variar en términos insospechados. Raras serán las veces que, existiendo una neoplasia, aun cuando sea pequeño el grado de ulceración, si la tuviere, y aquélla se tace, no quede manchado con sangre el dedo explorador. Como indiqué al referirme al interrogatorio de los pacientes afectos o sospechosos de ser portadores de un cáncer en el recto, muchas de las sensaciones táctiles que esta afección puede producir *no son exclusivas de ella y existen no pocos procesos con dicha localización que exigen*, como es lógico, su *diagnóstico diferencial*, empleando el resto de las exploraciones rectales que más adelante mencionaremos.

Por último, y en lo que se refiere al tacto rectal, no debemos olvidar que el mayor porcentaje de las neoplasias localizadas en el intestino grueso corresponde a las que son asequibles al dedo explorador. Repasando, en este sentido, algunas cifras estadísticas, veremos comprobada esta afirmación.

PEMBERTON y DIXON, al referirse a la localización más frecuente del cáncer del intestino grueso, indican los datos siguientes:

Tanto el *ciego* como el *sigmoide* son las zonas del intestino grueso en las que con mayor frecuencia se encuentran los cánceres. En el año 1934 publicaron las cifras que siguen:

Colon: 1.293 casos	{	Ciego	211
		Sigmoide	480
		Otras zonas	602
Recto y rectosigmoide: 2.249 casos ..	{	Rectosigmoide	627
		Recto	1.599
		Año	23

Es decir, que dos tercios de los casos, en cifras redondas, podían ser palpados por el dedo índice, hecho comprobado en los enfermos de mi estadística.

HENDRICK, en su estudio de 4.298 casos recogidos en la literatura, clasifica la dicha frecuencia, del modo siguiente:

Ciego	15	%
Colon transversal	10,6	%
Flexura esplénica	6,6	%
Colon descendente	5	%
Colon sigmoide	13	%
Recto, incluso rectosigmoide	56	%

Dentro del intestino recto, es la zona rectosigmoidea la más afectada por el cáncer, aun cuando debe advertirse, como indica RANKIN, que estas neoplasias muestran en muchos casos una tendencia al prolapso dentro de la ampolla rectal, siendo fácil en estos enfermos considerarlos como cánceres rectales altos. En ellos, el cirujano pue-

- DEFICIENCIAS
HEPATO-
GASTRICAS
- ANEMIA
PERNICIOSA



HEPAGASTRON

Extracto de Hígado, Mucosa Gástrica y Complejo Vitaminico 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

Sanatorio SAN ESTEBAN

USURBIL (Guipúzcoa)

A 11 kilómetros de San Sebastián

TELEFONO 7005

**Asistencia y tratamiento de los
enfermos nerviosos y mentales**

Médicos Directores...	}	Dr. Vidarte
		Dr. Larrea
Médico Subdirector...		Dr. Pino Ascarza

**Para solicitar habitación y detalles de coste de las pensiones dirigirse al
Señor Administrador del Sanatorio San Esteban, USURBIL (Guipúzcoa).**

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 4.165.)

Ayuntamiento de Madrid

UN PRODUCTO ESPAÑOL

Modernas aplicaciones del ASTHICOL

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

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

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

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

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

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

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

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

Diez inyecciones endovenosas de

ASTHICOL

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

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

Preventivo - Eficaz - Cicatrizante - Antipútrido

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

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

(Aprobado por lo Censura Sanitaria núm. 4.808.)

Ayuntamiento de Madrid

de demostrar que el carcinoma está en el pliegue peritoneal o encima de él. EDWARD ha afirmado que un 80 por 100 de las lesiones se producen entre los 5 y 7,5 cms. del ano; GANT, en cambio, encontró, entre 100 casos, el 50 por 100 en la ampolla rectal y el 15 por 100 en la región rectosigmoidea. KRASKE ha indicado que el rectosigmoide es la localización más frecuente del carcinoma. Nuestra estadística responde a lo manifestado por EDWARD y por la mayoría de los que se han ocupado de este tan interesante punto, siendo indudable que, por lo que respecta a nuestro punto de vista, la localización del cáncer rectal, salvo pocas excepciones, no es obstáculo para su diagnóstico temprano.

En cuanto a la *situación* del cáncer sobre la circunferencia intestinal, COLE afirma que las localizaciones predilectas son las paredes anterior y lateral. RAWLINGS, sin embargo, cree que con mayor frecuencia se ve invadida la pared posterior, y OENLER dice que los carcinomas se producen con igual frecuencia en la pared anterior que en la posterior. PENNINGTON, en su estudio de 926 casos de tipo anular, 547 estaban en la pared anterior, 280 en la posterior y sólo 99 en la lateral. Nuestra experiencia está de acuerdo con lo observado por este último autor, siendo la pared anterior del recto la más frecuentemente afectada por las neoplasias rectales.

Puede suceder que, a pesar de una meticulosa investigación del recto con el intermedio del tacto, no se descubra nada de anormal en un paciente afecto de la sintomatología a que anteriormente nos hemos referido. ¿Deberemos desechar entonces la idea de la existencia de un cáncer? De ninguna manera. Si no se poseen elementos apropiados para la práctica del resto de las exploraciones, deberá dirigirse el paciente a un especialista, el cual, en un 100 por 100 de las veces nos sacará de dudas, con el intermedio, principalmente, de una *rectosigmoidoscopia* y, si fuese preciso, de una *exploración roentgenológica*.

Dada la índole de este trabajo, no creo oportuno hacer un estudio crítico comparativo entre las exploraciones últimamente citadas. Solamente diré que en orden a su práctica, nunca se deberá realizar la roentgenológica sin haber efectuado previamente un tacto rectal y una rectosigmoidoscopia, con cuyo proceder se evitarán posibles accidentes obstructivos por la presencia del sulfato de bario cuando exista una neoplasia en grado algo avanzado de su evolución y que estenose en parte la luz rectal.

Aun cuando me esté dirigiendo a médicos generales, no quiero silenciar en este momento un punto, a mi juicio, muy interesante y de gran trascendencia en la práctica diaria. Me refiero a la práctica de la rectosigmoidoscopia. ¿Por qué razón el empleo del rectosigmoidoscopio está li-

mitado a los especializados en gastroenterología y algunos cirujanos generales? Su manejo es de suma facilidad; la interpretación de las imágenes endoscópicas, con cierto aprendizaje, no presenta demasiadas dificultades; su costo es reducido; los elementos de juicio que proporciona son fundamentales en los numerosos procesos que asientan en la región rectosigmoidea, siendo esta última razón la que exige que su utilización debiera ser frecuentísima. Este es un hecho que para mí tampoco tiene explicación, pues aun cuando no faltan opiniones sobre que dicho proceder exploratorio debe ser utilizado por especialistas (LOCKHART-MUMMERY, entre algunos otros), y, en este sentido, con más motivo pudiera decirse respecto a que las exploraciones roentgenológicas solamente debieran ser realizadas por los roentgenólogos, la realidad es que la rectosigmoidoscopia, conforme en absoluto con la opinión de RANKIN, debiera prodigarse en manos de los médicos generales, del mismo modo que la medida de la tensión arterial.

Si al tratar del interrogatorio de los pacientes con cáncer en el recto vimos que en los comienzos de la afección, por lo general, hay más que suficientes datos para orientar al médico consultor sobre su posible existencia, al referirnos a la búsqueda de datos objetivos que confirmen o desechen nuestra sospecha, el médico se encuentra con una valiosa ayuda en la sencillez y seguridad de los métodos exploratorios que ha de emplear, sobre todo en el tacto rectal y en la rectosigmoidoscopia.

Como nada hay en Clínica que enseñe más que los «hechos vividos», y, sobre todo, los errores que a diario cometemos todos, absolutamente todos, aun a costa de prolongar este trabajo, a continuación expongo, a modo de ejemplos, algunos datos de historias clínicas correspondientes a mi estadística, ejemplos no seleccionados, sino extraídos al azar, ya que los hechos que en aquellas constan se repiten en la práctica con la terrible frecuencia que al principio apuntábamos.

Enferma X. X.—Doce meses antes de ser vista por mí, crisis de estreñimiento, que venció con purgantes, quedando con bastantes molestias en «bajo vientre» y zona sacra. Algunas deposiciones con sangre. El médico con el cual consultó diagnosticó se trataba de unas *hemorroides*. No hizo exploración intrarrectal alguna. Como continuara expulsando sangre en las deposiciones, el médico la recomendó fuera vista por un roentgenólogo, el cual, con el intermedio de un enema opaco, comprobó no existía nada de anormal. Nuevamente explorada por un ginecólogo, ratificó se trataba de hemorroides. En el transcurso de los tres últimos meses, la enferma presentaba inapetencia, insomnio, adelgazamiento, gran sensación de astenia, siendo rara la deposición en la cual no existía sangre en mayor o menor cantidad, resultando aquellas francamente dolorosas. Días antes de acudir a mi consulta fué explorada con tacto rectal y rectoscopia por un cirujano, diagnosticando la existencia de una extensa neoplasia rectal, a 7 centímetros del ano, con propagación a los anejos uterinos del lado izquierdo. Histológicamente, un *adenocarcinoma*.

Enferma X. X.—Doce meses antes de ser vista por mí, crisis diarreas, con sangre en la mayor parte de las deposiciones, tres o cuatro veces al día. Al consultar con el médico de cabecera, éste diagnosticó una *colitis*, siendo tratada con preparados de bismuto, corrigiéndose poco la dicha sintomatología. Tres meses después, la cantidad de sangre aumentó, expulsando, además, secreción mucosa con la materia fecal. Cinco meses más tarde, el mismo médico pensó en la existencia de *hemorroides*, dada la persistencia de las hemorragias, recetando preparados a base de adrenalina. Además, se hizo una exploración roentgenológica, que ratificó el diagnóstico primeramente establecido de *colitis*. La paciente continuó haciendo cada vez mayor cantidad de deposiciones y algunas con abundante cantidad de sangre. Como aquella adelgazara progresivamente, el médico, insistiendo en su creencia de que se trataba de unas *hemorroides*, sin hacer exploración intrarrectal alguna se cuidó de mejorar su estado general, sobre todo su adelgazamiento, principal preocupación suya. Un mes antes de serme enviada la enferma, fué explorada por un cirujano, diagnosticando, previo tacto rectal y rectoscopia, la existencia de una neoplasia rectal. Histológicamente se confirmó un *adenocarcinoma*.

Enferma X. X.—Catorce meses antes de ser vista por mí comenzó la paciente a observar sangre en las deposiciones, alguna vez en no escasa proporción; dos meses después, aproximadamente, además de la sangre, empezó a sentir sensaciones de tenesmo, expulsando secreción mucosanguinolenta. El médico de cabecera, desde un principio, diagnosticó una *colitis disenterica*, sin hacer exploración intrarrectal alguna. La medicación entonces impuesta no mejoró en nada dicha sintomatología, en vista de lo cual se creyó que unas *hemorroides* serían la causa de los dichos trastornos, principalmente de la sangre y del tenesmo. Mes y medio antes de ser enviada la paciente fué vista por un cirujano, el cual, al practicar un tacto rectal y una rectoscopia, diagnosticó la existencia de un tumor en el recto, de gran extensión.

Creo interesante, en este caso, dar a conocer el resultado de las exploraciones rectales efectuadas por mí antes de iniciar el tratamiento con la roentgenterapia de Chaoul.

Por tacto rectal, desde un centímetro y medio del ano, se apreciaron numerosas formaciones polipoideas de contornos y consistencias muy diversas, que verdaderamente taponaban casi por completo la luz rectal hasta un nivel de 7 centímetros del ano, por encima de los cuales podía presumirse existían en mayor número, ya que con el dedo explorador no era posible alcanzar mayor altura. Esta exploración resultó muy dolorosa y dió lugar a la salida de abundante cantidad de sangre, razones por las cuales no se insistió en aumentar la recogida de datos, estado de la pared rectal, etc.

Rectoscópicamente, resultaba difícil precisar las imágenes que se observaban en las diversas alturas de la luz rectal; tal era la cantidad de masas poliposas existentes, unas completas y otras a medio necrosar, que tapaban la luz del rectoscopio, al propio tiempo que la sangre entorpecía la exploración. Pude, sin embargo, conocer el límite superior de aquellas, y que correspondía a los 8 centímetros del ano. El tratamiento roentgenterápico, al hacer desaparecer rápidamente dichas neoformaciones, me permitió comprobar el límite exacto hasta el cual existían.

Enferma X. X.—Once meses antes de ser vista por mí, la enferma comenzó a notar sensaciones de peso y dolor en la región sacra, acompañadas de tenesmo rectal, así como de la presencia de sangre en las diarias deposiciones. Al ser consultado el médico de cabecera, achacó dichos síntomas a la existencia de *hemorroides*, recetando unos supositorios. Ante este diagnóstico, la paciente acudió a otro médico, el cual, sin hacer ninguna exploración intrarrectal, practicó la terapéutica basada en inyecciones esclerosantes, con la cual no modificó en nada la sintomatología anteriormente expuesta, por lo que consultó con un médico internista, el que, con gran perspicacia clínica, al presumirse el diagnóstico cierto, remitió la enferma a un especialista quirúrgico de aparato digestivo. Efectuadas las exploraciones pertinentes y una biopsia, se llegó al diagnóstico de *adenocarcinoma* en la ampolla rectal.

También creo interesante indicar el resultado de las exploraciones rectales efectuadas por mí antes de comenzar el tratamiento roentgenterápico de Chaoul.

Por tacto rectal se apreció, a unos 2 centímetros del ano,

una serie de nódulos, muy duros, repartidos circularmente, y que daban la impresión de estar unidos entre sí. Producían una ligera estenosis de la luz rectal. Por su tamaño sobresalían, uno situado en la cara anterior, y otro en la posterior, aún más grande (en las 7 y 11 de la esfera del reloj).

Rectoscópicamente se veía, inmediatamente de pasar el esfínter anal, una superficie cubierta de mamelones carnosos y regularmente distribuidos por toda la ampolla rectal y sin que entre ellos quedara ninguna parte de mucosa sana. Estaban recubiertos de un exudado hemopurulento que, al limpiarle, dejaba al descubierto los mamelones desprovistos de epitelio en su mayoría y sangrantes.

Dicha zona tenía una altura aproximada de unos 3 centímetros, por encima de la cual se observaba (después de quitar el exudado hemopurulento indicado) una mucosa de aspecto normal. La parte superior de la ampolla rectal y unión rectosigmoidea mostraban una mucosa normal.

Enferma X. X.—Paciente de sesenta y un años de edad; once meses antes de ser vista por mí comenzó a sentir molestias en la parte inferior del vientre y espalda, que se acentuaban al hacer las deposiciones, y a las cuales no concedió importancia al principio; pero más adelante, un mes y medio después, al comprobar su persistencia, consultó con un cirujano, el que diagnosticó la existencia de una estrechez del ano, haciendo una pequeña intervención quirúrgica (¿dilatación anal?), a pesar de la cual las citadas molestias no cesaron, apareciendo vómitos intermitentes, así como trastornos diarreicos y sangre en algunas deposiciones. Veinte días antes de serme enviada la enferma, fué vista por otro cirujano, diagnosticando, previas exploraciones por tacto rectal y rectoscopia, lo siguiente: «La enferma X. X. padece un *adenocarcinoma* de recto. Según exploración rectoscópica, se trata de un tumor vegetante y ulcerado, que invade, de modo circular, la mucosa del recto a una distancia de unos 15 centímetros del ano. Parece invadir más profundamente pared anterior y prolongarse a bastante altura más allá del orificio estenosante, que determina el contorno interior de la tumoración. Existe rectitis de mediana intensidad, particularmente por encima de la estrechez.»

Enferma X. X.—Paciente que, desde hacía muchos años, venía padeciendo desarreglos intestinales a consecuencia de una colecistitis. Once meses antes de ser vista por mí tuvo una reagudización de sus trastornos intestinales, con intenso tenesmo y alteraciones de su estado general. Como no mejorase con la medicación impuesta por un médico con quien consultó, se hizo ver por un cirujano de aparato digestivo, el cual, previa exploración rectal, diagnosticó la existencia de un *pólipo* en el recto, proponiendo un plan terapéutico por el cual, aunque encontró cierto alivio, no hizo desaparecer los trastornos citados, sobre todo las sensaciones de tenesmo rectal, casi constante. Nueve meses después, como continuase el tenesmo, la sangre en las deposiciones aumentara y el grado de astenia fuera cada vez mayor, a pesar de las muy diversas medicaciones impuestas, fué explorada por un médico de la misma especialidad, el que, previas las exploraciones rectales pertinentes y la práctica de una biopsia, diagnosticó la existencia de un *adenocarcinoma* rectal.

Veamos, con detalle, el resultado de mis exploraciones rectales:

Por tacto rectal, se apreció, a punta de dedo, una masa pediculada que asentaba sobre la pared anterolateral derecha, la cual estaba indurada.

El examen rectoscópico mostraba, a 7 centímetros del ano, en la pared anterior y lateral derecha, una proliferación vegetante, de típico aspecto neoplásico, dura al tacto instrumental y sangrante, de un tamaño aproximado de 1,5 centímetros de longitud por 0,5 centímetros de altura y anchura, dispuesta en sentido transversal. La mucosa en donde se implantaba dicha proliferación estaba indurada y desprovista de epitelio, sangrando fácilmente al contacto con el tubo rectoscópico; esta zona infiltrada tenía, en conjunto, una forma triangular, extendiéndose casi circularmente a nivel de la formación polipoidea, para afectar sólo a una pequeña porción de la pared anterior en su límite superior. Los límites de la porción indurada (sospechosa de infiltración neoplásica por su aspecto macroscópico), eran: por abajo, comenzaba a unos 6,5 centímetros del ano, extendiéndose entre las 2 y 11 horas de la esfera del reloj (la enferma, en posición

genupectoral), y por arriba, su límite superior alcanzaba, aproximadamente, los 10,5 centímetros del ano, en una extensión entre las 4 y 6 horas de la espera del reloj. A nivel de estas alteraciones, la luz rectal estaba considerablemente estrechada, aunque permitía el paso fácil de un tubo rectoscópico de 20 milímetros de calibre.

Por encima y por debajo de los indicados límites, la mucosa rectal y sigmoidea tenía un aspecto completamente normal.

Enfermo X. X.—A fines del año 1942 comenzó con desarreglos intestinales, deposiciones diarreicas, alternando con otras normales, pero con algo de sangre en ellas. El médico con el cual consultó, sin hacer exploración rectal alguna, recetó unos papelillos y comprimidos, a pesar de los cuales dichos síntomas se fueron acentuando, apareciendo cierta incontinencia rectal. En el mes de enero de 1943 aparecieron unas hemorroides externas, expulsando sangre líquida en las deposiciones, aumentando, además, los dolores y el tenesmo rectal, que habían desaparecido poco tiempo antes. En el mes de septiembre del mismo año, *dichas hemorroides fueron intervenidas quirúrgicamente*. Dado de alta de la intervención, el paciente comprobó que las molestias y trastornos antes citados continuaban aumentando, así como apareciendo dolor en parte baja del vientre, anorexia, estreñimiento acentuado y gran adelgazamiento. Diez días antes de serme enviado el enfermo, éste consultó con otro cirujano, diagnosticando, previas exploraciones pertinentes y biopsia, la existencia de un *adenocarcinoma* rectal.

Para dar una idea de la magnitud de dicha neoplasia, a continuación expongo el resultado de mis exploraciones:

Por tacto rectal, se encontraban, en cara anterior de ampolla rectal, varias masas vegetantes, muy duras y adheridas a los tejidos vecinos. Incontinencia del esfínter anal, por probable destrucción de él en la intervención quirúrgica antes mencionada.

El examen rectoscópico mostró, en cara anterior y lateral derecha, y desde los 5 a los 8 centímetros del ano, unas masas vegetantes de típico aspecto neoplásico. En plena zona tumoral, a unos 7 centímetros del ano y en cara anterior, se abría un orificio de un diámetro aproximado de 12 milímetros, con paredes blanquecinas, que correspondía a la continuación de la luz intestinal, muy estenosada. No pudo proseguirse explorando partes superiores del recto y sigma, por no permitirlo la fijeza y calibre de la estenosis.

Toda la cara posterior y gran parte de la lateral izquierda de la ampolla rectal eran normales, lo mismo que la cúpula formada por la parte superior de la ampolla, y que formaba a modo de un pequeño fondo de saco por encima de la estenosis tumoral.

Enfermo X. X.—Paciente de setenta y seis años de edad, que desde hacía muchos años tenía tendencia a la diarrea, motivo por el cual estuvo sometido a planes medicamentosos y alimenticios. Pero desde un año y medio antes de ser visto por mí, notó la salida, por recto, de una secreción mucosanguinolenta cada cuatro o cinco horas, excepto cuando se encontraba acostado, pues en este caso transcurría mucho mayor tiempo sin efectuarse. Los médicos que le visitaron entonces achacaron el hecho a algunas *hemorroides* o a la *hipertrofia prostática* que padecía. Explorado, poco después de dicha fecha, con el intermedio de una roentgenoscopia, se diagnosticó «el principio de una úlcera gástrica», debiendo advertir que el enfermo se encontraba cada vez en peor estado: le sangre en las deposiciones aumentó, el apetito casi desapareció y presentaba dolores en la región sacra. Se le trató como ulceroso de estómago y, más tarde, como anémico. Quince días antes de serme enviado el enfermo, como la sintomatología acabada de exponer tomara caracteres alarmantes, fué explorado por tres cirujanos consecutivos, ya que a la hipertrofia prostática se le concedía la máxima importancia. Dichos compañeros diagnosticaron unánimemente la existencia de una neoplasia rectal. Histológicamente, un *carcinoma ulcerovegetante*. La tumoración estaba comprendida entre los 5 y los 9 centímetros del ano.

Enfermo X. X.—Paciente de setenta años de edad. Un año, aproximadamente, antes de ser visto por mí, notaba cierta sensación de pesadez en la región anal, que mitigaba con baños de asiento. Al propio tiempo, tendencia a las diarreas, expulsando sangre con la materia fecal en casi todas las de-

posiciones (seis a ocho al día), interpretando este síntoma el enfermo como originadas por hemorroides. Poco tiempo después, apareció sangre en la orina, consultando entonces con un urólogo, el cual, previa cistoscopia, no encontró nada de anormal en la vejiga urinaria. No existía retención de orina. En la misma sesión se hizo un tacto rectal, llegándose al diagnóstico de una ligera hipertrofia prostática y existencia de un grueso paquete hemorroidal, no concediéndose gran importancia a estos procesos, e indicándose que, de continuar apareciendo la sangre, se darían unos toques con termocauterio. Algunos meses después, el propio enfermo notó unos tumorcitos en la ingle izquierda, y, alarmado por esto, consultó nuevamente con el urólogo citado, el cual envió al paciente para que se le practicara una rectoscopia, exploración que puso de manifiesto la existencia de una neoplasia rectal. Durante el tiempo transcurrido con los síntomas anteriores, el enfermo experimentaba gran sensación de astenia, inapetencia, perdiendo cuatro kilos de peso.

Mis exploraciones rectales me proporcionaron los datos siguientes:

Por tacto rectal se apreciaba, en cara anterior del recto, por encima del resalte prostático, un reborde de dureza leñosa que se continuaba hacia arriba, dejando en su centro una zona más deprimida y lisa; dicho reborde vegetante estaba fijo a los tejidos subyacentes, no alcanzando el dedo explorador su límite superior.

Rectoscópicamente se observaba una serie de proliferaciones vegetantes de color rojo vivo, que sangraban espontáneamente y que rodeaban una zona ulcerada más deprimida, ocupando la cara anterior de la ampolla rectal, entre los 5 y los 9 centímetros. El análisis histológico demostró se trataba de un *carcinoma*.

Enferma X. X.—Paciente de cincuenta años de edad. Un año antes de ser vista por mí, después de ponerse un enema, sintió dolor en la región rectal; pocos días más tarde tuvo una hemorragia rectal al hacer una deposición. Consultado el médico de cabecera, prescribió laxantes, no volviendo a aparecer la sangre, no así cuando estaba estreñida. Unos meses después, al ser consultado un cirujano, se diagnosticó la existencia de una *fisura anal* y *hemorroides*, *siendo intervenida quirúrgicamente* de ambos procesos. Como las molestias continuaran, a pesar de la dicha intervención, al efectuarse un tacto rectal por otro cirujano, se comprobó una neoplasia en el recto, para cuyo tratamiento con roentgenterapia de Chaoul se me envió.

Resultado de mis exploraciones rectales:

Por tacto rectal se apreció, en la cara lateral izquierda de la parte baja de la ampolla rectal, una zona indurada, de fondo ligeramente deprimido y bordes elevados, bastante fija a los tejidos vecinos, y cuyo límite no pudo alcanzarse bien con el dedo, por los intensos dolores que se provocaba a la enferma, a pesar de hacer la exploración con toda delicadeza.

Rectoscópicamente se observó, entre los 2 y 6 centímetros del ano, en la cara lateral izquierda del recto, una zona de típico aspecto neoplásico, ulcerada en su parte central, con bordes elevados en forma de reborde, irregulares, y que representaban pequeñas proliferaciones vegetantes en algunos puntos. La parte inferior estaba situada inmediatamente por encima de la línea pectinada, pareciendo infiltrarla por debajo de la piel del canal, pues las criptas y papilas del lado izquierdo aparecían elevadas y hacían prominencia en la luz del canal anal. Histológicamente se comprobó se trataba de un *adenocarcinoma*.

La lectura de las breves historias clínicas acabadas de exponer no debe tener en el lector otra resultante que la de ser retenidas constantemente en su imaginación, y, llegado el caso, puedan servirle de norma para no dejarse llevar por una primera impresión al oír que un paciente se queja de algún trastorno calificado de hemorroidal, etcétera. Este es el objeto que el autor de este trabajo se ha propuesto al publicarlas, para quien los errores propios y ajenos han servido de preparación fundamental para su práctica social y médica.

No quiero terminar este esquemático trabajo sin explicar algo más, aun cuando lo haga muy sucintamente, del porqué de tanta insistencia sobre las ventajas de los diagnósticos tempranos del cáncer rectal.

Todavía no hace muchos años el tratamiento del cáncer del recto, tanto desde el punto de vista quirúrgico como fisioterápico, no proporcionaba a los cirujanos, así como a los radiólogos, nada más que fracasos, siendo verdaderamente excepcional lograr una curación definitiva. Ni las técnicas operatorias, ni el material radiológico, ni el estado avanzado en que la mayor parte de los pacientes llegaban a unos u otros especializados, permitían sentar, ante un determinado caso, un pronóstico que no fuera del tipo más sombrío.

Respecto de la Cirugía, en el extranjero se han publicado algunas, pocas, magníficas estadísticas de supervivencias prolongadas. Para lograr esto ha sido preciso hacer una verdadera selección de los enfermos en los Centros hospitalarios francamente especializados, en los cuales, por su organización, es posible hacer exploraciones sistemáticas casi a todos los pacientes que acuden con trastornos del aparato digestivo, consiguiendo de este modo sorprender lesiones neoplásicas del rectosigmoide en su iniciación, así como formaciones poliposas con iniciales degeneraciones malignas. Las intervenciones quirúrgicas son realizadas por contados cirujanos que se han constituido ya, al pasar no poco tiempo, en verdaderos maestros de las técnicas operatorias correspondientes. Cualquiera de éstas, para ser eficaces, requiere mutilaciones extraordinarias, razón por la cual, no solamente han de seleccionarse los pacientes por la lesión en sí que padecen, sino también por las condiciones generales que aquél reúna. Claro está que, a pesar de todo, aun cuando ha ido disminuyendo la mortalidad operatoria y postoperatoria, un tanto por ciento de pacientes sucumbe y en otro tanto por ciento la lesión neoplásica recidiva, teniendo necesidad de ser tratados, paliativamente, con roentgenterapia profunda, por radiumterapia o por ambas asociadas.

Ahora bien: dichas estadísticas, ¿reflejan fielmente el estado actual en que se encuentran, en la clínica diaria, el diagnóstico y tratamiento del cáncer rectal? A mi juicio, no, ocupándome de ello en un trabajo que próximamente haré aparecer. De todos modos, ahora diré, sucintamente, que los conceptos referentes a operabilidad, mortalidad operatoria y supervivencias prolongadas de los enfermos operados, con ellas se desvirtúan totalmente, no estando en relación con la realidad, es decir, con lo que la práctica diaria nos demuestra.

Como más adelante veremos, por una parte, el cáncer rectal sigue diagnosticándose tardíamente:

en los momentos actuales, siendo éste un hecho que se repite en todos los países del mundo, ya que con excepción de algunas zonas enclavadas en ciertas naciones, las causas de dichos diagnósticos tardíos, y que luego citaremos, no son fáciles, por desgracia, de modificar hasta pasado un buen número de años. La Cirugía, por tanto, muy poco puede hacer, por el momento, para lograr estadísticas de operabilidad análogas a las aparecidas recientemente y que provienen de Centros hospitalarios con características excepcionales en su organización.

La *mortalidad operatoria* por cáncer rectal, a pesar de cuantos perfeccionamientos vienen realizándose en las técnicas quirúrgicas, así como en las medicaciones utilizadas para evitar muchas de las complicaciones que el acto operatorio lleva consigo, sigue siendo muy elevada para los cirujanos que no cuenten con organizaciones similares a las anteriormente citadas, no por culpa de su mayor o menor pericia quirúrgica, sino por la causa antes dicha de los diagnósticos tardíos.

Y en cuanto a las *supervivencias prolongadas*, el tanto por ciento de las que se consiguen por la generalidad de los cirujanos son de una escásima proporción, ya que han de tropezar con el mismo obstáculo citado y bien sabemos el gran descenso de aquéllas, aun considerando las cifras más optimistas de las citadas estadísticas, en cuanto los enfermos pasan del primero al segundo grado de operabilidad, pues desciende casi en un 50 por 100, siendo los grupos más adecuados para las intervenciones quirúrgicas.

Así, pues, como muy acertadamente indican algunos cirujanos españoles, de poco sirve que las técnicas operatorias hayan logrado un gran perfeccionamiento, si en los casos en que pueden ponerse en práctica son el menor número entre los cancerosos rectales.

El método terapéutico basado en la roentgenterapia de Chaoul, al ser empleado en el tratamiento de lesiones neoplásicas rectales en sus primeras fases de su evolución, presenta un porvenir francamente alentador. Al publicar recientemente, por mi parte, un libro sobre mi experiencia con el dicho método roentgenterápico, además del deseo de dar a conocer dicha modalidad de terapéutica en España, otra idea más interesante guió mis afanes. Dado que mi casuística de cánceres rectales tratados durante más de cuatro años de práctica se componía, fundamentalmente, de enfermos, no sólo inoperables, sino de algunos hasta casi desahuciados, análoga, por tanto, a la del profesor CHAOWL, existiendo solamente muy contados con lesiones menos avanzadas, pero nunca en una fase temprana equiparable a las de los enfermos que forman parte de las favorables estadísticas quirúrgicas extranjeras publicadas, y, habiendo podido comprobar, día por día, la evolución

seguida por dichos pacientes, que sigo observando, poniendo en práctica cuantos métodos exploratorios están a mi alcance para asegurar la más perfecta y honrada información, llegué a la conclusión siguiente: Si con casos tan avanzados he llegado a conseguir el 53 por 100 de supervivencias, cifra no lograda, ni en cantidad, ni en calidad, por ningún otro método terapéutico actual, la mayor parte de ellas persisten ya más de cuatro años desde la iniciación del tratamiento, con desaparición histológica de las neoplasias, es fácil comprender con cuánta mayor facilidad y tanto por ciento se lograrán al tratarse de pacientes en las condiciones que reclaman los cirujanos para lograr sus éxitos (1).

Con posterioridad a dicha publicación he tenido ocasión de tratar varios enfermos con neoplasias de recto en fases relativamente tempranas de su evolución y, hasta ahora, aun cuando todavía ha transcurrido escaso tiempo, tengo esperanzas muy fundadas en que el éxito acompañará, de un modo definitivo, a mis lógicos deseos.

Por la exactitud y eficacia de su técnica, por no requerir la práctica de un ano artificial, por la ausencia de riesgos vitales, por no ser necesaria la hospitalización de los enfermos y por otras muy interesantes ventajas, entre las cuales no es la menos importante la de no encontrar contraindicación ni en la edad del paciente ni en la coexistencia de otras afecciones, tales como la dia-

(1) Muy recientemente, 14 de junio 1947, en una de las sesiones clínicas celebradas en el Servicio del profesor MARRAÑÓN, del Hospital Provincial, he demostrado el porqué de la posibilidad de conseguir dichos resultados, basándome en la gran cantidad de radiación Roentgen que con el tubo radiógeno de Chaoul, con anodo en punta, se alcanza, no solamente la intimidad del tumor, aun siendo de bastante espesor, sino también a las zonas linfoganglionares perirrectales. Dicho trabajo será publicado en breve.

betes, etc., la roentgenterapia de Chaoul en los cánceres del recto en sus fases tempranas, será, sin duda alguna, a juzgar por lo que, hasta ahora la experiencia me ha enseñado, el método de elección de su terapéutica.

Creo, por tanto, vuelvo a repetir, que ha llegado ya la hora, y aun pasado, del mito de la falta de sintomatología del cáncer rectal en los comienzos de su evolución. Creo también que no hay razón para que los enfermos que tienen la desgracia de padecer dicha afección vayan de un médico a otro, durante ocho o diez meses, siendo diagnosticados de colíticos, hemorroidarios prostáticos, etcétera (2), es decir, de procesos que ya desde muy antiguo sabemos (3) que pueden distraer la atención del verdadero diagnóstico, pero que ya no hay razón para ello y para conformarse con una terapéutica sintomática, sin una previa confirmación de que no existe un cáncer rectal, sospecha que solamente por el hecho de existir debe ser más que suficiente para poder llegar a establecer diagnósticos tempranos de dicha enfermedad, haciendo posibles terapéuticas eficaces que aclaren en no poco el aspecto sombrío del pronóstico actualmente existente de dichos pacientes, a causa de las metástasis a distancia, que son la causa fundamental de la muerte de aquéllos y las que imposibilitan todo esfuerzo por nuestra parte.

(2) En este sentido, es muy elocuente lo dicho por JONES: «En el Hospital General de Massachusetts habían sido tratados por hemorroides más del 75 por 100 de los pacientes, que más tarde fueron diagnosticados de cáncer rectal.»

(3) En el año 1810, COPELAND publicó un interesante libro, *Observaciones de algunas de las enfermedades principales del recto*, en el cual aparecen los mismos conceptos, sobre las causas de error en el diagnóstico del cáncer del recto, que figuran en las publicaciones actuales.

La trascendencia del diagnóstico precoz en la tuberculosis osteoarticular

por el

Doctor J. ORTEGA

Servicio de Cirugía del Sanatorio Peña-Castillo (Santander)

La tuberculosis osteoarticular es una enfermedad secundaria que, a partir de un foco visceral, con predominio intratorácico, y que está condicionada a distintas fases alérgicas, que constituyen la doctrina de RANKE, a las apetencias tisulares del bacilo, a la estructura de los tejidos, a la herencia y a la constitución. La infección tuberculosa del esqueleto evoluciona por brotes en el sentido de Redeker, con múltiples facetas patogenéticas, que la dotan de una personalidad de finida dentro de la doctrina general de la infección tuberculosa.

No es ésta la pretensión nuestra, sino el hacer ver las dificultades diagnósticas que se presentan en muchas ocasiones y la importancia y trascendencia que tiene que lograr en esta enfermedad

un diagnóstico precoz. La tuberculosis osteoarticular es de evolución lenta, insidiosa, que muchas veces tiende a la curación espontánea, como ocurre, por ejemplo, en el niño, mientras que en el adulto las posibilidades de curación son siempre lejanas, a no ser que se instituya después de un tratamiento general, casi siempre muy dilatado, seguido de métodos artrodesiantes. Por tanto, son muchos los casos que terminan en invalidez. Sin embargo, muchas de estas invalideces pueden ser evitadas, o por lo menos modificadas, si se diagnostica precozmente. Es cierto que tanto el diagnóstico clínico, diferencial, de laboratorio y experimental casi siempre conducen a la obtención de un diagnóstico seguro.

Diagnóstico clínico.—En éste incluimos sínto-

mas generales y síntomas locales. Los primeros inducen al organismo modificaciones hematopoyéticas, metabólicas inmunitarias y del centro termorregulador. Es de suma importancia la anamnesis, que comprende preguntar al enfermo el tiempo que hace que comenzó su enfermedad, si ha mediado algún traumatismo, si ha surgido a continuación de una enfermedad infecciosa, bien sea del tipo de sarampión, tifus, anginas, etcétera, etc. Observaremos el aspecto general del enfermo, estado de nutrición, aspecto de la piel, espasmos musculares, cojeras, atrofas musculares y aumento de la temperatura, tanto localmente sobre el foco patológico como en la axila. Entre los síntomas locales merecen consideración la tumefacción, los dolores, bien sean focales o a distancia; la limitación de los movimientos, anomalías de posición, la existencia de abscesos, fistulas e infecciones secundarias.

Diagnóstico radiológico.—Aunque todos los autores están de acuerdo con que la radiología no proporciona datos interesantes en los períodos prodrómicos de la enfermedad, es, sin embargo, un dato que no se puede prescindir de él. Las imágenes que la radiografía nos proporciona se reducen a atrofia ósea, alteraciones de las sombras de partes blandas, manifestaciones focales, modificaciones del espacio articular, modificaciones del contorno de las superficies articulares, modificación de la posición y, finalmente, alteraciones en el crecimiento de las epífisis articulares. La atrofia es un signo, generalmente, precoz, que se caracteriza por una transparencia ósea, que en grados avanzados da un aspecto vidrioso y la cortical aparece como recalcada por un lápiz. La alteración de la sombra de partes blandas se caracteriza por una opacidad de la cápsula y ligamentos periarticulares, debido al edema e infiltraciones del foco patológico.

Manifestaciones focales.—Nos referimos a las imágenes del foco granuloso y del foco caseoso, cuya diferencia entre uno y otro estriba en la densidad, ya que en el foco granuloso las trabéculas óseas están desaparecidas, mientras que en el foco caseoso persisten, y quizá aún más engrosadas.

Modificaciones del espacio articular.—Para poder hacer un juicio lo más exacto posible, es recomendable hacer radiografía a las dos articulaciones, para poder apreciar el grado de separación o de estrechamiento existente entre las dos superficies articulares, que en fases avanzadas está casi siempre desaparecido, debido a la destrucción del cartílago.

Modificaciones del contorno de las superficies articulares.—Cuando las granulaciones invaden las superficies óseas los contornos articulares muestran irregularidades, como si estuviese dentado y corroído en parte o en toda su extensión.

Modificación de la posición.—Nos referimos a

los grados de luxaciones o subluxaciones que se presentan con relativa frecuencia en cadera y rodilla, y tanto en el período premonitorio como en fases avanzadas.

Alteraciones en el crecimiento de las epífisis articulares.—Este es un signo radiológico que HAVRANEK encontró en la gonitis de los niños, que se caracteriza por una hiperemia inflamatoria, que se extiende primero a la epífisis y luego al miembro entero. Dicha hiperemia tiene como consecuencia la aceleración del crecimiento como resultado de una mayor actividad del tejido osteogénico.

Diagnóstico de laboratorio.—Se incluyen las reacciones tubercúlicas, análisis de sangre, reacciones serológicas, análisis de productos patológicos, inoculaciones al cobayo y biopsias.

Reacciones tubercúlicas.—Estas se dividen en percutáneas, cutáneas, intradérmicas y subcutáneas. Las que más se utilizan son: la cutánea de Von Pirquet, la intradérmica de Mantoux y, por último, cuando éstas son negativas, y en casos sospechosos y difíciles, se aplica el método subcutáneo, que no deja de tener sus inconvenientes. La más recomendable, por su sencillez e inocuidad, es la prueba de Von Pirquet, aplicable en cualquier clínica, por muy modesta que sea.

Entre los análisis de sangre tienen valor la velocidad de sedimentación y la fórmula hematológica. Esta última de mucho menos valor que la primera. La velocidad de sedimentación, aunque reacción inespecífica, por su fácil manejo y facilidad que puede proporcionar en el curso evolutivo y el pronóstico de la tuberculosis osteoarticular, es también de utilidad e insustituible en esta clase de enfermedad.

Las reacciones serológicas de Wassermann, Arloing y Courmot, así como la de Besredka, son empleadas en clínicas y sanatorios, pero por su dificultad de realización y resultados imprecisos no son aplicables en la práctica corriente.

Análisis de productos patológicos.—Consiste en extraer por punción articular el líquido existente, y después, previa centrifugación, investigar el bacilo de Koch; no es una prueba de gran utilidad, porque la mayoría de las veces da resultados negativos. Quizá sea de mayor importancia la inoculación de dichos productos al cobayo y examen posterior del ganglio infartado por la presencia de gérmenes tuberculosos, y, por último, como dato de mayor seguridad, disponemos de las biopsias, que consiste en la extracción de un trozo patológico, previa artrotomía e investigación anatómica del trozo extirpado; a pesar de considerar de mayor importancia esta última prueba, sin embargo, debe relegarse a último término, porque puede originar fistulas, diseminaciones hematógenas y, particularmente, porque, según opinión de KONSEG, la operación de la biopsia fracasa, sobre todo en los períodos incipientes, ya que

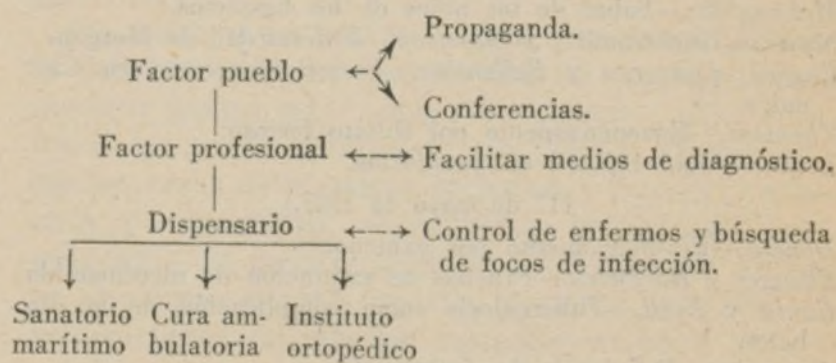
no podemos obtener trozos patológicos, sino que bien por la profundidad de la lesión, localizada muchas de las veces en recesos articulares, dificultan e impiden una visualización perfecta de las superficies articulares.

Se puede calcular que con estos datos en el 95 por 100 de los casos se obtiene un diagnóstico exacto; pero, claro está, las investigaciones citadas no son posibles en cualquier clínica o en cualquier lugar; de aquí estriba la dificultad con que se encuentra el médico general para llegar a un diagnóstico de tuberculosis osteoarticular; sin embargo, con los datos clínicos, una anamnesis bien hecha, la velocidad de sedimentación y la prueba de Von Pirquet, podemos, si no hacer un diagnóstico preciso, sí lo más aproximado posible, o, por lo menos, llegar a una sospecha que induzca e incline el ánimo del médico general a enviar estos enfermos al especialista para confirmar o bien modificar el diagnóstico. Es imprescindible que luchemos todos con la mayor fuerza de voluntad para conseguir diagnósticos precoces, con lo que veremos, en la medida de lo posible, la disminución de grandes deformidades y complicaciones o secuelas que la tuberculosis osteoarticular origina. Véanse las radiografías números 1, 2 y 3 de mal de Pott y osteoartritis de cadera, que nos demuestran a todas luces diagnóstico tardíos, y, en último término, lesiones avanzadas y poco menos que incurables. ¿Qué hacer para llegar a un diagnóstico precoz? No hay un método específico que nos demuestre el principio o, mejor dicho, el comienzo de la tuberculosis osteoarticular; sin embargo, es posible facilitar el diagnóstico precoz aunando los procedimientos que vamos a exponer: en primer lugar, es conveniente declarar a la tuberculosis osteoarticular como enfermedad obligatoria, para llevar un control minucioso de estos enfermos. El aumento de camas sanatorias, por lo menos a cuatro mil. La creación de institutos ortopédicos y plazas de especialistas, con consultorios osteoarticulares en los dispensarios antituberculosos, para que vigilen.

controlen y traten, si es preciso, con cura ambulatoria a estos enfermos. Facilitar al médico de cabecera medios de diagnóstico, como tuberculinas, etcétera; así como organizaciones de cursillos de la especialidad, con objeto de ampliar constantemente los conocimientos patogénicos y terapéuticos de la tuberculosis osteoarticular. Si esto se llevara a efecto, aparte de inculcar por medio de conferencias y otros medios de propaganda a la gente, las consecuencias que esta enfermedad suele reportar. Pues muchas veces la negligencia y la ignorancia de los padres, por un lado, y la falta de medios del profesional, por otro, los diagnósticos son tardíos, y el tratamiento que pueda aplicarse no es de resultados satisfactorios, ni mucho menos, con los que obtendríamos si los enfermos fuesen tratados al comienzo de su enfermedad.

En resumen, una organización perfecta de la lucha contra la tuberculosis osteoarticular comprende, además de los procedimientos que actualmente se emplean contra la tuberculosis pulmonar, un control de estos enfermos, siendo imprescindible, en caso de no declararse obligatoria, la unificación de todos los servicios hoy día existentes, comunicando al Patronato Nacional Antituberculoso los enfermos que son dados de baja y de alta, con datos periódicos y evolutivos de la enfermedad.

A continuación exponemos en un esquema cómo concebimos, después de lo relatado, la lucha contra la tuberculosis osteoarticular y, en su consecuencia, un mejoramiento del diagnóstico precoz de la misma.



Amphiolas de Cloruro de calcio *Merck*

Hemostasia y demás indicaciones del calcio por inyección intravenosa, sin que se produzcan efectos desagradables debido a la especial preparación del producto.

Divulgaciones del exterior

La mortalidad y el estado sanitario en la infancia francesa

En una de las últimas sesiones celebradas en la Academia de Medicina de París los doctores Lesné y Debré se han ocupado de la mortalidad infantil. Según las cifras denunciadas por ellos, cerca de cien mil niños menores de un año mueren actualmente en Francia cada doce meses. Ello es consecuencia de la guerra, de la ocupación y de las condiciones de orden social y económico, sumadas a las causas patológicas de mortalidad.

Para remediar esta situación, los doctores Lesné y Debré preconizan diversas medidas, de las cuales la primera y principal es la lactancia materna durante un mínimo de cuatro meses a partir del nacimiento.

El doctor Lasablière habló del centro de juventud y sanidad que funciona en Alemania bajo la dirección del general Dewinck. En el año 1946 este centro llegó a recibir 48.963 niños, en los que la miseria fisiológica era manifiesta. Después de

uan estancia de treinta y cinco días en la Alemania ocupada, se registró un sensible mejoramiento de su estado.

El doctor Lasablière habló del centro de juven- obtenidos en el Centro Regional de Pont l'Abbé en el tratamiento de las luxaciones congénitas. Estos resultados, marcadamente optimistas, han decidido a la Academia de Medicina de París a someter a examen de la sección de Cirugía la conveniencia de crear centros análogos en las regiones en donde las luxaciones congénitas son más frecuentes.

Con ocasión del XXV aniversario de la aplicación al hombre de la vacuna B. C. G., el doctor Weill-Halle hizo una evocación de las etapas de estas vacunaciones, las vicisitudes en sus comienzos y la labor a que han sumado su nombre Calmette y Guérin. Después de un cuarto de siglo, esta vacunación es obligatoria para el personal médico y paramédico. Tiende a propagarse en el público, y no es temerario afirmar que reducirá notablemente en lo por venir la mortalidad y morbilidad tuberculosas.

REGISTRO DE SUMARIOS

BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres, 10 de mayo de 1947.)

May, Boureka y Fleming.—Titulación de penicilina.
McLaughlin.—Salud de los niños de los hospicios.
Murison, Sutherland y Williamson.—Enfermedad de Morgan.
Coghill, Lawrence y Ballantine.—Fiebre recurrente en Cirenaica.
Thomson.—Envenenamiento por sulfato ferroso.
Lewis.—Salud infantil en guarderías.

(17 de mayo de 1947.)

Donald.—Envenenamiento por oxígeno.
Ellinger y Hardwick.—Pruebas de saturación de nicotinamida
Gauld y Lyall.—Tuberculosis como complicación de la diabetes.
Hatherley.—Deficiencia de vitamina C.
Davidson.—Gammexana y control de los mosquitos.
Winnicott.—Tratamiento físico de los trastornos mentales.

(24 de mayo de 1947.)

Blacklock.—Epidemiología de la tuberculosis.
Donald.—Envenenamiento por oxígeno.
Kershaw.—Diarrea no específica y disentería.
Hargreaves.—Diarrea y vómitos epidémicos.
Harrison.—Envenenamiento por el insecticida «Lethane».

ARCHIVIO DI OBSTETRICIA E GINECOLOGIA

(Nápoles, noviembre diciembre de 1947.)

Giorgi.—Cáncer del pulmón en el embarazo.
Dondi.—Talla cesárea retardada por monstruosidad fetal en embarazo gemelar complicado de hidramnios.
Nordio.—Valoración del ritmo cariocinético de los elementos mieloides.
Bracale.—Posibilidad de embarazo extrauterino en la endometriosis ovárica.
Tortora.—Toxina menstrual y necrosina de Menkin.
Vaglio y Anzisi.—El método densimétrico para la determina-

ción de la hemoglobina, del hematocrito y de las proteínas de la sangre.

MINERVA MEDICA

(Torino, 28 de abril de 1947.)

Toni.—Nanismo-infantilismo.
Boselli y Brigatti.—Polimiositis purulenta por estafilococo piógeno áureo curada con penicilina local.
Perelli.—Reacción de Rosegger en los poliomielíticos.

(5 de mayo de 1947.)

Natucci, Ricci y Cacchi.—Investigaciones experimentales sobre la nefroesclerosis por celofán.
Lattes, Constantini y Nissim.—Investigaciones experimentales sobre el factor Rh.
Castrovilli.—El bromohistidinato sódico por vía oral en la cura del úlcus.

(12 de mayo de 1947.)

Reseña de la Prensa médicoquirúrgica italiana y extranjera.

(19 de mayo de 1947.)

Gamna y Galeone.—Hemorragia subaracnoidea primitiva.
Barneschi.—Epicrisis de un caso de síndrome de Cruveilhier Baumgarten.
Constantini, Lattes y Nissim.—Investigaciones experimentales sobre el factor Rh.

SALVANDO UNA ERRATA

En nuestro número del sábado 21 de junio, y en el artículo del doctor don Emilio de la Peña acerca del «Tratamiento de la uremia mediante el empleo del llamado riñón artificial», en el párrafo segundo y línea anteúltima, donde dice HEPARINA deberá entenderse HIRUDINA, que es lo que realmente decía el original.

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA

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

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN PROFESIONAL: *Boletín de la semana*, por Decio Carlán. *Elecciones en la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía*, por J. M. T. B. *En honor de D. Ubaldo Trujillano Izquierdo*. INFORMATORIO PROFESIONAL: *Sección oficial*.

BOLETIN DE LA SEMANA

SINCERIDAD Y EMOCION

Nunca hemos dudado de ellas, y siempre fué de inestimable aprecio para nosotros la simpatía y confianza demostrada, a lo largo de tantos años, por los compañeros que nos honran con su atención a los trabajos de EL SIGLO MÉDICO.

Sabíamos, en efecto, que al publicar la nota del número de 14 de junio, en que se manifestaba nuestra decisión de suprimir la *Sección Oficial* en la revista, para no hacer competencia a los señores del Consejo General de Colegios, había de seguirse la protesta justificada y llegar a nuestras manos opiniones y sugerencias diversas.

Y así ha sucedido; en menos de ocho días hemos recibido un sinnúmero de cartas a este respecto. El lógico respeto que hemos de tener a la tranquilidad de nuestros comunicantes nos impide la publicación íntegra de las cartas recibidas, porque en bastantes de ellas se encierran conceptos y apreciaciones que pudieran ser mal interpretadas por la Superioridad. Pero esto no impide el que tengamos a disposición de quien lo quiera comprobar la correspondencia a que se alude, autorizando, por nuestra parte, a que se haga la información que ponga en evidencia que ninguno de nuestros comunicantes es de nuestra personal amistad, y que únicamente a todos ellos nos une el conocimiento de suscriptor y ningún otro lazo que pudiera sospecharse en nuestro favor.

Hemos meditado, como en muchas cartas se nos pide, sobre la resolución adoptada, y no nos duele prendas al testimoniar aquí que hemos decidido reanudar la publicación de la *Sección Oficial*, a fin de evitar los perjuicios que en todas las cartas se nos señalan, y que, aunque ya los descontábamos, no por eso las estimamos menos, sintiéndonos fortalecidos por cuanto ellas suponen de confirmación a nuestro criterio.

Así, pues, y desde esta misma fecha, volvemos a publicar la *Sección Oficial*, y rogamos a alguno de los que nos han escrito que no suponga en nosotros un movimiento de molestia y una resolución airada, sino más bien, y más cierto, el deseo de saber que no estábamos equivocados al afirmar que hemos venido durante muchísimos años prestando un valioso servicio a nuestros compañeros.

No debe nadie extrañar que, ante la injusticia y la desatención con que se nos ha tratado, pueda nuestro ánimo estar algo *soliviantado*; pero sobre todas las cosas se impone, en efecto, el respeto a los intereses de nuestros lectores, y con gran emoción y sinceridad, recogiendo sus indicaciones, volvemos de nuestro acuerdo, haciéndoles presente al propio tiempo nuestra gratitud por sus manifestaciones de interés, simpatía y apoyo.

DECIO CARLÁN.

Elecciones en la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía

LAS DOS DIRECTIVAS

La Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, cumpliendo preceptos reglamentarios, acaba de elegir nueva Junta directiva. Todo cuanto se refiere a esta veterana Corporación científica tiene un relieve extraordinario, como consecuencia de su activísima vida cultural y del amplio y profundo eco que tienen sus trabajos, tanto en España como en el extranjero.

No obstante esto, la trascendencia del hecho que pretendemos comentar en este artículo sobrepasa los límites normales de todo cambio de equipo directivo, constituyendo una efemérides verdadera

mente fundamental en la historia del movimiento dermatológico español.

Mi veteranía de más de diecisiete años de ininterrumpida permanencia en las sucesivas Juntas que han regido la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía y la benevolencia de la recién elegida, que ha seguido considerando útil mi permanencia en ella, me conceden una cierta autoridad moral y me obligan a saludar y despedir, respectivamente, a los presidentes entrante y saliente, y en la persona de ellos, a todos los restantes colaboradores que el espacio me impida mencionar.

Cesa en la presidencia de la Academia el doctor

Sáinz de Aja en el momento culminante de su carrera científica y profesional. Madurez de juicio, unida a un ímpetu juvenil de incansable luchador, hacen de este maestro el enlace coherente y la transición suave del pasado formativo y glorioso y la brillante realidad presente. Las enseñanzas creadoras de Azúa tuvieron en él y en el nunca bastante llorado maestro Sánchez Covisa, los continuadores más fecundos, los que con su esfuerzo supieron crear dos tendencias no antagónicas, pero sí emuladoras, que dieron a la escuela española de Dermatología un relieve internacional.

En el momento presente este sereno enjuiciamiento de la realidad colectiva y esta clara visión generosa, propia de los espíritus maduros y superiores, señalaron al propio maestro consagrado la conveniencia de ceder el paso a la nueva generación, para que ella, aguerrida en la lucha, se adiestrara también en el gobierno. ¡Qué rara y difícil es esta comprensión! Es evidente que en el renunciar existe más gloria que en el aspirar eternamente, pero no es menos cierto que muy pocos son los que saben ver esta realidad palpitante. Únicamente los verdaderos grandes son los que comprenden que nada hay más fecundo que abrir camino a los que vienen detrás, sin ser obstáculo cuando se ha llegado a la meta. Queremos, pues, destacar el hecho de que el doctor Sáinz de Aja ha cesado en la presidencia de la Academia Española de Dermatología cuando era más presidente que nunca y cuando contaba—también como nunca—con el apoyo de todos. Saludamos en él al presidente de honor, que ha de continuar prestando su apoyo y consejo desde este último cargo, que ya ostentaba desde hace muchos años.

Viene a sustituir al doctor Sáinz de Aja el profesor Gay, en cuyo breve apellido y en cuya vida, apenas madurada por los años, han cabido ya los mayores triunfos y los máximos honores. Gay es el hombre de las supremas facilidades; su energía vital y su talento han sorteado, sin aparente esfuerzo, sin dejar de vivir la vida a grandes sorbos, todos los escollos de la vida profesional y científica, y en la edad en que todos los demás apenas si vislumbran la meta, él la tiene ya desde hace tiempo sobrepasada y vencida.

Ahora el profesor Gay se enfrenta con una dura y difícil responsabilidad. La flexibilidad de su inteligencia tiene que mostrar desde ahora una nueva faceta, que no siempre es fácil y compatible con la juventud luchadora. El ocupar la presidencia de una Corporación científica de la historia de nuestra Academia Española de Dermatología requiere muy sutiles cualidades morales, amén de un serio prestigio técnico. De la serenidad y ductilidad que se desarrolle en la gestión depende toda la marcha del movimiento dermatológico español. Pudiéramos afirmar—y la experiencia ya lo ha mostrado en alguna ocasión—que estas cualidades de ponderación y ecuanimidad pueden suplir, para la consecución del triunfo, a las más profundas

cualidades científicas. Los que conocemos íntimamente a Gay estamos persuadidos de que la madurez de su juicio sabrá vencer las impetuosidades de su juventud.

Le cabe también en esta ocasión al doctor Gay el orientar, en momentos bien revueltos y agitados, la marcha de la Dermatología nacional. Estamos en un periodo de transición de insondable profundidad y alcance, en el que son fáciles los apasionamientos y las desorientaciones. El, de modo muy particular, es el encargado, por jerarquía, de marcar el cauce y de frenar los entusiasmos excesivos con la serenidad de su palabra.

Tiene, por último, que corregir con suavidad, pero también con energía, algunas intervenciones, tan demasiado reiteradas como estériles y antiacadémicas, que entraban el normal desenvolvimiento de las sesiones. Esto ha de serle fácil al doctor Gay, que llega al cargo libre de compromisos y lleno de autoridad y entusiasmos, y que no ha de sacrificar—creemos—el éxito de su gestión al respeto o conmiseración por lucubraciones psicopatológicas.

No sería justo terminar este artículo sin hacer mención, siquiera fuera escueta, de los vicepresidentes y secretarios generales entrantes y salientes.

Cesa en la vicepresidencia el doctor Julio Bravo, a cuyo nombre es estéril añadir comentarios. Nadie ignora, en efecto, que es el más sutil, fino y culto de los dermatólogos españoles, así como el más bueno y comprensivo de los amigos. Le sustituye el profesor Gómez Orbaneja, que en buena lid acaba de consagrarse maestro, y que en su personalidad compleja encierra profundísimos valores morales y científicos, que todos reconocemos y admiramos.

El doctor Cordero Soroa deja, con los máximos triunfos y la gloria de un nombramiento honorífico, el cargo de secretario general; para enjuiciar su tenaz y pesada labor sería precisa una extensión, con la que no contamos. Le sustituye el doctor Contreras Dueñas, sobre cuyas cualidades de inteligencia, tenacidad y trabajo preferimos no decir nada, pues ello constituiría inútil reiteración de lo que está en el espíritu de todos.

Me sustituye en la Biblioteca el doctor Alvarez Lowell, exponente preclaro de la juventud triunfante y laboriosa, a quien por sus cualidades científicas y personales le esperan todos los éxitos.

De la Junta anterior persiste, con el que esto escribe, el doctor Dauden, que, al frente de la Tesorería, viene siendo insustituible desde hace muchos años. La Academia le debe un homenaje por sus desvelos al frente de un cargo tan enojoso como activo.

Esperemos con fe y entusiasmo que esta nueva Directiva continuará la historia de la Corporación por los mismos caminos de triunfo.

J. M. T. B.

EN HONOR DE DON UBALDO TRUJILLANO IZQUIERDO

Organizada por la Sociedad Española de Higiene, y en honor de su directivo el doctor don Ubaldo Trujillano Izquierdo, se celebró el sábado, 21, la cena con que se le agasaja con motivo de haberle sido concedido el ingreso en la Orden del Mérito Sanitario.

El acto tuvo lugar en los preciosos jardines del campo de deportes del Canal de Isabel II, y la mesa fué presidida por la Junta de la Sociedad Española de Higiene, y, en su cabeza, el director general de Sanidad y los doctores Daza Campos y marqués de Casa León. Concurrieron destacadas personalidades del Cuerpo de Sanidad Nacional, miembros de la Sociedad de Higiene, escritores médicos, amigos y admiradores del doctor Trujillano y agradecidos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria.

A la hora de los brindis ofreció el banquete el marqués de Casa León, significando la cordialidad y entusiasmo del acto en festejo de una personalidad que, como el doctor Trujillano, lleva consagrada su vida a una labor inteligente y abnegada en servicio muy especial de sus compañeros y compartiendo el trabajo diario con el cultivo de la literatura médica y el estudio de los problemas de actualidad científica.

Habló después el doctor Fernán-Pérez, sumándose a la exaltación de los méritos del doctor Trujillano, y, por último, se levantó a hablar el festejado, al que se tributaron calurosos aplausos.

Reproducimos aquí el emocionado discurso del doctor Trujillano, que dijo así:

«NOBLEZA OBLIGA

Un conjunto de factores, tan favorables como excepcionales, me rodearon por decisión de la suerte, en la mañana memorable del 25 de abril último, causando en mi ánimo una emoción tan sincera y profunda, que me impidió exteriorizar una gratitud hondamente sentida en el honor de recibir de mi ilustre jefe y querido amigo el excelentísimo señor director general de Sanidad, doctor Palanca, la imposición de las insignias de la Encomienda de la Orden del Mérito Sanitario.

Ya era para mí en extremo conmovedor el hecho, esencialmente considerado, de la generosa concesión de que me hacía objeto el Gobierno del nuevo Estado español, cuya imposición, en fuerte contraste con las circunstancias del agasajado, había de tener lugar en momento tan crítico y solemne, por el sitio, la oportunidad y la concurrencia.

Realzaba el acto la severidad del local, el aula magna de la Universidad de Barcelona, de tan gloriosa y brillante tradición; la oportunidad, verdaderamente trascendental por haber tenido lugar con ocasión del segundo Congreso de Sanidad nacional, magnífico certamen desarrollado en un ambiente de la máxima elegancia espiritual, bajo la acertada dirección de su ilustre presidente, el jefe provincial de Sanidad de Barcelona, don Enrique Bardají; y la concurrencia, integrada por

gran número de congresistas, miembros destacados del Cuerpo de Sanidad nacional en su mayor parte, así como de otras ramas sanitarias, entre los que figuraban compañeros muy distinguidos del Cuerpo de médicos titulares.

No es, pues, de extrañar que en ambiente tan halagador, al recibir una recompensa tan generosamente otorgada a título de premiar mi modesta labor, seguida con tanto fervor como entusiasmo en relación con mis compañeros los médicos titulares y demás clases sanitarias encuadradas en la sección de mi cargo, no encontrase frases para expresar la inmensa gratitud que anidaba en mi corazón por tan inmerecida prueba de afecto, de consideración y de cariño.

Esta es la justificación de estas mal perfiladas líneas, a través de las cuales quiero exteriorizar mis mejores sentimientos de gratitud, de reconocimiento y lealtad. En primer término, hacia el excelentísimo señor ministro de la Gobernación, que tan acertada y dignamente forma parte del Gobierno de nuestro insigne Caudillo, salvador de España, que rige nuestros destinos; hacia el doctor Palanca, que tuvo a bien honrarme, al formular la propuesta para la recompensa honorífica recibida, así como por su viva simpatía y hondo afecto constantemente demostrados hacia los beneméritos médicos titulares, apadrinando paternalmente cuantos proyectos tienden a mejorar y beneficiar la situación de estos compañeros.

He de hacer expresión igualmente de mi agradecimiento y fervorosa admiración hacia los jefes provinciales de Sanidad y Colegios Médicos por la parte tan activa que han tomado en esta prueba de cariño que tan inmerecidamente se me ha tributado, debiendo dedicar un especial y muy cordial saludo a mi querido amigo el doctor G. Ferradas, que en el momento culminante supo hacerse intérprete de las numerosas y efusivas adhesiones recibidas, dedicándome al propio tiempo frases y conceptos más dignos de agradecer aún por haber cobrado vida al calor del gran afecto que me profesa, más que inspirado por mis merecimientos.

No puedo olvidar la labor de la Prensa, especialmente de la de carácter profesional, que con su información ha contribuido eficazmente a la gestión y desarrollo del homenaje tributado, prodigándome frases encomiásticas tan halagadoras como inmerecidas; y en esta referencia a la Prensa médica, cuyo poder y eficacia son incontables, he de citar a mi buen amigo el prestigioso periodista médico doctor Fernán-Pérez, quien, una vez más, me ha demostrado su gran cordialidad contribuyendo, con su dinámica actuación, a la realización del homenaje.

Mas por encima de todo he de exaltar mi devoción con un inmenso abrazo de ancho pecho y corazón abierto para las clases sanitarias, que de una manera tan sentida me han manifestado su adhesión y su cariño, pero muy especialmente para mis compañeros los médicos titulares, respecto de los cuales quisiera corresponder en todo momento a su hidalguía y gentileza, por lo que

he de limitarme a significarles mi propósito decidido de continuar dedicándoles mis actividades y mi esfuerzo matizados del máximo cariño y fervor, así como a las respetables organizaciones de practicantes y matronas titulares.

Y sería injusto, por último, si al dar rienda suelta a los sentimientos de gratitud y de afecto, no consignara con la mayor complacencia la ayuda tan valiosa e inteligente del personal que a diario comparte conmigo las tareas de la sección de mi

cargo en la Dirección general de Sanidad, ayuda tan sincera y tan leal, que es digna de la mayor estimación y del más vivo reconocimiento.»

Al terminar su discurso, el doctor Trujillano fué objeto de una calurosísima ovación, terminándose el acto, que fué modelo de sencillez y cordialidad.

EL SIGLO MÉDICO se suma al homenaje, y en esta reseña envía al doctor Trujillano la enhorabuena y un abrazo de viejo amigo.

Informatorio profesional

SECCION OFICIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA UNIVERSITARIA.—*Declarando admitidos y excluidos provisionalmente los aspirantes que se indican como opositores a las cátedras que se mencionan de las Universidades de Santiago y Sevilla (Cádiz).*

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 12 del Decreto de 25 de junio de 1931,

Esta Dirección General hace público lo siguiente:

1.º Se declaran admitidos, provisionalmente, por reunir las condiciones exigidas en la convocatoria, los siguientes aspirantes a las oposiciones convocadas por Orden de 18 de marzo de 1944 (*Boletín Oficial del Estado* de 2 de abril de 1944), para la provisión, en propiedad, de las cátedras de Patología y Clínica quirúrgica, de las Facultades de Medicina de las Universidades de Santiago y Sevilla (Cádiz):

Don Antonio Raventós Moragas.

Don Bonifacio Sánchez Cózar.

Don José Gascó Pascual, y

Don Fernando Martínez de la Riva Fernández.

2.º Se declaran excluidos, por falta de presentación de los requisitos que se indican, los siguientes aspirantes:

Don Luis Raposo Montero (certificado de los dos años de función docente o investigadora, en la forma establecida por Orden de 27 de abril de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* del 11 de mayo).

Don Mateo Gallego Tejedor (certificado de depuración o declaración jurada, en su caso; trabajo científico y certificado de los dos años de función docente o investigadora en la misma forma que el anterior).

Don Joaquín Ortiz Muñoz (toda la documentación).

Don Luis Estella Bermúdez de Castro (toda la documentación, excepto el recibo de diez pesetas por derechos de formación de expediente).

Don Manuel García Portela (toda la documentación, excepto el recibo de diez pesetas por derechos de formación de expediente).

Don Federico García Dihin Burriel (toda la documentación).

Don Juan Sala de Pablo (trabajo científico).

Don Francisco Salamero Castillón (toda la documentación).

Don Juan Pulgar Ruiz (recibo de diez pesetas por derechos de formación de expediente, certificado negativo de antecedentes penales y certificado de firme adhesión).

Don Angel Duplá Marco (certificado de firme adhesión y trabajo científico).

Don Fernando Cuadrado Cabezon (trabajo científico).

Don Lucilo Manuel Escudero Bueno (toda la documentación, excepto el recibo de diez pesetas por derechos de formación de expediente).

Don José María Gómez Maroto (toda la documentación, excepto el recibo de diez pesetas por derechos de formación de expediente).

Don Enrique Alcina y Láinez (por haber presentado la solicitud fuera de plazo y además faltarle el recibo de diez pesetas por derechos de formación de expediente, el certificado negativo de antecedentes penales, el certificado de firme adhesión y el certificado de dos años de función docente o investigadora en la forma establecida por Orden de 27 de abril de 1946, *Boletín Oficial del Estado* de 11 de mayo).

Don Ricardo Lozano Blesa (recibo de diez pesetas por derechos de formación de expediente y certificado de firme adhesión).

Don Juan Pedro Rodríguez de Ledesma (toda la documentación), y

Don Carlos Carbonell Antolí (trabajo científico), y

3.º Que durante los diez días siguientes al de la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado* se podrán interponer las reclamaciones a que se refiere el Decreto mencionado anteriormente.

Madrid, 9 de mayo de 1947.—El Director general, Cayetano Alcázar.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA UNIVERSITARIA.—*Declarando admitidos y excluidos provisionalmente los aspirantes que se indican como opositores a las cátedras que se mencionan de las Universidades de Salamanca y Cádiz.*

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 12 del Decreto de 25 de junio de 1931,

Esta Dirección General hace público lo siguiente:

1.º Se declara admitido, por reunir las condiciones exigidas en el anuncio-convocatoria, el si-

guiente aspirante a las oposiciones convocadas por Orden de 27 de febrero de 1945 (*Boletín Oficial del Estado* del 28 de marzo) para la provisión en propiedad de la cátedra de Otorrinolaringología, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, con su agregada de igual denominación de la Universidad de Sevilla (Cádiz) por Orden de 21 de agosto de 1945 (*Boletín Oficial del Estado* del 3 de septiembre):

Don Adolfo Azoy Castañé.

2.º Se declaran excluidos a las dos cátedras, por falta de presentación de los requisitos que se indican, los siguientes aspirantes:

Don Julián Azcona Medina (toda la documentación, excepto el recibo de diez pesetas por derechos de formación de expediente).

Don Justino Paredero del Bosque (certificado de los dos años de función docente en la forma establecida por Orden de 27 de abril de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* del 11 de mayo)).

Don Tomás de Juan Rodríguez (certificado de depuración o declaración jurada, en su caso; certificado de firme adhesión y trabajo científico).

Don Antonio Morote Calafat (certificado de firme adhesión y certificado de los dos años de función docente o investigadora en la forma establecida por Orden de 27 de abril de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* del 11 de mayo)).

Don Juan Portela Rodríguez (título y certificado de los dos años de función docente en la misma forma que el anterior).

Don Justo Juan Beltrán Ciercoles (toda la documentación).

Don Guillermo Núñez Pérez (toda la documentación, excepto el certificado de Penales).

Don Andrés Sánchez Rodríguez (certificado de los dos años de función docente o investigadora en la forma establecida por Orden de 27 de abril de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* del 11 de mayo)).

Don Rafael García-Tapia Hernando (póliza de tres pesetas en el certificado de firme adhesión y certificado de los dos años de función docente o investigadora en la misma forma que el anterior).

Don Alfonso Vasallo de Mumbert (certificado de firme adhesión y certificado de los dos años de función docente en la misma forma que los dos anteriores).

Don José María Bermejo Correa (partida de nacimiento legitimada y legalizada; certificado de depuración o declaración jurada, en su caso; certificado de firme adhesión, trabajo científico y

certificado de los dos años de función docente o investigadora en la misma forma que los anteriores); y

Don Ernesto Alonso Ferrer (toda la documentación, excepto el recibo de diez pesetas por derechos de formación de expediente).

3.º Se declaran excluidos a la cátedra de la Facultad de Cádiz, por tener derecho solamente a ella, los siguientes aspirantes, por falta de presentación de los requisitos que se indican:

Don José Ramón Mozota Sagardía (certificado negativo de antecedentes penales; certificado de firme adhesión; certificado de depuración o declaración jurada, en su caso, y certificado de los dos años de función docente o investigadora en la forma establecida por Orden de 27 de abril de 1946 (*Boletín Oficial del Estado* del 11 de mayo)).

Don Juan Jiménez Cervantes-Pinedo (certificado de firme adhesión, trabajo científico y certificado de los dos años de función docente o investigadora en la misma forma que el anterior).

Don Víctor Fairén Gallán (fuera de plazo y recibo de diez pesetas por derechos de formación de expediente; certificado negativo de antecedentes penales, certificado de firme adhesión y trabajo científico); y

Don Antonio Martín Calderín (toda la documentación); y

4.º Que durante los diez días siguientes al de la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial del Estado* se podrán interponer las reclamaciones a que se refiere el Decreto mencionado anteriormente.

Madrid, 7 de mayo de 1947.—El Director general, Cayetano Alcázar.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE PREVENCIÓN.—Convocando concurso para proveer vacantes de Facultativos de Medicina general del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de La Coruña.

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



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

guientes plazas de Medicina general, en la localidad que se señala:

Provincia de La Coruña.

Una vacante para la asistencia de asegurados de la E. C. núm. 10, Mutua General de Seguros, en La Coruña, Zona 1.^a

2.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C. núm. 12, Mutua Balear, en La Coruña, Zona 2.^a

3.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C. núm. 12, Mutua Balear, en La Coruña, Zona 3.^a

4.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C. núm. 10, Mutua General de Seguros, en La Coruña, Zona 3.^a

5.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C. núm. 12, Mutua Balear, en La Coruña, Zona 4.^a

6.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional y EE. CC. núms. 82 y 40, en La Coruña, Zona 4.^a

7.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional y varias EE. CC. en La Coruña, Zona 4.^a

8.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C., Servicio Sindical de S. E., en La Coruña, Zona A.

9.^a Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C., Servicio Sindical de S. E., en La Coruña, Zona B.

10. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C. núm. 19, Mutualidad General Agropecuaria, en La Coruña, Zona B.

11. Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional y varias EE. CC., en La Coruña, Zona 5.^a

12. Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional y varias EE. CC., en El Ferrol, Distrito 6.^o

13. Otra vacante para la asistencia de asegurados de Caja Nacional y varias EE. CC., en El Ferrol, Distrito 7.^o

14. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C. núm. 10, Mutua General de Seguros, en El Ferrol, Zona B.

15. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C. núm. 10, Mutua General de Seguros, en El Ferrol, Zona C.

16. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C. núm. 10, Mutua General de Seguros, en Santiago de Compostela, Zonas 2.^a y 3.^a

17. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la Caja Nacional y varias EE. CC., en Santiago de Compostela, Zona 3.^a

18. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C. núm. 10, Mutua General de Seguros, en Santiago de Compostela, Zona 4.^a

19. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C. núm. 10, Mutua General de Seguros, en Santiago de Compostela, Zona 5.^a

20. Otra vacante para la asistencia de asegurados de la E. C. núm. 12, Mutua Balear, en La Coruña, Zona 5.^a

21. Otra vacante para la asistencia de asegu-

rados de la E. C. RENFE, en El Ferrol del Caudillo, Zona A.

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

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

Esta convocatoria deberá insertarse en el *Boletín del Estado* de la indicada provincia.

Madrid, 28 de mayo de 1947.—El Director general de Previsión, *Buenaventura Castro Rial*.

ORDEN de 18 de junio de 1947 por la que se nombra Médico propietario del Registro Civil del Juzgado Municipal núm. 12 de Madrid, a don Francisco Javier Cortezo Collantes.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente instruido sobre provisión de plazas vacantes en la primera categoría del Cuerpo de Médicos del Registro Civil,

Este Ministerio, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Decreto de 21 de febrero de 1947 y las Ordenes de 15 de abril y 7 de mayo del mismo año (*Boletín Oficial del Estado* del día 16), ha tenido a bien nombrar para servir el cargo en el Juzgado Municipal de Madrid número 12 a don Francisco Javier Cortezo Collantes, Médico propietario del Registro Civil en el Juzgado Municipal del distrito de la Inclusa, de la misma, quien habrá de tomar posesión del cargo en el plazo y con los requisitos establecidos en las disposiciones vigentes.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 18 de junio de 1947.—P. D., *I. de Arcenegui*.

Ilmo. Sr. Director general de los Registros y del Notariado.

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

ORDEN de 18 de junio de 1947 por la que se nombra Médico propietario del Registro Civil del Juzgado Municipal número 15 de Madrid, a don Angel Loraque Ibáñez.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente instruido sobre provisión de plazas vacantes en la primera categoría del Cuerpo de Médicos del Registro Civil,

Este Ministerio, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Decreto de 21 de febrero de 1947 y las Ordenes de 15 de abril y 7 de mayo del mismo año (*Boletín Oficial del Estado* del día 16), ha tenido a bien nombrar para ser-

vir el cargo en el Juzgado Municipal de Madrid número 15 a don Angel Loraque Ibáñez, Médico propietario del Registro Civil en el Juzgado Municipal del distrito de la Universidad, de la misma, quien habrá de tomar posesión del cargo en el plazo y con los requisitos establecidos en las disposiciones vigentes.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 18 de junio de 1947.—P. D., *I. de Arcenegui*.

Ilmo. Sr. Director general de los Registros y del Notariado.

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

ORDEN de 18 de junio de 1947 por la que se nombra Médico propietario del Registro Civil del Juzgado Municipal número 20 de Madrid, a don Zoilo Francisco Layna Serrano.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente instruido sobre provisión de plazas vacantes en la primera categoría del Cuerpo de Médicos del Registro Civil,

Este Ministerio, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Decreto de 21 de febrero de 1947 y las Ordenes de 15 de abril y 7 de mayo del mismo año (*Boletín Oficial del Estado* del día 16), ha tenido a bien nombrar para servir el cargo en el Juzgado Municipal de Madrid número 20 a don Zoilo Francisco Layna Serrano, Médico propietario del Registro Civil en el Juzgado Municipal del Distrito del Hospicio, de la misma, quien habrá de tomar posesión del cargo en el plazo y con los requisitos establecidos en las disposiciones vigentes.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 18 de junio de 1947.—P. D., *I. de Arcenegui*.

Ilmo. Sr. Director general de los Registros y del Notariado.

ORDEN de 26 de abril de 1947 por la que se considera anulada la convocatoria del concurso-oposición anunciada por Orden ministerial fecha 5 de agosto de 1942 (Boletín Oficial del Estado del día 13), para la provisión de plazas vacantes del Cuerpo Médico Escolar del Estado.

Ilmo. Sr.: En atención al tiempo transcurrido desde la fecha en que fué anunciada la convocatoria del concurso-oposición para la provisión de las plazas vacantes del Cuerpo Médico Escolar del Estado, convocatoria publicada en el *Boletín Oficial del Estado* del día 13 de agosto de 1942; al retraso de los nombramientos de los correspondientes Tribunales, motivado por el deseo de hallar una mejor y más amplia colaboración con los Organismos Sanitarios Oficiales, y al hecho de haberse producido nuevas vacantes en el expresado Cuerpo Médico Escolar, que en conveniencia del servicio se estima sean asimismo incluídas para su provisión en propiedad por el referido concurso-oposición,

Este Ministerio ha dispuesto:

1.º Que se deje sin efecto, considerándose anulada la convocatoria del concurso-oposición, anunciada por Orden ministerial fecha 5 de agosto de 1942 (*Boletín Oficial del Estado* del día 13) para la provisión de plazas vacantes del Cuerpo Médico Escolar del Estado.

2.º Que cuantos señores opositores a las distintas plazas anunciadas hubieran presentado sus documentos dentro de los plazos señalados en la convocatoria, podrán optar por retirar sus expedientes sin pérdida de los derechos abonados, o por que se consideren válidos para la nueva convocatoria que en su día se anuncie, dentro del plazo de quince días, contados a partir de la publicación de esta Orden, a cuyo efecto, por los mismos, se elevará la oportuna instancia, haciendo constar uno y otro extremo.

3.º Que en armonía con las vigentes disposiciones que regulan la organización del Cuerpo Médico Escolar del Estado y aquellas otras dictadas para establecer el lazo o nexo que debe existir entre todos los organismos sanitarios del Estado, se proceda al anuncio de la nueva convocatoria del concurso-oposición para la provisión en propiedad de todas las plazas, actualmente vacantes, del Cuerpo Médico Escolar del Estado.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 26 de abril de 1947.—*Ibáñez Martín*.
Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Primaria.

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

ORDEN de 16 de junio de 1947 por la que se adjudican Direcciones Médicas de Balnearios a los señores que se citan.

Ilmo. Sr.: Vista el acta del concurso celebrado el día 27 de mayo último entre Médicos Directores de Baños y Aguas Mineromedicinales, Inspectores de Establecimientos Balnearios, para cubrir Direcciones Médicas de Balnearios vacantes, en cumplimiento de la Orden ministerial de 12 de mayo último, publicada en el *Boletín Oficial del Estado* correspondiente al día 16 del mismo mes; y

Resultando que, sometidos al reconocimiento facultativo que previenen las disposiciones vigentes, al cual lo han de ser los Médicos Directores que excedan de setenta años de edad, fué jubilado, por carecer de la aptitud física necesaria para el desempeño de su cargo, don Camilo González y González, Médico Director del Balneario de Mondariz, por lo que fué incluída dicha Dirección médica en la relación de vacantes;

Resultando que don Camilo González y González, por no tener el minimum de temporadas balnearias servidas para poder acogerse al Decreto de 18 de abril de 1941, le es de aplicación, en su caso, lo prevenido en el artículo 42 del Estatuto Balneario de 25 de abril de 1928, quedando como consecuencia del mismo gravado el mencionado Balneario de Mondariz (Ponteve-

dra) en el 50 por 100 relativo a la cuota de los derechos de reconocimiento correspondientes al Médico Director para el abono de la jubilación de referencia, teniendo efecto su percepción desde el principio de la actual temporada oficial y sucesivas;

Resultando que por haber tenido un número inferior a dos mil agüistas durante la pasada temporada oficial el Balneario de Alhama de Aragón, desaparece la Subdirección del mismo, que ostentaba el Médico del Cuerpo de Baños don Mariano Escribano Alvarez;

Resultando que, previa la lectura de la expresada Orden de convocatoria, se procedió por or-



(Aprobado por la Censura Sanitaria,

den de prelación en el Escalafón y a los Médicos de aguas mineromedicinales, Inspectores de Establecimientos Balnearios, dentro del grupo de la especialidad o especialidades en que fueron aprobados, a la elección de las Direcciones Médicas vacantes, haciéndolo, en primer lugar, don Antonio Sánchez Reyes, que elige Jaraba; don Angel Abós Ferrer, Fitero Nuevo; don Mariano Escribano Alvarez, Fitero Viejo; don José San Román Rouyer, Arteijo; don Enrique Conde Gargoyo, Caldelas de Túy; don Enrique Romero Velasco, Betelu; don Antonio Vila López, San Hilario de Sacalm; don José María Alvaro-Gracia Sanfiz, Carballo; don Luis Aparicio Domínguez, Mondariz; don Miguel Sáinz Andrés, Cortezubi; don Luis Esteban Múgica, en situación de excedente, toma Paracuellos de Jiloca; don Javier Samitier Azparren, que se encontraba en igual situación, Zuazo; don Rafael del Espino Jiménez Villaro; don Ricardo Villalón y García Caballero, Santa Coloma de Farnés; don Salvador Monmenéu Jorro, Sobrón y Soportilla, y el Médico habilitado don José Crous Illa es reclamado como Auxiliar por Médico-Director de Caldas de Montbuy, don José Llangort Planas.

Resultando que por seguir sin poder funcionar durante la presente temporada los Balnearios de Molinar de Carranza y Caldas de Bohí, continúan como excedentes en dichas Direcciones médicas los Médicos de aguas mineromedicinales, Inspectores de Establecimientos Balnearios, don Luis Manuel Piniés y don Anselmo Albano Villar, respectivamente;

Resultando que don Alfredo de Piquer y Martín-Cortés continúa en Cestona (Dirección); don Antonio Novo Campelo, en Ledesma; don José María Casado Torreblanca, en Marmolejo; don Miguel Torresano Alcolado, en Montemayor; don José Méndez Jiménez, en Alhama de Aragón; don Galo Leoz Ortín, en Arnedillo; don Saturnino Mozota Vicente, en Puente Viesgo; don Mariano Mañeru Roncal, en Cestona (Subdirección); don Víctor María Cortezo, en Aizo-

la; don José de Eleicegui López, en La Toja; don Felipe Cardenal Navarro, en Liérganes; don Luis de la Oliva Cano, en Lanjarón (Dirección); don Santiago Ratera Botella, en Caldas de Besaya; don José Velasco Pajares, en Hervideros de Cofrentes; don Leonardo Rodrigo Lavín, en Alhama de Granada; don José Llangort Planas, en Caldas de Montbúy; don Luis Modet Aguirrebarrena, en Caldas de Cuntis; don Manuel Vázquez Lefort, en Caldas de Oviedo; don Felipe Rodrigo Lavín, en Molgas; don José García del Mazo, en Villavieja de Nules; don Sebastián Pamplona Azcón, en Lugo; don Luis Infantes Ortiz, en Retortillo; don Víctor Manuel Nogueras, en Vallfogona de Ríucorp; don Luis Pérez Serrano, en Panticosa; don Mariano Ruiz Lleornart, en Fortuna; don Valentín Pérez Argilés, en Tiermas; don Manuel Alemany Rodríguez, en Caldas de Reyes; doña Jimena Fernández de la Vega, en Guitiriz; don Manuel Armijo Valenzuela, en Carballino; don Roberto Monforte Gómez, en Bellús; don Juan de Dios García Ayuso, en Lanjarón (Subdirección); don José Luis Albasán Gallán, en El Raposo; don Tomás Alcober Coloma, en Cardo; don Fernando Perán Torres, en Archena; don Jesús Grinda López-Dóriga, en Caldas de Malavella; don José Santo Domingo López, en Fuencaliente; don José Ramón Mozota, en Alceda-Ontaneda; don César Pérez Victoria, en Tona Roquetas; don José María Erenas Navas, en Solares; don Antonio Ventura Cervera, en La Puda de Montserrat; don Germán Castillo Prado, en Corconte; don Manuel Hernández Infantes, en San Adrián; don Saturnino Mozota Sagardía, Auxiliaria de Puente Viesgo; don Pedro Aguayo Martos, en Fuente Amargosa de Tolox; don Agustín Valcárcer Juan, en Hervideros de Nuestra Señora del Prado; don José Lucas Gallego, en Cucho; don José Rey Cebrián, en Urberuaga de Ubilla; don Jorge Anguera de Sojo, en Bañolas; don Jesús Bastardes Rodríguez, en Camarena de la Sierra; don Valentín Ruiz Hernández, en Incio; don José María Campos Manso, en Fuente Podrida; don Antonio Fuentes Castell, en Tona Codina; don Arturo Valdés Gutiérrez, en Morgovejo; don Nicolás Bermúdez de Castro, en Tona Ullastres; don Mariano Domínguez Recio, en Graena; don Ramón Moreno González, en Valdeganga; don Jorge Mariscal de Gante, en Solán de Cabras, y don José Oliveros Alvarez, en Zújar.

Resultando que don José Morales Salomón, don José Llisterri Ferrer, don Leopoldo Acosta Hernández, don Manuel Martínez de Vitoria, don Juan Antonio Peña Tercedor, don Emilio Muñoz Fernández, don José María Ullate, don Angel Marugán González, don Alberto Castro-Girona, don Justo Martínez Mata, don Rodrigo Suárez Zamora, don Nicolás Marcos Nieto, don José Mosalve Serrano, don Joaquín Souchirón Batailler y don Luis Tomás y Rodó continúan en situación de excedentes voluntarios;

Considerando que, una vez resuelto el concurso, se elevó la propuesta del mismo a la Dirección General de Sanidad, a los efectos procedentes;

Considerando que han sido observados los preceptos reglamentarios aplicables al caso y las condiciones de la Orden de convocatoria,

Este Ministerio ha acordado:

1.º Aprobar en todos sus términos el concurso y la adjudicación de las plazas a los señores que las solicitaron.

2.º Que la Dirección General de Sanidad extienda los nombramientos correspondientes a los señores que les fueron adjudicadas las plazas en el acto del concurso, sin que sea necesario hacerlo para los que continúan al frente de las Direcciones médicas que lo fueron con anterioridad.

3.º Que se recuerde a los Médicos Directores de Baños y de Aguas Mineromedicinales, Inspectores de Establecimientos Balnearios, y a los Administradores, el deber que tienen de poner a disposición de la Dirección General de Sanidad, y dentro de los cinco primeros días de cada mes, el importe de lo recaudado por las cuotas de dos y tres pesetas, respectivamente, durante el mes anterior, remitiendo a tal efecto, certificaciones en las que se haga constar el número de enfermos concurrentes al Balneario de su Dirección y justificantes acreditativos de haber hecho los ingresos correspondientes en la cuenta corriente que dicho Centro directivo tiene abierta en el Banco de España, bajo el título de «Caja de Jubilaciones y Pensiones del Cuerpo de Médicos Directores de Baños, Organismos del Estado, número 65»; y

4.º Que debiendo mantenerse la libertad de prescripción balnearia establecida en el Real Decreto-Ley de 25 de abril de 1928, se recuerda el contenido de dicha disposición, con objeto de que no encuentren dificultad en el ejercicio de su profesión los Médicos no pertenecientes al Cuerpo de Baños que, cumpliendo con los preceptos legales en vigor, desean abrir sus consultas en los Balnearios, sin merma alguno de los honorarios que han de percibir por prescripción facultativa los Médicos Directores en dichos Establecimientos.

Los Gobernadores civiles reproducirán la presente Orden en el *Boletín Oficial* de sus respectivas provincias, para su mayor difusión.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 16 de junio de 1947.—*Pérez González*.
Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.
(B. O. del E. de 24-VI-1947.)

ORDEN de 16 de junio de 1947 por la que se aprueba el Reglamento de las Escuelas de Puericultura.

Ilmo. Sr.: Creada la Escuela Nacional de Puericultura y las Departamentales y Provinciales que de ella dependen, precisa fijar las normas a que habrán de ajustarse las funciones de Enseñanza e Investigación de las mismas, así como sus relaciones con la Escuela Nacional de Sanidad, por lo que, oído el Consejo Nacional de Sanidad,

Este Ministerio ha tenido a bien aprobar el

Reglamento de las Escuelas de Puericultura que a continuación se inserta.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 16 de junio de 1947.—*Pérez González*
Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

Reglamento de las Escuelas de Puericultura

CAPITULO PRIMERO

Constitución y fines.

Artículo 1.º De acuerdo con la Ley de Sanidad Nacional y Ley de Ordenación de la Universidad Española, se establecen tres tipos de Escuelas de Puericultura:

La Escuela Nacional, en Madrid.

Las Departamentales, en las capitales de distrito universitario con Facultad de Medicina o Centros de análoga categoría.

Las Provinciales, que pueden radicar en cualquier ciudad no incluida en las anteriores.

Art. 2.º La Escuela Nacional de Puericultura y las Escuelas Departamentales de Puericultura prepararán todos los grados de enseñanza de Médicos y personal femenino.

Las Escuelas Provinciales profesarán los grados de enseñanza correspondientes al personal femenino y a los Médicos rurales puericultores, que podrán adscribirse posteriormente a los Centros Secundarios y Primarios de Higiene Rural (Diploma de Médico Puericultor).

La Escuela Nacional de Sanidad, a través de la Escuela Nacional de Puericultura, completará la formación de aquellos Médicos ya puericultores que por oposición hayan ganado plaza vacante en el Escalafón del Estado de Médicos Puericultores Sanitarios de los Servicios de Higiene Infantil.

Art. 3.º Las Escuelas de Puericultura funcionarán en el orden docente como filiales de la Escuela Nacional de Sanidad, a la que habrán de someter sus planes de estudios, según la base tercera de la Ley de Sanidad.

Art. 4.º Los grados de enseñanza serán los siguientes:

A) Grado para Médicos:

a) Título de Médico Puericultor.

b) Diploma de Médico Puericultor.

B) Grados femeninos:

a) Enfermera Puericultora, Maestra Puericultora, Matrona Puericultora y Puericultora Diplomada.

b) Auxiliar de Puericultura.

Art. 5.º Serán también incumbencia de las Escuelas la organización de cursos especiales de divulgación y cursillos superiores dedicados a los profesionales como parte integrante de la Obra de Perfeccionamiento Sanitario de España.

La dirección e impulso de los estudios e investigaciones relacionadas con los problemas de la higiene prenatal, mortalidad infantil y de aquellos otros que se refieren a distintos métodos de alimentación del lactante.

Fomentar la investigación en orden a los problemas de Puericultura y orientar a los Médicos en las tesis doctorales que lleven a cabo en relación con la especialidad.

Estudiar y proponer medidas de orden sanitario y social referentes a la madre y el niño.

Divulgar entre las clases populares, particularmente entre las madres, las nociones fundamentales de higiene infantil.

Establecer un nexo con todos los demás Organismos dedicados a la enseñanza de materias similares, procurando una coordinación de todos ellos.

Establecer relaciones internacionales de todos aquellos Centros dedicados a la misma función en el extranjero.

CAPITULO II

De la enseñanza.

Art. 6.º El plan de estudios, orden en que deberán ser dadas las enseñanzas y régimen interno de las Escuelas, serán presentados anualmente por los Directores de todas las Escuelas a la Escuela Nacional de Sanidad a través de la Escuela Nacional de Puericultura.

Art. 7.º Los estudios para obtener el título de Médico Puericultor empezarán en la primera quincena de octubre y terminarán en la última quincena de junio. El número de plazas de cada Escuela será limitado, fijando su cupo la Superioridad. El ingreso para seguir estos estudios será por concurso-oposición, siendo condición indispensable poseer el título de Especialista Pediatra, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, a través de sus Facultades de Medicina o Centros a los que se les haya dado esta categoría. La convocatoria se anunciará en la primera quincena de septiembre y las pruebas de ingreso se celebrarán en la primera decena de octubre.

Los estudios de Médico Puericultor titulado comprenderán las siguientes materias:

- 1.º Demografía.
- 2.º Puericultura preconcepcional y prenatal.
- 3.º Puericultura de la primera infancia.
- 4.º Puericultura de la segunda y tercera infancia. Higiene escolar.
- 5.º Psicología infantil.
- 6.º Laboratorio aplicado a la Puericultura.
- 7.º Legislación sobre la madre y el niño y protección social de la infancia.
- 8.º Epidemiología y Sanidad.

Los estudios para la obtención del diploma de Médico Puericultor tendrán una duración de cuatro meses, repartidos en dos meses de invierno y dos de verano, constando de las mismas materias, pero más compendiadas.

Tanto los que aspiren al título de Médico Puericultor como los que sigan los estudios solamente para el diploma, tienen la obligación, antes del examen, de presentar un trabajo sobre cualquier materia de Puericultura.

Art. 8.º Los estudios para obtener los grados femeninos tendrán la misma duración y plazo de matrícula que el curso de los Médicos titulados. Por lo que a las Maestras se refiere, su número y designación correrán a cargo del Ministerio de Educación Nacional, previo acuerdo con la Escuela Nacional de Sanidad.

Los estudios de Enfermera Puericultora, Maes-

tra Puericultora y Puericultora Diplomada, comprenderán:

- 1.º Puericultura de la primera, segunda y tercera infancia.
- 2.º Psicología y educación de la primera y segunda infancia (con mayor extensión teórica y, sobre todo, práctica, para el grupo de las Maestras).
- 3.º Legislación sobre la madre y el niño y protección social de la infancia.
- 4.º Principios morales que deben regir en la Puericultura.

Los estudios para las Matronas puericultoras durarán medio curso, y comprenderán:

- 1.º Puericultura prenatal.
- 2.º Puericultura intrauterina y de la primera infancia.
- 3.º Legislación sobre la madre y el niño y protección social de ambos.
- 4.º Principios morales por los que debe regirse la Matrona.

Los estudios para obtener la calificación de Auxiliar de Puericultura serán eminentemente prácticos y durarán cuatro meses.

Art. 9.º Las convocatorias para los distintos grados de enseñanza se harán por la Dirección General de Sanidad, que fijará en cada curso y Escuela el número de alumnos que hayan de ser preparados a propuesta de la Escuela Nacional de Sanidad.

Art. 10. La selección de alumnas para el grado de Enfermeras Puericultoras se hará entre las que posean el título de Enfermera o Practicante.

La selección de las alumnas que aspiren al grado de Puericultora diplomada se hará entre aquellas que posean la suficiente cultura, a juicio del Tribunal formado por la Escuela respectiva.

Para las Escuelas que tengan internado se redactará el Reglamento correspondiente.

Art. 11. Podrá trasladarse de una a otra Escuela un expediente de estudios, siempre que quede plenamente justificada la necesidad de hacerlo.

Art. 12. La Escuela Nacional de Puericultura confeccionará un programa único para los diversos grados de enseñanza que, previo examen y aprobación por la Escuela Nacional de Sanidad, y a propuesta de ésta, pueden ser elevados a definitivos por la Dirección General de Sanidad.

Por cuanto se refiere a cursillos de iniciación y divulgación sobre materias de Puericultura, cada Escuela redactará libremente sus programas, si bien notificándolo en todos los casos a la Superioridad.

CAPITULO III

Del Profesorado.

Art. 13. El Profesorado de las Escuelas de Puericultura estará integrado por el Director, Profesores titulares y Profesores auxiliares. Formarán parte como Profesores extraordinarios en las capitales de distrito universitario los Catedráticos de Pediatría, Higiene y Obstetricia.

El Director designará a un Profesor para ocupar el cargo de Secretario técnico y a otro para el de jefe de estudios médicos.

Art. 14. La Puericultura preconcepcional e intrauterina será explicada por un Profesor. La Puericultura de la primera infancia, por un Profesor y un Auxiliar. La Puericultura de la segunda y tercera infancia, por un Profesor y un Auxiliar. La enseñanza de Epidemiología y Sanidad será dada por el Jefe provincial de Sanidad o la persona en quien delegue. La Legislación y protección social de la infancia, por un Profesor que, a ser posible, pertenezca a la Sección primera de la Junta Provincial de Protección de Menores. El Director de la Escuela podrá concertar el número conveniente de colaboradores que complementen la enseñanza, así como lo que atañe a la formación moral aplicable a la Puericultura. La Escuela podrá encargar a personalidades relevantes en la especialidad cursos monográficos. El Director designará una Jefe de estudios del personal femenino, cuya propuesta elevará a la Superioridad.

El Profesorado de las Escuelas de Puericultura participará en la enseñanza que se dé en las Facultades por cuanto se refiere a la preparación de alumnos Pediatras Puericultores.

Art. 15. La Dirección de la Escuela Nacional de Puericultura recaerá en el Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

La Dirección de las Escuelas Departamentales de Puericultura, en ocasión de vacante, es recaída en el Catedrático de Pediatría de la Facultad respectiva, si al mismo tiempo reúne la condición de Médico Puericultor del Estado. En caso negativo, esta Dirección, como la de las Escuelas Provinciales de Puericultura, se proveerá con arreglo a las disposiciones vigentes.

El Director podrá escoger la disciplina de enseñanza que crea más conveniente.

Art. 16. El Profesorado numerario será nombrado por concurso-oposición. El Tribunal que lo ha de juzgar estará integrado por cinco miembros designados por la Superioridad, dos de los cuales pertenecerán al Claustro de Profesores de la Escuela en la que haya de cubrirse la vacante.

Se valorarán en el concurso los siguientes méritos:

- 1.º Catedrático de la especialidad de Pediatría, Higiene u Obstetricia similar o análoga a la plaza vacante.
- 2.º Directores y Profesores titulares de las Escuelas de Puericultura.
- 3.º Profesores auxiliares de las Escuelas de Puericultura.
- 4.º Médicos Puericultores del Estado.
- 5.º Ser Doctor con tesis.
- 6.º Jefes del Servicio de Puericultura del Estado, Provincia o Municipio que hayan sido nombrados en virtud de oposición directa, o Directo-

res de Servicio de Infancia de las Juntas Provinciales de Protección de Menores.

La provisión del Profesorado auxiliar se ajustará a las mismas normas que se fijan para el titular, pudiendo, además, concurrir a ellas cualquier Médico puericultor, aunque no se encuentre comprendido en los apartados anteriores. El nombramiento de los Profesores auxiliares se hará por un período de dos años, prorrogables a juicio de la Dirección de la Escuela.

Los Directores de las Escuelas de Puericultura, de acuerdo con el Jefe provincial de Sanidad, formularán propuesta, que elevarán a la Superioridad para llevar a cabo el acoplamiento del Pro-

TRATAMIENTO
EFICAZ Y BIEN
COMPROBADO DE
LOS ESTADOS DE
DEBILIDAD Y
ANOREXIA
INFANTILES

HEPATORRADIL

DEL DR. GRAÑO

JARABE AGRAVABILISIMO

VIGOROSO
RECONSTITUYENTE
VITAMINICO PRE-
DOMINANDO EN
SU COMPOSICION
LOS FACTORES
A-D-Y-B1

(Aprobado por la Censura Sanitaria)

fesorado que actualmente forma parte de las mismas.

Los colaboradores serán nombrados, en aquellas circunstancias en que se precisen, por la Dirección de la Escuela.

CAPITULO IV

De la Junta del Patronato y del Director.

Art. 17. Integrará la Junta del Patronato el Jefe provincial de Sanidad, que será su Presidente; el Director de la Escuela, que actuará de Vicepresidente; un representante de la Junta Provincial de Protección de Menores y dos Profesores de la Escuela, uno de los cuales actuará de Secretario.

Dicha Junta del Patronato tendrá por misión cuidar del orden y disciplina académica, fiscalizar la gestión administrativa de la Escuela y colaborar con la Dirección en la divulgación y propaganda de la legislación sanitaria de los escolares, y aplicar las sanciones al personal y alumnos que en su caso fueren necesarias.

Art. 18. El Director será el Jefe efectivo de todos los servicios de la Escuela, correspondiéndole en el orden académico el desempeño de una de las disciplinas elegidas por él mismo, la presidencia de las Juntas generales de Profesores (que se reunirán una vez al menos, al comienzo y final de curso) y de los Tribunales que habrán de juzgar las pruebas de fin de curso y de los que hayan de fallar los concursos u oposiciones de las plazas que hubieren de proveerse en la Escuela. La representación de la Escuela en Consejos, Juntas y actos oficiales, y la designación de la

SALB

TUBOS DE 18 TABLETAS

Fenil-dimetil-amino-antipirina . . .	24 ctgrs.
Dietil-malonil-urea	12 —
Hidrato de tricloretanal	3 —
Vehículo	c. s.

(No contiene ácido acetilsalicílico)

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

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

Un nuevo analgésico.
La más moderna
asociación medicamentosa

SALB

persona que hubiere de sustituirle. La firma de todas las facturas o recibos, vales de pedido y, en general, el visto bueno de todo documento administrativo. El nombramiento, en los casos de ausencia o enfermedad, del Profesor que haya de sustituirle.

CAPITULO V

Del régimen de Administración.

Art. 19. La administración de la Escuela será desempeñada por un Administrador, nombrado a propuesta del Director de la Escuela y con el visto bueno de la Dirección General de Sanidad, procurando que recaiga, a ser posible, en persona perteneciente al Cuerpo Técnicoadministrativo Sanitario o del Ministerio de la Gobernación.

Habrán también un Auxiliar de Secretaría, designado por el Director.

La vida económica se ajustará al presupuesto que anualmente elaborará la Dirección y será sometido al examen de la Junta de Patronato, oído previamente el parecer de la Junta general de Profesores. La aprobación definitiva la llevará a efecto la Escuela Nacional de Sanidad.

En aquellas Escuelas que cuenten con personal religioso se les podrá confiar cuantas compras se necesiten efectuar para el régimen de abastecimiento de sus acogidos.

Art. 20. Aprobado el presupuesto, se administrará por dozavas partes, cuidando de su cumplimiento el Administrador de la Escuela y pudiendo fiscalizar la labor administrativa la Junta de Patronato. La contabilidad se llevará con exacta meticulosidad e idéntica forma que la llevan los organismos sanitarios del Estado.

CAPITULO VI

Fondos.

Art. 21. Las Escuelas de Puericultura contarán con los siguientes recursos:

a) Créditos que figuran en el presupuesto del Estado (Servicios Centrales de Higiene Infantil).

b) Subvención de la Mancomunidad Sanitaria respectiva.

c) Subvención de la Junta Provincial de Protección de Menores.

d) Otras subvenciones o donativos con destino a obras sociales dentro de la Escuela.

CAPITULO VII

Del personal subalterno y servicios auxiliares.

Art. 22. La Dirección designará libremente y con carácter eventual al personal subalterno; y, en caso de confiarse estos servicios o parte de ellos a una Comunidad de religiosas, se pondrá previamente de acuerdo con el Ordinario de la Diócesis, fijándose en contrato especial y detallado los derechos y obligaciones que recíprocamente contraigan.

CAPITULO VIII

De la asistencia religiosa.

Art. 23. Para el servicio religioso de las alumnas, la Dirección se pondrá de acuerdo con el Obispo de la Diócesis para designar en su caso

el Capellán encargado de la dirección y formación espiritual de las alumnas.

Art. 24. Toda falta leve que cometan el alumnado y personal dentro de la Escuela será sancionada discrecionalmente por la Dirección, y si ésta revistiera carácter de gravedad, por la Junta del Patronato, la cual podrá sancionarla incluso con la expulsión y pérdida de todo derecho, elevando la resolución, junto con el expediente formado, a la Escuela Nacional de Sanidad.

Las faltas de asistencia no justificadas motivarán, la vez primera, una amonestación del Director, y su reiteración podrá dar lugar a la eliminación del infractor, siempre a juicio de la Junta de Patronato.

La calificación del carácter, justificado o no, de la ausencia, será hecha por el Director, el cual antes se asesorará debidamente.

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

ORDEN de 18 de junio de 1947 por la que se nombra Médico propietario del Registro Civil del Juzgado Municipal número 17 de Madrid, a don Rafael Díaz Carmena.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente instruido sobre provisión de plazas vacantes en la primera categoría del Cuerpo de Médicos del Registro Civil,

Este Ministerio, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Decreto de 21 de febrero de 1947 y las Ordenes de 15 de abril y 7 de mayo del mismo año (*Boletín Oficial del Estado* del día 16), ha tenido a bien nombrar para servir el cargo en el Juzgado Municipal de Madrid número 17, a don Rafael Díaz Carmena, Médico propietario del Registro Civil en el Juzgado Municipal del distrito del Centro, de la misma, quien habrá de tomar posesión del cargo en el plazo y con los requisitos establecidos en las disposiciones vigentes.

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

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 18 de junio de 1947.—P. D., I. de Arcenegui.

Ilmo. Sr. Director general de los Registros y del Notariado.

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

≡ A N Á L I S I S ≡

de ORINAS, en comparación con la normal.

SANGRE, ESPUTOS, EXUDADOS, etc.

Dr. E. ORTEGA, sucesor del Dr. CALDERON

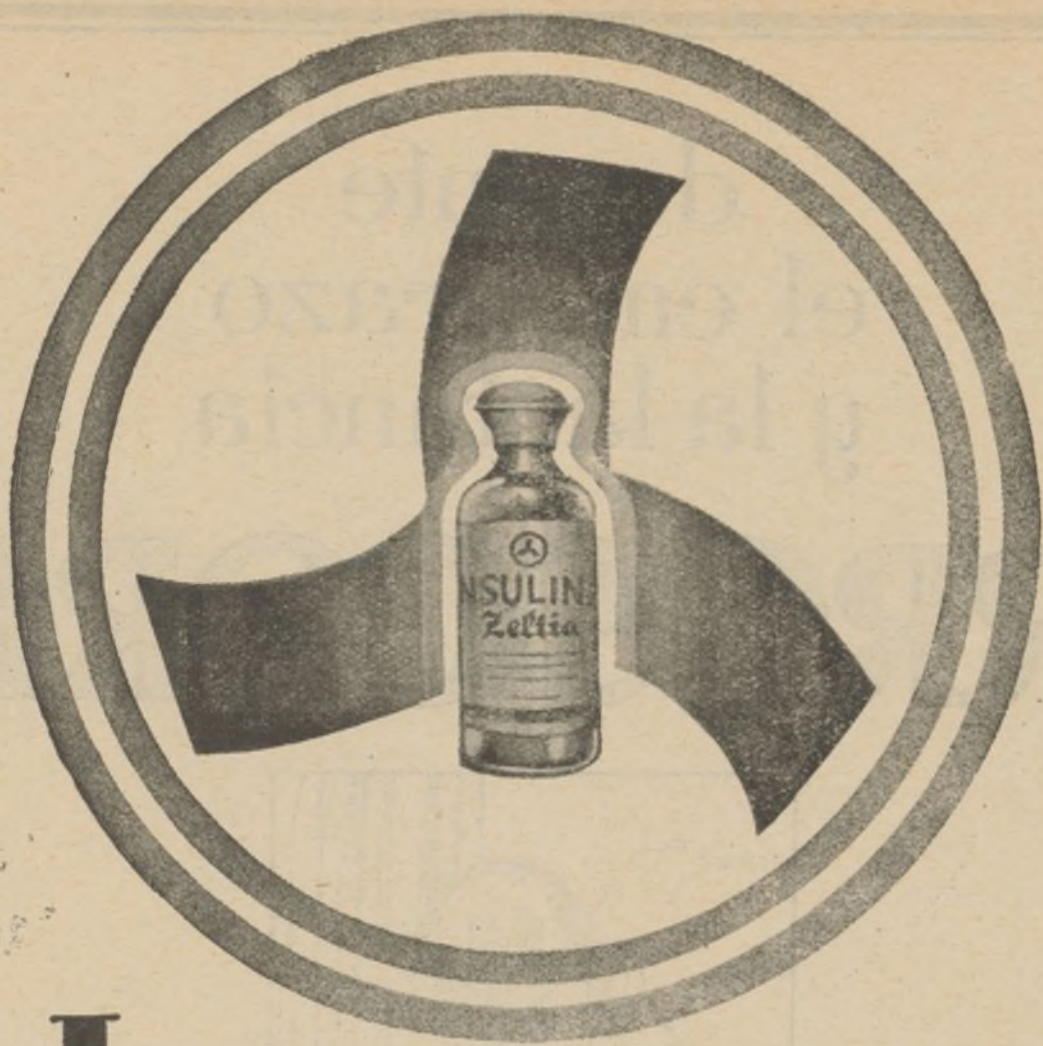
Análisis de aguas mineromedicinales, etc.

FUNDADO EN CARRETAS, 14, EN 1868

Carmen, 12 - MADRID - Teléf. 16388

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 4.218)

BOLAÑOS Y AGUILAR, S. L.—Gral. Sanjurjo, 20, Madrid



Insulinas

Zeltia

EXACTA TITULACIÓN, ESTABILIDAD

INSULINA ORDINARIA

(FRASCOS DE 100 Y 200 U.I.)

PROTAMINA - ZINC - INSULINA

(INSULINA RETARDADA)

(FRASCO DE 200 U.I.)

LABORATORIOS ESPAÑOLES "Zeltia" S.A.

durante
el embarazo
y la lactancia

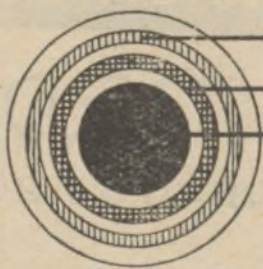
FERROSCORBIL



Cualquier proceso febril produce un descenso de hierro en suero, y si es prolongado, 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. "GARSÍ"